



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE DIREITO  
COORDENADORIA DE PROGRAMAS ACADÊMICOS**

**TÚLIO PONTE DE ALMEIDA**

**PROGRAMA MAIS MÉDICOS:  
NATUREZA JURÍDICA**

**FORTALEZA**

**2014**

TÚLIO PONTE DE ALMEIDA

PROGRAMA MAIS MÉDICOS:  
NATUREZA JURÍDICA

Monografia apresentada à Coordenadoria de Programas Acadêmicos da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Profa. Dra. Nélida Cervantes.

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Setorial da Faculdade de Direito

- 
- A447p Almeida, Túlio Ponte de.  
Programa mais médicos: natureza jurídica / Túlio Ponte de Almeida. – 2014.  
112 f. : enc. ; 30 cm.
- Monografia (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Direito, Curso de Direito, Fortaleza, 2014.  
Área de Concentração: Direito do Trabalho e Direito Administrativo.  
Orientação: Profa. Dra. Nélida Astezia Castro Cervantes.
1. Igualdade perante a lei - Brasil. 2. Direitos dos trabalhadores - Brasil. 3. Médicos - Brasil. 4. Médicos - Cuba. I. Cervantes, Nélida Astezia Castro (orient.). II. Universidade Federal do Ceará – Graduação em Direito. III. Título.

TÚLIO PONTE DE ALMEIDA

PROGRAMA MAIS MÉDICOS:  
NATUREZA JURÍDICA

Monografia apresentada à Coordenadoria de Programas Acadêmicos da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Bacharel em Direito.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Nélida Astézia Castro Cervantes (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Emmanuel Teófilo Furtado  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Cynara Monteiro Mariano  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me guiado nesta trajetória acadêmica.

À minha orientadora, Professora Doutora Nélida Cervantes, pelos ensinamentos e pela brilhante e paciente orientação que muito contribuiu para meu aprendizado.

Aos meus pais, Fernando e Ceci, por toda minha formação educacional.

À minha namorada, Hanna, pela paciência, compreensão e carinho durante todo o período de elaboração deste trabalho.

Ao meu amigo e colega de faculdade, Victor Caracas, pelo apoio.

À examinadora, Professora Doutora Cynara Mariano, pelas observações e ponderações feitas.

## RESUMO

O Programa Mais Médicos do Governo Federal, instituído pela Lei nº 12.871/2013, criou uma relação jurídica *sui generis* entre médico participante e Governo, visto que não se coaduna com as espécies de relações previstas na Constituição e na legislação brasileira. Para estudar essa relação, foi necessária uma pesquisa aprofundada de doutrina e de todo o regulamento do referido Programa, bem como um estudo comparado com outras relações laborais e administrativas e com outro Programa, no caso, o Programa Saúde da Família, perfazendo assim uma vasta pesquisa bibliográfica. Primeiro, foram estudadas as relações trabalhistas mais conhecidas a fim de se comparar com a situação do médico participante. Nesse trecho, foram analisados também os princípios justralhistas. Em seguida, a análise do Programa seguiu por meio do estudo das relações de trabalho no âmbito da Administração Pública, onde impera a natureza administrativa. Nessa toada, foi analisada toda a regulamentação do Programa Mais Médicos e, logo após, este foi comparado ao Programa Saúde da Família, momento em que foram feitas observações quanto às diferenças e similitudes dos dois programas. Por fim, foram tecidas críticas ao Programa analisado, bem como foram sugeridas soluções para os problemas apontados. O trabalho teve como conclusão a natureza híbrida ou mista entre natureza trabalhista e administrativa, bem como o trabalho também traz como conclusão o fato de o Programa Mais Médicos não respeitar diversos direitos (terço adicional de férias, 13º salário, FGTS, etc), tanto dos trabalhadores contratados pelo regime de Direito Privado (trabalhista) como pelo regime de Direito Público (administrativo).

**Palavras-chave:** Programa Mais Médicos. Natureza jurídica. Direitos trabalhistas. Isonomia. Médicos cubanos.

## ABSTRACT

The Federal Government's Program "Programa Mais Médicos", established by the Law nº 12.871/2013, created a *sui generis* legal relationship between the program's enrolled physicians and the Government, because it is not consistent with the Brazilian Constitution and legislation. To study this relationship, it was necessary to thoroughly research the Program's legal literature and its legislation, as well as to perform a comparative study with other labor and administrative relations and with another Program, in this case, the "Programa Saúde da Família" Program, thus completing a wide literary research. Initially, the best-known labor relations were studied to be compared with the Program's enrolled physicians situation. In this passage, the labor principles were also analyzed. Then, the analysis of the program was followed by the study of labor relations within the public administration, dominated by the administrative nature. In this tune, all of the "Programa Mais Médicos" legislation was analyzed and, soon after, it was compared to the Program's "Programa Saúde da Família" legislation, at which point observations were made concerning the differences and similarities between the two programs. Finally, critics regarding the examined Program were made, and solutions were proposed to its listed problems. This study was concluded by regarding the Program's hybrid or mixed nature that involves labor and administrative law. In its conclusion, the study also notes the fact that the Program "Programa Mais Médicos" does not respect various rights (additional vacation wages, 13th salary, FGTS, etc.) of both workers hired by the Private Law's regime (labor) as well as the Public Law's regime (administrative).

**Keywords:** "Programa Mais Médicos". Legal nature. Labor rights. Equality. Cuban doctors.

## SUMÁRIO

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | INTRODUÇÃO.....   | 10 |
| 2     | CAPÍTULO I – RELAÇÕES DE TRABALHO.....  | 13 |
| 2.1   | Diferenças entre relação de trabalho e relação de emprego.....                      | 14 |
| 2.2   | Requisitos da relação de emprego.....   | 17 |
| 2.2.1 | Pessoalidade.....   | 18 |
| 2.2.2 | Não-eventualidade.....  | 19 |
| 2.2.3 | Onerosidade.....  | 20 |
| 2.2.4 | Subordinação.....   | 21 |
| 2.3   | Princípios do Direito do Trabalho.....  | 22 |
| 2.3.1 | Princípio da proteção.....  | 22 |
| 2.3.2 | Princípio da norma mais favorável.....  | 24 |
| 2.3.3 | Princípio da primazia da realidade.....   | 24 |
| 2.3.4 | Princípio da continuidade.....  | 25 |
| 2.3.5 | Princípio da condição mais benéfica.....  | 26 |
| 2.3.6 | Princípio da intangibilidade do salário.....  | 27 |
| 2.3.7 | Princípio da não-discriminação.....   | 28 |
| 2.4   | Relação de trabalho temporário ou por prazo determinado.....                        | 29 |
| 3     | CAPÍTULO II – NATUREZA JURÍDICA DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS.....                       | 32 |
| 3.1   | Apresentação do Programa.....   | 32 |
| 3.2   | Trabalho e Administração Pública.....   | 34 |
| 3.2.1 | Princípios da Administração Pública.....  | 34 |
| 3.2.2 | Regimes de contratação pelo Poder Público.....                                      | 34 |
| 3.2.3 | Regime jurídico do servidor temporário.....   | 36 |
| 3.3   | Situação específica do Programa Mais Médicos.....                                   | 37 |
| 3.3.1 | Lei nº 12.871/2013.....   | 38 |
| 3.3.2 | Portaria Interministerial nº 1.369/2013 dos Ministérios da Saúde e da Educação..... | 41 |
| 3.3.3 | Outras normas e atos complementares.....  | 42 |
| 3.4   | Comparativo com o Programa Saúde da Família.....                                    | 45 |
| 3.4.1 | Descrição do Programa Saúde da Família.....   | 46 |
| 3.4.2 | Diferenças entre o PSF e o Programa Mais Médicos.....                               | 48 |
| 3.4.3 | Semelhanças entre o PSF e o Programa Mais Médicos.....                              | 49 |

|       |   |     |
|-------|---|-----|
| 4     | CAPÍTULO III – PROBLEMAS, DESAFIOS E SOLUÇÕES.....                        | 51  |
| 4.1   | Afronta aos direitos dos trabalhadores médicos.....                       | 51  |
| 4.1.1 | Afronta ao princípio da isonomia.....                                     | 52  |
| 4.1.2 | Afronta a direitos trabalhistas específicos.....                          | 58  |
| 4.2   | Propostas de solução dos problemas.....                                   | 60  |
| 5     | CONCLUSÃO.....  | 62  |
|       | REFERÊNCIAS.....  | 65  |
|       | ANEXO A - Lei nº 12.871/2013.....   | 73  |
|       | ANEXO B - Portaria Interministerial nº 1.369/2013 – MS/MEC.....           | 85  |
|       | ANEXO C - Terceiro Termo de Ajuste ao 8º Termo de Cooperação Técnica..... | 97  |
|       | ANEXO D - Contrato da Médica Cubana Ramona Matos Rodrigues.....           | 106 |

## 1 INTRODUÇÃO

As relações humanas hodiernas demandam um estudo aprofundado de cada viés jurídico estabelecido. Nessa toada, relações de cunho trabalhista, em que o profissional presta um serviço a uma pessoa física ou jurídica, nem sempre se traduzem em vínculos facilmente caracterizados no âmbito jurídico. A prática mostra relações de trabalho e prestação de serviço de difícil enquadramento trabalhista.

Esta monografia foi desenvolvida a partir do método de estudo bibliográfico e de pesquisa de informações nos canais jornalísticos. Em síntese, sua metodologia consistiu basicamente em pesquisas de legislação, em especial a Lei Federal nº 12.871/2013, a CLT e a Constituição Federal, observância de normas de direito internacional, análise das diversas teses e doutrinas acerca do tema, concretizando, portanto, uma vasta pesquisa bibliográfica, bem como estudo de documentos, dados oficiais e demais programas de saúde do Governo Federal desenvolvidos nos últimos anos, especialmente o Programa Saúde da Família (PSF).

Desta análise de dados, pôde-se depreender que o “Programa Mais Médicos” do Governo Federal instituído pela Lei nº 12.871/2013 criou uma relação ímpar entre médico e União. A legislação declara que esta prestação de serviços profissionais em caráter contínuo, mas por prazo determinado, não gera vínculo empregatício. Por outro lado, reza que a prestação desse serviço faz com que o médico nacional contribua obrigatoriamente para o Regime Geral de Previdência Social, na qualidade de contribuinte individual.

O programa inicialmente criado pela Medida Provisória nº 621/13, posteriormente convertida na lei retromencionada, tem os moldes de uma política transitória, que, segundo o Governo e tendo como base um possível enquadramento constitucional no art. 37, IX, da Constituição da República, é em tese de caráter emergencial, mas gera ambiguidades no plano jurídico e cria na prática uma relação *sui generis* entre médico e Governo.

Como exemplo, para mostrar a particularidade da relação estabelecida, tem-se que a legislação proíbe, como já mencionado, qualquer vínculo empregatício entre o prestador contratado sem concurso público para exercer uma atividade privativa do Estado, de modo contínuo, mas por prazo determinado, ou seja, este não integra permanentemente os quadros de pessoal da Administração Pública Federal. Outrossim, o médico fica subordinado à fiscalização do Governo, do Conselho Regional de Medicina (CRM) e de outros órgãos.

O que mais motivou este trabalho monográfico foi justamente a inicial incógnita que há no pensamento do operador do Direito para enquadrar a relação criada pelo programa

com qualquer tipo de relação jurídica, seja ela de natureza pública ou privada, constitucionalmente reconhecida, visto que se trata de relação com o Estado (no caso, a União, regida pelo princípio da estrita legalidade).

A tentativa de enquadramento da relação será feita durante boa parte deste trabalho acadêmico, visto que dela decorrem não só aspectos trabalhistas, mas também há no bojo dessa relação reflexos sociais, econômicos e, em grande medida, políticos.

É certo que o programa objeto desta análise foi elaborado com vistas a preencher uma lacuna na atenção básica de saúde que há no interior do Brasil e na periferia das grandes cidades, mas o questionamento a ser feito é até que ponto essa necessidade político-social deve se sobrepesar diante do ordenamento jurídico-constitucional que prega a transparência, a eficiência, a isonomia e outros princípios aplicados às contratações administrativas do Estado, bem como desrespeitar em parte direitos e garantias trabalhistas e acordos internacionais protetivos do labor humano.

Esta análise pormenorizada demandará do leitor um prévio esclarecimento acerca do tema proposto. Inicia-se esta monografia com o comparativo mais geral existente no direito laboral: relação de trabalho *versus* relação de emprego. Nesse início capitular, será caracterizado o que é relação de trabalho *lato sensu* e o que é relação de emprego *stricto sensu*, enumerando os requisitos e princípios específicos aplicados a esta espécie de relação laboral, tendo em vista principalmente que a Lei instituidora do Programa exclui tão somente o vínculo empregatício. Por fim, estuda-se as relações de trabalho temporário, visto que a transitoriedade é característica da relação criada pelo Programa.

Passa-se, a partir de então, ao estudo dos tipos de vínculos laborais junto a Administração Pública, momento no qual será estudado o Programa Mais Médicos em suas peculiaridades, fazendo uma breve análise inicial sob a perspectiva e o enfoque do direito trabalhista estabelecendo uma relação crítica entre o Programa Mais Médicos e o Programa Saúde da Família.

Procura-se, também, fazer uma abordagem mais detalhada do Programa Mais Médicos, desta vez analisando cada direito obreiro ofendido pela novel legislação, considerando-se para isso a realidade prática vivenciada e relatada pelos profissionais participantes, analisando o programa sob a perspectiva do direito internacional, especialmente das normas e convenções da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e do Código Global de Práticas para Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS). Neste momento, apresenta-se propostas de solução dos problemas

apontados e sugestões no âmbito legislativo.

Conclui-se o trabalho monográfico com uma análise do aspecto jurídico-social do programa, tergiversando sobre suas bases sociais e seus fundamentos políticos. Tudo minunciosamente trazido nos capítulos que se seguem.

## 2 CAPÍTULO I – RELAÇÕES DE TRABALHO

Com o avanço do Direito do Trabalho e das normas protetivas, especialmente com o crescimento das regras vinculantes ao contrato de trabalho, empresas e até governos procuram um meio prático de afastar os encargos e os ônus trazidos pela legislação laboral, mas sem excluir a relação de poder, dependência e subordinação do trabalhador ao capital.

Daí, nesse contexto mundial, percebem-se novas relações trabalhistas muito peculiares e de caráter ímpar, tal como se dá na relação entre um advogado autônomo e uma grande empresa que o contrata. Atraído pelo valor da contraprestação contratual, o profissional se vê, não juridicamente subordinado, mas praticamente dependente daquele contrato, vez que este pode lhe trazer um ganho significativo.

Na prática, a subordinação jurídica e a dependência econômica se equivalem e geram a mesma consequência, o mesmo comportamento submisso às diretrizes determinadas pela parte contratante.

Outro exemplo é o de uma determinada empresa que, visando diminuir o custo decorrente da caracterização e do reconhecimento do vínculo empregatício, em vez de contratar um empregado para fazer a limpeza de suas instalações, contrata uma empresa terceirizada especializada em serviços gerais ou uma cooperativa de mão de obra, o que teoricamente já afasta a caracterização empregatícia. No entanto, o trabalhador da empresa terceirizada se vê submisso às diretrizes da empresa tomadora de serviço, apesar de não haver entre eles a subordinação jurídica direta.

No âmbito das relações de trabalho com a Administração Pública, o Estado busca formas de prestar serviço à população sem ter de admitir pessoal por concurso público e sem sofrer com as onerações decorrentes do vínculo empregatício.

Outrossim, a Constituição prevê a possibilidade de a Administração contratar trabalhadores por tempo determinado para suprir necessidade temporária de excepcional interesse público (art. 37, IX, CF), contratação essa feita sem concurso público e sem proporcionar alguns direitos estatutários como a estabilidade, e celetistas como o aviso prévio.

A intenção basilar do legislador constitucional ao prever tal hipótese é louvável e até de real importância prática, pois, em situações realmente excepcionais e transitórias, como calamidades públicas, o Estado de fato necessita contratar servidores temporários, sem a exigência de um demorado processo de concurso público, haja vista que a necessidade muitas vezes é urgente e imprevisível.

Fulcrado nesse permissivo constitucional, o Governo Federal lançou o Programa

Mais Médicos, inicialmente por meio da Medida Provisória nº 621/2013, posteriormente convertida na Lei nº 12.871/2013. Esta lei instituidora prevê que as relações estabelecidas no âmbito do programa não geram vínculo empregatício de qualquer natureza, muito embora não afaste, por impossibilidade prática, a caracterização de uma relação de trabalho, pois há uma clara prestação de serviço desenvolvida entre as atividades dos médicos contratados.

A partir dessa premissa, para se classificar a relação jurídica estabelecida entre médico e Governo e o tratamento dado ao primeiro, torna-se imperioso antes conhecer e analisar as relações de trabalho *lato sensu*, distinguindo-as da relação de emprego *stricto sensu*. Em seguida, faz-se necessário caracterizar a relação de emprego e apresentar os princípios norteadores da relação empregatícia. Isto é o que se fará neste primeiro capítulo.

## 2.1 Diferenças entre relação de trabalho e relação de emprego

Trabalho, na concepção de Silva, vem do verbo trabalhar e significa atividade produtiva do homem por meio de sua ação física ou intelectual.

De *trabalhar*, genericamente, entende-se a *ação de trabalhar*, sendo, assim, de significação equivalente à *obra, ocupação, tarefa, função, ofício, serviço, mister, emprego, missão, cargo, encargo, faina*, etc. *Trabalho*, então, entender-se-á todo *esforço físico*, ou mesmo *intelectual*, na intenção de realizar ou fazer qualquer coisa. No sentido econômico e jurídico, porém, *trabalho* não é simplesmente tomado nesta acepção física: é toda ação, ou todo esforço ou todo desenvolvimento ordenado de energias do homem, sejam psíquicas, ou sejam corporais, dirigidas com um fim econômico, isto é, para *produzir uma riqueza*, ou *uma utilidade*, suscetível de uma avaliação, ou apreciação monetária. (SILVA, 1998, p. 823)

Süssekind (2010, p. 106) corrobora com tal entendimento quando afirma que “toda energia humana, física ou mental, utilizada na produção de um bem corpóreo ou incorpóreo ou na realização de um serviço, é trabalho”.

Nesse sentido, trabalho revela-se uma palavra com ampla significação, que engloba vários tipos de atividades. Diferente não é com a expressão relação de trabalho, que quer dizer a relação originada entre uma pessoa física e uma pessoa física ou jurídica, onde a primeira presta um serviço à segunda.

Dessa incipiente definição, nota-se que no comparativo entre relação de trabalho e relação de emprego, a primeira revela-se o gênero, enquanto a segunda será uma espécie.

Tergiversando sobre o comparativo entre relação de trabalho e relação de emprego, Delgado ensina:

A primeira expressão tem caráter genérico: refere-se a todas as relações jurídicas

caracterizadas por terem sua prestação essencial centrada em uma obrigação de fazer consubstanciada em labor humano. Refere-se, pois, a toda modalidade de contratação de trabalho humano modernamente admissível. A expressão relação de trabalho englobaria, desse modo, a relação de emprego, a relação de trabalho autônomo, a relação de trabalho eventual, de trabalho avulso e outras modalidades de pactuação de prestação de labor (como trabalho de estágio, etc.). Traduz, portanto, o gênero a que se acomodam todas as formas de pactuação de prestação de trabalho existentes no mundo jurídico atual. Evidentemente que a palavra trabalho, embora ampla, tem uma inquestionável delimitação: refere-se a dispêndio de energia pelo ser humano, objetivando resultado útil (e não dispêndio de energia por seres irracionais ou pessoa jurídica). Trabalho é atividade inerente à pessoa humana, compondo o conteúdo físico e psíquico dos integrantes da humanidade. (DELGADO, 2011, p. 275)

Já mais adiante, falando especificamente sobre a relação de emprego, o mesmo autor assevera:

A relação de emprego, do ponto de vista técnico-jurídico, é apenas uma das modalidades específicas da relação de trabalho juridicamente configuradas. Corresponde a um tipo legal próprio e específico, inconfundível com as demais modalidades de relação de trabalho ora vigentes. Não obstante esse caráter de mera espécie do gênero a que se filia, a relação de emprego tem a particularidade de também constituir-se, do ponto de vista econômico-social, na modalidade mais relevante de pactuação de prestação de trabalho existente nos últimos duzentos anos, desde a instauração do sistema econômico contemporâneo, o capitalismo. Essa relevância socioeconômica e a singularidade de sua dinâmica jurídica conduziram a que se estruturasse em torno da relação de emprego um dos segmentos mais significativos do universo jurídico atual – o Direito do Trabalho. (DELGADO, 2011, p. 276)

Assim, nota-se que a relação de emprego é uma espécie de relação de trabalho, mas não qualquer uma, e sim a principal e mais delimitada espécie do gênero, que hoje abrange a maior parte do mercado obreiro nacional.

Aceita a premissa de contrato de trabalho como gênero, cabe verificar as suas modalidades, deixando claro, em primeiro lugar, que o vocábulo, no sentido em que está aqui sendo usado, abrange um universo que ultrapassa o tradicional. A divisão inicial deve levar em conta as grandes áreas jurídicas de trabalho humano, que, segundo a antiga concepção binária, abrangia o trabalho autônomo e o subordinado, e de acordo com a teoria contemporânea funda-se na divisão tridimensional entre *autonomia* (trabalho para si), *subordinação* (trabalho para outro, sob seu comando jurídico) e *trabalho parassubordinado* (trabalho com características híbridas de autonomia e subordinação, que não se enquadra em nenhuma dessas duas áreas, tendendo para a coordenação no lugar da subordinação). (NASCIMENTO, 2009, p. 540)

De outro tanto, quanto aos demais tipos de relação de trabalho *lato sensu*, podem ser enumerados o trabalho autônomo, o eventual, o avulso, o prestado por cooperativa de mão de obra, o do servidor público, o do estagiário, entre outros. Tal rol não é taxativo e sim exemplificativo, visto que as espécies de trabalho são inúmeras e não há uma clara delimitação para se caracterizar uma relação de trabalho qualquer em uma espécie

diferenciada e autônoma didaticamente, com princípios e normas particulares.

No entanto, a espécie relação de emprego por sua vez é bem delimitada em suas características e requisitos. Logo, o entendimento didático é que tudo que não for caracterizado como relação de emprego e envolva uma obrigação de fazer pessoal consubstanciada num labor humano será tida como relação de trabalho *lato sensu*.

Passeando por outras espécies do gênero trabalho, pode-se dizer, amparados em Barros, que o trabalhador autônomo difere-se do empregado pela ausência de subordinação jurídica.

No trabalho autônomo, o prestador de serviços atua como patrão de si mesmo, sem submissão aos poderes de comando do empregador, e, portanto, não está inserido no círculo diretivo e disciplinar de uma organização empresarial. O trabalhador autônomo conserva a liberdade de iniciativa, competindo-lhe gerir sua própria atividade e, em consequência, suportar os riscos daí advindos. (BARROS, 2012, p. 173)

Já o trabalho eventual difere-se pela falta de continuidade da relação jurídica estabelecida, consoante doutrina de Nascimento.

No trabalho eventual não há uma inserção continuada do prestador na organização para a qual o serviço é prestado, nem a inerência desse trabalho aos fins principais da atividade econômica da empresa, dada a singularidade do *opus* ou *resultado*, em cujo cumprimento se exaure o contrato. Por esse mesmo motivo é que não pode ser beneficiado com os mesmos direitos previstos para o empregado, sendo essa a principal causa da marginalização do eventual e da falta de proteção jurídica que deveria receber, pautada em critérios próprios. (NASCIMENTO, 2009, p. 473)

Analisando a particularidade do trabalhador avulso, quanto a este, Sússekind afirma que sua singularidade está na relação trilateral estabelecida entre obreiro, sindicato ou Órgão Gestor de Mão de Obra (OGMO) e empresa tomadora de serviço. Nesta espécie, não há vínculo jurídico direto do trabalhador com a empresa para a qual presta serviço, nem sequer há vínculo jurídico-formal com a entidade de classe ou o OGMO.

Distingue-se o trabalhador avulso do empregado, porque a relação de trabalho não é contínua, dependendo da sua designação pelo sindicato do qual a mão de obra é requisitada ou, quando for o caso, do órgão gestor de mão de obra portuária, onde a referida associação representa a correspondente categoria; mas também se diferencia do trabalhador autônomo, porque não assume, como este, os riscos da atividade empreendida. Trata-se, na verdade, de figura jurídica nascida no trabalho de estiva e nos trapiches, mais tarde utilizada, excepcionalmente, em outras atividades: os serviços são prestados em grupos de duração episódica, constituídos por trabalhadores, preferentemente sindicalizados (na prática, a preferência é absoluta), escalados pelo sindicato da correspondente categoria, mediante requisição do interessado. (SÜSSEKIND, 2010, p. 117)

O trabalho do servidor público não é caracterizado como relação de emprego por

força unicamente de uma excludente legal, diferente, portanto, do empregado público. É a lei que diz que o regime jurídico estabelecido entre servidor permanente e Estado será uma relação estatutária, sob o regime jurídico-administrativo e não trabalhista. Nesta senda, Delgado e Barros se pronunciam:

Tais trabalhadores *lato sensu* não formam *vínculo contratual privatístico* com os entes estatais a que servem – mas *vínculo de natureza pública*, sob padrão normativo distinto, juridicamente incomparável. Por essa razão, em face da natureza jurídica própria de seus vínculos (que é *pública*), torna-se irrelevante, para fins jurtrabalhistas, que sejam também pessoas naturais, prestando serviços com pessoalidade, não eventualidade, onerosidade e subordinação – não são eles, definitivamente, empregados. (DELGADO, 2011, p. 311)

A situação estatutária, como revelam os administrativistas, não pressupõe ajuste entre as partes de condições de serviço e remuneração. Ao contrário, é o poder público que estabelece, unilateralmente, em lei e regulamentos, as condições de exercício das funções públicas. (BARROS, 2012, p. 420)

Para finalizar essa análise de algumas das espécies de relação de trabalho, tem-se que a do estagiário também é afastada da incidência das regras celetistas por força de uma excludente legal, atualmente regulamentada pela Lei nº 11.788/2008, que estabelece uma relação triangular entre estagiário, instituição de ensino e empresa cedente do estágio, bem como visa dar mais oportunidade de aprendizagem ao estudante, em uma relação com fins educacionais.

Contrato de estágio não é uma forma de relação de emprego nem pode ser tratado como tal. É uma modalidade especial de contrato de qualificação profissional com objetivos pedagógicos e de formação de profissional nas diferentes áreas do conhecimento. Porém, o descumprimento de regras estabelecidas pela lei pode ensejar a oportunidade de uma avaliação desqualificante de sua natureza própria, para que o seu enquadramento jurídico se faça no modelo do vínculo de emprego. (NASCIMENTO, 2009, p. 788)

Frustradas, entretanto, a causa e a destinação nobres do vínculo estagiário formado, transmutando-se sua prática real em simples utilização menos onerosa de força de trabalho, sem qualquer efetivo ganho educacional para o estudante, esvai-se o tratamento legal especialíssimo antes conferido, prevalecendo, em todos os seus termos, o reconhecimento do vínculo empregatício. (DELGADO, 2011, p. 313)

Assim, essas outras espécies de relação de trabalho diferem-se da relação de emprego por uma ou mais particularidades. No entanto, pelo princípio juslaboral da primazia da realidade, nada impede que uma relação formalmente estabelecida como trabalho autônomo, por exemplo, seja reconhecida com o vínculo empregatício, desde que preenchidos os requisitos da caracterização do emprego adiante enumerados.

## 2.2 Requisitos da relação de emprego

Inicialmente, mister trazer à tona a definição legal de empregado, prevista no art. 3º da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT): “Considera-se empregado toda pessoa física que prestar serviços de natureza não eventual a empregador, sob a dependência deste e mediante salário”, devidamente complementada pelo art. 2º do mesmo diploma: “Considera-se empregador a empresa, individual ou coletiva, que, assumindo os riscos da atividade econômica, admite, assalaria e dirige a prestação pessoal de serviço”.

Logo, da CLT se extrai que, para ser caracterizado como empregado, o trabalhador deve: ser pessoa física, prestar serviço de natureza não eventual, estar subordinado ao poder diretivo do empregador e receber salário deste.

No entendimento de Sússekind:

Aí estão os elementos caracterizadores da relação de emprego: pessoalidade na prestação de serviços não eventuais pelo trabalhador, sob a dependência hierárquica resultante da subordinação jurídica ao empregador, o qual lhe paga os salários e, por assumir os riscos do empreendimento, detém o poder de comando da empresa, exercendo-o através dos poderes diretivo e disciplinar. (SÜSSEKIND, 2010, p. 107)

Barros corrobora:

Os principais elementos da relação de emprego gerada pelo contrato de trabalho são: a) a pessoalidade, ou seja, um dos sujeitos (o empregado) tem o dever jurídico de prestar os serviços em favor de outrem pessoalmente; b) a natureza não eventual do serviço, isto é, ele deverá ser necessário à atividade normal do empregador; c) a remuneração do trabalho a ser executado pelo empregado; d) finalmente, a subordinação jurídica da prestação de serviços ao empregador. (BARROS, 2012, p. 173)

Desse modo, observa-se que há quatro requisitos básicos para a caracterização da relação de emprego. Passa-se então à análise destes.

### 2.2.1 Pessoalidade

Por pessoalidade, entende-se o elemento fático-jurídico que se traduz na necessidade de prestação *intuitu personae* do trabalho contratado pelo empregador, no que se refere à pessoa do empregado. Com relação a esse requisito, Delgado assevera:

É essencial à configuração da relação de emprego que a prestação do trabalho, pela pessoa natural, tenha efetivo caráter de *infungibilidade*, no que tange ao trabalhador. A relação jurídica pactuada – ou efetivamente cumprida – deve ser, desse modo, *intuitu personae* com respeito ao prestador de serviços, que não poderá, assim, fazer-se substituir intermitentemente por outro trabalhador ao longo da concretização dos serviços pactuados. (DELGADO, 2011, p. 281)

No entanto, consoante Pinto (2007), a regra da impossibilidade de substituição do trabalhador por outro tem exceção quando há o consentimento do empregador nessa substituição, seja a substituição por iniciativa do próprio empregado ou por circunstância alheia à sua vontade, por exemplo em caso de doença.

Tal pressuposto da relação empregatícia (pessoalidade) tem relevância não só no momento da configuração do vínculo, como também, segundo Delgado (2011), no momento de sua extinção, visto que, por ser obrigação personalíssima com relação ao empregado, havendo a morte deste, o contrato se extingue automaticamente, não podendo ser dito o mesmo com relação à parte empregadora-empresarial.

### **2.2.2 Não-eventualidade**

Este elemento da relação de emprego a difere essencialmente da relação de trabalho eventual e advém principalmente do princípio da continuidade da relação de trabalho, com vistas ao bem-estar social do trabalhador. Assim, Delgado (2011, p. 283) tergiversa: “nesse sentido, para que haja relação empregatícia é *necessário que o trabalho prestado tenha caráter de permanência (ainda que por um curto período determinado), não se qualificando como trabalho esporádico*”.

Outrossim, o conceito prático de não-eventualidade é tormentoso na doutrina justtrabalhista, havendo quatro teorias que tentam explicar o que seria um trabalho de natureza eventual, explicando a *contrário sensu* o não eventual, são elas: teoria da continuidade/descontinuidade, teoria do evento, teoria dos fins do empreendimento e teoria da fixação jurídica.

A primeira, na concepção de Delgado (2011), informa que eventual seria o trabalho descontínuo e interrupto com relação ao tomador enfocado. Logo, não-eventual seria aquele trabalho contínuo e ininterrupto no tempo. Tal teoria foi rechaçada pela CLT, quando esta adotou o termo “de natureza não eventual”, não se referindo à expressão “contínua” como adotou a lei do trabalho doméstico (Lei nº 5.859/72).

A teoria do evento, segundo Cavalcante (2003, p. 237), “caracteriza como eventual o trabalhador admitido na empresa para um determinado evento. O trabalhador cumpre a sua obrigação e será desligado”.

A mais festejada teoria, a dos fins do empreendimento, consoante doutrina de Lima (2007), reza que o trabalho do empregado integra a atividade-fim do empregador, citando-se como exemplo de empregado um balconista que trabalha só 5 dias para um

estabelecimento comercial, nessa função, e é dispensado sem justa causa. Este, apesar do curto intervalo de tempo laborado, teve um contrato de trabalho e deve receber as indenizações emergentes do vínculo empregatício.

Délio Maranhão (*in* SÜSSEKIND *et al*, 2005) diz que o trabalho do empregado, quanto ao quesito temporalidade da prestação, deve, portanto, corresponder às necessidades normais da atividade econômica desenvolvida pelo empregador, revelando assim o caráter de permanência do trabalho.

A última teoria, a da fixação jurídica, ensinada por Nascimento (2009), preleciona que, para a caracterização do vínculo empregatício, há a necessidade de uma certa fixação vinculando o trabalhador à fonte de trabalho, sem o que não há a figura do empregado. Deve haver, portanto, uma certa fixação jurídica do empregado ao empregador, em contraposição à figura do trabalhador eventual.

Sobreleva-se que o entendimento mais razoável seria uma mescla entre as três últimas teorias para assim se explicar corretamente o requisito da não eventualidade do trabalho prestado para a caracterização do vínculo empregatício.

### 2.2.3 Onerosidade

Por onerosidade, tem-se que, para que uma relação de trabalho seja qualificada como relação de emprego, deve haver o pagamento de uma contraprestação salarial. Nos dizeres de Barros (2012), salário é “contraprestação devida e paga diretamente pelo empregador ao empregado em virtude do contrato de trabalho. Poderá ser pago em dinheiro ou *in natura*”.

Délio Maranhão afirma que é necessário:

[...] que a prestação de trabalho não se dê a título gratuito, porque o contrato de trabalho é um contrato oneroso. Não é a falta de estipulação do *quantum* do salário ou o seu pagamento sob a forma indireta que desfiguram a condição de empregado, e sim a intenção de prestar o serviço desinteressadamente, por mera benevolência. (MARANHÃO, *in* SÜSSEKIND *et al*, 2005, p. 311)

Nesse contexto, comentando sobre a onerosidade, Delgado tergiversa:

Desse modo, ao valor econômico da força de trabalho colocada à disposição do empregador deve corresponder uma contrapartida econômica em benefício obreiro, consubstanciada no conjunto salarial, isto é, o complexo de verbas contraprestativas pagas pelo empregador ao empregado em virtude da relação empregatícia pactuada. (DELGADO, 2011, p. 287)

Isto posto, conclui-se que o elemento onerosidade é requisito essencial à formação do vínculo empregatício, visto que sem ele não há relação de emprego e sim trabalho voluntário ou benevolente.

#### 2.2.4 Subordinação

Este requisito é tido por muitos autores como o mais importante para a caracterização do vínculo empregatício. Sem ele, é impossível se falar em relação de emprego.

Comentando acerca da importância da subordinação para a caracterização do vínculo empregatício, Delgado ilustra situações aparentemente desconfiguradas da relação empregatícia, que, no entanto, presente o elemento subordinação, podem ser tidas como emprego, dentro da realidade prática de certo labor:

O cotejo de hipóteses excludentes (trabalho subordinado *versus* trabalho autônomo) abrange inúmeras situações recorrentes na prática material e judicial trabalhista: trabalhadores autônomos prestando serviços habituais a empresas (como profissionais de consultoria, auditoria, contabilidade, advocacia, etc.); trabalhadores autônomos pactuando a confecção de obra certa para determinado tomador (empreitada); representantes comerciais ou agentes e distribuidores regidos por legislação própria; contratos de parcerias rurais, etc. Em todos esses casos, a desconstituição do contrato civil formalmente existente entre as partes supõe a prova da subordinação jurídica, em detrimento do caráter autônomo aparente de que estaria se revestindo o vínculo. (DELGADO, 2011, p. 290)

Outrossim, mister entender o que significa subordinação no contexto da relação de trabalho para em seguida concluir por sua necessidade fática dentro da relação empregatícia.

Como se percebe, no Direito do Trabalho a subordinação é encarada sob um *prisma objetivo*: ela atua sobre o *modo de realização* da prestação e não sobre a pessoa do trabalhador. É, portanto, incorreta, do ponto de vista jurídico, a *visão subjetiva* do fenômeno, isto é, que se compreenda a subordinação como atuante sobre a pessoa do trabalhador, criando-lhe certo estado de sujeição (*status subjectiones*). [...] A concepção subjetiva do fenômeno da subordinação – hoje inteiramente superada – expressa-se com maior proximidade pela palavra *dependência* (a propósito, utilizada pelo *caput* do art. 3º da CLT para se referir à subordinação). (DELGADO, 2011, p. 291)

Nascimento define subordinação como:

*Uma situação em que se encontra o trabalhador, decorrente da limitação contratual da autonomia da sua vontade, para o fim de transferir ao empregador o poder de direção sobre a atividade que desempenhará. A subordinação significa uma limitação à autonomia do empregado, de tal modo que a execução dos serviços deve pautar-se por certas normas que não serão por ele traçadas. (NASCIMENTO, 2009, p. 625)*

Ainda em relação à subordinação, Barros salienta:

Esse poder de comando do empregador não precisa ser exercido de forma constante, tampouco torna-se necessária a vigilância técnica contínua dos trabalhos efetuados, mesmo porque, em relação aos trabalhadores intelectuais, ela é difícil de ocorrer. O importante é que haja a possibilidade de o empregador dar ordens, comandar, dirigir e fiscalizar a atividade do empregado. Em linhas gerais, o que interessa é a possibilidade que assiste ao empregador de intervir na atividade do empregado. (BARROS, 2012, p. 210)

Quanto à origem da subordinação no plano teórico, Javillier (1978, p. 50 *apud* SÜSSEKIND, 2010, p. 107) ensina que “no regime capitalista o empregador assume todo o risco econômico. O empregado, nenhum. A subordinação jurídica é, portanto, o reflexo dessa relação de produção”.

Ressaltando o critério objetivo desse elemento fático-jurídico do vínculo empregatício, Delgado reforça:

A subordinação, como se sabe, é aferida a partir de um critério objetivo, avaliando-se sua presença *na atividade exercida, no modo de concretização do trabalho pactuado*. Ela ocorre quando o poder de direção empresarial exerce-se com respeito à atividade desempenhada pelo trabalhador, no *modus faciendi* da prestação de trabalho. (DELGADO, 2011, p. 332)

Assim, a relação de emprego só se perfectibiliza caso haja a presença clara de todos esses quatro elementos essenciais, pré-requisitos para a configuração do emprego: pessoalidade na prestação, não-eventualidade do trabalho, onerosidade da relação e subordinação jurídica objetiva do empregado ao poder diretivo do empregador.

Isto posto, delimitados todos os requisitos da relação trabalhista de emprego, imperioso se torna passar à análise dos princípios norteadores dessa relação laboral contemporânea.

## **2.3 Princípios do Direito do Trabalho**

O Direito do Trabalho pátrio é norteado por princípios que permeiam esse ramo especializado da ciência jurídica. Para se entender melhor as relações laborais e o ordenamento jurídico-trabalhista brasileiro, torna-se salutar estudar alguns dos principais princípios juslaborais presentes no ordenamento jurídico e na realidade da prática forense.

### **2.3.1 Princípio da proteção**

Considerado por Delgado o princípio cardeal do Direito do Trabalho, ensina o referido doutrinador:

Informa este princípio que o Direito do Trabalho estrutura em seu interior, com suas regras, institutos, princípios e presunções próprias, uma teia de proteção à parte hipossuficiente na relação empregatícia – o obreiro –, visando retificar (ou atenuar), no plano jurídico, o desequilíbrio inerente ao plano fático do contrato de trabalho. (DELGADO, 2011, p. 192)

A seguir assevera Delgado (2011, p. 193) que o princípio da proteção busca “retificar, juridicamente, uma diferença prática de poder e de influência econômica e social apreendida entre os sujeitos da relação empregatícia”.

Süssekind diz que:

*O princípio da proteção do trabalhador* resulta das normas imperativas e, portanto, de ordem pública, que caracterizam a intervenção básica do Estado nas relações de trabalho, visando a opor obstáculos à autonomia da vontade. Essas regras cogentes formam a base do contrato de trabalho – uma linha divisória entre a vontade do Estado, manifestada pelos poderes competentes, e a dos contratantes. Estes podem complementar ou suplementar o mínimo de proteção legal. (SÜSSEKIND, 2010, p. 75)

Para Plá Rodrigues (1978, p. 37), o princípio da proteção “não constitui método especial de interpretação, mas um princípio geral que inspira todas as normas do Direito do Trabalho e que deve ser levado em conta na sua aplicação”.

Salutar o entendimento de Nascimento quando afirma:

[...] no direito do trabalho há um princípio maior, o *protetor*, diante da sua finalidade de origem, que é a proteção jurídica do trabalhador, compensadora da inferioridade em que se encontra no contrato de trabalho, pela sua posição econômica de dependência ao empregador e de subordinação às suas ordens de serviço. O direito do trabalho, sob essa perspectiva, é um conjunto de direitos conferidos ao trabalhador como meio de dar equilíbrio entre os sujeitos do contrato de trabalho, diante da natural desigualdade que os separa, e favorece uma das partes do vínculo jurídico, a patronal. (NASCIMENTO, 2009, p. 388)

Plá Rodrigues comenta que:

Enquanto no direito comum uma constante preocupação parece assegurar a igualdade jurídica entre os contratantes, no Direito do Trabalho a preocupação central parece ser a de proteger uma das partes com o objetivo de, mediante essa proteção, alcançar-se uma igualdade substancial e verdadeira entre as partes. (PLÁ RODRIGUES, 1978, p. 28)

Sobre a aplicação de tal princípio, Lima obtempera que o princípio:

Consiste na proteção do trabalhador, primeiro, sob o *aspecto físico*, traduzido nos descansos anual, semanal, inter e entre jornadas, antes e depois do parto etc.; depois, sob o ponto de vista *social e econômico*, traduzido na garantia de previdência social,

seguro-desemprego, proteção à maternidade, melhores condições de trabalho e habitação, educação, melhores salários e proteção destes. (LIMA, 2007, p. 65)

Este princípio se irradia por todo o ordenamento justralhista, com vistas a equalizar juridicamente uma situação que na prática é desigual: a relação entre empregado e empregador. Deste basilar advém todos os outros princípios trabalhistas.

### 2.3.2 Princípio da norma mais favorável

Na concepção de Nascimento, o princípio da norma mais favorável ao trabalhador tem três funções.

É princípio de elaboração da norma jurídica, influenciando nos critérios inspiradores da reforma das legislações e definição das condições de trabalho fixadas pelas convenções coletivas. É princípio de aplicação do direito do trabalho, permitindo a adoção de meios técnicos destinados a resolver o problema da hierarquia e da prevalência, entre muitas, de uma norma sobre a matéria a ser regulada. É, finalmente, princípio de interpretação, permitindo que no caso de dúvida sobre o sentido da norma jurídica venha a ser escolhido aquele mais benéfico ao trabalhador, salvo lei proibitiva do Estado. (NASCIMENTO, 2009, p. 387)

No entanto, no momento da aplicação de tal princípio ao caso concreto, deve-se ter atenção para a advertência que faz Delgado:

Na pesquisa e eleição da regra mais favorável, o intérprete e aplicador do Direito obviamente deverá se submeter a algumas condutas objetivas, que permitam preservar o caráter científico da compreensão e apropriação do fenômeno jurídico. Assim, haverá de ter em conta não o trabalhador específico, objeto da incidência da norma em certo caso concreto, mas o trabalhador como ser componente de um universo mais amplo (categoria profissional, por exemplo). (DELGADO, 2011, p. 194)

Destaque-se, assim, que o princípio em tela deve ser considerado em situações de aparente conflito de normas, além de servir de base principiológica para a elaboração de novas lei e interpretações.

### 2.3.3 Princípio da primazia da realidade

Este prisma jurídico-trabalhista dispõe que:

No Direito do Trabalho deve-se pesquisar, preferencialmente, a *prática concreta efetivada ao longo da prestação de serviços*, independentemente da vontade eventualmente manifestada pelas partes na respectiva relação jurídica. A prática habitual – na qualidade de *uso* – altera o contrato pactuado, gerando direitos e obrigações novos às partes contratantes (respeitada a fronteira da inalterabilidade

contratual lesiva). (DELGADO, 2011, p. 201)

Para Sússekind, este princípio reza que:

[...] a relação evidenciada pelos fatos define a verdadeira relação jurídica estipulada pelos contratantes, ainda que sob capa simulada não correspondente à realidade. A Justiça do Trabalho tem invocado reiteradamente esse princípio, que se sintoniza com o disposto no art. 9º da CLT, para reconhecer o contrato de trabalho subordinado em relações jurídicas formalmente ajustadas sob o rótulo de serviços autônomos, estágio de técnicos ou universitários, trabalho prestado por meio de empresas terceirizadas ou cooperativas etc. Desde que haja prestação pessoal de serviços, em caráter não eventual, sob o poder de comando de quem se aproveita dos serviços e os remunera, haverá relação de emprego (arts. 2º e 3º da CLT). (SÜSSEKIND, 2010, p. 77)

Para Nascimento (2009, p. 389), “o *princípio da realidade* visa a priorização da verdade real diante da verdade formal. Entre os documentos sobre a relação de emprego e o modo efetivo como, concretamente, os fatos ocorreram, deve-se reconhecer estes em detrimento dos papéis”.

Portanto, este princípio preza pela ponderação e pela análise no caso concreto da real situação desenvolvida na labuta diária do sujeito subordinado, não tendo os documentos, nesta análise, mais relevância que a realidade apurada. Serve, pois, para coibir a contratação simulada de um empregado sobre a roupagem de um terceirizado ou autônomo e é muito utilizado na prática forense.

### **2.3.4 Princípio da continuidade**

Consiste, segundo Pinto (2007), na orientação das normas trabalhistas para emprestar ao contrato individual de emprego a maior duração possível.

Nascimento teoriza que este princípio:

[...] recomenda a preferência legal pelos contratos por prazo indeterminado, as limitações impostas aos contratos por prazo determinado e a inserção, nas leis e nas convenções coletivas, de diversas técnicas tendentes a disciplinar a dispensa do empregado, impedindo-a sem causa jurídica ou dificultando-a bastante. (NASCIMENTO, 2009, p. 392)

Para Barros (2012, p. 146), “visa à preservação do emprego, com o objetivo de dar segurança econômica ao trabalhador e incorporá-lo ao organismo empresarial”.

Esse princípio revela que o Direito do Trabalho tende a resistir à dispensa arbitrária, como se infere do art. 7º, I, da Constituição de 1988 [...] e a manter o pacto laboral nas hipóteses de sucessão, de suspensão e interrupção do contrato e em face de algumas nulidades por descumprimento de formalidades legais. O Direito do Trabalho tem, ainda, como regra, os contratos de duração indeterminada e procura

mantê-los quando institui as estabilidade provisórias. Esse princípio sofreu os efeitos da flexibilização, com a ampliação das formas de contratação por prazo determinado, mas ainda persiste inspirando o nosso ordenamento jurídico. (BARROS, 2012, p. 146)

Para Lima (2007, p. 67), o princípio da continuidade “consiste em estabelecer a presunção *juris tantum* da continuidade do emprego. Presume-se que o empregado não pediu demissão nem abandonou o emprego, por exemplo”.

Plá Rodrigues adverte sobre a aplicação de tal princípio:

[...] o empregador não pode invocar este princípio para se opor à renúncia ou ao abandono do emprego pelo trabalhador. Salvo nos contratos de prazo determinado e na medida em que a solvência econômica do trabalhador empreste algum significado prático à responsabilidade em que possa vir a incorrer, em todos os demais casos o trabalhador é livre para denunciar o contrato e deixar de trabalhar. (PLÁ RODRIGUES, 1978, p. 141)

Logo, pelo princípio da continuidade, o Estado, em seu poder legiferante, deve garantir meios de prolongar a duração dos contratos de trabalho e dificultar a dispensa laboral sem justa causa, com vista a evitar o rompimento do vínculo empregatício.

### 2.3.5 Princípio da condição mais benéfica

Adotado expressamente pela legislação trabalhista (art. 468 da CLT), este princípio, na acepção de Delgado (2011, p. 196), “importa na garantia de preservação, ao longo do contrato, da cláusula contratual mais vantajosa ao trabalhador, que se reveste do caráter de direito adquirido (art. 5º, XXXVI, CF/88)”.

Segundo a concepção de Nascimento (2009, p. 389), o princípio da condição mais benéfica ao obreiro tem a função de “resguardar as vantagens que o trabalhador tem nos casos de transformações prejudiciais que poderiam afetá-lo, sendo, portanto, a aplicação, no direito do trabalho, do princípio do direito adquirido do direito comum”.

Na definição de Barros, tal princípio:

[...] se direciona a proteger situações pessoais vantajosas que se incorporaram ao patrimônio do empregado, por força do próprio contrato, de forma expressa ou tácita consistente esta última em fornecimentos habituais de vantagens que não poderão ser retiradas, sob pena de violação ao art. 468 da CLT. (BARROS, 2012, p. 142)

Lima tergiversa sobre as bases, as exceções e os efeitos de tal princípio:

O fundamento deste princípio suporta-se em duas pilstras, a saber: a) a modificação das regras trabalhistas (inclusive as contratuais) não pode operar em prejuízo do trabalhador – art. 468 da CLT; b) o rebaixamento fere direito adquirido,

constitucionalmente protegido. O limite esbarra nas excepcionais condições benéficas expressamente temporárias, cuja continuação não possa ser suportada pelo empregador, porque o encargo muito pesado leva a empresa à ruína, com consequências maléficas; assim, também, o rigor exagerado no emprego deste princípio gera efeito psicológico negativo no empregador, que evitará melhorar as condições de trabalho dos seus empregados por determinado período com medo da irreversibilidade. (LIMA, 2007, p. 67)

Ao falar sobre que condições mais benéficas devem ser respeitadas, Plá Rodrigues pondera:

Se, na prática, os fatos demonstram que se tratava de um benefício meramente transitório, uma vez finda a situação que o originou, pode ser tornado sem efeito. Entretanto, se é um benefício que se prolongou além da circunstância que lhe deu origem, ou que não esteja ligado a nenhuma situação transitória especial, devemos concluir que constitui condição mais benéfica, que deve ser respeitada. (PLÁ RODRIGUES, 1978, p. 65)

Portanto, este preceito deve ser sempre aplicado às relações laborais em benefício do obreiro, porém sua aplicação deve ser pautada pelo princípio da razoabilidade e limitada especialmente pelas exceções previstas em lei.

### 2.3.6 Princípio da intangibilidade do salário

Segundo doutrina de Delgado, este princípio visa blindar a parcela salarial do trabalhador contra descontos indevidos e outras práticas abusivas, visto que desta parcela depende, em geral, sua subsistência e de sua família.

Estabelece o *princípio da intangibilidade dos salários* que esta parcela justabalhista merece garantias diversificadas da ordem jurídica, de modo a assegurar seu valor, montante e disponibilidade em benefício do empregado. Este merecimento deriva do fato de considerar-se ter o salário *caráter alimentar*, atendendo, pois, a necessidades essenciais do ser humano [...] A força desse princípio não está, contudo, somente estribada no Direito do Trabalho, porém nas relações que mantém com o plano externo (e mais alto) do universo jurídico. De fato, o presente princípio laborativo especial ata-se até mesmo a um princípio jurídico geral de grande relevo, com sede na Carta Magna: o *princípio da dignidade da pessoa humana*. (DELGADO, 2011, p. 200)

Sobre os reflexos de tal princípio, o mesmo autor tergiversa:

O atual princípio justabalhista projeta-se em distintas direções: garantia do valor do salário; garantias contra mudanças contratuais e normativas que provoquem a redução do salário (aqui o princípio especial examinado se identifica pela expressão *princípio da irreduzibilidade salarial*, englobando-se também, de certo modo, no *princípio da inalterabilidade contratual lesiva*); garantias contra práticas que prejudiquem seu efetivo montante – trata-se dos problemas jurídicos envoltos aos *descontos* no salário do empregado (o princípio aqui também tende a se particularizar em uma denominação diferente: *princípio da integralidade salarial*). (DELGADO, 2011, p. 200)

Porém, o referido doutrinador faz uma advertência e indica algumas das exceções ao princípio, afirmando ainda que não se trata de um prisma com caráter absoluto, como nada o é na ciência do Direito.

Em linhas gerais, porém, pode-se esclarecer que as diversas garantias fixadas pela ordem jurídica não têm caráter absoluto, usualmente acolhendo restrições. Ilustrativamente, a proteção relativa ao valor do salário ainda não o preserva de perdas decorrentes da corrosão monetária; a vedação a mudanças contratuais e normativas provocadoras da redução de salários pode ser flexibilizada mediante negociação coletiva (art. 7º, VI, CF/88); a garantia de integralidade salarial, com controle de descontos em seu montante, é excepcionada pela própria norma jurídica que a instituiu (art. 462, CLT); a proteção contra constrições externas, como a penhora, embora ampla, encontra exceção, por exemplo, na prestação alimentícia (art. 649, IV, § 2º, CPC). (DELGADO, 2011, p. 201)

Assim, pode-se vislumbrar que tal princípio, apesar das exceções legais, deve ser respeitado, especialmente pelo poder legiferante do Estado, pois normas que possibilitam uma agressão ao salário do trabalhador tendem a atentar indiretamente contra a dignidade deste ser humano, muitas vezes afetando sua própria subsistência.

### **2.3.7 Princípio da não-discriminação**

Este último princípio, que será muito usado nos outros capítulos deste trabalho monográfico, proíbe:

[...] diferença de critério de admissão, de exercício de funções e de salário por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil (art. 7º, XXX), ou de critério de admissão e de salário em razão de deficiência física (art. 7º, XXXI) e, bem assim, que se distinga, na aplicação das normas gerais, entre o trabalho manual, o técnico e o intelectual ou entre os respectivos profissionais (art. 7º, XXXII); este princípio, entretanto, deve ser aplicado tendo em conta que não fere a isonomia tratar-se desigualmente situações desiguais. (SÜSSEKIND, 2010, p. 77)

Portanto, somente situações desiguais ou trabalhadores desiguais, objetivamente considerados, devem ser tratados desigualmente. No mais, imperioso se respeitar o princípio constitucional da isonomia no seu reflexo justralhista traduzido no referido princípio da não-discriminação do trabalhador.

Isto posto, após o comparativo entre relação de trabalho e relação de emprego, bem como após a análise dos requisitos do vínculo empregatício e dos princípios justralhistas, de posse de todo esse conhecimento prévio e esclarecedor, resta passar à análise da primeira característica da relação entre médico e Governo estabelecida pelo Programa Mais Médicos, qual seja: a temporalidade ou transitoriedade, o que enseja o estudo

da relação de trabalho temporário ou por prazo determinado, dando especial atenção à proteção e aos direitos do trabalhador em caso de rescisão, com vistas a subsidiar o estudo da relação entre médico e Governo e comparar a sua situação deste com a dos demais trabalhadores.

## **2.4 Relação de trabalho temporário ou por prazo determinado**

A característica inicial e uma das mais polêmicas do programa é a contratação temporária de médicos para trabalhar em diversas localidades do Brasil. No que concerne a essa característica da fixação de prazo determinado ou da temporariedade da relação, é importante analisar o que o ordenamento jurídico dispõe sobre esse tipo de labor.

No âmbito das relações estritamente privadas, existe o contrato de trabalho por prazo determinado, no qual o empregado é contratado para laborar apenas por um certo período, não excedente a dois anos.

Para este labor por prazo determinado, a lei prevê alguns pressupostos, haja vista que tal relação temporária é exceção e que a regra no direito trabalhista é a continuidade da relação de emprego consubstanciada no contrato por prazo indeterminado.

Excepcionalmente, a legislação trabalhista determina que, no caso de o pacto temporário prever cláusula de rescisão antecipada com direito recíproco de ruptura e de ela ser utilizada, no momento da rescisão, o contrato será considerado por prazo indeterminado e os direitos decorrentes da rescisão serão calculados com base na regra geral da indeterminação da relação, especialmente no que concerne às indenizações.

Todavia, se por inadvertência ou por julgarem conveniente, as partes apuserem cláusulas de aviso prévio (rescisão antecipada) no contrato a prazo, transforma-se a sua natureza desde que tenha sido exercida essa faculdade. O contrato passa a ser considerado por prazo indeterminado, aplicando-se-lhe todos os princípios próprios desse outro tipo de contratação, inclusive a indenização por antiguidade, se for devida. (NASCIMENTO, 2009, p. 812)

Nos contratos de prazo determinado que contiverem cláusula assecuratória do direito recíproco de rescisão antecipada, aplicam-se, caso seja exercido tal direito por qualquer das partes, os princípios que regem a rescisão dos contratos por prazo indeterminado (art. 481 da CLT). É o caso de contratos por prazo determinado que contêm cláusula de aviso-prévio. (MARTINS, 2012, p. 412)

Advertindo sobre essa hipótese (previsão de cláusula assecuratória de direito recíproco de rescisão antecipada) e sobre a efetiva rescisão com base nessa cláusula, considerando que neste caso a rescisão operar-se-á pelas regras dos contratos por prazo indeterminado, Lima enumera alguns direitos ocasionados pela rescisão antecipada:

A despedida arbitrária ou sem justa causa do empregado dá a ele os seguintes direitos: a) concessão ou indenização de aviso prévio de no mínimo 30 dias; b) restante de salário; c) 13º salário proporcional – no valor de  $x/12$  por mês ou fração superior a 14 dias (ou seja, por cada mês,  $1/12$ ); d) férias vencidas e proporcionais – no valor de  $x/12$  por mês trabalhado ( $+ 1/3$ ), computando-se no tempo, para esse efeito, o período de aviso prévio; e) saque do total dos depósitos do FGTS, acrescidos de juros e correção monetária, mais 40% sobre esse total, depositado ao tempo da rescisão contratual. (LIMA, 2007, p. 202)

Com relação às obrigações decorrentes do pacto em caso de rescisão unilateral sem previsão em cláusula específica de aviso prévio, como é chamada, sendo a rescisão efetivada pelo ente contratante, será obrigatório o pagamento da soma da metade de todas as remunerações devidas ao trabalhador até o fim do prazo estipulado.

Para este caso, Martins (2012, p. 411) assevera que “o empregador que rescindir o contrato de trabalho antes do termo deverá indenizar o empregado com a metade da remuneração a que teria direito até o termo de contrato (art. 479 da CLT)”.

[...] se o contrato for rescindido por iniciativa do empregador antes do prazo final, sem culpa do empregado, este terá direito, a título de indenização: a 50% do salário devido pelo restante do contrato, cf. art. 479 da CLT; férias e 13º salário proporcionais; 40% dos depósitos do FGTS; saque do FGTS. (LIMA, 2007, p. 201)

Outrossim, para a relação por prazo determinado prevista na CLT, mesmo em caso de caducidade do instrumento contratual, ou seja, rescisão pelo decurso do prazo de validade do pacto, serão devidos décimo terceiro salário proporcional, férias proporcionais adicionadas de um terço do seu valor e a possibilidade de resgate dos depósitos do FGTS.

Na lição de Nascimento (2009, p. 811), “é devido o 13º salário proporcional nos contratos a prazo que cheguem ao seu fim. Também as férias proporcionais”. Martins (2012, p. 411) reforça esse entendimento afirmando que “no término normal do contrato de trabalho de prazo determinado o empregado tem direito ao levantamento do FGTS, 13º salário proporcional, férias proporcionais”.

Lima (2007) também defende esse direito quando afirma que, no caso de término do contrato por prazo determinado, o trabalhador faz *jus* ao pagamento de férias e 13º proporcionais e ao levantamento dos depósitos do FGTS. Na mesma esteira, Cavalcante (2003, p. 668) assevera que “nessa hipótese, o empregado terá direito ao saldo de salário, décimo terceiro salário e férias, acrescida de um terço. Poderá levantar o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço”.

Outrossim, é certo que, mesmo em caso de motivo ensejador de estabilidade provisória, a estabilidade não gera direito a permanência no trabalho após o término da

validade do contrato e conseqüentemente não há uma prorrogação do prazo pré-fixado.

Nos contratos de trabalho por tempo determinado, o empregador não terá de observar a garantia de emprego, mesmo que, por exemplo, a empregada fique grávida no curso do pacto laboral, pois as partes sabiam desde o início que o contrato de trabalho terminaria no último dia acordado. Nesse dia, o pacto laboral estará encerrado. (MARTINS, 2012, p. 117)

No entanto, caso haja esse mesmo motivo de estabilidade provisória, por exemplo a gravidez da trabalhadora, dentro do prazo de vigência do contrato, não poderá haver a sua rescisão antecipada. Como ensina Martins (2012, p. 118), “nas hipóteses de garantia de emprego (chamada na prática de estabilidade provisória), o dirigente sindical, o cipeiro, o acidentado e a gestante não podem ser dispensados antes do prazo estipulado pelas partes”.

Estas lições são importantes para ver como o ordenamento jurídico nacional se manifesta em caso de relação de trabalho por prazo determinado, especialmente quanto aos direitos emergentes em caso de rescisão do contrato ou de algum acontecimento excepcional, como gravidez, acidente de trabalho, etc. Os direitos dos médicos participantes deverão, portanto, ser preservados, sob pena de intervenção judicial e estipulação de indenização proporcional ao agravo.

Destaque-se que o pacto firmado entre o médico do Programa Mais Médicos e o Governo prevê cláusula assecuratória de direito recíproco de rescisão antecipada, conforme Termo de Adesão e Compromisso anexo aos editais de chamamento público do Projeto, inclusive exigindo comunicação prévia da parte rescindente à parte rescindida com no mínimo 90 dias de antecedência da efetiva rescisão (BRASIL, 2014).

Já havendo sido estabelecida a diferença entre relação de trabalho e relação de emprego, bem como os requisitos do vínculo empregatício, os princípios juslaborais e a primeira característica do Programa (temporariedade da relação) tendo por base o estudo das relações de trabalho por prazo determinado, como também ciente da repercussão trabalhista do contrato do médico (que prevê cláusula assecuratória de direito recíproco de rescisão antecipada), passa-se à análise da natureza jurídica controvertida do Programa, iniciando com breves características, seguindo o estudo pelo prisma das relações de trabalho com a Administração Pública.

### 3 CAPÍTULO II – NATUREZA JURÍDICA DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Natureza jurídica é a essência de um instituto jurídico, sob o aspecto comparativo mais abrangente possível, a fim de categorizá-lo na ordem jurídica. Saber a natureza jurídica de uma relação é saber a essência dessa relação.

Maria Helena Diniz (1998, p. 337) ensina que “a expressão natureza jurídica denota o significado último dos institutos jurídicos ou a finalidade que um instituto jurídico tem, em diversos pontos, com uma grande categoria jurídica, podendo nela ser incluído a título de classificação”.

Nesse sentido, a relação criada e estabelecida entre médicos e Governo dentro dos moldes do Programa Mais Médicos se apresenta de três formas possíveis: natureza pública-administrativa, natureza privada-trabalhista ou natureza híbrida ou mista.

Para este caso, o entendimento mais razoável é de se classificar a relação como de natureza híbrida, uma mistura ou combinação de elementos de direito público com de direito privado, embora maior parte da doutrina, analisando relações semelhantes, entenda haver uma relação predominantemente pública-administrativa.

Cabe, portanto, explicitar os motivos que justificam a prevalência teórica da relação administrativa, fazendo uma exposição inicial geral das características do programa. No entanto, considerando a realidade fática do Programa, surgem questionamentos sobre qual seria a real natureza do vínculo ante o predomínio na prática de uma relação trabalhista desamparada de uma série de direitos.

#### 3.1 Apresentação do Programa

Criado com o objetivo de diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde, e de fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no país, o Programa Mais Médicos, através da Lei nº 12.871/13, em seu Capítulo IV, estabelece uma relação jurídica temporária entre médico e Governo com vistas a amenizar a escassez desse profissional nos rincões do Brasil.

O Programa prevê uma relação ímpar, denominada de “aperfeiçoamento profissional supervisionado”, de caráter temporário, entre médico e Governo, pelo prazo de três anos, prorrogável por mais três.

A singularidade da relação está na prefixação de um prazo determinado para o

término do contrato, exceção na prática da contratação de pessoal pela Administração Pública, contrato esse que é em tese classificado como contrato civil de prestação de serviço ou contrato de aprendizagem, uma espécie de “estágio”, nos dizeres de Di Jorge (2013).

Tal entendimento advém do fato de que a própria Lei nº 12.871/13, em seu art. 17, diz que as atividades desempenhadas não criam vínculo empregatício de qualquer natureza.

Ademais, o Programa, por meio da lei instituidora e seu regulamento (Portaria Interministerial nº 1.369/2013 dos Ministérios da Saúde e da Educação), deixa uma lacuna no que se refere ao tratamento dispensado a médicos nacionais e estrangeiros, o que na prática dá ensejo a um tratamento diferenciado, até mesmo entre os próprios médicos estrangeiros, a depender de sua nacionalidade.

A Lei nº 12.871/13 autoriza ao governante firmar acordos internacionais de conteúdo jurídico duvidoso, inclusive permitindo a transferência direta de recursos, quando em seu art. 23 prevê essa possibilidade. Destaque-se que esta previsão destoa do ordenamento jurídico vigente, pois vai de encontro às normas do Decreto nº 5.151/2004, que dispõe sobre os procedimentos para celebração de atos de cooperação técnica internacional, prevendo mecanismos de fiscalização da execução do contrato, o que não ocorre no caso do Programa Mais Médicos.

Foi por meio de um acordo com base no art. 23, firmado com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), que emergiu na prática um tratamento desigual e discriminatório entre os médicos de origem cubana e os médicos de outras nacionalidades, visto que o contrato firmado com a OPAS somente foi utilizado para o recrutamento de médicos de Cuba.

No entanto, neste caso específico, a obscuridade do pacto e da relação dele nascida é ainda maior, pois há uma espécie de convênio ou pacto sigiloso firmado entre a OPAS e o Governo de Cuba, por meio de uma empresa mercantil estatal cubana, a Sociedade Mercantil Cubana Comercializadora de Serviços Médicos Cubanos S/A (CSMC), o qual jamais fora divulgado.

Outrossim, mesmo sem considerar essa falta de isonomia dentro do próprio programa do Governo Federal, a regulamentação para o trabalho dos próprios nacionais fere dispositivos legais e até constitucionais basilares do direito brasileiro.

Esta análise pormenorizada do Programa, com suas diversas particularidades, é o que será feito neste segundo capítulo. Porém, antes de adentrar nas particularidades específicas do Programa e considerando a temporariedade da relação já estudada sob o prisma trabalhista (tópico 2.4), mister se estudar as linhas gerais do Programa sob o aspecto

administrativo, analisando inicialmente as relações de trabalho existentes dentro da Administração Pública, visto que o programa é gerido diretamente pela União, através de seus Ministérios da Saúde e da Educação.

### **3.2 Trabalho e Administração Pública**

Neste tópico, serão analisadas todos os gêneros de relações trabalhistas *lato sensu* estabelecidas com a Administração Pública, visto que o Programa Mais Médicos está inserido nessa característica de pactuação de trabalho junto à União Federal.

#### **3.2.1 Princípios da Administração Pública**

Para iniciar a análise das relações estabelecidas entre trabalhadores e Administração Pública, mister lembrar que esta deve basear seus atos, contratos e decisões em cinco princípios norteadores estabelecidos pelo art. 37, *caput*, da Constituição Federal de 1988, a saber: princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Neste programa de governo, vários desses princípios foram desrespeitados, especialmente os da publicidade e da eficiência.

O Programa desrespeita o princípio da publicidade pois o convênio ou pacto firmado entre a OPAS e a CSMC, utilizando-se de recursos financeiros oriundos do Estado Brasileiro, jamais fora publicizado, bem como jamais fora divulgado o “trâmite” do dinheiro repassado à OPAS para pagamento dos médicos cubanos, se é que o dinheiro destinado com essa finalidade específica vai integralmente para o pagamento dos profissionais, haja vista que estes não recebem o valor integral da bolsa-formação prevista pelo programa.

Atenta também contra o princípio da eficiência pois o Programa Mais Médicos visa fundar uma política pública de saúde imediatista e açodada, eivada de vícios e erros dos mais diversos gêneros, desde a parte da fiscalização dos recursos até a observância dos direitos trabalhistas dos médicos contratados, passando pela estratégia de fixação e resolutibilidade permanente do problema da escassez de médicos nos rincões do Brasil, proposição essa claramente ineficiente para a questão.

Impende que se passe à análise dos regimes de contratação de pessoal pelo Poder Público para a demonstração de violação dos referidos princípios.

#### **3.2.2 Regimes de contratação pelo Poder Público**

A Administração Pública, consoante as regras constitucionais vigentes, está autorizada a contratar pessoal por meio de três grandes regimes.

Mister inicialmente se definir o que é regime jurídico, nos termos da doutrina de Carvalho Filho:

Regime jurídico, como se sabe, é o conjunto de regras de direito que regulam determinada relação jurídica. Sendo assim, vale a pena examinar as características principais dos regimes jurídicos que disciplinam as diversas relações de natureza funcional e, por conseguinte, as categorias específicas dos servidores [...]. (CARVALHO FILHO, 2010, p. 647)

Os regimes de trabalho, na lição de Nascimento, são o regime de cargos (ou estatutário), o de emprego (ou celetista) e o temporário (ou especial).

São três os regimes de trabalho do servidor público: o *regime de cargos*, o *regime de empregos* e o *regime temporário*, o primeiro também denominado estatutário, abrangendo funcionários públicos regidos pelas leis do direito administrativo, inclusive integrantes de cargos de confiança que só podem ser ocupados por servidores ocupantes de cargos efetivos (CF, art. 37, V, e Lei n. 8.112, de 1990), o segundo aplicável ao pessoal de direito privado contratado pela Administração Pública direta e indireta pelo sistema da CLT (CF, art. 37, II), e o terceiro para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público (CF, art. 37, IX). (NASCIMENTO, 2009, p. 759)

Com relação ao regime estatutário, Cavalcante tergiversa que:

Os servidores estatutários, também conhecidos como funcionários públicos, são os ocupantes de cargos públicos, sujeitos ao regime estatutário previamente implantado pela Administração para qual presta serviços. Para a legislação federal, funcionário é a pessoa legalmente investida em cargo público (art. 2º, Lei nº 8.112/90). (CAVALCANTE, 2003, p. 1318)

No tocante ao regime de emprego público, Cavalcante assevera que estes servidores se submetem ao mesmo regime celetista dos contratos de trabalho entabulados na seara do Direito Privado, apenas com algumas particularidades que o Direito Público impõe, como a exigência de concurso público para o seu ingresso e admissão no emprego.

[...] empregado público, também denominado de servidor público trabalhista, é aquele que presta serviço para Administração Pública e é regido pelo regime trabalhista previsto na legislação federal (CLT e outras normas), ou seja, o mesmo da iniciativa privada, com algumas limitações impostas pelo Direito Público. (CAVALCANTE, 2003, p. 1321)

Por fim, a mais controvertida das relações de trabalho com a Administração Pública, a do servidor temporário é foco de muitas discussões na doutrina, sendo unânime apenas seu fundamento constitucional, que é explícito (art. 37, inciso IX, da Constituição).

[...] os denominados servidores temporários são contratados por tempo determinado, com a finalidade de atender necessidade temporária de excepcional interesse público prevista em lei (art. 37, IX, CF). São pressupostos essenciais para a validade da contratação. (CAVALVANTE, 2003, p. 1321)

A própria leitura do texto constitucional demonstra o caráter de excepcionalidade de tais agentes. Entretanto, admitido o seu recrutamento na forma da lei, serão eles considerados como integrantes da categoria geral dos servidores públicos. (CARVALHO FILHO, 2010, p. 647)

As contratações podem ser feitas, em caráter temporário, desde que haja dotação orçamentária e autorização do Ministério do Planejamento e do Ministro de Estado a que estiver subordinado o órgão ou entidade contratante. Com isto, evita-se a paralisia administrativa e descontinuidade do serviço público. Eis a razão do processo seletivo simplificado. O contrário seria apenas prestar homenagem a certo legalismo formal, que seria danoso à eficiência administrativa, outro princípio constitucional. Portanto, o certame simplificado não existe para que as provas sejam mais simples ou para que se diminua o rigor delas, nem, menos ainda, para obliterar o concurso público. Uma vez estruturado o órgão e aprovadas as vagas, as atividades se tornam permanentes, de rotina ordinária. A Administração pública procede, então, ao concurso público formal, preenchendo as vagas com os aprovados nesse concurso. A vantagem do processo simplificado reside na celeridade com que permite ao ente constituído, embora ainda sem quadros e vagas aprovadas, a cumprir a missão para a qual foi criado, prestar os serviços a que está obrigado, os quais, por carência de pessoal, não podiam ser satisfeitos. (SÜSSEKIND *et al*, 2005, p. 180)

Este último regime merece uma atenção especial neste trabalho, pois ele é regulamentado no âmbito federal pela Lei nº 8.745/93, que foi alterada pela Lei nº 12.871/13 instituidora do Programa Mais Médicos, havendo portanto um forte indício que o Programa, apesar de não estar textualmente expresso, fundamenta-se e tem sua base constitucional no permissivo inserto no art. 37, inciso IX da CF.

### **3.2.3 Regime jurídico do servidor temporário**

O regime jurídico do servidor temporário é ponto controvertido na doutrina pátria, havendo até diferentes teses para explicar a natureza desse servidor e dessa contratação.

Inúmeras divergências há sobre o regime de contratação dos servidores temporários, entre as quais se destacam o regime de contratação de pessoal e a necessidade de norma disciplinando as contratações. Em relação apenas ao regime de contratação, verificam-se quatro posições doutrinárias antagônicas. (CAVALCANTE, 2003, p. 1322)

A primeira corrente, na doutrina de Cavalcante (2003), entende que o art. 37, IX da CF contemplou uma espécie de contrato de prestação de serviço, permitindo ao Administrador Público celebrar contratos de natureza civil com pessoas físicas. A segunda corrente considera que o regime jurídico de contratação será aquele que o Ente Público

contratante optar, podendo escolher entre o estatutário ou o trabalhista. A terceira corrente defende que, a partir do termo “contratação” usado pela Constituição para prever esse tipo de relação com o Poder Público, o regime de pessoal para este caso deve ser o trabalhista previsto na legislação federal. A quarta corrente, defendida por Di Pietro (2012), advoga que o regime jurídico desse servidor temporário seria um especial determinado pela lei de cada Ente Público que realize a contratação.

Para José dos Santos Carvalho Filho, a natureza da contratação é de caráter administrativo funcional.

Outro ponto a ser examinado é o relativo à natureza da relação jurídica funcional. Diz a Constituição que a lei estabelecerá os casos de *contratação* desses servidores. Assim dizendo, só se pode entender que o Constituinte pretendeu caracterizar essa relação funcional como de natureza contratual. Cuida-se, de fato, de verdadeiro *contrato administrativo* de caráter *funcional*, diverso dos contratos administrativos em geral pelo fato de expressar um vínculo de trabalho subordinado entre a Administração e o servidor. (CARVALHO FILHO, 2010, p. 654)

Para Celso Antônio Bandeira de Mello, há no caso desta contratação um vínculo trabalhista entre servidor temporário e Administração Pública. Referindo-se ao servidor temporário, o doutrinador (MELLO, 2008, p. 248) diz que esses são “contratados, nos termos do art. 37, IX, da Constituição, sob vínculo trabalhista, para atender necessidade temporária de excepcional interesse público, sob o regime jurídico específico previsto na Lei 8.745, de 9.12.93”.

### **3.3 Situação específica do Programa Mais Médicos**

O Programa Mais Médicos fora instituído inicialmente pela Medida Provisória (MP) nº 621/2013, a qual foi convertida na Lei nº 12.871/2013. Ainda quando MP, o Programa foi regulamentado principalmente pela Portaria Interministerial nº 1.369/2013 dos Ministérios da Saúde e da Educação, bem como por outras normas complementares, como outras portarias, resoluções, etc.

Assim, para melhor analisar as particularidades do Programa, que traz uma relação de trabalho *lato sensu* em seu âmago, apesar da denominação legal de “aperfeiçoamento profissional”, tendo como pretexto uma suposta especialização dos médicos participantes, o estudo será dividido entre as normas que compõe a estrutura regulamentar do Programa.

### 3.3.1 Lei nº 12.871/2013

O Programa, como anunciado expressamente no art. 1º da Lei em tela, visa preencher o vazio de médicos que existe em várias regiões do País, com a finalidade precípua de melhorar e ampliar o atendimento em saúde básica e atenção primária do SUS.

Nessa toada, destaca-se que o inciso II do mesmo art. 1º diz que um dos objetivos do programa é “fortalecer a **prestação de serviços** de atenção básica em saúde no País” (grifo nosso). Portanto, aí está exposta a verdadeira prática vivenciada pelos médicos contratados: eles prestam serviços à comunidade.

Na exposição de motivos da originária Medida Provisória nº 621/2013, a qual foi convertida na Lei nº 12.871/2013, dá-se muita ênfase à justificativa e necessidade de se ampliar o número de vagas de residência médica e de cursos de graduação em Medicina.

Com relação à justificativa do Projeto Mais Médicos para o Brasil (que é a parte do Programa que trata da contratação de médicos nacionais e estrangeiros), apenas diz-se que o Brasil necessita de médicos, pois há uma carência muito grande desses profissionais nas periferias das grandes cidades e nas áreas mais distantes do País e, mesmo com o aumento das vagas dos cursos de Medicina, o Brasil só atingiria um nível satisfatório de médicos formados no ano de 2035, considerando as vagas existentes e o ritmo de formação dos profissionais.

No texto em si do Projeto, trazido pela Lei nº 12.871/2013, fala-se no art. 14 em aperfeiçoamento mediante curso de especialização. Mais adiante, a Lei insiste em tal disfarce legal quando estabelece no art. 15 que integra o Projeto Mais Médicos para o Brasil, inciso I: “o médico participante, que será submetido ao aperfeiçoamento profissional supervisionado”.

No entanto, esta não é a realidade do programa. Segundo relatos dos próprios médicos, esse suposto aperfeiçoamento inexistente. O que de fato há é o efetivo trabalho subordinado do médico contratado para laborar em condições precárias, onde falta infraestrutura e recursos técnicos mínimos para o bom desenvolvimento da medicina e em consequência o bom atendimento/prestação do serviço de assistência à saúde.

Ademais, a Lei estabelece no art. 14, § 1º, que o suposto aperfeiçoamento terá prazo de até 3 (três) anos, prorrogável por igual período.

Portanto, estabelece na prática a contratação para prestação de serviço de assistência a saúde em caráter temporário, sendo assim uma medida paliativa e passageira, o que gera inúmeros reflexos para o Programa em diversos aspectos, como a instabilidade e temporariedade do vínculo contratual, que desestimula a participação de médicos nacionais, bem como a incerteza de solução para o problema da falta de médicos nas áreas mais carentes

do País, ou seja, a população não será beneficiada por uma medida definitiva, etc.

Outro ponto a ser destacado é que a Lei, em seu art. 16, diz que será dispensada a revalidação do diploma do médico intercambista estrangeiro, nos 3 (três) primeiros anos de participação no Projeto.

Ocorre que, com o veto do § 1º desse mesmo art. 16 que condicionava a permanência do estrangeiro ao ingresso em carreira médica, após esses três primeiros anos, a prorrogação do contrato do médico estrangeiro fica, a *contrário sensu*, condicionada à revalidação de seu diploma, tendo em vista que o *caput* só dispensa a revalidação para os três primeiros anos, medida que é no mínimo desarrazoada, pois qual a lógica que há em se dispensar a revalidação, ou seja, a avaliação do médico e aferição de sua capacidade técnica logo no início do exercício de seu mister junto à população brasileira e o exigir depois de três anos já praticando (ou não) a medicina em território nacional?

Ponto mais polêmico do texto da Lei nº 12.871/2013, o art. 17 determina que “as atividades desempenhadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil não criam vínculo empregatício de qualquer natureza”.

Esse artigo faz parte da tentativa dos idealizadores do Programa de afastar os ônus laborais e estatutários, bem como uma série de direitos constitucionalmente garantidos e a eles vinculados, para criar uma relação fictícia de “aperfeiçoamento profissional supervisionado”, o que não é de fato especialização, estágio ou residência médica, pelo simples fato de que suas realidades não se confundem.

Aqui se trata somente de prestação de serviço, pois não há, pela maioria dos relatos, uma efetiva aprendizagem do profissional contratado para laborar nas áreas mais carentes do País.

Ainda na tentativa de burlar a legislação trabalhista brasileira, a Lei em seu art. 19 diz que os médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil poderão perceber bolsas, na modalidade de bolsa-formação, bem como receberão ajuda de custo e terão as despesas com deslocamento custeadas pela União.

Outro dado curioso quanto ao Programa é que o médico participante enquadra-se como segurado obrigatório do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), na condição de contribuinte individual, consoante o teor do art. 20 da Lei nº 12.871/2013. No entanto, há as exceções quanto à filiação obrigatória: médicos estrangeiros filiados a regime de seguridade em seu país e médicos selecionados por meio de instrumento de cooperação internacional com cláusula securitária, caso no qual se encaixam os médicos cubanos. Portanto, os médicos cubanos estão totalmente desamparados de um regime previdenciário regular.

Pelo disposto no art. 21, *caput* e § 1º, da mesma Lei, ao médico, caso descumpra qualquer dispositivo da norma, poderá ser exigida, a título de penalidade complementar ao desligamento, a restituição do valor pago como contraprestação do trabalho exercido.

Ademais, o art. 23 da Lei nº 12.871/13 autoriza que os Ministérios da Educação e da Saúde firmem acordos e outros instrumentos de cooperação com organismos internacionais, inclusive com transferência de recursos.

Utilizando-se dessa faculdade possibilitada pela citada lei, a União, através do Ministério da Saúde, celebrou com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) o Terceiro Termo de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação Técnica para o desenvolvimento de ações vinculadas ao Projeto “Ampliação do acesso da população brasileira à atenção básica em saúde”.

Ocorre que tal termo de ajuste não se encaixa na definição legal de atos complementares de cooperação técnica, consoante os requisitos dispostos no Decreto nº 5.151/2004 que regulamenta o procedimento de celebração desse tipo de instrumento internacional, pois referido Terceiro Termo de Ajuste não prevê qualquer espécie de fiscalização do pacto, bem como qualquer fiscalização quanto à correta destinação dos recursos por ele transferidos, divergindo do que preconiza o art. 3º, § 1º, V e VI do Decreto nº 5.151/2004.

Outrossim, o art. 29 dispõe que, para efeito de incidência do Imposto de Renda (IR), os valores percebidos a título de bolsa não caracterizam contraprestação de serviços. Assim, faz com que sobre o valor da bolsa não incida IR.

Desta forma, o valor recebido pelos profissionais médicos como pagamento pelos serviços prestados é isento de Imposto de Renda, sob o argumento de que a bolsa paga não caracteriza contraprestação de serviços.

No entanto, tal caracterização não condiz com a realidade do programa, pois a “bolsa” é uma clara contraprestação de serviços e os valores percebidos a título de bolsa em verdade são uma forma de remuneração profissional, que deve ser protegida e receber o manto do direito laboral brasileiro, quanto a forma de pagamento e principalmente quanto ao valor pago em respeito ao princípio da isonomia, o que será mais pormenorizadamente debatido no próximo capítulo, quando falarmos sobre as afrontas ao direito dos trabalhadores médicos contratados por meio desse programa do Governo Federal.

Ademais, o Programa prevê a ida dos médicos para inúmeras localidades sem assegurar a infraestrutura necessária ao atendimento da população, pois em seu art. 30, § 2º, diz que o SUS terá o prazo de 5 (cinco) anos para se equipar e dotar as unidades básicas de

saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura.

Outrossim, pela lei, o médico fará parte de um programa de aperfeiçoamento profissional, mas, na prática, há o desenvolvimento de uma atividade de puro trabalho e não qualificação profissional ou especialização.

Essa terminologia é utilizada justamente para, por um lado atrair médicos sob o pretexto de participarem de uma espécie de especialização ou residência médica, gerando uma falsa expectativa de aprendizagem, e por outro lado burlar direitos e garantias constitucionalmente previstas a todos os trabalhadores (empregados e servidores públicos, inclusive), pois a lei não prevê direitos, como o 13º salário, e, tendo em vista que se trata em tese de servidores públicos temporários regidos por normas de Direito Público onde vige o princípio da estrita legalidade, na falta de previsão legal não poderão os médicos profissionais teoricamente serem protegidos e beneficiados pelas normas da legislação trabalhista.

Por fim, imperioso reforçar que o programa é temporário, conseqüentemente o contrato do médico é temporário, o que gera instabilidade e pouca atratividade para o médico, pois este, se quiser participar do Programa, terá de se desfazer de suas obrigações e lançar mão de suas atividades habituais para ingressar numa relação temporária, sem qualquer perspectiva futura de trabalho.

### **3.3.2 Portaria Interministerial nº 1.369/2013 dos Ministérios da Saúde e da Educação**

A Portaria Interministerial nº 1.369/2013 dos Ministérios da Saúde e da Educação, que regulamenta o Projeto Mais Médicos para o Brasil, diz, em seu art. 18, que a seleção dos médicos para o Projeto será realizada por meio de chamamento público ou mediante celebração de instrumentos de cooperação com organismos internacionais.

Logo, possibilita que não haja sequer chamamento público para médicos estrangeiros, como é o caso dos médicos cubanos, que ingressaram no Projeto por meio do Terceiro Termo de Ajuste já referido, instrumento de legalidade duvidosa, também conforme já comentado.

Pelo art. 21 da Portaria, estabelece-se que a carga horária de trabalho do médico contratado é de 40 (quarenta) horas semanais, aduzindo ainda no parágrafo único desse dispositivo que, para a execução das supostas atividades de ensino, pesquisa e extensão no âmbito do Projeto, serão assegurados serviços de Telessaúde.

No art. 22 da Portaria, o qual dispõe sobre as bolsas a serem pagas pelo Projeto, o § 9º assegura ao médico contratado um recesso remunerado de 30 (trinta) dias por ano, algo

muito semelhante ao disposto na Lei do Estágio (Lei nº 11.788/2008, art. 13).

No entanto, não se pode esquecer que a relação estabelecida pelo Programa não se trata de uma relação de estágio e sim de uma prestação de serviço traduzida em trabalho humano. Nesse sentido, a Constituição Federal é expressa em assegurar a todos os trabalhadores (art. 7º, XVII), inclusive servidores públicos (art. 39, § 3º), o acréscimo de um terço do valor normal da remuneração a serem pagas nas férias, o que não é previsto no dispositivo acima referido, que regulamenta o Projeto Mais Médicos para o Brasil.

No art. 23 da citada Portaria, fica estabelecido que, em caso de afastamento, o médico não receberá a bolsa, o que deixa o médico estrangeiro vulnerável à cobertura securitária do pacto internacional que possibilitou sua vinda ou ao regime de previdência a que está sujeito conforme as regras de seu país, o que inadmissível viger no Brasil, e o pior, não garante a estabilidade do acidentado, da gestante e de outros trabalhadores em situações excepcionais que no direito trabalhista pátrio gera o direito à estabilidade ao menos provisória, pois no caso do Programa não há qualquer garantia de retorno ao trabalho após a cessação do fato impeditivo.

O art. 24, no seu inciso III, diz que é dever do médico participante cumprir as instruções dos supervisores e orientações e regras definidas pela Coordenação do Projeto, o que denota claramente ser um trabalho subordinado esse do médico contratado.

O art. 25, inciso I, da Portaria, diz que o médico não poderá se ausentar sem autorização prévia, sob pena de até ser desligado do programa. No entanto, em caso de doença ou necessidade de viajar, tal dispositivo abre uma brecha para uma possível condução coercitiva do trabalhador, o que é incompatível com a liberdade individual, com o livre exercício da profissão e até mesmo com a dignidade da pessoa humana, haja vista a desproporcionalidade da medida.

O art. 26 e seus §§ 1º e 2º, ambos da Portaria nº 1.369/2013, também atentam contra a dignidade da pessoa humana, visto que geram um desconto indevido na remuneração paga, privando o médico da fonte de seu sustento, comprometendo inclusive a sobrevivência do profissional, especialmente considerando que não prevê hipóteses específicas para cada penalidade, como no caso de dano causado pelo médico decorrente de dolo. Diz apenas que o descumprimento de qualquer condição sujeitará o médico a penalidades, deixando a análise, ponderação e julgamento das infrações ao arbítrio da Coordenação do Projeto, o que por si gera uma insegurança e desconfiança das decisões por falta de parâmetro regulamentar.

### **3.3.3 Outras normas e atos complementares**

Regulamentando o Programa, há também: a Resolução nº 1/2014 do Ministério da Saúde (MS), que dispõe sobre a aplicação de penalidades em caso de ausência injustificada; a Portaria nº 30/2014 do MS, que versa sobre a oferta de moradia, deslocamento, alimentação e água potável aos médicos participantes; a Portaria nº 2.891/2013 do MS, que altera retroativamente o valor da bolsa-formação; e, por fim, o Terceiro Termo de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação Técnica firmado entre a OPAS/OMS e o Ministério da Saúde, que possibilita a vinda dos médicos cubanos para o Brasil.

Nos termos da Resolução nº 1/2014 do Ministério da Saúde, em seu art. 2º, considera-se injustificada a ausência das atividades do Projeto Mais Médicos para o Brasil durante as ações de aperfeiçoamento sem prévia autorização do Município ou do supervisor.

Portanto, para efeito do dispositivo, não importa a justificativa que levou o médico a ausentar-se, se por força maior ou outro motivo; não havendo a prévia autorização a que se refere o dispositivo, a ausência será tida como injustificada, o que é por demais injusto, do ponto de visto do princípio da boa-fé e da justiça.

O art. 4º da Resolução nº 1/2014 diz que o médico estará sujeito a penalidade de advertência caso se ausente das atividades por 4 (quatro) horas. Mais uma vez a norma considera a conduta de modo objetivo e formal, o que pode gerar injustiças, dada as particularidades de cada caso de ausência.

O art. 6º da retro Resolução diz que a penalidade de desligamento será aplicada no caso de ausência injustificada por período superior a 2 (dois) dias ou em virtude de três advertências, ou seja, o médico poderá ser desligado se se ausentar das atividades por três vezes durante 4 horas cada, o que é no mínimo desproporcional, visto que pela Resolução a ausência injustificada é aquela sem prévia autorização do Município ou do supervisor.

Como se trata de uma norma, há de se pensar se ela cobre de maneira justa todas as situações possíveis ou abre possibilidade para injustiças. Logo vem o pensamento: como o médico vai pedir autorização prévia para ficar doente, por exemplo? Tendo em vista que a Resolução dá essa abertura para a aplicação de uma penalidade mesmo em caso de doença, por exemplo, como se poderá garantir o direito do trabalhador vitimado por uma moléstia? Tal possibilidade de desligamento é totalmente desarrazoada, pois não prevê tais hipóteses excepcionais.

Por fim, o art. 11 da citada Resolução diz que, em caso de ausência injustificada, a Coordenação do Projeto comunicará o fato aos órgãos de segurança para averiguação. No entanto, tal medida é um verdadeiro atentado à liberdade de locomoção, visto que em

nenhuma outra profissão ou relação trabalhista a ausência injustificada gera a ação da Polícia e de outros órgãos de segurança. A medida seria adequada se fosse aplicada somente para casos de deserção de médicos estrangeiros, pois nesse caso a atuação da Polícia Federal é legítima a fim de se evitar a permanência ilegal do estrangeiro, ou seja, a imigração ilegal.

Destaque-se que o pretexto legal de “necessidade de garantir a integridade física dos médicos participantes” (art. 11, I, da Resolução nº 1/2014 - MS) não se coaduna com a medida de acionar, por uma simples falta ao trabalho, a Polícia Federal diante do interesse da União.

A Portaria Interministerial nº 2.891/2013 - MS/MEC, em seu art. 1º, reajusta retroativamente o valor da bolsa e determina que o valor da bolsa-formação que deveria ser paga a todos os médicos participantes (inclusive estrangeiros de qualquer nacionalidade) será de R\$ 10.457,49 (dez mil e quatrocentos e cinquenta e sete reais e quarenta e nove centavos).

De acordo com a Portaria nº 30/2014 – MS, além da bolsa-formação, da ajuda de custo e do deslocamento previstas respectivamente no art. 19, *caput*, § 1º e § 2º da Lei nº 12.871/2013, os médicos terão moradia e alimentação custeadas pelo Projeto e fornecidas pelos Municípios e pelo Distrito Federal, conforme seja a localidade onde o médico prestará seus serviços.

Para moradia (arts. 3, 4 e 5 da Portaria nº 30/2014), ao médico será assegurado ou imóvel físico, ou recurso para locação de imóvel em valor que varia de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais) mensais ou acomodação em hotel ou pousada.

Para alimentação (arts. 9, 10, 11 e 12 da Portaria nº 30/2014), o Município fornecerá comida *in natura* ou recurso pecuniário em valor que varia de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 700,00 (setecentos reais) mensais.

Por fim, cabe falar sobre o conteúdo do Terceiro Termo de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação Técnica firmado entre a OPAS/OMS e o Ministério da Saúde do Brasil, que possibilita a vinda dos médicos cubanos, que na verdade não são, como os de outras nacionalidades, contratados diretamente pelo Governo Federal do Brasil. Aqueles de Cuba firmam contrato com uma empresa mercantil cubana, daí a suspeita de terceirização ilícita de mão de obra para trabalhar no Programa Mais Médicos.

Segundo a cláusula primeira, o objeto do ajuste é viabilizar o “Programa de Cooperação Técnica da Organização Pan-Americana da Saúde para a Participação de Médicos Cubanos no Projeto Mais Médicos para o Brasil”.

Quanto ao termo, cinco pontos merecem ser destacados, quatro expressos e um

por omissão.

O primeiro ponto é a alínea “o” do inciso I da cláusula segunda que determina que compete ao Ministério da Saúde do Brasil realizar o repasse semestral antecipado à OPAS/OMS dos recursos referentes ao financiamento da cooperação e ao financiamento das bolsas dos médicos participantes arregimentados por intermédio do citado termo, incluídas as ajudas de custo de instalação, assim como o transporte internacional do médico (incluído o transporte por recesso) e o seguro de vida com repatriação por morte.

O segundo e terceiro pontos são as alíneas “j” e “k” do inciso II da cláusula segunda do termo que dizem, respectivamente, que compete à OPAS/OMS comprovar o recolhimento referente à cobertura securitária e seguridade social dos médicos participantes e contratar o seguro de vida para os médicos participantes.

O quarto interessante ponto a ser destacado é que, segundo a cláusula terceira do termo, os recursos na monta de R\$ 510.957.307,00 (quinhentos e dez milhões, novecentos e cinquenta e sete mil, trezentos e sete reais), dos quais 5% (R\$ 24.331.301,00) referem-se a taxa de administração da OPAS/OMS, foram transferidos ainda e somente no exercício financeiro de 2013.

O quinto e último ponto que merece ser tergiversado, este por omissão, é que o termo de ajuste não fala nada sobre fiscalização efetiva dos repasses e não designa auditoria independente dos gastos, bem como é omissivo em delimitar a quantos profissionais se refere o repasse feito já no ano de 2013, visto que o valor total repassado referente somente ao valor das bolsas é de R\$ 469.000.000,00 (quatrocentos e sessenta e nove milhões de reais).

Isto posto, apresentada a inconsistência da legislação referente ao Programa Mais Médicos, no que se refere ao repasse financeiro aos médicos cubanos de forma diferenciada, cumpre, antes de adentrar nas críticas ao programa, fazer um comparativo salutar entre o programa objeto deste trabalho e um outro programa do governo já implantado há anos no Brasil e que deveria ter sido ampliado, revisto e melhorado antes de se criar um novo modelo assistencial em saúde pública que, além de questionável do ponto de vista da eficiência, é de duvidosa constitucionalidade.

### **3.4 Comparativo com o Programa Saúde da Família**

Neste tópico, far-se-á um comparativo do Programa Mais Médicos com o Programa Saúde da Família (PSF) criado em 1994, hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), expondo suas semelhanças e diferenças, especialmente no que diz respeito ao

modo de atuação do Programa e aos vínculos estabelecidos dentro dos dois programas.

Objetiva-se, também, responder a seguinte pergunta: porque criar um novo programa governamental quando se já havia um programa específico voltado para a atenção básica em saúde do SUS?

### **3.4.1 Descrição do Programa Saúde da Família**

O Programa Saúde da Família (PSF) nasceu a partir do sucesso de um programa anterior, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criado em 1991. O PACS foi uma tentativa inicial de descentralização das ações em atenção primária de saúde, a fim de reduzir especialmente a mortalidade infantil e materna nas pequenas e mais carentes cidades do país, reproduzindo os moldes do programa idealizado em 1987 no Ceará. Porém o PACS, quando foi criado no âmbito nacional, recebeu pouca adesão dos municípios.

Com o sucesso e o impacto positivo da medida na saúde da população das poucas cidades que o implementaram, pensou-se, diante até mesmo da necessidade da população de uma maior e melhor assistência em saúde preventiva, em expandir o método de atenção primária com a incorporação de outros profissionais. Foi assim que nasceu o Programa Saúde da Família.

Partindo de uma política do Ministério da Saúde, o programa foi sendo aperfeiçoado e expandido aos poucos, tendo como principais características a gestão descentralizada e municipalizada das ações e a utilização de equipes multidisciplinares, com médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, dentre outros profissionais da área da saúde, além de sua base formada por agentes comunitários de saúde.

Na época de sua implantação, o PSF representou um grande avanço na política de saúde no País, visto que mudou a visão da assistência à saúde, transportando o foco das ações do tratamento das doenças (medicina curativa com ênfase na atenção hospitalar) para a prevenção das doenças (medicina preventiva com ênfase na atenção primária), medida muito mais eficiente para a população e menos onerosa para o Estado, visto que buscava a proteção da saúde do cidadão em vez da repressão à doença já instalada.

Revelou-se também uma política não verticalizada, pois dava grande poder de gestão do programa aos entes municipais, impondo apenas algumas condições aos municípios, como a criação dos conselhos municipais de saúde.

Passando-se a análise do programa propriamente dito, verifica-se, com apoio em Bolze (2007), que o PSF tem como diretrizes operacionais os princípios de: a) caráter

substitutivo, traduzido na alteração das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, concentrado na vigilância à saúde; b) integralidade e hierarquização, isto é, adoção da Unidade de Saúde da Família como primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde; c) territorialização e adscrição da clientela, ou seja, incorporação do território enquanto espaço de abrangência definida; e d) equipe multiprofissional, que consiste na composição realizada por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde.

Quanto aos vínculos estabelecidos entre profissionais e gestores e a influência desse vínculo na eficácia do programa, estes vínculos em sua grande maioria eram firmados de forma precária, seja por contratação temporária, seja por pagamento nos moldes de um contrato civil de prestação de serviço ou até por outras modalidades informais de contratação. Em verdade, os “contratos de trabalho” firmados com os profissionais não geravam qualquer segurança jurídica aos mesmos, pois sequer tais contratos estavam sob o manto das normas trabalhistas, em especial da CLT, ou sob a égide do estatuto dos servidores regidos pelo Direito Público.

Tais circunstâncias resultaram na alta rotatividade e baixa fixação dos profissionais da saúde nas equipes do Programa Saúde da Família, comprometendo, assim, a continuidade e a eficácia do programa.

Nesse quesito, Gil tergiversa que:

[...] é importante ter-se claro que o problema decorrente da fragilidade dos vínculos empregatícios das equipes tem influência direta nesta questão, pois, dar mais estabilidade aos profissionais pode significar aumentar a possibilidade de acúmulo de conhecimentos e habilidades que permitam tornar mais consistentes e duradouras também as propostas de formação destes e dos futuros profissionais de saúde da família. (GIL, 2005, p. 497)

Com vistas a solucionar o problema, na II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde em 1993, foram elaboradas propostas para a organização da gestão do trabalho: ingresso por concurso público; elaboração de plano de cargos, carreira e salários (PCCS); definição de perfil e carreira do gestor, entre outras (BRASIL, 2005). No entanto, tais medidas não foram suficientemente implementadas.

Ao longo do desenvolvimento do PSF foram adotadas tentativas de complementação e melhoria do programa, denominadas genericamente por Viana e Dal Poz (1998) como “reformas incrementais” do sistema, por meio de incentivos financeiros aos municípios que implementassem o PSF em seu sistema de saúde municipal e através de outros mecanismos como o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS e o Programa

de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica – PROVAB.

No entanto, tais medidas não surtiram o efeito desejado, pois não resolveram completamente o problema da pouca atratividade dos profissionais de saúde pelo trabalho desenvolvido na atenção primária, especialmente pela sua forma de vinculação precária, sem qualquer estabilidade ou garantia de pagamento da remuneração, apesar de, algumas vezes, estas remunerações serem relativamente elevadas se comparadas a outras profissões.

### **3.4.2 Diferenças entre o PSF e o Programa Mais Médicos**

A primeira diferença clara é que o PSF trabalha com uma equipe multidisciplinar, com diversos profissionais de diferentes áreas da saúde, como médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Já o Mais Médicos tem seu foco apenas na contratação de médicos.

Outra diferença é que a gestão do PSF é municipalizada e o profissional do PSF é contratado pelo município, através de repasses e subsídios financeiros da União e do Estado, enquanto o Programa Mais Médicos é gerido diretamente pela União Federal, através do Ministério da Saúde, e os profissionais são contratados também pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Essa municipalidade do PSF gera certa instabilidade do profissional contratado, visto que a cada quatro anos, com a possibilidade de mudança na gestão do município, podem ocorrer mudanças também no quadro de pessoal e principalmente nos contratos com prestadores de serviços, que é como a maioria dos profissionais são contratados.

Logo, esse modelo dá abertura à situação de o profissional ficar à mercê do gestor municipal no que diz respeito à manutenção de seu contrato e de sua remuneração.

Ademais, por ter a gestão municipalizada, o PSF apresenta diversas formas de contratação e de remuneração conforme o município, ficando a critério do gestor municipal o modelo adotado, podendo variar entre contratações temporárias, contratações permanentes por meio de concurso público (sendo, portanto, servidor público), entre outras.

A forma de remuneração também varia entre remuneração fixa per capita ou variável por procedimentos ou por produtividade. No entanto, pode se dizer que a maioria dos profissionais contratados recebem por uma combinação entre captação (parte fixa) mais desempenho (parte variável) e que seus contratos são bastante precários, sendo temporários e em forma de contrato de prestação de serviço, não contrato de trabalho propriamente dito, o que reflete diretamente na pouca atratividade dessas funções para os profissionais da área da

saúde.

Já o Mais Médicos oferece uma remuneração fixa em forma de bolsa-formação, padrão em todo o Brasil, reflexo da gestão centralizada no Ministério da Saúde. Porém os profissionais são contratados temporariamente por três anos sob um modelo *sui generis* de aperfeiçoamento profissional, sem que haja essa efetiva especialização do profissional dentro do programa.

No PSF os vários profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos, etc) trabalham com carga horária que pode variar de 20 a 40 horas semanais. No mais médicos, os profissionais são contratados por 40 horas semanais. No entanto, segundo o Informe nº 15/2013 da Coordenação Nacional do Projeto Mais Médicos para o Brasil (BRASIL, 2013), dessas 40 horas, 32 horas são dedicadas à prestação de serviço e 8 horas ao suposto aperfeiçoamento profissional através de atividades acadêmicas, mas, conforme relatado por profissionais contratados pelo Programa, esse aperfeiçoamento na prática não ocorre.

Por fim, cumpre ressaltar novamente a principal diferença: o Mais Médicos busca contratar apenas médicos, enquanto o PSF lida com uma equipe multidisciplinar, composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

### **3.4.3 Semelhanças entre o PSF e o Programa Mais Médicos**

As principais semelhanças são: os dois programas têm o foco de suas ações na atenção primária de saúde, bem como os profissionais contratados pelos dois programas têm contratos precários, gerando instabilidade no trabalho e reflexos na produção e na efetividade das ações e na eficácia a longo prazo dos programas, com baixa resolutividade dos problemas crônicos de saúde da população.

A superficialidade dos programas é evidente, pois nenhum dos dois trazem métodos de fixação dos profissionais contratados de modo a perenizar os serviços prestados e elevar a resolutividade das ações assistenciais primárias. Os programas foram pensados em uma boa ótica gerencial, mas que não refletem uma visão de como atrair e fixar os profissionais da área da saúde, a fim de proporcionar um serviço de excelência à população mais carente e necessitada de saúde.

Ademais, cumpre destacar como semelhança que nenhum dos dois programas assegura e proporciona efetivamente a infraestrutura e o aparelhamento mínimo das unidades de saúde básica, onde os profissionais prestarão seus serviços, havendo portanto pouca ou nenhuma condição de trabalho para a correta assistência à saúde.

Por fim, cabe questionar: porque se criou um novo programa governamental quando se já havia um programa específico voltado para a atenção básica em saúde do SUS?

Pode-se dizer que vários foram os motivos que levaram o Governo a criar um novo programa em vez de melhorar, aperfeiçoar e ampliar o programa já existente, considerando a necessidade de aperfeiçoamento diante das deficiências encontradas e já apontadas acima.

No entanto, a razão mais evidente de se criar um novo programa de Governo é a repercussão e o impacto eleitoral que tal medida gera na política brasileira. Investir em um programa criado por um governo anterior não traria tantos méritos ao governo atual quanto a criação de um novo programa de grande impacto na atenção básica à saúde.

Reformulando sutilmente a pergunta feita anteriormente, resta um questionamento sem resposta evidente, o qual deixaremos para o leitor refletir sobre a política brasileira: porque não melhorar e ampliar o Programa Saúde da Família, corrigindo as falhas apresentadas através da realização de concurso público e de investimentos na estrutura das unidades de saúde, em vez de criar o Programa Mais Médicos?

Outrossim, destaque-se que esse novo programa (Mais Médicos) já fora criado em um modelo insubstancial e cheio de imperfeições, as quais serão objeto de críticas, especialmente no tocante a relação jurídica entabulada entre médico e Estado, o que será feito através de uma análise mais detalhada no próximo capítulo.

## 4 CAPÍTULO III – PROBLEMAS, DESAFIOS E SOLUÇÕES

No parágrafo anterior, o Programa Mais Médicos fora classificado como insubsistente, pois nenhum programa de assistência à saúde se sustenta sem investimento em recursos humanos e sem atenção aos direitos dos trabalhadores da saúde, incluindo-se as adequadas condições de trabalho para esses profissionais.

Nessa toada, já foi dito que a relação, em tese, de aperfeiçoamento médico, suposta especialização prevista pelo Capítulo IV da Lei nº 12.871/13 (Projeto Mais Médicos para o Brasil), na prática, conforme relatado por médicos participantes, não ocorre. A denominação legal fora utilizada unicamente para burlar o ordenamento jurídico brasileiro e principalmente as normas protetivas e os direitos dos trabalhadores médicos.

Essa discrepância entre a teoria prevista na lei e a realidade, e até mesmo a dissonância entre a própria legislação que regulamenta o programa e o resto do ordenamento jurídico brasileiro, fazem com que o programa receba inúmeras críticas e sejam expostos problemas dos mais diversos gêneros, desde denúncias de falta de isonomia até criação de uma relação jurídica com o Estado sem qualquer amparo constitucional, passando por várias infrações às normas trabalhistas e aos preceitos do Direito do Trabalho.

Neste capítulo, a abordagem terá como base uma análise crítica não só do regulamento do programa como da sua realidade prática denunciada pelos profissionais participantes, os principais equívocos do Projeto, bem como a apresentação de possíveis sugestões para solucioná-los de modo satisfatório, especialmente considerando os direitos dos trabalhadores da saúde e os anseios da população carente que necessita de assistência pública de qualidade na área da atenção primária da saúde.

### 4.1 Afronta aos direitos dos trabalhadores médicos

Inicialmente, convém reforçar que, apesar de a Lei nº 12.871/13 falar em uma suposta relação de aperfeiçoamento profissional, remunerada na forma de bolsa-formação, os médicos contratados através do programa prestam verdadeiro serviço profissional, em caráter pessoal, não-eventual, sob a subordinação da Coordenação do programa e mediante contraprestação pecuniária. Daí vem a premissa, basilar para todas as críticas adiante elencadas, de que a relação é de trabalho *lato sensu*.

Cumprido asseverar, mais uma vez, que as denominações utilizadas pelo programa de “aperfeiçoamento profissional” e a percepção de uma chamada “bolsa-formação” só

servem para acobertar a verdadeira realidade do Projeto Mais Médicos para o Brasil: há uma clara prestação subordinada de serviços consubstanciada em labor humano, o que tem como consequência o reconhecimento da relação de trabalho; e há também uma contraprestação salarial disfarçada de “bolsa-formação”, o que caracteriza a onerosidade do vínculo. Tais nomenclaturas utilizadas pela Lei revelam uma tentativa de burlar o ordenamento jurídico brasileiro e afastar a incidência das normas e princípios laborais, gerando uma verdadeira afronta aos direitos constitucionais trabalhistas dos profissionais contratados pelo projeto.

Ademais, com relação à tentativa da Lei nº 12.871/13 de afastar o vínculo empregatício (art. 17) e considerando que, pelo princípio da primazia da realidade, o que vale no direito obreiro é a relação factual, Cavalcante ensina, tomando como exemplo o art. 100 da Lei nº 9.504/97 (“a contratação de pessoal para prestação de serviços nas campanhas eleitorais não gera vínculo empregatício com o candidato ou partido contratantes”), o qual tem conteúdo semelhante ao do art. 17 da Lei nº 12.871/13 (Lei do Programa Mais Médicos):

[...] o artigo 100 da Lei nº 9.504/97 é inconstitucional. E, ainda que assim não fosse, o preceito legal mostra-se inaplicável ao Direito do Trabalho, em face dos princípios que norteiam esse ramo do Direito, entre eles o princípio da norma mais favorável, primazia da realidade, irrenunciabilidade de direitos e outros. (CAVALCANTE, 2003, p. 1433)

Patente, assim, a inconstitucionalidade do artigo 100, Lei nº 9.504/97, pois não poderia o legislador impor distinções às situações fáticas idênticas, de maneira a garantir apenas alguns direitos trabalhistas e outros não. (CAVALCANTE, 2003, p. 1436)

Portanto, este é um exemplo concreto que deve ser seguido quando da interpretação e aplicação do art. 17 da Lei nº 12.871/13, visto que este dispositivo também claramente não se coaduna com a Constituição e com as normas e princípios trabalhistas.

#### **4.1.1 Afronta ao princípio da isonomia**

O primeiro e mais flagrante ponto do ordenamento jurídico atingido pelo Programa Mais Médicos é o princípio da isonomia. Toda a regulamentação normativa do programa dá abertura ao tratamento diferenciado dispensado ao médico cubano. Pelos elementos fáticos, relatos e até pelas notícias veiculadas pelo próprio Ministério da Saúde, através de seu site (BRASIL, 2014), verifica-se que em vários aspectos da relação há uma diferenciação feita ao médico cubano, verdadeira discriminação em razão da origem do profissional. As mais gritantes diferenciações são o valor do salário e o modo de contratação.

Com relação ao princípio da igualdade e da isonomia e sua malferição através de

qualquer forma de discriminação, inclusive a decorrente de origem nacional, temos que diversos pensadores e doutrinadores condenam tal diferenciação, baseados principalmente no senso comum de justiça e no ordenamento jurídico nacional e internacional vigente.

Rousseau, no *Discurso sobre as origens e os fundamentos da desigualdade entre os homens*, pergunta: o homem nasce igual ou a sociedade o torna desigual? E responde: há duas espécies de desigualdade, a natural, como a diferença de idades, de saúde, de força de espírito; e a moral ou política, resultante das convenções entre os homens. [...] A igualdade não é um conceito acabado, muito menos exato. Sua discussão começou com os pensadores da Grécia e as três espécies de igualdade, a *isonomia ou a igualdade perante a lei, a isotimia ou igual direito dos cidadãos de ocupar cargos públicos e a isegoria ou igual direito de exprimir com a palavra o próprio pensamento*, há 2.300 anos a.C. em *A política*; com Aristóteles e as reflexões sobre a *igualdade numérica ou absoluta* (tudo igual para todos) – distribuição dos ônus e benefícios em partes idênticas a todos -, e a *igualdade proporcional*, cuja ideia que seguiria no curso do pensamento foi sintetizada na frase *tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais*. (NASCIMENTO, 2009, p. 397)

Entre os juristas, Kelsen, em *O problema da justiça*, sustenta que todos os homens devem ser tratados por igual e que quando os indivíduos e as circunstâncias externas são iguais, os indivíduos devem ser tratados igualmente, e quando os indivíduos e as circunstâncias externas são desiguais, devem ser tratados desigualmente. (NASCIMENTO, 2009, p. 398)

Nessa toada, convém destacar que a Constituição Federal de 1988 estabelece, em seu art. 5º, *caput*, que: **“Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...]”**. (grifo nosso)

Isto posto, pode-se afirmar que o princípio da isonomia constitui um dos alicerces do Estado Democrático de Direito brasileiro, direito fundamental de todos que habitam o País (seja brasileiro ou estrangeiro, incluindo os de origem cubana), princípio esse que irradia seus efeitos sobre todo o ordenamento jurídico nacional.

Em face do princípio da igualdade, a lei não deve ser fonte de privilégios ou perseguições, mas um instrumento que regula a vida em sociedade, tratando de forma equitativa todos os cidadãos. Da aplicação do princípio da igualdade surge para o legislador a obrigação de criar condições que assegurem uma igual dignidade social em todos os aspectos. Por outro lado, cotejando-se o referido princípio com as ordens econômica e social, concluímos que o exercício de toda e qualquer atividade econômica visa, também, uma igualdade social. A efetividade da igualdade implica a busca da justiça real, concreta ou material, deixando-se de lado os aspectos formais. Na busca da justiça real, nem sempre é possível aplicar a lei de forma igualitária, pois é necessário que os desiguais sejam tratados de forma desigual. (CAVALCANTE, 2003, p. 104)

O princípio da igualdade tem razão de ser na seguinte premissa: dar tratamento isonômico às partes significa tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na exata medida de sua desigualdade. O princípio da igualdade deve ser visto sob dois prismas: como vedação ao legislador de editar normas que tratam

situações iguais de forma desigual e como interdição ao juiz de aplicar a lei de forma desigual para situações iguais. (CAVALCANTE, 2003, p. 1435)

Consoante já afirmado outrora, o tratamento desigual inicialmente é percebido quando se considera o valor pago aos profissionais contratados através das chamadas “bolsas-formação”, que nada mais é que uma contraprestação de serviço prestado, consoante justificativas e argumentos já tecidos anteriormente. No tocante à nomenclatura desse direito fundamental do trabalhador, Nascimento tergiversa:

Outro direito fundamental é o direito ao salário, e não há nenhuma impropriedade em estender essa denominação à contraprestação do trabalho a outros vínculos além das relações de emprego. Ressalvas podem ser feitas: o que se paga, por exemplo, a autônomos nem sempre tem o nome *salário*, mas honorários, e assim por diante. Mas salário, sob a perspectiva que está sendo examinada, de contraprestação do trabalho profissional, pode, perfeitamente, ser nome atribuído ao que é a esse título pago no contrato de emprego, como em contratos de trabalho. (NASCIMENTO, 2009, p. 490)

Outrossim, comentando acerca da aplicação do princípio da igualdade às relações trabalhistas, Amauri Mascaro Nascimento (2009) lembra que, no início, foram fatores de ordem econômica que exigiram a intervenção da lei no sentido de igualizar as relações, visto que haviam (e ainda há, como é o caso da relação objeto desse trabalho acadêmico) disparidades injustificáveis de salários para trabalho de igual valor.

Surgiu, assim, o princípio da isonomia salarial, declarado pela Constituição da Organização Internacional do Trabalho – OIT (1919), art. 41, ou seja, o “princípio do salário igual, sem distinção de sexo, para trabalho de igual valor”. Para a *Declaração Universal dos Direitos do Homem* (1948), “todo homem tem direito a igual remuneração por igual trabalho”. (NASCIMENTO, 2009, p. 400)

Nessa toada, urge salientar que o Projeto Mais Médicos para o Brasil remunera de modo desigual e injusto trabalhadores médicos que realizam o mesmo trabalho e a mesma função dentro do Projeto, o que se configura uma flagrante ilegalidade.

O flagrante pode ser constatado pelo confronto do texto da Portaria Interministerial nº 2.891/2013, que reajusta o valor da bolsa-formação paga a todos os médicos participantes (nacionais e estrangeiros, em tese inclusive para os cubanos, sem distinção de nacionalidade) para a quantia mensal de R\$ 10.457,49 (dez mil, quatrocentos e cinquenta e sete reais e quarenta e nove centavos)<sup>1</sup>, com a notícia veiculada pelo próprio Ministério da Saúde, através de seu site (BRASIL, 2014), em que anuncia que os médicos

<sup>1</sup> R\$ 10.991,19 – piso salarial dos médicos em 2014 in <<http://saudeweb.com.br/41480/fenam-divulga-novo-piso-salarial-para-medicos/>>. Criou-se uma disparidade - “abismo salarial” - entre os salários pagos a médicos concursados e os médicos do Programa Mais Médicos in <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=24437:fenam-divulga-novo-piso-salarial-para-medicos&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24437:fenam-divulga-novo-piso-salarial-para-medicos&catid=3)>.

cubanos receberão o equivalente a apenas R\$ 3.000,00 (três mil reais) pagos em dólares americanos.

Os médicos cubanos que participam do programa Mais Médicos terão o repasse da bolsa recebida no Brasil aumentado para U\$ 1.245, o equivalente a R\$ 3 mil líquidos por mês. O reajuste, anunciado nesta sexta-feira (28) pelo ministro da Saúde, Arthur Chioro, foi articulado ao longo dos últimos meses pelo governo federal brasileiro junto à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e ao governo de Cuba, por determinação da Presidenta Dilma Rousseff. A alteração começa a valer já para o pagamento em março, que ocorre até o quinto dia útil do mês. **O valor toma como parâmetro a bolsa paga aos médicos residentes no Brasil, de R\$ 2.976 brutos.** Além da bolsa, os cubanos também recebem auxílios de moradia e alimentação fornecidos pelos municípios. (BRASIL, 2014, grifo nosso)

O texto da notícia ainda faz um comparativo esdrúxulo e desarrazoado, afirmando que o parâmetro da remuneração dos cubanos é a bolsa paga aos médicos residentes no Brasil, o que gera até uma dubiedade.

Pelo contexto, o entendimento mais claro é que o parâmetro do reajuste é o valor pago pelo Programa Mais Médicos aos médicos nacionais. No entanto, se este for o caso, a afirmação do paradigma está totalmente incorreta, visto que, conforme a retromencionada Portaria, os médicos nacionais recebem R\$ 10.457,49 brutos e não R\$ 2.976,00.

Outro entendimento, mais desarrazoado ainda, posto que incomparáveis as realidades de regimes, é de que a notícia se refere como parâmetro da remuneração do cubano à bolsa paga ao médico-residente no Brasil, que, conforme art. 4º da Lei nº 6.932/81, com redação dada pela Lei nº 12.514/11, é de R\$ 2.384,82. Ratifica-se que o regime de trabalho da residência médica é totalmente diverso do praticado pelo Programa Mais Médicos, as relações são totalmente distintas.

Ademais, toda essa diferenciação entre o valor pago aos médicos cubanos e o pago a médicos de outras nacionalidades viola o art. 5º da CLT, que proíbe a desigualdade salarial para trabalhos de igual valor.

Com relação à discriminação que ocorre em desfavor do médico cubano, convém obtemperar que a Convenção nº 111 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), ratificada pelo Brasil (Decreto nº 62.150/68), que dispõe sobre discriminação em matéria de emprego e profissão, determina, em seus arts. 2º e 3º, que o Brasil deve promover a igualdade de tratamento em matéria de emprego e profissão, bem como deve seguir essa política de igualdade e assegurar a sua aplicação não só nas relações de trabalho como nas atividades de formação profissional.

Mesmo se entendido o contrato de trabalho do médico como um contrato administrativo, a Convenção nº 94 da OIT, promulgada no Brasil pelo Decreto nº 58.818/66,

em seu art. 2º, item 1, diz que os contratos administrativos de trabalho devem assegurar ao trabalhador salário e condições de trabalho iguais às condições estabelecidas para o mesmo trabalho ou profissão exercida na mesma região.

Ademais, a Convenção nº 97 da OIT, ratificada pelo Brasil (Decreto nº 58.819/66), que versa sobre trabalhadores migrantes, determina, em seu art. 6º, item 1, que seja aplicada aos trabalhadores imigrantes um tratamento igual aos nacionais em relação aos seguintes aspectos: igualdade de remuneração, de habitação e de benefícios da seguridade social, entre outros, o que jamais fora respeitado pelo Brasil quando da elaboração e execução do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

Outrossim, o item 4.5 do Código Global de Práticas para Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), aprovado na 63ª Assembleia Mundial de Saúde em 21 de maio de 2010, do qual o Brasil é signatário, determina que os Estados Membros (incluindo o Brasil) devem garantir que os profissionais de saúde migrantes tenham os mesmos direitos que os profissionais de saúde formados no País recrutante, pelo que devem ser observadas todas as condições de trabalho de modo igual.

Portanto, a desigualdade de remuneração paga aos médicos contratados pelo Projeto fere os dispositivos vigentes no Brasil a seguir indicados: art. 5º, *caput*, da CF; art. 5º, da CLT; arts. 2º e 3º da Convenção nº 111 da OIT; art. 2º, da Convenção nº 94 da OIT; art. 6º, da Convenção nº 97 da OIT; e item 4.5 do Código Global de Práticas para Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde da OMS.

Com relação a aplicação do princípio da isonomia às funções públicas e àqueles que prestam serviço público, como é o caso do médico contratado pelo programa, Cavalcante lembra que o já modificado § 1º do art. 39 da CF estabelecia isonomia de vencimentos, mas ao mesmo tempo lembra que, apesar modificado, a *mens legis* do dispositivo ainda pode ser utilizada para equilibrar situações anti-isonômicas.

O artigo 39, § 1º, mencionava expressamente apenas isonomia de vencimentos para cargos de atribuições iguais ou semelhantes do mesmo Poder ou não. Isso não impede que a sua *ratio*, ao lado dos demais preceitos, também seja invocada, mesmo depois de sua revogação, para garantir a isonomia salarial de empregado público que exerce funções iguais ou semelhantes a outro empregado, com salário inferior. (CAVALCANTE, 2003, p. 1348)

Assim, deve ser garantida a isonomia salarial em qualquer setor, seja ele público ou privado, para trabalhadores que exercem iguais funções, visto que, segundo Cavalcante (2003, p. 1349) a equiparação salarial visa “garantir a observância do princípio da igualdade inerente ao ser humano que se projeta nas relações de trabalho”.

Ademais, a não equiparação ou igualdade de salários para igual trabalho gera verdadeira discriminação, prática proibida pelo ordenamento jurídico brasileiro.

O direito de não ser discriminado é um dos principais direitos fundamentais do trabalhador. Discriminação é toda distinção, exclusão ou preferência fundada na raça, cor, sexo, religião, estado civil, opinião política, origem social ou nacional que tenha por finalidade anular a igualdade de oportunidades, de tratamento e de resultados no emprego. (NASCIMENTO, 2009, p. 493)

No caso do Projeto Mais Médicos para o Brasil, a discriminação ocorre de modo objetivo em razão da origem do médico, ou seja, de sua nacionalidade. Sendo de origem cubana, o médico é tratado de uma maneira; sendo de outra nacionalidade, o médico é tratado de outra muito mais favorável. No tocante à discriminação em razão da origem, Lima tergiversa:

É na Lei n. 9.029/95, art. 1º, *caput*, que se constata a proibição de adoção de qualquer prática discriminatória e limitativa para efeito de acesso a relação de emprego, ou sua manutenção, por motivo de *origem*. A bem da verdade, a proibição de discrimine em razão da *origem* não é novidade da mencionada Lei. Já a Constituição Federal de 1988, no seu art. 3º, IV, eleva esta vedação à condição de objetivo fundamental da República Federativa do Brasil. (LIMA, 1997, p. 80)

Para convergir nesse entendimento, basta pensar: que ideia de igualdade e de justiça há em se remunerar um profissional por valor inferior ao pago pelo mesmo serviço a outro profissional, tendo como diferença objetiva entre os dois profissionais apenas a origem nacional, visto que os dois prestam o mesmo serviço, exercem idênticas atribuições, com a mesma carga horária, nas mesmas condições e até do mesmo modo, com os mesmos procedimentos, etc. O raciocínio deságua obrigatoriamente na condenação moral e constitucional de tal tratamento desigual e leva a procurar meios de equiparar o valor das remunerações pagas aos dois profissionais.

Desse modo, indissolúvel fica a crítica de ofensa ao princípio da isonomia e a consequente necessidade de se retificar a situação no âmbito fático e jurídico, de modo a proporcionar remuneração igual aos profissionais nacionais e estrangeiros, de qualquer nacionalidade.

Destaque-se que, antes, além de não receberem o mesmo valor que os médicos de outras nacionalidades, os médicos cubanos só recebiam diretamente uma parte de sua remuneração, a outra parte era depositada em conta aberta em Cuba para esse fim, conforme contrato em anexo, o que afronta diretamente os arts. 5º e 6º da Convenção nº 95 da OIT, ratificada pelo Brasil (Decreto nº 41.721/57), que dispõe sobre a proteção do salário e de qualquer outra espécie de remuneração.

Quanto ao tipo diferenciado de contratação do médico cubano, há uma verdadeira terceirização da atividade-fim no caso da mão de obra dos médicos caribenhos que trabalham no programa, o que é ilegal pelo atual ordenamento jurídico brasileiro.

Os médicos cubanos são contratados pela CSMC para prestar serviços médicos no Brasil e os recursos para sua remuneração advém de um termo de cooperação entre o Ministério da Saúde brasileiro e a OPAS. Esta por sua vez tem ligação com o governo cubano, que através da empresa estatal CSMC arregimenta e contrata os médicos para trabalharem no Brasil. Ou seja, a União não contrata diretamente os médicos para trabalharem no Brasil. Essa contratação é feita por uma empresa estatal cubana, logo fica caracterizada a ilegal terceirização de atividade-fim, havendo inclusive pagamento de um percentual de 5% (cinco por cento) à intermediadora (OPAS), pagamento este digno de nota, por ser algo em torno de 24 milhões de reais iniciais.

A contratação diferenciada advém dessa operação financeira de difícil compreensão e principalmente fiscalização, visto que até o presente momento não se publicizou o contrato ou convênio firmado entre a OPAS e o governo de Cuba.

Ademais, a diferenciação vem também da falta de transparência e de critérios objetivos levados em consideração quando da contratação dos profissionais caribenhos, vez que não há notícia da realização de qualquer tipo de seleção para tanto, o que viola: (1) o critério de contratação brasileiro, que, através da Portaria Interministerial nº 1.369/13, estabelece um chamamento público; e (2) o princípio administrativo da impessoalidade da contratação para o serviço público.

Lembre-se que o profissional deve prestar o serviço de modo pessoal, mas sua contratação deve ser amparada em critérios objetivos, isto é, impessoais.

#### **4.1.2 Afronta a direitos trabalhistas específicos**

Os principais direitos trabalhistas específicos violados pelo programa são os direitos ao 13º salário, às férias pagas com adicional de um terço da remuneração normal (terço constitucional), ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) e à licença-maternidade e licença-paternidade principalmente para os médicos cubanos.

O fato de a relação de trabalho ser maquiada em forma de relação de ensino, com os trabalhadores sendo tratados como estudantes, o que de fato não são, já que não têm sequer preceptores, dá ensejo à violação desses direitos constitucionalmente previstos para todos os trabalhadores, sejam eles permanentes ou temporários, do setor público ou do setor privado.

A verdade é que a lei que regulamenta o programa não prevê tais direitos, que são tolhidos ilegalmente dos trabalhadores através de uma regulamentação que não condiz com a realidade do programa.

Com relação ao direito ao 13º salário, temos que este é previsto no inciso VIII do art. 7º da Constituição da República e aplicável a todos os trabalhadores. No entanto, a Lei nº 12.871/13 não prevê tal direito para os profissionais médicos contratados através do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

No tocante ao direito às férias pagas com adicional de um terço da remuneração normal, previsto no inciso XVII do art. 7º da CF, temos que a Portaria Interministerial nº 1.369/13 apenas prevê um recesso concedido sem prejuízo da percepção da “bolsa”, mas não prevê qualquer adicional de um terço, o que fere a Constituição, visto que, independente da relação ser de natureza pública ou privada, estamos diante de uma relação de trabalho que deve ser protegida e preservada pelo princípio da irrenunciabilidade dos direitos do trabalhador.

Em que pese a Lei nº 12.871/13 não prever o direito ao FGTS, este deve ser garantido ao trabalhador contratado pelo programa, seja ele nacional ou estrangeiro, visto que, segundo Lima, o regime do FGTS é compatível com os contratos por prazo determinado, bem como com a condição de estrangeiro.

De outra feita, não nos parece correto afirmar que os citados trabalhadores estão fora do regime do FGTS, por serem estrangeiros. De fato, a CF/88 não fez esta diferenciação, nem tampouco a Lei n. 8.036/90. Atualmente, o FGTS é regime único, compatível com os contratos por tempo determinado, nos termos do art. 15, §§ 1º e 2º, e do art. 20, IX, da Lei n. 8.036/90. (LIMA, 1997, p. 82)

Por fim, os direitos à licença-maternidade e à licença-paternidade, previstos constitucionalmente para todos os trabalhadores (CF, art. 7º, XVIII e XIX), também são violados pelo programa, pois não estão previstos nem na Lei instituidora (Lei nº 12.871/13) nem em seu regulamento infralegal, o que gera gritante injustiça, vez que, caso a médica engravide, não terá ela direito a qualquer tipo de licença remunerada. Ela será no máximo apenas afastada de suas atividades, sem saber se terá o direito de voltar a trabalhar pelo programa.

Repise-se que, qualquer que seja a qualificação jurídica da relação de trabalho, seja de natureza pública-administrativa (art. 39, § 3º da CF), seja de natureza privada-celetista (art. 7º, III, VIII, XVII, XVIII e XIX da CF), ou até mesmo seja caracterizada como de relação de servidor público temporário (art. 11 da Lei nº 8.745/93), há direitos trabalhistas que são aplicados a todos os obreiros nacionais, menos ao médico contratado por este malfadado

programa, o que denota uma profunda injustiça.

Com relação especificamente ao direito dos trabalhadores migrantes, temos que o art. 3º da Convenção nº 97 da OIT, ratificada pelo Brasil (Decreto nº 58.819/66), proíbe a propaganda enganosa sobre o trabalho ofertado ao migrante que possa induzi-lo em erro. Tal prática (propaganda enganosa), segundo relatos dos médicos cubanos, foi largamente realizada pelos recrutadores do programa, pois aos médicos cubanos era dito que eles iriam fazer uma especialização no Brasil, o que de fato não condiz com a realidade.

Ademais, o item 3.5 do Código Global de Práticas para Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde da OMS determina que deve haver transparência, equidade e reciprocidade de benefícios na contratação internacional de profissionais da saúde, o que em verdade não houve, sendo portanto violado o Código e o consequente direito dos profissionais. O Programa Mais Médicos se revelou uma política sem qualquer transparência no que diz respeito ao recrutamento dos médicos cubanos contratados para trabalhar no Brasil.

Outrossim, o item 4.4 do mesmo Código de Recrutamento impõe que, quando da contratação internacional de profissionais da saúde, deve haver respeito a critérios objetivos de contratação e remuneração, tudo com base na igualdade de tratamento com os profissionais do país contratante, bem como deve haver informação pertinente e exata para os profissionais recrutados sobre o cargo proposto, tudo que não houve no Programa Mais Médicos. Assim, esse item também fora violado pelo Brasil.

Isto posto, houve grave desrespeito ao código de recrutamento da OMS, especificamente quanto aos itens 3.2, 3.5, 4.4, 4.5, 6.3 e 6.4, pois, apesar de travestido de programa de aperfeiçoamento profissional, como já foi dito, estamos diante de uma situação fática de profissionais prestando serviço ao SUS, arregimentados internacionalmente, inclusive por meio de termo de cooperação técnica internacional com a OPAS.

Além disso, os profissionais ainda sofrem com a falta de condições de trabalho, pois o SUS, em âmbito nacional, não está suficientemente equipado para uma boa prestação de serviços médicos.

## **4.2 Propostas de solução dos problemas**

O primeiro e mais alarmante problema da desigualdade e da falta de isonomia no tratamento dado aos médicos nacionais e aos estrangeiros, especialmente cubanos, pode ser solucionado equiparando-se o salário do médico cubano ao do médico brasileiro e excluindo

da relação os agentes intermediadores dessa contratação. Ou seja, excluindo-se da relação a OPAS e a Sociedade Mercantil Cubana Comercializadora de Serviços Médicos Cubanos (CSMC), através da rescisão do Terceiro Termo de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação Técnica firmado entre a OPAS/OMS e o Ministério da Saúde do Brasil, vinculando-se, pois, os cubanos diretamente ao Ministério da Saúde, como ocorre com os outros profissionais.

Para o problema da falta de estrutura e aparelhamento necessários ao bom exercício da medicina e ao bom atendimento em assistência à saúde, a solução é investir em compra de equipamentos para o SUS, a fim de proporcionar a realização de exames e outros expedientes necessários, além da regionalização de atendimentos por área o que levaria a um atendimento eficaz, e, com isso, criar condições de trabalho para os médicos tanto nacionais como estrangeiros.

No tocante ao problema da instabilidade do médico no trabalho, da submissão do médico ao gestor público municipal (que também gere e supervisiona os profissionais em seus respectivos municípios, ajudando a Coordenação do Projeto na fiscalização do trabalho) e o problema da transitoriedade da medida trazida pelo programa, a solução é fazer concurso público para provimento do cargo de médico, com respectivo plano de cargos e carreira a fim de complementar a medida.

No entanto, como solução final, deve-se: de imediato reconhecer e proporcionar os direitos trabalhistas do médico contratado pelo Programa (13º salário, férias com adicional de um terço, etc); equiparar o salário do médico cubano com o salário do médico brasileiro e de outras nacionalidades; equipar o SUS com aparelhos e instalações adequadas, se preciso construindo novos postos de saúde nas regiões mais carentes; e por fim, aprovar a PEC nº 454-A/2009 que institui a carreira de Médico de Estado, elaborar e aprovar lei regulamentando a referida PEC e criando os cargos, com a devidas dotações orçamentárias, e, ato contínuo, fazer concurso público para o provimento dos cargos de médico anteriormente criados nessa sequência sugerida, coadunando-se com os itens 6.3 e 6.4 do Código de Recrutamento da OMS que sugerem o fortalecimento dos sistemas de saúde dos Estados Membros.

Portanto, essa são as sugestões dadas para os problemas e críticas trazidas neste trabalho, como forma de aperfeiçoar o trabalho dos profissionais médicos, preservando seus direitos, e conseqüentemente melhorar o atendimento e a atenção básica de saúde do SUS.

## 5 CONCLUSÃO

Conforme números trazidos pela Exposição de Motivos da Medida Provisória nº 621/13, o Brasil apresenta uma proporção de 1,8 médicos por 1.000 habitantes, havendo uma defasagem de aproximadamente 168 mil médicos para se chegar a um nível razoável de profissionais formados, tendo como referência a proporção de 2,7 médicos por 1.000 habitantes encontrada no Reino Unido.

Ademais, a distribuição geográfica desses trabalhadores é completamente irregular, pois, conforme dados trazidos ainda pela referida Exposição de Motivos, só o Estado do Rio de Janeiro e o Distrito Federal apresentam uma proporção superior à média de referência do Reino Unido. Destaque-se que vários estados apresentam uma proporção média de abaixo de 1 médico formado para cada 1.000 habitantes (Acre, Amapá, Maranhão, Pará e Piauí).

Diante dessa realidade, devemos ressaltar que a meta do Programa Mais Médicos de levar cerca de 10 mil médicos para as áreas mais carentes e necessitadas do País é de extrema importância para melhorar a saúde pública e principalmente a atenção primária no Brasil.

A necessidade da população por um atendimento digno na área da saúde e a ida dos médicos para inúmeras localidades convergem para aumentar o impacto da medida, pois os médicos, pela essência do Programa, estarão dedicados exclusivamente à atenção básica em saúde da população, prestando serviços de assistência médica para todos os cidadãos.

No entanto, tal esforço, considerando o modo pelo qual está sendo feito, não se coaduna com os princípios da eficiência e da moralidade administrativa, visto que, sob o aspecto da eficiência, o Programa é uma medida temporária, tem portanto caráter transitório, o que não é compatível com a perenidade do problema da escassez de médicos na atenção básica. Ademais, sob o foco da moralidade administrativa, o Programa revela-se como uma política amoral no que diz respeito aos direitos dos trabalhadores contratados, pois os direitos são em parte desrespeitados.

Outrossim, não é demais lembrar que além dos direitos dos próprios nacionais, o Programa fere mais ainda os direitos e garantias dos profissionais estrangeiros, principalmente os cubanos contratados através do Terceiro Termo de Ajuste com a OPAS.

Quanto ao aspecto da validade jurídica do Projeto Mais Médicos para o Brasil, cumpre-nos ressaltar que até o presente momento (abril/2014), apesar das várias ações questionando o programa, tanto a nível constitucional no Supremo Tribunal Federal

(questionamento em abstrato) como a nível trabalhista na Justiça especializada (questionamento em concreto por meio de reclamações trabalhistas e ações civis públicas), ainda não há qualquer posicionamento definitivo quanto a matéria em nenhum Tribunal Pátrio. Como exemplo de questionamentos em abstrato, temos as Ações Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 5.035 e nº 5.037 que tramitam no STF, e de questionamentos em concreto, temos a Reclamação Trabalhista nº 0000228-98.2014.5.08.0110 que tramita na 1ª Vara do Trabalho de Tucuruí/PA (TRT da 8ª Região) e a Ação Civil Pública nº 0000382-62.2014.5.10.0013 que tramita na 13ª Vara do Trabalho de Brasília/DF (TRT da 10ª Região), nenhuma ainda com julgamento de mérito.

Com relação a utilização de médicos estrangeiros, a Organização Mundial da Saúde (OMS) já se manifestou no sentido de que estes trabalhadores “importados” não podem servir como solução definitiva para o problema da escassez de médicos no Brasil.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirmou que a contratação de médicos estrangeiros pelo Brasil deve ser vista apenas como uma solução a curto prazo e defende que o país fortaleça seu sistema de saúde para que seus próprios profissionais possam suprir a demanda interna. (BBC Brasil, 2014)

Assim, a medida, apesar das inúmeras irregularidades já apontadas, deve permanecer vigente, contanto que se retifique as irregularidades e se lembre sempre que tal programa é transitório, devendo o Governo portanto efetuar esforços a fim de sanar definitivamente o problema, como por exemplo através da criação da carreira de Médico de Estado, cuja proposta já fora feita no Congresso Nacional e permanece em lenta tramitação (PEC nº 454-A/2009).

Por fim, cumpre-nos questionar o caráter político da medida. Esta, como já tivemos oportunidade de comentar (tópico 3.4.3), parece ter sido pensada para uma repercussão muito mais eleitoral do que eficaz do ponto de vista da solução definitiva do problema da falta de médicos.

Nesse sentido, a criação do novo programa, em detrimento de se ampliar e melhorar a política já existente (Saúde da Família) e em detrimento de se realizar concurso público para provimento dos cargos de médicos existentes nos municípios e localidades desamparadas, trouxe a simpatia da população carente para com o Governo, visto que o povo, independente da condição jurídica dos médicos contratados, está aprovando a medida, conforme notícias veiculadas na imprensa nacional (IPEA, 2014).

No entanto, por tudo que foi exposto e tendo por base os princípios da isonomia, da irrenunciabilidade dos direitos trabalhistas e da eficiência administrativa, parece-nos de

duvidosa constitucionalidade o Programa Mais Médicos, visto que afronta vários direitos dos trabalhadores contratados e não soluciona em caráter perpétuo a questão da falta de médicos nos postos de saúde espelhados pelo Brasil.

Por fim, considerando todo o exposto neste trabalho acadêmico, conclui-se, quanto a natureza jurídica do Programa Mais Médicos, que este Programa apresenta uma natureza híbrida ou mista entre relação administrativa e trabalhista, devendo, por isso, ser reconhecidos os direitos laborais afetados.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Cléber Lúcio de. A contratação de servidores por prazo determinado para atender necessidade temporária de excepcional interesse público e a competência da Justiça do Trabalho. 2008. Disponível em:

<[http://www.trt3.jus.br/download/artigos/pdf/83\\_contratacao\\_servidores\\_temporaria.pdf](http://www.trt3.jus.br/download/artigos/pdf/83_contratacao_servidores_temporaria.pdf)>.

Acesso em: 12 abr 2014.

ARAÚJO, Alyane Almeida de. Contratação temporária de excepcional interesse público. Revista do TRT da 21ª Região, v. 13, n. 1, dez. 2006. Disponível em:

<[http://www.trt21.jus.br/ej/revista/2006/frame\\_doutrina.html](http://www.trt21.jus.br/ej/revista/2006/frame_doutrina.html)>. Acesso em: 12 abr 2014.

BARROS, Alice Monteiro de. Curso de direito do trabalho. 8. ed. São Paulo: LTr, 2012.

BOLZE, Maurício de Garcia. Distribuição geográfica dos vínculos empregatícios de Médicos de Família e Comunidade no Brasil, 2004. 2007. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

BRASIL. Constituição Federal. 9ª ed. Saraiva, 2010.

BRASIL. CLT. Decreto-Lei nº. 5.452, de 1º de maio de 1943. 9ª ed. Saraiva, 2010.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. 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. Diário Oficial da União, Brasília, 23 out 2013.

BRASIL. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Diário Oficial da União, Brasília, 19 abr 1991.

BRASIL. Lei nº 9.029, de 13 de abril de 1995. Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 17 abr 1995.

BRASIL. Lei nº 9.601, de 21 de janeiro de 1998. Dispõe sobre o contrato de trabalho por prazo determinado e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 22 jan 1998.

BRASIL. Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 10 dez 1993.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set 1990.

BRASIL. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 9 jul 1981.

BRASIL. Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade

Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 25 jul 1991.

BRASIL. Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990. Dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 14 mai 1990.

BRASIL. Lei nº 9.504, de 30 de setembro de 1997. Estabelece normas para as eleições. Diário Oficial da União, Brasília, 1º out 1997.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 29 jun 2011.

BRASIL. Decreto nº 5.151, de 22 de julho de 2004. Dispõe sobre os procedimentos a serem observados pelos órgãos e pelas entidades da Administração Pública Federal direta e indireta, para fins de celebração de atos complementares de cooperação técnica recebida de organismos internacionais e da aprovação e gestão de projetos vinculados aos referidos instrumentos. Diário Oficial da União, Brasília, 23 jul 2004.

BRASIL. Decreto nº 62.150, de 19 de janeiro de 1968. Promulga a Convenção nº 111 da OIT sobre discriminação em matéria de emprego e profissão. Diário Oficial da União, Brasília, 20 jan 1968.

BRASIL. Decreto nº 58.818, de 14 de julho de 1966. Promulga a Convenção nº 94 da OIT sobre as cláusulas de Trabalho nos contratos firmados por Autoridade Pública. Diário Oficial da União, Brasília, 19 jul 1966.

BRASIL. Decreto nº 41.721, de 25 de junho de 1957. Promulga a Convenção nº 95 da OIT sobre a Proteção do Salário. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun 1957.

BRASIL. Decreto nº 58.819, de 14 de julho de 1966. Promulga a Convenção nº 97 da OIT sobre Trabalhadores Migrantes. Diário Oficial da União, Brasília, 19 jul 1966.

BRASIL. Decreto nº 3.745, de 5 de fevereiro de 2001. Institui o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 6 fev 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 3. ed. Brasília, 2005.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Agravo em recurso extraordinário nº 646.000 – RG. Relator: Ministro Marco Aurélio. Brasília, DF, 29 de junho de 2012. RDECTRAB, v. 19, n. 216, 2012, p. 24-26.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, 9 jul 2013, p. 49-52.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção

Básica. Diário Oficial da União, Brasília, 2 set 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.891, de 27 de novembro de 2013. Altera e acresce dispositivos à Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013, que dispõe sobre a implantação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, 28 nov 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.167, de 21 de novembro de 2001. Diário Oficial da União, Brasília, 27 nov 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Diário Oficial da União, Brasília, 6 nov 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, 22 out 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria nº 2.715, de 13 de novembro de 2013. Dispõe sobre o custeio das despesas de moradia e alimentação dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos alocados em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS), órgão integrante da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 14 nov 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria nº 30, de 12 de fevereiro de 2014. Dispõe sobre o cumprimento das obrigações de oferta de moradia, deslocamento, alimentação e água potável pelo Distrito Federal e Municípios aos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, nos termos da Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013. Diário Oficial da União, Brasília, 13 fev 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 39, de 8 de julho de 2013. Adesão de médicos ao Projeto Mais Médicos Para o Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, 9 jul 2013, p. 127-129.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 4, de 16 de janeiro de 2014. Adesão de médicos ao Projeto Mais Médicos Para o Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, 17 jan 2014, p. 187-191.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Resolução nº 1, de 12 de fevereiro de 2014. Dispõe sobre a aplicação de penalidades no caso de ausência injustificada das atividades do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, 13 fev 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Documentos preparatórios para 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 2. ed. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política

Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, 29 mar 2006.

BRASIL. 80º Termo de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento de Ações Vinculadas ao Projeto “Acesso da População Brasileira à Atenção Básica em Saúde”, que celebram entre si a União e Organização Pan-Americana da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 30 abr. 2013, Seção 3, p. 116.

BRASIL. Terceiro Termo de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento de Ações Vinculadas ao Projeto “Acesso da População Brasileira à Atenção Básica em Saúde”, que celebram entre si a União e Organização Pan-Americana da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Médicos cubanos receberão R\$ 3 mil por mês no Brasil. Agência Saúde, Brasília, 5 mar 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/noticias-mais-medicos/9949-medicos-cubanos-receberao-r-3-mil-por-mes-no-brasil>>. Acesso em: 27 mar 2014.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ações Diretas de Inconstitucionalidade nº 5035 e nº 5037. Mais Médicos. Audiência Pública, Sala de sessões da 1ª Turma do STF, dias 25/11/2013 e 26/11/2013. Brasília. Disponível em: <[https://www.youtube.com/watch?v=9HE6PV\\_pYXE](https://www.youtube.com/watch?v=9HE6PV_pYXE)>. Acesso em: 12 abr 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – SGTES. Informe nº 15/2013. Informativo aos médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos Para o Brasil. Brasília, 10 set 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/setembro/27/Informe-15-10.pdf>>. Acesso em: 10 jan 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Proposta de Emenda Constitucional nº 454-A/2009, de autoria dos Deputados Ronaldo Caiado e Eleuses Paiva. Brasília, 17 nov 2009. Disponível em: <[http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=FDEEF97A4A0943DA15024A4BC2D84C6C.proposicoesWeb1?codteor=727136&filename=PEC+454/2009](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=FDEEF97A4A0943DA15024A4BC2D84C6C.proposicoesWeb1?codteor=727136&filename=PEC+454/2009)>. Acesso em: 12 abr 2014.

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho da 8ª Região. 1ª Vara do Trabalho de Tucuruí. Reclamação Trabalhista. Processo nº 0000228-98.2014.5.08.0110. Reclamante: Ramona Matos Rodrigues. Advogado: João Luis Brasil Batista Rolim de Castro. Reclamados: Sociedade Mercantil Cubana Comercializadora de Serviços Médicos Cubanos S/A – CSMC e outros. Petição Inicial. Disponível em: <<http://www2.trt8.jus.br/consultaprocesso/formulario/ProcessoConjulgado.aspx?sDsTelaOrigem=ListarProcessos.aspx&iNrInstancia=1&sFITipo=T&iNrProcessoVaraUnica=>

110&iNrProcessoUnica=228&iNrProcessoAnoUnica=2014&iNrRegiaoUnica=8&iNrJusticaUnica=5&iNrDigitoUnica=98&iNrProcesso=228&iNrProcessoAno=2014&iNrProcesso2a=0&iNrProcessoAno2a=0>. Acesso em: 14 abr 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A saúde, o SUS e o programa “Mais Médicos”. Revista do Médico Residente, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 1-4, 2013. Disponível em: <<http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/view/395>>. Acesso em: 22 mar 2014.

CARDOSO, Florentino. Programa Roda Viva, TV Cultura, 10 mar 2014.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. Manual de direito administrativo. 23. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

CAVALCANTE, Jouberto de Quadros Pessoa e JORGE NETO, Francisco Ferreira. Manual de direito do trabalho. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Nota Técnica de Expediente nº 157/2013, do SEJUR. Conselho Federal de Medicina, Brasília, 9 out 2013. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/notasdespachos/CFM/2013/157\\_2013.pdf](http://www.portalmedico.org.br/notasdespachos/CFM/2013/157_2013.pdf)>. Acesso em: 27 mar 2014.

COUTINHO, Leonardo; TEIXEIRA, Duda. A capataz dos médicos cubanos. Revista Veja, 2361 ed., Editora Abril, 19 fev 2014, p. 60-61.

DADOS apontam para aprovação do Programa Mais Médicos. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=20672](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=20672)>. Acesso em: 12 jan 2014.

DELGADO, Maurício Godinho. Curso de direito do trabalho. 10. ed. São Paulo: LTr, 2011.

DI JORGE, Fabio Martins. Estudo jurídico do programa mais médicos. Revista Acta JUS. Vol. 1, n 1, p. 24-34, Set – Nov 2013. Disponível em: <[www.mastereditora.com.br/actajus](http://www.mastereditora.com.br/actajus)>. Acesso em: 09 out 2013.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Direito administrativo. 25. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

DINIZ, Maria Helena. Dicionário jurídico. 4. v. São Paulo: Saraiva, 1998.

FERREIRA, Fernanda Mesquita. Os acordos de cooperação técnica internacional celebrados entre entidades públicas federais e organismos internacionais. Conteúdo Jurídico, Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.43079>>. Acesso em: 18 dez 2013.

GENTIL, Maurício. O Polêmico Programa "Mais Médicos" – Parte IV. In INFONET. Disponível em: <[www.infonet.com.br/mauriciomonteiro/ler.asp?id=148237&titulo=mauriciomonteiro](http://www.infonet.com.br/mauriciomonteiro/ler.asp?id=148237&titulo=mauriciomonteiro)>. Acesso em: 18 dez 2013.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad. Saúde Pública, v. 21, n. 2, Rio de Janeiro, Mar – Abr 2005, p. 490-498.

GÓES, Maurício de Carvalho. A remuneração e o salário e sua vinculação com a natureza do direito do trabalho. Disponível em: <<http://goesadvogados.com/wp-content/uploads/2012/04/5.pdf>>. Acesso em: 3 nov 2013.

GÓES, Maurício de Carvalho. A equiparação salarial nos contratos de emprego: um reflexo do princípio isonômico. Disponível em: <<http://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/33511-43310-1-PB.pdf>>. Acesso em: 25 mar 2014.

GUIMARÃES, Guilherme Granadeiro. Programa Mais Médicos: “justiça social” para quem?. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=24574:programa-mais-medicos-justica-social-para-quem&catid=46:artigos&Itemid=18](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24574:programa-mais-medicos-justica-social-para-quem&catid=46:artigos&Itemid=18)>. Acesso em: 12 abr 2014.

LIMA, Francisco Gérson Marques de. Igualdade de tratamento nas relações de trabalho: anotações à Lei n. 9.029/95 em confronto com as Leis ns. 9.263/96, 7.716/89, 7.437/85 e 9.459/97 (aspectos trabalhistas e penais). Malheiros Editores, 1997.

LIMA, Francisco Meton Marques de. Elementos de direito do trabalho e processo trabalhista. 12. ed. São Paulo: LTr, 2007.

MACIEL, Regina Heloísa *et al.* Multiplicidade de vínculos de médicos no Estado do Ceará. Revista Saúde Pública, Fortaleza, v. 44, n. 5, p. 950-956, 2010. Disponível em: <[www.scielo.br/rsp](http://www.scielo.br/rsp)>. Acesso em: 22 mar 2014.

MARTÍNEZ, José Maria de Souza. O Servidor Temporário e seu Regime Jurídico. Universo Jurídico, Juiz de Fora, ano XI. Disponível em: <[http://uj.novaprolink.com.br/doutrina/344/o\\_servidor\\_temporario\\_e\\_seu\\_regime\\_juridico](http://uj.novaprolink.com.br/doutrina/344/o_servidor_temporario_e_seu_regime_juridico)>. Acesso em: 10 abr 2014.

MARTINS, Sérgio Pinto. Direito do trabalho. 28. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

MEIRELLES, Hely Lopes; AZEVEDO, Eurico de Andrade; ALEIXO, Delcio Balestro. Direito administrativo brasileiro. 35. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2009.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. Curso de direito administrativo. 25. ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

NASCIMENTO, Amauri Mascaro. Curso de direito do trabalho: história e teoria geral do direito do trabalho relações individuais e coletivas do trabalho. 24. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

NIDECKER, Fernanda. Importação de médicos 'não é panaceia', diz OMS. BBC Brasil, Londres, 20 maio 2013. Disponível em: <[http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/05/130517\\_oms\\_brasilmedicos\\_fl.shtml](http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/05/130517_oms_brasilmedicos_fl.shtml)>. Acesso em: 27 mar 2014.

OLIVEIRA, Vinícius Gomes de *et al.* Medicina de Família e Comunidade: breve histórico, desafios e perspectivas na visão de discentes de graduação. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 9, n. 30, p. 85-88, Jan – Mar 2014. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/850>>. Acesso em: 22 mar 2014.

OMS e OIT recebem denúncia de ilegalidades no recrutamento de profissionais estrangeiros no programa Mais Médicos. Site do Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=24325:oms-e-oit-recebem-denuncia-de-ilegalidades-no-recrutamento-de-profissionais-estrangeiros-do-programa-mais-medicos&catid=3:portal](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24325:oms-e-oit-recebem-denuncia-de-ilegalidades-no-recrutamento-de-profissionais-estrangeiros-do-programa-mais-medicos&catid=3:portal)>. Acesso em: 13 jan 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Código Global de Práticas para Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde, aprovado na 63ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 21 mai 2010. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/2376/1/A63\\_8-en.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/2376/1/A63_8-en.pdf)>. Acesso em: 12 mar 2014.

PESSANHA, Eliana Gonçalves da Fonte; ARTUR, Karen. Direitos trabalhistas e organização dos trabalhadores num contexto de mudanças no mundo do trabalho: efeitos sobre os trabalhadores da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1569-1580, 2013.

PINTO, José Augusto Rodrigues. *Tratado de direito material do trabalho*. São Paulo: LTr, 2007.

PLÁ RODRIGUEZ, Américo. *Princípios de direito do trabalho*. São Paulo: LTr, 1997.

REPASSE à Opas pela contratação de cubanos sobre 90%. *Revista Exame*. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/repasse-a-opas-pela-contratacao-de-cubanos-sobe-90>>. Acesso em: 25 abr 2014.

RONZANI, Telmo Mota; SILVA, Cristiane de Mesquita. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/06.pdf>>. Acesso em: 22 mar 2014.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 6, Nov - Dez 2005, p. 1027-34. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 10 abr 2014.

RUSSOMANO, Gilda Maciel Corrêa Meyer. *Direito internacional privado do trabalho: conflitos espaciais de leis trabalhistas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1979.

SALES, Rogéria Gladys Romeu. O princípio protetor no contexto da flexibilização do mercado de trabalho: uma visão prospectiva. 2006. Dissertação (Mestrado em Direito Privado) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006.

SERIA impossível atender o país sem cubanos, diz Chioro. *Revista Exame*. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/seria-impossivel-atender-o-pais-sem-cubanos-diz-chioro>>. Acesso em: 25 abr 2014.

SIAS, Rodrigo. O Programa “Mais Médicos” e a mais-valia cubana. 11 set. 2013. Disponível em: <[http://brasileconomico.ig.com.br/noticias/o-programa-mais-medicos-e-a-maisvalia-cubana\\_135734.html](http://brasileconomico.ig.com.br/noticias/o-programa-mais-medicos-e-a-maisvalia-cubana_135734.html)>. Acesso em: 18 dez 2013.

SILVA, De Plácido e. Vocabulário jurídico. 15. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1998.

SÜSSEKIND, Arnaldo. Direito constitucional do trabalho. 4. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2010.

SÜSSEKIND, Arnaldo *et al.* Instituições de direito do trabalho. 22. ed. São Paulo: LTr, 2005.

SÜSSEKIND, Arnaldo. Direito internacional do trabalho. LTr, 2000.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 11-48, Rio de Janeiro, 1998.

VIANA, Márcio Túlio. As relações de trabalho sem vínculo de emprego e as novas regras de competência. Disponível em:  
<[http://www.trt3.jus.br/escola/download/artigos/relacoes\\_trabalho\\_vinculo.pdf](http://www.trt3.jus.br/escola/download/artigos/relacoes_trabalho_vinculo.pdf)>. Acesso em: 15/02/2014.

VOGEL NETO, Gustavo Adolpho. Contratação de servidores para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público. *Revista Jurídica Virtual*, v. 4, n. 39, ago. 2002. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/revista/Rev\\_39/Artigos/Art\\_Gustavo.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/revista/Rev_39/Artigos/Art_Gustavo.htm)>. Acesso em: 12 abr 2014.

ANEXO A – Lei nº 12.871/2013

**Presidência da República**  
**Casa Civil**  
**Subchefia para Assuntos Jurídicos**

LEI Nº 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013.

Conversão da Medida Provisória nº 621, de 2013

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.

Mensagem de veto

**A PRESIDENTA DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I  
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º É instituído o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os seguintes objetivos:

I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;

II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;

III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;

VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;

VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e

VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Art. 2º Para a consecução dos objetivos do Programa Mais Médicos, serão adotadas, entre outras, as seguintes ações:

I - reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;

II - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e

III - promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de

intercâmbio internacional.

## CAPÍTULO II

### DA AUTORIZAÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DE CURSOS DE MEDICINA

Art. 3º A autorização para o funcionamento de curso de graduação em Medicina, por instituição de educação superior privada, será precedida de chamamento público, e caberá ao Ministro de Estado da Educação dispor sobre:

I - pré-seleção dos Municípios para a autorização de funcionamento de cursos de Medicina, ouvido o Ministério da Saúde;

II - procedimentos para a celebração do termo de adesão ao chamamento público pelos gestores locais do SUS;

III - critérios para a autorização de funcionamento de instituição de educação superior privada especializada em cursos na área de saúde;

IV - critérios do edital de seleção de propostas para obtenção de autorização de funcionamento de curso de Medicina; e

V - periodicidade e metodologia dos procedimentos avaliatórios necessários ao acompanhamento e monitoramento da execução da proposta vencedora do chamamento público.

§ 1º Na pré-seleção dos Municípios de que trata o inciso I do caput deste artigo, deverão ser consideradas, no âmbito da região de saúde:

I - a relevância e a necessidade social da oferta de curso de Medicina; e

II - a existência, nas redes de atenção à saúde do SUS, de equipamentos públicos adequados e suficientes para a oferta do curso de Medicina, incluindo, no mínimo, os seguintes serviços, ações e programas:

a) atenção básica;

b) urgência e emergência;

c) atenção psicossocial;

d) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

e) vigilância em saúde.

§ 2º Por meio do termo de adesão de que trata o inciso II do caput deste artigo, o gestor local do SUS compromete-se a oferecer à instituição de educação superior vencedora do chamamento público, mediante contrapartida a ser disciplinada por ato do Ministro de Estado da Educação, a estrutura de serviços, ações e programas de saúde necessários para a implantação e para o funcionamento do curso de graduação em Medicina.

§ 3º O edital previsto no inciso IV do caput deste artigo observará, no que couber, a legislação sobre licitações e contratos administrativos e exigirá garantia de proposta do participante e multa por inexecução total ou parcial do contrato, conforme previsto, respectivamente, no [art. 56](#) e no [inciso II do caput do art. 87 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993](#).

§ 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.

§ 5º O Ministério da Educação, sem prejuízo do atendimento aos requisitos previstos no

inciso II do § 1º deste artigo, disporá sobre o processo de autorização de cursos de Medicina em unidades hospitalares que:

I - possuam certificação como hospitais de ensino;

II - possuam residência médica em no mínimo 10 (dez) especialidades; ou

III - mantenham processo permanente de avaliação e certificação da qualidade de seus serviços.

§ 6º O Ministério da Educação, conforme regulamentação própria, poderá aplicar o procedimento de chamamento público de que trata este artigo aos outros cursos de graduação na área de saúde.

§ 7º A autorização e a renovação de autorização para funcionamento de cursos de graduação em Medicina deverão considerar, sem prejuízo de outras exigências estabelecidas no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes):

I - os seguintes critérios de qualidade:

a) exigência de infraestrutura adequada, incluindo bibliotecas, laboratórios, ambulatórios, salas de aula dotadas de recursos didático-pedagógicos e técnicos especializados, equipamentos especiais e de informática e outras instalações indispensáveis à formação dos estudantes de Medicina;

b) acesso a serviços de saúde, clínicas ou hospitais com as especialidades básicas indispensáveis à formação dos alunos;

c) possuir metas para corpo docente em regime de tempo integral e para corpo docente com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado;

d) possuir corpo docente e técnico com capacidade para desenvolver pesquisa de boa qualidade, nas áreas curriculares em questão, aferida por publicações científicas;

II - a necessidade social do curso para a cidade e para a região em que se localiza, demonstrada por indicadores demográficos, sociais, econômicos e concernentes à oferta de serviços de saúde, incluindo dados relativos à:

a) relação número de habitantes por número de profissionais no Município em que é ministrado o curso e nos Municípios de seu entorno;

b) descrição da rede de cursos análogos de nível superior, públicos e privados, de serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares e de programas de residência em funcionamento na região;

c) inserção do curso em programa de extensão que atenda a população carente da cidade e da região em que a instituição se localiza.

### CAPÍTULO III

#### DA FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

Art. 4º O funcionamento dos cursos de Medicina é sujeito à efetiva implantação das diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE).

§ 1º Ao menos 30% (trinta por cento) da carga horária do internato médico na graduação serão desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo de 2 (dois) anos de internato, a ser disciplinado nas diretrizes curriculares nacionais.

§ 2º As atividades de internato na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e

Emergência do SUS e as atividades de Residência Médica serão realizadas sob acompanhamento acadêmico e técnico, observado o art. 27 desta Lei.

§ 3º O cumprimento do disposto no caput e nos §§ 1º e 2º deste artigo constitui ponto de auditoria nos processos avaliativos do Sinaes.

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 O Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade terá duração mínima de 2 (dois) anos.

§ 1º O primeiro ano do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade será obrigatório para o ingresso nos seguintes Programas de Residência Médica:

- I - Medicina Interna (Clínica Médica);
- II - Pediatria;
- III - Ginecologia e Obstetrícia;
- IV - Cirurgia Geral;
- V - Psiquiatria;
- VI - Medicina Preventiva e Social.

§ 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.

§ 4º Os Programas de Residência Médica estabelecerão processos de transição para

implementação, integração e consolidação das mudanças curriculares, com o objetivo de viabilizar a carga horária e os conteúdos oferecidos no currículo novo e permitir o fluxo na formação de especialistas, evitando atrasos curriculares, repetições desnecessárias e dispersão de recursos.

§ 5º O processo de transição previsto no § 4º deverá ser registrado por meio de avaliação do currículo novo, envolvendo discentes de diversas turmas e docentes.

§ 6º Os Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade deverão contemplar especificidades do SUS, como as atuações na área de Urgência e Emergência, Atenção Domiciliar, Saúde Mental, Educação Popular em Saúde, Saúde Coletiva e Clínica Geral Integral em todos os ciclos de vida.

§ 7º O Ministério da Saúde coordenará as atividades da Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade no âmbito da rede saúde-escola.

Art. 8º As bolsas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade poderão receber complementação financeira a ser estabelecida e custeada pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

Art. 9º É instituída a avaliação específica para curso de graduação em Medicina, a cada 2 (dois) anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, a ser implementada no prazo de 2 (dois) anos, conforme ato do Ministro de Estado da Educação.

§ 1º É instituída avaliação específica anual para os Programas de Residência Médica, a ser implementada no prazo de 2 (dois) anos, pela CNRM.

§ 2º As avaliações de que trata este artigo serão implementadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), no âmbito do sistema federal de ensino.

Art. 10. Os cursos de graduação em Medicina promoverão a adequação da matriz curricular para atendimento ao disposto nesta Lei, nos prazos e na forma definidos em resolução do CNE, aprovada pelo Ministro de Estado da Educação.

Parágrafo único. O CNE terá o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contado da data de publicação desta Lei, para submeter a resolução de que trata o caput ao Ministro de Estado da Educação.

Art. 11. A regulamentação das mudanças curriculares dos diversos programas de residência médica será realizada por meio de ato do Ministério da Educação, ouvidos a CNRM e o Ministério da Saúde.

## Seção Única

### Do Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde

Art. 12. As instituições de educação superior responsáveis pela oferta dos cursos de Medicina e dos Programas de Residência Médica poderão firmar Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, na qualidade de gestores, com a finalidade de viabilizar a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas de Residência Médica e a estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade, além de permitir a integração ensino-serviço na área da Atenção Básica.

§ 1º O Contrato Organizativo poderá estabelecer:

I - garantia de acesso a todos os estabelecimentos assistenciais sob a responsabilidade do

gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência médica; e

II - outras obrigações mútuas entre as partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço, cujos termos serão levados à deliberação das Comissões Intergestores Regionais, Comissões Intergestores Bipartite e Comissão Intergestores Tripartite, ouvidas as Comissões de Integração Ensino-Serviço.

§ 2º No âmbito do Contrato Organizativo, caberão às autoridades mencionadas no caput, em acordo com a instituição de educação superior e os Programas de Residência Médica, designar médicos preceptores da rede de serviços de saúde e regulamentar a sua relação com a instituição responsável pelo curso de Medicina ou pelo Programa de Residência Médica.

§ 3º Os Ministérios da Educação e da Saúde coordenarão as ações necessárias para assegurar a pactuação de Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde.

#### CAPÍTULO IV

##### DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

Art. 13. É instituído, no âmbito do Programa Mais Médicos, o Projeto Mais Médicos para o Brasil, que será oferecido:

I - aos médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País; e

II - aos médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras, por meio de intercâmbio médico internacional.

§ 1º A seleção e a ocupação das vagas ofertadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil observarão a seguinte ordem de prioridade:

I - médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, inclusive os aposentados;

II - médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da Medicina no exterior; e

III - médicos estrangeiros com habilitação para exercício da Medicina no exterior.

§ 2º Para fins do Projeto Mais Médicos para o Brasil, considera-se:

I - médico participante: médico intercambista ou médico formado em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado; e

II - médico intercambista: médico formado em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para exercício da Medicina no exterior.

§ 3º A coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil ficará a cargo dos Ministérios da Educação e da Saúde, que disciplinarão, por meio de ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde, a forma de participação das instituições públicas de educação superior e as regras de funcionamento do Projeto, incluindo a carga horária, as hipóteses de afastamento e os recessos.

Art. 14. O aperfeiçoamento dos médicos participantes ocorrerá mediante oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e envolverá atividades de ensino, pesquisa e extensão que terão componente assistencial mediante integração ensino-serviço.

§ 1º O aperfeiçoamento de que trata o caput terá prazo de até 3 (três) anos, prorrogável

por igual período caso ofertadas outras modalidades de formação, conforme definido em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

§ 2º A aprovação do médico participante no curso de especialização será condicionada ao cumprimento de todos os requisitos do Projeto Mais Médicos para o Brasil e à sua aprovação nas avaliações periódicas.

§ 3º O primeiro módulo, designado acolhimento, terá duração de 4 (quatro) semanas, será executado na modalidade presencial, com carga horária mínima de 160 (cento e sessenta) horas, e contemplará conteúdo relacionado à legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, ao funcionamento e às atribuições do SUS, notadamente da Atenção Básica em saúde, aos protocolos clínicos de atendimentos definidos pelo Ministério da Saúde, à língua portuguesa e ao código de ética médica.

§ 4º As avaliações serão periódicas, realizadas ao final de cada módulo, e compreenderão o conteúdo específico do respectivo módulo, visando a identificar se o médico participante está apto ou não a continuar no Projeto.

§ 5º A coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, responsável pelas avaliações de que tratam os §§ 1º a 4º, disciplinará, acompanhará e fiscalizará a programação em módulos do aperfeiçoamento dos médicos participantes, a adoção de métodos transparentes para designação dos avaliadores e os resultados e índices de aprovação e reprovação da avaliação, zelando pelo equilíbrio científico, pedagógico e profissional.

Art. 15. Integram o Projeto Mais Médicos para o Brasil:

I - o médico participante, que será submetido ao aperfeiçoamento profissional supervisionado;

II - o supervisor, profissional médico responsável pela supervisão profissional contínua e permanente do médico; e

III - o tutor acadêmico, docente médico que será responsável pela orientação acadêmica.

§ 1º São condições para a participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, conforme disciplinado em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde:

I - apresentar diploma expedido por instituição de educação superior estrangeira;

II - apresentar habilitação para o exercício da Medicina no país de sua formação; e

III - possuir conhecimento em língua portuguesa, regras de organização do SUS e protocolos e diretrizes clínicas no âmbito da Atenção Básica.

§ 2º Os documentos previstos nos incisos I e II do § 1º sujeitam-se à legalização consular gratuita, dispensada a tradução juramentada, nos termos de ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

§ 3º A atuação e a responsabilidade do médico supervisor e do tutor acadêmico, para todos os efeitos de direito, são limitadas, respectiva e exclusivamente, à atividade de supervisão médica e à tutoria acadêmica.

Art. 16. O médico intercambista exercerá a Medicina exclusivamente no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão do Projeto Mais Médicos para o Brasil, dispensada, para tal fim, nos 3 (três) primeiros anos de participação, a revalidação de seu diploma nos termos do § 2º do art. 48 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. (Vide Decreto nº 8.126, de 2013)

§ 1º (VETADO).

§ 2º A participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, atestada pela coordenação do Projeto, é condição necessária e suficiente para o exercício da Medicina no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, não sendo aplicável o [art. 17 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957](#).

§ 3º O Ministério da Saúde emitirá número de registro único para cada médico intercambista participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil e a respectiva carteira de identificação, que o habilitará para o exercício da Medicina nos termos do § 2º.

§ 4º A coordenação do Projeto comunicará ao Conselho Regional de Medicina (CRM) que jurisdiciona na área de atuação a relação de médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil e os respectivos números de registro único.

§ 5º O médico intercambista estará sujeito à fiscalização pelo CRM.

Art. 17. As atividades desempenhadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil não criam vínculo empregatício de qualquer natureza.

Art. 18. O médico intercambista estrangeiro inscrito no Projeto Mais Médicos para o Brasil fará jus ao visto temporário de aperfeiçoamento médico pelo prazo de 3 (três) anos, prorrogável por igual período em razão do disposto no § 1º do art. 14, mediante declaração da coordenação do Projeto.

§ 1º O Ministério das Relações Exteriores poderá conceder o visto temporário de que trata o caput aos dependentes legais do médico intercambista estrangeiro, incluindo companheiro ou companheira, pelo prazo de validade do visto do titular.

§ 2º Os dependentes legais do médico intercambista estrangeiro poderão exercer atividades remuneradas, com emissão de Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

§ 3º É vedada a transformação do visto temporário previsto neste artigo em permanente.

§ 4º Aplicam-se os [arts. 30, 31 e 33 da Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980](#), ao disposto neste artigo.

Art. 19. Os médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil poderão perceber bolsas nas seguintes modalidades:

I - bolsa-formação;

II - bolsa-supervisão; e

III - bolsa-tutoria.

§ 1º Além do disposto no caput, a União concederá ajuda de custo destinada a compensar as despesas de instalação do médico participante, que não poderá exceder a importância correspondente ao valor de 3 (três) bolsas-formação.

§ 2º É a União autorizada a custear despesas com deslocamento dos médicos participantes e seus dependentes legais, conforme dispuser ato conjunto dos Ministros de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Saúde.

§ 3º Os valores das bolsas e da ajuda de custo a serem concedidas e suas condições de pagamento serão definidos em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

Art. 20. O médico participante enquadra-se como segurado obrigatório do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), na condição de contribuinte individual, na forma da [Lei nº](#)

8.212, de 24 de julho de 1991.

Parágrafo único. São ressalvados da obrigatoriedade de que trata o caput os médicos intercambistas:

I - selecionados por meio de instrumentos de cooperação com organismos internacionais que prevejam cobertura securitária específica; ou

II - filiados a regime de seguridade social em seu país de origem, o qual mantenha acordo internacional de seguridade social com a República Federativa do Brasil.

Art. 21. Poderão ser aplicadas as seguintes penalidades aos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil que descumprirem o disposto nesta Lei e nas normas complementares:

I - advertência;

II - suspensão; e

III - desligamento das ações de aperfeiçoamento.

§ 1º Na hipótese do inciso III do caput, poderá ser exigida a restituição dos valores recebidos a título de bolsa, ajuda de custo e aquisição de passagens, acrescidos de atualização monetária, conforme definido em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

§ 2º Na aplicação das penalidades previstas neste artigo, serão consideradas a natureza e a gravidade da infração cometida, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

§ 3º No caso de médico intercambista, o desligamento do Programa implicará o cancelamento do registro único no Ministério da Saúde e do registro de estrangeiro.

§ 4º Para fins do disposto no § 3º, a coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil comunicará o desligamento do médico participante ao CRM e ao Ministério da Justiça.

Art. 22. As demais ações de aperfeiçoamento na área de Atenção Básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS, voltadas especificamente para os médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado, serão desenvolvidas por meio de projetos e programas dos Ministérios da Saúde e da Educação.

§ 1º As ações de aperfeiçoamento de que trata o caput serão realizadas por meio de instrumentos de incentivo e mecanismos de integração ensino-serviço.

§ 2º O candidato que tiver participado das ações previstas no caput deste artigo e tiver cumprido integralmente aquelas ações, desde que realizado o programa em 1 (um) ano, receberá pontuação adicional de 10% (dez por cento) na nota de todas as fases ou da fase única do processo de seleção pública dos Programas de Residência Médica a que se refere o art. 2º da Lei no 6.932, de 1981.

§ 3º A pontuação adicional de que trata o § 2º não poderá elevar a nota final do candidato para além da nota máxima prevista no edital do processo seletivo referido no § 2º deste artigo.

§ 4º O disposto nos §§ 2º e 3º terá validade até a implantação do disposto no parágrafo único do art. 5º desta Lei.

§ 5º Aplica-se o disposto nos arts. 17, 19, 20 e 21 aos projetos e programas de que trata o caput.

## DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 23. Para execução das ações previstas nesta Lei, os Ministérios da Educação e da Saúde poderão firmar acordos e outros instrumentos de cooperação com organismos internacionais, instituições de educação superior nacionais e estrangeiras, órgãos e entidades da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, consórcios públicos e entidades privadas, inclusive com transferência de recursos.

Art. 24. São transformadas, no âmbito do Poder Executivo, sem aumento de despesa, 117 (cento e dezessete) Funções Comissionadas Técnicas (FCTs), criadas pelo [art. 58 da Medida Provisória no 2.229-43, de 6 de setembro de 2001](#), do nível FCT-13, em 10 (dez) cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores (DAS), sendo 2 (dois) DAS-5 e 8 (oito) DAS-4.

Art. 25. São os Ministérios da Saúde e da Educação autorizados a contratar, mediante dispensa de licitação, instituição financeira oficial federal para realizar atividades relacionadas aos pagamentos das bolsas de que trata esta Lei.

Art. 26. São a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) autorizados a conceder bolsas para ações de saúde, a ressarcir despesas, a adotar outros mecanismos de incentivo a suas atividades institucionais e a promover as ações necessárias ao desenvolvimento do Programa Mais Médicos, observada a [Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011](#).

Art. 27. Será concedida bolsa para atividades de preceptoria nas ações de formação em serviço nos cursos de graduação e residência médica ofertados pelas instituições federais de educação superior ou pelo Ministério da Saúde.

§ 1º Integram as diretrizes gerais para o processo de avaliação de desempenho para fins de progressão e de promoção de que trata o [§ 4º do art. 12 da Lei nº 12.772, de 28 de dezembro de 2012](#), a serem estabelecidas em ato do Ministério da Educação, o exercício profissional no SUS, na área de docência do professor, a preceptoria de que trata esta Lei e o exercício de atividade nos programas definidos como prioritários pelo Ministério da Saúde.

§ 2º Com vistas a assegurar a universalização dos programas de residência médica prevista no art. 5º desta Lei, poderão ser adotadas medidas que ampliem a formação de preceptores de residência médica.

Art. 28. Os médicos participantes e seus dependentes legais são isentos do pagamento das taxas e dos emolumentos previstos nos [arts. 20, 33 e 131 da Lei no 6.815, de 19 de agosto de 1980](#), e no [Decreto-Lei nº 2.236, de 23 de janeiro de 1985](#).

Art. 29. Para os efeitos do [art. 26 da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995](#), os valores percebidos a título de bolsa previstos nesta Lei e na [Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005](#), não caracterizam contraprestação de serviços.

Art. 30. O quantitativo dos integrantes dos projetos e programas de aperfeiçoamento de que trata esta Lei observará os limites dos recursos orçamentários disponíveis.

§ 1º O quantitativo de médicos estrangeiros no Projeto Mais Médicos para o Brasil não poderá exceder o patamar máximo de 10% (dez por cento) do número de médicos brasileiros com inscrição definitiva nos CRMs.

§ 2º O SUS terá o prazo de 5 (cinco) anos para dotar as unidades básicas de saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura, a serem definidas nos planos plurianuais.

§ 3º As despesas decorrentes da execução dos projetos e programas previstos nesta Lei

correrão à conta de dotações orçamentárias destinadas aos Ministérios da Educação, da Defesa e da Saúde, consignadas no orçamento geral da União.

Art. 31. Os Ministros de Estado da Educação e da Saúde poderão editar normas complementares para o cumprimento do disposto nesta Lei.

Art. 32. A Advocacia-Geral da União atuará, nos termos do [art. 22 da Lei nº 9.028, de 12 de abril de 1995](#), na representação judicial e extrajudicial dos profissionais designados para a função de supervisor médico e de tutor acadêmico prevista nos incisos II e III do art. 15.

Art. 33. A Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 2º .....

.....

XI - admissão de professor para suprir demandas excepcionais decorrentes 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, respeitados os limites e as condições fixados em ato conjunto dos Ministros de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão, da Saúde e da Educação.

.....” (NR)

“Art. 4º .....

.....

IV - 3 (três) anos, nos casos das alíneas “h” e “l” do inciso VI e dos incisos VII, VIII e XI do caput do art. 2º desta Lei;

.....

Parágrafo único. ....

.....

V - no caso dos incisos VII e XI do caput do art. 2º, desde que o prazo total não exceda 6 (seis) anos; e

.....” (NR)

Art. 34. O art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 3º, 4º e 5º:

“Art. 1º .....

.....

§ 3º A Residência Médica constitui modalidade de certificação das especialidades médicas no Brasil.

§ 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).

§ 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.” (NR)

Art. 35. As entidades ou as associações médicas que até a data de publicação desta Lei ofertam cursos de especialização não caracterizados como Residência Médica encaminharão as relações de registros de títulos de especialistas para o Ministério da Saúde, para os fins previstos no § 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 1981.

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

Brasília, 22 de outubro de 2013; 192º da Independência e 125º da República.

DILMA ROUSSEFF

*Aloizio Mercadante*

*Alexandre Rocha Santos Padilha*

*Miriam Belchior*

*Luís Inácio Lucena Adams*

ANEXO B – Portaria Interministerial nº 1.369/2013 – MS/MEC

**PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.369,  
DE 8 DE JULHO DE 2013**

Dispõe sobre a implementação do Projeto  
Mais Médicos para o Brasil.

OS MINISTROS DE ESTADO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o inciso III do art. 200 da Constituição Federal, que atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a competência de ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

Considerando o inciso III do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que inclui no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde;

Considerando a Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013, que dispõe sobre o Programa Mais Médicos e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 21 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde, e a articulação interfederativa;

Considerando o Decreto nº 7.385, de 8 de dezembro de 2010, que instituiu o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e dá outras providências;

Considerando a Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC, de 1º de setembro de 2011, que institui o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB);

Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

Considerando a necessidade de garantir atenção à saúde às populações que vivem em áreas de difícil acesso e/ou de populações de maior vulnerabilidade nos Municípios que concentram 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza;

Considerando a dificuldade de alocação de profissionais de saúde em áreas de maior vulnerabilidade econômica ou social e as necessidades das populações que vivem nas capitais e regiões metropolitanas e as necessidades específicas da população indígena; e

Considerando a necessidade da participação e colaboração efetiva do Ministério da Saúde com os Estados, Distrito Federal e Municípios no processo de alocação, provimento e fixação de profissionais de saúde em seus limites territoriais, resolvem:

**CAPÍTULO I  
DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 1º Esta Portaria dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

Art. 2º O Projeto Mais Médicos para o Brasil tem a finalidade de aperfeiçoar médicos na atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), mediante oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e atividades de ensino, pesquisa e extensão, que terá componente assistencial mediante integração ensino-serviço.

Art. 3º O Projeto Mais Médicos para o Brasil tem os seguintes objetivos

específicos:

I - aprimorar a formação médica no Brasil, assegurando maior experiência no campo de prática durante o processo de formação;

II - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, aperfeiçoando o seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

III - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições públicas de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desenvolvidas pelos médicos;

IV - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; e

V - aperfeiçoar médicos nas políticas públicas de saúde do Brasil e na organização e funcionamento do SUS.

Art. 4º Para fins do disposto nesta Portaria, considera-se:

I - médico participante: médico intercambista ou médico formado em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil;

II - médico intercambista: médico formado em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para o exercício da medicina no exterior;

III - regiões prioritárias para o SUS: áreas de difícil acesso, de difícil provimento de médicos ou que possuam populações em situação de maior vulnerabilidade, definidas com base nos critérios estabelecidos pela Portaria nº 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011, e que se enquadrem em pelo menos uma das seguintes condições:

a) ter o Município 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), disponíveis no endereço eletrônico [www.mds.gov.br/sagi](http://www.mds.gov.br/sagi);

b) estar 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;

c) estar situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS), órgão integrante da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde; ou

d) estar em regiões censitárias 4 (quatro) e 5 (cinco) dos Municípios, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

IV - Municípios elegíveis: são aqueles que possuam áreas em uma das situações elencadas no inciso III, podendo participar do Projeto mediante manifestação de interesse e celebração de termo de adesão e compromisso;

V - Municípios participantes: Municípios elegíveis que tiveram aprovados o seu pedido de adesão ao Projeto Mais Médicos para o Brasil e que celebraram os respectivos termos de adesão e compromisso para participação no Projeto;

VI - supervisor: profissional médico responsável pela supervisão profissional contínua e permanente do médico participante;

VII - tutor acadêmico: docente médico responsável pela orientação acadêmica e pelo planejamento das atividades do supervisor;

VIII - termo de adesão e compromisso do médico participante: instrumento jurídico celebrado entre o Ministério da Saúde e o médico contendo as atribuições, responsabilidades, condições e local para desenvolvimento das atividades do Projeto;

IX - termo de adesão e compromisso do Município: instrumento jurídico de cooperação celebrado entre a União, por meio do Ministério da Saúde, e o Município no qual são especificadas as responsabilidades de cada ente para a execução do Projeto;

X - termo de adesão e compromisso das instituições públicas de educação superior brasileiras: instrumento jurídico de cooperação celebrado entre a União, por meio do Ministério da Educação, e as instituições para tutoria e acompanhamento acadêmico do

Projeto; e

XI - região de saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

## CAPÍTULO II

### DA EXECUÇÃO DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

Art. 5º O Projeto Mais Médicos para o Brasil será executado por meio de instrumentos de articulação interfederativa, cooperação com instituições de educação superior, programas de residência médica, escolas de saúde pública e mecanismos de integração ensino-serviço, especialmente com a realização das seguintes ações:

I - aperfeiçoamento na área de atenção básica à saúde em regiões prioritárias para o SUS de médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no Brasil;

II - aperfeiçoamento na área de atenção básica à saúde em regiões prioritárias para o SUS de médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras com habilitação para o exercício da medicina no exterior, por meio de intercâmbio internacional; e

III - aperfeiçoamento na área de atenção básica à saúde em regiões prioritárias para o SUS, de profissionais de saúde formados em instituições de educação superior brasileiras, por meio de intercâmbio internacional.

Art. 6º O Projeto Mais Médicos para o Brasil será executado em cooperação com:

I - órgãos e entidades da administração pública, direta e indireta, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e com consórcios públicos;

II - as instituições de educação superior brasileiras, programas de residência médica, escolas de saúde pública e outras entidades privadas, mediante termo de compromisso; e

III - com instituições de educação superior estrangeiras e organismos internacionais, mediante instrumentos específicos.

Art. 7º Fica constituída a Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, composta por representantes, titular e suplente, dos seguintes órgãos e entidades:

I - 3 (três) representantes do Ministério da Saúde, sendo pelo menos 1 (um) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), que a presidirá; e

II - 3 (três) representantes do Ministério da Educação, sendo pelos menos 1 (um) da Secretaria de Educação Superior (SESu/MEC).

§ 1º Os representantes titulares e suplentes serão designados em ato conjunto dos Ministros de Estado no prazo de 3 (três) dias contado da data de publicação desta Portaria.

§ 2º A Coordenação do Projeto poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades, públicas e privadas, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, para cooperar com a Coordenação.

§ 3º A SGTES/MS fornecerá o apoio administrativo necessário para o desenvolvimento das atividades realizadas no âmbito da Coordenação do Projeto.

Art. 8º Compete à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil:

I - coordenar, monitorar e avaliar as ações pertinentes ao Projeto;

II - promover a permanente articulação entre os órgãos e entidades, públicas e privadas, instituições de educação superior estrangeiras e organismos internacionais participantes das ações integrativas do Projeto;

III - avaliar e aprovar as manifestações de interesse em aderir ao Projeto apresentadas pelos Municípios elegíveis;

IV - recomendar e solicitar aos órgãos e entidades públicas, no âmbito de suas competências, a expedição de atos normativos essenciais ao disciplinamento e operação do

Projeto;

V - deliberar, nos termos desta Portaria, acerca da exclusão de entes federativos, órgãos, entidades, instituições e organismos e desligamento de médicos participantes do Projeto;

VI - expedir atos de comunicação e de expediente;

VII - requerer ao Conselho Regional de Medicina a emissão de registro provisório dos médicos intercambistas;

VIII - subsidiar o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do Programa Mais Médicos;

IX - definir, em conjunto com o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e as instituições públicas de educação superior brasileiras, o módulo de acolhimento e avaliação que será oferecido aos médicos intercambistas no âmbito do Projeto;

X - definir, em conjunto com o UNA-SUS e as instituições públicas de educação superior brasileiras, o curso de especialização em atenção básica à saúde e demais atividades de pesquisa, ensino e extensão que serão oferecidos no âmbito do Projeto e a respectiva metodologia de acompanhamento e avaliação;

XI - definir os Municípios em que os médicos participantes desenvolverão as atividades de ensino, pesquisa e extensão no âmbito do Projeto;

XII - remanejar os médicos participantes para outros Municípios na hipótese de exclusão de Município do Projeto ou, a seu critério, em situações excepcionais devidamente fundamentadas;

XIII - constituir Comissões Estaduais do Projeto Mais Médicos para o Brasil; e

XIV - executar outras medidas necessárias para o cumprimento de suas atribuições.

§ 1º As Comissões Estaduais do Projeto Mais Médicos para o Brasil constituem instâncias de coordenação, orientação e execução das atividades necessárias à execução do Projeto no âmbito da respectiva Unidade da Federação.

§ 2º As funções das Comissões Estaduais do Projeto Mais Médicos para o Brasil poderão ser desempenhadas pelas Comissões de Coordenação Estadual e do Distrito Federal do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) de que trata a Portaria nº 568/GM/MS, de 5 de abril de 2013, sem prejuízo de suas atribuições.

### CAPÍTULO III

#### DAS COMPETÊNCIAS

Art. 9º Compete ao Distrito Federal e aos Estados participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, nos termos de ajuste específico:

I - atuar em cooperação com os entes federativos, instituições de educação superior e organismos internacionais, no âmbito de sua competência, para execução do Projeto;

II - compor as Comissões Estaduais do Projeto; e

III - adotar as providências necessárias para a realização das ações do Projeto no seu âmbito de atuação.

Art. 10. Compete ao Distrito Federal e aos Municípios participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, sem prejuízo de demais responsabilidades a serem definidas em editais específicos e termo de adesão e compromisso:

I - atuar em cooperação com os entes federativos, instituições de educação superior e organismos internacionais, no âmbito de sua competência, para as ações de execução do Projeto;

II - adotar as providências necessárias para a realização das ações previstas no termo de compromisso firmado;

III - inserir os médicos em equipes de atenção básica nas modalidades previstas na

Política Nacional de Atenção Básica, nos termos da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, em regiões prioritárias para o SUS, respeitando-se os critérios de distribuição estabelecidos neste Projeto;

IV - fornecer condições adequadas para o exercício das atividades dos médicos, conforme exigências e especificações da Política Nacional de Atenção Básica, disponíveis no endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>, tais como ambientes adequados com segurança e higiene, fornecimento de equipamentos necessários, instalações sanitárias e mínimas condições de conforto para o desempenho das atividades;

V - inscrever o médico participante do Projeto recebido pelo Município no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e identificá-lo na respectiva equipe de atenção básica em que atuará, nos termos de ato específico do Ministro de Estado da Saúde; e

VI - exercer, em conjunto com o supervisor, o acompanhamento e a fiscalização da execução das atividades de ensino-serviço, inclusive quanto ao cumprimento da carga horária de 40 horas semanais prevista pelo Projeto para os médicos participantes, ressalvadas as especificidades das equipes de saúde da família ribeirinhas e fluviais, e das atribuições previstas na Política Nacional de Atenção Básica, essenciais para a validação e recebimento da bolsa destinada ao médico, por meio de sistema de informação disponibilizado pela Coordenação do Projeto.

Art. 11. A participação dos Municípios e do Distrito Federal na execução do Projeto será formalizada com a celebração de termo de adesão e compromisso, nos termos de edital a ser publicado pela Coordenação do Projeto, que deverá conter, no mínimo, as seguintes cláusulas:

I - não substituir os médicos que já compõem as equipes de atenção básica pelos participantes deste Projeto;

II - manter, durante a execução do Projeto, as equipes de atenção básica atualmente constituídas com profissionais médicos não participantes do Projeto;

III - oferecer moradia para o médico participante do Projeto, conforme critérios estabelecidos no edital;

IV - garantir alimentação adequada e fornecimento de água potável; e

V - compromisso de adesão ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), do Ministério da Saúde, em caso de infraestrutura inadequada para a execução das ações do Projeto.

Art. 12. Compete às instituições públicas de educação superior brasileiras, escolas de saúde pública e outras entidades privadas participantes do Projeto:

I - atuar em cooperação com os entes federativos, instituições de educação superior e organismos internacionais, no âmbito de sua competência, para execução do Projeto;

II - monitorar e acompanhar as atividades executadas pelos médicos participantes, supervisores e tutores acadêmicos no âmbito do Projeto;

III - coordenar o desenvolvimento acadêmico do Projeto;

IV - indicar os tutores acadêmicos do Projeto;

V - realizar a seleção dos supervisores do Projeto;

VI - ofertar os módulos de acolhimento e avaliação aos médicos intercambistas;

VII - ofertar curso de especialização e atividades de pesquisa, ensino e extensão aos médicos participantes, que terá componente assistencial mediante integração ensino-serviço; e

VIII - executar outras medidas necessárias para a execução do Projeto.

Art. 13. A participação das instituições públicas de educação superior brasileiras na execução do Projeto será formalizada mediante termo de adesão, na forma definida em

edital a ser publicado pelo Ministério da Educação.

Art. 14. Os tutores acadêmicos serão indicados pelas instituições públicas de educação superior brasileiras para atuar nas ações de aperfeiçoamento do Projeto e terão, no mínimo, as seguintes atribuições:

I - coordenar as atividades acadêmicas da integração ensino-serviço, atuando em cooperação com os supervisores e os gestores do SUS;

II - indicar, em plano de trabalho, as atividades a serem executadas pelos médicos participantes e supervisores e a metodologia de acompanhamento e avaliação;

III - monitorar o processo de acompanhamento e avaliação a ser executado pelos supervisores, garantindo sua continuidade;

IV - integrar as atividades do curso de especialização às atividades de integração ensino-serviço;

V - relatar à instituição pública de ensino superior à qual está vinculado a ocorrência de situações nas quais seja necessária a adoção de providências pela instituição; e

VI - apresentar relatórios periódicos da execução de suas atividades no Projeto à instituição pública de ensino superior à qual está vinculado e à Coordenação do Projeto.

Parágrafo único. A Coordenação do Projeto poderá definir outras atribuições para os tutores acadêmicos além das previstas neste artigo.

Art. 15. Os supervisores serão selecionados pelas instituições públicas de educação superior brasileiras, escolas de saúde pública e outras entidades privadas para atuar nas ações de aperfeiçoamento do Projeto e terão, no mínimo, as seguintes atribuições:

I - realizar visita periódica para acompanhar atividades dos médicos participantes;

II - estar disponível para os médicos participantes, por meio de telefone e "internet";

III - aplicar instrumentos de avaliação; e

IV - exercer, em conjunto com o gestor do SUS, o acompanhamento e a avaliação da execução das atividades de ensino-serviço, inclusive quanto ao cumprimento da carga horária de 40 (quarenta) horas semanais prevista pelo Projeto para os médicos participantes, essenciais para o recebimento da bolsa destinada ao médico, por meio de sistema de informação disponibilizado pela Coordenação do Projeto.

Parágrafo único. A Coordenação do Projeto poderá definir outras atribuições para os supervisores além das previstas neste artigo.

#### CAPÍTULO IV

##### DO MÓDULO DE ACOLHIMENTO E AVALIAÇÃO DE MÉDICOS INTERCAMBISTAS

Art. 16. O Módulo de Acolhimento e Avaliação dos médicos intercambistas será executado na modalidade presencial, com carga horária mínima de 120 (cento e vinte) horas, e contemplará conteúdo relacionado à legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, funcionamento e atribuições do SUS, notadamente da atenção básica em saúde, e Língua Portuguesa.

§ 1º A formulação do Módulo de Acolhimento e Avaliação dos médicos intercambistas é de responsabilidade compartilhada entre os Ministérios da Educação e da Saúde.

§ 2º Será aplicada avaliação para certificar que os médicos intercambistas possuam conhecimentos em língua portuguesa em situações cotidianas da prática médica no Brasil durante a execução do Módulo de que trata o "caput".

#### CAPÍTULO V

##### DO APERFEIÇOAMENTO DE MÉDICOS FORMADOS EM INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR BRASILEIRAS E ESTRANGEIRAS

Art. 17. O Projeto realizará, no âmbito da política de educação permanente e do Programa Mais Médicos, o aperfeiçoamento de médicos através de mecanismos de integração

ensino-serviço.

§ 1º Aos médicos participantes do Projeto será garantida aperfeiçoamento em atenção básica à saúde que contemplará curso de especialização e atividades de ensino, pesquisa e extensão, que terá componente assistencial mediante integração ensino-serviço.

§ 2º O Projeto será oferecido:

I - aos médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País; e

II - aos médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras com habilitação para o exercício da medicina no exterior, por meio de intercâmbio médico internacional.

Art. 18. A seleção dos médicos para o Projeto será realizada por meio de chamamento público, conforme edital a ser publicado pela SGTES/MS, ou mediante celebração de instrumentos de cooperação com instituições de educação superior estrangeiras e organismos internacionais.

§ 1º A seleção e ocupação das vagas ofertadas no âmbito do Projeto observará a seguinte ordem de prioridade:

I - médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País;

II - médicos brasileiros formados em instituições de educação superior estrangeiras com habilitação para exercício da medicina no exterior; e

III - médicos estrangeiros com habilitação para exercício de medicina no exterior.

§ 2º Na hipótese de vagas não preenchidas e em caso de vagas abertas por desistência ou desligamento dos médicos selecionados por meio de chamamento público, a ocupação das vagas remanescentes poderá ser realizada por médicos selecionados por meio de cooperação com instituições de educação superior estrangeiras e organismos internacionais.

§ 3º A seleção dos médicos, quando realizada mediante celebração de instrumentos de cooperação com instituições de ensino superior estrangeiras e organismos internacionais, também deverá atender a todos os requisitos estabelecidos na Medida Provisória nº 621, de 2013, e nesta Portaria.

Art. 19. Constituem-se requisitos para ingresso no Projeto Mais Médicos para o Brasil:

I - para o médico formado em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil, comprovação da habilitação para o exercício da medicina em território nacional;

II - para os médicos intercambistas, o atendimento das seguintes condições:

a) apresentação de diploma expedido por instituição de educação superior estrangeira;

b) apresentação de documento que comprove a habilitação para o exercício da medicina no exterior;

c) ser habilitado para o exercício da medicina em país que apresente relação estatística médico/habitante igual ou superior a 1,8/1000 (um inteiro e oito décimos por mil), conforme Estatística Mundial de Saúde da Organização Mundial da Saúde; e

d) comprovação de conhecimentos de língua portuguesa.

§ 1º O candidato deverá entregar os documentos referidos nas alíneas "a" e "b" do inciso II do "caput" legalizados e acompanhados de tradução simples, até a data definida pela Coordenação do Projeto.

§ 2º Após a inscrição no processo seletivo do Projeto, o candidato deverá apresentar, na representação consular, o original e a cópia dos documentos previstos nas alíneas "a" e "b" do inciso II do "caput".

§ 3º O cumprimento do disposto na alínea "d" do inciso II do "caput" será exigido

em 2 (duas) etapas, sendo:

I - a primeira etapa, mediante declaração apresentada no ato de inscrição no Projeto pelo médico interessado de que possui conhecimento mínimo da língua portuguesa; e

II - a segunda etapa, após aprovação no módulo de acolhimento e avaliação a que se refere o Capítulo IV.

§ 4º A exigência prevista na alínea "c" do inciso II do "caput" tem por finalidade garantir o não agravamento do "déficit" de profissionais médicos em determinados países para atender recomendações do Código Global de Práticas para Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde da Organização Mundial da Saúde.

Art. 20. As ações de aperfeiçoamento para os médicos participantes do Projeto são constituídas por curso de especialização, que será oferecido por instituições de educação superior brasileiras vinculadas ao UNA-SUS, e por atividades de ensino, pesquisa e extensão, que terá componente assistencial mediante integração ensino-serviço.

Parágrafo único. A prorrogação da participação no Projeto, nos termos do § 1º do art. 8º da Medida Provisória nº 621, de 2013, exigirá do médico participante a manutenção do cumprimento de todos os requisitos do Projeto e a aprovação no curso de especialização finalizado, além da realização de:

I - novas atividades de ensino, pesquisa e extensão em regiões prioritárias para o SUS; e

II - novo curso de aperfeiçoamento em outras modalidades de formação, oferecido por instituições de educação superior brasileiras vinculadas ao UNA-SUS.

Art. 21. As ações de aperfeiçoamento dos médicos participantes serão realizadas com carga horária semanal de 40 (quarenta) horas no curso de especialização e nas atividades que envolverão ensino, pesquisa e extensão, com componente assistencial na modalidade integração ensino-serviço nas unidades básicas de saúde no Município e no Distrito Federal.

Parágrafo único. Para execução das atividades de ensino, pesquisa e extensão no âmbito do Projeto, será assegurado aos médicos participantes acesso a inscrição em serviços de Telessaúde.

## CAPÍTULO VI

### DOS DIREITOS E DEVERES DOS MÉDICOS

Art. 22. Para a execução das ações de aperfeiçoamento no âmbito do Projeto, será concedida aos médicos integrantes do Projeto bolsas nas seguintes modalidades:

I - bolsa-formação;

II - bolsa-supervisão; e

III - bolsa-tutoria.

§ 1º Ao médico participante será concedida bolsa-formação com valor mensal de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), que poderá ser paga pelo prazo máximo de 36 (trinta e seis) meses, prorrogáveis apenas na hipótese prevista no § 1º do art. 8º da Medida Provisória nº 621, de 2013.

§ 2º Ao supervisor e ao tutor acadêmico integrantes do Projeto serão concedidas, respectivamente, bolsa-supervisão no valor mensal de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) e bolsa-tutoria no valor mensal de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), que serão pagas durante o prazo de vinculação ao Projeto.

§ 3º Além do disposto no § 1º, o Ministério da Saúde:

I - concederá ajuda de custo destinada a compensar as despesas de instalação do médico participante, que não poderá exceder a importância correspondente ao valor de três bolsas-formação; e

II - poderá custear despesas com deslocamento dos médicos e seus dependentes legais, na forma de ato conjunto dos Ministérios do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Saúde.

§ 4º O valor da ajuda de custo de que trata o § 3º observará a localização dos Municípios participantes do Projeto, divididos nas seguintes faixas:

I - Faixa 1 - Municípios situados na região da Amazônia Legal, em região de fronteira e áreas indígenas: concessão de ajuda de custo no valor de 3 (três) bolsas ao médico participante;

II - Faixa 2 - Municípios situados na Região Nordeste, na Região Centro-Oeste e na região do Vale do Jequitinhonha-MG: concessão de ajuda de custo no valor de 2 (duas) bolsas ao médico participante; e

III - Faixa 3 - Capitais, regiões metropolitanas, Distrito Federal e Municípios não contemplados nos incisos I e II deste parágrafo: concessão de ajuda de custo no valor de 1 (uma) bolsa ao médico participante.

§ 5º As ajudas de custo previstas nos incisos I e II do § 4º serão pagas em 2 (duas) parcelas, sendo que:

I - a primeira será paga no primeiro mês de participação no Projeto e corresponderá a 70% do valor total; e

II - a segunda será paga no sexto mês de participação no Projeto e corresponderá a 30% do valor total.

§ 6º A ajuda de custo prevista no inciso III do § 4º será paga em parcela única no primeiro mês de participação no Projeto.

§ 7º O valor de cada bolsa referida no § 4º corresponde ao valor de 1 (uma) bolsa-formação.

§ 8º Na hipótese de desligamento voluntário do Projeto em prazo inferior a 180 (cento e oitenta) dias, poderá ser exigida do médico participante a restituição dos valores recebidos a título de ajuda de custo e passagens aéreas, acrescidos de atualização monetária.

§ 9º Ficam assegurados ao médico participante do Projeto, sem prejuízo da percepção da bolsa-formação, 30 (trinta) dias de recesso por ano de participação no Projeto.

Art. 23. Nos casos em que o médico participante, por motivo alheio à sua vontade, não puder cumprir com todas as obrigações decorrentes de sua participação no Projeto, a Coordenação do Projeto o afastará enquanto perdurar o fato impeditivo.

§ 1º O afastamento de que trata o "caput" implicará o não pagamento da bolsa de que trata o art. 22.

§ 2º Cessado o fato impeditivo de que trata o "caput", a Coordenação do Projeto avaliará a situação do médico afastado e, em decisão fundamentada e irreversível, decidirá sobre a sua reintegração ou não ao Projeto.

§ 3º Caso haja indícios de que o médico deu causa ou concorreu para o fato impeditivo de que trata o "caput", a Coordenação do Projeto instaurará procedimento de apuração, garantindo-se o contraditório e a ampla defesa, e decidirá sobre a eventual aplicação das medidas administrativas correspondentes.

Art. 24. São deveres dos médicos participantes do Projeto, além de outros estabelecidos nas regras definidas para o Projeto, em editais e termos de adesão e compromisso:

I - exercer com zelo e dedicação as ações de capacitação;

II - observar as leis vigentes, bem como normas regulamentares;

III - cumprir as instruções dos supervisores e orientações e regras definidas pela Coordenação do Projeto;

IV - observar as orientações dos tutores acadêmicos;

V - atender com presteza e urbanidade o usuário do SUS;

VI - zelar pela economia do material e a conservação do patrimônio público;

VII - cumprir a carga horária fixada para as atividades do Projeto, conforme definido pelos supervisores e pelo Município;

VIII - tratar com urbanidade os demais profissionais da área da saúde e administrativos, supervisores, tutores e colaboradores do Projeto; e

IX - levar ao conhecimento do supervisor e/ou da Coordenação Estadual do Projeto dúvidas quanto às atividades de ensino-serviço, bem como as irregularidades de que tiver ciência em razão dessas atividades.

Art. 25. É vedado ao médico participante do Projeto:

I - ausentar-se das atividades a serem realizadas durante as ações de aperfeiçoamento sem prévia autorização do Município ou do supervisor;

II - retirar, sem prévia anuência do Município ou do supervisor, qualquer documento ou objeto do local de realização das ações de aperfeiçoamento;

III - opor resistência injustificada à realização das ações de aperfeiçoamento que envolvam atendimento ao usuário do SUS;

IV - para os médicos intercambistas, exercer a medicina fora das ações de aperfeiçoamento desenvolvidas no âmbito do Projeto;

V - receber valores ou vantagens de qualquer espécie, em razão de suas atividades no Projeto, diversas daquelas previstas para o Projeto; e

VI - recusar-se a atualizar seus dados cadastrais quando solicitado pelos supervisores, tutores acadêmicos ou Coordenação do Projeto.

Art. 26. O descumprimento das condições, atribuições, deveres e incursão nas vedações previstas no Projeto sujeitará o médico participante às seguintes penalidades, aplicáveis isoladas ou cumulativamente:

I - advertência;

II - suspensão; e

III - desligamento do Projeto, com cancelamento do registro provisório expedido pelo Conselho Regional de Medicina (CRM) e do registro de estrangeiro.

§ 1º Na hipótese dos incisos I e II do "caput", poderá ser realizado desconto do valor recebido a título de bolsa, acrescido de atualização monetária.

§ 2º Na hipótese do inciso II do "caput", deverá ser suspenso o pagamento da bolsa pelo período de duração da penalidade aplicada.

§ 3º Na hipótese do inciso III do "caput", poderá ser exigida a restituição dos valores recebidos a título de bolsa, ajuda de custo e passagens aéreas, acrescidos de atualização monetária.

§ 4º Na aplicação das penalidades previstas neste artigo serão consideradas a natureza e a gravidade da infração cometida.

§ 5º Para fins do disposto no inciso III do "caput", a Coordenação do Projeto comunicará o desligamento ao respectivo Conselho Regional de Medicina e ao Ministério da Justiça.

Art. 27. A penalidade de advertência será aplicada, de ofício ou mediante provocação, diretamente pela Coordenação Estadual do Projeto sobre o médico participante, assegurado o direito ao contraditório e à ampla defesa, nas seguintes hipóteses:

I - nos casos de inobservância a qualquer dos deveres previstos no art. 24; e

II - nos casos das ações dispostas nos incisos I, II, III e VI do art. 25, podendo ser cumulada com outras penalidades mais gravosas.

Parágrafo único. A instauração de procedimentos de apuração de irregularidades previstas neste artigo deverá ser comunicada à Coordenação do Projeto no prazo máximo de 30 (trinta) dias contado da data de sua conclusão para fins de registro no histórico do médico.

Art. 28. As penalidades previstas nos incisos II e III do art. 26 serão aplicadas, de ofício ou mediante provocação, pela Coordenação do Projeto, assegurado o direito ao contraditório e à ampla defesa, sendo obrigatória a apresentação pelo supervisor de relatório, documentos e manifestação quanto à conduta imputada ao médico participante para fins de

decisão acerca de eventual aplicação de penalidade.

§ 1º A repetição de qualquer das práticas sujeitas à penalidade de advertência, na forma do art. 27, poderá ensejar a aplicação de penalidade mais gravosa.

§ 2º A inobservância do disposto nos incisos IV e V do art. 25 sujeitará os médicos infratores à penalidade de suspensão.

§ 3º A depender da gravidade da infração, a inobservância do disposto nos incisos IV e V do art. 25 poderá sujeitar os médicos infratores diretamente à penalidade de desligamento.

§ 4º A repetição de qualquer das práticas sujeitas à penalidade de suspensão poderá ensejar a aplicação da penalidade de desligamento.

§ 5º Além dos casos previstos no art. 27 e nos §§ 2º e 3º deste artigo, outras infrações ao disposto na Medida Provisória nº 621, de 2013, nesta Portaria e no termo de adesão e compromisso também estarão sujeitas à aplicação das penalidades de que trata o art. 26.

§ 6º O supervisor deverá comunicar imediatamente à Coordenação do Projeto a prática de qualquer infração previsto no § 5º.

§ 7º A instauração de procedimentos de apuração de irregularidades praticadas pelos médicos participantes deverá ser comunicada à Coordenação do Projeto no prazo máximo de 30 (trinta) dias contado da data de sua conclusão para fins de registro no histórico do médico.

Art. 29. O desconto no valor recebido a título de bolsa de que trata o § 1º do art. 26 será aplicada nas seguintes hipóteses:

I - cumulativamente com a aplicação da penalidade de advertência, no caso do inciso I do art. 25; e

II - na hipótese do § 3º do art. 23, a depender da gravidade do caso.

Art. 30. A restituição de valores recebidos a título de bolsa de que trata o § 3º do art. 26 será aplicada nas seguintes hipóteses:

I - no caso do inciso IV do art. 25, sem prejuízo da aplicação da penalidade de desligamento do Projeto; e

II - na hipótese do § 3º do art. 23, a depender da gravidade do caso.

Art. 31. Aos médicos que cumprirem integralmente as regras do Projeto e obtiverem aprovação nas avaliações periódicas por parte dos supervisores e tutores acadêmicos, será concedido certificado de conclusão a cargo da Coordenação do Projeto.

Art. 32. As equipes de atenção básica nas modalidades previstas na Política Nacional de Atenção Básica e compatíveis com carga horária prevista no Projeto, constituídas com médicos participantes do Projeto, deverão estar devidamente cadastradas no SCNES, observando-se as regras definidas em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Parágrafo único. Para as equipes de que trata o "caput" cadastradas no SCNES, o Município poderá fazer jus a incentivo financeiro conforme regras e valores específicos a serem definidos em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

## CAPÍTULO VII

### DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 33. As atividades desempenhadas no âmbito do Projeto não criam vínculo empregatício de qualquer natureza.

Art. 34. O médico intercambista estrangeiro inscrito no Projeto fará jus ao visto temporário de aperfeiçoamento médico pelo prazo até três anos, prorrogável por igual período em razão do disposto no § 1º do art. 8º da Medida Provisória nº 621, de 2013, mediante declaração da Coordenação do Projeto.

§ 1º O Ministério das Relações Exteriores poderá conceder o visto temporário de que trata o "caput", a título de reunião familiar, aos dependentes legais do médico

intercambista estrangeiro, incluindo companheiro ou companheira, pelo prazo de validade do visto do titular.

§ 2º Os dependentes legais do médico intercambista estrangeiro poderão exercer atividades remuneradas, com emissão de Carteira de Trabalho e Previdência Social pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

§ 3º É vedada a transformação do visto temporário previsto neste artigo em permanente.

§ 4º Aplicam-se os arts. 30, 31 e 33 da Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, ao disposto neste artigo.

Art. 35. O médico participante enquadra-se como segurado obrigatório do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), na condição de contribuinte individual, na forma da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

Parágrafo único. Ficam ressalvados da obrigatoriedade de que trata o "caput" os médicos intercambistas:

I - selecionados por meio de instrumentos de cooperação com organismos internacionais que prevejam cobertura securitária específica; ou

II - filiados a regime de seguridade social no seu país de origem, que mantenha acordo internacional de seguridade social com a República Federativa do Brasil.

Art. 36. A execução das atividades de que trata esta Portaria serão custeadas com:

I - dotações orçamentárias consignadas ao Ministério da Saúde, devendo onerar a Funcional Programática 10.128.2015.20YD.0001 - Educação e Formação em Saúde; e

II - dotações orçamentárias consignadas ao Ministério da Educação, devendo onerar a Funcional Programática 12.364.2032.4005.0001 - Apoio à Residência Saúde.

Art. 37. Compete ao Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde a celebração dos termos de adesão e compromisso a serem firmados com Distrito Federal, Municípios e médicos participantes do Projeto.

Art. 38. Compete ao Secretário de Educação Superior do Ministério da Educação a celebração dos termos de adesão e compromisso a serem firmados com as instituições de educação superior, programas de residência médica e escolas de saúde pública participantes do Projeto.

Art. 39. Equipara-se a Município participante, para fins desta Portaria, o Distrito Estadual de Fernando de Noronha, do Estado de Pernambuco.

Art. 40. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA  
Ministro de Estado da Saúde

ALOIZIO MERCADANTE OLIVA  
Ministro de Estado da Educação

## ANEXO C – Terceiro Termo de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação Técnica BRASIL/OPAS

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA SAÚDE

**TERCEIRO TERMO DE AJUSTE AO 80º TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES VINCULADAS AO PROJETO "AMPLIAÇÃO DO ACESSO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA À ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE", QUE ENTRE SI CELEBRAM O MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNDO NACIONAL DE SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.**

O **MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNDO NACIONAL DE SAÚDE**, doravante denominado **MINISTÉRIO**, inscrito no CNPJ nº. 00.530.493/0001-71, neste ato representado pelo Ministro de Estado da Saúde, ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA, nomeado pelo Decreto de 01.01.2011, publicado no Diário Oficial da União de 01.01.2011, inscrito no CPI/MF sob o nº 131.926.798-08 e a Secretária Executiva, MÁRCIA APARECIDA DO AMARAL, nomeada pelo Decreto de 01.01.2011, publicado no DOU de 01.01.2011, Edição Extra, com domicílio especial na Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Brasília/DF, portadora do RG nº. 5.069.503-4, expedido pela SSP/SP, e inscrita no CPF nº. 007.980.138-26, e a **ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE**, doravante **OPAS/OMS**, inscrita no CNPJ nº. 04.096.431/0001 54, neste ato representado pelo seu Representante no Brasil, Dr. Joaquín Felipe Molina Leza, com domicílio especial no Setor de Embaixadas Norte, lote 19, Brasília/DF, portador do RG nº. FI 21678-00, emitido pelo MRE, e inscrito no CPF nº. 702.767.611-70, conforme delegação de sua Diretora, Dra. Carissa F. Etienne, e considerando a importância de ser dada continuidade às ações conjuntas que vêm sendo desenvolvidas por meio do Ajuste Complementar ao Acordo Básico, firmado entre o Governo da República Federativa do Brasil e a Repartição Sanitária Pan-Americana para funcionamento do Escritório de Área da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil, celebrado em 16.03.2000, a ser executado e cumprido conforme Decreto nº. 3.594, de 08.09.2000, publicado no DOU de 09.09.2000, RESOLVEM firmar o 3º Termo de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação Técnica para a implementação do Projeto "**AMPLIAÇÃO DO ACESSO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA À ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**" e das atividades selecionadas na Proposta de Cooperação Técnica da Representação da OPAS/OMS no Brasil, celebrado entre as partes, que servirá de base legal suficiente para a celebração e interpretação deste Termo, processado sob o nº. 25000.223376/2012-63, no que é aplicável ao **MINISTÉRIO**, mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO**

O presente Termo tem por objeto a inserção de metas e recursos para garantir a Cooperação Técnica entre o **MINISTÉRIO** e a **ORGANIZAÇÃO** no marco do 80º Termo de Cooperação Técnica para o desenvolvimento do "**PROJETO DE AMPLIAÇÃO DO ACESSO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA À ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**", doravante denominado **PROJETO**, em virtude do mandato dos Estados Membros da OPAS/OMS de promover a Cooperação Técnica Internacional entre Países/Cooperação Sul-Sul, e assim viabilizar o "**PROGRAMA DE COOPERAÇÃO TÉCNICA DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE PARA A PARTICIPAÇÃO DE MÉDICOS CUBANOS NO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL**", doravante denominado **PROGRAMA**.

**CLAUSULA SEGUNDA: DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES**

Para o desenvolvimento das atividades do **PROGRAMA**:

I – Compete ao **MINISTÉRIO**, em conformidade com suas políticas, normas e regulamentos:



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA SAÚDE**

- a) Elaborar, conjuntamente com **OPAS/OMS**, e implementar uma estratégia de comunicação do **PROGRAMA**.
- b) Definir, conjuntamente com a **OPAS/OMS**, a Equipe de Gestão, Coordenação e Implementação do **PROGRAMA** que atuará na cooperação técnica junto à **OPAS/OMS**.
- c) Apoiar, em coordenação com a **OPAS/OMS**, todas as etapas do **PROGRAMA**.
- d) Convidar, quando oportuno, a **OPAS/OMS** a participar das instâncias da "Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil".
- e) Comunicar à **OPAS/OMS** o perfil do Médico Participante e a documentação necessária para sua participação no **PROGRAMA**.
- f) Garantir, conjuntamente com a **OPAS/OMS**, a logística necessária para capacitação dos Médicos Participantes no **PROGRAMA**, dando ciência à **OPAS/OMS** das diretrizes e etapas do acompanhamento técnico feito pelas instituições públicas de educação superior.
- g) Elaborar e implementar o plano de distribuição no território brasileiro dos Médicos Participantes no **PROGRAMA**.
- h) Garantir a emissão oportuna dos documentos migratórios, abertura de conta corrente de titularidade dos Médicos Participantes no **PROGRAMA**, Cadastro de Pessoa Física (CPF), registro provisório no respectivo Conselho Regional de Medicina (CRM) e demais documentos necessários para a permanência no território nacional durante toda sua participação no **PROGRAMA**.
- i) Garantir, aos Médicos Participantes, a oferta e a realização de curso de especialização por Instituição Pública de Educação Superior, pelo prazo de até 3 anos, prorrogável por igual período, que envolverá atividades de ensino, pesquisa e extensão, que terá componente assistencial mediante integração ensino-serviço.
- j) Garantir o transporte dos Médicos Participantes no **PROGRAMA** dentro do território nacional.
- k) Garantir aos Médicos Participantes no **PROGRAMA** a atenção à saúde, segurança e, em casos de repatriação de corpo, o apoio necessário referente à documentação obrigatória.
- l) Remanejar o Médico Participante no **PROGRAMA**, nos casos em que Municípios Participantes não garantam alojamento e alimentação adequados, nos termos definidos pela Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, para municípios que os garantam.
- m) Garantir ao Médico Participante, nos termos disciplinados pela Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, sem prejuízo do pagamento da bolsa, 30 (trinta) dias de recesso por ano de participação no **PROGRAMA**.
- n) Elaborar, conjuntamente com a **OPAS/OMS**, Planos de Ação semestrais do **PROGRAMA** com a projeção de recursos necessários para seu financiamento.
- o) Realizar, com base nos Planos de Ação do **PROGRAMA**, o repasse semestral antecipado à **OPAS/OMS** dos recursos referentes:
  - i) ao financiamento da cooperação técnica prestada pela **OPAS/OMS**, incluída a cooperação por meio de consultores e Assessores em Atenção Básica em Saúde;
  - ii) ao financiamento das bolsas dos Médicos Participantes, incluídas as ajudas de custo de instalação, segundo definidos pela Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, assim como o transporte internacional dos Médicos Participantes (incluído o transporte por recesso) e o seguro de vida com repatriação por morte.
- p) Assegurar, com base nos Planos de Ação semestrais do **PROGRAMA**, o financiamento das ações previstas para o trimestre seguinte.
- q) Realizar, conjuntamente com a **OPAS/OMS**, o monitoramento técnico mensal do **PROGRAMA** de acordo com os Planos de Ação.
- r) Elaborar, conjuntamente com a **OPAS/OMS**, os relatórios de gestão semestrais.
- s) Divulgar, conjuntamente com a **OPAS/OMS**, os resultados e o impacto do **PROGRAMA** e registrar as boas práticas da cooperação técnica internacional em saúde.
- t) Apoiar, conjuntamente com a **OPAS/OMS**, a sistematização, a disseminação

*Luiz* 2



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA SAÚDE**

de conhecimento e o compartilhamento de experiências em acesso a atenção básica em saúde, de modos de atuação e de valores do Sistema Único de Saúde no contexto da cooperação entre países e da cooperação sul-sul.

- II - Compete à **ORGANIZAÇÃO**, em conformidade com suas políticas, normas e regulamentos, sujeita à disponibilidade de recursos a serem transferidos por meio do presente Termo de Ajuste:
- a) Elaborar, conjuntamente com o **MINISTÉRIO**, uma estratégia de comunicação do **PROGRAMA**.
  - b) Estabelecer a Equipe de Gestão, Coordenação e Implementação do **PROGRAMA** nas dependências da **OPAS/OMS**, que atuará na cooperação técnica da **OPAS/OMS**, com a participação do **MINISTÉRIO**.
  - c) Conformar um conjunto de Assessores em Atenção Básica em Saúde que acompanharão o **PROGRAMA** nos níveis nacional e estadual, que facilitarão a interlocução com os Médicos Participantes.
  - d) Apoiar todas as etapas do **PROGRAMA**, em coordenação com o **MINISTÉRIO**.
  - e) Acompanhar e apoiar o avanço dos resultados esperados, dos indicadores e da execução das atividades do **PROGRAMA** e sua contribuição ao Plano Nacional de Saúde brasileiro e do Plano Estratégico da **OPAS/OMS**.
  - f) Elaborar, conjuntamente com o **MINISTÉRIO**, a sistematização, a disseminação de conhecimento e o compartilhamento de experiências em acesso a atenção básica, de modos de atuação e de valores do Sistema Único de Saúde no contexto da cooperação entre países e da cooperação sul-sul.
  - g) Elaborar, conjuntamente com o **MINISTÉRIO**, cursos e seminários, destinados ao intercâmbio de experiências entre os Médicos Participantes no **PROGRAMA** e demais profissionais da área de saúde no âmbito do "Projeto Mais Médicos para o Brasil".
  - h) Avaliar a seleção dos médicos aptos à participação no **PROGRAMA** nos termos definidos pela Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, devendo-se apresentar os seguintes documentos acompanhados de tradução simples para a língua portuguesa:
    - i) Diploma expedido por instituição de educação superior estrangeira;
    - ii) Habilitação para o exercício da medicina em país que possua relação estatística médico-habitante com índice igual ou superior a 1,8/1.000 (um inteiro e oito décimos por mil), conforme Estatística Mundial de Saúde da Organização Mundial da Saúde, a ser verificado pelo **MINISTÉRIO**;
    - iii) Declaração de situação regular emitida por órgão competente do país em que esteja habilitado para o exercício da medicina a ser conferido pelo Ministério das Relações Exteriores;
    - iv) Declaração de conhecimentos de língua portuguesa, nos termos definidos pela Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil;
    - v) Declaração de situação regular perante autoridade competente na esfera criminal do país em que está habilitado o Médico Participante para o exercício da medicina no exterior (Declaração de nada consta criminal).
  - i) Encaminhar ao **MINISTÉRIO** planilha preenchida com dados para encaminhamentos relacionados a CPF, conta e emissão de visto de todos os médicos selecionados para participar no **PROGRAMA**.
  - j) Comprovar o recolhimento referente à cobertura securitária e seguridade social dos Médicos Participantes.
  - k) Contratar o seguro de vida para os Médicos Participantes.
  - l) Prestar cooperação técnica em apoio às capacitações dos Médicos Participantes, por meio de profissionais, disponibilização de materiais e conteúdo técnico, entre outros.
  - m) Elaborar, conjuntamente com o **MINISTÉRIO**, Planos de Ação semestrais do **PROGRAMA** com a projeção de recursos necessários para seu financiamento;
  - n) Processar as ações administrativas necessárias para a execução dos Planos de Ação semestrais.

*Carla*



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA SAÚDE**

- o) Realizar, conjuntamente com o **MINISTÉRIO**, o monitoramento mensal da execução dos Planos de Ação semestrais do **PROGRAMA**.
- p) Elaborar os relatórios técnico/financeiros semestrais do presente Termo de Ajuste.
- q) Elaborar a linha de base e definir metodologia de análise de impacto do **PROGRAMA** utilizando os sistemas de informação oficiais brasileiros.
- r) Realizar uma avaliação anual do **PROGRAMA** conjuntamente com o **MINISTÉRIO** e os Assessores em Atenção Básica da Saúde que acompanharão o **PROGRAMA**.
- s) Elaborar e divulgar, conjuntamente com o **MINISTÉRIO**, os resultados e o impacto do **PROGRAMA** e registrar as boas práticas da cooperação internacional em saúde.

**CLÁUSULA TERCEIRA: DOS RECURSOS**

Para o Plano de Trabalho aprovado, que passa a fazer parte integrante deste instrumento, independentemente de transcrição, o **MINISTÉRIO** apropriará para transferir à **ORGANIZAÇÃO**, no corrente exercício, a quantia de R\$510.957.307,00 (Quinhentos e dez milhões, novecentos e cinquenta e sete mil, trezentos e sete reais), na forma a seguir descrita:

- Funcional Programática: 10.128.2015.20YD.0001
- Natureza de Despesas: 338041
- Fonte de Recurso: 6151000000
- Nota de Empenho: 128/2013

**SUBCLÁUSULA ÚNICA:** Do total dos recursos de que trata esta Cláusula, R\$ 24.331.301,00 (vinte e quatro milhões, trezentos e trinta e um mil, trezentos e um real) correspondentes a 5% (cinco por cento) do montante líquido previsto neste Termo, referem-se ao reembolso de custos indiretos decorrentes da cooperação técnica a ser fornecida pela **ORGANIZAÇÃO**, conforme estabelecido na Subcláusula Única da Cláusula Sétima do Termo de Cooperação a que está vinculado a este Termo.

**CLÁUSULA QUARTA: DA APLICAÇÃO DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA AOS MÉDICOS PARTICIPANTES**

As Partes acordam que os Médicos Participantes no **PROGRAMA** estão submetidos à legislação brasileira no que se refere às suas responsabilidades civis e penais.

**CLÁUSULA QUINTA: DA VIGÊNCIA E DAS ALTERAÇÕES**

Este Termo terá vigência a contar de sua assinatura por três anos, prorrogável, de comum acordo, limitada à vigência do Termo de Cooperação Técnica a que está vinculado.

**SUBCLÁUSULA ÚNICA:** Este Termo poderá, a qualquer tempo e de comum acordo, ser alterado mediante assinatura de Termo de Rerratificação, devendo ser devidamente justificado, desde que não modifique a substância do seu objeto.

**CLÁUSULA SEXTA: DA RESCISÃO E DENÚNCIA**

O presente Termo poderá ser rescindido consoante estabelecido na Cláusula Décima Segunda do Termo de Cooperação Técnica a que é vinculado, bem como por fato superveniente ocorrido em acordos, convênios, termos e ajustes celebrados entre a **ORGANIZAÇÃO** e os Estados Membros, que o torne formal ou materialmente inexecutável o seu cumprimento, pela **ORGANIZAÇÃO**, mediante notificação escrita ao **MINISTÉRIO**, observada a prestação de contas dos recursos financeiros já transferidos e o reconhecimento de saldo não utilizado, assim como o cumprimento dos compromissos já contraídos e a saída

*Carla* 4



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA SAÚDE**

do país dos participantes no **PROGRAMA**, conforme necessário.

**CLÁUSULA SÉTIMA: ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADES DA OPAS/OMS E SUA PROTEÇÃO**

O Governo terá a seu cargo a tramitação de todas as reclamações que possam vir a ser feitas por terceiros, incluídos os Médicos Participantes e Assessores em Atenção Básica da Saúde que acompanharão o **PROGRAMA**, contra a **OPAS/OMS** e seus peritos, agentes ou funcionários, com as isenções concedidas pelo Artigo 1, Parágrafo 6, do Acordo Básico de Assistência Técnica, assinado em 29 de dezembro de 1964, entre a Organização das Nações Unidas, suas agências especializadas, incluída a Organização Mundial da Saúde e o Governo da República Federativa do Brasil.

**CLÁUSULA OITAVA: DA RATIFICAÇÃO**

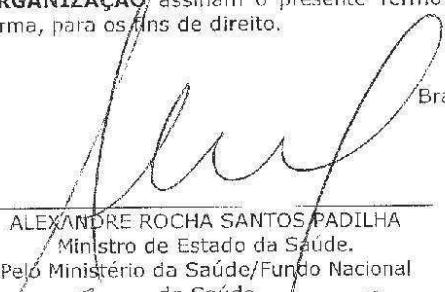
Ficam ratificadas as demais cláusulas e condições do Termo de Cooperação Técnica não modificadas por este Termo de Ajuste.


**CLÁUSULA NONA: DA PUBLICAÇÃO**

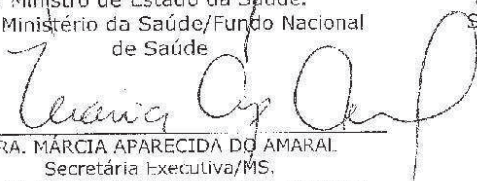
O **MINISTÉRIO** encaminhará extrato deste Termo de Ajuste até o quinto dia útil do mês seguinte ao da sua assinatura para publicação no Diário Oficial da União, a qual deverá ocorrer num prazo de até 20 (vinte) dias daquela data.

E assim por estarem de pleno acordo e ajustados, o **MINISTÉRIO** e a **ORGANIZAÇÃO** assinam o presente Termo de Ajuste em 4 (quatro) vias de igual teor e forma, para os fins de direito.

Brasília, de \_\_\_\_\_ de 2013.

  
\_\_\_\_\_  
ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA  
Ministro de Estado da Saúde.  
Pelo Ministério da Saúde/Fundo Nacional  
de Saúde

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Carissa F. Etienne  
Pela Organização Pan-Americana da  
Saúde/organização Mundial da Saúde

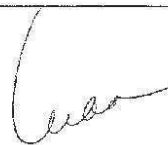
  
\_\_\_\_\_  
DRA. MÁRCIA APARECIDA DO AMARAL  
Secretária Executiva/MS.  
Pelo Ministério da Saúde/Fundo Nacional  
de Saúde

TESTEMUNHAS:

1. Nome:  
CPF:

2. Nome:  
CPF:

|   |  |  |                                     |                |
|---|--|--|-------------------------------------|----------------|
| <b>MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>  |  | <b>PLANO DE TRABALHO<br/>DESCRIÇÃO DO PROJETO<br/>(3º TA ao 80º TCT)</b> |                                     | <b>ANEXO I</b> |
| 01- NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE PROPONENTE<br>Organização Pan Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde - OPAS/OMS  |  | 02- PROCESSO Nº.<br>25000.223376/2012-63                                 | 03- EXERCÍCIO<br>2013/2016          | 04- UF<br>DF   |
| 05- CNPJ<br>04.096.431/0001-54  |  |  |                                     |                |
| 06- DDD<br>61   | 07- FONE<br>3251-9595                  | 08- FAX<br>3226 0269   | 09- E-MAIL<br>bra_projetos@paho.org |                |
| 10- CONTA CORRENTE<br>96503734  | 11- BANCO CONVENIADO<br>Citibank - 745 | 12- AGÊNCIA<br>008   | 13- PRAÇA DE PAGAMENTO<br>Brasília  | 14- UF<br>DF   |
| 15- RECURSO ORÇAMENTÁRIO<br>1. NORMAL (X)<br>2. EMENDA  | 16. EMENDA N.º                         | 17- PARTICIPE<br>1. INTERVENIENTE<br>2. EXECUTOR (X)                     | 18 - CNPJ DO PARTICIPE              |                |
| 19- PROGRAMA<br>Ampliação do Acesso da População Brasileira à Atenção Básica em Saúde   |  |  | 20- ÓRGÃO FINANCIADOR<br>(X) MS/FNS |                |
| 21 - AÇÃO A SER FINANCIADA<br>Cooperação técnica na área da Atenção Básica em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.   |  |  |                                     |                |
| 22 - DESCRIÇÃO SINTÉTICA DO OBJETO<br>O projeto abordará diretamente o tema da ampliação do acesso aos serviços de saúde no nível da atenção básica em municípios selecionados, contribuindo para a redução de iniquidades nessas localidades, por meio da qualificação e da valorização de profissionais que atuam nesse nível de atenção.   |  |  |                                     |                |
| 22- DESCRIÇÃO SINTÉTICA DO OBJETO<br>Este projeto visa o desenvolvimento de estratégias e processos de ampliação do acesso aos serviços do SUS, por meio de ações articuladas para atender as necessidades de populações selecionadas, contribuindo para a implementação do Sistema.<br><br>As ações a serem executadas por este projeto estão alinhadas ao Plano Nacional de Saúde, inserido no plano estratégico do Governo Federal, com a meta de reduzir iniquidades em saúde e contribuir com a erradicação da pobreza no país.<br><br>Nesse sentido, o Projeto visa contribuir na qualificação e valorização de profissionais da saúde garantindo acesso à população selecionada e melhoria dos indicadores de saúde. Ainda, objetiva garantir a produção e apropriação das experiências e boas práticas de sua implementação que possam ser registradas e divulgadas.<br><br>Neste contexto, a execução do projeto, sustentado na cooperação internacional em saúde, será realizada a partir dos seguintes resultados: a) Modos e valores baseados nas práticas do SUS apropriados pelos profissionais qualificados por meio da Educação pelo Trabalho; b) Intercâmbio de conhecimento na Atenção Básica nas localidades prioritárias para o SUS ampliado e fortalecido; c) Produção e apropriação das experiências e boas práticas do projeto sistematizadas e publicadas.<br><br>O projeto abordará diretamente o tema da ampliação do acesso aos serviços de saúde no nível da atenção básica em municípios selecionados, contribuindo para a redução de iniquidades nessas localidades. As ações utilizadas estão voltadas principalmente à qualificação e à valorização de profissionais que atuam nesse nível de atenção. Uma consequência direta esperada é a melhoria dos indicadores de saúde nessas áreas. |  |  |                                     |                |




**23- JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO**

O Projeto visa a ampliar o acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde por meio da qualificação e da valorização de profissionais da saúde, contribuindo principalmente para o objetivo estratégico número 07 do Plano Nacional de Saúde relacionado à adequada alocação, qualificação e valorização dos profissionais de saúde.

No contexto internacional, a maioria dos países da Região das Américas ainda que se identifiquem melhoria na utilização dos serviços de saúde, as iniquidades ainda persistem. Estima-se que 125 milhões de pessoas que vivem na América Latina e Caribe não têm acesso a serviços básicos de saúde. Internamente nos países, as iniquidades afetam as populações de baixa renda, populações rurais e indígenas.

Notam-se, ainda, desbalanços na densidade, na distribuição e nas competências da força de trabalho em saúde, o que contribui para iniquidades sociais e limites de acesso a serviços de saúde. Os déficits de recursos humanos em saúde somados aos problemas de migração, deficiências de regulação, de educação e treinamento em atenção primária em saúde marcam um panorama de dificuldades nesse campo.

Assim, este projeto visa a contribuir para o alcance dos objetivos estratégicos (OS) definidos no Plano Estratégico da OPAS, destacando-se o OS 10 "Mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud", o OS 11 "Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la evidencia científica de los sistemas de salud" e o OS 13 relacionado a "Asegurar la existencia de un personal de salud disponible, competente, productivo y capaz de responder a las necesidades, con miras a mejorar los resultados sanitarios".

Para tanto, a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTFS) e a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS elaboraram este Termo de Cooperação Técnica buscando abordar diretamente o tema da ampliação do acesso aos serviços de saúde no nível da atenção básica em municípios selecionados, contribuindo para a redução de iniquidades nessas localidades. As ações utilizadas estão voltadas principalmente à qualificação e à valorização de profissionais que atuam nesse nível de atenção. Uma consequência direta esperada é a melhoria dos indicadores de saúde nessas áreas.

**24 – AUTENTICAÇÃO**

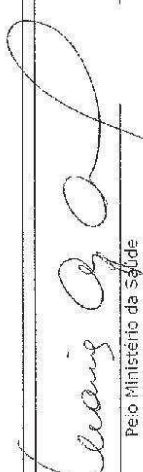

1 / 2013

DATA

Pelo Ministério da Saúde

Pela OPAS/OMS



| MINISTÉRIO DA SAÚDE   |  | PLANO DE TRABALHO<br>CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO<br>(3º TA ao 80º TCT) |                | ANEXO III  |                |          |          |
|---|--|---|----------------|--|----------------|----------|----------|
| 01 - NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE PROPONENTE<br>Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde - OPAS/OMS | 02 - Ação<br>Ampliação do Acesso da População Brasileira à Atenção Básica em Saúde | 03 - PROCESSO Nº<br>25000.223376/2012-63                            |                |  |                |          |          |
| 04 - ANO  | 05 - META  | 06 - (MESES) - JANEIRO  | FEVEREIRO      | MARÇO  | ABRIL          | MAIO     | JUNHO    |
| 2013  | 173  | JULHO   | AGOSTO         | SETEMBRO   | OUTUBRO        | NOVEMBRO | DEZEMBRO |
|   |  |   | 100.000.000,00 | 300.000.000,00   | 110.957.307,00 |          |          |
| <b>07- TOTAL ACUMULADO DE RECURSOS DO CONCEDENTE (EM R\$ 1,00)</b>  |  |   |                |  |                |          |          |
| <b>510.957.307,00</b>   |  |   |                |  |                |          |          |
| 08 - ANO  | 09 - META  | 10 - (MESES) - JANEIRO  | FEVEREIRO      | MARÇO  | ABRIL          | MAIO     | JUNHO    |
|   |  | JULHO   | AGOSTO         | SETEMBRO   | OUTUBRO        | NOVEMBRO | DEZEMBRO |
| <b>11- TOTAL ACUMULADO DE RECURSOS DO PROPONENTE (EM R\$ 1,00)</b>  |  |   |                |  |                |          |          |
| <b>12- TOTAL GERAL DOS RECURSOS</b>   |  |   |                |  |                |          |          |
| <b>510.957.307,00</b>   |  |   |                |  |                |          |          |
| 13- AUTENTICAÇÃO  |  |   |                |  |                |          |          |
| <br>Peço Ministério da Saúde       |  |   |                | <br>Pela OPAS/OMS |                |          |          |
|   |  | / /2013   |                |  |                |          |          |
|   |  | DATA  |                |  |                |          |          |

## ANEXO D – Contrato da Médica Cubana Ramona Matos Rodrigues

21  
/

**CONTRATO INDIVIDUAL PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES  
Y TÉCNICOS EN EL EXTERIOR**

**DE UNA PARTE:** La sociedad mercantil cubana Comercializadora de Servicios Médicos Cubanos, S.A., en su forma abreviada CSMC, S.A., constituida mediante Escritura Pública No. 366 de 11 de Octubre del 2011 en la Notaría Especial del Ministerio de Justicia, con domicilio legal en Calle 44 No. 502, Esquina 5ta. Avenida, Playa, ciudad de La Habana, Cuba, en lo adelante denominada (a) como CSMC a todos los efectos jurídicos del Contrato, quien lo suscribe por mandato del Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba, y representada en este Acto por Dr. Rodolfo Alvarez Villaverde su carácter de Especialista de Negocios

**DE OTRA PARTE:** Ramona Matos Rodriguez (nombre y apellidos del profesional o técnico); ciudadano(a) cubano(a); con número de identidad permanente 62083113236 con domicilio reconocido en Carr. de Campo Florido a Inca Sin Bayamo, Habana del Este de profesión Médico, en lo adelante denominado(a) como **PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO** a todos los efectos jurídicos del presente Contrato.

**AMBAS PARTES**, reconociéndose mutuamente la personalidad y la representación legal con que comparecen en este Acto, convienen en suscribir el presente Contrato para la Prestación de Servicios Profesionales y Técnicos en el Exterior, bajo los términos y condiciones siguientes:

**CLÁUSULAS**

**I. OBJETO**

Mediante el presente Contrato CSMC establece la relación de trabajo con el **PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO**, en virtud de los servicios que éste brindará en el territorio de la República Federativa del Brasil, bajo los términos y condiciones que mediante este Contrato se convienen.

**II. DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PARTES**

**2.1 DE CSMC:**

- a) Garantizar el cumplimiento, en lo que a sus obligaciones contraídas respecta, del **CONVENIO DE COOPERACIÓN TÉCNICA ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA REPUBLICA DE CUBA Y LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, PARA LA AMPLIACIÓN DEL ACCESO DE LA POBLACION BRASILEÑA A LA ATENCIÓN BÁSICA DE SALUD**, en lo sucesivo denominado **INSTRUMENTO JURÍDICO**, informando y exigiendo los derechos y obligaciones que de él se derivan para el **PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO**.

22  
P

- b) Poner en conocimiento del **PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO** sus derechos, deberes y obligaciones, adquiridos en virtud del precitado **INSTRUMENTO JURÍDICO**.
- c) Poner en conocimiento del **PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO** las principales características, costumbres y tradiciones del país en que prestará sus servicios de conformidad con el **INSTRUMENTO JURÍDICO**.
- d) Poner en conocimiento del **PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO** la información necesaria para el cumplimiento de la colaboración, en materia de aduana en los territorios de Cuba y Brasil.
- e) Transportar al **PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO** hacia y desde la República Federativa del Brasil cuando corresponda en virtud del **INSTRUMENTO JURÍDICO**, incluido a la terminación de su misión por cualquier causa, y garantizar la transportación nacional a tales efectos.
- f) Facilitar al **PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO** la apertura de cuentas bancarias en Cuba y en la República Federativa del Brasil, para realizarle los depósitos que le corresponden por concepto de estipendio; de bonificación para los gastos iniciales de su instalación y pago del registro anual en el Consejo Regional de Médicos en Brasil. Para la operación de estas cuentas se le entregará tarjetas de débito.
- g) Facilitar al **PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO** la apertura de una cuenta bancaria en Cuba a nombre de un tarjetahabiente designado por éste, donde se le acreditarán mensualmente Cincuenta/00 (50.00) CUC, que se descuentan del estipendio del **PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO** y se operará mediante tarjeta de débito.
- h) Asumir el gasto, por única vez, para la compra de las tarjetas de débito en Cuba y en la República Federativa del Brasil para el **PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO** y en Cuba para el tarjetahabiente en caso de que se designe.
- i) Asumir los gastos financieros por concepto de acreditación de fondos por **CSMC** en las cuentas bancarias del **PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO** habilitadas en relación con el presente Contrato y en la cuenta del tarjetahabiente en Cuba.
- j) Pagar mensualmente al **PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO** por concepto de estipendio una cantidad equivalente a Mil/00 dólares estadounidenses (1 000.00 USD), de la forma siguiente: se le depositará en una cuenta de ahorro en Cuba que habilitará el **PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO**, facilitada por **CSMC**, Seiscientos/00 CUC (600.00 CUC) al cambio 1 USD= 1 CUC (Quinientos cincuenta/00 CUC (550.00 CUC) si designó un tarjetahabiente) y se le pagará en territorio brasileño, en reales brasileños, el equivalente a Cuatrocientos/00 dólares estadounidenses (400.00 USD), a través de la cuenta bancaria habilitada a ese fin, a una tasa de cambio de referencia del Real Brasileño contra el Dólar Estadunidense publicado por el Banco Central de Brasil, que será fijada periódicamente según se decida, lo cual será comunicado oportunamente al inicio de cada período.

- 23  
X
- k) Depositar en la cuenta bancaria del **PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO** en la República Federativa del Brasil, por una vez, en los primeros veintiún (21) días de su llegada a dicho país, una bonificación para los gastos iniciales de su instalación, en reales brasileños, cuyo monto estará en relación con el lugar de su ubicación.
  - l) Depositar anualmente en la cuenta bancaria en Brasil del **PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO** una cantidad, en reales brasileños, para pagar su registro anual en el Consejo Regional de Médicos en Brasil correspondiente. Para el registro del primer año la cantidad necesaria está incluida en la bonificación para los gastos iniciales de su instalación.
  - m) Garantizar que el **PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO** durante su estancia en territorio brasileño al amparo del presente Contrato, continúe percibiendo en Cuba todos los beneficios laborales y de la seguridad social que le corresponden según la legislación cubana.
  - n) Advertir al **PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO** a través del personal actuante, cuando así corresponda, sobre la estricta confidencialidad que deberá guardar sobre informaciones no públicas que le sean dadas en tal condición o a las que tenga acceso por cualquier vía, en cumplimiento de la labor que realizará o realiza en virtud de este Contrato, en Cuba y en el Brasil, durante la vigencia de este Contrato y hasta un año después de su terminación por cualquier causa.
  - o) Evaluar mediante la Dirección de la Misión Médica cubana en la República Federativa del Brasil, el trabajo realizado por el **PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO**, teniendo en cuenta el criterio de la Secretaría de Salud del municipio donde labora.

## 2.2 DEL PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO:

- a) Reconocer mediante el presente Contrato que posee la calificación, capacidad y experiencia necesarias que le permiten desarrollar con calidad y ética profesional los servicios convenidos en el **INSTRUMENTO JURÍDICO** y en este Contrato.
- b) Cumplir con los deberes, tareas y obligaciones contraídas en virtud del **INSTRUMENTO JURÍDICO** que se le comunicarán antes de su salida de Cuba; en los 21 días de capacitación que recibirá a su llegada a la República Federativa del Brasil y por la Dirección de la Misión Médica cubana en Brasil.
- c) Respetar y cumplir la legislación vigente en la República Federativa del Brasil donde brindará sus servicios, así como sus costumbres y tradiciones; asimismo deberá observar las normas morales, de ética profesional y educación formal, reglamentos, códigos, protocolos de actuación, normas de convivencia establecidas y demás disposiciones vigentes en la institución donde laborará, guardando debido respeto para con sus superiores y demás compañeros de trabajo y asumiendo su responsabilidad en caso de quebrantar las citadas estipulaciones.
- d) Cumplir personalmente con la jornada laboral diaria, con el horario de trabajo, las guardias y con el descanso, que le corresponden, establecidos en las instituciones de la

24  
P

República Federativa del Brasil donde recibirá capacitación y donde prestará sus servicios, de conformidad con el **INSTRUMENTO JURÍDICO** suscrito.

- e) Abstenerse de prestar servicios y realizar otras actividades en institución diferente a la que fue ubicado, ni servicios y actividades que no le corresponden en virtud del **INSTRUMENTO JURÍDICO** suscrito y de este Contrato, con excepción de que se determine lo contrario mediante autorización previa, por escrito, de la máxima Dirección de la Misión Médica cubana en Brasil. En ninguna situación el **PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO** podrá recibir por la prestación de servicios o realización de alguna actividad remuneración alguna diferente a la que recibe en virtud de este Contrato.
- f) Disfrutar en Cuba de treinta (30) días de vacaciones remuneradas, luego de trabajar once (11) meses al amparo de este Contrato, con la coordinación necesaria con la Dirección de la Misión Médica cubana en Brasil y con la Unidad de Colaboración Médica del **MINISAP** en Cuba, según corresponda, para determinar el período de las vacaciones y para la transportación nacional e internacional.
- g) Cumplir, en cuanto a su actuación respecta, con lo dispuesto en la Resolución No. 168 "Reglamento Disciplinario para los trabajadores civiles cubanos que prestan servicios en el exterior como colaboradores", de fecha 29 de marzo de 2010, emitida por el Ministro de Comercio Exterior e Inversión Extranjera de la República de Cuba, cuyo conocimiento recibirá en la preparación previa a su salida al exterior.
- h) Aportar la documentación que se le solicite, necesaria para efectuar los trámites correspondientes en el país donde prestará sus servicios, de conformidad con el **INSTRUMENTO JURÍDICO** suscrito.
- i) Conservar en su poder el Pasaporte y el Catastro de Persona Física (CPF) entregado por las autoridades brasileñas, siendo su responsabilidad la actualización de los mismos según corresponda, así como la pérdida, extravío o deterioro de éstos. En caso de pérdida o grave deterioro de estos documentos deberá comunicarlo a la mayor brevedad posible a la Dirección de la Misión Médica cubana en Brasil para tramitar su reposición como está establecido, siendo por cuenta del **PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO** los costos que de ello se deriven, lo que se le exigirá oportunamente.
- j) Cumplir con la legislación cubana de contraer matrimonio con persona natural extranjera, no quedando por ello exonerado del cumplimiento de las obligaciones derivadas del referido **INSTRUMENTO JURÍDICO** y del presente Contrato, con excepción de que se determine lo contrario mediante autorización previa, por escrito, de la máxima Dirección de la Misión Médica cubana en Brasil.
- k) Reconocer que los representantes designados por el Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba en la Dirección de la Misión Médica cubana en territorio del Brasil están investidos de las facultades suficientes para actuar en su nombre y representación ante las autoridades brasileñas y de la OPS/OMS, de conformidad con el **INSTRUMENTO JURÍDICO** suscrito.
- l) Abrir una cuenta bancaria en Cuba y en la República Federativa del Brasil, en el banco que le corresponda según se le indique por **CSMC** y tener tarjeta de débito para extraer su saldo. En caso de modificación de éstas deberá informarlo de inmediato a **CSMC** por conducto de la Dirección de la Misión Médica cubana en Brasil.

25  
7

- m) En Cuba, en caso de que así lo desee, podrá designar un tarjetahabiente que abrirá una cuenta bancaria facilitada por **CSMC**, el que tendrá una tarjeta de débito para operar la misma. En caso de que desee cambiar al tarjetahabiente realizará este trámite directamente con el banco estando a su cargo los costos que de ello resulten.
- n) Asumir todos los riesgos en relación con las tarjetas de débito que se le entreguen a él y al tarjetahabiente, corriendo ante el banco correspondiente con los trámites y gastos que resulten de la pérdida o deterioro de éstas, lo que informará a **CSMC** a través de la Dirección de la Misión Médica cubana en Brasil.
- o) Realizar con diligencia los trámites de registro anual en el Consejo Regional de Médicos en la República Federativa del Brasil.
- p) Comunicar con la mayor rapidez posible a la Dirección de la Brigada Médica cubana en la República Federativa del Brasil cualquier situación que se le presente que afecte su salud, seguridad personal o el cumplimiento de sus deberes al amparo del presente Contrato.
- q) Comunicar a la Dirección de la Brigada Médica cubana en la República Federativa del Brasil de forma previa, su intención de recibir la visita de algún familiar o amistad en la localidad donde presta sus servicios al amparo de este Contrato; en caso de producirse la visita, ésta será totalmente a su cargo y deberá tomar todas las medidas para que no se produzca afectación alguna al cumplimiento de sus deberes y obligaciones en correspondencia con el **INSTRUMENTO JURÍDICO** suscrito y con este Contrato.
- r) Guardar estricta confidencialidad sobre cualquier información no pública que reciba en dicha condición o a las que tenga acceso por cualquier vía, en cumplimiento de la labor que realizará o realiza en virtud de este Contrato, en Cuba y en el Brasil. Dicha confidencialidad es a partir de la firma de este Contrato y hasta un año después de su terminación por cualquier causa.
- s) Expresar su conformidad con los presentes términos y condiciones, así como reconocer haber recibido la información necesaria para el cumplimiento de su misión, según se pacta en este Contrato, mediante su firma.

### III. OTROS PACTOS

- 3.1 De producirse el fallecimiento del **PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO** durante la vigencia de este Contrato, la Dirección de la Misión Médica cubana en Brasil tomará todas las medidas y se realizarán todos los trámites que correspondan para la repatriación. Se le comunicará a la mayor brevedad posible a los Bancos donde están habilitadas las cuentas de ahorro del **PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO** en relación con este Contrato, para que el Banco proceda según las normas bancarias y la legislación sucesoria vigente.
- 3.2 El presente Contrato entrará en vigor mediante su firma por las Partes y estará vigente por el término que prestará servicios el **PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO** al amparo del **INSTRUMENTO JURÍDICO** suscrito, que será de tres (3) años, contados desde su llegada a la República Federativa del Brasil.

26  
/

3.3 El presente Contrato solo podrá ser modificado por escrito, debiendo estar debidamente firmado por las Partes, de conformidad con estas previsiones vinculantes y la ley.

3.4 Ambas Partes podrán dar por terminado el presente Contrato durante su vigencia por causas debidamente justificadas, previo análisis de conjunto, lo que se comunicará por escrito con efecto a partir de la llegada a Cuba del **PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO**. Ello se realizará sin perjuicio alguno del cumplimiento de las obligaciones pendientes.

3.5 **CSMC**, ante el abandono de la misión; negativa de regreso al territorio nacional cubano y/o cualquier otra grave indisciplina por parte del **PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO**, observará la legislación vigente en la República de Cuba para establecer las reclamaciones y demandas judiciales que correspondan con el objetivo de saldar las deudas y obligaciones pendientes del **PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO** y hará cumplir lo previsto en el **INSTRUMENTO JURIDICO** y la legislación brasileña, en cuanto a la prohibición al **PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO** del ejercicio de la profesión en territorio brasileño amparado en el permiso de trabajo y registro médico adquirido en razón del **INSTRUMENTO JURIDICO** suscrito.

**IV. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

4.1 Las Partes resolverán de forma amigable las discrepancias que surjan en la ejecución y/o interpretación del presente Contrato. Una vez agotada esta vía sin llegar a un entendimiento razonable se aplicará, de corresponder, lo establecido en la Resolución No. 168 "Reglamento Disciplinario para los trabajadores civiles cubanos que prestan servicios en el exterior como colaboradores", de fecha 29 de marzo de 2010, emitida por el Ministerio de Comercio Exterior e Inversión Extranjera de la República de Cuba y/o la legislación laboral y civil cubana, según proceda.

Dado, en La Habana a los 27 días del mes de Septiembre del 2013.

*Ramona Montes Rodriguez*

(nombre y apellidos y firma del  
DE LA SALUD  
CUBANO)

*[Firma]*

(nombre y apellidos y firma del  
funcionario designado por **CSMC**) **PROFESIONAL**