

**FACULDADE DAMAS DA INSTRUÇÃO CRISTÃ  
CURSO DE DIREITO**

**LUCIÉRICA BARBOSA XAVIER**

**UM OLHAR SOBRE O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NUMA  
PERSPECTIVA PRINCIPIOLÓGICA**

Recife  
2015

LUCIÉRICA BARBOSA XAVIER

**UM OLHAR SOBRE O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NUMA  
PERSPECTIVA PRINCIPIOLÓGICA**

Monografia apresentada à Faculdade Damas da Instrução Cristã, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Direito.

Área de Concentração: Ciências Jurídicas.

Orientador: Prof. Drº. Rômulo Nei Barbosa de Freitas Filho.

Recife  
2015

**XAVIER, L. B.**

**Um olhar sobre o programa mais médicos numa perspectiva principiológica. Luciérica Barbosa Xavier. Recife: o Autor, 2015.**

**56 folhas.**

**Orientador: Prof<sup>o</sup> Rômulo Nei Barbosa de Freitas Filho**

**Monografia (graduação) – Bacharelado em Direito - Faculdade Damas da Instrução Cristã. Trabalho de conclusão de curso, 2015.**

**Inclui bibliografia.**

**1. Direito 2. Direito do Trabalho 3. Atividade Laboral do Médico 4. Programa Mais Médicos 5. Programa de Saúde da Família.**

**340 CDU (2<sup>a</sup>ed.)**

**340 CDD (22<sup>a</sup> ed.)**

**Faculdade Damas**

**TCC 2015 – 336**

LUCIÉRICA BARBOSA XAVIER

**UM OLHAR SOBRE O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NUMA  
PERSPECTIVA PRINCÍPIOLÓGICA**

**DEFESA PÚBLICA** em Recife, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

**BANCA EXAMINADORA**

**Presidente:** Orientador Prof. Drº. Rômulo Nei Barbosa de Freitas Filho.

---

**1º Examinador:**

---

**2º Examinador:**

Recife  
2015

Dedico este trabalho aos meus pais Antônio e Lúcia, por todo apoio, incentivo e compreensão para a realização deste sonho, pois não mediram esforços para que eu pudesse sempre buscar o melhor ao longo desta longa caminhada.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida que me foi concedida, pela família e pelos amigos que tenho.

Aos meus pais, Antônio e Lúcia, aos quais tenho infinita admiração, dois vencedores que construíram com amor e muito trabalho e dedicação, uma família, um lar, uma vida... Agradeço a eles, que foram meus primeiros professores, que me ensinaram o verdadeiro valor da vida, nesta escola, aprendi a estudar para ser alguém, eles sempre acreditaram em mim.

A minha filha Luana, que ainda tão jovem, acompanhou verdadeiramente meus esforços, participando muitas vezes da minha vida acadêmica, entendendo e ajudando-me nesta caminhada. Que meu esforço sirva de inspiração e incentivo para seus estudos.

A alguém especial, Neidson Menezes, médico, que sempre me incentivou a buscar melhores caminhos e me orientou, com sua experiência e sabedoria, qual deles seguir.

A minha amiga Juliany Patrícia, companheira de curso, que dividiu comigo o estudo, o cansaço, os problemas, as conquistas, a vida... Tornando-se neste período minha melhor amiga.

Aos demais colegas de curso, que em suas particularidades certamente me ofertaram possibilidades diversas de crescimento.

Ao Professor Msc. Fábio Menezes de Sá Filho, que em todos os momentos se mostrou disponível, responsável e formador de opinião, foi desde o início, de suma importância para a construção deste trabalho.

Ao Professor e Coordenador Aurélio Boa Viagem, por seu apoio e orientação acadêmica.

Ao Professor e orientador, Doutor em Direito do Trabalho, Rômulo Nei Barbosa de Freitas Filho, que com todo o seu saber jurídico, atenção, gentileza e paciência, me acolheu de braços abertos para a construção e conclusão deste trabalho. Sem o mesmo, não teria conseguido.

A todos os professores que contribuíram de forma única para a construção do saber neste mundo tão fascinante.

À Faculdade Damas, enquanto instituição acadêmica, pelo apoio e incentivo moral e financeiro, essenciais a continuidade deste curso, e pela promoção de uma excelente formação jurídica aos seus alunos.

Às funcionárias Tereza e Josi, pela amizade e receptividade ao longo desses anos, sempre à disposição para ajudar os alunos, comigo não foi diferente, sempre tive nelas o apoio que precisava para, apesar de todas as dificuldades, não desistir desta graduação, o que com certeza fará muita diferença na minha vida.

Aos bibliotecários, pela amizade, sempre prestativos, colaborando e orientando nossa formação acadêmica.

Aos funcionários da portaria e seguranças, sempre cordiais e prestativos.

Deixo a todos o meu muito obrigada!

A vida é uma grande Universidade, mas pouco ensina a quem não sabe ser aluno [...].

Augusto Cury.

## RESUMO

O presente trabalho tem como escopo analisar a atividade do profissional médico, no que concerne a seu labor, do ponto de vista jurídico, nos moldes do Programa Mais Médicos e do Programa de Saúde da Família. Foram abordados aqui os aspectos trabalhistas legais, relacionando-se os aspectos trabalhistas do médico que atua na atenção básica a saúde, no programa criado pelo governo. O programa Mais Médicos foi criado para ampliar e melhorar o atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), levando mais médicos para as regiões onde há escassez destes profissionais de saúde, mesmo com a existência do Programa de Saúde da Família. Sendo abordada a caracterização do programa e o vínculo desses profissionais, sua remuneração e sua relação de trabalho perante a constituição e a CLT, através de um estudo das suas consequências sob o olhar do direito do trabalho. Pois, a implantação deste programa leva a questionamentos que necessitam ser estudados e discutidos para se adotar meios mais eficazes para a resolução de problemas jurídicos e polêmicos que permeiam o assunto. No tocante à metodologia utilizada trata-se de um estudo comparativo, descritivo, bibliográfico, documental, exploratório e qualitativo, baseado em leis, doutrinas e jurisprudências a cerca do assunto. A problemática abordada é, justamente, uma análise crítica sobre o Programa Mais Médicos, temática relevante no momento, visto que as consequências atingem toda a categoria profissional, no que se refere a falta de condições de trabalho dignas e desvalorização do profissional médico, pois remete aos direitos humanos, constitucionais e suas relações trabalhistas.

**Palavras-chave:** Atividade Laboral do Médico. Programa Mais Médicos. Programa de Saúde da Família. Direito do Trabalho.

## ABSTRACT

This work is to analyze the scope of the medical professional activity, with respect to their work, from a legal point of view, similar to the Program More Doctors and Health Program of the Family. Here we were discussed the legal labor aspects, relating to the labor aspects of the physician engaged in primary health care, the programs created by the government. Most Doctors program is designed to expand and improve the care of users of the Unified Health System (SUS), leading more doctors to regions where there are shortages of these health professionals, even with the existence of the Health Family Program. It is addressed the characterization of the program and the relationship of these professionals, their remuneration and their working relationship before the Constitution and the Labor Code, through a study of the consequences under the gaze of labor law. For the implementation of this program leads to questions that need to be studied and discussed to adopt more effective means for the resolution of legal and controversial issues that permeate it. Regarding the methodology used it is a comparative study, descriptive, bibliographical, documentary, exploratory qualitative, based on laws, doctrines and jurisprudence about the issue. The issue addressed is precisely a critical analysis of the Program More Doctors, relevant theme at the moment, because the consequences reach all the professional category, as regards the lack of decent working conditions and devaluation of the medical professional, since it refers human, constitutional and their labor relations rights.

**Keywords:** Labour Activity Medical. Program More Doctors. Family Health Program. Labor law.

## LISTA DE SIGLAS

AMB	Associação Médica Brasileira
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CPC	Código de Processo Civil
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
CRM	Conselho Regional de Medicina
DF	Distrito Federal
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICTQ	Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MPT	Ministério Público do Trabalho
MS	Ministério da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PPPs	Parcerias Público-Privadas
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
SNS	Sistema Nacional de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Supremo Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TST	Tribunal Superior do Trabalho
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPAS	Unidades de Pronto Atendimento de Saúde

## LISTA DE QUADRO

Quadro 1. Médicos por habitantes.....	17
---------------------------------------	----

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>CAPÍTULO 1 O PROGRAMA MAIS MÉDICOS</b> .....	14
1.1 As manifestações de junho de 2013 e a reação da União .....	14
1.2 Porque o programa mais médicos? .....	16
1.3 Disciplina legal do programa mais médicos .....	18
1.4 Destinatários do programa mais médicos .....	19
1.5 Finalidades do programa mais médicos .....	20
<b>CAPÍTULO 2 DO ACORDO CUBANO DE OBRIGAÇÕES E DIREITOS</b> .....	21
2.1 Introdução ao direito internacional do trabalho .....	21
2.2 Forma de contratação dos médicos cubanos .....	22
2.3 Deveres dos médicos cubanos .....	23
2.4 Direitos dos médicos cubanos .....	24
2.4.1 A remuneração do médico cubano .....	25
2.4.2 A Jornada de trabalho do médico cubano .....	25
2.4.3 A Terceirização dos serviços médicos cubanos .....	26
<b>CAPÍTULO 3 AS GARANTIAS E DEVERES DO MÉDICO SERVIDOR MUNICIPAL</b> .....	27
3.1 Porque o programa de saúde da família? .....	27
3.2 A regulamentação do programa de saúde da família .....	27
3.3 Formas de contratação no programa de saúde da família .....	28
3.3.1 Contratação por tempo determinado ou contrato temporário .....	30
3.3.2 Direitos do contratado temporário .....	32
3.3.3 Deveres do contratado temporário .....	32
3.4 Contrato efetivo estatutário municipal .....	33
3.4.1 Dos direitos do servidor efetivo estatutário municipal .....	35
3.4.2 Dos deveres do servidor efetivo municipal .....	35
<b>CAPÍTULO 4 PRINCÍPIOS DO DIREITO DO TRABALHO</b> .....	36
4.1 Dos princípios constitucionais .....	36
4.2 Dos princípios gerais do direito do trabalho .....	37
4.2.1 Princípio da proteção do empregado .....	37
4.2.2 Princípio da norma mais favorável .....	37
4.2.3 Princípio do in dubio pro operário .....	38

4.2.4 Princípio da condição mais benéfica.....	39
4.2.5 Princípio da primazia da realidade.....	40
4.2.6 Princípio da integralidade e da intangibilidade do salário.....	41
4.2.7 Princípio da continuidade da relação de emprego.....	42
4.2.8 Princípio da Irrenunciabilidade.....	42
4.3 Dos princípios do direito internacional do trabalho.....	43
4.4 Cláusula da equiparação salarial.....	44
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>50</b>
<b>Anexo 1. LEI Nº 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013 (Programa Mais Médicos).....</b>	<b>54</b>
<b>Anexo 2. INSTRUMENTO DE CONTRATO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS.....</b>	<b>68</b>
<b>Anexo 3. EDITAL Nº 2, DE 15 DE JANEIRO DE 2015 (Ministério da Saúde).....</b>	<b>74</b>
<b>Anexo 4. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011 (Programa de Saúde da Família).....</b>	<b>101</b>
<b>Anexo 5. CONTRATO TEMPORÁRIO DE TRABALHO POR EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO.....</b>	<b>144</b>
<b>Anexo 6. LEI Nº 14.728, DE 1985 (Estatuto do Servidor Público).....</b>	<b>145</b>

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem o objetivo de analisar se a emenda não saiu pior que o soneto. É que o Governo Federal implantou o Programa Mais Médicos como parte de uma série de medidas empreendidas em resposta às Manifestações de Junho de 2013 que tomaram proporção nacional, a partir do lamento de jovens cariocas, normalmente, universitários, de classe média que declararam a sua mais absoluta descrença na política e nos políticos brasileiros. Acontece que o Programa engaja médicos cubanos em substituição aos profissionais que obtiveram a autorização para exercer a medicina no Brasil, através dos meios até então conhecidos: formatura em uma faculdade de medicina ou comprovação de capacidade técnica através da prova do Revalida, quando a formatura tivesse ocorrido no exterior. Como se verá mais adiante, o Programa prevê a vinda de médicos cubanos para os programas de residência médica, que são pós-graduações em especialidades da saúde, normalmente frequentados por recém-formados em medicina.

Ocorre que, na prática, o governo brasileiro não concedeu o tratamento de estudantes aos médicos cubanos, o que provocou um problema de cunho jurídico, à luz dos princípios universais do Direito do Trabalho: seria justo que os médicos cubanos recebessem um tratamento jurídico distinto daquele destinado ao seu colega nacional?

Para tanto, o presente trabalho foi dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo, detalha-se o Programa Mais Médicos, com a finalidade de facilitar a observação de como, em hipótese, a sua efetivação foi planejada e autorizada pelo congresso nacional brasileiro. No segundo capítulo, apresenta-se o modelo de engajamento do médico cubano no Programa Mais Médicos, inclusive com individualização dos direitos e deveres disso decorrentes. No terceiro capítulo, demonstra-se o acervo obrigacional do profissional que, como o médico cubano, se ocupa da atenção básica à saúde, no município em que está sediado o curso de Direito desta respeitada faculdade: Recife. Para auxiliar a análise da justiça da situação, um quarto capítulo foi desenhado com princípios de Direito do Trabalho.

A análise e discussão sobre a justiça de tratamento do médico cubano, à luz das obrigações principiológicas assumidas pelo Brasil, como membro da Organização Internacional do Trabalho, no Programa Mais Médicos tem grande importância, porque pode ser utilizada como subsídio para estudos diversos sobre o tema.

Metodologicamente, o presente trabalho apresenta-se através de uma pesquisa comparativa, descritiva, exploratória, bibliográfica e documental, pois se vale de dados já apresentados na literatura relacionada. É também exploratória e qualitativa, pois se tratando

de uma análise aprofundada do assunto, procura-se novos dados para chegar a um diagnóstico e consequências da situação. Buscando assim, estudar a forma de contratação do profissional médico dentro dos Programas de Saúde da Família e o Programa Mais Médicos, que nestes casos, alguns estão dentro do regime estatutário, por concurso público municipal, e outros, estão vinculados aos contratos temporários de interesse público, que seriam as duas vias comuns, e por último, os vinculados à lei específica do Programa Mais Médicos, na forma de um contrato administrativo, que não se enquadra nos dois modelos anteriores.

Ao fim, analisando, textos legais, doutrinários e jurisprudenciais, inclusive a legislação específica e os próprios instrumentos de contratação, no sentido de analisar, discutir e questionar a justiça de tratamento do estrangeiro.

## **CAPÍTULO 1 O PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

### **1.1 As manifestações de junho de 2013 e a reação da União**

As manifestações ocorridas em 2013, em síntese, tiveram início com protesto contra o reajuste das passagens dos transportes públicos, em Porto Alegre. A justiça gaúcha concedeu liminar que suspendeu o aumento, porém as manifestações continuaram em outros Estados e começaram a ganhar força.

Os maiores protestos aconteceram em diversos lugares, como Natal, São Paulo, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Recife e várias outras cidades do Brasil. A princípio, a mídia não deu apoio, pois a participação popular era pequena e o principal foco das manifestações era o aumento das passagens no transporte público (WIKIPÉDIA, 2013).

A partir daí, por causa da insatisfação geral contra o governo, as manifestações diversificaram seus focos, passando a se protestar contra o estado da saúde pública, educação, como também contra a corrupção, tendo, desta forma, grande repercussão na mídia, grande adesão popular, pouca repressão policial e atendimento às demandas solicitadas pelos manifestantes.

A despeito de origens e motivações distintas, em ambos os casos demonstra que o poder constituído é oposto as demandas da população e que, potencializados pela tecnologia da internet, gritavam a construção de uma outra democracia e de outras representações sociais (WIKIPÉDIA, 2013).

No dia 17 de junho, as manifestações se intensificaram em grandes cidades do Brasil e estenderam-se até o final do mês. As manifestações tomaram outro caráter, e começaram a ter temas menos focados na questão do transporte e surgem pautas como as PECS 37 e 33, homossexualismo, ato médico, Copas de 2013 e 2014, fim da corrupção, apartidarismo e antepartidarismo, mais saúde, mais educação etc. (FERREIRA, 2014).

No dia 20 de junho, houve um pico de mais de 1,4 milhões de pessoas nas ruas em mais de 120 cidades pelo Brasil, mesmo depois das reduções dos valores das passagens anunciadas em várias cidades. As manifestações tomaram grandes proporções e repercutiu na mídia nacional e internacional, o que exigiu um posicionamento e pronunciamento do governo (FREIRE, 2013).

O governo se mostrou favorável às reivindicações democráticas, reconheceu a necessidade de “oxigenar” o sistema político e prometeu uma ampla reforma que amplie o poder popular. Este cenário revela profundas contradições políticas econômicas e o abismo

entre Estado e sociedade brasileira, que reage e expõe para o mundo as vísceras de um país cansado de tanta desigualdade e desmando (RIBEIRO, 2013).

Quanto à saúde, Dilma especificou seus planos:

Aceleração dos investimentos já contratados para construção de UPAs, UBS e hospitais, ampliação do sistema que troca dívidas de hospitais filantrópicos por mais atendimentos, defendeu que os médicos recebam incentivos para irem trabalhar nas regiões mais pobres e remotas, e que caso isso não resolvesse, que médicos estrangeiros fossem levados para esses lugares, exclusivamente para o SUS. Adiantou que este aspecto enfrentaria oposição dos médicos, mas disse querer deixar claro que não é algo hostil e desrespeitoso à classe médica, mas uma ação limitada e emergencial, que o Brasil é um dos países que menos emprega médicos estrangeiros e que de qualquer forma a saúde dos brasileiros deve prevalecer sobre quaisquer interesses (YOUTUBE, 2014, p. 1).

Essas manifestações marcaram a história do Brasil, e as medidas tomadas pelo governo ainda estão sendo questionadas, por exemplo, o formato da “importação” de médicos de outros países foi e ainda está sendo alvo de duras críticas de associações representativas da categoria, sociedade civil, estudantes da área da saúde e inclusive do Ministério Público do Trabalho:

Em junho de 2013, segundo o Datafolha, 47% da população era favorável ao programa e 48% era contrária. Na pesquisa de agosto do mesmo instituto, os favoráveis passaram a somar 54% da população e os desfavoráveis passaram a representar 40%. Já segundo pesquisa do Instituto de Pesquisa Nacional da População (MDA), encomendada pela Confederação Nacional do Transporte e realizada em setembro, 73,9% da população é a favor da vinda de médicos estrangeiros ao país. Segundo levantamento do Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade (ICTQ), 61% dos porto-alegrenses apoiam o programa, sendo que a média de todas as 16 capitais pesquisadas é de 33%. Outra pesquisa, do Instituto Methodus, indica que 59,3% dos gaúchos aprovam o Programa Mais Médicos. Sendo este programa, o principal fator que ajudou a recuperar sua popularidade da presidente Dilma Rousseff, que atingiu o menor nível após os protestos de junho de 2013. O programa Mais Médicos foi recebido de maneira negativa pelas entidades médicas. No final de julho, uma série de manifestações e paralisações foram convocadas como forma de protesto ao programa. Em 23 de agosto de 2013, a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM) entraram com uma ação no Supremo Tribunal Federal (STF) para suspender o programa. Na petição, as entidades alegam que a contratação de profissionais formados em outros países sem que sejam aprovados no Exame Nacional de Revalidação de Diplomas (Revalida) é ilegal. A medida retira dos conselhos regionais de Medicina a competência para avaliar a qualidade profissional do médico intercambista, na medida em que suprime a possibilidade de fiscalizar o exercício profissional por meio da análise documental para o exercício da medicina, informa o documento (CÂMARA MUNICIPAL SÃO PAULO, 2014, p. 71).

O governo lançou durante o Programa Mais Médicos uma Medida Provisória nº 621 de 8 de julho de 2013, que estendeu o curso de medicina por mais dois anos, seis de graduação e dois de dois de trabalho na rede básica de saúde pública, com CRM provisório, criando um serviço civil obrigatório no interior como condição para receber o diploma de médico, a partir de 2015. Esta medida é inconstitucional, já que o propósito de uma medida

provisória seria para situações urgentes, que não é o caso. Além do que a Constituição garante expressamente que é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão. O único serviço obrigatório no país é o militar, sendo esta medida provisória uma decisão imposta e autoritária, que em momento nenhum foi discutida com os órgãos representativos da classe CRM e CFM, configurando um serviço civil obrigatório. Este plano poderia ter sido apresentado por meio de projeto de lei e não por medida provisória, onde permitiria ampla discussão (CFM, 2014).

A ideia não prosperou, mediante as pressões, o governo federal desistiu de ampliar o curso de medicina de 6 para 8 anos, sendo substituída por uma residência médica obrigatória no SUS, feita após a graduação, a partir de 2018, atingindo estudantes que ingressaram em 2012. O que ainda é muito difícil a viabilização. Nos dias de hoje, para a conclusão do curso de medicina ou para atuação como médico, o formando não é obrigado à residência. (CFM, 2014).

A medida provisória que criou o Programa Mais Médicos teve até março de 2015, 567 alterações propostas ao texto original e ao menos 58 delas, de congressistas de base do governo e da oposição, atingiram a espinha dorsal da oposição. Excluem a criação do 2º ciclo nos cursos de medicina, e exigem que o médico estrangeiro tenha seu diploma revalidado para poder atuar no Brasil (PEREIRA, 2014).

Vários protestos, passeatas e paralisações foram feitos pela categoria médica, em varias cidades e estados, inclusive no Distrito Federal (DF), nas redes públicas e particulares, de forma pacífica, reivindicando concursos públicos e melhores condições de trabalho. Um pedido de suspensão do programa foi feito à justiça, pela AMB e também pelo CFM, sendo negado (PEREIRA, 2014).

## **1.2 Porque o programa mais médicos?**

Foi no ano de 1994 que o Ministério da Saúde implantou no Brasil o Programa de Saúde da Família (PSF). Tal programa nasceu inspirado no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, lançando em 1991, que tinha o objetivo de reformar o setor da saúde, desde a Constituição, tentando aumentar o acesso ao sistema de saúde e trazer ações de prevenção, além de promover a saúde (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2014).

O Brasil possuía em 2012 apenas 1,8 médicos por mil habitantes. Esse índice é menor do que em outros países, como a Argentina (3,2), Portugal e Espanha (4), ambos com 4 por mil. Além disso, o país sofre com uma distribuição desigual de médicos nas regiões: 22

estados estão abaixo da média nacional. Nesta data, o Brasil possuía carência dos profissionais médicos, conforme demonstrado abaixo:

Quadro 1. Médicos por habitantes

PAÍSES	Médico por 1.000 hab.	PAÍSES	Médico por 1.000 hab.
Peru	0,9	Estados Unidos	2,4
Chile	1	Reino Unido	2,7
Paraguai	1,1*	Austrália	3
Bolívia	1,2*	Argentina	3,2*
Colômbia	1,4*	Itália	3,5
Equador	1,7	Alemanha	3,6
<b>Brasil</b>	<b>1,8</b>	Uruguai	3,7
Venezuela	1,9*	Portugal	3,9
México	2	Espanha	4
Canadá	2	Cuba	6,7

Fonte: (CFM, 2012).

<sup>1</sup> População IBGE 2012 / <sup>2</sup> dados primários CFM 2012 / <sup>3</sup> Estudo “Demografia Médica”.

Ainda segundo a mesma fonte, no início do ano de 2013, o Ministério abriu edital para adesão dos municípios ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB):

[...] paga R\$ 8 mil para que médicos recém-formados trabalhem em Unidades Básicas de Saúde nas regiões mais carentes e bonificação de 10% na prova de residência. Os municípios solicitaram 13 mil médicos para atuação em 2868 municípios. Porém 55% desses municípios não conseguiram sequer um médico. Dos 2.868 municípios que pediram profissionais pelo Provab, 1.565 municípios não atraíram nenhum (JORNAL PRIMEIRA PÁGINA, 2014, p. 1).

O Programa Mais Médicos é um programa que foi lançado em 8 de julho de 2013 pelo Governo Dilma Roussef, cujo objetivo é suprir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades do Brasil. O programa pretendia levar 15 mil médicos para as áreas onde faltavam profissionais. O governo aposta na simpatia da população por suas boas intenções. De fato, ninguém é contra ampliar o acesso da população à saúde, levando mais profissionais aos rincões e às nossas periferias. Mas uma pesquisa de opinião divulgada pelo O Estado de São Paulo indicou que dois em cada três brasileiros não concordavam com o remendo da importação de médicos estrangeiros (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2014).

### 1.3 Disciplina legal do programa mais médicos

Segundo Medeiros:

Diante da polêmica em torno da proposta de importar médicos, a presidenta Dilma Rousseff, o Ministro da Educação, Aloizio Mercadante, e o Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, anunciaram em 08/07/2013, no Palácio do Planalto, o lançamento do Programa Mais Médicos, conforme a **Medida Provisória n. 621**, que teria como objetivo abrir cerca de 10 mil vagas para atuação exclusiva na área de atenção básica no Norte e Nordeste, periferias de grandes cidades e municípios do interior em todas as regiões do país. As vagas seriam destinadas, inicialmente, para profissionais com diploma obtido no Brasil ou certificados pelo Revalida. Caso o número de médicos brasileiros não fosse suficiente para preencher todas as vagas, o governo importaria médicos diplomados (MEDEIROS, 2013, p. 1).

Assim, seria concedida aos médicos que quisessem se registrar de forma temporária de três anos a dispensa do Revalida (exame nacional de revalidação de diplomas estrangeiros), isso se quisessem ocupar vagas em regiões onde haviam poucos profissionais da saúde, porém o exame seria necessário ainda àqueles que pretenderiam atuar de forma permanentemente no Brasil. O projeto teria também como objetivo implantar medidas de longo prazo, como a reestruturação do sistema de formação de médicos (MEDEIROS, 2013).

Ademais explana Medeiros:

Outra novidade ressaltada foi que as universidades que oferecem curso de medicina seriam obrigadas a fornecer residência médica nas áreas de estudos em medicina da família, clínica geral, pediatria e obstetrícia, situação que não ocorre hoje. Os alunos que ingressariam na faculdade a partir de 2015 teriam que passar por um segundo ciclo. Depois dos seis anos de graduação, os estudantes ficariam mais dois anos trabalhando no SUS, totalizando oito anos de curso. O ministro da saúde, Padilha, reforçou que, se as vagas não forem preenchidas por médicos brasileiros, não irá deixar de buscar ajuda de médicos do exterior, que já foram usados em momentos importantes da história do Brasil, como na expansão das campanhas de vacinação (MEDEIROS, 2013, p. 1).

O Programa Mais Médicos está regulamentado pela **Lei n 12.871, de 22 de outubro de 2013**, que institui o programa, altera as Leis n° 8.745/1993 e n° 6.932/1981 e dá outras providências. Vale ressaltar que se tratando da esfera estadual e municipal, muitos deste tem leis próprias que regulam o assunto do regime jurídico, da relação contratual e os regramentos. Vários são os tipos de normas, cada uma particularmente com seu prazo e regime do vínculo jurídico, as quais estabelecem diferentes formas à relação do contrato por tempo determinado na administração pública, algumas dessas inconstitucionais. A forma de contratação do médico no programa mais médicos diverge no sentido de ser uma contratação direta do país de origem com o governo federal, ou se intermediada por uma empresa terceirizada, que é o que ocorre no Brasil, onde é intermediada pela OPAS para atuarem equipes do programa de saúde da família (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2014).

Segundo Gomes, o contrato de trabalho, assim como outros negócios jurídicos, requer algumas características essenciais. Além de precisar ter objeto lícito e agente capaz, é importante considerar a questão da legitimação. Isso quer dizer que se deve observar se a lei permite que determinado indivíduo exerça ou não certa profissão ou função. Isso não tem a ver com restrição de liberdade, mas com proteção. É uma condição circunstancial. A legitimação é na verdade uma limitação à celebração do contrato. No caso do Programa Mais Médicos, é regido por um contrato administrativo temporário, intermediado ou não pela OPAs, a depender do país de origem do médico.

#### **1.4 Destinatários do programa mais médicos**

Há uma parceria de dezenas de países e Cuba, alguns tem contratação direta e individual, como ocorre na França e no Chile, e em outros países, há uma intermediadora do contrato, que é OPAS, como ocorre em Portugal e Brasil. Portugal tem programa semelhante ao Brasil, só que dos 40 médicos contratados, em pesquisa recente, restam apenas 12. Os profissionais cubanos são tratados como simples mercadorias. O item “exportação de serviços médicos” é o que traz mais renda para os cofres públicos cubanos, que arrecada em torno de US\$ 6 bilhões por ano, superando o turismo e as exportações de níquel (INSTITUTO TEOTÔNIO VILELA, 2013).

A Venezuela é o país que mais importa essa “mercadoria”, que é paga com barris de petróleo. O governo brasileiro admite a entrada de médicos de países diversos, porém, 80% deles são cubanos, havendo uma disparidade contratual no que se refere a remuneração e as condições de trabalho. Este programa se destina ao atendimento médico para a população que carece deste profissional, normalmente no interior dos estados, integrando o atendimento básico de saúde (INSTITUTO TEOTÔNIO VILELA, 2013).

Os destinatários do Programa Mais Médicos são os próprios médicos, conforme a Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013, abrangendo os médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no país, médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para o exercício da medicina no exterior e médicos estrangeiros com habilitação para exercício da medicina no exterior.

### **1.5 Finalidades do programa mais médicos**

O Programa Mais Médicos foi criado para ampliar e melhorar o atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, levando mais médicos para regiões onde há escassez e ausência destes profissionais. Com a convocação de médicos para atuar na atenção básica de municípios com maior vulnerabilidade social e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), o Governo Federal busca mais médicos para o Brasil e a iniciativa prevê também a expansão do número de vagas de medicina e de residência médica, além do aprimoramento da formação médica no Brasil (PEREIRA, 2014).

Na percepção do governo, justifica-se o programa, dada a relevância social do direito à proteção da saúde, adotando-se mecanismos especiais de mobilidade e de contratação de pessoal, com o intuito de compensar as desigualdades de acesso e de cobertura geodemográfica, bem como cumprindo a obrigação constitucional de universalidade do acesso à prestação de cuidados de saúde. Com as alterações de gestão e organização que têm prefigurado uma aposta na qualidade e na estruturação das carreiras médicas desde 1982, mormente, pelo Decreto Lei nº 73/90, de 6 de março, ora revogado, desenvolvendo-se e valorizando -se a prestação médica no Sistema Nacional de Saúde, como um todo coeso e coerente, com especificidades próprias e com um projeto sustentável (RIBEIRO, 2013)

Estes profissionais são contratados para exercer a medicina dentro do Programa de Saúde da Família, integrando uma equipe multiprofissional, conforme legislação específica do mesmo. Porém, segundo o Ministério da Saúde, muitos dos médicos que atuam no programa abandonaram suas atividades, os motivos são vários, há pressão do governo cubano para que a família desses profissionais se mantenha em Cuba, mesmo tendo visto legal para permanecer o mesmo tempo em que o médico permanecer no programa, a remuneração não se equipara aos demais médicos da categoria, as péssimas condições de trabalho, pois o Estado não oferece recursos para isso, a rejeição da própria categoria médica, que hostiliza estes estrangeiros, o descrédito da sociedade, entre outros aspectos, que ferem os princípios constitucionais e trabalhistas (PEREIRA, 2014).

## **CAPÍTULO 2 DO ACORDO CUBANO DE OBRIGAÇÕES E DIREITOS**

Adriano Moreira, em seu livro que trata das relações internacionais, aborda a perspectiva marxista das relações internacionais, afirmando que a expansão das soberanias e interesse dos países capitalistas, submetendo-se a um sistema imperialista, era a última fase do capitalismo, estando o sistema, condenado aos conflitos internos de potências, determinados pela concorrência em relação aos mercados, às fontes de matérias-primas, às oportunidades de investimento, à mão de obra barata. Este cenário seria inevitavelmente, num futuro próximo, de uma guerra, onde os povos explorados e o proletariado teriam a oportunidade de derrubar o capitalismo e de estabelecer o socialismo. A concepção dita marxista na construção e uma teoria das relações internacionais revelou-se incoerente quanto as doutrinas desenvolvidas, no que se refere ao acordo entre Cuba e Brasil, haja vista que Cuba é um país regido por um regime socialista. A teoria da razão de Estado encontra suas raízes em Platão, envolvendo a questão de saber se, para defender aquilo que hoje chamamos de interesse público, a “mentira real é justa” (MOREIRA, 1999).

A disciplina moral e jurídica é abandonada para a defesa dos interesses estaduais, havendo uma clandestinidade do Estado inspirada pela supremacia da razão do Estado, o que não significa que a política internacional não tenha normas e valores, mas que são superestruturas da condenada sociedade capitalista. A sua moralidade é inteiramente definida em função dos interesses do Estado. A luta pelo poder do estado proletário é o partido ao qual pertence os interesses da maioria, mas o movimento é conduzido por revolucionários profissionais que falam em nome dos proletariados e conduzem o Estado em função dos mesmos (MOREIRA, 1999).

### **2.1 Introdução ao direito internacional do trabalho**

Argumentos humanitários, políticos e econômicos a favor da definição de normas internacionais do trabalho levaram à criação da OIT, que é uma organização universal, originada na matriz social da Europa e da América do Norte em meados do século XIX. Tais regiões viram o surgimento da Revolução Industrial, que causou um extraordinário desenvolvimento econômico à custa do sofrimento humano e graves problemas sociais. A Constituição da OIT foi redigida no ano de 1919 pela Comissão da Legislação Internacional do Trabalho, composta por representantes de nove países (Bélgica, Cuba, Checoslováquia,

Estados Unidos, França, Itália, Japão, Polónia e Reino Unido), e dirigida por Samuel Gompers, presidente da Federação Americana do Trabalho

A Constituição da OIT foi integrada no Tratado de Versalhes, que se tornou famoso por ter relacionado os princípios fundamentais do direito do trabalho, correspondendo à Parte XIII, visando à universalização das leis social-trabalhistas: humanitária, política e econômica. Em suas premissas básicas defende que o trabalho não há de ser considerado como mercadoria ou artigo de comércio, que o pagamento aos trabalhadores lhe assegure um nível de vida conveniente, em relação a sua época e seu país. Define ainda jornada de trabalho, descanso semanal, direito de associação, igualdade salarial e ainda que as leis promulgadas em cada país, relativas às condições de trabalho, deverão assegurar um tratamento econômico equitativo a todos os trabalhadores que residam legalmente no país e por fim, que cada Estado deverá organizar um serviço de inspeção para assegurar a aplicação das leis e regulamentos para a proteção dos trabalhadores. Durante os primeiros quarenta anos de existência, a OIT se dedicou à elaboração de normas internacionais do trabalho e procurou fazer com ela fosse aplicada (SUSSEKIND, 2000).

Estudando as questões conexas da universalização dos princípios internacionais, podemos relacionar aqui a importância do inciso II alínea A e B, da Declaração de Filadélfia, que se tornou ratificável quando foi incorporada, como anexo, à Constituição da OIT.

a) todos os seres humanos de qualquer raça, crença ou sexo, têm o direito de perseguir seu bem estar material e seu desenvolvimento espiritual com liberdade e segurança econômica e iguais oportunidades; b) a realização de condições que permitam o exercício de tal direito deve constituir o principal objetivo de qualquer política nacional ou internacional (OIT, 1944).

Segundo Arnaldo Sussekind, além das convenções da OIT, surgiu também o pacto dos direitos econômicos, sociais e culturais, visando edificar um direito comum internacional, evidenciando que num tratado multilateral de inquestionável hierarquia, uma noção comum dos direitos humanos está universalmente reconhecida (SUSSEKIND, 2000).

## **2.2 Forma de contratação dos médicos cubanos**

Os médicos contratados são de diversas nacionalidades, porém, de forma particular, o contrato Cubano tem importância relevante, pois inicialmente foram recrutados 6.000 médicos e destes, 80% são cubanos. Conforme anexo, o Programa Mais Médicos é, de fato, um contrato de prestação de serviços, onde de uma parte conta uma empresa terceirizada, denominada La Sociedad Mercantil Cubana Comercializadora de Servicios Médicos Cubanos

S.A., e de outra, o médico. Neste contrato, deve o médico abrir conta bancária Cubana para o depósito do pagamento de seus serviços, descontando gastos com sua instalação e taxa de registro anual do Conselho Regional de Medicina do Brasil, e em Cuba, mais uma taxa a ser descontada (50.00 CUC). Os profissionais cubanos, entretanto, fazem parte de um regime de contratação diferenciado. Enquanto portugueses, argentinos e espanhóis se inscreveram voluntariamente no programa, os cubanos atuam como prestadores de serviço de um pacote vendido pelo governo de Cuba ao Ministério da Saúde sob intermediação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) (CASARIM, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde, os profissionais brasileiros teriam prioridade no preenchimento das vagas ofertadas. As vagas remanescentes seriam oferecidas primeiramente aos brasileiros graduados no exterior e em seguida aos estrangeiros. Os médicos com diplomas do exterior atuariam com autorização profissional provisória, restrita à atenção básica e às regiões onde serão alocados pelo programa.

A **Lei nº 6.815, de 1980**, conhecida como Estatuto do Estrangeiro, é quem dá amparo à questão da permanência do estrangeiro no Brasil, definindo várias modalidades de concessão de visto. Dentre essas possibilidades está o inciso V, do artigo 13. Ele traz a permissão do visto temporário ao estrangeiro que pretenda vir ao Brasil na condição de cientista, professor, técnico ou profissional de outra categoria, sob regime de contrato ou a serviço do Governo brasileiro. Porém, os médicos cubanos podem anular o contrato, apesar de ter sido firmado no exterior, ele pode ser questionado e anulado, na justiça brasileira, pois na legislação trabalhista vigente, o que tem prevalecido é a lei do lugar onde o trabalho é realizado, considerando o governo brasileiro como tomador de serviço, devendo responder pelas obrigações trabalhistas. Fonte: Lei nº 6.815/1980 – Estatuto do Estrangeiro.

### **2.3 Deveres dos médicos cubanos**

De forma geral, para participar do Programa, os médicos devem ser habilitados, estar em situação regular perante a justiça e com o serviço militar, ter diploma e revalidação do mesmo, estar inscrito no Conselho Regional de Medicina, não ser participante de programa de residência médica brasileira e apresentar declaração negativa de vínculo trabalhista e conhecimentos de língua portuguesa. Todos os médicos estrangeiros devem se submeter ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB).

Com base no Instrumento de contratação do Programa Mais Médicos são deveres dos médicos contratados, exercer a atividade laboral como prestação de serviço no exterior, neste caso, limitando-se a República Federativa do Brasil, cumprir o contrato firmado entre as partes, ter capacidade e ética profissional para a prestação de serviços médicos à população brasileira, respeitar e cumprir a legislação vigente no Brasil, no que se refere a normas morais, éticas, regulamentos, códigos e protocolos. Também não podem exercer nenhuma atividade remunerada diferente deste contrato.

De forma particular, os médicos Cubanos devem ainda entregar seus documentos pessoais como passaporte e CPF às autoridades brasileiras, enquanto permanecer no país e não podem contrair matrimônio com pessoa natural estrangeira. Abrir conta bancária cubana para depósito da remuneração devida pelo Brasil aos cofres cubanos, sendo repassada parte de sua remuneração para si e sua família, pelo governo Cubano. Toda e qualquer alteração em seu estado de saúde deve ser comunicado à Brigada Médica Cubana, assim como o seu deslocamento, inclusive para visitar seus familiares. Deve confidencialidade em relação ao contrato firmado e sua atividade laboral, que tem prazo de três anos, não poderá abandonar o programa sem motivo justificado e, por último, devem seguir o “Regulamento disciplinário para los trabajadores civiles cubanos que prestan servicios em el exterior como colaboradores”. Os médicos também não poderiam fazer empréstimos de dinheiro ou dar informações sobre Cuba, foram vetados de falar com a imprensa (BRASIL, 2013).

#### **2.4 Direitos dos médicos cubanos**

São direitos dos médicos cubanos, expressos no contrato, apenas a preparação prévia a sua saída ao exterior, as férias de 30 dias a cada 11 meses trabalhados, e cancelamento do contrato mediante justificativa devida e comunicação por escrito. Pelo que se pode observar, há uma falta de direitos trabalhistas neste instrumento de contratação do profissional médico. A desistência dos profissionais médicos inscritos no Programa Mais Médicos pode se dar pela falta destes, os direitos trabalhistas não previstos, como horas extras, 13º salário e Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS). Embora tenha contribuição do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), o edital não prevê vínculo empregatício, o que aguarda nova medida provisória por se tratar de bolsa de formação semelhante à residência médica, como intercambistas (BRASIL, 2013).

#### 2.4.1 A remuneração do médico cubano

Os médicos em geral do programa Mais Médicos, teriam direito a uma bolsa de R\$ 10 mil, paga pelo Ministério da Saúde. Além disso, os profissionais teriam ajuda de custo para moradia e alimentação, de responsabilidade dos municípios. Porém, o que ocorre com os Cubanos é diferente, sendo inferior ao recebido pelos médicos contratados pelo município ou advindo de outro país. A remuneração mensal era inicialmente de mil dólares estadunidenses (1.000.00 USD), sendo repassados 400.00 USD, aproximadamente R\$ 940,00 (Novecentos e quarenta reais) para o médico e o restante para o Governo de Cuba, o que suscitou críticas de associações médicas e da oposição. No início de 2014, após abertura de uma investigação pelo MPT, o Governo Federal anunciou que os médicos cubanos passarão a receber US\$ 1245 (cerca de R\$ 2900), além da ajuda de custo. A partir de 2014, os médicos de Cuba passaram a ter direito a US\$ 845, porém US\$ 400 eram repassados ao governo cubano, como negociado pela presidente Dilma com o governo cubano (DIÁRIO DO AMAPÁ, 2014).

De acordo com Medeiros:

Durante o anúncio oficial do Programa Mais Médico, o Ministro da Educação, Aloízio Mercadante, ressaltou que os estrangeiros só poderão participar do programa se fossem provenientes de um curso de medicina que tenha o mesmo tempo de formação dos brasileiros, tiverem autorização para livre exercício da profissão em seu país de origem, conhecimentos em língua portuguesa e vierem de um local onde a proporção de médicos para cada mil habitantes seja superior à brasileira (atualmente 1,8) (MEDEIROS, 2013, p. 1).

O Conselho Federal de Medicina, fazendo uso de suas atribuições, legisla que:

A prestação de serviços médicos em hospitais e demais instituições de saúde somente é permitida aos médicos que possuam inscrição definitiva ou regular perante o competente Conselho Regional de Medicina;  
Aos diretores técnicos é vedado aceitar ou permitir o ingresso nos corpos clínicos de quaisquer hospitais, públicos ou privados, ainda que conveniados ao SUS - Sistema Único de Saúde, a internação de pacientes sob a responsabilidade de profissionais não inscritos nos Conselhos Regionais, nem mesmo nas urgências e emergências.  
É responsabilidade dos diretores técnicos das instituições hospitalares zelar pelo cumprimento dessa determinação, que decorre da lei vigente.  
Os diretores clínicos e os integrantes das Comissões de Ética das mesmas instituições devem denunciar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer fatos que impliquem descumprimento da resolução de Nº 2.072 DE 27.03.2014, CFM (CRMPR, 2014).

#### 2.4.2 A Jornada de trabalho do médico cubano

O médico Cubano ou de qualquer outra nacionalidade, deverá cumprir carga horária do Brasil, 40 horas semanais, porém, não pode trabalhar para outra instituição de saúde, não pode dar plantão, ou atender pacientes de forma particular. Deve ser exclusivo do Programa

Mais Médicos, prestar serviços por três anos, devendo comunicar por escrito à Cuba seu desligamento antes deste tempo. Os médicos cubanos que vão exercer sua função fora do seu país são selecionados pelo regime castrista de maneira compulsória, e aqui em nosso país não poderão escolher onde atuar. Porém, devem prestar serviços médicos nos Programas de Saúde da Família ao qual for destinado. Aquele que recusar, é considerado contrarrevolucionário, e estão sujeitos às hostilidades da ditadura comunista.

#### 2.4.3 A Terceirização dos serviços médicos cubanos

A terceirização, mesmo sendo permitida, causa discussão acerca do tratamento isonômico aplicável ao trabalhador terceirizado em face dos que são diretamente admitidos pela empresa tomadora de serviços terceirizados. A lei do trabalho temporário, nº 6.019/74, determina que fica garantida ao trabalhador terceirizado, remuneração equivalente à percebida pelos empregados da mesma categoria profissional, tratando-se do princípio da Isonomia, que mitiga o caráter antissocial da forma terceirizante (DELGADO 2011).

Não se podendo aplicar diretamente esta regra aos médicos cubanos, pois são terceirizados mas não são contratados temporários que se equiparem aos celetistas ou estatutários. São regidos por contrato administrativo próprio descrito acima. Trata ainda o mesmo autor, que há vedação constitucional absorvida pela SUM 331, II, TST, que mesmo irregular a contratação terceirizada por entidades da administração pública, não gera vínculo empregatício, beneficiando os sujeitos favorecidos pela ilicitude (NASCIMENTO, 2009).

Equipara-se o médico contratado no Programa Mais Médicos aos médicos residentes ou estudantes. Desta forma, quer enquadrar este profissional estrangeiro nos termos da Lei nº 6.851/08, que declara a legalidade da entrada de estudantes estrangeiros no Brasil, assim com o recebimento de bolsa de estudo por parte do governo.

## **CAPÍTULO 3 AS GARANTIAS E DEVERES DO MÉDICO SERVIDOR MUNICIPAL**

### **3.1 Porque o programa de saúde da família?**

A Saúde da Família é uma estratégia para reorganizar o modelo assistencial, e é operacionalizada por meio da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Tais equipes se responsabilizam em acompanhar um determinado número de pessoas que fica em torno de 2.400 a 4.000 pessoas, localizadas em área geográfica delimitada. Elas atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BARBOSA, 2014).

### **3.2 A regulamentação do programa de saúde da família**

A estratégia do Programa de Saúde da Família foi iniciada em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS em 1994 foram formadas as primeiras equipes da Saúde da Família. Regulamentada em 2011, de acordo com a Portaria nº 2488/2011 são características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

- I - Definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das equipes;
- II - Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias dificultando o acesso dos usuários;
- III - Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;
- IV - Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;
- V - Prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;
- VI - Realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada;
- VII - Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;
- VIII - Implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde,

o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

XI - Participar do planejamento local de saúde assim como do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;

X - Desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XI - Apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; e

XII - Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos (BRASIL, 2011).

O PSF foi criado no Brasil em 1994, por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Ofereciam às famílias serviços de saúde, tanto na área preventiva, como na curativa em suas próprias comunidades, visando melhorias nas condições de saúde da população (SANTA CATARINA, [200?]).

Quanto à reorganização dos serviços de saúde, tal estratégia orienta o modelo de atenção à saúde e vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelos atores e sujeitos sociais que se comprometiam com um novo modelo que pudesse valorizar as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

Durante muito tempo está sendo perceptível a expansão do Programa Saúde da Família que foi consolidada como estratégia primordial para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, pois o governo criou a Portaria nº 648, de 28 de Março de 2006, estabelecendo que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

### **3.3 Formas de contratação no programa de saúde da família**

O contrato de trabalho é o gênero que abrange todos os contratos numa relação de trabalho, os quais em acordo bilateral, as partes pactuam-se em deveres e obrigações, em que “a parte contratada será uma pessoa natural, se comprometendo a prestar serviços não eventuais a outra pessoa natural ou jurídica, em seu proveito e sob sua subordinação, mediante salário” (MORAES FILHO; MORAES, 2010, p. 272).

Garcia conceitua o seguinte: “Pode-se dizer que a relação de trabalho é um gênero que tem como uma de suas espécies a relação de emprego. Outras modalidades de relação de trabalho são, por exemplo, o trabalho eventual, autônomo, avulso e voluntário” (GARCIA,

2010, p. 139). A CLT também traz seu conceito no art. 442: “Contrato individual de trabalho é o acordo tácito ou expreso, correspondente à relação de emprego” (BRASIL, 1943).

De acordo com Garcia, há 3 (três) tipos de teorias referente à natureza jurídica dos contratos de trabalho: teoria da relação de trabalho, teoria da instituição e teoria contratualista. A teoria da relação de trabalho independe da pactuação prévia de um contrato, ou seja, o ato da prestação de serviço já configura o contrato de trabalho, já que:

[...] a existência do vínculo trabalhista não exige pactuação ou manifestação de vontade neste sentido, bastando a ocorrência (objetiva) da prestação dos serviços, o que já seria suficiente para fazer incidir as regras jurídicas pertinentes, evidenciando uma relação de natureza estatutária (GARCIA, 2010, p. 140).

Os elementos fáticos-jurídicos constitutivos da relação de emprego são: a prestação do trabalho por pessoa física, de acordo com o art.3º da CLT, a pessoalidade, que refere-se a infungibilidade quanto a figura do empregado, sendo o contrato de trabalho, neste caso, *intuitu personae*. A não eventualidade dá um caráter permanente, que é determinante na distinção da relação de emprego e o trabalho eventual, não abrigado na CLT. A onerosidade, que significa que os serviços prestados têm como contraprestação o recebimento da remuneração, não se tratando assim, de trabalho gratuito. E por fim, a subordinação, onde o empregado trabalha com o fim de receber salário, sendo este seu objetivo ao firmar o pacto laboral subordinação é caracterizada quando o empregado se submete às ordens do empregador, ou seja, o empregado abdica de sua vontade para subordinar-se durante os horários de trabalho e dentro da sua qualidade de profissional, sendo um dos requisitos de maior relevância. Ainda segundo o mesmo autor: “O Direito do Trabalho estabelece normas jurídicas em proteção da pessoa humana do trabalhador, garantindo o preceito maior de dignidade nas relações de trabalho” (GARCIA, 2010, p. 150).

Por se tratar a relação de emprego a mais importante relação de trabalho, com grande projeção jurídica e forte tendência expansionista, firmou-se, na tradição jurídica, a tendência para designar a espécie relação de emprego pelo gênero relação de trabalho. Dessa forma, utiliza-se frequentemente a expressão relação de trabalho para se indicarem típicas relações, institutos ou normas concernentes à relação de emprego, no sentido específico (DELGADO, 2011, p. 286).

O PSF, apesar da nomenclatura atual estratégica, é tratado jurídico e contabilmente como um programa que está sujeito a interrupção a qualquer momento, dependendo da decisão e vontade política de governo. A contratação para este programa é questionada quanto a sua forma de contratação e de pagamento, pois, inexistente procedimento institucionalizado, o que existe são práticas administrativas deflagradas por diversos municípios, nas mais variadas

formas, devendo-se pugnar pelas formas lícitas e aceitáveis. O médico que atua no PSF hoje pode ser contratado pelo município, como servidor efetivo, via concurso público, ou pode ser contratado por tempo determinado, por necessidade e interesse público.

### 3.3.1 Contratação por tempo determinado ou contrato temporário

Quando se contrata alguém por tempo determinado, é com intuito de atender às necessidades extraordinárias da Administração Pública, desde que o interesse público exija. Tal hipótese deve ser aventada apenas nas situações em que as demandas de serviços sejam incompatíveis com a contratação de pessoal permanente. Outra hipótese são as situações de calamidade pública, onde se contrata pessoal incompatível com processo normal de contratação de pessoal. Encerrados os motivos da situação de calamidade pública, quem foi contratado terá que ser excluído dos quadros de agentes públicos, para se evitar gastos desnecessários.

Mello observa que:

Trata-se, aí, de ensejar suprimento de pessoal perante contingências que desgarrem da normalidade das situações e presumam admissões apenas provisórias, demandadas em circunstâncias incomuns, cujo atendimento reclama satisfação imediata e temporária (incompatível, portanto, com o regime normal de concursos) (MELLO, 2006, p. 270).

Com já observado acima, esta forma especial de ingresso temporário de pessoal no serviço público está prevista no inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, *in verbis*: “IX - a lei estabelecerá os casos de contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público” (BRASIL, 1988).

Na esfera federal, a contratação por prazo determinado foi disciplinada pela Lei nº 8.745/1993 (posteriormente alterada pelas Leis nºs 9.849/99, 10.667/2003, 10.973/2004, 11.123/2005 e 11.440/2006). Neste caso, a aplicação restringe-se aos órgãos da Administração Direta federal, às autarquias e às fundações públicas federais. Em seu art. 2º, a referida norma elenca as hipóteses consideradas de necessidade temporária de excepcional interesse público, conforme segue:

Art. 2º Considera-se necessidade temporária de excepcional interesse público: I - assistência a situações de calamidade pública; II - assistência a emergências em saúde pública; III - realização de recenseamentos e outras pesquisas de natureza estatística efetuadas pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; IV - admissão de professor substituto e professor visitante; V - admissão de professor e pesquisador visitante estrangeiro; VI - atividades: a) especiais nas organizações das Forças Armadas para atender à área industrial ou a encargos temporários de obras e serviços de engenharia; b) de identificação e demarcação

territorial; d) finalísticas do Hospital das Forças Armadas; e) de pesquisa e desenvolvimento de produtos destinados à segurança de sistemas de informações, sob responsabilidade do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para a Segurança das Comunicações – CEPESC; f) de vigilância e inspeção, relacionadas à defesa agropecuária, no âmbito do Ministério da Agricultura e do Abastecimento, para atendimento de situações emergenciais ligadas ao comércio internacional de produtos de origem animal ou vegetal ou de iminente risco à saúde animal, vegetal ou humana; g) desenvolvidas no âmbito dos projetos do Sistema de Vigilância da Amazônia - SIVAM e do Sistema de Proteção da Amazônia – SIPAM; h) técnicas especializadas, no âmbito de projetos de cooperação com prazo determinado, implementados mediante acordos internacionais, desde que haja, em seu desempenho, subordinação do contratado ao órgão ou entidade pública; i) técnicas especializadas necessárias à implantação de órgãos ou entidades ou de novas atribuições definidas para organizações existentes ou as decorrentes de aumento transitório no volume de trabalho que não possam ser atendidas mediante a aplicação do art. 74 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; j) técnicas especializadas de tecnologia da informação, de comunicação e de revisão de processos de trabalho, não alcançadas pela alínea i e que não se caracterizem como atividades permanentes do órgão ou entidade; l) didático-pedagógicas em escolas de governo; e m) de assistência à saúde para comunidades indígenas; e VII - admissão de professor, pesquisador e tecnólogo substitutos para suprir a falta de professor, pesquisador ou tecnólogo ocupante de cargo efetivo, decorrente de licença para exercer atividade empresarial relativa à inovação. VIII - admissão de pesquisador, nacional ou estrangeiro, para projeto de pesquisa com prazo determinado, em instituição destinada à pesquisa; e IX - combate a emergências ambientais, na hipótese de declaração, pelo Ministro de Estado do Meio Ambiente, da existência de emergência ambiental na região específica (BRASIL, 1993).

Dentre as muitas hipóteses relacionadas acima, são consideradas as mais comuns e também mais importantes para Marcelo Alexandrino e Vicente Paulo:

1. Assistência a situações de calamidade pública; 2. Combate a surtos endêmicos; 3. Realização de recenseamentos e outras pesquisas de natureza estatística efetuadas pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE; 4. Admissão de pesquisador, nacional ou estrangeiro, para projeto de pesquisa com prazo determinado, em instituição destinada à pesquisa; 5. Combate a emergências ambientais, na hipótese de declaração, pelo Ministro de Estado do Meio Ambiente, da existência de emergência ambiental na região específica (ALEXANDRINO; PAULO, 2009, p. 282-283).

Como observado, a contratação de pessoal em caráter temporário é exceção à regra de investidura em cargos efetivos. Torna-se, portanto, necessário analisar os casos em que esta exceção é cabível. A Constituição, no art. 37, IX, estabeleceu que as contratações por tempo determinado são possíveis para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público: “Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência” (BRASIL, 1988).

A doutrina abriu duas correntes acerca do alcance da expressão necessidade temporária de excepcional interesse público. A primeira corrente defende que as contratações só podem ser feitas para atividades temporárias. Havendo necessidade de pessoal para o desempenho de atividades permanentes, o recrutamento deveria se dar por meio de concurso

público. Já a segunda corrente, defende que a contratação temporária serve para serviços de caráter temporário, ou em circunstâncias especiais, para serviços de natureza permanente, salientando que a situação deve ser excepcional.

É necessário ser analisado o objetivo do legislador constituinte quando estabelece como critério de contratação temporária as necessidades temporárias de excepcional interesse público. Quando este dispositivo da lei não é cumprido, afronta diretamente o princípio da moralidade, A extinção do contrato temporário pode acontecer a pedido do contratado ou pelo simples término do prazo determinado. Essas duas hipóteses não garantem ao contratado qualquer direito a indenização.

Para finalizar este tópico, segue o que escreveu Fabrício Mota, sobre o posicionamento do STF:

As contratações de que se tratou, celebradas com amparo no art.37, XI da Constituição Federal, não constituem meio idôneo para o preenchimento de cargos públicos vagos por qualquer motivo, não podendo servir de escudo para legitimar ações que visem simplesmente burlar o princípio do concurso público estatuído no art.37, inciso II da Constituição da República. O alerta faz-se necessário em virtude do uso indiscriminado desta modalidade de contratação em algumas esferas de poder. Tais contratações, fruto da falta de planejamento e zelo com o interesse público, vão de encontro à sistemática constitucional e, ainda que amparadas por lei específica, transformam a exceção em regra e a transitoriedade em permanência, devendo ser rigidamente fiscalizadas, coibidas e sancionadas (MOTTA, 2006, p. 1).

O contrato ser extinto por iniciativa do órgão ou entidade contratante, decorrente de conveniência administrativa.

### 3.3.2 Direitos do contratado temporário

O cabe ao trabalhador temporário, remuneração equivalente, salário equitativo, jornada de 8 h /dia – 44 h semanais, adicional de horas extras, férias proporcionais, repouso semanal remunerado, adicional noturno, indenização por dispensa sem justa causa ou termino do contrato, FGTS, seguro contra acidente de trabalho, previdência social e assinatura da CTPS e vale transporte (DELGADO, 2011).

### 3.3.3 Deveres do contratado temporário

Os trabalhadores contratados nesta modalidade tem os mesmo deveres que os demais contratados como servidores efetivos do município.

### 3.4 Contrato efetivo estatutário municipal

A contratação do servidor com o poder público efetivo municipal de Recife, está regulada na Lei nº 14.728/85, que reformula o estatuto dos funcionários públicos e dá outras providências. Esta lei classifica os cargos públicos quanto a natureza do provimento, em efetivos e comissionados, sendo efetivo aquele que é habilitado em concurso público para o respectivo provimento, através de provas ou de provas e títulos.

O artigo 37, II da Constituição Federal versa sobre o instituto. Para Meirelles:

Os servidores públicos em sentido estrito ou estatutário são os titulares de cargo público efetivo e em comissão, com regime jurídico estatutário geral ou peculiar e integrantes da Administração direta, das autarquias e das fundações públicas com personalidade de Direito Público. Tratando-se de cargo efetivo, seus titulares podem adquirir estabilidade e estarão sujeitos a regime peculiar de previdência social (MEIRELLES, 2010, p. 439).

O cargo de provimento efetivo é aquele que é preenchido de forma definitiva. Caracteriza-se pela titularidade do cargo, onde a pessoa nele investida será sempre titular, como explica José Afonso da Silva:

Efetividade, dá-se no cargo. É vínculo do funcionário ao cargo e constitui pressuposto da estabilidade, pois, só o servidor público pode adquiri-la. A estabilidade não se dá no cargo, mas no serviço público. É garantia do servidor, não atributo do cargo. A estabilidade é, assim, um direito que a constituição garante ao servidor público (SILVA, 2006, p. 697-698).

Conclui-se que o servidor estatutário é aquele vinculado à administração pública direta, autárquica e fundacional.

Art. 72 - A Constituição assegura a brasileiros e estrangeiros residentes no País a inviolabilidade dos direitos concernentes à liberdade, à segurança individual e à propriedade, nos termos seguintes: [...] §8º - A todos é lícito associarem-se e reunirem-se livremente sem armas; não podendo intervir a polícia senão para manter a ordem pública [...] (BRASIL, 1891).

Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: I - relação de emprego protegida contra despedida arbitrária ou sem justa causa, nos termos de lei complementar, que preverá indenização compensatória, dentre outros direitos; II - seguro-desemprego, em caso de desemprego involuntário; III - fundo de garantia do tempo de serviço; IV - salário mínimo, fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender a suas necessidades vitais básicas e às de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que lhe preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação para qualquer fim; V - piso salarial proporcional à extensão e à complexidade do trabalho; VI - irredutibilidade do salário, salvo o disposto em convenção ou acordo coletivo; VII - garantia de salário, nunca inferior ao mínimo, para os que percebem remuneração variável; VIII - décimo terceiro salário com base na remuneração integral ou no valor da aposentadoria; IX - remuneração do trabalho noturno superior à do diurno; X - proteção do salário na forma da lei, constituindo crime sua retenção dolosa; XI - participação nos lucros, ou resultados, desvinculada da remuneração, e, excepcionalmente, participação na gestão da empresa, conforme

definido em lei; XII - salário-família pago em razão do dependente do trabalhador de baixa renda nos termos da lei (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998) XIII - duração do trabalho normal não superior a oito horas diárias e quarenta e quatro semanais, facultada a compensação de horários e a redução da jornada, mediante acordo ou convenção coletiva de trabalho; (vide Decreto-Lei nº 5.452, de 1943) XIV - jornada de seis horas para o trabalho realizado em turnos ininterruptos de revezamento, salvo negociação coletiva (BRASIL, 1988).

Um estudo realizado em 2008 em Santa Catarina classifica como contratos estáveis os estatutários e os celetistas, e, como contratos precários os com tempo determinado, os vinculados à cooperativas, os prestadores de serviço e os verbais ou informais. A precarização do trabalho é a redução ou eliminação de proteção legal quanto aos direitos trabalhistas e previdenciários. Instabilidade de vínculo, na administração pública é considerada irregular. Inclui também ausência de concurso público. A utilização de contratos temporários impõe a rotatividade de profissionais e impede a formação de vínculo entre o profissional e a comunidade. As formas de vinculação interferem nas relações de trabalho podendo gerar tensões as quais prejudicam as ações em saúde desenvolvidas pelos profissionais. O monitoramento das modalidades de contratações deve ser incentivado na gestão dos sistemas de saúde (NICKEL; CALVO; CAETANO, 2008).

Mas, há correntes contrárias, como o parecer jurídico da COSEMSMG, publicado em 2 de julho de 2010, que defende que para todos os efeitos, o contratado temporário é um servidor público lato sensu aplicando-se, em determinadas situações, os regramentos do servidor público efetivo. E que como o programa de saúde da família é um programa sujeito ao seu término a qualquer momento, vinculada a possibilidade de não mais repasse do incentivo financeiro, não se acha razoável prover um quadro de servidores efetivos, os quais poderão ainda obter a estabilidade constitucional do art. 41, que discorre que caso o município não tenha capacidade de dar continuidade ao programa, terá que relocar esses servidores.

Logo, conclui-se que criar vínculo definitivo em relação temporária mostra-se incoerente. Ainda segundo a mesma fonte, o posicionamento do TCMG, dado o caráter temporário do programa, o que importa em precariedade, reconheceu que a contratação dos profissionais do PSF deveria se dar na forma de contratação temporária, mesmo sendo considerada atividade-fim, portanto, sujeita à realização de concurso público. Aplicando-se no caso, o princípio da razoabilidade, com exceção dos ACS que são regulados pela EC 51 e Lei 11.350/06, os profissionais do PFS podem e devem ser contratados através de contratação temporária, com fulcro no art. 37, IX da CF, observada a lei municipal aplicada ao caso (CONSEMSMG, 2010).

#### 3.4.1 Dos direitos do servidor efetivo estatutário municipal

Citam-se, a título de exemplos de tais garantias mínimas, o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), o salário mínimo ou piso salarial como menor salário e a impossibilidade de sua redução, salvo por negociação coletiva, as gratificações, o adicional noturno, a jornada de trabalho sem excessos (40 horas semanais), o repouso semanal remunerado, o adicional de horas extras, as férias, a licença-gestante, a licença maternidade, o aviso prévio, o adicional de insalubridade, progressão e ascensão funcional, aposentadoria e assistência previdenciária, licença prêmio, entre outros.

Porém, em seu artigo 17, da Lei nº 14.728/85, somente poderão se aposar do cargo, os brasileiros natos ou naturalizados, e consonante a CF/88, em seu art. 7º, inciso XXX, há proibição expressa de diferença de salários, de exercício de funções e de critérios de admissão por motivo de sexo, idade, cor e estado civil, assim como, em seu art. 79, inciso XV, que proíbe a diferença de vencimentos, quanto à religião ou concepção política e filosófica (LIMA FILHO, 2002).

#### 3.4.2 Dos deveres do servidor efetivo municipal

Os deveres do servidor efetivo são relacionados ao bom desenvolvimento do seu trabalho, são eles: exatidão administrativa, assiduidade, pontualidade, discrição, urbanidade, observância às normas legais, obediências as ordens superiores, bom comportamento, colaboração e sigilo sobre documentos e fatos em razão do cargo.

Também não é permitido o acúmulo de cargos, funções ou empregos públicos, promover a paralização de serviços públicos, se beneficiarem de alguma forma, em detrimento do cargo que ocupa. Tem a responsabilidade civil, administrativa e penal pelo exercício irregular de suas atribuições. Cumprindo penas disciplinares, se for necessário, graduadas de uma simples advertência a uma prisão ou suspensão administrativa (CARDOSO; PEDRO, 2011).

## **CAPÍTULO 4 PRINCÍPIOS DO DIREITO DO TRABALHO**

Toda norma jurídica nasce de uma razão, o qual é o seu princípio. Princípio é a fonte primordial ou que determina os alicerces do direito que não estão definidos em nenhuma norma legal.

Para Miguel Reale:

Princípios são enunciações normativas de valor genérico, que condicionam e orientam a compreensão do ordenamento jurídico, a aplicação e integração ou mesmo para a elaboração de novas normas. São verdades fundantes de um sistema de conhecimento, como tais admitidas, por serem evidentes ou por terem sido comprovadas, mas também por motivos de ordem prática de caráter operacional, isto é, como pressupostos exigidos pelas necessidades da pesquisa e da prática (REALE, 2005, p. 203).

O princípio serve de exemplo à criação da norma, ela tem a função de guiar o legislador ou outro agente sobre os seus motivos. Ele é muito mais que uma simples regra, estabelece certas limitações fornecendo diretrizes que embasam uma ciência e visam à sua correta compreensão e interpretação. Quando se viola um princípio se ofende não apenas a um mandamento obrigatório, mas a todo um sistema de comandos. Princípios informam, orientam e inspiram regras gerais. Todos os princípios devem ser observados desde a criação da norma, na sua interpretação e na sua aplicação (REALE, 2005).

### **4.1 Dos princípios constitucionais**

Os princípios constitucionais estabelecidos em nossa constituição auxiliam as normas em diversas ocasiões, são ordenações que se irradiam os sistemas de normas jurídicas, podendo ser incorporados, se transformando em normas–princípios, constituindo os preceitos básicos das organizações constitucionais (SILVA, 2006).

Os princípios constitucionais que se relaciona ao tema deste trabalho são, na definição de Vólia Bomfim Cassar, relacionado ao artigo I da CF, respeito a dignidade da pessoa humana, ao art. 5º, inviolabilidade do direito a liberdade e a vida privada, a igualdade, da anterioridade legal, livre manifestação do pensamento, livre exercício de qualquer trabalho ou ofício, ao art.7º, da proteção ao trabalhador e prevalência da condição mais favorável, da irredutibilidade do salário, da isonomia salarial e de tratamento, da boa fé e lealdade dos contratos (CASSAR, 2014).

Os princípios gerais do direito também são alicerces para o ordenamento jurídico, positivados na norma legal, porém, são monovalentes, normas genéricas que condicionam e

orientam a compreensão do ordenamento jurídico em sua aplicação, integração e elaboração de novas normas (REALE, 2005).

## 4.2 Dos princípios gerais do direito do trabalho

É determinado no art. 8º da CLT, que na falta de disposições legais ou contratuais, o intérprete pode utilizar-se dos princípios do Direito do Trabalho para fundamentar as normas jurídicas. São várias as classificações acerca dos princípios do Direito do Trabalho, como demonstra-se abaixo (MARTINS, 2014).

### 4.2.1 Princípio da proteção do empregado

Segundo o Américo Plá Rodrigues, são princípios específicos do direito do trabalho, os princípios da proteção que pode ser desmembrado em três: o *in dubio pro operário*, aplicação da norma mais favorável ao trabalhador; aplicação da condição mais benéfica ao trabalhador (RODRIGUES, 2015).

Quando se trata de aplicação da norma mais favorável ao trabalhador, é necessário dizer que as novas leis devem dispor de maneira mais benéfica ao trabalhador, criar regras que visem à melhoria na condição social deste. Na hierarquia das normas jurídicas, há várias normas a serem aplicadas, devendo ser utilizada a que for mais benéfica ao trabalhador. O art. 620 da CLT pode ser usado como exemplo, onde diz que: “as condições estabelecidas em convenção, quando mais favoráveis, prevalecerão sobre as estipuladas em acordo” (BRASIL, CLT, 1943).

Tal condição conferida ao trabalhador deve entender-se por direito adquirido, não podendo ser modificadas para pior. De acordo com a Súmula nº 51 do TST, “as cláusulas regulamentares, que revoguem ou alterem vantagens deferidas anteriormente, só atingirão os trabalhadores admitidos após a revogação ou alteração do regulamento” (BRASIL, 1973). Conclui-se que uma cláusula que desfavoreçam aos trabalhadores só poderá ter validade em relação aos novos obreiros admitidos na empresa, não valendo para os antigos.

### 4.2.2 Princípio da norma mais favorável

Assim como em outros ramos do direito, o Direito do Trabalho busca defender a parte desigual, mais fraca numa relação jurídica, neste caso, o trabalhador, sobre isso Villela coloca que:

No Direito do Trabalho, diante do conflito aparente de normas, aplicar-se-á aquela que for mais favorável ao empregado, salvo se a norma de hierarquia superior for de caráter proibitivo ou de ordem pública. Não haveria, portanto, uma hierarquia de leis, mas de normas. É o que reza o princípio da norma mais favorável (VILLELA, 2010, p. 80).

Um exemplo expresso deste princípio é encontrado no art. 620 da CLT, quando o dispositivo coloca que as condições estabelecidas em Convenção Coletiva de Trabalho, se forem mais favoráveis, irão prevalecer sobre as estipuladas em acordo coletivo de trabalho. Villela coloca que há três teorias para fixação da norma mais favorável: “o primeiro método consiste na teoria atomista ou da acumulação, que defende o fracionamento das normas para buscar em cada dispositivo o mais favorável ao trabalhador” (VILLELA, 2010, p. 80).

No entanto, ainda sob esse entendimento percebe-se que o método termina por ferir o conteúdo unitário e sistemático da norma. O segundo método colocado por Villela é a teoria do conjunto ou do conglobamento, em que: “[...] se consideram os diplomas ou instrumentos normativos como um todo, para fixar aquele mais favorável à classe obreira. É um método muito prestigiado na doutrina e na jurisprudência” (VILLELA, 2010, p. 80).

O último método é a teoria orgânica ou da incidibilidade dos institutos: “[...] o qual considera o conjunto das cláusulas referentes a cada instituto ou matéria previsto nas normas. É considerado como uma forma mais moderada da teoria do conglobamento [...]” (VILLELA, 2010, p. 80).

Portanto, tal princípio informa ao operador do Direito que se existirem duas ou mais normas aplicáveis ao caso concreto, dever-se-á aplicar aquela que melhor atenda aos interesses do trabalhador.

#### 4.2.3 Princípio do *in dubio pro operario*

Cabendo interpretações distintas diante de um texto jurídico que ofereça dúvida quanto a sua verdadeira intenção, o intérprete deve pender a sua decisão de forma a beneficiar o trabalhador (RODRIGUES, 2015).

É importante entender que não é uma orientação de, indiscriminadamente, julgar a favor do trabalhador em caso de dúvida. A própria CLT em seu artigo 8º dá base para isso, quando aponta para a primazia do interesse público e do bem-estar social (ZANGRANDO, 2000).

Prevalência na norma mais favorável ao trabalhador, o operador do direito deve, no caso concreto, usar a norma mais benéfica ao trabalhador, quando mais de uma tratar do mesmo tema (NASCIMENTO, 2009).

Preservação da condição mais benéfica, visa resguardar vantagens que o trabalhador conquistou, ou seja, é a solução de problema buscando garantir a questão de direito adquirido. (NASCIMENTO, 2009). Uma vez incorporada ao patrimônio do trabalhador uma situação mais vantajosa, de forma expressa ou mesmo tácita, não deve esta condição ser retirada, sob pena de violar o artigo 468 da CLT (BARROS, 2005).

Este princípio consiste na interpretação da norma, ou seja, caso haja duas ou mais interpretações incidentes sobre uma norma, deverá ser aplicada aquela que for mais favorável ao empregado. No entanto, traz alguns pontos importantes, como por exemplo, a inadmissibilidade da incidência deste princípio em sede processual para resolver controvérsia fática (VILLELA, 2010). A prova de determinado fato dependerá do contexto probatório dos autos, em conformidade com as regras de distribuição do ônus da prova, encontrados nos arts. 818, da CLT, e 333, I e II, da Lei nº 5.869, de 11 de janeiro de 1973 (Código de Processo Civil - CPC).

#### 4.2.4 Princípio da condição mais benéfica

Este princípio procura resguardar o empregado relativamente a qualquer modificação contratual, ou seja, como abordado no art. 468 da CLT, o qual dispõe que nos contratos individuais de trabalho só é lícita a alteração das respectivas condições, por mútuo consentimento, desde que não resultem, direta ou indiretamente, prejuízos ao empregado, sob pena de nulidade da cláusula infringente dessa garantia (VILLELA, 2010).

Garcia conceitua tal princípio afirmando que: “[...] assegura-se ao empregado a manutenção, durante o contrato de trabalho, de direitos mais vantajosos, de forma que as vantagens adquiridas não podem ser retiradas nem modificadas para pior” (GARCIA, 2010, p. 101).

Os Enunciados nº 51, I, e nº 288 ambas da Súmula do TST, as quais versam sobre este princípio:

SUM-51 NORMA REGULAMENTAR. VANTAGENS E OPÇÃO PELO NOVO REGULAMENTO. ART. 468 DA CLT (incorporada a Orientação Jurisprudencial nº 163 da SBDI-1) - Res. 129/2005, DJ 20, 22 e 25.04.2005 I - As cláusulas regulamentares, que revoguem ou alterem vantagens deferidas anteriormente, só atingirão os trabalhadores admitidos após a revogação ou alteração do regulamento. (ex-Súmula nº 51 - RA 41/1973, DJ 14.06.1973) [...] (BRASIL, 2005).

SUM-288 COMPLEMENTAÇÃO DOS PROVENTOS DA APOSENTADORIA (mantida) - Res. 121/2003, DJ 19, 20 e 21.11.2003 A complementação dos proventos da aposentadoria é regida pelas normas em vigor na data da admissão do empregado, observando-se as alterações posteriores desde que mais favoráveis ao beneficiário do direito (BRASIL, 2013).

Portanto, se, quando do ingresso do trabalhador em uma empresa, houvesse em instrumento normativo que o adicional a ser pago a título de horas extras seria de 60% (sessenta por cento), não seria válida cláusula que estipulasse índice inferior, de modo que alcançasse, validamente, aquele trabalhador (VILLELA, 2010).

Este princípio regula a solução de problemas de aplicação de normas no tempo, devem ser resguardadas as vantagens que o trabalhador tem nos casos de alterações prejudiciais das condições de trabalho. É expressão do princípio do direito adquirido, do direito comum, nos termos do art. 5º, XXXVI, da CF de 1988.

#### 4.2.5 Princípio da primazia da realidade

O Princípio da primazia da realidade é um desacordo entre a realidade fática e o que nos transmite os documentos, onde se deve privilegiar a verdade real. No Direito do trabalho, os fatos são mais importantes que os documentos, sendo assim, o que deve ser observado realmente são as condições que de fato demonstrem a existência do contrato de trabalho. “São privilegiados, portanto, os fatos, a realidade, sobre a forma e a estrutura empregada” (OST, 2009, p. 1).

Esse princípio é de grande importância no Direito, principalmente porque a CLT admite a possibilidade de um contrato tácito, tendo esse o mesmo efeito dos demais nas relações de emprego.

Bertolin, ao discorrer sobre o assunto, afirma ainda que:

Há também, os princípios fundamentais no trabalho segundo a OIT. Diante das mudanças que a conjuntura econômica impôs às relações de trabalho, sobretudo na década passada (anos 90), a OIT editou uma Declaração acerca dos Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho. Declarou, naquela ocasião, o que considera serem os princípios relativos aos direitos fundamentais: a liberdade sindical e o reconhecimento efetivo do direito de negociação coletiva; a eliminação de todas as formas de trabalho forçado ou obrigatório; a abolição efetiva do trabalho infantil e a eliminação da discriminação em matéria de emprego e ocupação. Esses quatro direitos estão expressos em oito convenções, sujeitas a um procedimento de supervisão e controle diferenciado (BERTOLIN, 2007, p. 1).

Em Direito do Trabalho, a verdade real tem prioridade sobre a verdade formal, nesse sentido, prevalecem fatos declinados em juízo, em detrimento dos documentos escritos. É assim que o artigo 9º da CLT prevê: “serão nulos de pleno direito os atos praticados com o objetivo de desvirtuar, impedir ou fraudar a aplicação dos preceitos contidos” (BRASIL, 1943).

A Declaração, porém, não conta com nenhum instrumento que imponha o cumprimento de tais princípios. A natureza desse procedimento de controle é estritamente

promocional, o qual permite a identificação das áreas assistenciais da OIT, por meio de atividades de cooperação técnica, onde pode se revelar importante na implementação dos direitos fundamentais.

#### 4.2.6 Princípio da integralidade e da intangibilidade do salário

Como na maioria dos princípios, o Princípio da Integralidade e da Intangibilidade do Salário, visa proteger o trabalhador, neste caso, de descontos abusivos assegurando a sua impenhorabilidade e a posição privilegiada em caso de insolvência do empregador. O art. 7º da CRFB/1988 coloca explicitamente alguns direitos dos trabalhadores, como por exemplo, no seu inciso VI e X, os quais tratam da irredutibilidade do salário e da proteção ao salário, respectivamente:

Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: [...] VI - irredutibilidade do salário, salvo o disposto em convenção ou acordo coletivo; [...] X - proteção do salário na forma da lei, constituindo crime sua retenção dolosa; [...] (BRASIL, 1988).

E o art. 463, *caput*, da CLT, complementa com o seguinte dizer: “ao empregador é vedado efetuar qualquer desconto nos salários do empregado, salvo quando esse resultar de adiantamentos, de dispositivos de lei ou de contrato coletivo” (BRASIL, 1943).

No entanto, recorda-se da ressalva no §1º, do art. 462, da CLT, a qual trata do desconto pertinente ao salário, afirmando que por sua vez, o art. 462, §1º, da CLT autoriza o desconto no salário no caso de dano causado pelo empregado, desde que previamente acordado, ou na ocorrência de dolo. Ou seja, é lícito o desconto pertinente a prejuízos ao patrimônio empresarial decorrentes de culpa grave do empregado, sendo condição sinequanon à sua validade a prévia existência de ajuste nesse sentido. A hipótese de dolo do obreiro prescinde desse ajuste prévio (VILLELA, 2010).

O Tribunal Superior de Trabalho através do Enunciado nº 342 da sua Súmula versa sobre tal princípio com a seguinte colocação:

SUM-342 DESCONTOS SALARIAIS. ART. 462 DA CLT (mantida) - Res. 121/2003, DJ 19, 20 e 21.11.2003 Descontos salariais efetuados pelo empregador, com a autorização prévia e por escrito do empregado, para ser integrado em planos de assistência odontológica, médico-hospitalar, de seguro, de previdência privada, ou de entidade cooperativa, cultural ou recreativo-associativa de seus trabalhadores, em seu benefício e de seus dependentes, não afrontam o disposto no art. 462 da CLT, salvo se ficar demonstrada a existência de coação ou de outro defeito que vicie o ato jurídico (BRASIL, 2003).

O TST tomou a posição no sentido de vedar qualquer presunção no que se refere à suposta coação no ato da admissão, sendo necessária a efetiva comprovação do aludido vício

de vontade ou de consentimento para que se invalide os referidos descontos (VILLELA, 2010).

Por fim, coloca-se também que as interpretações destes dispositivos que defendem a intangibilidade e a integralidade do salário devem ser em conjunto com o princípio da dignidade da pessoa humana, da valorização do trabalho e da submissão da propriedade à sua função social.

#### 4.2.7 Princípio da continuidade da relação de emprego

O Princípio da continuidade da relação de emprego tem como objetivo dar continuidade ao vínculo empregatício, onde se deve assegurar maior possibilidade de permanência do trabalhador em seu emprego. O contrato de trabalho terá validade por prazo indeterminado, ou seja, relação de emprego terá sempre continuidade. Ficam proibidas sucessivas prorrogações dos contratos a prazo e a adoção do critério da despersonalização do empregador visa à manutenção do contrato nos casos de substituição deste (VILLELA, 2010).

Conforme a Súmula nº 212 do TST “o ônus de provar o término do contrato de trabalho, quando negados a prestação de serviço e o despedimento, é do empregador, pois o princípio da continuidade da relação de emprego constitui presunção favorável ao empregado” (BRASIL, 2003).

O fundamento do Princípio da Continuidade da Relação de Emprego é a natureza alimentar do salário, já que o trabalhador é subordinado jurídica e economicamente ao empregador e, do seu trabalho, retira o seu sustento.

#### 4.2.8 Princípio da Irrenunciabilidade

O Princípio da Irrenunciabilidade de direitos tem como regra o fato de que o trabalhador não pode renunciar seus direitos, salvo se estiver em juízo, perante o juiz do trabalho, pois assim não se pode dizer que o empregado foi forçado a fazê-lo.

Esse princípio consiste na impossibilidade jurídica de o trabalhador privar-se voluntariamente de vantagens a ele conferidas pela lei trabalhista. Caso tal Princípio não existisse, os trabalhadores teriam seus direitos reduzidos facilmente, por causa da sua situação econômica e social menos privilegiada. Fácil seria para o empregador não querer cumprir as obrigações legais, bastava obter um documento mostrando que o trabalhador teria renunciado

a determinados direitos, para não precisar satisfazê-los, fazendo com que o mesmo, pela necessidade do trabalho, renunciasse aos seus direitos (BERTOLIN, 2007).

A súmula 276 do TST mostra que o aviso prévio é irrenunciável pelo trabalhador. Todas as verbas rescisórias são irrenunciáveis pelo trabalhador. Pois inexistem *res dúbia* “dúvida”, em relação a estas.

### 4.3 Dos princípios do direito internacional do trabalho

Os princípios fundamentais no trabalho segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), surgiram diante das mudanças que a conjuntura econômica impôs às relações de trabalho, sobretudo na década passada (anos 90), a OIT editou uma Declaração acerca dos Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho.

Declarou, naquela ocasião, o que considera serem os princípios relativos aos direitos fundamentais:

- a liberdade sindical e o reconhecimento efetivo do direito de negociação coletiva;
- a eliminação de todas as formas de trabalho forçado ou obrigatório;
- a abolição efetiva do trabalho infantil;
- a eliminação da discriminação em matéria de emprego e ocupação (NAPOLI, 2014, p. 1).

Esses quatro direitos estão expressos em oito convenções, sujeitas a um procedimento de supervisão e controle diferenciado. Todo ano a OIT noticia um relatório global contendo informações sobre cada direito específico, onde são retratadas a observância daquele princípio em todo o mundo e ressaltando os casos mais graves de violações ou recorrentes. A Declaração, não conta com nenhum instrumento que venha impor o cumprimento desses princípios. A natureza desse procedimento de controle é estritamente promocional, o que permite a identificação das áreas nas quais a assistência da OIT, por meio de atividades de cooperação técnica, pode se revelar importante na implementação dos direitos fundamentais (BERTOLIN, 2007).

Portanto, os princípios são ideias padrões a serem adotadas pelo Direito do Trabalho, tanto nas leis, quanto na atividade interpretativa e integradora. Num contexto geral mundial onde se verificam altos índices de desemprego e o constante crescimento da economia informal, nos parece razoável que cada vez mais o Direito do Trabalho tenha como fundamento principal a proteção do trabalhador.

#### 4.4 Cláusula da equiparação salarial

Segundo a CLT, nos dá respaldo legal para fundamentar a equiparação salarial de empregados que realizam a mesma função e são remunerados de forma diferente:

**Art. 6º** Não se distingue entre o trabalho realizado no estabelecimento do empregador, o executado no domicílio do empregado e o realizado a distância, desde que estejam caracterizados os pressupostos da relação de emprego. (Redação dada pela Lei nº 12.551, de 2011)

**Art. 461** - Sendo idêntica a função, a todo trabalho de igual valor, prestado ao mesmo empregador, na mesma localidade, corresponderá igual salário, sem distinção de sexo, nacionalidade ou idade. (Redação dada pela Lei nº 1.723, de 8.11.1952) (BRASIL, 1943).

Husek, em sua obra, faz referência à Carta das Nações Unidas, que reafirma os direitos fundamentais ao homem, onde o Brasil é membro, em conjunto com a OIT, que justificam e influenciam a existência dos direitos do trabalho. A convenção internacional da OIT, assinada e ratificada no Brasil, traz as convenções de nº 26, que dispõe sobre o compromisso em instituir ou conservar a fixação do salário mínimo aos trabalhadores e a convenção de nº 95, que dispõe sobre a proteção do salário e assegura que o salário deve ser pago diretamente ao trabalhador, salvo convenção coletiva ou sentença arbitral, que, não pode o empregador restringir a liberdade do trabalhador de dispor, da maneira que bem quiser, de seu salário, e ainda, que, não serão permitidos descontos em seu salário, salvo por condições e limites prescritos na legislação nacional, convenção coletiva ou sentença arbitral, ficando também proibido qualquer desconto de salários cuja finalidade seja assegurar pagamento direto ou indireto do trabalhador empregado (HUSEK, 2009).

O salário é protegido de penhora ou cessão para assegurar a manutenção do trabalhador e de sua família. A convenção nº 97 descreve que o tratamento aplicado ao migrante não pode ser inferior ao aplicado ao nacional no que tange à remuneração (salários, horas extras, abonos, férias remuneradas, restrições do trabalho em domicílio, idade de admissão no emprego, aprendizagem e formação profissional, trabalho de mulheres e menores). Os salários devem ser pagos em moeda nacional.

Portanto, justifica-se a equiparação salarial referente a remuneração dos médicos participantes do programa mais médicos sem distinção de país de origem, onde os princípios são ideias padrões a serem adotadas pelo Direito do Trabalho, tanto nas leis, quanto na atividade interpretativa e integradora. (HUSEK, 2009).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Direito do Trabalho foi conquistando aos poucos, seu respeito e foi mostrando sua importância não só no ordenamento jurídico, como numa melhoria da sociedade. Pois, observando a evolução histórica do Direito Trabalhista, o mesmo teve papel fundamental ao garantir condições mínimas de vida aos trabalhadores, assegurando a dignidade da pessoa humana e evitando abusos que o capital e a busca pelo lucro pudessem causar aos membros da sociedade, principalmente aos hipossuficientes na relação de trabalho, ou seja, os trabalhadores. A primeira Constituição a tratar de Direito do Trabalho foi a de 1934, já garantindo a liberdade sindical, isonomia salarial, salário mínimo, jornada de oito horas de trabalho, proteção do trabalho das mulheres e menores, repouso semanal, férias anuais remuneradas, conforme o art. 121 da CLT. Essa evolução e disseminação de normas que tratam de Direito do Trabalho apresentada de forma tão plural, deu consistência e autonomia, colocando-o como um ramo dentro da ciência jurídica que aponta para as aspirações existentes no atual momento histórico.

O Direito do Trabalho vem dar um sentido social, humano e jurídico na conceituação e valorização do trabalho. O sistema liberal representou uma igualdade jurídica ao lado de uma desigualdade econômica. A desumanidade da Revolução Industrial demonstra a necessidade de intervenção, para que o mais forte não subjugu o mais fraco. É necessária essa intervenção, que, muitas vezes, não é suficiente, porque o empregador dispõe de enorme privilégio econômico. O trabalhador é facilmente manipulado, não só pela ingenuidade, mas pela necessidade, por não ter escolha, ser dependente. Com o excesso de mão-de-obra disponível, torna-se cada vez mais fácil para o empregador abusar da desvantagem do empregado, que acaba se submetendo a uma situação claramente abusiva.

Cumpram-se ressaltar que muitos serão os desafios a serem enfrentados pela OIT no século XXI, conquanto a Organização Mundial do Comércio (OMC) assume cada vez mais o papel de foro das negociações, chamando para si todo o tipo de tema relacionado ao comércio internacional de maneira extensiva, o que inclui o tema trabalho. No entanto, o paradigma nesta organização é diverso, pois ali o trabalho é visto como uma mercadoria, idéia que a OIT há mais de 85 anos vem tentando combater. Se o trabalho no século XXI será finalmente reconhecido como um direito inalienável do ser humano é uma pergunta que queda sem resposta. Há mais de três séculos, desde antes da lei Le Chapelier na França, que o direito ao trabalho e às liberdades relacionadas ao trabalho vêm sendo conquistados a base de lutas incessantes que marcaram a história contemporânea. Cabe aos trabalhadores e empregadores

buscar o fortalecimento do diálogo construído no seio de ideais da OIT e cabe à toda a sociedade civil formular as perguntas e não se calar diante das respostas vazias, muito menos diante das violações de direitos humanos levadas à cabo pela "flexibilização", que nada mais é do que a desconstrução paulatina e dissimulada dos direitos sociais e do trabalho conquistados ao longo do século XX.

No tocante à hipótese desta, delimitou-se a análise do objeto somente pelo ponto de vista de verificação do enquadramento jurídico dos Programas de Saúde da Família e do Mais Médicos, embora o estudo tenha perpassado por outras questões relevantes, que podem levar a discussões acerca da constitucionalidade e dos direitos humanos e também de um viés administrativo e de direito internacional, o verdadeiro propósito foi o de trazer à lume a disparidade de tratamento jurídico e humanitário dispensado a dois profissionais da medicina: um mais favorável porque foi instituído antes do Programa Mais Médicos e outro menos favorável, porque nasceu após a entrada em vigor desse programa.

Esta pesquisa procurou descrever e analisar especificamente a relação trabalhista do médico, no que concerne a atividade laboral do mesmo, inserido ou contratado no Programa de Saúde da Família e no Programa Mais Médicos. Através desta análise do tema, sintetizaram-se os principais aspectos trabalhistas e sua legislação vigente. Sendo assim, foi possível observar que é o mesmo, bastante relevante para o meio jurídico, uma vez que trata de um assunto atual e em constante polêmica.

Em conclusão, dada a premissa de o Estado brasileiro o responsabiliza pelas equipes que integra, posicionando-o fora da residência médica necessariamente colaborativa e fiscalizada, é injusto tratamento do médico integrante do Programa Mais Médicos radicalmente menos favorável que o colega de trabalho servidor municipal, à luz do princípio segundo qual, todo trabalho de igual valor, receberá mesmo tratamento.

Aproveitamos o ensejo para tecer algumas considerações sobre outros assuntos correlatos, nascidas durante a feitura do presente trabalho.

No programa de saúde da família, uma parceria com os municípios, houve êxito e sucesso em suas implantações, vinha crescendo a cada ano, o que perdeu a força com a implantação do Programa Mais Médicos. Ou seja, em vez de uma ação de “caráter permanente”, de uma equipe multiprofissional, composta por nove profissionais, optou-se por um inepto remendo de um médico, estrangeiro, em sua maioria, cubanos, trabalhadores temporários, que em no máximo três anos, retornariam ao seu país de origem. Os médicos atuantes em PSF podem ser contratados temporários também, estando estes submetidos a regras próprias de contratos municipais (em anexo), porém, por ter suas raízes em seu estado

e/ou município, famílias e demais vínculos, há um compromisso moral e um envolvimento com o programa e a comunidade a qual presta serviço, o que faz com que esse contrato se renove por muito tempo, dando a este um caráter permanente.

Uma vez trabalhando em situação totalmente diversa de um mínimo de dignidade e ainda irregular perante a sua condição de poder permanecer no país para trabalhar, não se pode pensar com isso, que este trabalhador não faça por onde ter os seus devidos direitos trabalhistas reconhecidos. Para que não se tenha dúvidas desses direitos, deve-se recorrer ao princípio da Primazia da Realidade. A condição de estar o trabalhador estrangeiro de fato laborando deve superar a sua condição de irregular enquanto imigrante, e o faz, ao menos para efeito do Direito do Trabalho, legitimado a ter reconhecidos todos os seus direitos. A depender do aprofundamento que se possa fazer no caso concreto, quem sabe até mesmo a sua condição de irregular possa ser sanada, visto que, como já foi dito, poderia o trabalhador estrangeiro, baseado no princípio da Boa-Fé, ter pactuado com a parte contratante o andamento do devido processo para a regularização, tendo este obreiro, é claro, todas as demais condições necessárias a uma regular permanência no Brasil.

É importante observar fatores relacionados com o programa mais médicos que caracteriza uma condição análoga à de trabalho escravo. Porém, há controvérsias sobre o tema, uma vez que o apoio da OPAS/OMS ao Mais Médicos serviu apenas como um verniz de maior seriedade à implementação do programa que, fomentará a servidão dos médicos cubanos. Uma vez contratado, porém, ainda que oralmente, deve-se recorrer a dois princípios aplicados ao Direito do Trabalho. Um, de caráter mais genérico, o princípio da Boa-fé. O estrangeiro, quando selecionado e uma vez acertada a sua contratação, entende que a relação ali estabelecida está seguindo o princípio da Boa-fé, entendendo que terá condições de trabalho dentro de padrões que permitam um mínimo de dignidade e que até terá a sua situação regularizada pelo contratante.

O que acontece com Cuba, deve servir de alerta para os que defendem o socialismo, pois justamente um regime que deveria priorizar o trabalho frente ao capital, faz exatamente o contrário, adotando práticas de controle e até de trabalho escravo. Ou seja, o modelo fracassa com relação ao trabalho e em seu aspecto fundamental. Constatou-se por meio de documentos em anexo, que algumas práticas em relação aos médicos cubanos no Programa Mais Médicos estão em desacordo com os diplomas brasileiros e internacionais de Direitos Humanos, a falta de liberdade de locomoção e a restrição à expressão do indivíduo configuram o que se entende por trabalho forçado, qual seja, aquele que afronta diretamente o bem jurídico liberdade. Corroborando com a vigilância ostensiva, os vícios de consentimento e o abuso de

vulnerabilidade, relacionando-se a um meio aparente de limitação pela coação e por demonstrar a fragilidade dos ofendidos perante o sistema político dominante de Cuba. Abrange ainda este contrato, a servidão por dívida, em razão do disposto acerca da restituição dos valores de transporte se desligamento antes do prazo ou por justa causa, confirmando a hipótese de trabalho forçado, assim como a retenção de salários, condição imposta pela coerção. Pelo exposto, conclui-se pela ausência da isonomia dos cubanos em relação aos demais médicos participantes do Programa Mais Médicos para o Brasil.

Foram ratificadas as diferenças no destino das remunerações, bem como um tratamento desigual em relação a lotação do profissional do Mais Médicos em áreas mais carentes. Além de que não há acesso aos direitos trabalhistas elementares, elencados na Constituição, como licença maternidade e paternidade, terço constitucional no gozo de férias e 13º salário com base na remuneração integral. Fica então evidente, que a atividade laboral do médico, tanto no PSF como no Programa Mais Médicos precisa ser revista pelo poder público para que os profissionais sejam valorizados e tenham condições para exercer sua profissão com dignidade e para que a sociedade seja contemplada com uma assistência de saúde pública de qualidade. Se há uma previsão de três anos de vínculo contratual, no mínimo, considera-se um longo período onde os médicos submetem-se as cláusulas contratuais sendo tolhidos os diversos direitos trabalhistas considerados inderrogáveis.

Cerca de 18.450 médicos fizeram a pré-inscrição no edital do Programa Mais Médicos, e 4.657 finalizaram o processo, apresentando a documentação, do total, 3.891 atuam no Brasil (em março/2015). As entidades médicas afirmam que a medida do governo promove o exercício ilegal da medicina e que a pretensão do governo federal não garante políticas públicas de qualidade e tem o condão de permitir o exercício irregular e ilegal da medicina no Brasil, eis que é sabido de todos que não existe revalidação. No entanto, diferentes leis regulam o assunto. Podemos encontrar, então, médicos dentro do programa da saúde da família contratado por concurso público municipal, por contrato temporário de trabalho por excepcional interesse público e ainda, por contratação via administrativa pelo programa mais médicos, regulamentações completamente diferentes para o mesmo cargo, cada qual com seu prazo e regime de vínculo jurídico, estabelecendo de diferentes maneiras a relação do contrato na administração pública, algumas vezes inconstitucionalmente.

Há de se considerar também a primazia da dignidade da pessoa humana, princípio base da Constituição brasileira, onde o principal bem jurídico tutelado passa a não ser a liberdade e sim a dignidade, que é mais abrangente, alcançando a honra, a igualdade e tantos

outros direitos inerentes ao ser humano. A proteção do trabalhador perpassa por este princípio, tornando-se mais efetiva para coibir ações discriminatórias.

No Brasil, por se tratar de um Estado signatário de diversos tratados, proíbe o trabalho forçado. Assim, é claro e objetivo que os atos da administração, normativos ou não, emanados por qualquer autoridade pública, devem observar os princípios constitucionais de forma irrestrita. Neste liame, cabe o princípio da legalidade, basilar num Estado Democrático de Direito, cuja relevância se dá em seu texto que diz que ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa em virtude de lei. O Ministério Público do Trabalho que considerou a contratação dos cubanos totalmente irregular, questionando a contratação, as irregularidades incluem ausência de concurso e remuneração abaixo do mínimo legal, que reitera a precarização das relações de trabalho, transferindo a execução desses serviços diretamente para instituições particulares, onde não se reconheço o vínculo empregatício de qualquer natureza.

O governo federal tenta resolver no atacado, na base de um regime de trabalho que, na melhor das hipóteses, se assemelha à servidão o que não conseguiu resolver no varejo, com o Mais Médicos. Em um primeiro momento poderia até ser entendido como um legítimo anseio do governo federal em atender os urgências da política pública de manutenção da saúde da população do país, porém, na modalidade de recrutamento amplo, geral e irrestrito, o programa foi um fracasso. O estado deixou de ser um provedor dos direitos para ser um administrador de contratos, utilizando-se de terceirizações alegando segurança jurídica para o Programa Mais Médicos, uma vez que vindo como intercambistas, não há relação de trabalho, burlando assim, o vínculo empregatício do profissional médico que atua nos PSFs. Não se mostra solução nem de fato nem de direito, pois falha a tender sus finalidades precípuas e viola diversos dispositivos e preceitos que guarnecem a atua ordem jurídica, o que se verifica é que o Programa Mais Médicos olvidou o disposto nos referidos tratados e convenções adotados pelo Brasil, assim como os valores sociais do trabalho. Há uma necessária equiparação com os demais países também participantes, assim como unicidade do regime dos servidores.

Finalmente, os assuntos decorrentes do presente trabalho não se esgotam na pesquisa e análise realizadas, sendo apenas um introdutório para estudos subsequentes, avançando no tema sob outros pontos de vista, merecedores de atenção para aqueles que no meio jurídico, defendem a essência dos direitos trabalhistas.

## REFERÊNCIAS

- ALEXANDRINHO, Marcelo; PAULO, Vicente. **Direito administrativo descomplicado**. 21. ed. São Paulo: Método, 2009.
- BARBOSA, Caio. **Treze médicos cubanos chegam a São Mateus**. Folha Acadêmica, mar. 2014. Disponível em: <<http://www.folhaacademica.com.br/ver-noticia/2617/novos/estrutura/novos/tempo.html>>. Acesso em: 26 abr. 2015.
- BARROS, Alice Monteiro de. **Curso de direito do trabalho**. São Paulo: LTr, 2005.
- BERTOLIN, Patrícia Tuma Martins. Os princípios do Direito do Trabalho e os direitos fundamentais do trabalhador. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, X, n. 40, abr 2007. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=artigos\\_leitura\\_pdf&artigo\\_id=1773](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=artigos_leitura_pdf&artigo_id=1773)>. Acesso em: 27 maio 2015.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 02 maio 2015.
- \_\_\_\_\_. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil (de 24 de fevereiro de 1891)**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao91.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao91.htm)>. Acesso em: 05 maio 2015.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm)>. Acesso em: 06 maio 2015.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/civil\\_03/decreto-lei/del5452.htm](http://www.planalto.gov.br/civil_03/decreto-lei/del5452.htm)>. Acesso em: 02 maio 2015.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCivil\\_03/leis/L8745cons.htm](http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/L8745cons.htm)>. Acesso em: 03 maio 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 29 abr. 2015.
- \_\_\_\_\_. Tribunal superior do Trabalho. **Súmula nº 51, de 25.04.2005**. Disponível em: <[http://www3.tst.jus.br/jurisprudencia/Sumulas\\_com\\_indice/Sumulas\\_Ind\\_51\\_100.html#SUM-51](http://www3.tst.jus.br/jurisprudencia/Sumulas_com_indice/Sumulas_Ind_51_100.html#SUM-51)>. Acesso em: 27 maio 2015.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Súmula nº 212, de 21.11.2003**. Disponível em: <[http://www3.tst.jus.br/jurisprudencia/Sumulas\\_com\\_indice/Sumulas\\_Ind\\_201\\_250.html#SUM-212](http://www3.tst.jus.br/jurisprudencia/Sumulas_com_indice/Sumulas_Ind_201_250.html#SUM-212)>. Acesso em: 30 maio 2015.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Súmula nº 288, de 17.12.2013**. Disponível em: <[http://www3.tst.jus.br/jurisprudencia/Sumulas\\_com\\_indice/Sumulas\\_Ind\\_251\\_300.html#SUM-288](http://www3.tst.jus.br/jurisprudencia/Sumulas_com_indice/Sumulas_Ind_251_300.html#SUM-288)>. Acesso em: 27 maio 2015.
- CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **106ª seção extraordinária**. Disponível em: <<http://www2.camara.sp.gov.br/WebAzul/dl.aspx?1438>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

CASSAR, Vólia Bonfim. **Direito do trabalho**. 9. ed. São Paulo: Método, 2014.

CASARIM, Célio. **Cubanas do programa mais médicos chegam a Araras**. Tribuna do Povo, abr. 2014. Disponível em: <<http://www.tribunadopovo.com.br/cubanas-do-programa-mais-medicos-chegam-a-araras/>>. Acesso em: 04 maio 2015.

CRMPR. **Proibido o trabalho de médicos em hospitais sem inscrição no CRM e CFM**. Mar. 2014. Disponível em: <<http://crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/arquivos/article/viewFile/637/621>>. Acesso em: 29 abr. 2015.

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

DIÁRIO DO AMAPÁ. **Antes da chegada dos profissionais estrangeiros, o Brasil possuía apenas 388.015 médicos**. Interjornal, 2014. Disponível em: <[http://www.interjornal.com.br/noticia\\_impresao.kmf?cod=27037179&pdf=1](http://www.interjornal.com.br/noticia_impresao.kmf?cod=27037179&pdf=1)>. Acesso em: 07 maio 2015.

FERREIRA, Antônio Carlos Gomes. A desobediência civil na sociedade brasileira em Hannah Arendt. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 19, n. 3971, 16 maio 2014. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/28439>>. Acesso em: 01 maio 2015.

FREIRE, Marcelo Gomes. **Protesto no Brasil em 2013**. Instituto Marcelo Gomes Freire, 2013. Disponível em: <<https://institutomarcelogomesfreire.wordpress.com/2013/08/21/protestos-no-brasil-em-2013/>>. Acesso em: 05 abr. 2015.

GARCIA, Gustavo Filipe Barbosa. **Manual de direito do trabalho**. 2. Ed. rev. e atual. São Paulo: Método, 2010.

HUSEK, Carlos Roberto. **Curso básico de direito internacional público e privado do trabalho**. São Paulo: LTr, 2009.

INSTITUTO TEOTÔNIO VILELA. **Servos cubanos**. Ago. 2013. Disponível em: <<http://liderancas.camara.gov.br/minoria/noticias/servos-cubanos>>. Acesso em: 09 abr. 2015.

JORNAL PRIMEIRA PÁGINA. **Um esforço elogioso**. Primeira Página, 2014. Disponível em: <<http://www.jornalpp.com.br/editorial/item/58961-um-esforco-elogioso>>. Acesso em: 03 maio 2015.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito do trabalho**. 30. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

MEDEIROS, Tainah. **Governo anuncia programa mais médicos**. Blog Dr. Drauzio Varela, 2013. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/noticias/governo-anuncia-programa-mais-medicos/>>. Acesso em: 25 abr. 2015.

MEIRELLES, Ely Lopes. **Direito administrativo brasileiro**. 36. ed. São Paulo: Malheiros, 2010.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de direito administrativo**. 21. ed. São Paulo: Malheiros, 2006

MORAES FILHO, Evaristo de; MORAES, Antônio Carlos Flores de. **Introdução ao direito do trabalho**. 10. ed. São Paulo: LTr, 2010.

MOREIRA, Adriano. **Teoria das relações internacionais**. Coimbra: Almedina, 1999.

MOTTA, Fabrício. A contratação de pessoal por prazo determinado pela administração pública vista pelo Supremo Tribunal Federal. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 11, n. 972, 28 fev. 2006. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/8045>>. Acesso em: 26 maio 2015.

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.

NICKEL; Daniela Alba; CALVO, Maria Cristina Marino; CAETANO, João Carlos. Vínculos trabalhistas na estratégia de saúde da família em Santa Catarina. **I Amostra de Produção em Saúde da Família**. Brasília, UFSC, 2008. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/mostra/cc/ok15h\\_daniela\\_alba\\_cc14.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/mostra/cc/ok15h_daniela_alba_cc14.pdf)>. Acesso em: 06 maio 2015.

OIT LISBOA. **Mandato**. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lis>>. Acesso em: 05 maio 2015.

OIT. **Constituição da organização internacional do trabalho (OIT) e se anexo**. 1944. Disponível em: <[http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/decent\\_work/doc/constituicao\\_oit\\_538.pdf](http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/decent_work/doc/constituicao_oit_538.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2015.

OIT. **Constituição OIT e declaração de Filadélfia**. Disponível em: <<http://www.OITbrasil.org.br/content/constitui%C3%A7%C3%A3o-oit-e-declara%C3%A7%C3%A3o-de-filad%C3%A9lfia>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

PEREIRA, Edson. **O programa mais médicos**. Administradores, 2014. Disponível em: <<http://www.administradores.com.br/artigos/economia-e-financas/o-programa-mais-medicos/76877/>>. Acesso em: 22 abr. 2015.

REALE, Miguel. **Lições preliminares de direito**. 27. ed. 5. tir. São Paulo: Saraiva, 2005.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas públicas de saúde: sistema único de saúde**. UNASUS, 2014. Disponível em: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade04/unidade04.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf)>. Acesso em: 02 maio 2015.

RIBEIRO, Guilherme. A realização da política no Brasil urbano do século XXI, notas e testemunho. **Revista Continentes**, ano 2, n. 3, 2013. Disponível em: <<http://r1.ufrjr.br/revistaconti/index.php/continentes/index>>. Acesso em: 02 maio 2015.

RODRIGUEZ, Américo Plá. **Princípios de direito do trabalho**. Tradução de Wagner D. Giglio. 3. ed. atual. São Paulo: LTr, 2015.

SANTA CATARINA. Secretaria de Saúde. **Estratégia do programa saúde da família – PSF e programa agentes comunitários- PCS no estado de Santa Catarina**. [200?]. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/PSF/historico/Saude\\_da\\_Fam%C3%ADlia\\_SC.doc](http://www.saude.sc.gov.br/PSF/historico/Saude_da_Fam%C3%ADlia_SC.doc)>. Acesso em: 03 maio 2015.

SILVA. José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 27. ed. rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2006.

SUSSEKIND, Arnaldo. **Direito internacional do trabalho**. 3. ed. atual. São Paulo: LTr, 2000.

VILLELA, Fabio Goulart. **Manual de direito do trabalho: teoria e questões**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

WIKIPÉDIA. **Protestos no Brasil em 2013**. Publ. 2013. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Protestos\\_no\\_Brasil\\_em\\_2013](http://pt.wikipedia.org/wiki/Protestos_no_Brasil_em_2013)>. Acesso em: 02 abr. 2015.

YOUTUBE. **Em pronunciamento comemorativo do 1º de maio, Presidenta Dilma anuncia correção de 10% nos benefícios**. Publ. 2014. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=GCpHyLv7aXc>>. Acesso em: 03 abr. 2015.

ZANGRANDO, Carlos Henrique da Silva. **Resumo do direito do trabalho**. 5. ed. Rio de Janeiro: Trabalhistas, 2000.

**Anexo 1. LEI Nº 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013 (Programa Mais Médicos)****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.

**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.

§ 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.

## CAPÍTULO V

### 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 preceptoría 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 preceptoría 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 “I” 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*

**Este texto não substitui o publicado no DOU de 23.10.2013, seção I, pág. 1**

## Anexo 2. INSTRUMENTO DE CONTRATO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

### 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 Sta. 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 Álvarez Villanueva su carácter de Especialista de Negocios

DE OTRA PARTE: Ramona Matos Rodríguez (nombre y apellidos del profesional o técnico); ciudadano(a) cubano(a); con número de identidad permanente 62083113236 en Carr. de Campo Florido a Gbará, San Cayetano, Habana Este con domicilio reconocido 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.

- 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.

- 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

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 **MINSAP** en Cuba, según corresponda, para determinar el periodo 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 esté 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.

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.

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.

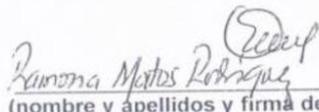
3.4 Ambas Partes podrán dar por terminado el presente Contrato durante su vigencia por causas debidamente justificadas, previo análisis de conjunto, lo que se comunicará por escrito con efecto a partir de la llegada a Cuba del **PROFESIONAL DE LA SALUD CUBANO**. Ello se realizará sin perjuicio alguno 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.

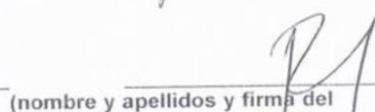
#### IV. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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.

  
Raunona Matos Rodriguez

(nombre y apellidos y firma del  
DE LA SALUD  
CUBANO)



(nombre y apellidos y firma del  
funcionario designado por CSMC)

PROFESIONAL

### Anexo 3. EDITAL Nº 2, DE 15 DE JANEIRO DE 2015 (Ministério da Saúde)



Ministério da Saúde  
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

EDITAL Nº 02, DE 15 DE JANEIRO DE 2015

#### ADESÃO DE MÉDICOS AOS PROGRAMAS DE PROVISÃO DE MÉDICOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL E PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA

O MINISTÉRIO DA SAÚDE, por meio da SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE (SGTES/MS), considerando as ações de aperfeiçoamento na área de Atenção Básica em Saúde em regiões prioritárias para o SUS, no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, instituído pela Lei nº 12.781, de 22 de outubro de 2013, regulamentado pela Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013, e do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), nos termos da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, regulamentado pela Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC, de 1º de setembro de 2011, torna pública a realização de chamamento público de médicos formados em instituições de educação superior brasileiras e estrangeiras para adesão aos Programas de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde, conforme estabelecido neste Edital.

#### 1. DO OBJETO

Este Edital tem por objeto realizar chamamento público de médicos formados em instituições de educação superior brasileiras e estrangeiras, nos termos do art. 13 da Lei nº 12.871/2013, do art. 18 da Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC/2013 e dos arts. 1º e 2º, inciso I, da Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC/2011 para adesão aos Programas de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde referentes ao Projeto Mais Médicos para o Brasil e ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), nos termos estabelecidos no presente Edital, com 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.

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

2.1. Poderão participar do chamamento público promovido pelo presente Edital, no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, observada na seleção a seguinte ordem de prioridade:

2.1.1. médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País;

2.1.2. médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da medicina no exterior; e

2.1.3. médicos estrangeiros com habilitação para exercício da Medicina no exterior.

2.2. Constituem requisitos para a participação dos médicos de que trata o subitem 2.1.1:

2.2.1. estar em situação regular perante a Justiça Eleitoral;

2.2.2. sendo do sexo masculino, estar em situação regular com as obrigações militares;

2.2.3. possuir certificado de conclusão de curso ou diploma de graduação em medicina em instituição de educação superior brasileira legalmente estabelecida e certificada pela legislação

vigente; ou possuir diploma de graduação em medicina obtido em instituição de educação superior estrangeira revalidado no Brasil;

2.2.4. possuir habilitação em situação regular para o exercício da medicina, mediante registro no Conselho Regional de Medicina (CRM); e

2.2.5. não ser participante de programa de residência médica em instituição de educação superior brasileira, não estar prestando o Serviço Militar Obrigatório no período de vigência do Projeto ou possuir vínculo de serviço com carga horária incompatível com as exigências do Projeto.

2.3. Para fins de comprovação do disposto no item 2.2.5, o médico participante prestará declaração negativa de vínculo, quando do preenchimento do formulário de adesão, sob as penas da lei.

2.4. Para fins de comprovação do cumprimento do disposto no item 2.2.5, na hipótese de ser participante de programa de residência médica, o médico interessado terá 2 (dois) dias úteis, contados da data da divulgação do resultado da localidade em que será alocado para participar do Projeto, para enviar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil o comprovante do seu pedido de desligamento formalizado junto à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

2.4.1. O documento de que trata o item 2.4 deverá ser enviado, por via eletrônica, pelo médico participante à Coordenação do Projeto pelo correio eletrônico [maismedicos@saude.gov.br](mailto:maismedicos@saude.gov.br) e/ou através de acesso ao sistema pelo sítio eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>.

2.5. Constituem requisitos para a participação dos médicos de que tratam os subitens 2.1.2 e 2.1.3:

2.5.1. estar em situação regular perante autoridade competente na esfera criminal do país em que está habilitado para o exercício da medicina no exterior, bem como perante autoridade competente na esfera criminal no Brasil, se brasileiro, e, sendo estrangeiro, se residiu ou se aqui residente;

2.5.2. possuir habilitação em situação regular para o exercício da medicina no exterior, a ser verificado pelo Ministério das Relações Exteriores;

2.5.3. o país de exercício profissional do médico deve apresentar relação estatística médico/habitante com índice igual ou superior a 1,8/1000 (um inteiro e oito décimos por mil), conforme Estatística Mundial de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), a ser verificado pelo Ministério da Saúde;

2.5.4. possuir conhecimentos de língua portuguesa;

2.5.5. possuir diploma de conclusão da graduação em medicina em instituição de educação superior estrangeira;

2.6. Para os médicos de nacionalidade brasileira que devam cumprir os requisitos do item 2.5, exige-se também:

2.6.1. estar em situação regular perante a Justiça Eleitoral no Brasil; e

2.6.2. sendo do sexo masculino, estar em situação regular com as obrigações militares no Brasil.

2.7. No caso de médicos estrangeiros que estiverem no Brasil na condição reconhecida de refugiado, nos termos da Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997, conforme comunicação do Ministério da Justiça, será dispensado o cumprimento do disposto no subitem 2.5.3.

2.7.1. A condição atípica dos refugiados deverá ser considerada quando da necessidade da apresentação dos demais documentos exigidos pelo item 2.5, que sejam emitidos por seus países de origem ou por suas representações diplomáticas e consulares.

2.8. A comprovação do cumprimento do subitem 2.5.4 pelos médicos de que tratam os subitens 2.1.2 e 2.1.3 será feita em 2 (duas) etapas, sendo:

2.8.1. a primeira etapa, mediante declaração apresentada pelo médico interessado no ato de inscrição no Projeto Mais Médicos para o Brasil de que possui conhecimento mínimo da língua portuguesa; e

2.8.2. a segunda etapa, após aprovação no módulo de acolhimento e avaliação.

2.9. Será vedada a adesão de candidatos que participaram de quaisquer dos Editais anteriores do Projeto Mais Médicos para o Brasil e que foram desligados por descumprimento das regras editalícias e normativas do Projeto.

2.10. Os direitos, vantagens, obrigações e responsabilidades dos médicos que participarem do Projeto Mais Médicos para o Brasil encontram-se previstos na Lei nº 12.871/2013, no Decreto nº 8.040/2013, na Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 2013, demais atos regulamentares e editais correspondentes.

### **3. DO PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA (PROVAB)**

3.1. Poderão participar do chamamento público promovido pelo presente Edital, no âmbito do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), apenas os médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País.

3.2. Constituem requisitos para a participação dos médicos de que trata o item 3.1:

3.2.1. estar em situação regular perante a Justiça Eleitoral;

3.2.2. sendo do sexo masculino, estar em situação regular com as obrigações militares;

3.2.3. possuir certificado de conclusão de curso ou diploma de graduação em medicina em instituição de educação superior brasileira legalmente estabelecida e certificada pela legislação vigente; ou possuir diploma de graduação em medicina obtido em instituição de educação superior estrangeira revalidado no Brasil;

3.2.4. possuir habilitação em situação regular para o exercício da medicina, mediante registro no Conselho Regional de Medicina (CRM);

3.2.5. não ser participante de programa de residência médica em instituição de educação superior brasileira, não estar prestando o Serviço Militar Obrigatório no período de vigência do PROVAB ou possuir vínculo de serviço com carga horária incompatível com as exigências do PROVAB.

3.3. Para fins de comprovação do disposto no item 3.2.5, o médico participante prestará declaração negativa de vínculo, quando do preenchimento do formulário de adesão, sob as penas da lei.

3.4. Para fins de comprovação do cumprimento do disposto no item 3.2.5, na hipótese de ser participante de programa de residência médica, o médico interessado terá 2 (dois) dias úteis, contados da data da divulgação do resultado da localidade em que será alocado para participar do PROVAB, para enviar à Comissão Coordenadora do PROVAB o comprovante do seu pedido de desligamento formalizado junto à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

3.4.1. O documento de que trata o item 3.3 deverá ser enviado, por via eletrônica, pelo médico participante, à Comissão Coordenadora do PROVAB pelo correio eletrônico [maismedicos@saude.gov.br](mailto:maismedicos@saude.gov.br) e/ou através de acesso ao sistema pelo endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>.

3.5. Os médicos participantes do PROVAB terão direito a 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, conforme descrito neste Edital e observando-se o disposto no art. 22, §§ 2º a 4º, da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.

3.6. Não poderão se habilitar às vagas do PROVAB disponibilizadas por este Edital os médicos que tenham concluído outras edições do PROVAB ou que estejam participando da edição regida pelo Edital nº 1/SGTES/MS, de 7 de janeiro de 2014.

3.7. Será vedada a adesão de candidatos que participaram de quaisquer dos Editais anteriores do PROVAB e que foram desligados por descumprimento das regras editalícias e normativas do Programa.

3.8. Os direitos, vantagens, obrigações e responsabilidades dos médicos que participarem do PROVAB encontram-se previstos na Lei nº 11.129/2005, na Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC, de 2011, demais atos regulamentares e editais correspondentes.

#### **4. DA INSCRIÇÃO NO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL E NO PROVAB**

##### **4.1. REGRAS GERAIS PARA INSCRIÇÃO**

4.1.1. As inscrições para adesão ao Projeto Mais Médicos para o Brasil e ao PROVAB serão efetuadas via internet, através do Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP), acessível pelo endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>.

4.1.2. A primeira fase de inscrição será disponibilizada apenas para os profissionais médicos formados em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil, conforme cronograma disponível no endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>.

4.1.3. Os médicos formados em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil deverão, no ato da inscrição, indicar qual dos Programas de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde tem interesse em participar, ou seja, se do Projeto Mais Médicos para o Brasil ou do PROVAB.

4.1.4. A opção realizada para participar do Projeto Mais Médicos para o Brasil ou do PROVAB, bem como o aceite do Termo de Adesão e Compromisso, é irrevogável, não sendo admitidas alegações de erros e nem a alteração da escolha.

4.1.5. Após a primeira fase de inscrição efetuada apenas para os profissionais médicos formados em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil e caso haja vagas remanescentes depois da alocação dos referidos médicos, será efetuada abertura de segunda fase de inscrição apenas para os médicos brasileiros formados no exterior com habilitação para exercício da medicina no exterior.

4.1.6. A segunda fase de inscrição será destinada exclusivamente para participação no Projeto Mais Médicos para o Brasil.

4.1.7. A segunda fase de inscrição será realizada conforme cronograma disponível no endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>.

4.1.8. Após a segunda fase de inscrição efetuada apenas para os médicos brasileiros formados no exterior com habilitação para exercício da medicina no exterior e caso haja vagas remanescentes depois da alocação dos referidos médicos, será efetuada abertura de terceira fase de inscrição apenas para os médicos estrangeiros com habilitação para o exercício da medicina no exterior.

4.1.9. A terceira fase de inscrição será destinada exclusivamente para participação no Projeto Mais Médicos para o Brasil.

4.1.10. A terceira fase de inscrição será realizada conforme cronograma disponível no endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>.

4.1.11. No ato de inscrição, o médico interessado deverá preencher formulário eletrônico com as informações constantes deste Edital.

4.1.12. O médico inscrito poderá alterar os dados por ele registrados no formulário eletrônico, porém será considerado como válido apenas o último registro com confirmação dos dados realizada pelo candidato no SGP.

4.1.13. Ao preencher o formulário eletrônico, além de indicar telefone e e-mail para contato, o candidato também deverá declarar e anexar arquivos digitalizados para cada documento, em formato PDF, de tamanho máximo de 2,0 MB (dois MegaBytes), conforme item referente as regras específicas para apresentação de documentos descritas neste Edital.

4.1.14. O SGP disponibilizará o Termo de Adesão e Compromisso, cujo aceite representa concordância, por parte do médico, com todas as condições, normas e exigências estabelecidas para o respectivo Programa de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde que pretende aderir.

4.1.14.1. Para que seja efetivamente validada a sua inscrição, o médico deverá, após o preenchimento do formulário eletrônico e inserção de documentos, selecionar a opção "confirmar inscrição".

4.1.14.2. O Termo de Adesão e Compromisso somente gerará efeitos a partir da validação da escolha da vaga pelo médico e pelo gestor municipal na forma disciplinada neste Edital.

4.1.15. A inscrição vale, para todo e qualquer efeito, como forma expressa de concordância, por parte do médico interessado, de todas as condições, normas e exigências estabelecidas neste Edital, que estará disponível no endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>.

4.1.16. O médico inscrito poderá requerer à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil ou à Comissão Coordenadora do PROVAB, a depender de qual Programa pretende aderir, a qualquer momento, o cancelamento de sua inscrição por meio do endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>.

## 4.2. REGRAS ESPECÍFICAS PARA APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS NO ATO DE INSCRIÇÃO

4.2.1. Os médicos formados em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil deverão apresentar os seguintes documentos no ato de inscrição no SGP:

4.2.1.1. cópia do diploma ou certificado de conclusão de curso conforme descrito no subitem 3.2.3 deste Edital; e

4.2.1.2. cópia do registro profissional emitido pelo Conselho Regional de Medicina (CRM) ou declaração de que apresentará o referido documento até o dia do início das atividades de aperfeiçoamento no Distrito Federal/Município para o qual seja alocado no respectivo Programa.

4.2.2. Deverão ser apresentados no dia de início das atividades no Distrito Federal/Município de alocação:

4.2.2.1. os documentos de que tratam os subitens 4.2.1.1 e 4.2.1.2 em original e fotocópia ou em fotocópia autenticada;

4.2.2.2. certidão de regularidade perante a Justiça Eleitoral;

4.2.2.3. sendo o candidato do sexo masculino, certidão de regularidade com o serviço militar obrigatório; e

4.2.2.4. certidão de antecedentes criminais do local atual de residência.

4.2.3. Não será homologada a adesão dos candidatos médicos formados em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil que não atendam ao disposto no subitem 4.2.2 no prazo previsto neste edital e no cronograma disponível no endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>.

4.2.4. Os médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da medicina no exterior deverão apresentar no ato de inscrição no SGP:

4.2.4.1. cópia do passaporte ou, em caso de ausência, documento oficial de identificação, com foto, nos termos da legislação vigente no Brasil;

4.2.4.2. documento que comprove a situação regular perante autoridade competente na esfera criminal do país em que está habilitado para o exercício da medicina no exterior, bem como perante autoridade competente na esfera criminal no Brasil, se residiu ou se aqui residente, legalizado e acompanhado de tradução simples, na forma do art. 15, § 2º, da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013;

4.2.4.3. cópia do diploma de conclusão da graduação em medicina em instituição de ensino superior estrangeira, legalizado e acompanhado de tradução simples, na forma do art. 15, § 2º, da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013;

4.2.4.4. cópia do documento de habilitação para o exercício da medicina no exterior, acompanhado de declaração de situação regular, atestado pelo respectivo órgão competente, legalizado e acompanhado de tradução simples, na forma do art. 15, § 2º, da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013; e

4.2.4.5. declaração de que possui conhecimento mínimo da língua portuguesa.

4.2.5. Os médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da medicina no exterior deverão apresentar no dia de início das atividades do Módulo de Acolhimento e Avaliação:

4.2.5.1. os documentos de que tratam os subitens 4.2.4.1 a 4.2.4.5 em original e fotocópia ou em fotocópia autenticada;

4.2.5.2. certidão de regularidade perante a Justiça Eleitoral; e

4.2.5.3. sendo o candidato do sexo masculino, certidão de regularidade com o serviço militar obrigatório.

4.2.6. Não será homologada a adesão dos candidatos médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da medicina no exterior que não atendam ao disposto no subitem 4.2.5 no prazo previsto neste edital e no cronograma disponível no endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>.

4.2.7. Os médicos estrangeiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da medicina no exterior deverão apresentar no ato de inscrição no SGP:

4.2.7.1. cópia do passaporte ou, em caso de ausência, documento oficial de identificação, com foto, nos termos da legislação vigente em seu país de origem;

4.2.7.2. documento que comprove a situação regular perante autoridade competente na esfera criminal do país em que está habilitado para o exercício da medicina no exterior, bem como perante autoridade competente na esfera criminal no Brasil, se residiu ou se aqui residente, legalizado e acompanhado de tradução simples, na forma do art. 15, § 2º, da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013;

4.2.7.3. cópia do diploma de conclusão da graduação em medicina em instituição de ensino superior estrangeira, legalizado e acompanhado de tradução simples, na forma do art. 15, § 2º, da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013;

4.2.7.4. cópia do documento de habilitação para o exercício da medicina no exterior, acompanhado de declaração de situação regular, atestado pelo respectivo órgão competente, legalizado e acompanhado de tradução simples, na forma do art. 15, § 2º, da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013; e

4.2.7.5. declaração de que possui conhecimento mínimo da língua portuguesa.

4.2.8. Os médicos estrangeiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da medicina no exterior deverão apresentar no dia de início das atividades do Módulo de Acolhimento e Avaliação os documentos de que tratam os subitens 4.2.7.1 a 4.2.7.5 em original e fotocópia ou em fotocópia autenticada.

4.2.9. Não será homologada a adesão dos candidatos médicos estrangeiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da medicina no exterior que não atendam ao disposto no subitem 4.2.8 no prazo previsto neste edital e no cronograma disponível no endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>.

4.2.10. Para os médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da medicina no exterior será necessária a impressão do formulário eletrônico de inscrição gerado pelo SGP e o comparecimento pessoal perante a representação diplomática brasileira no país em que estejam habilitados para exercício da medicina, para apresentação, em envelope lacrado com a indicação "PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL/SGTES/MS", dos documentos indicados nos subitens 4.2.4.1 a 4.2.4.5.

4.2.11. Para os médicos estrangeiros com habilitação para exercício da Medicina no exterior, após a confirmação da inscrição, será necessária a impressão do formulário eletrônico de inscrição gerado pelo SGP e o comparecimento pessoal perante a representação diplomática brasileira no país em que estejam habilitados para exercício da medicina, para apresentação, em envelope lacrado com a indicação "PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL/SGTES/MS", dos documentos indicados nos subitens 4.2.7.1 a 4.2.7.5.

4.2.12. Para fins do disposto nos subitens 4.2.10 e 4.2.11, o médico deverá apresentar o original e a cópia do diploma de conclusão da graduação em medicina e do documento de habilitação para o exercício da medicina no exterior, acompanhado de declaração de situação regular, atestada pelo respectivo órgão competente.

4.2.13. Para fins dos subitens 4.2.10 e 4.2.11, os médicos que se encontrem no Brasil deverão entregar pessoalmente, ou por meio de procurador regularmente constituído, os documentos indicados, diretamente na Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil ou na Comissão Coordenadora do PROVAB, conforme Programa que pretenda aderir, ambas situadas no endereço Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede do Ministério da Saúde, Bloco G, 7º Andar, Sala 746, Brasília-DF, até a data definida pela respectiva Coordenação, conforme cronograma disponível no endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>.

## **5. DA VALIDAÇÃO DAS INSCRIÇÕES**

5.1. Não serão validadas as inscrições cujas formalidades e documentos não atendam aos requisitos exigidos neste Edital, bem como às normas regulamentadoras do PROVAB ou do Projeto Mais Médicos para o Brasil, nesse caso especialmente quanto à comprovação da legalização e tradução simples dos documentos, quando exigidos conforme art. 15, § 2º, da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.

5.2. A participação do médico no PROVAB ou no Projeto Mais Médicos para o Brasil somente será considerada validada com a efetiva entrega de todos os documentos e respectiva conformidade com as exigências legais e editalícias, de acordo com os prazos e procedimentos estabelecidos neste Edital.

5.3. A Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil ou a Comissão Coordenadora do PROVAB, conforme Programa que o candidato pretenda aderir, somente examinará a validade dos documentos apresentados conforme os prazos a que se refere este Edital e os cronogramas divulgados no site <http://maismedicos.saude.gov.br>.

5.4. A Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil ou a Comissão Coordenadora do PROVAB, conforme Programa que o candidato pretenda aderir, procederá à análise dos documentos apresentados pelos médicos inscritos, para fins de validação, e divulgará a relação dos

médicos aptos a escolha dos Municípios conforme cronograma disponível no endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>.

5.5. Somente os médicos cujos documentos tenham sido validados terão acesso à participação da etapa de escolha dos Municípios em que pretenda participar do PROVAB ou do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

5.6. A divulgação de médicos brasileiros ou estrangeiros formados em instituições de ensino superior estrangeiras com habilitação para exercício da medicina no exterior, aptos à escolha de Municípios, não exclui a necessidade de nova análise documental dos médicos que venham a participar do Módulo de Acolhimento e Avaliação, em qualquer fase da seleção e a qualquer momento da participação no Projeto.

5.7. Os médicos brasileiros ou estrangeiros formados em instituições de ensino superior estrangeiras com habilitação para exercício da medicina no exterior que não apresentarem os documentos essenciais às inscrições até o dia de início das atividades do Módulo de Acolhimento e Avaliação, ou que os apresentem, mas que a Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil atribua desconformidade com o Edital e as normas do Projeto, não terão as vagas homologadas, sendo excluídos da participação no Projeto.

5.8. A validação da inscrição do candidato não gera direito à validação na participação no Programa para o qual pretenda realizar as ações de aperfeiçoamento.

## **6. DA INDICAÇÃO DE MUNICÍPIOS**

6.1. Após a fase de inscrições e sua validação, a SGTES/MS realizará chamadas para os médicos inscritos efetuarem a indicação dos Municípios nos quais pretenda realizar as ações de aperfeiçoamento.

6.2. Apenas a primeira fase de inscrição contará com 3 (três) chamadas para os médicos inscritos efetuarem a indicação dos Municípios nos quais pretenda realizar as ações de aperfeiçoamento.

6.3. A SGTES/MS publicará por meio do endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>, a cada chamada, relação de Municípios disponíveis para que os médicos com inscrição validada tenham conhecimento das localidades de seu interesse para executar as ações de aperfeiçoamento.

6.4. Eventual pedido de análise de vagas pelos gestores municipais será submetida à SGTES/MS, podendo, conforme deferimento, gerar alteração do quantitativo, repercutindo na disponibilização aos profissionais em chamadas futuras.

6.5. As chamadas para escolha dos possíveis locais de atuação ocorrerão em períodos informados no cronograma publicado no endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>.

6.6. Os médicos inscritos no PROVAB ou no Projeto Mais Médicos para o Brasil deverão participar do processo de escolha dos Municípios nos prazos previstos no cronograma publicado no endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>.

6.7. Os médicos inscritos no PROVAB ou no Projeto Mais Médicos para o Brasil deverão obedecer aos procedimentos descritos no presente Edital, estando cientes, inclusive, quanto às regras de classificação e desempate.

6.8. Durante o período de indicação dos Municípios, será oportunizada pelo sistema eletrônico aos médicos inscritos a indicação de até 4 (quatro) localidades de quaisquer dos perfis de Municípios ofertados, obedecendo ao constante no item 6.13 do presente Edital, sendo necessário que o médico indique a ordem de preferência entre as localidades escolhidas.

6.9. Os médicos inscritos deverão acessar o SGP, através do endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>, para efetuar indicação dos Municípios.

6.10. Para os médicos formados em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil que não forem alocados na primeira chamada da primeira fase de inscrição,

será realizada uma segunda chamada na primeira fase de inscrição onde serão ofertadas as vagas remanescentes.

6.11. Para os médicos formados em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil que não forem alocados na segunda chamada da primeira fase de inscrição, será realizada uma terceira chamada na primeira fase de inscrição, onde serão ofertadas as vagas remanescentes.

6.12. Os médicos participantes que tenham cônjuge ou companheiro, nos termos definidos na Portaria Interministerial nº. 266/MS/MPOG, de 24 de julho de 2013, também inscritos nos Programas e que tenham interesse em alocação no mesmo Município, deverão informar tal condição e manifestar interesse quando da indicação dos Municípios nos termos do subitem 6.8, podendo ser alocados de acordo com a disponibilidade de vagas, considerando-se as vagas remanescentes.

6.12.1. Aplica-se aos médicos participantes do PROVAB a Portaria Interministerial nº. 266/MS/MPOG, de 24 de julho de 2013, quanto à definição de cônjuge ou companheiro e respectivos documentos que comprovem tais vínculos.

6.13. Para fins de indicação pelos profissionais médicos, nos termos do subitem 6.8 deste Edital, os locais de atuação estão classificados num dos perfis abaixo descritos:

6.13.1. PERFIL 1: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios dos grupos III e IV do PAB fixo conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e disposto na Portaria nº 1.409/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que não se encaixam nos demais perfis;

6.13.2. PERFIL 2: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios do grupo II do PAB fixo conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e disposto na Portaria nº 1.409/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que não se encaixam nos demais perfis;

6.13.3. PERFIL 3: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza das Capitais e Regiões Metropolitanas, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

6.13.4. PERFIL 4: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios do grupo I do PAB fixo conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e e disposto na Portaria GM/MS nº 1.409, de 10 de julho de 2013, que não se encaixam nos demais perfis;

6.13.5. Perfil 5: municípios que estão entre os 100 (cem) Municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública “per capita” e alta vulnerabilidade social de seus habitantes;

6.13.6. PERFIL 6: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios que estão em regiões de vulnerabilidade (Vale do Ribeira, Vale do Jequitinhonha, Vale do Mucuri, Municípios com IDH-M baixo ou muito baixo e Região do Semiárido), que não se encaixam nos demais perfis;

6.13.7. PERFIL 7: Município com 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); e

6.13.8. PERFIL 8: Área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS).

6.14. No caso dos médicos que integram Equipes de Saúde da Família e estejam inscritos no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) entre a competência agosto/2013 e a competência novembro/2014, a escolha das localidades para realização das ações de aperfeiçoamento somente estará disponível observados os seguintes critérios:

6.14.1. o médico que integrar Equipe de Saúde da Família situada em Município de determinado Perfil somente poderá escolher Municípios situados em perfis subsequentes, observando-se a sequência definida no item 6.13; e

6.14.2. na hipótese do médico integrar Equipe de Atenção Básica situada no Perfil 8, nos termos do item 6.13.8, apenas será possível a escolha de áreas deste mesmo perfil.

6.15. Caso o profissional médico tenha mudado de Equipe de Saúde da Família com alteração de Município, será considerada para efeito de aplicação da regra do item 6.14 o Município de registro mais recente no SCNES do referido profissional.

6.16. Excepcionalmente, as regras do item 6.14 não se aplicarão aos médicos participantes do PROVAB com base no Edital nº 1/SGTES/MS, de 7 de janeiro de 2014, quando pleitearem vaga para o Projeto Mais Médicos para o Brasil no mesmo Município em que exerçam as atividades do PROVAB.

6.17. Encerrado o prazo para indicação de Municípios, a cada chamada será realizado o processamento eletrônico para alocação nas vagas, através do SGP, conforme os critérios e regras de classificação previstas neste Edital.

## **7. DOS CRITÉRIOS E REGRAS DE CLASSIFICAÇÃO**

### **7.1. PARA BRASILEIROS FORMADOS EM INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR BRASILEIRAS OU COM DIPLOMA REVALIDADO NO PAÍS**

7.1.1. Será atribuída pontuação conforme titulação e experiência aos médicos brasileiros formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, para classificação e escolha da localidade de atuação nos Programas, observados os seguintes critérios:

<b>Item</b>	<b>Título</b>	<b>Pontuação</b>
<b>A</b>	Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade	15
	Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade	15
<b>Pontuação máxima do Item A:</b>		30
<b>B</b>	Atuação como médico em equipe de saúde da família comprovada pelo Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.	0,027 pontos por dia, limitado a 3 anos
<b>Pontuação máxima do Item B:</b>		30
<b>C</b>	Ter sido Bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET (Saúde, Vigilância, Saúde da Família e Saúde Indígena) conforme base de dados do Ministério da Saúde.	10 pontos a cada ano de participação
	Ter participado de alguma edição da Vivência e Estágio na Realidade do SUS (VER-SUS), financiada pelo Ministério da Saúde	10 pontos por cada VER-SUS realizado.
	Ter sido bolsista do PROUNI	5
	Ter realizado financiamento do FIES	5
<b>Pontuação máxima do Item C:</b>		30
<b>Pontuação máxima total:</b>		90

7.1.2. A pontuação dos critérios acima indicados será computada mediante consulta pela SGTES/MS às bases de dados dos sistemas oficiais de processamento dos Programas referidos no quadro disposto no item 7.1.1.

7.1.3. Para fins do cômputo da pontuação de trata o item 7.1.2. não será admitida a apresentação de documentos por parte dos candidatos.

7.1.4. Conforme disponibilidade de vagas, o processamento eletrônico, para fins de determinação de precedência na alocação, observará a maior pontuação obtida na concorrência entre os candidatos.

7.1.4.1. A concorrência se dará dentro de cada opção de Município pelos candidatos, só havendo concorrência em opção antecedente caso haja vagas remanescentes.

7.1.5. Os candidatos médicos participantes do PROVAB com base no Edital ° 1/SGTES/MS, de 7 de janeiro de 2014, que pleitearem vaga para o Projeto Mais Médicos para o Brasil no mesmo Município em que exerçam as atividades do PROVAB, terão precedência sobre os demais candidatos às vagas no referido Município.

7.1.5.1. Somente poderão pleitear vaga no Projeto Mais Médicos para o Brasil nos termos do item 7.1.5 o candidato médico que tenha cumprido integralmente as atividades do PROVAB com base no Edital ° 1/SGTES/MS, de 7 de janeiro de 2014, e que tenha obtido conceito satisfatório como resultado final.

7.1.6. Em caso de empate na pontuação, serão considerados os seguintes critérios de desempate, conforme ordem a seguir:

7.1.6.1. menor distância mensurada por latitude e longitude entre o Município de opção do médico e o Município de sua naturalidade; e

7.1.6.2. maior idade, considerados o dia, mês e ano de nascimento.

7.1.7. É facultada a SGTES/MS a solicitação de diligências junto aos órgãos gestores dos referidos Programas para fins de averiguação de veracidade dos dados.

## **7.2. PARA MÉDICOS BRASILEIROS FORMADOS EM INSTITUIÇÕES ESTRANGEIRAS COM HABILITAÇÃO PARA EXERCÍCIO DA MEDICINA NO EXTERIOR**

7.2.1. Caso existam vagas remanescentes, após a terceira chamada do processamento eletrônico das vagas para os médicos brasileiros formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, será efetuado processamento eletrônico das vagas para médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da medicina no exterior.

7.2.2. Na classificação entre os médicos brasileiros formados em instituição de educação superior estrangeira, com habilitação para exercício da medicina, será conferida prioridade ao candidato segundo os seguintes critérios:

7.2.2.1. menor distância mensurada por latitude e longitude entre o Município de opção do médico e o Município de sua naturalidade; e

7.2.2.2. maior idade, considerados o dia, mês e ano de nascimento.

## **7.3. PARA MÉDICOS ESTRANGEIROS FORMADOS EM INSTITUIÇÕES ESTRANGEIRAS COM HABILITAÇÃO PARA EXERCÍCIO DA MEDICINA NO EXTERIOR**

7.3.1. Na classificação entre os médicos estrangeiros formados em instituições de educação superior estrangeiras, com habilitação para exercício da medicina, será conferida prioridade ao candidato de maior idade, considerados o dia, mês e ano de nascimento.

## **8. DA VALIDAÇÃO DA VAGA**

### **8.1. REGRAS GERAIS**

8.1.1. Encerrado o processamento eletrônico das vagas para alocação, a cada chamadaserá divulgado o resultado da seleção, com indicação de vagas de alocação, mediante publicação no Diário Oficial da União e disponibilização da lista no endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>.

8.1.2. Após a publicação de que trata o subitem 8.1.1, os médicos selecionados que tenham interesse na alocação deverão acessar o seu formulário de inscrição no SGP, no endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>, e imprimir o Termo de Adesão e Compromisso, em 2 (duas) vias, o que implicará, para todo e qualquer efeito, em concordância de forma expressa com todas as condições, normas e exigências estabelecidas neste Edital, conforme modelos constantes dos Anexo I (PROVAB) e Anexo II (Projeto Mais Médicos para o Brasil).

8.1.3. O período de acesso ao SGP para fins do disposto no item 8.1.2 estará indicado no cronograma disponível no site <http://maismedicos.saude.gov.br>.

## 8.2 DA VALIDAÇÃO DA VAGA PELO MÉDICO BRASILEIRO FORMADO EM INSTITUIÇÃO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR BRASILEIRA OU COM DIPLOMA REVALIDADO NO PAÍS

8.2.1. Após a publicação de que trata o item 8.1.1 e celebração do Termo de Adesão e Compromisso, nos termos do subitem 8.1.2, em se tratando de médico brasileiro formado em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no País, será aberto prazo para que o mesmo se apresente ao gestor municipal, portando o referido Termo de Adesão e Compromisso em 2 (duas) vias e os documentos exigíveis nos termos deste Edital, conforme cronograma disponível no endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>.

8.2.2. Cabe ao gestor municipal, no momento da apresentação do médico para entrega dos documentos, verificar a veracidade dos mesmos, acessar o SGP e confirmar a validação da vaga.

8.2.3. Somente mediante a validação da vaga nos termos dos subitens 8.2.1 e 8.2.2 considera-se confirmado pelo médico o interesse na sua alocação, estando apto ao início das atividades conforme cronograma disponível no endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>.

8.2.4. O médico que não comparecer ao Distrito Federal ou Município para fins de validação da vaga no prazo de que tratam os subitens 8.2.1 e 8.2.2 será excluído da seleção e sua vaga será disponibilizada para os médicos que concorram à chamada seguinte.

8.2.5. No período definido pelas Coordenações dos Programas, conforme cronograma disponível no site <http://maismedicos.saude.gov.br>, o médico deverá se apresentar no Município de alocação para início das ações de aperfeiçoamento.

8.2.6. Quando do comparecimento do médico no Distrito Federal ou Município para início das ações de aperfeiçoamento, o gestor municipal deverá acessar o SGP para a homologação da adesão, a partir de quando surtirá efeitos concernentes aos direitos e deveres do médico participante, do ente federativo e do Ministério da Saúde.

## 8.3. DA VALIDAÇÃO DA VAGA PELOS MÉDICOS BRASILEIROS FORMADOS EM INSTITUIÇÕES ESTRANGEIRAS COM HABILITAÇÃO PARA EXERCÍCIO DA MEDICINA NO EXTERIOR

8.3.1. Após a publicação do resultado do processamento eletrônico das vagas para os médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da medicina no exterior, mediante publicação no Diário Oficial da União e disponibilização da lista no endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>, os mesmos deverão acessar o SGP para confirmar a sua participação no Módulo de Acolhimento e Avaliação e preenchimento de formulário de solicitação de passagens.

8.3.2. O período de acesso ao SGP para fins do disposto no subitem 8.3.1 estará indicado no cronograma disponível no site <http://maismedicos.saude.gov.br>.

8.3.3. O ato de confirmação de participação do Módulo de Acolhimento e Avaliação na forma do item 8.3.1 implica a validação da vaga pelo médico.

8.3.4. O médico que não confirmar o interesse na vaga nos termos que trata o item 8.3.1 será excluído da seleção e sua vaga poderá ser disponibilizada para os médicos que concorram a fase seguinte.

8.3.5. A convocação para o início das ações de aperfeiçoamento dos médicos, através do Módulo de Acolhimento e Avaliação, de que trata o art. 14 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, e nos termos do disposto na Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013, dar-se-á conforme cronograma disponível no endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>.

8.3.6. Caso o profissional não compareça ao módulo de acolhimento e avaliação e não apresente os documentos exigidos, nos termos deste Edital, será excluído da seleção e sua vaga poderá ser disponibilizada para os médicos que concorram à fase seguinte.

8.3.7. Somente será validada a adesão dos médicos intercambistas que sejam aprovados no Módulo de Acolhimento e Avaliação.

8.3.8. Quando do comparecimento do médico no Distrito Federal ou Município para início das ações de aperfeiçoamento, o gestor municipal deverá acessar o SGP para a homologação da adesão, a partir de quando surtirá efeitos concernentes aos direitos e deveres do médico participante, do ente federativo e do Ministério da Saúde.

#### 8.4. DA VALIDAÇÃO DA VAGA PELOS MÉDICOS ESTRANGEIROS FORMADOS EM INSTITUIÇÕES ESTRANGEIRAS COM HABILITAÇÃO PARA EXERCÍCIO DA MEDICINA NO EXTERIOR

8.4.1. Após a publicação do resultado do processamento eletrônico das vagas para os médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da medicina no exterior, mediante publicação no Diário Oficial da União e disponibilização da lista no endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>, os mesmos deverão acessar o SGP para confirmar a sua participação no Módulo de Acolhimento e Avaliação e preenchimento de formulário de solicitação de passagens.

8.4.2. O período de acesso ao SGP para fins do disposto no subitem 8.4.1 estará indicado no cronograma disponível no site <http://maismedicos.saude.gov.br>.

8.4.3. O ato de confirmação de participação do Módulo de Acolhimento e Avaliação na forma do item 8.4.1 implica a validação da vaga pelo médico.

8.4.4. O médico que não confirmar o interesse na vaga nos termos que trata o item 8.4.1 será excluído da seleção e sua vaga será disponibilizada para a Coordenação do Projeto.

8.4.5. A convocação para o início das ações de aperfeiçoamento dos médicos, através do Módulo de Acolhimento e Avaliação, de que trata o art. 14 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, e nos termos do disposto na Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013, dar-se-á conforme cronograma disponível no endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>.

8.4.6. Caso o profissional não compareça ao módulo de acolhimento e avaliação e não apresente os documentos exigidos, nos termos deste Edital, será excluído da seleção e sua vaga será disponibilizada para a Coordenação do Projeto.

8.4.7. Somente será validada a adesão dos médicos que sejam aprovados no Módulo de Acolhimento e Avaliação.

8.4.8. Quando do comparecimento do médico no Distrito Federal ou Município para início das ações de aperfeiçoamento, o gestor municipal deverá acessar o SGP para a homologação da adesão, a partir de quando surtirá efeitos concernentes aos direitos e deveres do médico participante, do ente federativo e do Ministério da Saúde.

## **9. DO MÓDULO DE ACOLHIMENTO E AVALIAÇÃO**

9.1. O Módulo de Acolhimento e Avaliação dos médicos intercambistas será executado em cidades brasileiras e os participantes serão alocados em turmas conforme definição pela Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

9.2. O Módulo de Acolhimento e Avaliação dos médicos intercambistas será executado na modalidade presencial, com carga horária mínima de 160 (cento e sessenta) horas, e contemplará conteúdo relacionado à legislação referente ao SUS, notadamente da Atenção Básica em saúde, aos protocolos clínicos de atendimento definidos pelo Ministério da Saúde, à Língua Portuguesa e ao Código de Ética Médica.

9.4. Será aplicada avaliação em relação aos conhecimentos em língua portuguesa em situações cotidianas da prática médica no Brasil durante a execução do módulo.

## **10. DAS AÇÕES DE APERFEIÇOAMENTO E AVALIAÇÃO NO ÂMBITO DOS PROGRAMAS**

10.1. O aperfeiçoamento dos médicos participantes dos Programas dar-se-á por meio de mecanismos de integração ensino-serviço, com a participação em curso de especialização e atividades de ensino, pesquisa e extensão, nos termos do disposto na Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013, para o Projeto Mais Médicos e o disposto na Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC, de 1º de setembro de 2011, para o PROVAB.

10.2. Compete à Coordenação dos Programas a definição do Município em que o médico desenvolverá as atividades de ensino, pesquisa e extensão, bem como a instituição em que realizará o curso de especialização.

10.3. Os médicos participantes dos Programas realizarão curso de especialização em atenção básica à saúde, que será oferecido pelas instituições de educação superior brasileiras vinculadas ao Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), de acordo com as regras estabelecidas pela instituição organizadora do curso.

10.4. 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 ou no Distrito Federal, respeitando as possibilidades previstas na Política Nacional de Atenção Básica.

10.5. Para execução das atividades de ensino, pesquisa e extensão no âmbito dos Programas de provisão de que trata este Edital será assegurado aos médicos participantes a inscrição no Telessaúde Brasil Redes.

10.6. As atividades de pesquisa, ensino e extensão dos médicos participantes dos Programas serão supervisionadas por profissional médico, com avaliação sistemática presencial e à distância, conforme regras pertinentes a cada Programa e pelas instituições públicas de educação superior brasileiras participantes.

10.7. As atividades de supervisão para os médicos participantes do PROVAB compreenderão:

10.7.1. supervisão e avaliação mensal, por instrumento previamente conhecido pelo avaliado, e no qual serão considerados como, além de outros critérios, o compromisso com a comunidade e assiduidade;

10.7.2. processo avaliativo composto por avaliação formativa e somativa, ambas produzidas pelo médico (autoavaliação), pelo gestor e pelo supervisor.

10.7.3. Na avaliação de que trata a 10.7.2, para obtenção do conceito satisfatório, o médico deverá atender todos os componentes da avaliação realizada e alcançar a média mínima de 7,0 (sete) pontos.

10.8. Para os profissionais médicos que integralizarem a carga horária de 1.926 (mil novecentos e vinte e seis) horas das ações de aperfeiçoamento do PROVAB e que obtiverem conceito satisfatório, o Ministério da Saúde certificará a conclusão do programa e terão direito a pontuação de incentivo de 10% nos processos seletivos de residência médica, nos termos do artigo 22, §2º da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 e das Resoluções nº 3 de 16 de setembro de 2011/CNRM/MEC, a Resolução nº 1, de 2 de janeiro de 2014/CNRM/MEC ou respectivas normatizações futuras.

10.9. As atividades de pesquisa, ensino e extensão dos médicos participantes para o Projeto Mais Médicos se dará na forma disciplinada na Portaria Conjunta nº 1/SGTES/MS/SESU/MEC, de 21 de janeiro de 2014.

10.10. As ações de aperfeiçoamento terão prazo de 36 (trinta e seis) meses para os participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

## **11. DOS DIREITOS, DEVERES E OBRIGAÇÕES**

### **11.1. DO PROVAB**

11.1.1. O direito a pontuação de incentivo de 10% para concorrer aos processos seletivos de residência médica é exclusivo aos participantes do PROVAB nos termos do artigo 22, §2º, da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, e das Resoluções nº 3, de 16 de setembro de 2011/CNRM/MEC, a Resolução nº 1, de 2 de janeiro de 2014/CNRM/MEC e normas regulamentares posteriores.

11.1.2. O médico participante do PROVAB terá direito a 30 (trinta) dias de repouso dentro do ano de atividade, não prejudicando a integralização da carga horária.

11.1.3. Compete ao gestor municipal em conjunto com o supervisor designado pelo Programa definir a escala para que o médico participante do PROVAB possa usufruir do benefício a que se refere o item 11.1.2.

11.1.4. Para a execução das ações de aperfeiçoamento no âmbito do PROVAB será concedida aos médicos participantes bolsa, nos termos do art. 15 da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, com valor mensal de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), concedida pelo prazo improrrogável de 12 (doze) meses contados a partir da data da matrícula no curso de especialização, conforme regulamentação da Portaria nº 754/GM/MS, de 18 de abril de 2012, bem como da Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC, de 1º de setembro de 2011, e respectivas alterações.

11.1.5. Em situações excepcionais e devidamente justificadas, o prazo estipulado no item anterior poderá ser ampliado conforme decisão a ser adotada pela Comissão Coordenadora do PROVAB.

11.1.6. Para fins de recebimento da bolsa, o médico participante deverá atender aos termos da Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC, de 1º de setembro de 2011, quanto às ações de aperfeiçoamento, bem como as seguintes condições:

11.1.6.1. estar matriculado e com situação regular no curso de especialização ofertado por uma das instituições de ensino superior vinculadas a UNASUS;

11.1.6.2. ter sua situação regularizada perante a Secretaria da Receita Federal do Brasil;

11.1.6.3. indicar agência bancária na instituição financeira oficial federal definida pela Comissão Coordenadora do PROVAB; e

11.1.6.4. cumprir, semanalmente, 08 (oito) horas em atividades acadêmicas e 32 (trinta e duas) horas em atividades nas unidades básicas de saúde no Município ou carga horária condizente com as possibilidades conferidas pela Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, quando devidamente justificado.

11.1.7. Para fins de recebimento da bolsa, o gestor municipal deverá validar mensalmente o desenvolvimento das atividades do médico no Sistema de Gerenciamento de Projetos (SGP),

podendo o gestor não validar quando descumprida a carga-horária de 32 (trinta e duas) horas semanais de ações de aperfeiçoamento previstas neste Edital.

11.1.8. O não cumprimento das exigências estabelecidas neste Edital e nas normas fixadas pelas Instituições de Ensino Superior, responsáveis pelo curso, implicará em suspensão da bolsa e/ou, conforme o caso, no desligamento do Programa.

11.1.9. Nas situações de dispensas e licenças temporárias o médico do PROVAB fará jus ao recebimento da bolsa nos termos disciplinados pela Portaria nº 11/SGTES/MS, de 13 de agosto de 2013.

## 11.2. DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

11.2.1. Para a execução das ações de aperfeiçoamento no âmbito do Programa será concedida aos médicos participantes bolsa-formação com valor mensal de R\$ 10.482,92 (dez mil, quatrocentos e oitenta e dois reais e noventa e dois centavos), que poderá ser paga pelo prazo máximo de 36 (trinta e seis) meses, prorrogáveis apenas na hipótese prevista na Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013.

11.2.2. Para fins de recebimento da bolsa-formação, além de estar matriculado e com situação regular no curso de especialização ofertado por uma das instituições de ensino superior vinculadas ao Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), e ser titular de conta bancária na instituição financeira oficial federal definida pela Coordenação do Projeto.

11.2.3. O médico participante e seus dependentes legais terão as despesas com passagens custeadas pelo Ministério da Saúde, conforme disposto na Portaria Interministerial MS/MPOG nº 266, de 2013.

11.2.4. A passagem deverá ser solicitada no endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br> e somente será fornecida em caso onde o médico não permaneça na mesma Unidade da Federação de sua residência.

11.2.5. O Ministério da Saúde concederá ajuda de custo, que não poderá exceder a importância correspondente ao valor de 3 (três) bolsas-formação, destinada a compensar as despesas de instalação do médico participante que não residir no Município para o qual fora selecionado, considerando seu domicílio declarado quando da realização de sua inscrição no Projeto Mais Médicos para o Brasil; e será concedida, de acordo com a regulamentação da Coordenação do Projeto, nos termos do art. 22, §§ 3º e 4º, da Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 2013.

11.2.6 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, por via administrativa e/ou judicial, inclusive inscrição do nome do devedor no Cadastro Informativo de créditos não quitados do setor público federal (CADIN), conforme Lei nº 10.522, de 19 de julho de 2002.

11.2.7. Para fins de recebimento da bolsa e da ajuda de custo a que se referem os subitens 11.2.1 e 11.2.5 deste Edital, o médico participante deverá estar em situação regular com a Secretaria da Receita Federal.

11.2.8. Para percepção da ajuda de custo, o médico participante deverá apresentar requerimento à Coordenação do Projeto, através do sistema no site <http://maismedicos.saude.gov.br>, anexando comprovante de residência em seu nome, como, por exemplo, contrato de locação, boleto de conta de luz, água ou telefone, recibo de taxa de condomínio, com data de emissão não superior a 90 (noventa) dias da inscrição no Projeto, compatível com a declaração apresentada, bem como o comprovante de sua nova residência, no prazo de 30 dias do início das ações de aperfeiçoamento no Município.

11.2.9. Aos médicos participantes que declararam domicílio no exterior no ato de sua inscrição, não se aplica o disposto no item 11.2.8, cabendo aos mesmos apenas requerer o pagamento da ajuda de custo através do sistema eletrônico do Projeto, no endereço: <http://maismedicos.saude.gov.br>.

11.2.10. A ajuda de custo somente será concedida aos médicos participantes que comprovem a necessidade de mudança de domicílio em razão do município em que tenham sido alocados.

11.2.11. A emissão das passagens para o deslocamento do médico participante será da responsabilidade da Coordenação do Projeto, mediante a apresentação de informações e documentos solicitadas pela Coordenação do Projeto.

11.2.12. Os médicos participantes deverão solicitar, através do site <http://maismedicos.saude.gov.br>, a emissão das passagens para o deslocamento de até dois dependentes perante a Coordenação do Projeto, somente após o início das atividades do Módulo de Acolhimento e avaliação de que trata o item 10 deste Edital.

11.2.13. A Coordenação do Projeto assegura a hospedagem apenas ao médico participante durante o Módulo de Acolhimento e Avaliação na sua etapa nacional.

## **12. DAS REGRAS COMPLEMENTARES**

12.1. Aos médicos que validarem suas vagas nos municípios para atuar nos programas de provisão de que trata este Edital, e não comparecerem para o início das ações de aperfeiçoamento ou se desligarem voluntariamente, será vedada nova inscrição para participação nos programas pelo prazo de 6 (seis) meses contados da data fixada para o início das ações de aperfeiçoamento ou contados do desligamento voluntário.

12.2. Na hipótese de não serem utilizadas as passagens aéreas concedidas para início das ações de aperfeiçoamento do Programa, poderá ser exigida do médico participante a restituição dos valores correspondentes às passagens aéreas, acrescidos de atualização monetária, por via administrativa e/ou judicial, inclusive inscrição do nome do devedor no Cadastro Informativo de créditos não quitados do setor público federal (CADIN), conforme Lei nº 10.522, de 19 de julho de 2002.

12.3. Não serão restituídas as passagens compradas individualmente pelo participante.

12.4. Não serão realizadas alterações nas passagens expedidas pelo Ministério da Saúde.

12.5. Não haverá custeio de passagens sob qualquer hipótese para médicos participantes do PROVAB.

12.6. O descumprimento das condições, atribuições, deveres e incursão nas vedações previstas nos Programas de Provisão sujeitará o médico às penalidades previstas nos termos das respectivas normas regulamentares.

12.7. 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 expedido pelas respectivas Coordenações dos Programas.

12.8. Será considerado meio oficial de comunicação entre o médico participante e a Coordenação do respectivo Programa o e-mail eletrônico informado pelo médico participante no ato de inscrição.

## **13. DO ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS**

13.1. Esclarecimentos e informações adicionais poderão ser obtidos no endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>.

13.2. Registros formais de dúvidas sobre os Programas deverão ser apresentados através do Disque Saúde, pelo número 136, opção “8”, opção “0”.

## **14. RECURSOS**

14.1. Serão admitidos recursos, devidamente fundamentados, com clareza, concisão e objetividade, apenas quanto à validação da inscrição, informando as razões pelas quais discorda do resultado.

14.2. Os recursos deverão ser interpostos no prazo de 2 (dois) dias contados da publicação das listas dos médicos selecionados e respectivas alocação das vagas, considerando-se termo inicial o dia seguinte ao da referida publicação.

14.3. Os Recursos devem ser dirigidos à SGTES/MS e interpostos exclusivamente por meio eletrônico, através de formulário disponível no endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>.

14.3.1. O recurso deverá indicar o nome do médico.

14.3.2. Os recursos serão individuais e será admitido apenas um único recurso por profissional.

14.3.3. O formulário em branco, preenchido de forma incorreta ou incompleta e sem fundamentação e indicação do item editalício de questionamento não será submetido à avaliação da SGTES/MS.

14.4. A SGTES/MS, por ato do Secretário Substituto, decidirá em 2 (dois) dias após encerramento do prazo de que trata o item 14.2 e divulgará o resultado no endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>.

14.5. Não serão analisados recursos apresentados fora do prazo, por meio diverso daquele previsto neste Edital, sem fundamentação lógica e consistente.

14.6. Serão indeferidos recursos que tenham objeto diverso daquele referido no item 14.1 deste Edital.

14.7. A interposição de recursos não obsta o regular andamento deste processo de chamamento público.

14.8. A SGTES/MS constitui instância única e última para recurso ou revisão, sendo soberana em suas decisões, não sendo cabível sob hipótese alguma, revisão de recurso, recurso do recurso ou recurso hierárquico.

14.9. A SGTES/MS não se responsabiliza por recursos não transmitidos ou não recebidos por motivos de ordem técnica dos computadores, falha de comunicação, congestionamento das linhas de comunicação e de transmissão de dados, falta de energia elétrica, bem como outros fatores de ordem técnica que impeçam a transferência de dados.

14.10. Em hipótese alguma haverá devolução de prazo.

## **15. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

15.1. Os médicos selecionados que não atendam as regras previstas neste Edital e nas normas regulamentares serão excluídos do Programa.

15.2. É dever dos médicos manter atualizado seus dados no SGP durante todo o prazo de vigência dos Programas.

15.3. O presente Edital poderá ser revogado ou anulado a qualquer momento, no todo ou em parte, por motivo de interesse público ou exigência legal, sem que isso implique direito a indenização ou reclamação de qualquer natureza.

HEIDER AURELIO PINTO

## ANEXO I

### TERMO DE ADESÃO E COMPROMISSO – PROVAB

O MINISTÉRIO DA SAÚDE, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no uso de suas atribuições, e CNPJ nº 03.274.533/0001-50, neste ato representado por Héider Aurélio Pinto, Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com endereço na Esplanada dos Ministérios, Bloco "G", 7º andar, sala 716 - CEP 70.058-900, Brasília (DF), e o MÉDICO PARTICIPANTE \_\_\_\_\_, portador do Documento de Identidade nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, Registro CRM nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado em \_\_\_\_\_, considerando os termos da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, com redação da Lei nº 12.513, de 26 de outubro de 2011, da Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC, de 1º de setembro de 2011, que institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), da Portaria nº 1.111/GM/MS, de 05 de julho de 2005, do Decreto nº 7.385, de 08 de dezembro de 2010, que institui o Sistema Universidade Aberta do SUS - UNASUS, celebram o presente TERMO DE ADESÃO E COMPROMISSO ao PROVAB, na forma disciplinada pelo Edital nº XX/2015/SGTES/MS e das cláusulas seguintes;

#### 1. Objeto.

O presente Termo tem por objeto a adesão do médico ao PROVAB, bem como definir obrigações e responsabilidades mútuas para o desenvolvimento de ações de aperfeiçoamento na Atenção Básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS, mediante curso de especialização e atividades de ensino, pesquisa e extensão, que terá componente assistencial mediante integração ensino-serviço.

#### 2. Das Obrigações do Médico Participante.

##### 2.1. Constituem obrigações do Médico Participante do PROVAB:

- a) participar das ações de aperfeiçoamento, mediante frequência regular e integral ao curso de especialização ofertado por instituição pública de educação superior vinculada a rede UNASUS e desenvolver respectivas atividades de ensino, pesquisa e extensão com componente assistencial, em conformidade com disposto no edital de adesão, e nas normas regulamentares do Programa, sob pena de exclusão, desligamento ou não recebimento dos benefícios pertinentes;
- b) cumprir, semanalmente, 08 (oito) horas em atividades acadêmicas e 32 (trinta e duas) horas em atividades nas unidades básicas de saúde no município ou carga horária condizente com as possibilidades conferidas pela Portaria 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, quando devidamente justificado e acordado com o gestor municipal;
- c) cumprir as regras editalícias e as normas fixadas pelas Instituições de Ensino Superior, responsáveis pelo curso de especialização, sob pena de suspensão da bolsa ou, conforme o caso, desligamento do Programa;
- d) atender às orientações do supervisor, orientações e demais regras estabelecidas nos instrumentos normativos que disciplinam a execução do Programa;
- e) estar matriculado e com situação regular (desempenho satisfatório e frequente) no curso de especialização ofertado por uma das instituições de ensino superior vinculadas à UNASUS, cursando durante todo o período em que estiver vinculado ao Programa;
- f) manter atualizado os dados cadastrais constantes do SGP no endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>;
- g) realizar **todos** os ciclos de avaliação somativa do PROVAB em todas as suas fases, que se dará, exclusivamente, por meio do preenchimento *online* do formulário de avaliação, disponível no sítio <http://www.unasus.gov.br/provab>; e

h) efetuar o registro de informações em saúde e das atividades vinculadas à integração ensino-serviço desenvolvidas nas unidades básicas de saúde conforme orientações da Coordenação do Programa e normas regulamentares do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial a conforme Portaria Interministerial nº 2.395, de 05 de novembro de 2014, sob pena de suspensão do pagamento da bolsa-formação.

2.2. Para fins recebimento da bolsa-formação, é essencial que o Médico Participante atenda às seguintes obrigações:

- a) estar matriculado e com situação regular no curso de especialização ofertado por uma das instituições de ensino superior vinculadas a UNASUS;
- b) ter sua situação regularizada perante a Secretaria da Receita Federal do Brasil;
- c) indicar agência bancária na instituição financeira oficial federal definida pela Coordenação do Projeto;
- d) cumprir, semanalmente, 08 (oito) horas em atividades acadêmicas e 32 (trinta e duas) horas em atividades nas unidades básicas de saúde no município ou carga horária condizente com as possibilidades conferidas pela Portaria 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, quando devidamente justificado; e
- e) ter as atividades e cumprimento da carga horária nas unidades básicas de saúde validadas mensalmente pelo gestor municipal no SGP.

### 3. Do Município de alocação.

O Médico Participante desenvolverá as atividades de aperfeiçoamento quanto ao componente assistencial mediante integração ensino-serviço no município de \_\_\_\_\_, na unidade básica de saúde \_\_\_\_\_, situada à \_\_\_\_\_.

### 4. Dos Benefícios para o Médico Participante:

- 4.1. Será concedida ao médico participante bolsa-formação no valor mensal de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), concedida pelo prazo improrrogável de 12 (doze) meses contados a partir da data da matrícula no curso de especialização;
- 4.2. O médico participante fará jus a 30 (trinta) dias de repouso dentro do ano de atividade, não prejudicando a integralização da carga horária, a serem usufruídos conforme escala definida em conjunto pelo gestor municipal e o supervisor do Programa;
- 4.3. Obter pontuação de incentivo de 10% nos processos seletivos de residência médica, nos termos do artigo 22, §2º da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 e das Resoluções nº 3 de 16 de setembro de 2011/CNRM/MEC, a Resolução nº 1, de 2 de janeiro de 2014/CNRM/MEC ou respectivas normatizações futuras, desde que cumprida a integralização da carga horária de 1.926 (mil novecentos e vinte e seis) horas das ações de aperfeiçoamento do PROVAB e alcance conceito satisfatório.

### 5. Das dispensas e licenças.

O Médico Participante terá direito a dispensas e licenças temporárias do Programa, podendo ou não receber a bolsa-formação no respectivo período, nos termos disciplinados pela Portaria SGTES/MS nº 11, de 13 de agosto de 2013 e respectiva alteração pela Portaria SGTES/MS nº 21, de 18 de setembro de 2013 e regulamentares futuras.

### 6. Das ações de aperfeiçoamento e supervisão.

6.1. As ações de aperfeiçoamento do Médico Participante 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, respeitando as possibilidades previstas na Política Nacional de Atenção Básica.

6.2. Para execução das atividades de ensino, pesquisa e extensão no âmbito dos programas de provisão, será assegurado aos médicos participantes a inscrição no Telessaúde Brasil Redes.

6.7. As atividades de pesquisa, ensino e extensão dos médicos participantes dos Programas serão supervisionadas por profissional médico, com avaliação sistemática presencial e à distância, conforme regras das instituições públicas de educação superior brasileiras participantes e da Coordenação do PROVAB.

6.7.1. As atividades de supervisão para os médicos participantes do PROVAB compreenderão:

a) supervisão e avaliação mensal, por instrumento previamente conhecido pelo avaliado, e no qual serão considerados como, além de outros critérios, o compromisso com a comunidade e assiduidade; e

b) processo avaliativo composto por avaliação formativa e somativa, ambas produzidas pelo médico (autoavaliação), pelo gestor municipal e pelo supervisor.

6.7.2. Na avaliação formativa e somativa, para obtenção do conceito satisfatório, o médico participante deverá atender todos os componentes da avaliação realizada e alcançar a média mínima de 7,0 (sete) pontos.

6.7.3. A avaliação de que trata o item anterior é obrigatória e condicionante para a emissão do certificado de conclusão do PROVAB e deverá ser feita por todos os médicos participantes do, inclusive os que estiverem em período de descanso autorizado durante a avaliação.

6.8. O programa do curso de especialização contemplará as dimensões de gestão e assistência na Atenção Básica e será ministrado na modalidade de Ensino à Distância (EAD).

7. Das Obrigações do Ministério da Saúde.

7.1. Constituem obrigações do Ministério da Saúde e da Coordenação do PROVAB:

a) avaliar a conformidade dos documentos, declarações e informações apresentados pelos médicos em relação às regras do Projeto;

b) ofertar aos médicos participantes curso de especialização oferecido pelas instituições de educação superior brasileiras vinculadas ao Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS);

c) assegurar aos médicos participantes acesso a inscrição em serviços de Telessaúde para execução das atividades de ensino, pesquisa e extensão no âmbito do Projeto;

d) garantir o pagamento da bolsa-formação ao médico participante do Projeto durante todo o período de participação nas ações de aperfeiçoamento, atendidas as regras do Programa, do Edital e deste Termo de Adesão e Compromisso;

e) providenciar junto à Coordenação do Programa e às Comissões de Coordenações Estaduais do PROVAB as medidas necessárias para efetivação das regras previstas no Projeto; e

f) expedir certificados e declarações concernentes ao cumprimento do Programa.

8. Dos Documentos Integrantes.

8.1. Integram o presente instrumento, como se nele estivessem transcritos, os seguintes documentos do Médico Participante:

a) Cópia do Diploma de Graduação ou Certificado de Conclusão de Curso;

b) Cópia de documento oficial de identificação, com foto, como: Carteiras e/ou Cédulas de Identidade expedidas pelas Secretarias de Segurança Pública, pelas Forças Armadas, pela Polícia Militar, pelo Ministério das Relações Exteriores; Cédula de Identidade para Estrangeiros; Cédulas de Identidade fornecidas por Órgãos Públicos ou Conselhos de Classe que, por força de Lei Federal,

valem como documento de identidade, como por exemplo, a do CRM; Certificado de Reservista; Passaporte; Carteira de Trabalho e Previdência Social, bem como Carteira Nacional de Habilitação (com foto, na forma da Lei nº 9.503/97); e

c) cópia do registro junto ao Conselho Regional de Medicina.

9. Dos procedimentos para o recebimento da Bolsa

9.1. Informar dados da agência do Banco do Brasil mais próxima no SGP-PROVAB.

9.2. O valor das bolsas PROVAB (R\$ 10.000,00) será creditado, mensalmente, em uma "conta beneficiário", do Banco do Brasil, vinculada ao Programa.

9.3. Não é necessário o bolsista abrir uma conta própria no banco. Cada bolsista deverá realizar o primeiro saque do benefício na agência indicada, informando o código nº. 290 (FNS-PROVAB), juntamente com os últimos nove números do Cadastro de Pessoa Física-CPF. Somente após o primeiro saque é que médico participante receberá um cartão bancário para efetuar saques e pagamentos, em quaisquer caixas eletrônicos do Banco do Brasil.

9.4. Deverá ser indicado no SGP-PROVAB o número de uma agência do Banco do Brasil de fácil acesso para que o bolsista possa retirar o seu cartão.

9.5. A disponibilização dos créditos referentes às bolsas nos cartões dos beneficiários não ultrapassará 90 (noventa) dias após serem efetuados os depósitos nas contas dos bolsistas.

9.5.1 Após o prazo a que se refere o item 9.5, caso não tenha havido nenhuma movimentação da conta- beneficiário, os recursos financeiros retornarão ao Ministério da Saúde.

9.5.2 Para que não ocorra a situação de que trata o subitem 10.5.1, os bolsistas do Programa devem efetuar alguma movimentação financeira em suas contas, nesse período de 90 (noventa) dias, a partir da data de disponibilização de cada crédito mensal.

9.6. O bolsista poderá consultar o crédito realizado, por mês de referência, diretamente no site [www.fns.saude.gov.br](http://www.fns.saude.gov.br), em "consulta de pagamentos" => "outros pagamentos", indicando o ano de referência e o CPF. A liberação dos créditos ocorre, aproximadamente, no quinto dia útil após a data da ordem bancária apontada nessa página eletrônica.

10. Dos impedimentos para Recebimento de Bolsa

10.1 Estar inserido em mais de um programa mantido pelo Ministério da Saúde;

10.2. Atuar no âmbito da Atenção Básica em saúde conforme registro no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde na condição de profissional com vínculo ativo em Unidade Básica de Saúde no ato da validação cadastral;

10.3 Estar em situação irregular junto à receita federal;

10.4 Não estar matriculado, ou estando matriculado, não frequentar o Curso de Especialização em Atenção Básica, conforme disposto no Edital.

10.5. O não cumprimento da carga horária de 32 (trinta e duas) horas semanais na unidade de saúde na qual está desenvolvendo suas atividades práticas.

10.6. Não validação no sistema pelo respectivo Gestor quanto ao cumprimento da carga horária de 32 (trinta e duas) horas semanais na unidade de saúde na qual está desenvolvendo suas atividades práticas.

11. Da Validade, Eficácia e vigência.

11.1. A validade e eficácia deste Termo de Adesão e Compromisso decorre da confirmação da adesão do Médico Participante ao Programa e impressão do instrumento através do SGP.

11.2. Este termo vigorará pelo prazo de permanência do médico participante no Programa não ultrapassando o limite de 12 (doze) meses, contados do dia de início das atividades no Município.

## 12. Das Alterações

12.1. As condições estabelecidas no presente termo poderão ser alteradas pelo Ministério da Saúde a qualquer tempo.

12.2. É vedado o aditamento deste termo com o intuito de alterar o seu objeto, sob pena de nulidade do ato.

## 13. Da Rescisão

O presente Termo poderá ser rescindido unilateralmente, pelo Ministério da Saúde e pelo Médico Participante, hipótese em que acarretará o desligamento deste, nos termos do edital de adesão dos médicos e dos municípios e das normas regulamentares do PROVAB.

## 14. Legislação Aplicável

Aplicam-se a este Termo de Adesão e Compromisso, a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, o art. 22, § 2º da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, a Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC/2011 e as normas específicas regulamentares do PROVAB.

## 15. Dos afastamentos, licenças e desligamento do Programa.

As situações de afastamentos, licenças temporárias e desligamento do Programa encontram-se disciplinadas na Portaria SGTES/MS nº 11, de 13 de agosto de 2013 e respectiva alteração pela Portaria SGTES/MS nº 21, de 18 de setembro de 2013, inclusive quanto às repercussões sobre o pagamento da bolsa.

## 16. Das sanções aplicáveis:

O não cumprimento das normas estabelecidas no edital de adesão e nas demais normas que regem o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica sujeitarão o bolsista às penalidades previstas na Portaria nº 11/SGTES/MS, de 13 de agosto de 2013, que dispõe sobre assiduidade e o absenteísmo de participantes no âmbito do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB).

## 17. Declaração

17.1. O Médico Participante declara sua integral e incondicional concordância com a concessão que ora lhe é feita, comprometendo-se a dedicar-se às atividades pertinentes à bolsa concedida, a cumprir fielmente as estipulações deste instrumento e das normas que lhe são aplicáveis, DECLARANDO, formalmente:

- a) que leu e aceitou integralmente os termos deste documento;
- b) que tem conhecimento das regras e cláusulas que regem a modalidade de bolsa para a Educação pelo trabalho que lhe é concedida e se compromete a cumpri-las integralmente;
- c) que as informações constantes e prestadas neste formulário são de boa-fé;
- d) tem ciência de que esta declaração é feita em consonância com o disposto nos artigos 297 a 299, do Código Penal Brasileiro.

## 18. Da solução de litígios

18.1. Eventual controvérsia surgida durante a execução do presente Termo de Adesão e Compromisso poderá ser dirimida administrativamente entre os partícipes ou, em seguida, perante a Câmara de Conciliação e Arbitragem da Administração Federal da Advocacia-Geral da União e, se inviável, posteriormente perante o foro da Justiça Federal - Seção Judiciária do Distrito Federal.

## 19. Das Disposições Finais

19.1. O presente termo somente se resolve após o transcurso do período de conclusão do Programa, desde que cumpridas todas as condições previstas neste instrumento e nas normas aplicáveis.

19.2. A concessão objeto do presente instrumento não gera vínculo de qualquer natureza ou relação de trabalho, constituindo doação, com encargos, feita ao Médico Participante.

19.3. Fica eleito o foro da seção Judiciária de Brasília - Distrito Federal, para dirimir qualquer divergência decorrente da execução deste instrumento.

E por estarem de pleno acordo, firmam este instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, para que produza seus jurídicos e legais efeitos.

Brasília-DF, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Ministério da Saúde

Médico Participante

CPF:

De acordo

Nome do Gestor de Saúde Responsável pelo PROVAB no município.

Município de .../Estado

CPF:

## ANEXO II – TERMO DE ADESÃO

Projeto Mais Médicos para o Brasil

TERMO DE ADESÃO E COMPROMISSO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MINISTÉRIO DA SAÚDE E

\_\_\_\_\_ PARA ADESÃO AO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL.

O MINISTÉRIO DA SAÚDE, CNPJ nº 03.274.533/0001-50, neste ato representado por Hêider Aurélio Pinto, Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com endereço na Esplanada dos Ministérios, Bloco "G", 7º andar, sala 716 -CEP 70.058-900, Brasília (DF), e \_\_\_\_\_, portador do Documento de Identidade/Passaporte nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, Registro CRM nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado em

\_\_\_\_\_, nos termos da Portaria Interministerial nº 1369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013, que dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, instituído pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, resolvem celebrar o presente Termo de Adesão e Compromisso para adesão ao Projeto, mediante as cláusulas e condições seguintes:

### 1. CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Termo tem por objeto a adesão do médico ao Projeto, bem como definir obrigações e responsabilidades mútuas para participar de aperfeiçoamento na atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS, mediante curso de especialização e atividades de ensino, pesquisa e extensão, que terá componente assistencial mediante integração ensino-serviço.

### 2. CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES DO MÉDICO NO PROJETO

2.1. Para consecução do objeto estabelecido neste Termo de Adesão e Compromisso, o médico participante assume os seguintes compromissos, dentre outras regras definidas para o Projeto, no Edital e neste Termo de Adesão e Compromisso:

- a) exercer com zelo e dedicação as ações de aperfeiçoamento;
- b) observar as leis vigentes, bem como normas regulamentares;
- c) estar matriculado e com situação regular no curso de especialização ofertado por uma das instituições de ensino superior vinculadas à UNA-SUS;
- d) cumprir as instruções dos supervisores e orientações e regras definidas pela Coordenação do Projeto;
- e) observar as orientações dos tutores acadêmicos;
- f) atender com presteza e urbanidade o usuário do SUS;
- g) zelar pela economia do material e a conservação do patrimônio público;
- h) cumprir a carga horária semanal de 40 (quarenta horas) horas para as atividades de ensino, pesquisa e extensão nas Unidades Básicas de Saúde do município, conforme definido pelos supervisores e pelo Município, respeitando as possibilidades conferidas pelas Portarias nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, nº 122 GM/MS, de 25 de Janeiro de 2011, nº 963 GM/MS, de 27 de Maio de 2013, e Portaria Interministerial nº 1, de 2 de Janeiro de 2014;
- i) tratar com urbanidade os demais profissionais da área da saúde e administrativos, supervisores, tutores e colaboradores do Projeto;
- j) levar ao conhecimento do supervisor e/ou da Coordenação Estadual do Projeto dúvidas quanto às atividades de integração ensino-serviço, bem como as irregularidades de que tiver ciência em razão dessas atividades;
- l) efetuar o registro de informações em saúde e das atividades vinculadas à integração ensino-serviço desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), conforme Portaria Interministerial nº

2.395, de 05 de novembro de 2014. O descumprimento do registro poderá acarretar aplicação de penalidade de suspensão do pagamento da bolsa prevista no art.4º da referida Portaria.

m) Manter atualizado os dados cadastrais constantes no formulário eletrônico disponível no sítio [maismedicos.saude.gov.br](http://maismedicos.saude.gov.br) através do seu acesso pessoal ao Sistema de Gerenciamento de Programa-SGP.

2.2. As atividades de pesquisa, ensino e extensão dos médicos participantes para o Projeto Mais Médicos se dará na forma disciplinada na Portaria Conjunta nº 1/SGTES/MS/SESU/MEC, de 21 de janeiro de 2014.

### 3. CLÁUSULA TERCEIRA - DAS VEDAÇÕES APLICÁVEIS AOS MÉDICOS PARTICIPANTES

3.1. É vedado ao médico participante do Projeto:

- a) ausentar-se das atividades a serem realizadas durante as ações de aperfeiçoamento sem prévia autorização do Município ou do supervisor;
- b) retirar, sem prévia anuência do Município ou do supervisor, qualquer documento ou objeto do local de realização das ações de aperfeiçoamento;
- c) opor resistência injustificada à realização das ações de aperfeiçoamento que envolvam atendimento ao usuário do SUS;
- d) para os médicos intercambistas, exercer a medicina fora das ações de aperfeiçoamento desenvolvidas no âmbito do Projeto;
- e) receber valores ou vantagens de qualquer espécie, em razão de suas atividades no Projeto, diversas daquelas previstas para o Projeto; e
- f) recusar-se a atualizar seus dados cadastrais quando solicitado pelos supervisores, tutores acadêmicos ou Coordenação do Projeto.

### 4. CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA COORDENAÇÃO DO PROJETO

4.1. Constituem obrigações do Ministério da Saúde e da Coordenação do Projeto:

- a) receber as inscrições dos médicos interessados em participar do Projeto;
- b) selecionar, conforme regras previstas no Edital, os médicos inscritos no Projeto;
- c) avaliar a conformidade dos documentos, declarações e informações apresentados pelos médicos em relação às regras do Projeto;
- d) encaminhar os médicos participantes para os Municípios para realização das ações de aperfeiçoamento;
- e) ofertar aos médicos participantes curso de especialização oferecido pelas instituições de educação superior brasileiras vinculadas ao Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS);
- f) assegurar aos médicos participantes acesso a inscrição em serviços de Telessaúde para execução das atividades de ensino, pesquisa e extensão no âmbito do Projeto;
- g) garantir o pagamento da bolsa-formação ao médico participante do Projeto durante todo o período de participação nas ações de aperfeiçoamento;
- h) custear ajuda de custo e passagens, nos termos do Edital;
- i) providenciar junto à Coordenação do Projeto e à Coordenação Estadual do Projeto as medidas necessárias para efetivação das regras previstas no Projeto; e
- j) adotar as providências necessárias para execução do Projeto.

## 5. CLÁUSULA QUINTA - DO COMPROMISSO

5.1. O médico participante do Projeto declara conhecer e atender integralmente as regras da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, da Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013, as exigências do Edital No- 21/2014-SGTES/MS e deste Termo de Adesão e Compromisso, não podendo, em nenhuma hipótese, delas alegar desconhecimento.

5.2. O descumprimento das condições, atribuições, deveres e incursão nas vedações previstas no Projeto sujeitará o médico participante às penalidades previstas na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, na Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013, e no Edital No-21/2014-SGTES/MS.

## 6. CLAUSULA SEXTA - DA VIGÊNCIA

6.1. O presente instrumento terá a vigência de 36 (trinta e seis) meses, a contar do início das ações de aperfeiçoamento, podendo ser prorrogado mediante celebração de termo aditivo nas hipóteses previstas na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, na Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013, e no Edital No- 21/2014-SGTES/MS.

## 7. CLÁUSULA SETIMA - DA RESCISÃO

7.1. O presente Termo de Adesão e Compromisso poderá ser rescindido, durante o prazo de vigência, por mútuo consentimento ou unilateralmente por qualquer um dos partícipes, nas hipóteses previstas na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, na Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013, e no Edital No- 21/2014-SGTES/MS, mediante manifestação encaminhada com antecedência mínima de 90 (noventa) dias.

## 8. CLÁUSULA OITAVA - DA PUBLICAÇÃO

8.1. O presente Termo de Adesão e Compromisso deverá ser publicado em extrato no Diário Oficial da União, às expensas do Ministério da Saúde.

## 9. CLÁUSULA NONA - DAS ALTERAÇÕES

9.1. As eventuais alterações do presente Termo de Adesão e Compromisso serão realizadas por meio de termo aditivo acordado entre os partícipes.

## 10. CLÁUSULA DÉCIMA - DA SOLUÇÃO DE LITÍGIOS

10.1. Eventual controvérsia surgida durante a execução do presente Termo de Adesão e Compromisso poderá ser dirimida administrativamente entre os partícipes ou, em seguida, perante a Câmara de Conciliação e Arbitragem da Administração Federal da Advocacia-Geral da União e, se inviável, posteriormente perante o foro da Justiça Federal - Seção Judiciária do Distrito Federal.

E por estarem de pleno acordo, firmam este instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, para que produza seus jurídicos e legais efeitos.

Brasília-DF, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
HÊIDER AURÉLIO PINTO

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

\_\_\_\_\_  
MÉDICO (A)

## **Anexo 4. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011 (Programa de Saúde da Família)**

Ministério da Saúde  
Gabinete do Ministro

### **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).

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

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 11.350, de outubro de 2006, que regulamenta o § 5º do Art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo Parágrafo Único do Art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006;

Considerando o Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007, que institui o Programa Saúde na Escola (PSE), no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90;

Considerando a Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, que trata do processo de integração das ações de vigilância em saúde e atenção básica;

Considerando a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando as Portarias nº 822/GM/MS, de 17 de abril de 2006, nº 90/GM, de 17 de janeiro de 2008 e nº 2.920/GM/MS, de 03 de dezembro de 2008, que estabelecem os municípios que poderão receber recursos diferenciados da ESF;

Considerando Portaria nº 2.143/GM/MS, de 9 de outubro de 2008 - Cria o incentivo financeiro referente à inclusão do microscopista na atenção básica para realizar, prioritariamente, ações de controle da malária junto às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde - EACS e/ou às Equipes de Saúde da Família (ESF);

Considerando Portaria nº 2.372/GM/MS, de 7 de outubro de 2009, que cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família;

Considerando Portaria nº 2.371/GM/MS, de 07 de outubro de 2009 que institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica,

o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel (UOM);

Considerando a Portaria nº 750/SAS/MS, de 10 de outubro de 2006, que instituiu a ficha complementar de cadastro das ESF, ESF com ESB - Modalidades I e II e de ACS no SCNES;

Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil;

Considerando a consolidação da estratégia saúde da família como forma prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil e que a experiência acumulada em todos os entes federados demonstra a necessidade de adequação de suas normas.

Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 29, de setembro de 2011, resolve:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, nos termos constantes dos Anexos a esta Portaria.

Parágrafo único. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS/MS) publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas desta Política.

Art. 2º Definir que os recursos orçamentários de que trata a presente Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I -10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável -Saúde da Família;

II - 10.301.1214.8577 - Piso de Atenção Básica Fixo;

III - 10.301.1214.8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde;

IV- 10.301.1214.8730.0001 - Atenção à Saúde Bucal; e

V - 10.301.1214.12L5.0001 -Construção de Unidades Básicas de Saúde - UBS.

Art. 3º Permanecem em vigor as normas expedidas por este Ministério com amparo na [Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006](#), desde que não conflitem com as disposições constantes desta Portaria.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Fica revogada as Portarias [nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006](#), publicada no [Diário Oficial da União nº 61, de 29 de março de 2006, Seção 1, pg. 71](#), nº [154/GM/MS, de 24 de janeiro de 2008](#), publicada no [Diário Oficial da União nº 18, de 25 de janeiro de 2008, Seção 1, pg. 47/49](#), nº [2.281/GM/MS, de 1º de outubro de 2009](#), publicada no [Diário Oficial da União nº 189, de 2 de outubro de 2009, Seção 1, pg. 34](#), nº [2.843/GM/MS, de 20 de setembro de 2010](#), publicada no [Diário Oficial da União nº 181, de 21 de setembro de 2010, Seção 1, pg. 44](#), nº [3.839/GM/MS, de 7 de dezembro de 2010](#), publicada no [Diário Oficial da União nº 237, de 8 de dezembro de 2010, Seção 1, pg. 44/45](#), nº [4.299/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010](#), publicada no [Diário Oficial da União nº 251, de 31 de dezembro de 2010, Seção 1, pg. 97](#), nº [2.191/GM/MS, de 3 de agosto de 2010](#), publicada no [Diário Oficial da União nº 148, de 4 de agosto de 2010, Seção 1, pg. 51](#), nº [302/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2009](#), publicada no [Diário Oficial da União nº 28, de 10 de fevereiro de 2009, Seção 1, pg. 36](#), nº [2.027/GM/MS, de 25 de agosto de 2011, publicada no Diário Oficial da União nº 164, Seção 1, pg.90](#).

## **ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA**

### ANEXO I

#### DISPOSIÇÕES GERAIS SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA

#### DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES GERAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral.

A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes:

I - ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade;

II - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;

III - adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para

um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica; e

V -estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos os termos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento.

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locoregionais.

#### DAS FUNÇÕES NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Esta Portaria conforme normatização vigente do SUS, define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado as necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde. O [Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90](#), define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada". Neste sentido, atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas:

I -Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;

II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de

uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinelas e incidentes críticos, dentre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da micro-regulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade; e

IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

#### DAS RESPONSABILIDADES

São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo:

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos fundamentos e diretrizes assinalados;

II - apoiar e estimular a adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde;

III - garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com suas responsabilidades;

IV - contribuir com o financiamento tripartite da Atenção Básica;

V - estabelecer, nos respectivos Planos de Saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da Atenção Básica;

VI - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes, a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários;

VII - desenvolver, disponibilizar e implantar os sistemas de informações da Atenção Básica de acordo com suas responsabilidades;

VIII - planejar, apoiar, monitorar e avaliar a Atenção Básica;

IX - estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação;

X - divulgar as informações e os resultados alcançados pela atenção básica;

XI - promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica;

XII - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento da Atenção Básica e da estratégia de saúde da família no País; e

XIII - estimular a participação popular e o controle social.

Compete ao Ministério da Saúde:

I - definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica;

III - prestar apoio institucional aos gestores dos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica;

IV - definir, de forma tripartite, estratégias de articulação com as gestões estaduais e municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da Atenção Básica;

V - estabelecer, de forma tripartite, diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, de formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica;

VI - articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pósgraduação na área da saúde visando à formação de profissionais e gestores com perfil adequado à Atenção Básica; e

VII - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente para os profissionais de saúde da Atenção Básica.

Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, de forma complementar às estratégias, diretrizes e normas existentes, desde que não haja restrições destas e que sejam respeitados as diretrizes e os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;

II - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica prevendo, entre outras, formas de repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;

III - ser co-responsável, pelo monitoramento da utilização dos recursos federais da Atenção Básica transferidos aos municípios;

IV - submeter à CIB, para resolução acerca das irregularidades constatadas na execução dos recursos do Bloco de Atenção Básica, conforme regulamentação nacional, visando:

a) apazamento para que o gestor municipal corrija as irregularidades;

b) comunicação ao Ministério da Saúde;

c) bloqueio do repasse de recursos ou demais providências, conforme regulamentação nacional, consideradas necessárias e devidamente oficializadas pela CIB;

V - analisar os dados de interesse estadual, gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;

VI - verificar a qualidade e a consistência dos dados enviados pelos municípios por meio dos sistemas informatizados, retornando informações aos gestores municipais;

VII - consolidar, analisar e transferir para o Ministério da Saúde os arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios de acordo com os fluxos e prazos estabelecidos para cada sistema;

VIII - prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família;

IX - definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

X - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção à saúde;

XI - articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família; e

XII - promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da Atenção Básica.

Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, através do COSEMS, estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, mantidos as diretrizes e os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;

II - destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;

III - ser co-responsável, junto ao Ministério da Saúde, e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos município;

IV - inserir a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como estratégia prioritária de organização da atenção básica;

V - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;

VI - prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família;

VII - Definir estratégias de institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

VIII - Desenvolver ações e articular instituições para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família;

IX - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente;

X - garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, podendo contar com apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

XI - garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas;

XII - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial e de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;

XIII - Alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;

XIV - Organizar o fluxo de usuários, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde dos usuários;

XV - manter atualizado o cadastro no sistema de Cadastro Nacional vigente , dos profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão; e

XVI - assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõe as equipes de atenção básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no SCNES e a modalidade de atenção.

Da infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica

São necessárias à realização das ações de Atenção Básica nos municípios e Distrito Federal:

I - Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência o manual de infra estrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/ MS;

II - as Unidades Básicas de Saúde:

a) devem estar cadastradas no sistema de Cadastro Nacional vigente de acordo com as normas vigentes;

b) Recomenda-se que disponibilizem, conforme orientações e especificações do manual de infra estrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/ MS:

1. consultório médico/enfermagem, consultório odontológico e consultório com sanitário, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica;

2. área de recepção, local para arquivos e registros, sala de procedimentos, sala de vacinas, área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS), sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta, sala de curativos, sala de observação, entre outros:

2.1. as Unidades Básicas de Saúde Fluviais deverão cumprir os seguintes requisitos específicos:

2.1.1. quanto à estrutura física mínima, devem dispor de: consultório médico; consultório de enfermagem; ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos; laboratório; sala de vacina; banheiro público; banheiro exclusivo para os funcionários; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; cozinha; sala de procedimentos; e, se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo;

c) devem possuir identificação segundo padrões visuais do SUS e da Atenção Básica pactuados nacionalmente;

d) recomenda-se que estas possuam conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando a participação social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

III - manutenção regular da infraestrutura e dos equipamentos das Unidades Básicas de Saúde;

IV - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente quando esta dispensação está prevista para serem realizadas naquela UBS;

V - equipes multiprofissionais compostas, conforme modalidade das equipes, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários da Saúde, dentre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população;

VI - cadastro atualizado dos profissionais que compõe a equipe de atenção básica no sistema de Cadastro Nacional vigente de acordo com as normas vigentes e com as cargas horárias de trabalho informadas e exigidas para cada modalidade;

VII - garantia pela gestão municipal, de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população; e

VIII - garantia pela gestão municipal, dos fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado.

Com o intuito de facilitar os princípios do acesso, do vínculo, da continuidade do cuidado e da responsabilidade sanitária e reconhecendo que existem diversas realidades sócio epidemiológicas, diferentes necessidades de saúde e distintas maneiras de organização das UBS, recomenda-se:

I - para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, o parâmetro de uma UBS para no máximo 18 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica; e

II - para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para no máximo 12 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

Educação permanente das equipes de Atenção Básica

A consolidação e o aprimoramento da Atenção Básica como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil requer um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular.

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.

Nesse sentido, a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante "estratégia de gestão", com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá "no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho".

A Educação Permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa).

Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde.

A vinculação dos processos de educação permanente a estratégia de apoio institucional pode potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na Atenção Básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano. Nessa mesma linha é importante diversificar este repertório de ações incorporando dispositivos de apoio e cooperação horizontal, tais como trocas de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, comunidades de práticas, grupos de estudos, momentos de apoio matricial, visitas e estudos sistemáticos de experiências inovadoras, etc.

Por fim, reconhecendo o caráter e iniciativa ascendente da educação permanente, é central que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município demandem, proponha e desenvolva ações de educação permanente tentando combinar necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município. É importante sintonizar e mediar as ofertas de educação permanente pré-formatadas (cursos, por exemplo) com o momento e contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade.

De modo análogo é importante a articulação e apoio dos governos estaduais e federal aos municípios buscando responder suas necessidades e fortalecer suas iniciativas. A referência é mais de apoio, cooperação, qualificação e oferta de diversas iniciativas para diferentes contextos que a tentativa de regular, formatar e simplificar a diversidade de iniciativas.

## Do Processo de trabalho das equipes de Atenção Básica

São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

I - definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes;

II - programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias dificultando o acesso dos usuários;

III - desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;

IV - realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;

V - prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;

VI - realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada;

VII - desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;

VIII - implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

IX - participar do planejamento local de saúde assim como do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;

X - desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XI - apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; e

XII - realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos.

#### Das Atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica

As atribuições de cada um dos profissionais das equipes de atenção básica devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões.

São atribuições comuns a todos os profissionais:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

II - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

III - realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

IV - realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

V - garantir da atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;

VI - participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VIII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

IX - praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;

X - realizar reuniões de equipes a fim de discutir em con-junto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

XI - acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;

XII - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;

XIII - realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

XIV - realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe;

XV - participar das atividades de educação permanente;

XVI - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

XVII - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e

XVIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Outras atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica poderão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

Das atribuições específicas

Do enfermeiro:

I -realizar atenção a saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

IV - planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;

V - contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

I - participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

II - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

III - realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe;

IV - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; e

V - contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

Do Médico:

I - realizar atenção a saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade;

II - realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário;

V - indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Agente Comunitário de Saúde:

I - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

II - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

III - orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês;

VI - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

VII - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à Dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e

VIII - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe.

É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

Do Cirurgião-Dentista:

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - realizar a atenção a saúde em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade;

III - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares;

IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VII - realizar supervisão técnica do Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB); e

VIII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I - realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

IV - apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

V - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

VI - participar do treinamento e capacitação de Auxiliar em Saúde Bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

VII - participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

VIII - participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

IX - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

X - realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

XI - fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

XII - realizar fotografias e tomadas de uso odontológicos exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

XIII - inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

XIV - proceder à limpeza e à anti-sepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares; e

XV - aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos.

Do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

I - realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

III - executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

IV - auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas;

V - realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VII - aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

VIII - processar filme radiográfico;

IX - selecionar moldeiras;

X - preparar modelos em gesso;

XI - manipular materiais de uso odontológico; e

X - participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador.

Especificidades da Estratégia de Saúde da Família.

A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma re-orientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a

resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Especificidades da equipe de saúde da família

São itens necessários à estratégia Saúde da Família:

I - existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal;

II - o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

IV - cadastramento de cada profissional de saúde em apenas 01 (uma) ESF, exceção feita somente ao profissional médico que poderá atuar em no máximo 02 (duas) ESF e com carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais; e

V - carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso. A jornada de 40 (quarenta) horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 (trinta e duas) horas da carga horária para atividades na equipe de saúde da família podendo, con-forme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 08 (oito) horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial.

Serão admitidas também, além da inserção integral (40h), as seguintes modalidades de inserção dos profissionais médicos generalistas ou especialistas em saúde da família ou médicos de família e comunidade nas Equipes de Saúde da Família, com as respectivas equivalências de incentivo federal:

I - 2 (dois) médicos integrados a uma única equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 01 (um) médico com jornada de 40 horas semanais), com repasse integral do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família;

II - 3 (três) médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 02 (dois) médicos com jornada de 40 horas, de duas equipes), com repasse integral do incentivo financeiro referente a duas equipes de saúde da família;

III - 4 (quatro) médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, com carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 03 (três) médicos com jornada de 40 horas semanais, de três equipes), com repasse integral do incentivo financeiro referente a três equipes de saúde da família;

IV - 2 (dois) médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais, e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 85% do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família; e

V - 1 (um) médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com re-passe mensal equivalente a 60% do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família. Tendo em vista a presença do médico em horário parcial, o gestor municipal deve organizar os protocolos de atuação da equipe, os fluxos e a retaguarda assistencial, para atender a esta especificidade. Além disso, é recomendável que o número de usuários por equipe seja próximo de 2.500 pessoas. As equipes com esta configuração são denominadas Equipes Transitórias, pois, ainda que não tenham tempo mínimo estabelecido de permanência neste formato, é desejável que o gestor, tão logo tenha condições, transite para um dos formatos anteriores que prevêm horas de médico disponíveis durante todo o tempo de funcionamento da equipe.

A quantidade de Equipes de Saúde da Família na modalidade transitória ficará condicionada aos seguintes critérios:

I - Município com até 20 mil habitantes e contando com 01 (uma) a 03 (duas) equipes de Saúde da Família, poderá ter até 2 (duas) equipes na modalidade transitória;

II - Município com até 20 mil habitantes e com mais de 03 (três) equipes poderá ter até 50% das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória;

III - Municípios com população entre 20 e 50 mil habitantes poderá ter até 30% (trinta por cento) das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória;

IV - Município com população entre 50 e 100 mil habitantes poderá ter até 20% (vinte por cento) das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória; e

V - Município com população acima de 100 mil habitantes poderá ter até 10% (dez por cento) das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória.

Em todas as possibilidades de inserção do profissional médico descritas acima, considerando a importância de manutenção do vínculo e da longitudinalidade do cuidado, este profissional deverá ter usuários adscritos de modo que cada usuário seja obrigatoriamente acompanhado por 1 (um) ACS (Agente Comunitário de Saúde), 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, 01 (um) enfermeiro e 01 (um) médico e

preferencialmente por 1 (um) cirurgião-dentista, 1 (um) auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal, sem que a carga horária diferente de trabalho comprometa o cuidado e/ou processo de trabalho da equipe.

Todas as equipes deverão ter responsabilidade sanitária por um território de referência, sendo que nos casos previstos nos itens b e c, poderão ser constituídas equipes com número de profissionais e população adscrita equivalentes a 2 (duas) e 3 (três) equipes de saúde da família, respectivamente.

As equipes de saúde da família devem estar devidamente cadastradas no sistema de cadastro nacional vigente de acordo com conformação e modalidade de inserção do profissional médico.

O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento das UBS devem ser organizados de modo que garantam o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado.

Especificidades dos profissionais de Saúde Bucal das equipes de saúde da família

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de saúde da família podem se organizar nas seguintes modalidades:

I - Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB); e [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.012 de 26.12.2012\)](#).

II - Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou outro técnico em saúde bucal (TSB). [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.012 de 26.12.2012\)](#).

Os profissionais das modalidades I ou II podem desenvolver parte de suas atividades em Unidade Odontológica Móvel (UOM). [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.012 de 26.12.2012\)](#).

Independente da modalidade adotado, recomenda-se que os profissionais de Saúde Bucal, estejam vinculados a uma ESF e compartilhem a gestão e o processo de trabalho da equipe tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a ESF à qual integra, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes.

Cada Equipe de Saúde de Família que for implantada com os profissionais de saúde bucal ou quando se introduzir pela primeira vez os profissionais de saúde bucal numa equipe já implantada, modalidade I ou II, o gestor receberá do Ministério da Saúde os equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los (equipo odontológico completo).

Especificidades da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

É prevista a implantação da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da estratégia de saúde da família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da atenção básica. São itens necessários à implantação desta estratégia:

I - a existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no sistema de Cadastro Nacional vigente que passa a ser a UBS de referência para a equipe de agentes comunitários de saúde;

II - a existência de um enfermeiro para até no máximo 12 ACS e no mínimo 04, constituindo assim uma equipe de Agentes Comunitários de Saúde; e

III - o cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais por toda a equipe de agentes comunitários, composta por ACS e enfermeiro supervisor.

Fica garantido o financiamento das equipes de agentes comunitários de saúde já credenciadas em data anterior a esta portaria que não estão adequadas ao parâmetro de 01 enfermeiro para no máximo 12 ACS, porém extinta a possibilidade de implantação de novas equipes com esta configuração a partir da publicação desta Portaria.

Cada ACS deve realizar as ações previstas nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas.

O enfermeiro da Estratégia Agentes Comunitários de Saúde, além das atribuições de atenção à saúde e de gestão, comuns a qualquer enfermeiro da atenção básica descritas nesta portaria, a atribuição de planejar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, comum aos enfermeiros da estratégia de saúde da família, e deve ainda facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e os ACS contribuindo para a organização da atenção à saúde, qualificação do acesso, acolhimento, vínculo, longitudinalidade do cuidado e orientação da atuação da equipe da UBS em função das prioridades definidas equanimemente conforme critérios de necessidade de saúde, vulnerabilidade, risco, entre outros.

Equipes de atenção básica para populações específicas

#### 1. Equipes do consultório na rua

A responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde com destaque especial para a atenção básica. Em situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso destes usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna a atenção integral à saúde, pode-se lançar mão das equipes dos consultórios na rua que são equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua.

As equipes deverão realizar suas atividades, de forma itinerante desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes de atenção básica do território

(UBS e NASF), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil.

As equipes dos Consultórios na Rua deverão cumprir a carga horária mínima semanal de 30 horas. Porém seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana.

As equipes dos Consultórios na Rua podem estar vinculadas aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e, respeitando os limites para vinculação, cada equipe será considerada como uma equipe de saúde da família para vinculação ao NASF.

Em Municípios ou áreas que não tenham consultórios na rua, o cuidado integral das pessoas em situação de rua deve seguir sendo de responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo os profissionais de saúde bucal e os núcleos de apoio à saúde da família (NASF) do território onde estas pessoas estão concentradas.

Para cálculo do teto das equipes dos consultórios na rua de cada município, serão tomados como base os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

Caso seja necessário o transporte da equipe para a realização do cuidado in loco, nos sítios de atenção da população sem domicílio, o gestor poderá fazer a opção de agregar ao incentivo financeiro mensal o componente de custeio da Unidade Móvel. O gestor local que fizer esta opção deverá viabilizar veículo de transporte com capacidade de transportar os profissionais da equipe, equipamentos, materiais e insumos necessários para a realização das atividades propostas, além de permitir que alguns procedimentos possam ser realizados no seu interior. Esta Unidade Móvel deverá estar adequada aos requisitos pactuados e definidos nacionalmente, incluindo o padrão de identificação visual.

O Ministério da Saúde publicará Portaria Específica e Manual Técnico disciplinando composição das equipes, valor do incentivo financeiro, diretrizes de funcionamento, monitoramento e acompanhamento das equipes de consultório na rua entre outras disposições.

## 2. Equipes de saúde da família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense

Considerando as especificidades locais, os municípios da Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul podem optar entre dois arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família, além dos existentes para o restante do país:

I - Equipe de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR): equipes que desempenham a maior parte de suas funções em unidades básicas de saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial; e

II - Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF): equipes que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF).

As Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais deverão ser compostas, durante todo o período de atendimento à população por, no mínimo: um (01) Médico generalista ou especialista em saúde da família, ou médico de família e comunidade, um (01) Enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; um (1) Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e de Seis (06) a doze (12) Agentes Comunitários de Saúde.

As equipes de Saúde da Família Ribeirinhas devem contar ainda com um (01) microscopista, nas regiões endêmicas.

As equipes de Saúde da Família Fluviais devem contar ainda com um (01) técnico de laboratório e/ou bioquímico. Estas equipes poderão incluir na composição mínima os profissionais de saúde bucal, um (1) cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, e um (01) Técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal, conforme modalidades I e II descritas anteriormente.

As Equipes de Saúde da Família Ribeirinha deverão prestar atendimento à população por, no mínimo, 14 dias mensais (carga horária equivalente à 8h/dia) e dois dias para atividades de educação permanente, registro da produção e planejamento das ações. Os Agentes Comunitários de Saúde deverão cumprir 40h/semanais de trabalho e residir na área de atuação. É recomendável as mesmas condições para os auxiliares e técnicos de enfermagem e saúde bucal.

As Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) devem:

I - funcionar, no mínimo, 20 dias/mês, com pelo menos uma equipe de saúde da família fluvial. O tempo de funcionamento destas unidades deve compreender o deslocamento fluvial até as comunidades e o atendimento direto à população ribeirinha. Em uma UBSF pode atuar mais de uma ESFF a fim de compartilhar o atendimento da população e dividir e reduzir o tempo de navegação de cada equipe. O gestor municipal deve prever tempo em solo, na sede do município, para que as equipes possam fazer atividades de planejamento e educação permanente junto com outros profissionais e equipes. Os Agentes Comunitários de Saúde deverão cumprir 40h/semanais e residir na área de atuação. São recomendáveis as mesmas condições para os auxiliares e técnicos de enfermagem e saúde bucal;

II - nas situações nas quais for demonstrada a impossibilidade de funcionamento da Unidade Básica de Saúde Fluvial pelo mínimo de 20 dias devido às características e dimensões do território, deverá ser construída justificativa e proposição alternativa de funcionamento, aprovada na Comissão Intergestores Regional - CIR e na Comissão Intergestores Bipartite e encaminhada ao Ministério da Saúde para avaliação e parecer redefinindo tempo mínimo de funcionamento e adequação do financiamento, se for o caso;

III - adotar circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos até 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica pelas equipes visando minimamente a continuidade de pré-natal, puericultura e cuidado continuado de usuários com condições crônicas dentro dos padrões mínimos recomendados;

IV - delimitar área de atuação com população adscrita, acompanhada por Agentes Comunitários de Saúde, compatível com sua capacidade de atuação e considerando a alínea II;

V - as equipes que trabalharão nas UBSF deverão garantir as informações referentes à sua área de abrangência. No caso de prestar serviços em mais de um município, cada município deverá garantir a alimentação das informações de suas respectivas áreas de abrangência.

As Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) deverão cumprir, cumulativamente, os seguintes requisitos:

I - quanto à estrutura física mínima, devem dispor de: Consultório médico; Consultório de enfermagem; Consultório Odontológico; Ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos; Laboratório; Sala de vacina; Banheiros; Expurgo; Cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; Cozinha; Sala de procedimentos; Identificação segundo padrões visuais da Saúde da Família, estabelecidos nacionalmente; e

II - quanto aos equipamentos, devem dispor, no mínimo, de: Maca ginecológica; Balança Adulto; Balança Pediátrica; Geladeira para vacinas; Instrumentos básicos para o laboratório: macro e microcentrífuga e microscópio binocular, contador de células, espectrofotômetro e agitador de Kline, autoclave e instrumentais; Equipamentos diversos: sonar, esfigmomanômetros, estetoscópios, termômetros, medidor de glicemia capilar, Equipo odontológico completo e instrumentais.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas será publicado em portaria específica e poderá ser agregado de um valor caso esta equipe necessite de transporte fluvial para a execução de suas atividades.

O valor do o valor do incentivo mensal para custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais será publicado em portaria específica, com uma modalidade sem profissionais de saúde bucal e outra com estes profissionais.

Devido à grande dispersão populacional, os municípios poderão solicitar ampliação da composição mínima das equipes de saúde da família fluviais e equipes de saúde da família ribeirinhas con-forme o quadro abaixo, fazendo jus a um incentivo para cada agregação a ser definido em portaria específica:

Profissionais	Critério para solicitação de ampliação da equipe	Máximo
Agente Comunitário de Saúde	trabalhador vinculado a no mínimo 100 pessoas	12 (doze)
Aux. ou Técnico de Enfermagem	trabalhador vinculado a no mínimo 500 pessoas	04 (quatro)
Técnico em	trabalhador vinculado	01 (um)

Saúde Bucal	a no mínimo 500 pessoas	
Enfermeiro	trabalhador vinculado a no mínimo 1.000 pessoas	02 (dois)

Para implantar Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas nos Municípios onde o teto de cobertura de Equipes de Saúde da Família já tenha sido atingido, estas devem ser substituídas pela nova modalidade de equipe mediante aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

As Unidades Básicas de Saúde Fluviais e as Equipes de Saúde da Família para Populações Ribeirinhas poderão prestar serviços a populações de mais de um Município, desde que celebrado instrumento jurídico que formalize a relação entre os municípios, devidamente aprovado na respectiva Comissão Intergestores Regional - CIR e Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

Para implantação de Equipes de Saúde da Família Fluviais e Equipes de Saúde da Família para Populações Ribeirinhas, os Municípios deverão seguir o fluxo previsto para a implantação de Equipes de Saúde da Família.

#### Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, etc.) e academia da saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território destas equipes.

Os NASF fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (ex.: CAPS, CEREST, Ambulatórios Especializados etc.) além de outras redes como SUAS, redes sociais e comunitárias.

A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de saúde da família/equipes de atenção básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento

longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde.

Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersectoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes e etc.

Todas as atividades podem se desenvolver nas unidades básicas de saúde, academias da saúde ou em outros pontos do território. Os NASF devem utilizar as Academias da Saúde como espaços que ampliam a capacidade de intervenção coletiva das equipes de atenção básica para as ações de promoção de saúde, buscando fortalecer o protagonismo de grupos sociais em condições de vulnerabilidade na superação de sua condição.

Quando presente no NASF, o profissional sanitário pode reforçar as ações de apoio institucional e/ou matricial, ainda que as mesmas não sejam exclusivas dele, tais como: análise e intervenção conjunta sobre riscos coletivos e vulnerabilidades, apoio à discussão de informações e indicadores e saúde (bem como de eventos-sentinela e casos-traçadores e analisadores), suporte à organização do processo de trabalho (acolhimento, cuidado continuado/programado, ações coletivas, gestão das agendas, articulação com outros pontos de atenção da rede, identificação de necessidades de educação permanente, utilização de dispositivos de gestão do cuidado etc).

Os NASF podem ser organizados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2. A implantação de mais de uma modalidade de forma concomitante nos municípios e no Distrito Federal não receberá incentivo financeiro federal.

O NASF 1 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior escolhidos dentre as ocupações listadas abaixo que reúnam as seguintes condições:

I - a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 horas semanais;

II - nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e

III - cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas de carga horária semanal.

O NASF 2 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior escolhidos dentre as ocupações listadas abaixo que reúnam as seguintes condições:

I - a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 horas semanais;

II - nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e

III - cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal.

Poderão compor os NASF 1 e 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.

Os NASF 1 e 2 devem funcionar em horário de trabalho coincidente com o das equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas que apóiam.

Os profissionais do NASF devem ser cadastrados em uma única unidade de saúde, localizada preferencialmente dentro do território de atuação das equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas, às quais estão vinculados, não recomendado a existência de uma Unidade de Saúde ou serviço de saúde específicos para a equipe de NASF.

A organização do trabalho do NASF deve seguir as normas publicadas pelo Ministério da Saúde destacando os Cadernos de Atenção Básica/Primária que tratam do tema, descrevendo as diretrizes, o processo de trabalho, as principais ferramentas e as ações de responsabilidade de todos os profissionais dos NASF a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de Saúde da Família, equipes de atenção básica para populações específicas e/ou academia da saúde.

Define-se que cada NASF 1 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família e no máximo 15 (quinze) equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas. Excepcionalmente, nos Municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) e no máximo 9 (nove) equipes.

Define-se que cada NASF 2 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 (três) equipes de Saúde da Família e no máximo 7 (sete) equipes de saúde da família.

OS NASF 3, que são suprimidos por essa portaria, se tornarão automaticamente NASF 2, para isso os municípios com projetos de NASF 3 anteriormente enviados ao Ministério da Saúde deverão enviar para CIB documento que informa as alterações ocorridas. Fica garantido o financiamento dos NASF intermunicipais já habilitados em data anterior, porém extinta a possibilidade de implantação de novos a partir da publicação desta portaria.

Cada NASF poderá ser vinculado a no máximo 03 (três) pólos do Programa Academia da Saúde em seu território de abrangência, independente do tipo de NASF e da modalidade do polo implantado. Para cada pólo vinculado à equipe do NASF deverá existir pelo menos 1 (um) profissional de saúde de nível superior com carga horária de 40 horas semanais ou 2 (dois) profissionais de saúde de nível superior com carga horária mínima de 20 horas semanais cada, que será(ao) responsável(is) pelas atividades do Programa Academia da Saúde. Este(s) profissional(is) deve(m) ter formação compatível e exercer função relacionada às atividades da academia da saúde.

Quanto ao NASF, compete as Secretarias de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal:

I - definir o território de atuação de cada NASF de acordo com as equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas às quais estes NASF estiverem vinculados; propiciar o planejamento das ações que serão realizadas pelos NASF, de forma compartilhada entre os profissionais (Equipe NASF e Equipe SF e Equipes de atenção básica para populações específicas);

II - selecionar, contratar e remunerar os profissionais dos NASF, em conformidade com a legislação vigente nos municípios e Distrito Federal; e

III - disponibilizar espaço físico adequado nas UBS, e garantir os recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades mínimas descritas no escopo de ações dos diferentes profissionais que compõem os NASF, não sendo recomendada estrutura física específica para a equipe de NASF.

Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola - PSE, instituído pelo [Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007](#), surgiu como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde e formação) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde, realizada pelas equipes de saúde da atenção básica e educação de forma integrada, por meio de ações de:

I - avaliação clínica e psicossocial que objetivam identificar necessidades de saúde e garantir a atenção integral às mesmas na rede de atenção à saúde;

II - promoção e prevenção que articulem práticas de formação, educativas e de saúde visando a promoção da alimentação saudável, a promoção de práticas corporais e atividades físicas nas escolas, a educação para a saúde sexual e reprodutiva, a prevenção

ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, a promoção da cultura de paz e prevenção das violências, a promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável; e

III - educação permanente para qualificação da atuação dos profissionais da educação e da saúde e formação de jovens.

A Gestão do PSE é centrada em ações compartilhadas e coresponsáveis. A articulação intersetorial das redes públicas de saúde, de educação e das demais redes sociais se dá por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) (Federal, Estadual e Municipal) que são responsáveis pela gestão do incentivo financeiro e material, pelo apoio institucional às equipes de saúde e educação na implementação das ações, pelo planejamento, monitoramento e avaliação do Pro-grama.

Sobre o processo de implantação, credenciamento, cálculo dos tetos das equipes de atenção básica, e do financiamento do bloco de atenção básica:

#### 1. Implantação e Credenciamento

Para implantação e credenciamento das equipes de atenção básica, descritas neste anexo, os municípios e o Distrito Federal deverão:

I - realizar projeto(s) de implantação das equipes de saúde da Família, com ou sem os profissionais de saúde bucal, equipe de agentes comunitários de saúde, das equipes de atenção básica para populações específicas e do NASF. Os itens que devem minimamente constar do projeto estão descritos no anexo III desta portaria;

II - aprovar o projeto elaborado nos Conselhos de Saúde dos Municípios e encaminhá-lo à Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional para análise. O Distrito Federal, após a aprovação por seu Conselho de Saúde, deverá encaminhar sua proposta para o Ministério da Saúde;

III - cadastrar os profissionais das equipes, previamente credenciadas pelo estado conforme decisão da CIB, no SCNES e alimentar os dados no sistema de informação que comprove o início de suas atividades; para passar a receber o incentivo correspondente às equipes efetivamente implantadas; e

IV - solicitar substituição, no SCNES, de categorias de profissionais colocados no projeto inicial caso exista a necessidade de mudança, sendo necessário o envio de um ofício comunicando sobre a necessidade desta alteração ao Estado.

Para Implantação e Credenciamento das referidas equipes as secretarias estaduais de saúde e o Distrito Federal deverão:

I - analisar e encaminhar as propostas de implantação das equipes elaboradas pelos municípios e aprovadas pelos Conselhos Municipais de à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no prazo máximo de 30 dias, após a data do protocolo de entrada do processo na Secretaria Estadual de Saúde ou na instância regional;

II - após aprovação na CIB, cabe à Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal informar ao Ministério da Saúde, até o dia 15 de cada mês, o número de

equipes, suas diferentes modalidades e composições de profissionais com as respectivas cargas horárias, que farão jus ao recebimento de incentivos financeiros da atenção básica;

III - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de acompanhamento do cadastramento dos profissionais das equipes nos sistemas de informação nacionais, definidos para esse fim;

IV - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de descredenciamento e/ou o bloqueio de recursos diante de irregularidades constatadas na implantação e no funcionamento das equipes a ser publicado como portaria de resolução da CIB, visando à regularização das equipes que atuam de forma inadequada; e

V - responsabilizar-se perante o Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo destas equipes.

## 2. Cálculo do Teto das equipes de atenção básica

Para o cálculo do teto máximo de equipes de saúde da família, de agentes comunitários de saúde, de equipes de saúde bucal e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família a fonte de dados populacionais utilizada será a mesma vigente para cálculo do recurso per capita definida pelo IBGE e publicada pelo Ministério da Saúde.

A) Saúde da Família com ou sem os profissionais de saúde bucal: o número máximo de ESF com ou sem os profissionais de saúde bucal pelas quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população/2400.

B) Agentes Comunitários de Saúde: o número máximo de ACS pelos quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população /400. Para municípios dos estados da Região Norte, Maranhão e Mato Grosso, a fórmula será: população da área urbana/400 + população da área rural/280.

C) NASF - Núcleo de Apoio de Saúde da Família: o número máximo de NASF 1 aos quais os municípios e o Distrito Federal podem fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pelas fórmulas:

I - para Municípios com menos de 100.000 habitantes de Estados da Amazônia Legal = número de ESF do Município/5; e

II - para Municípios com 100.000 habitantes ou mais da Amazônia Legal e para Municípios das demais unidades da Federação = número de ESF do Município/8.

O número máximo de NASF 2 aos quais o município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 2.

D) O teto máximo de Equipes Saúde da Família Ribeirinha e Fluvial e equipes de consultório na rua será avaliado posteriormente, de acordo com cada projeto.

3. Do Financiamento da Atenção Básica O financiamento da Atenção Básica deve ser tripartite. No âmbito federal o montante de recursos financeiros des

tinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde compõe o Bloco de financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do Bloco de financiamento de investimento. Seus recursos deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica descritas na RENASES e nos Planos de Saúde do município e do Distrito Federal.

Os repasses dos recursos do Bloco AB aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para este fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

O Ministério da Saúde definirá os códigos de lançamentos, assim como seus identificadores literais, que constarão nos respectivos avisos de crédito, para tornar claro o objeto de cada lançamento em conta. O aviso de crédito deverá ser enviado ao Secretário de Saúde, ao Fundo de Saúde, ao Conselho de Saúde, ao Poder Legislativo e ao Ministério Público dos respectivos níveis de governo.

Os registros contábeis e os demonstrativos gerenciais mensais devidamente atualizados relativos aos recursos repassados a essas contas ficarão, permanentemente, à disposição dos Conselhos responsáveis pelo acompanhamento, e a fiscalização, no âmbito dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e dos órgãos de fiscalização federais, estaduais e municipais, de controle interno e externo.

Os municípios deverão remeter por via eletrônica o processamento da produção de serviços referentes ao Bloco AB ao Ministério da Saúde ou à Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com cronograma pactuado. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal devem enviar as informações ao DATASUS, observando cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde.

De acordo com o [artigo 6º, do Decreto nº 1.651/95](#), a comprovação da aplicação dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, na forma do [Decreto nº 1.232/94](#), que trata das transferências, fundo a fundo, deve ser apresentada ao Ministério da Saúde e ao Estado, por meio de relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

Da mesma forma, a prestação de contas dos valores recebidos e aplicados no período deve ser aprovada no Conselho Municipal de Saúde e encaminhada ao Tribunal de Contas do Estado ou Município e à Câmara Municipal.

A demonstração da movimentação dos recursos de cada conta deverá ser efetuada, seja na Prestação de Contas, seja quando solicitada pelos órgãos de controle, mediante a apresentação de:

I -relatórios mensais da origem e da aplicação dos recursos;

II - demonstrativo sintético de execução orçamentária;

III - demonstrativo detalhado das principais despesas; e

IV - relatório de gestão.

O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica.

O financiamento federal desta política é composto por:

A) Recursos per capita;

B) Recursos para projetos específicos, tais como os recursos da compensação das especificidades regionais (CER), do Programa de Requalificação das Unidades Básica de Saúde, Recurso de Investimento/ Estruturação e Recursos de Estruturação na Implantação;

C) Recursos de investimento;

D) Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas prioritários, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Saúde Bucal, de Agentes Comunitários de Saúde, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, dos Consultórios na Rua, de Saúde da Família Fluviais e Ribeirinhas, de Atenção Domiciliar, Programa Saúde na Escola (PSE), microscopistas e a Academia da Saúde;

E) Recursos condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade, tal como o do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ);

A) Recurso per capita

O recurso per capita será transferido mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal com base num valor multiplicado pela população do Município.

O recurso será calculado pela multiplicação da população de cada município e do Distrito Federal por um valor, fruto de pactuação tripartite e devidamente publicado em portaria específica, levando em conta critérios de equidade.

A população de cada município e do Distrito Federal será a população definida pelo IBGE e publicada em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

B) Recursos para Projetos específicos, que inclui os recursos da Compensação das Especificidades Regionais (CER), o Programa de Requalificação das Unidades Básica de Saúde e Recurso de Estruturação.

Parte dos recursos do Bloco AB poderá ser repassado para implantação e execução de ações e programas específicos definidos de maneira tripartite, entre eles:

Compensação de Especificidades Regionais: trata-se de recursos transferidos com o objetivo de responder a especificidades de municípios, populações ou situações que exigem maior aporte de recursos, mas que não são devidamente contempladas nos demais componentes do Bloco AB. Os critérios de distribuição dos recursos e valores para cada Estado e para o Distrito Federal pactuados são definidos em Portaria Ministerial específica para este fim. A utilização dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais é definida por cada CIB levando em conta os objetivos deste componente e pactuando projeto com finalidade, critérios, distribuição e utilização dos recursos, monitoramento e avaliação dos resultados. O projeto, os critérios bem como a lista de municípios contemplados com seus respectivos valores deverão ser informados ao plenário da CIT. No caso do Distrito Federal, a proposta de aplicação deste recurso deverá ser submetida à aprovação pelo Colegiado Gestor do Distrito Federal.

Assim os municípios podem receber um recurso complementar aos demais componentes do Bloco de AB relacionados ao enfrentamento de especificidades geradoras de iniquidades tais como: municípios mais pobres, com piores indicadores e maiores necessidades; municípios com maiores dificuldades de atração e fixação de profissionais e municípios isolados ou com dificuldade de acesso; qualificação da atenção a populações sazonais, rurais, quilombolas, tradicionais, assentadas, isoladas; projetos cuja implantação se dá mediante adesão e estão ligados ao enfrentamento da iniquidade através de ações de educação permanente, fortalecimento, modernização e qualificação da gestão, implantação de ações e alternativas que enfrentem iniquidades entre os municípios ligadas a qualquer um dos temas citados ou outros.

Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde: Recursos destinados à estruturação da rede de serviços da atenção básica publicados em portaria específica com o montante disponibilizado por Unidade da Federação e cuja aplicação dos critérios de decisão é objeto de pactuação na CIT e nas CIB. Esses recursos serão transferidos fundo a fundo aos municípios que se adequarem a esses critérios, e depositados em conta específica.

Recursos de Investimento/Estruturação: São recursos destinados a estruturação dos serviços e ações da atenção básica, que podem ser repassados aos municípios/ estados fundo a fundo ou através de convênio.

Recursos de Implantação: Na implantação das equipes de saúde da família, saúde bucal e dos NASF os municípios e/ou o Distrito Federal receberão recursos específicos para estruturação das Unidades Básicas de Saúde, visando à melhoria da infra-estrutura física e de equipamentos para o trabalho das equipes. Esses recursos serão repassados na competência financeira do mês posterior à implantação das equipes.

Em caso de redução do número de equipes, o município ou o Distrito Federal não farão jus a novos recursos de implantação até que seja alcançado o número de equipes já implantado anteriormente.

D) Os recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas prioritários, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem as equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal, de Agentes Comunitários de Saúde, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, dos Consultórios na Rua, de Saúde da

Família Fluviais e Ribeirinhas, de Atenção Domiciliar, Programa Saúde na Escola (PSE), microscopistas e a Academia da Saúde

1. Equipes de Saúde da Família (SF): os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipe de Saúde da Família (ESF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESF:

1.1. - Equipes de Saúde da família Modalidade 1: são as ESF que atendem aos seguintes critérios:

I - estiverem implantadas em municípios com população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais Estados do País; e

II - estiverem implantadas em municípios não incluídos no estabelecido na alínea I e atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.

As equipes que na data de publicação desta Portaria recebem como modalidade 1 de financiamento, por qualquer um dos motivos listados abaixo não terão decréscimo do recurso repassado atualmente, ainda que não enquadradas nos critérios acima descritos:

I - pertencerem a municípios que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS);

II - pertencerem a municípios que têm índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7; e

III - estiverem nas áreas do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania - Pronasci.

1.2. Equipes de Saúde da família Modalidade 2: são as ESF implantadas em todo o território nacional que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1.

Quando um município, por aumento da população, deixar de ter direito ao valor da modalidade 1, deverá ser realizada etapa de transição durante o ano da mudança que busque evitar a perda nominal acentuada de recursos do Bloco de Atenção Básica.

1.3. As equipes de Saúde da Família com diferentes inserções do profissional médico receberão recursos de acordo com sua modalidade e segundo a descrição abaixo:

1.3.1 2 (dois) médicos integrados a uma única equipe, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 01 (um) médico com jornada de 40 horas semanais), com repasse integral do financiamento para uma equipe de saúde da família modalidade I ou II.

1.3.2 3 (três) médicos cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 02 (dois) médicos com jornada de 40 horas, de duas equipes), com

repasso integral do financiamento para duas equipes de saúde da família modalidade I ou II.

1.3.3. 4 (quatro) médicos com carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 03 (três) médicos com jornada de 40 horas semanais, de 03 equipes), com repasse integral do financiamento para três equipes de saúde da família modalidade I ou II.

1.3.4. 2 (dois) médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais, e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse de 85% do financiamento para uma equipe de saúde da família modalidade I ou II.

1.3.5. As equipes de Saúde da família na modalidade transitória: 01 (um) médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, o município receberá repasse mensal equivalente a 60% do valor do incentivo financeiro para uma equipe, sendo vedada sua participação no Pro-grama de melhoria de acesso e da qualidade.

Quando as Equipes de Saúde da Família forem compostas também por profissionais de Saúde Bucal, o incentivo financeiro será transferido a cada mês, tendo como base:

I - a modalidade específica dos profissionais de Saúde Bucal (ESB) que compõem a equipe de saúde da família e estão registrados no cadastro do SCNES no mês anterior ao da respectiva competência financeira; e

II - a modalidade de toda a equipe de saúde da família, conforme descrito acima e relacionado às características dos municípios e da população atendida. Assim, se ela faz parte de uma equipe de saúde da família modalidade I tem 50% de acréscimo no incentivo financeiro específico.

## 2. Equipes Saúde da Família comunidades Ribeirinhas e Fluviais

2.1 Equipes Saúde da Família Ribeirinhas; os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipe de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas será publicado em portaria específica e poderá ser agregado um valor nos casos em que a equipe necessite de transporte fluvial para acessar as comunidades ribeirinhas adscritas para execução de suas atividades.

2.2. Equipes de Saúde da Família Fluviais: os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família Fluviais implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais será publicado em portaria específica, com uma modalidade sem profissionais de saúde bucal e outra com estes profissionais. Os critérios mínimos para o custeio das Unidades preexistentes ao Programa de Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais também serão publicados em portaria específica.

### 3. - Equipes Consultório na Rua

Os valores do incentivo financeiro para as equipes dos Consultórios na Rua implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base a modalidade e o número de equipes cadastradas no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

Os valores do repasse mensal que as equipes dos Consultórios na Rua farão jus será definido em portaria específica, conforme sua modalidade e a necessidade de custeio para transporte da equipe de consultório de rua.

O início do repasse mensal do incentivo ocorrerá após a publicação de portaria de habilitação ao custeio que será emitida pelo Ministério da Saúde após a demonstração, pelo Município, do cadastramento da equipe consultório de rua no sistema de Cadastro Nacional vigente e da alimentação de dados no Sistema de Informação indicado pelo Ministério da Saúde que comprovem o início de suas atividades.

### 4. Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF)

O valor do incentivo federal para o custeio de cada NASF, dependerá da sua categoria (1 ou 2) e será determinado em portaria específica. Os valores dos incentivos financeiros para os NASF implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF cadastrados no SCNES. O registro de procedimentos referentes à produção de serviços realizada pelos profissionais cadastrados nos NASF deverá ser realizado no sistema indicado pelo Ministério da Saúde, mas não gerarão créditos financeiros.

### 5. Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de ACS implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. Será repassada uma parcela extra, no último trimestre de cada ano, cujo valor será calculado com base no número de Agentes Comunitários de Saúde, registrados no cadastro de equipes e profissionais do SCNES, no mês de agosto do ano vigente.

### 6. Microscopistas, Programa Saúde na Escola (PSE), Academia da Saúde e Atenção domiciliar

O repasse do recurso para Microscopistas, Programa Saúde na Escola (PSE), Academia da Saúde e Atenção domiciliar, assim como seus respectivos valores serão definidos em portarias específicas.

Sobre a efetivação do repasse dos recursos referentes ao item D

A efetivação da transferência dos recursos financeiros descritos no item D tem por base os dados de alimentação obrigatória do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, estes devem :

I - transferir os dados mensalmente, para o Departamento de Informática do SUS - DATASUS, por via magnética, de acordo com o cronograma definido anualmente pelo SCNES; e

II - a transferência dos dados para a Base Nacional do sistema de Cadastro Nacional vigente se dará após geração do arquivo pelo sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde para à Atenção Básica.

Os valores dos componentes descritos acima serão definidos em portarias específicas pelo Ministério da Saúde.

Sobre a suspensão do repasse dos recursos referentes ao item D

O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes às equipes e aos serviços citados acima, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS ou dos órgãos de controle competentes, qualquer uma das seguintes situações:

I - inexistência de unidade básica de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou;

II - ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes descritas no item D, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica, e/ou;

III - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes; e

IV - ausência de alimentação de dados no Sistema de Informação definidos pelo Ministério da saúde que comprovem o início de suas atividades.

Especificamente para as equipes de saúde da família com os profissionais de saúde bucal:

As equipes de Saúde da Família que sofrerem suspensão de recurso, por falta de profissional médico, enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem conforme previsto acima, poderão manter os incentivos financeiros específicos para saúde bucal, conforme modalidade de implantação, contanto que adotem procedimento do SCNES preconizados pelo Ministério da Saúde.

Especificamente para o NASF:

I - inexistência de no mínimo 02 (duas) Equipes de Saúde da Família/Equipes de Atenção Básica para populações específicas, vinculadas ao NASF 1 para municípios com menos de 100.000 hab. da Amazônia Legal ou;

II - inexistência de no mínimo 04 (quatro) Equipes de Saúde da Família/Equipes de Atenção Básica para populações específicas, vinculadas ao NASF 1 no restante do País ou; e

III - inexistência de no mínimo 01 (uma) Equipes de Saúde da Família/Equipes de Atenção Básica para populações específicas, vinculadas ao NASF 2.

Sendo consideradas para esse fim as Equipes completas de Saúde da Família/Equipes de Atenção Básica para populações específicas, ou equipes incompletas por período de até 60 (sessenta) dias.

Especificamente para os Consultórios na Rua:

Ausência de vinculação a Equipe de Saúde Bucal cadastrada para o trabalho das equipes;

Da solicitação de crédito retroativo dos recursos referentes ao item D

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do SCNES, por parte dos estados, Distrito Federal e dos municípios na transferência dos arquivos, realizada pelos municípios, o Distrito Federal e os estados, o Fundo Nacional de Saúde - FNS/SE/MS poderá efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros deste recurso variável (C), com base em solicitação da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS. Esta retroatividade se limitará aos seis meses anteriores ao mês em curso.

Para solicitar os créditos retroativos, os municípios e o Distrito Federal deverão:

I -preencher a planilha constante do Anexo III a esta Portaria, para informar o tipo de incentivo financeiro que não foi creditado no Fundo Municipal de Saúde ou do Distrito Federal, discriminando a competência financeira correspondente e identificando a equipe, com os respectivos profissionais que a compõem;

II - imprimir o relatório de produção das equipes de atenção básica, referente à equipe e ao mês trabalhado que não geraram a transferência dos recursos; e

III - enviar ofício à Secretaria de Saúde de seu estado, pleiteando a complementação de crédito, acompanhado da planilha referida no item I e do relatório de produção correspondente. No caso do Distrito Federal, o ofício deverá ser encaminhado ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS.

As Secretarias Estaduais de Saúde, após analisarem a documentação recebida dos municípios, deverão encaminhar ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS solicitação de complementação de crédito dos incentivos tratados nesta Portaria, acompanhada dos documentos referidos nos itens I e II.

A Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS, por meio do Departamento de Atenção Básica, procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada, se houve suspensão do crédito em virtude da constatação de irregularidade no funcionamento das equipes e se a situação de qualificação do município ou do Distrito Federal, na competência reclamada, permite o repasse dos recursos pleiteados.

E) Recursos condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade, tal como o do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)

Há um esforço do Ministério da Saúde em fazer com que parte dos recursos induzam a ampliação do acesso, a qualificação do serviço e a melhoria da atenção à saúde da população. Estes recursos devem ser repassados em função de programas que avaliem a implantação de processos e a melhoria de resultados como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).

O PMAQ tem como objetivo ampliar o acesso e a qualidade do cuidado na atenção básica. Ele se dará através de monitoramento e avaliação da atenção básica, e está atrelado a um incentivo financeiro para as gestões municipais que aderirem ao programa. O incentivo de qualidade é variável e dependente dos resultados alcançados pelas equipes e pela gestão municipal. Este incentivo será transferido a cada mês, tendo como base o número de equipes cadastradas no programa e os critérios definidos em portaria específica do PMAQ.

Requisitos mínimos para manutenção da transferência dos recursos do Bloco da Atenção Básica.

Os requisitos mínimos para a manutenção da transferência do Bloco da Atenção Básica são aqueles definidos pela legislação federal do SUS.

O Plano de Saúde municipal ou do Distrito Federal, e a programação anual de saúde aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, deve especificar a proposta de organização da Atenção Básica e explicitar como serão utilizados os recursos do Bloco da Atenção Básica.

O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica.

Da suspensão do repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica aos municípios e ao Distrito Federal, quando:

I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, relacionados na [portaria no. 3462 de 11 de novembro de 2010](#); e

II- Forem detectados, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

## ANEXO II

O projeto de implantação das equipes de Saúde da Família e/ou equipes de saúde bucal, equipes de agentes comunitários, das Equipes de atenção básica para populações específicas e dos Núcleos de apoio a saúde da família deve conter:

I - O território a ser coberto, com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento das áreas;

II - Infraestrutura incluindo área física, equipamentos e materiais disponíveis nas UBS onde atuarão as equipes, explicitando o número e o local das unidades onde irão atuar cada uma das equipes;

III - O fluxo dos usuários para garantia da referência e contra-referência e cuidado em outros pontos de atenção, incluindo apoio diagnóstico laboratorial e de imagem, levando em conta os padrões mínimos de oferta de serviços de acordo com RENASES e protocolos estabelecidos pelos municípios, estados e pelo Ministério da Saúde;

IV - A proposta para garantia da assistência farmacêutica básica;

V - Descrição das principais ações a serem desenvolvidas pelas equipes no âmbito da Atenção Básica, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional;

VI - Processo de gerenciamento e apoio institucional ao trabalho das equipes;

VII - A forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das equipes, contemplando o cumprimento da carga horária definida para cada profissional das equipes;

VIII - Implantação do sistema de Informação para atenção básica vigente no momento da implantação da equipe da Atenção Básica, incluindo recursos humanos e materiais para operá-lo;

IX - Processo de avaliação do trabalho das equipes e a forma de acompanhamento dos indicadores da Atenção Básica;

X - A contrapartida de recursos dos municípios e do Distrito Federal; e

XI - No caso das equipes do NASF: os profissionais que vão compor os NASF, incluindo as justificativas da escolha, as identificação das Equipes que cada núcleo vai apoiar, o planejamento e/ou a previsão de agenda compartilhada entre as diferentes equipes e a equipe dos NASF, que incluam ações individuais e coletivas, de assistência, de apoio pedagógico tanto das equipes quanto da comunidade e as ações de visita domiciliar, em qual(ais) UBS. O NASF será cadastrado SCNES de acordo com o número de equipes que a ele está vinculado.

## ANEXO III

SOLICITAÇÃO RETROATIVA DE COMPLEMENTAÇÃO DO REPASSE DOS INCENTIVOS FINANCEIROS

UF: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO IBGE: \_\_\_\_\_  
COMPETÊNCIA(S): \_\_\_\_\_ TIPO DE  
INCENTIVO: \_\_\_\_\_ ESF ( ) \_\_\_\_\_ ACS ( ) \_\_\_\_\_ ESB  
mod. \_\_\_\_\_ I ( ) \_\_\_\_\_ II ( ) \_\_\_\_\_ UOM ( ) \_\_\_\_\_ ESFPR  
( ) \_\_\_\_\_ ESFPRSB ( ) \_\_\_\_\_ ESFF ( ) \_\_\_\_\_ ESFFSB ( )  
) \_\_\_\_\_ NASF tipo \_\_\_\_\_ I ( )  
) \_\_\_\_\_ II ( )  
CÓDIGO DO CNES: \_\_\_\_\_ IDENTIFICAÇÃO DA  
EQUIPE: \_\_\_\_\_  
MOTIVO DO NÃO CADASTRAMENTO NO SISTEMA: \_\_\_\_\_

NOME DOS PROFISSIONAIS	CATEGORIA PROFISSIONAL	CPF

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE: Identificação da equipe através do nome por ela utilizado.

TIPO DE INCENTIVO: Marcar se é relativo à equipe de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, equipe de Saúde Bucal modalidade I ou II, Unidade Odontológica Móvel, equipe de Saúde da Família População Ribeirinha, equipe de Saúde da Família População Ribeirinha com Saúde Bucal, equipe de Saúde da Família Fluvial, equipe de Saúde da Família Fluvial com Saúde Bucal ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família tipo I ou II.

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS: Nome completo de cada profissional integrante da equipe, que não gerou incentivo.

CATEGORIA PROFISSIONAL: Identificar a categoria de cada profissional listado na coluna anterior.

CPF: Informar o CPF dos profissionais das Equipes que foram suspensas.

DATA:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE: \_\_\_\_\_ SECRETÁRIO DE SAÚDE DO ESTADO:

## Anexo 5. CONTRATO TEMPORÁRIO DE TRABALHO POR EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO



**PREFEITURA MUNICIPAL  
BEZERROS-PE**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



### CONTRATO TEMPORÁRIO DE TRABALHO POR EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO

Contrato n.º /2015

Ofício N.º de Sec. de Saúde

1 – CONTRATANTE: . Estado de Pernambuco, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Pça. Duque de Caxias, 88. Centro, Bezerros - PE., representado por seu Prefeito, Severino Otávio Raposo Monteiro, brasileiro, casado, advogado, residente nesta cidade, CPF - N.º 024.197.694-49			
2 – CONTRATADO(A)			
3 – IDENTIDADE	4 – CPF-	5- REG-PROFISSIONAL	DATA NASC.
6 – FUNÇÃO –	7 – PRAZO DE VIGÊNCIA:	8 – TERMO INICIAL	9 – TERMO FINAL
10 – VALOR DA REMUNERAÇÃO RS			
11 – LOTAÇÃO : SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		12 -ATO DE AUTORIZAÇÃO Lei nº 591/2001 e suas posteriores alterações combinado com o Decreto nº 434/2005, de 31/01/2005	
13 – DIA/HORÁRIO DE TRABALHO		14 – LOCAL DE TRABALHO	

As partes acima identificadas, a primeira denominada *contratante*, a Segunda denominada *contratado(a)*, firmam o presente contrato temporário de trabalho por excepcional interesse público com base no art. 37, IX da C. F., com as modificações introduzidas pelas Emendas nº 19 e 20; art. 97, VII, da Constituição do Estado, modificada pela Emenda nº 16; Leis Municipais 591, de 08.03.2001 e Lei nº 687 de 10.09.2003 e, com observância aos preceitos da Lei Federal Nº 8.745/93, mediante cláusulas e condições seguintes:

**Cláusula Primeira** – Fica o(a) *contratado(a)* obrigado a prestar serviços temporariamente ao *contratante*, para atender excepcional interesse público, na função especificada no campo 6, pelo prazo previsto no campo 7, com início e término previstos nos campos 8 e 9, lotado no órgão especificado no campo 11, devendo prestar os serviços no local de trabalho previsto no campo 14, no horário especificado no campo 13.

**Cláusula Segunda** – O presente contrato vigorará durante o prazo indicado no campo 7 até a data prevista no campo 9, podendo ser renovado se presentes as razões que o motivaram, ficando ressalvado ao *contratante* o direito de rescindir unilateralmente qualquer tempo, sem nenhum ônus para o Erário Municipal, caso venha a cessar a excepcionalidade de interesse público que motivou, e/ou inaptidão ao serviço.

**Cláusula Terceira** – Nos casos de rescisão contratual por iniciativa do Contratado(a) antes da data indicada no campo 9, fica o(mesmo(a)) obrigado a pré avisar a Contratante com antecedência mínima de 30(trinta) dias, sob pena de pagamento de indenização de um salário contratual pelos prejuízos causados a Contratante.

**Cláusula Quarta** – Pelos serviços prestados no exercício da função especificada no campo 6, o *contratado(a)* perceberá, a título de remuneração salarial, a importância mensal especificada no campo 10.

**Cláusula Quinta** – O regime previdenciário sobre o qual reger-se-á o presente contrato é o do REGIME GERAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL (INSS).

**Cláusula Sexta** - O regime jurídico sob o qual reger-se-á o presente contrato é o administrativo, respeitadas as disposições do art. 4º da Lei Municipal Nº 591/2001.

**Cláusula Sétima** - Cessará imediatamente os efeitos deste contrato, sem qualquer direito a indenização, se durante sua vigência vier a ser negado seu registro junto ao Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco.

E desta forma por estarem de pleno acordo com todas as cláusulas e disposições deste instrumento, as partes assinam o presente em três vias na presença das testemunhas abaixo.

Bezerros,

\_\_\_\_\_  
CONTRATANTE

\_\_\_\_\_  
CONTRATADO (A)

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA

## Anexo 6. LEI Nº 14.728, DE 1985 (Estatuto do Servidor Público)

LEI Nº 14.728/85

Ementa: Reformula o Estatuto dos Funcionários Públicos do Município do Recife e dá outras providências.

O PREFEITO DA CIDADE DO RECIFE FAÇO SABER QUE O PODER LEGISLATIVO DECRETOU E EU SANCIONO A SEGUINTE LEI:

Art. 1º O Estatuto dos Funcionários Públicos do Município do Recife passa a vigorar de acordo com o disposto no Anexo único, desta Lei, que dela constitui parte integrante e inseparável.

Art. 2º O Poder Executivo regulamentará, no prazo de 60 (sessenta) dias, a presente Lei.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Revogam-se as disposições em contrário, especialmente a Lei nº 10.147, de 30 de julho de 1969.

Recife, 08 de março de 1985.

a) JOAQUIM FRANCISCO DE FREITAS CAVALCANTI

Prefeito

### ANEXO ÚNICO

#### ESTATUTO DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DO RECIFE

##### TÍTULO I

##### DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Este Estatuto regula o regime jurídico-administrativo dos funcionários públicos do Município do Recife.

Arts. 2º e 3º Revogados pelo Art. 82 da Lei nº 15.127, de 25.10.88. (Ver Arts. 1º a 4º da Lei nº 15.127/88, abaixo);

“Art. 1º A vinculação dos servidores do órgão Executivo do Governo Municipal verificar-se-á através de cargos e empregos públicos.

Art. 2º Para os efeitos desta Lei, considera-se:

I - Cargo - o conjunto de atribuições e responsabilidades estabelecidas em Lei, sob denominação própria e número certo, cometidas a um agente da administração pública, sob regime estatutário ou legislação especial, constituindo unidade de cada classe.

II - Emprego - o conjunto de atribuições e responsabilidades estabelecidas em Lei, sob denominação própria e número certo, cometidas a um agente da administração pública, contratado pela legislação trabalhista - CLT ou legislação especial, constituindo unidade de cada classe.

Art. 3º Os cargos e empregos públicos se organizam em classes únicas ou séries de classe, distintas entre si pelas respectivas especificações de classe.

Art. 4º Para os efeitos desta Lei, considera-se:

I - Classe - o conjunto de cargos ou empregos idênticos quanto à natureza, o grau de responsabilidade e a complexidade das funções.

II - Série de Classes - o conjunto de classes semelhantes quanto à natureza e diferentes quanto ao grau de responsabilidade e complexibilidade das funções, escalonadas de acordo com a hierarquia do serviço, guardando uma correlação entre si, por meio de Instituto da ascensão.

III - Especificação de Classe - a definição de elementos que caracterizam uma classe e a diferenciam das demais, inclui, entre outros, os seguintes elementos:

- a) indicação do grupo ocupacional e, quando for o caso, da série de que seja parte a classe;
- b) código de identificação;
- c) síntese de atribuições inerentes à classe;
- d) Indicação das exigências de instrução para provimento;
- e) Indicação de perspectiva de ascensão;
- f) área e condições de recrutamento de candidatos ao cargo ou emprego;
- g) condições especiais de trabalho, quando for o caso.

IV - Grupo Ocupacional - conjunto de classes única ou séries de classes correlatas quanto à natureza das atribuições e o grau de conhecimento necessário ao desempenho das respectivas atribuições;

V - Quadro Único de Pessoa - o conjunto dos quadros geral de pessoal - qgp, de pessoal comissionado qpc, suplementar de pessoal - qsp e especial - qe, formados pela totalidade dos cargos e empregos que integram os diferentes grupos ocupacionais que os compõem.”

Art. 4º É vedado o exercício gratuito de cargos públicos.

Art. 5º Os cargos referentes a profissões regulamentadas deverão ser providos exclusivamente satisfazer os requisitos legais respectivos.

Art. 6º É vedado ao fncionário encargos ou serviços diferentes dos próprios do seu cargo e que como tais sejam definidos em leis ou regulamentos.

Parágrafo único. Revogado pelo Art. 44 da Lei nº 15.054, de 08.03.88. Ver Art. 15 da Lei nº 15.127/88 abaixo);

“Art 15. Sujeitar-se-á à exoneração, sem prejuízo da responsabilização civil e administrativa, o superior hierárquico imediato que admitir, determinar, tolerar ou facilitar a existência de desvio de função no serviço público municipal.”

## TITULO II

### DO PROVIMENTO E DA VACÂNCIA

#### CAPITULO I

#### DO PROVIMENTO

#### SEÇÃO I

#### DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 7º Revogado pelo Art. 82 da Lei nº 15.127/88. (Ver Arts. 9º a 14 da Lei nº 15.127/88, abaixo);

“Art. 9º Os cargos públicos serão classificados quanto:

I - a natureza do provimento;

II - a forma do provimento.

Art. 10. Os cargos públicos quanto a natureza do provimento serão classificados como:

I - EFETIVOS - quando integrando classe única ou série de classes, seja exigida habilitação em concurso público para o respectivo provimento em classe única ou Inicial da série.

II - EM COMISSÃO - quando assim expressamente declarado em Lei, sendo de livre provimento e exoneração pelo Prefeito.

Parágrafo único. Os cargos de provimento em comissão correspondem a encargos de direção, assessoramento técnico, assistência e chefia.

Art. 11. Os cargos públicos quanto a forma de provimento serão:

I - DE PROVIMENTO ORIGINÁRIO - nomeação mediante concurso público;

II - DE PROVIMENTO DERIVADO, mediante:

a) - ascensão;

b) - reversão;

c) - readaptação;

d) - reintegração

e) - aproveitamento.

Art. 12. Os empregos públicos atualmente existentes no Quadro Geral de Pessoal - QGP e Quadro Especial - QE, serão preenchidos tão somente de forma derivada por:

I - ascensão;

II - reversão compulsória;

III - reintegração;

IV - aproveitamento.

Art. 13. Os empregos públicos de classe única ou série de classes integrantes do QGP - Quadro Geral de Pessoal e QE - Quadro Especial serão automaticamente transformados em cargos à medida que vagarem, caso não haja servidor estável com direito à ascensão, devendo ser publicada a portaria de rescisão contratual ou declaração de vacância e mensalmente os anexos das respectivas classe - emprego e cargo - com as alterações mencionadas.

Art. 14. o nomeado para o cargo de provimento em comissão ou efetivo deverá satisfazer as exigências da caráter geral e regulamentares, para habilitação à investidura em cargo público.”

(Ver Art. 37, II, Constituição Federal/88, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 19/98, transcrito no Art. 9º seguinte).

Art. 8º compete ao prefeito e ao presidente da câmara municipal, conforme o caso, prover, por ato específico, os cargos, respeitadas das prescrições legais.

Parágrafo único. O ato de provimento, de que trata este artigo, deverá conter, necessariamente, as seguintes indicações, sob pena de nulidade e responsabilidade de quem der posse:

I - denominação do cargo vago e demais elementos de identificação, o motivo da vacância e o nome do ex-ocupante se ocorrer a hipótese em que possam ser atendidos estes últimos elementos;

II - nome completo do interessado e forma de provimento.

III - fundamento legal;

VI - indicação de que o exercício do cargo se fará cumulativamente com outro cargo municipal, quando for o caso;

V - caracterização da nomeação em caráter efetivo ou em comissão.

## SEÇÃO II

### DO CONCURSO

Art. 9º A primeira investidura em cargo de provimento efetivo efetuar-se-á mediante concurso público de provas ou de provas e títulos.

Parágrafo único - No concurso para provimento de cargo de nível universitário haverá, necessariamente, prova de títulos.

(Ver Art. 37, Inciso II, da Constituição Federal/88, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 19/98, abaixo):

“II - A investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em Lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarados em Lei de livre nomeação e exoneração.”

Art. 10. A aprovação em concurso público não cria direito à nomeação, mas esta, quando se der, respeitará a ordem de classificação dos candidatos habilitados.

§ 1º Terá preferência para a nomeação, em caso de empate na classificação, o candidato já pertencente ao serviço público do Município e, havendo mais de um com este requisito, aquele que contar maior tempo de efetivo serviço prestado ao Município.

§ 2º Se ocorrer empate de candidatos não pertencentes ao serviço público do Município, decidir-se-á em favor daquele de maior idade civil.

Art. 11. Observar-se-ão, na realização dos concursos, sem prejuízo de outras exigências ou condições regulamentares, as seguintes normas gerais:

I - não se publicará edital para provimento de qualquer cargo enquanto vigorar o prazo de validade de concurso anterior para o mesmo cargo, se ainda houver candidato aprovado e não convocado para a investidura;

II - independência de limite de idade a inscrição de servidor federal, estadual ou municipal, em concurso público do Município;

(III - Revogado pelo Art. 82 da Lei nº 15.127/88. Ver os dispositivos abaixo):

“Art. 37, Inciso III, da Constituição Federal/88.

III. prazo de validade do concurso público será de até dois anos, prorrogável uma vez, por igual período;”

“Art. 63, inciso III, da Lei Orgânica Municipal (mesma redação do Art. 37, inciso III, da Constituição Federal/88)”

IV - os editais deverão conter as qualificações e requisitos constantes das especificações dos cargos objeto do concurso.

Parágrafo único. Não será aberto concurso para o preenchimento de cargo público enquanto houver funcionário de igual categoria em disponibilidade.

Art. 12. Os órgãos e entidades da Administração Pública Municipal, inclusive fundações instituídas ou mantidas pelo Poder Público, proporcionarão aos portadores de deficiência física e limitação sensorial condições especiais para participação em concurso de provas, teste de seleção ou outras formas de recrutamento de pessoal.

Parágrafo único. As condições especiais, de que trata este Artigo, constarão obrigatoriamente do edital de concurso ou de outros atos de chamamento e serão concedidas a requerimento do interessado, formulado quando da inscrição, instruído com atestado médico que indique a natureza e o grau de deficiência física e da limitação sensorial.

Ver Art. 37, Inciso VIII, da Constituição Federal/88, abaixo (Idem art 63, inciso VIII, Lei Orgânica Municipal):

"VIII - a Lei reservará percentual dos cargos e empregos públicos para as pessoas portadoras de deficiência e definirá os critérios de sua admissão."

Art. 13. A deficiência física e a limitação sensorial não constituirão impedimentos à posse e ao exercício de cargo ou função pública, salvo quando consideradas incompatíveis com a natureza das atividades a serem desempenhadas.

§ 1º. A incompatibilidade a que se refere este Artigo será declarada por Junta Médica Especial, constituída por médicos especializados e por técnicos em educação especial da área correspondente à deficiência ou à limitação diagnosticada.

§ 2º. Da decisão da Junta Médica Especial não caberá recurso.

Art. 14. A deficiência física e a limitação sensorial não servirão de fundamento à concessão de aposentadoria, salvo se adquiridas posteriormente ao ingresso no serviço público, observadas as disposições legais pertinentes.

Art. 15 - O Município estimulará a criação e o desenvolvimento de programa de reabilitação profissional para os servidores portadores de deficiência física ou limitação sensorial.

### SEÇÃO III

#### DA POSSE

Art. 16. Posse é a investidura em cargo público.

Parágrafo único - Não haverá posse nos casos previstos nos incisos II a VII do Art.7º (Obs.: O Art. 7º foi revogado pelo Art 82 da Lei 15.127/88. Ver referência legal no Art. 7º desta Lei.)

Art. 17. Só poderá ser empossado em cargo público quem satisfizer aos seguintes requisitos, cumulativamente:

I - ser brasileiro nato ou naturalizado;

II - ter idade compreendida entre 18 (dezoito) anos completos e 55 (cinquenta e cinco) incompletos, ressalvadas as disposições legais;

Ver os dispositivos abaixo:

Art. 7º Inciso XXX, da Constituição Federal/88:

"XXX. proibição de diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, Idade, cor ou estado civil;"

Art. 79, Inciso XV, da Lei Orgânica Municipal:

“XV. proibição de diferenças de vencimento, de exercício de funções e de critérios de admissão por motivo de sexo, Idade, cor, estado civil, religião ou concepção política e filosófica;”

III - estar em gozo dos direitos políticos e não possuir antecedentes criminais;

IV - estar quite com as obrigações militares e eleitorais;

V - ser julgado apto em exame de sanidade física e mental;

IV - atender aos requisitos especiais para o desempenho do cargo e possuir habilitação legal exigida, quando o caso.

§ 1º. A prova das condições a que se referem os incisos I, II, III e IV, deste Artigo, será dispensada nos casos de reintegração, reversão e readaptação, quando se tratar de ocupante de cargo ou emprego público do Município. (Ver art 7º deste Estatuto).

§ 2º. Quando se tratar de provimento de cargo em comissão, o limite máximo de idade previsto no item II, deste Artigo, será de setenta (70) anos incompletos.

Art. 18. No ato da posse, o candidato deverá declarar, por escrito, se é titular de outro cargo, função ou emprego público ou privado.

Parágrafo único. Se a hipótese for a de que sobrevenha ou possa sobrevir acumulação proibida com a posse, esta será sustada até que, respeitados os prazos do Art. 22, se comprove inexistir aquela.

Art. 19. São competentes para dar posse:

I. na Prefeitura da Cidade do Recife:

a) o Prefeito, aos Secretários;

b) o Secretário de Administração, aos demais nomeados para cargos de provimento em comissão;

Obs.: Atual Secretaria de Desenvolvimento Institucional e de Recursos Humanos. (Art. 30 da Lei nº 16.282/96)

c) o Diretor do órgão de Administração de Pessoal, aos nomeados para cargos de provimento efetivo;

II - na Câmara Municipal do Recife:

a) o Presidente da Câmara, aos nomeados para cargos de provimento em comissão;

b) o Diretor do órgão de Administração de Pessoal, aos nomeados para cargos de provimento efetivo.

Art. 20. O funcionário declarará, no ato da posse, os bens e valores que constituem seu patrimônio.

Art. 21. A autoridade que der posse verificará, sob pena de responsabilidade, se foram satisfeitos os requisitos legais para a investidura.

Art. 22. A posse verificar-se-á no prazo de 30 (trinta) dias, contados da publicação do ato específico de provimento no Diário Oficial da Cidade do Recife.

§ 1º A requerimento justificado do interessado, este prazo poderá ser prorrogado por mais cento e vinte (120) dias.

§ 2º Se a posse não se der dentro do prazo previsto, o ato da nomeação ficará automaticamente sem efeito.

§ 3º É facultada a posse por procuração, quando o nomeado estiver ausente do Município e, em casos especiais, ajuízo da autoridade competente.

## SEÇÃO IV

### DO ESTÁGIO PROBATÓRIO

Art. 23. Estágio probatório é o período inicial de 2 (dois) anos de efetivo exercício do funcionário nomeado por concurso público, para cargo de provimento efetivo.

(Ver Art 41 da Constituição Federal/88, com a redação dada pelo Art. 6º da Emenda Constitucional nº 19/88).

“Art. 60. O Art. 41 da Constituição Federal passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 41. São estáveis após três anos de efetivo exercício os servidores nomeados para cargo de provimento efetivo em virtude de concurso público.”

Art. 24. Os requisitos a serem apurados no período de estágio probatório são os seguintes:

I - idoneidade moral;

II - disciplina;

III - pontualidade;

IV - assiduidade;

V - eficiência.

Art. 25. O superior imediato do funcionário sujeito ao estágio probatório, 60 (sessenta) dias antes do término deste informará ao órgão de Administração de Pessoal sobre o funcionário, tendo em vista os requisitos enumerados no Artigo anterior.

§ 1º À vista da informação referida neste Artigo, o órgão de Administração de Pessoal emitirá parecer conclusivo.

§ 2º Desse parecer, se contrário à permanência do funcionário, a este dar-se-á vista, pelo prazo de 10 (dez) dias, para apresentar defesa, por escrito.

§ 3º O parecer e a defesa, esta última se existente, serão julgados pela autoridade competente, procedendo-se ou não à exoneração do funcionário.

§ 4º A apuração dos requisitos de que trata o Art. 24 deverá processar-se em rito sumário, de modo que a exoneração do funcionário possa ser feita antes de findo o período de estágio probatório.

§ 5º O superior imediato que deixar de prestar a informação prevista neste Artigo cometerá infração disciplinar, ficando sujeito à penalidade prevista no artigo 196, deste Estatuto.

§ 6º O término do prazo de estágio probatório, sem exoneração do funcionário, importa em reconhecimento automático de sua estabilidade no serviço público do Município.

Art. 26. O funcionário estável fica dispensado de novo estágio probatório, quando nomeado para outro cargo.

## SEÇÃO V

### DO EXERCÍCIO

Art. 27. Exercício é o período de efetivo desempenho das atribuições de determinado cargo.

Art. 28. O início, a interrupção e o reinício do exercício serão anotados no registro cadastral do funcionário.

Parágrafo único. O início do exercício e as alterações que neste ocorrerem serão comunicadas, pelo titular do órgão em que estiver lotado o funcionário, ao órgão de Administração de Pessoal.

Art. 29. Ao titular do órgão para onde for designado o funcionário compete dar-lhe exercício.

Art. 30. O exercício do cargo terá início dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados:

I - da data da posse, no caso de nomeação;

II - da data da publicação oficial do ato, nos demais casos. (Ver art 7º deste Estatuto)

§ 1º A requerimento do interessado, e ajuízo da autoridade competente, o prazo estabelecido neste Artigo poderá ser prorrogado por 30 (trinta) dias.

§ 2º A progressão e ascensão funcionais não interrompem o exercício, que é contado a partir da data da publicação do ato respectivo. (Ver Art. 7º deste Estatuto)

§ 3º O funcionário, quando afastado em virtude do disposto nos itens I, II e III do Artigo 76, deverá entrar em exercício imediatamente após o término do afastamento.

Art. 31. O funcionário só poderá ter exercício no órgão para o qual foi designado.

§ 1º Atendida sempre a conveniência do serviço, a Administração poderá alterar a lotação do funcionário ex-ofício ou a pedido, observada a legislação em vigor.

§ 2º A inobservância do disposto neste Artigo acarretará sanções para o funcionário e a direção ou chefia responsável.

Art. 32. O funcionário não poderá ausentar-se do Município, para estudo ou missão de qualquer natureza, com ou sem vencimento, sem prévia autorização ou designação pelo Prefeito ou pelo Presidente da Câmara Municipal, conforme o caso.

Art. 33. O funcionário estável, autorizado a afastar-se para estudo ou aperfeiçoamento fora do Município, com ônus para os cofres municipais, ficará obrigado, após a conclusão do estudo ou aperfeiçoamento, a prestar serviço ao Município pelo menos por mais 2 (dois) anos, na forma prevista neste Estatuto.

Art. 34. O funcionário, mediante sua concordância por escrito, poderá ser colocado à disposição de qualquer outro órgão da União, do Distrito Federal, dos Estados, de Territórios, de Municípios e de suas entidades de administração indireta e fundações, com ou sem ônus para o Município.

Art. 35. O número de dias que o funcionário afastado do Município, nos termos do Artigo anterior, gastar em viagem para reassumir o exercício, será considerado, para todos os efeitos, como de efetivo exercício.

Parágrafo único. O prazo a que se refere este Artigo não poderá ser superior a 7 (sete) dias, contados a partir da dispensa ou exoneração, nesta última hipótese em se tratando de cargo em comissão.

Art. 36. O funcionário preso preventivamente ou em flagrante, pronunciado por crime comum ou denunciado por crime funcional, ou, ainda, condenado por crime inafiançável em processo no qual não haja pronúncia, será afastado do exercício do cargo até sentença final transitada em julgado.

## SEÇÃO VI

### DAS GARANTIAS

Art. 37. O nomeado para cargo cujo exercício exija prestação de garantia terá assegurado, pelo Município, o desconto do valor do prêmio de seguro de fidelidade funcional, que poderá ser mantido pela própria administração, ou ajustado com entidade autorizada.

Art. 38. O responsável por alcance ou desvio de material não ficará isento da ação administrativa ou criminal que couber, ainda que o valor da garantia seja superior ao prejuízo verificado.

Art. 39. Serão periodicamente discriminados, por decreto, os cargos sujeitos à prestação de garantia e determinadas as importâncias, para cada caso, revistos e atualizados os valores sempre que houver a elevação dos vencimentos desses cargos.

## SEÇÃO VII

### DA SUBSTITUIÇÃO

Art. 40. A substituição dependerá sempre de ato da Administração.

§ 1º O substituto perceberá a diferença entre o seu vencimento e o do substituído, a partir do primeiro dia de substituição.

§ 2º Mesmo que não seja prevista a substituição, poderá esta ocorrer, mediante ato da autoridade competente, provadas a necessidade e a conveniência do serviço.

§ 3º Atendido o interesse da Administração, o titular de cargo de direção ou chefia poderá ser designado para responder cumulativamente, por outro cargo da mesma natureza, até que se verifique a nomeação do respectivo titular, e, nesse caso, perceberá o vencimento correspondente ao cargo de maior hierarquia.

Art. 41. A reassunção do cargo, pelo seu titular, faz cessar, de pronto, os efeitos da substituição.

## SEÇÃO VIII

### DA PROGRESSÃO FUNCIONAL

Arts. 42 a 49. Revogados pelo art. 82 da Lei nº 15.127/88. (Ver Arts. 5º a 14, da Lei nº 15.662, de 31.07.92, cujo art. 19 revogou os Arts. 50 a 55, 57 e 58 da Lei nº 15.127/88, que tratam da progressão funcional, a seguir):

“Art. 5º A progressão consiste na passagem do servidor, de um ponto de vencimento para o seguinte do mesmo nível.

Art. 6º O enquadramento inicial do servidor, para efeito de progressão, será feito exclusivamente por tempo de serviço prestado ao Município.

§ 1º O enquadramento referido no “caput” deste artigo será feito no ponto de vencimento correspondente a esse tempo na Tabela de Vencimento Básico - TVB, independentemente da atual situação funcional e mantidas as vantagens e gratificações concedidas por Lei.

§ 2º Caso o servidor perceba vencimento básico superior ao seu tempo de serviço correspondente à Tabela de Vencimento Básico - TVB, terá enquadramento de acordo com o seu vencimento, no ponto igual ou imediatamente superior da nova tabela, permanecendo no mesmo, até completar o tempo exigido para o novo ponto de progressão.

Art. 7º O ato da progressão dar-se-á por termo de declaração da autoridade competente, publicado no Diário Oficial do Município, no mês imediatamente anterior ao da sua implantação, observado o disposto no artigo 8º desta Lei.

Parágrafo único. Os efeitos financeiros da progressão vigoram a partir da sua implantação.

Art. 8º A progressão por tempo de serviço dar-se-á nos meses de abril e outubro de cada ano:

I - por quadriênio completo de efetivo serviço prestado pelo servidor, ao Município, para cada um dos três (3) primeiros pontos da Tabela de Vencimento Básico - TVB;

II - por triênio completo de efetivo serviço prestado pelo servidor, ao Município, para cada um dos seis (6) últimos pontos da Tabela de Vencimento Básico - TVB.

Art. 9º A progressão por mérito dar-se-á na forma do que for estabelecido em regulamentação própria e será aferido por critérios de titularidade e experiência funcional.

Art. 10. O servidor que, após a progressão, vier ascender a novo cargo em decorrência de processo seletivo Interno, será enquadrado no primeiro ponto de vencimento do novo grupo ocupacional. (Ver art. 37, inciso II, da Constituição Federal/88, com redação dada pela Emenda Constitucional nº 19/88, transcrito no art. 9º deste Estatuto).

Art. 11. O servidor Integrante do Quadro Especial - QE, terá seu ponto de vencimento fixado de acordo com a nova Tabela de Vencimento Básico - TVB, guardando absoluta correspondência com a referência anterior, observado o disposto no § 2º do artigo 6º.

Parágrafo único. A correspondência referida no “caput” deste artigo é, em relação ao grupo - Pessoal fazendário, (anexo IV), com a tabela de nível superior, para os cargos constantes dos Itens 01 a 04 e, do nível técnico, para o cargo do item 05. (Parágrafo acrescido pelo Art. 1º da Lei nº 15.714/92).

Art. 12. O servidor integrante do Quadro Suplementar - QS, será igualmente enquadrado na nova Tabela de Vencimento Básico - TVB, na forma do disposto no artigo 2º desta Lei.

Art. 13. O servidor aposentado será enquadrado na nova Tabela de Vencimento Básico - TVB, dos respectivos grupos ocupacionais:

I - no ponto de vencimento igual ou imediatamente superior ao do correspondente à sua aposentadoria, quando for:

- a) proporcional ao tempo de serviço;
- b) por Invalidez;
- c) compulsoriamente.

II - no último ponto de vencimento, quando:

- a) aposentado por tempo de serviço;
- b) aposentado por invalidez decorrente de acidente em serviço, moléstia profissional, doença grave contagiosa ou Incurável, especificada em Lei.

Parágrafo único. O provento básico do servidor inativo corresponde ao vencimento básico do servidor ativo, devendo constar do seu contra-cheque, discriminadamente, as parcelas correspondentes a:

- a) provento básico;
- b) vantagens e/ou gratificações;
- c) adicional por tempo de serviço;
- d) tempo de serviço prestado ao Município para os casos de aposentadoria proporcional.

Art. 14. Não será beneficiado pela progressão, ressalvado o disposto no § 1º do artigo 6º desta Lei, o servidor que, no mês da sua efetiva progressão, estiver:

I - no exercício de mandato eletivo;

II - licenciado, ou esteve há menos de seis meses, na hipótese dos incisos II, V e VI, do artigo 95 da Lei nº 14.728, de 08.03.85, (deste Estatuto);

III - com vínculo funcional suspenso, ou esteve há menos de seis meses;

IV - cumprindo pena de suspensão, ou tenha cumprido nos doze meses anteriores;

V - afastado preventivamente de suas funções para apuração de irregularidades, ou indiciado em inquérito administrativo;

VI - à disposição de outros órgãos fora do âmbito municipal.

Parágrafo único. O tempo de afastamento em razão dos incisos acima será suspenso para efeito da progressão, enquanto durar, passando a ser computado logo que cesse o afastamento, somado ao período anterior à Interrupção para implementação do benefício." (Redação anterior ver art. 50 a 58 da Lei nº 15.127/88 (anexo I))

## SEÇÃO IX

### DA ASCENSÃO FUNCIONAL

Arts. 50 a 58. Revogados pelo art. 82 da Lei nº 15.127/88. (Ver Arts. 1º ao 7º da Lei nº 15.643, 16.06.92, que revogou os arts. 16 a 24 e 26 da Lei nº 15.127/88.

"Art. 1º A ascensão funcional do servidor estável integrante do Regime Jurídico único instituído pela Lei nº 15.335, de 12 de fevereiro de 1990, bem como a dos servidores da administração pública indireta do Município, obedecerá ao disposto nesta Lei.

Art. 2º A ascensão funcional consiste na elevação do servidor da categoria funcional a que pertence, para outra, condicionada à existência de vaga e satisfeitos os requisitos de escolaridade, qualificação funcional e aptidão do servidor."

(Ver Art. 37, inciso II, da Constituição Federal/88, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 19/98, transcrito no Art. 9º deste Estatuto, sobre a necessidade de concurso público para investidura em cargo ou emprego público).

Art. 3º O processo seletivo constitui requisito básico para a ascensão funcional.

Art. 4º O processo seletivo de que trata o artigo anterior far-se-á mediante seleção interna, de caráter competitivo e eliminatório, em que serão exigidos níveis de conhecimentos e grau de complexidade e dificuldade relativos ao exercício do novo cargo, obedecidas, no caso, a forma e condições de realização idêntica às estabelecidas para o concurso público de provas ou de provas e títulos e do programa de formação.

§ 1º O processo seletivo interno de que trata este artigo terá validade idêntica ao concurso público.

§ 2º Não se exigirá interstício para efeito de ascensão funcional, exceto o estágio probatório.

Art. 5º Serão destinados aos servidores de que trata esta Lei nº 2/3 (dois terços) das vagas existentes por cargos constantes do quadro de pessoal, para cada processo de ascensão.

§ 1º As vagas de que trata o "caput" deste artigo que não forem preenchidas por insuficiência de servidores habilitados à ascensão funcional, poderão ser preenchidas por concurso público.

§ 2º A ascensão funcional será necessariamente precedida de definição de vaga por categoria e disponibilidade de recursos orçamentários para esse fim.

§ 3º A abertura do processo seletivo interno, respeitado o que dispõe o § 2º do artigo 5º, dar-se-á por ato oficial do Secretário de Administração, quando tratar-se da administração direta e Presidente ou equivalente para as demais entidades, ouvido o Conselho Municipal de Política de Pessoal - CMPP.

Art. 6º Poderão concorrer à ascensão funcional todos os servidores referidos no art. 1º desta Lei, não importando a classe e/ou grupo ocupacional a que pertençam e as referências em que estiverem localizados.

§ 1º Somente poderá inscrever-se no processo seletivo interno o servidor municipal que possuir a habilitação profissional e o grau de escolaridade exigido para o ingresso na categoria funcional a que concorrer.

§ 2º Ao servidor do Município que se encontrar à disposição de outro órgão da edilidade, devendo nele permanecer, será assegurado o disposto neste artigo.

Art. 7º A classificação dos habilitados à ascensão funcional far-se-á pela nota obtida no processo seletivo interno, cabendo ainda como título no teste seletivo os cursos de profissionalização, aperfeiçoamento e especialização, compatíveis com o cargo e o tempo de serviço.

§ 1º Havendo empate, terá preferência, sucessivamente, o servidor:

- a) de maior tempo de efetivo serviço prestado no Município, contado da data da nomeação ou admissão;
- b) casado;
- c) de maior prole;
- d) de maior idade civil.

§ 2º O servidor que obtiver a ascensão funcional será enquadrado na primeira referência da classe inicial ou única da categoria em que for incluído.

§ 3º Se a referência for menor do que aquela em que se achava posicionado o servidor, este será enquadrado na referência que, integrando a estrutura da nova categoria, seja a superior mais próxima no momento da ascensão, ainda que na classe intermediária ou final.

§ 4º O ato de ascensão funcional será expedido pela autoridade competente e publicado no Diário Oficial do Município, no prazo de 30 (trinta) dias contados da homologação do processo seletivo."

§ 5º Os efeitos financeiros da ascensão funcional vigoram a partir da data da sua publicação."

## SEÇÃO X

### DA REINTEGRAÇÃO

Arts. 59 a 61 Revogados pelo art. 82 da Lei nº 15.127/88. (Ver arts. 37 a 39 da Lei nº 15.127/88, abaixo):

"Art. 37. Reintegração é o reingresso no serviço público de servidor estável, titular do cargo ou emprego público, ilegalmente demitido ou exonerado com ressarcimento dos prejuízos decorrentes do afastamento.

§ 1º A reintegração decorrerá sempre de decisão administrativa ou judicial.

§ 2º A decisão administrativa que determinar a reintegração do servidor estável será sempre proferida em recurso interposto tempestivamente pelo interessado, ao prefeito.

Art. 38. A reintegração serpa feita no cargo ou emprego anteriormente ocupado, observadas as seguintes condições:

I - se aquele houver sido transformado ou transposto no cargo ou emprego resultante da transformação ou transposição;

II - se extinto, em cargo ou emprego de vencimento ou salário equivalente, respeitada a habilitação profissional.

Art. 39. O servidor estável reintegrado será submetido à inspeção médica e aposentado quando definitivamente incapaz, com todos os direitos e vantagens."

## SEÇÃO XI

### DO APROVEITAMENTO

Arts. 62 a 64 Revogados pelo art. 82 da Lei nº 15.127/88. (Ver Arts. 40 a 42 da Lei nº 15.127/88, a seguir):

“Art. 40. Aproveitamento é o reingresso no serviço público de servidor público estável em disponibilidade, para cargo ou emprego igual ou equivalente quanto à natureza e retribuição pecuniária básica, ao anteriormente ocupado.

§ 1º O aproveitamento do servidor estável será obrigatório:

I - quando for restabelecido o cargo de cuja extinção decorreu a disponibilidade;

II - quando houver necessidade de prover o cargo anteriormente declarado desnecessário.

§ 2º O aproveitamento dependerá de comprovação de capacidade física e mental;

§ 3º Para efeito do disposto neste artigo, considera-se também equivalente ao cargo ou emprego anteriormente ocupado pelo servidor estável, o que resultar de sua transformação posterior.

Art. 41. Havendo mais de um concorrente à mesma vaga, terá preferência o de maior tempo em disponibilidade e, no caso de empate, o de maior tempo de serviço público.

Art. 42. Será tornado sem efeito o aproveitamento e cassada a disponibilidade se o servidor estável não tomar posse no prazo legal, salvo motivo de alta relevância ou em caso de doença atestada em inspeção médica, procedida pelo Município.

§ 1º A cassação de disponibilidade, prevista neste Artigo, será sempre precedida de inquérito administrativo.

§ 2º Provada a incapacidade definitiva em inspeção médica, será o servidor aposentado.

## SEÇÃO XII

### DA REVERSÃO

Arts. 65 a 68 Revogados pelo art. 82 da Lei nº 15.127/88. (Ver Arts. 32 a 35 da Lei nº 15.127/88, abaixo):

“Art. 32. A reversão é o reingresso no serviço público do servidor estável aposentado.

Art. 33. A reversão dar-se-á:

I - voluntariamente;

II - compulsoriamente.

§ 1º A reversão voluntária será concedida a critério da Administração, exclusivamente para o servidor titular de cargo efetivo, considerado apto em inspeção médica procedida pelo Município.

§ 2º A reversão compulsória será determinada ex-offício, quando cessados os motivos que determinaram a aposentaria por invalidez, comprovada mediante inspeção procedida pela Junta Médica do Município ou Previdência Social.”

Art. 34. Determinada a reversão compulsória, será cassada, mediante inquérito administrativo, a aposentadoria do servidor que não tomar posse no prazo de 30 (trinta) dias da publicação do ato de provimento no Diário Oficial do Município.

Art. 35. A reversão far-se-á:

I - para o cargo ou emprego que se deu a aposentadoria;

II - naquele que resultar da transformação ou transposição.”

### SEÇÃO XIII

#### DA READAPTAÇÃO

Art. 69 Revogado pelo art. 82 da Lei nº 15.127/88. (Ver Art. 36 da Lei nº 15.127/88).

“Art. 36 Readaptação é a transferência a pedido ou ex-offício, de servidor estável para outro cargo mais compatível com a sua capacidade física, mental ou intelectual, definitivamente vago, a critério exclusivo da Administração.”

§ 1º A readaptação será, necessariamente, precedida de inspeção médica e psicológica.

§ 2º A readaptação não deverá acarretar decesso nem aumento de retribuição pecuniária, a qualquer título.”

(Ver Art. 37, inciso II, da Constituição Federal/88, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 19/98, transcrito no Art. 9º deste Estatuto, sobre a necessidade de concurso público para investidura em cargo ou emprego público).

### CAPÍTULO II

#### DA VACÂNCIA

Art. 70. A vacância do cargo decorrerá de:

I - exoneração;

II - demissão;

III - revogado pelo art. 82, da Lei 15.127/88.

IV - ascensão funcional; (ver nota no art. 50 deste estatuto).

V - aposentadoria;

VI - readaptação; (ver nota no Art. 69 deste Estatuto).

VII - falecimento.

Art. 71. Dar-se-á a exoneração:

I - a pedido;

II - ex-offício:

a) quando se tratar de provimento de cargo em comissão;

b) quando não satisfeitas as condições do estágio probatório;

c) quando o funcionário não assumir o exercício do cargo no prazo legal.

Art. 72. A vaga ocorrerá na data:

I - imediata à do falecimento;

II - imediata àquela em que o funcionário completar 70 (setenta) anos de idade;

III - da publicação do ato que aposentar, demitir, exonerar, readaptar ou conceder progressão ou ascensão funcionais; (ver notas no Art. 70 acima)

IV - em que transitar em julgado a sentença que anule o provimento ou declare a perda do cargo.

### TÍTULO III

#### DOS DIREITOS E OBRIGAÇÕES

##### CAPÍTULO I

##### DA DURAÇÃO DO TRABALHO

Arts. 73 e 74 Revogados pelo Art. 82 da Lei nº 15.127/88. (Ver art. 9º da Lei nº 15.054/88 e inciso VI do Art. 79 da Lei Orgânica do Município abaixo):

“Art. 9º da Lei nº 15.054 Os vencimentos e salários básicos mensais, para jornada de trabalho de 30 (trinta) horas semanais, dos integrantes do QGP e QSP, são expressos nominalmente em moeda corrente e constam da Tabela Salarial Básica - TSB, anexo IV desta Lei.”

“Inciso IV do art. 79 da Lei Orgânica Municipal duração do trabalho não superior a 08 (oito) horas diárias e 44 (quarenta e quatro) semanais, facultada a compensação de horários e a redução da jornada, mediante acordo ou convenção coletiva de trabalho, nos termos da Lei.”

##### CAPÍTULO II

##### DO TEMPO DE SERVIÇO

Art. 75. O tempo de serviço computar-se-á em dias, meses e anos, considerado o ano como de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

Redação dada pelo Art. 1º da Lei nº 16.052, de 17.07.95.

Ver também sobre Tempo de Serviço a Instrução de Serviço nº 05/92

Art. 76. Será considerado como efetivo exercício o afastamento em virtude de:

I - férias;

II - casamento;

III - luto;

IV - licença por acidente em serviço ou doença profissional;

V - moléstia comprovada que, a critério da Junta Médica Municipal, impeça o comparecimento ao serviço até o limite de dois (2) anos;

VI - licença à funcionária gestante;

VII - Serviço Militar;

VIII - júri e outros serviços obrigatórios por lei;

IX - missão oficial ou estudo, quando o afastamento houver sido autorizado pela Administração, exercício em outro cargo, inclusive de provimento em comissão ou emprego, em órgão da União, dos Estados, dos Municípios e dos Territórios e respectivas administrações indiretas e fundações mantidas pelo Poder Público;

XI - licença-prêmio;

XII - desempenho de comissões ou funções previstas em Lei ou regulamento;

XIII - desempenho de mandato eletivo da União, dos Estados, dos Municípios e dos Territórios;

XIV - expressa determinação legal;

XV - faltas abonadas;

Art. 77. Para efeito de aposentadoria ou disponibilidade, computar-se-á integralmente: (\*)

I - tempo de serviço previsto na forma do Artigo anterior;

II - tempo em que o funcionário esteve em disponibilidade;

III - período de trabalho prestado a instituição de caráter privado que tiver sido transformada em órgão da administração direta, indireta ou fundação mantida pelo Poder Público;

IV - as horas extraordinárias convertidas em dias na forma deste Estatuto; (Ver Art. 13 da Lei nº 15.076/88).

“Art. 13. Para efeito de aposentadoria e disponibilidade, fica assegurada a contagem de horas extraordinárias convertidas em dias, na forma disposta no Art. 77, inciso IV do Estatuto dos Funcionários Públicos Municipais do Recife, aprovado pela Lei nº 14.728, de 08.03.85, exclusivamente aos funcionários que até o dia 07 de março de 1988, computando-se aquele período, tenha completado o interstício legal necessário à concessão da aposentadoria voluntária.”

V - período prestado a entidade de direito privado, ou na qualidade de autônomo, devidamente comprovado pela previdência social mediante certidão.

VI - as férias não gozadas, contadas em dobro.

Parágrafo Único. O tempo de serviço não prestado ao Município somente será computado à vista de certidão passada pelo órgão competente.

Art. 78 É vedada a soma de tempo de serviço simultaneamente prestado. (Ver § 10 do Art. 40 da Constituição Federal/88, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 20/98).

“§ 10 A Lei não poderá estabelecer qualquer forma de contagem de tempo de contribuição fictício.”

### CAPÍTULO III

#### DA ESTABILIDADE

Art. 79. O funcionário ocupante de cargo de provimento efetivo somente adquire estabilidade após 2 (dois) anos de efetivo exercício prestado exclusivamente ao Município.

§ 1º A estabilidade diz respeito ao serviço público e não ao cargo.

§ 2º O disposto neste Artigo não se aplica, em qualquer hipótese, aos cargos de provimento em comissão.

Art. 80. O funcionário estável somente poderá ser demitido em virtude de sentença judicial transitada em julgado ou mediante processo administrativo em que lhe tenham sido assegurados amplos meios de defesa.

(Ver Art. 41 da Constituição Federal/88, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 19/98, transcrito no Art. 23 deste Estatuto).

#### CAPÍTULO IV

##### DA DISPONIBILIDADE

Art. 81 Declarada a desnecessidade do cargo, este será extinto e o funcionário estável posto em disponibilidade, com retribuição pecuniária proporcional ao seu tempo de serviço.

§ 1º A extinção do cargo será feita por Lei.

§ 2º- A retribuição pecuniária, mencionada neste Artigo, devida ao funcionário posto em disponibilidade, será calculada na razão de 1/35 (um trinta e cinco avos) por ano de serviço, se do sexo masculino, ou 1/30 (um trinta avos), se do sexo feminino, acrescida do salário-família integral e do adicional por tempo de serviço a que fizer jus o servidor, na data da disponibilidade.

§ 3º A retribuição pecuniária será calculada na razão de 1/30 (um trinta avos) por ano de serviço, se do sexo masculino, e 1/25 (um vinte e cinco avos), se do sexo feminino, para os integrantes do Magistério Municipal, e de 1/25 (um vinte e cinco avos) para os ex-combatentes, acrescida do salário-família integral e do adicional por tempo de serviço a que fizer jus o servidor, na data da disponibilidade.

(Ver Arts. 37, § 9º, e 41, § 3º, da Constituição Federal/88, nos termos da Emenda Constitucional nº19/98).

#### CAPÍTULO V

##### DA APOSENTADORIA

Arts. 82 a 85. Revogados pelo Art. 82 da Lei nº 15.127/88, (Ver os seguintes dispositivos legais: Art. 69 da Lei nº 15.127/88 ( anexo II).

Art. 1º da Lei nº 15.156, de 19.12.88 (anexo III)

Arts. 10 e 2º da Lei nº 15.344, de 06.04.90 (anexo IV)

Obs.: O Decreto Municipal nº 15.151/90, (Anexo V)

Item 5 da Instrução de Serviço AS/SAJ nº 05/92, (Anexo VI)

Art. 40 da Constituição Federal/88, com redação dada pela Emenda Constitucional nº 20/98, (Anexo VII).

Art. 86. aposentar-se-á com proventos calculados na base do vencimento de cargo em comissão que exerce o funcionário efetivo que:

I à data da aposentadoria venha, ininterruptamente desempenhando o mesmo cargo comissionado há mais de 5 (cinco) anos;

II à data da aposentadoria esteja desempenhando cargo em comissão e que, antes haja desempenhado cargos comissionados por mais de 8 (oito) anos, consecutivo ou não.

Parágrafo. O disposto neste artigo não se aplica aos casos em que o funcionário haja optado pelo vencimento do cargo efetivo.

(Ver inciso XXIV do § 2º do art. 79 da Lei Orgânica Municipal).

“Inciso XXIV incorporação aos proventos no valor da ratificação de qualquer natureza que o mesmo estiver percebendo há mais de 24 (vinte e quatro) meses consecutivos, da data do pedido de aposentadoria.”

Art. 87. Computar-se-á, no cálculo dos proventos, o valor de gratificações que o funcionário, ao aposentar-se, vier percebendo há mais de dois (dois) anos, sem interrupção.

§ 1º Excetua-se do disposto neste Artigo a gratificação de Natal, percebida anualmente.

§ 2º Dispensar-se-á o período carencial, de que trata este Artigo, quando o funcionário se aposentar por invalidez definitiva.

## CAPÍTULO VI

### DAS FÉRIAS

Art. 88. O funcionário gozará trinta (30) dias consecutivos de férias, por ano.

Art. 89. O órgão de Administração de Pessoal fixará, anualmente, a escala geral de férias, a vigorar no exercício seguinte.

Parágrafo único. Excepcionalmente, a critério da administração, a escala geral de férias poderá ser alterada, para atender a necessidades eventuais de serviço.

Art. 90. O funcionário adquire direito a férias após cada doze (12) meses de efetivo exercício, com direito ao vencimento e a todas as vantagens do cargo que estiver ocupando.

Art. 91. É vedada a acumulação de férias, salvo por imperiosa necessidade do serviço, até o máximo de dois (2) períodos, atestada, de ofício, pelo chefe do serviço do órgão em que estiver lotado o funcionário.

Art. 92. O gozo de férias não será interrompido por motivo de progressão ou ascensão funcionais.

Art. 93. Revogado pelo Art. 82 da Lei nº 15.127/88. (Ver. Art. 65 da Lei nº 15.127/88, abaixo):

“Art. 65. A remuneração pecuniária relativa ao período de férias será paga antecipadamente, desde que requerida, acrescida de um terço(1/3), a título de bonificação.”

Art. 94. Revogado pelo Art. 82 da Lei nº 15.127/88. (Ver Art. 66 da Lei nº 15.127/88).

“Art. 66 - É vedada a conversão de férias em pecúnia salvo para os titulares de cargo em comissão.

§ 1º O servidor de que trata o caput deste artigo, quando exonerado antes de completar o período aquisitivo de férias, e, na hipótese de não ser o mesmo titular de cargo de provimento efetivo ou emprego público da Administração Federal, Estadual ou Municipal, suas Autarquias, Fundações e entidades de Administração Indireta, aplicar-se-á a contagem de férias proporcionais ao tempo de serviço, para efeito de conversão em pecúnia.

§ 2º O servidor titular de cargo efetivo ou emprego público do Município, quando exonerado antes de completar o período aquisitivo de férias, fará jus à contagem das férias proporcionais, nos termos do parágrafo anterior.”

Art. 95. Conceder-se-á licença:

I - para tratamento de saúde;

II - por motivo de doença em pessoa da família;

III - à gestante, para repouso;

IV - para serviço militar,

V - para acompanhar o cônjuge, funcionário público civil ou militar;

VI - para trato de interesses particulares;

VII - prêmio.

Parágrafo único. O conceito de companheiro ou companheira equipara-se ao para os efeitos deste artigo.

Art. 96. São competentes para conceder licença:

I - para trato de interesses particulares, o Prefeito e o Presidente da Câmara Municipal, conforme o caso;

II - nos demais casos, o órgão competente da Administração.

Art. 97. Expirada a licença, o funcionário reassumirá o exercício, no primeiro dia útil subsequente, ressalvado o disposto no Artigo 98, deste Estatuto.

Art. 98. A licença poderá ser prorrogada, ex-officio ou a pedido.

Parágrafo único - O pedido deverá ser apresentado por escrito e até oito (08) dias antes do término do prazo de licença, e, se indeferido, contar-se-á, como de licença, o período compreendido entre a data do término e a do conhecimento oficial do despacho.

Art. 99. As licenças de que tratam os incisos I, II e III, do Artigo 95, dependerão de inspeção realizada por Junta composta de, pelo menos, três (3) médicos do órgão competente do Município.

Parágrafo Único. A licença dependente de inspeção médica, na forma deste Artigo, será concedida pelo prazo indicado no laudo.

## SEÇÃO II

### DA LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

Art. 100. A licença para tratamento de saúde poderá ser concedida a pedido ou ex-officio, dependendo de inspeção médica, que deverá se realizar, sempre que necessário, onde o funcionário se encontrar.

Parágrafo único. A licença deverá ser requerida no prazo de vinte (20) dias, a contar da primeira falta ao serviço.

Art. 101. Na hipótese do funcionário se encontrar em outro Município ou unidade da Federação, deverá instruir seu pedido de licença com laudo fornecido pelo órgão médico oficial respectivo.

Art. 102. O funcionário não poderá permanecer em licença para tratamento de saúde por período superior a vinte e quatro (24) meses, exceto nos casos considerados recuperáveis, hipótese em que mediante nova inspeção médica, a licença poderá, excepcionalmente, ser prorrogada uma única vez, até doze (12) meses.

Parágrafo único. Expirados os prazos previstos neste Artigo, o funcionário que não se recuperar será submetido a nova inspeção e aposentado por invalidez definitiva.

Art. 103. O funcionário, no curso da licença, poderá ser examinado, a requerimento ou ex-officio, ficando obrigado a reassumir seu cargo, no primeiro dia útil subsequente, se for considerado apto para o trabalho, sob pena de se apurarem como faltas os dias de ausência.

Art. 104. Observar-se-á, no processamento da licença para tratamento de saúde, o devido sigilo sobre o diagnóstico.

Art. 105. O funcionário, no curso da licença para tratamento de saúde, abster-se-á de exercer qualquer atividade remunerada, sob pena de cassação imediata da licença, com perda total do vencimento e vantagens correspondentes ao período já gozado, até que reassuma o exercício do cargo, sem prejuízo de outras penalidades previstas neste Estatuto.

Art. 106. O funcionário, no curso da licença para tratamento de saúde, perceberá integralmente o vencimento e vantagens do cargo que exercia à data da concessão da licença.

### SEÇÃO III

#### DA LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA

Art. 107. O funcionário poderá, com vencimentos e vantagens integrais, obter licença por motivo de doença em pessoas de sua família que conste como seu dependente, desde que prove ser indispensável sua assistência pessoal e esta não possa ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo.

§ 1º Comprovar-se-á a doença mediante inspeção médica procedida pelo órgão municipal competente ou atestado médico reconhecido pelo mesmo órgão.

§ 2º A licença de que trata este Artigo não excederá a vinte e quatro (24) meses.

Art. 108 Em nenhuma hipótese poderá ser prorrogada a licença de que cogita o Artigo anterior.

### SEÇÃO IV

#### DA LICENÇA À GESTANTE

Art. 109 À funcionária gestante será concedida, mediante inspeção médica, licença por noventa (90) dias, prorrogável até trinta (30) dias, com vencimento e vantagens integrais do cargo que exerça à data da sua concessão.

(Ver inciso X do § 2º do Art. 79 da Lei Orgânica do Recife, que tem a mesma redação do inciso XVIII do art. 7º da Constituição Federal/88).

“Inciso X licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do vencimento, com duração de 120 (cento e vinte) dias.”

Parágrafo único. A licença de que trata este Artigo será concedida a partir do oitavo (8º) mês de gestação, salvo prescrição médica em contrário.

Art. 110. Na hipótese de o filho nascer prematuramente; antes de concedida a licença, o início desta será contado a partir da data do parto.

Art. 111. Para amamentar o próprio filho, até 6 (seis) meses de idade, a funcionária terá direito, durante o expediente, a um descanso especial de 1 (uma) hora.

### SEÇÃO V

#### DA LICENÇA PARA SERVIÇO MILITAR

Art. 112. Ao funcionário convocado para o serviço militar obrigatório e para outros encargos da segurança nacional, será concedida licença com prazo e remuneração previstos em legislação própria.

§ 1º A licença será concedida à vista do documento oficial que comprove a convocação.

§ 2º Descontar-se-á dos vencimentos a importância que o funcionário perceba na qualidade de incorporado, na forma regulamentada em legislação própria.

§ 3º Ao funcionário é facultado optar pelo estipêndio como militar.

Art. 113. Conceder-se-á ao funcionário desincorporado prazo não superior a trinta (30) dias para reassumir o exercício do seu cargo, sem prejuízo dos vencimentos.

Art. 114 Ao funcionário, oficial ou aspirante a oficial da reserva, aplicar-se-ão as disposições dos Artigos 112 e 113, deste Estatuto, durante os estágios previstos pela legislação militar.

## SEÇÃO VI

### DA LICENÇA PARA ACOMPANHAR O CÔNJUGE

Art. 115. Ao funcionário estável, independentemente do sexo, será concedida licença sem vencimento para acompanhar o cônjuge, funcionário público civil ou militar, ou servidor da administração pública direta ou indireta e fundações, designado, ex-officio, para servir fora do Município.

§ 1º A licença dependerá de requerimento, instruído com documento que comprove a designação, renovável de dois (2) em dois (2) anos, até o limite máximo de quatro (4) anos.

§ 2º Assegurar-se-á, nas mesmas condições deste Artigo, licença a qualquer dos cônjuges, quando o outro exercer mandato eletivo fora do Município.

## SEÇÃO VII

### DA LICENÇA PARA TRATO DE INTERESSES PARTICULARES

Art. 116 O funcionário estável poderá obter licença sem vencimento, a critério da Administração, para trato de interesses particulares, pelo prazo máximo de quatro (4) anos.

Parágrafo único. O interessado aguardará, em exercício, a concessão da licença.

Art. 117. Ao funcionário somente poderá ser concedida uma única vez nova licença para trato de interesses particulares, depois de decorridos dois (2) anos do término da anterior.

Art. 118. O funcionário poderá, a qualquer tempo, desistir da licença.

Art. 119. Quando o interesse do serviço o exigir, a licença poderá ser cassada, a qualquer tempo, a critério exclusivo da Administração.

Parágrafo único. Cassada a licença, o funcionário terá o prazo de trinta (30) dias para reassumir o exercício, contados a partir da expedição oficial do ato respectivo.

## SEÇÃO VIII

### DA LICENÇA PRÊMIO

Art. 120. O funcionário, após cada 5 (cinco) anos de efetivo exercício prestado exclusivamente ao Município, adquire direito a 3 (três) meses de licença prêmio assegurada a percepção integral de vencimento e vantagens do cargo que estiver ocupando na data em que entrar em gozo deste benefício.

§ 1º Decairá do direito à licença-prêmio, o funcionário que deixar de exercitá-lo no decurso do quinquênio imediatamente posterior ao termo final do período aquisitivo, ressalvado o direito conferido no § 2º do Art. 124 deste Estatuto.

§ 2º A licença-prêmio poderá, a requerimento do interessado, ser gozada em até 3 (três) períodos, respeitados o disposto no parágrafo anterior.

Redação dada pelo art. 26 da Lei nº 15.054/88.

Art. 121. Para obtenção do primeiro quinquênio de licença-prêmio computar-se-á o tempo de serviço ininterruptamente prestado, anteriormente à nomeação efetiva à administração direta, autarquias ou fundações do município na qualidade de contratado sob o regime CLT.

Redação dada pelo art. 7º da Lei nº 15.521, de 18.10.91, que alterou a redação dada pelo art. 64 da Lei nº 15.127/88.

Parágrafo único. Das licenças-prêmio relativas ao tempo de serviço anterior à nomeação efetiva, nos termos do contido no caput deste artigo, somente poderá ser convertida em pecúnia os 45 dias de licença-prêmio correspondente aos últimos 05 (cinco) anos.

Parágrafo introduzido pelo art. 64 da Lei nº 15.127/88, que deu nova redação ao art. 121 deste Estatuto.

Art. 122. A licença-prêmio não será concedida se houver o funcionário no quinquênio correspondente:

I sofrido qualquer pena disciplinar resultante de inquérito administrativo, salvo se ocorrer prescrição;

II faltado ao serviço, sem justificativa, em períodos de tempo que, somados, atinjam mais de trinta (30) dias, III gozado licença para trato de interesses particulares.

Parágrafo único. Verificando-se qualquer das hipóteses previstas neste Artigo, será iniciada a contagem de novo quinquênio de efetivo serviço, a partir:

a) - do dia em que o funcionário reassumiu o exercício, após cumprir a penalidade imposta, ou conclusão ou interrupção voluntária do prazo de duração de licença, no caso dos incisos I e III, respectivamente;

b) - do dia imediato ao da última falta ao serviço, a que se refere o inciso II, deste Parágrafo.

Art. 123. Revogado pelo art. 1º da Emenda à Lei Orgânica nº 8/99, de 05.01.99, com a redação dada pelo art. 26 da Lei nº 15.054/88, abaixo:

"Art. 26. O funcionário beneficiado com a licença-prêmio e de acordo com § 1º do art. 120 desta lei, poderá optar pelo gozo da metade do período de licença a que tem direito, recebendo a outra metade em pecúnia."

Art. 124. Será assegurada a percepção integral da importância correspondente ao tempo de duração da licença-prêmio referente ao último período não gozado pelo funcionário, em caso de falecimento ou aposentadoria, observado o disposto no § 1º do art. 120 deste Estatuto, ressalvadas as situações constituídas até o dia 31 de dezembro de 1988. Redação dada pelo art. 26 da Lei nº 15.054/88.

(Ver inciso XX do § 20 do art. 79 da Lei Orgânica do Município).

"Inciso XX. Recebimento do valor das licenças-prêmio não gozadas, correspondente cada uma a 03 (três) meses de remuneração integral do funcionário à época do pagamento, em caso de falecimento ou ao aposentar-se, quando a contagem do aludido tempo não se torna necessária para efeito de aposentadoria."

§ 1º Na hipótese de falecimento, e havendo dúvida quanto a quem deva receber, o benefício de que trata este Artigo será pago à vista de Alvará Judicial.

§ 2º Na hipótese de influir para aposentadoria, será assegurada a contagem, pelo dobro, para esse efeito, do período de licença-prêmio deixado de gozar pelo funcionário. (Ver referência legal citada no art. 77 deste Estatuto).

§ 3º Na ocorrência das hipóteses previstas neste Artigo, o pagamento será efetuado de uma só vez.

(Sobre Licença-Prêmio ver também Instrução de Serviço nº 05/92. (25/07/92)).

## CAPÍTULO VIII

### DO VENCIMENTO E DAS VANTAGENS

#### SEÇÃO I

##### DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 125. Além dos vencimentos, somente poderão ser concedidas as seguintes vantagens:

I - diárias;

II - salário-família;

III - gratificações;

IV - adicional por tempo de serviço.

Art. 126. É permitida a consignação sobre vencimento ou proventos.

§ 1º O total das consignações não poderá exceder a trinta por cento (30%) dos vencimentos ou dos proventos.

§ 2º O limite de que trata o parágrafo anterior poderá ser elevado até sessenta por cento (60%), quando se tratar de aquisição de casa própria ou bens fungíveis, em estabelecimentos oficiais ou reconhecidos.

Art. 127. A consignação em folha poderá servir exclusivamente como garantia de:

I - quantias devidas à Fazenda Pública;

II - contribuições para montepio, pensão, aposentadoria, seguro de vida, assistência médica, e para órgãos representativos da classe de funcionários civis;

III - cotas para cônjuge, ascendente ou descendente, em cumprimento de decisão judicial;

IV - contribuições para aquisição de casa própria, negociada através de órgãos oficiais e de outros integrantes do sistema financeiro da habitação;

V - contribuições para aquisição de bens fungíveis, em estabelecimento oficial ou reconhecido.

#### SEÇÃO II

##### DO VENCIMENTO

Art. 128 Vencimento é a retribuição pecuniária básica mensal, devida ao funcionário pelo efetivo exercício de seu cargo em comissão ou efetivo, correspondente a uma referência na Tabela de Retribuição de Cargos Comissionados - TRP e Tabela de Retribuição Pecuniária Básica - TRPB, respectivamente.

Redação dada ao "caput" deste artigo pelo Art. 7º da Lei nº 15.342, de 06.04.90, que alterou a redação dada ao Art. 128 pelo Art. 8º da Lei nº 15.076, de 15.06.88.

Parágrafo único. O servidor de provimento efetivo, da Administração Direta, Fundacional e Autárquica, quando nomeado para o exercício do Cargo de provimento em Comissão, perceberá, além dos seus vencimentos e vantagens, o percentual de 100% (cem por cento) do respectivo cargo, a título de gratificação.

Redação dada pelo Art. 50 da Lei nº 15.660, de 22.07.92, modificando a redação do Art. 5º da Lei nº 15.194, de 23.02.89, que alterou o Art. 8º da Lei nº 15.076, de 15.06.88.

Art. 129. O funcionário perderá o vencimento do cargo efetivo quando no exercício de mandato eletivo remunerado, obedecido o disposto em legislação federal.

Art. 130. O funcionário perderá:

I - o vencimento do dia, se não comparecer ao serviço, salvo motivo justificado ou moléstia comprovada,

II - um terço (1/3) do vencimento do dia, quando comparecer ao serviço com atraso máximo de uma (1) hora, ou quando se retirar antes de findo o período de trabalho;

III - um terço (1/3) do vencimento durante o afastamento por motivo de prisão preventiva, pronúncia por crime comum ou denúncia por crime funcional, ou ainda, condenação por crime inafiançável em processo no qual não haja pronúncia, com direito à diferença, se absolvido, ou se for provida a revisão criminal, no caso de condenação definitiva;

IV - dois terços (2/3) do vencimento, durante o afastamento decorrente de condenação, por sentença definitiva, a pena que não determine ou acarrete a perda do cargo.

Art. 131. Nenhum funcionário, ativo ou inativo, poderá perceber vencimento ou proventos inferiores ao salário-mínimo em vigor no Município.

Art. 132. Serão abonadas até três (3) faltas, durante o mês, por motivo de doença, comprovada mediante atestado médico, ou odontológico, ou em decorrência de força, maior, a critério do titular do órgão onde o funcionário tiver exercício.

Parágrafo único. O funcionário, para os efeitos deste Artigo, deverá requerer o abono no prazo máximo de quinze (15) dias, a contar da primeira falta ao serviço.

Art. 133. As reposições e indenizações à Fazenda Municipal serão descontadas do vencimento ou proventos em parcelas mensais, não excedentes à sua décima parte.

Parágrafo único. Ao funcionário exonerado, demitido ou com licença sem vencimento deferida não será permitido o pagamento parcelado da reposição ou indenização.

Art. 134. Não se admitirá vinculação ou equiparação, de qualquer natureza, para efeito de vencimento dos funcionários do serviço público municipal.

### SEÇÃO III

#### DAS DIÁRIAS

Art. 135. Ao funcionário que se deslocar do Município, em objeto de serviço, conceder-se-ão diárias, a título de indenização das despesas de viagem, assim compreendidas as de alimentação e pousada.

§ 1º A critério da Administração, poder-se-á aplicar o disposto neste Artigo aos casos em que o funcionário se deslocar em razão de curso ou estágio correlato com as atribuições do respectivo cargo.

§ 2º As importâncias correspondentes às diárias serão pagas antecipadamente ao funcionário.

Art. 136. O arbitramento das diárias será estabelecido em regulamentação específica, considerados o local, a natureza, as condições do serviço e o cargo do funcionário.

Art. 137 O funcionário que se deslocar do Município, na forma do Artigo 135, fará jus, além das diárias, ao pagamento das despesas correspondentes ao transporte, na forma da regulamentação no artigo anterior.

#### SEÇÃO IV

##### DO SALÁRIO FAMÍLIA

Art. 138. O salário-família será concedido ao funcionário ativo ou inativo:

I - por filho menor de vinte e um (21) anos;

II - por filho inválido ou excepcional;

III - por filha solteira sob sua dependência econômica, que não exerça função remunerada;

IV - por filho estudante, menor de vinte e cinco (25) anos, que freqüente curso secundário ou superior e que não exerça atividade remunerada;

V - pela esposa ou companheira, que não exerça atividade remunerada;

VI - pelo ascendente, sem rendimento próprio, que viva às expensas do funcionário;

VII - pelo esposo inválido da funcionária, quando viver às expensas desta.

§ 1º O funcionário que, por qualquer motivo, não viver em companhia da esposa, não perceberá o salário-família a ela correspondente, salvo decisão judicial em contrário.

§ 2º É considerado filho, para efeitos deste Artigo, o de qualquer condição, inclusive o adotado e o enteado, a estes equiparado o menor que, comprovadamente e mediante autorização judicial, viva sob a guarda e expensas do funcionário.

§ 3º Quando o pai e mãe forem funcionários a viverem em comum, o salário-família será percebido pelo pai; se não viverem em comum, ao que estiver os dependentes sob sua guarda e, se ambos os tiverem, de acordo com a distribuição numérica dos dependentes sob guarda.

§ 4º Ao pai e à mãe, para efeito de percepção em nome dos dependentes, equiparam-se o padrasto, a madrasta, e, na falta destes, os representantes legais dos incapazes e as pessoas sob cuja guarda e manutenção estiverem confiados, por autorização judicial.

§ 5º Entende-se por companheira a mulher solteira, viúva, separada judicialmente ou divorciada, que viva, no mínimo, há cinco (5) anos sob a dependência econômica do funcionário solteiro, viúvo, separado judicialmente ou divorciado, enquanto persistir o impedimento legal de qualquer um deles para o casamento.

Art. 139. O salário família será pago no valor de 5% (cinco por cento) do salário-mínimo vigente no Município, ainda que o funcionário, por motivo legal ou disciplinar, não esteja percebendo vencimento ou proventos.

Parágrafo único. Na hipótese do inciso II, do Artigo 138, o salário-família será pago em dobro. (Ver Art. 13 da Emenda Constitucional nº 20/98, abaixo):

“Art. 13. Até que a Lei discipline o acesso ao salário-família e auxílio-reclusão para os servidores, segurados e seus dependentes, esses benefícios serão concedidos apenas àqueles que tenham renda bruta mensal igual ou inferior a R\$ 360,00 (Trezentos e sessenta reais), que até a publicação da Lei, serão corrigidos pelos mesmos índices aplicados aos benefícios do regime geral de previdência social.”

Art. 140. No caso de falecimento do funcionário, o salário-família continuará a ser pago aos seus beneficiários.

Parágrafo único. Se o funcionário falecido não se houver habilitado ao salário-família, este será pago aos beneficiários, mediante requerimento, atendidos os requisitos necessários à sua concessão.

Art. 141. O salário-família será isento de qualquer tributo municipal e não servirá de base para qualquer contribuição ou indenização, ainda que para fins de previdência social.

Art. 142. Quando o funcionário, em regime de acumulação, ocupar mais de um cargo, somente perceberá o salário-família pelo exercício de um deles.

Art. 143. O direito à percepção do salário-família inexistente quando um dos cônjuges, ocupando cargo, emprego público ou privado, já perceber essa vantagem pelos respectivos dependentes.

Art. 144. O salário-família será devido a partir da data do início do exercício do funcionário que ingressa no serviço público, com relação aos dependentes existentes.

Parágrafo único. Quanto aos dependentes supervenientes à data referida neste Artigo, o salário-família será devido a partir da data em que nascerem ou em que se configurar a dependência.

Art. 145. Verificado, a qualquer tempo, a inexatidão ou falsidade dos documentos apresentados, ou a falta de comunicação dos fatos que determinaram a perda do direito ao salário-família será revista sua concessão e determinada a reposição da importância indevidamente paga, além de tomadas as providências criminais e disciplinares cabíveis.

## SEÇÃO V

### DAS GRATIFICAÇÕES

Art. 146. Conceder-se-á gratificação:

I - revogado pelo Art. 44 da Lei nº 15.054/88.

II - revogado pelo Art. 44 da Lei nº 15.054/88.

III - revogado pelo Art. 44 da Lei nº 15.054/88.

IV - de risco de vida e saúde;

V - revogado pelo Art. 44 da Lei nº 15.054/88.

VI - pela participação, como integrante ou auxiliar, em comissão em grupo especial de trabalho, em grupo de pesquisas, de apoio ou de assessoramento técnico e em órgão de deliberação coletiva;

VII - de produtividade;

VIII - de monitoragem, em curso especiais ou de treinamento a servidores municipais;

IX - revogado pelo Art. 44 da Lei nº 15.054/88.

X - de Natal;

XI - revogado pelo Art. 44 da Lei nº 15.054/88.

Parágrafo único - não acarretará a perda da gratificação o afastamento do servidor municipal nos casos previstos no artigo 76 desta Lei.

Art. 147. gratificação de função é a retribuição pecuniária mensal pelo desempenho de encargos adicionais, representados pela execução de tarefas específicas determinada pela administração. "(Este artigo trata de gratificação do art. 146, revogada pelo art. 44 da Lei nº 15.054/88)."

Art. 148. a gratificação de serviço extraordinário poderá ser:

I - paga por hora de trabalho prorrogado ou antecipado;

II - arbitrada previamente, pela administração, se não puder ser aferida por unidade de tempo.

§ 1º na hipótese prevista no inciso I, a gratificação não poder exceder, no mês, a cinquenta (50) horas de trabalho.

§ 2º na hipótese prevista no inciso II, a gratificação não poderá exceder a dois (2/3) do vencimento mensal do funcionário. "(Este artigo trata de gratificação do art. 146, revogada pelo art. 44 da Lei nº 15.054/88)."

Art. 149 O valor-hora, para efeito de pagamento da gratificação de serviço extraordinário, será obtido dividindo-se o vencimento mensal do funcionário:

I - pelo fator cento e quarenta (140), quando se tratar de trabalho diurno;

II - pelo fator cento e dez (110), quando se tratar de trabalho noturno;

III - pelo fator noventa (90), quando se tratar de trabalho de funcionário ocupante de cargo que exija formação de nível universitário. "(Este Artigo trata de gratificação do art. 146, revogada pelo Art. 44 da Lei 15.054/88)."

(Ver Art. 3º da Lei 15.194/89, que define o fator 180 por hora extra, (Anexo VIII)).

(Ver inciso XVI do art. 7º da Constituição Federal/88).

"XVI Remuneração do serviço extraordinário superior, no mínimo em 50% à do normal.

Art. 150. A gratificação de representação será atribuída a Secretários, Chefes de Gabinete, Diretores de Diretoria, Diretores de Departamento e Assessores do Poder Executivo, e a titulares de órgãos equivalentes, da Câmara Municipal.

Parágrafo único. A gratificação de representação poderá ser também atribuída a funcionários com exercício nos Gabinetes dos titulares dos órgãos mencionados neste Artigo, a critério da Administração.

Art. 151. Conceder-se-á a gratificação decorrente de atividades insalubres quando o servidor exercer, efetivamente, atividades em locais ou em circunstâncias que tragam risco de vida ou saúde, observadas as disposições da Lei Federal que disciplinam a matéria, aferido mediante laudo pericial emitido por médico ou engenheiro do trabalho, do Serviço de Segurança e Higiene do Trabalho, da Secretaria de Administração.

§ 1º A gratificação de que trata o "caput" deste artigo será atribuída nos percentuais abaixo discriminados, calculados sobre o vencimento do cargo efetivo:

I - grau de insalubridade mínimo - 10% (dez por cento);

II - grau de insalubridade médio - 20% (vinte por cento);

III - grau de insalubridade máximo - 40% (quarenta por cento).

§ 2º A gratificação pelo exercício de atividades insalubres será concedida por Portaria do Secretario de Administração quando o servidor estiver na Administração Direta e do Titular da Autarquia ou Fundação quando o servidor estiver lotado nas mesmas, devendo fazer parte integrante o respectivo laudo pericial.

§ 3º Os efeitos financeiros decorrentes da gratificação de que trata o "caput" deste artigo retroagirão à data do respectivo requerimento.

§ 4º O direito à gratificação de insalubridade cessa com a eliminação ou neutralização das condições ou dos riscos que deram causa à sua concessão.

§ 5º Haverá permanente controle da atividade de servidores em operações ou locais considerados insalubres.

§ 6º A servidora gestante ou lactante será afastada, enquanto durar a gestação e a lactação, das operações e locais previstos no parágrafo anterior, exercendo suas atividades em local salubre.

§ 7º Os locais de trabalho e os servidores que operam com Raio X ou substâncias radioativas serão mantidos sob controle permanente, de modo que as doses de radiação ionizante não ultrapassem o nível previsto na legislação própria.

§ 8º Os servidores a que se refere o parágrafo anterior serão submetidos a exames médicos a cada 6 (seis) meses.

Redação dada pelo Art. 4º da Lei nº 15.619 de 25.04.92, que alterou a redação do Art. 10 da Lei nº 15.076/88.

Art. 152. A gratificação de regime especial de trabalho, que compreende a prestação de serviço em tempo complementar, tempo integral ou em tempo integral com dedicação exclusiva, é a retribuição pecuniária mensal destinada a incrementar o funcionamento dos órgãos da Administração e se destina a cargos que, por natureza, exijam o desempenho de atividades técnicas, científicas ou de pesquisa, bem como aos de direção, chefia, assessoramento e fiscalização. "(Este artigo trata de gratificação do Artigo 146, revogado pela Art. 44 da Lei 15.054/88)."

§ 1º A gratificação prevista neste Artigo poderá ser concedida a outros funcionários, em casos especiais e por prazo determinado, a critério exclusivo da Administração e na forma prevista em sua regulamentação.

§ 2º Ao funcionário, inclusive ocupante de cargo de provimento em comissão, sujeito ao regime de tempo integral com dedicação exclusiva, é proibido exercer outro cargo, função, profissão ou emprego, público ou particular.

§ 3º Excluem-se das limitações referidas no Parágrafo anterior as seguintes atividades, desde que não prejudiquem o exercício regular do cargo:

- a) as que se destinem à difusão de idéias e conhecimentos técnicos, sem vinculação empregatícia;
- b) a elaboração de pareceres científicos e de resposta a consultas sobre assuntos especializados;
- c) o exercício em órgão de deliberação coletiva, quando resultar de indicação do governo federal, estadual ou municipal, ou de eleição pela respectiva categoria funcional;
- d) a participação em comissão examinadora de concurso;
- e) o exercício de atividades docente, quando haja compatibilidade de horário e correlação com o cargo de funcionário.

§ 4º Revogado pelo inciso XXX do § 2º do Art. 79 da Lei Orgânica do Recife, que foi revogado pelo art. 1º da Emenda à Lei Orgânica nº 09/99, de 25.01.99.

Art. 153 - A gratificação pela participação como integrante ou auxiliar, em comissão, em grupo especial de trabalho, em grupo de pesquisa, de apoio ou de assessoramento técnico e em órgão de deliberação coletiva é a vantagem contingente e acessória do vencimento, atribuída por tempo certo e na forma disposta em regulamentação. (Ver § 2º do Art. 13 da Lei nº 15.054/88, com a alteração efetuada pelo Art. 2º da Lei nº 15.512, de 30.08.91):

"Art. 2º - Os incisos I, II e III, do § 2º, do art. 13, da Lei nº 15.054/88, de 08 de março de 1988, passam a vigorar com a seguinte redação":

I - "comissão, grupo especial de trabalho e órgão de deliberação coletiva: 35% (trinta e cinco por cento) do Símbolo DDP";

II - grupo de assessoramento técnico e grupo de pesquisa: 35% (trinta e cinco por cento) do símbolo DDI;

III - grupo de apoio: 35% (trinta e cinco por cento) do Símbolo CS."

Art. 154. A gratificação de produtividade destina-se a estimular as atividades de tributação, arrecadação e fiscalização fazendária, na forma prevista em sua regulamentação.

Art. 155. A gratificação de monitoragem em cursos especiais ou de treinamento a servidores municipais será concedida, por tempo determinado a funcionário, desde que esta atividade não seja inerente ao exercício do seu cargo.

Art. 156. A gratificação para diferença de caixa, no valor mensal de até 20% (vinte por cento) do respectivo vencimento, será atribuída ao funcionário que pagar ou receber em moeda corrente, como decorrência de suas atribuições. "(Este Artigo trata de gratificação do Art. 146, revogada pelo Artigo 44 da Lei nº 15.054/88)".

Art. 157. Os servidores do Município, inclusive os ocupantes do cargo de provimento em comissão, os inativos, pensionistas e beneficiários, perceberão uma gratificação de Natal, correspondente a um doze (1/12) avos do vencimento e vantagens devidos em dezembro de cada ano, por mês de serviço prestado durante o respectivo exercício.

Art. 158. Os encargos previstos no inciso XI do artigo 146 deste Estatuto, destinam-se exclusivamente a casos especiais e são concedidos a funcionários na forma que dispõe a Lei.

Parágrafo único. A gratificação especial referido no inciso XI do Artigo 146 deste Estatuto, é inerente aos cargos de procurador Judicial. "(Este Artigo trata de gratificação do art. 146, revogada pelo art. 44 da Lei nº 15.054/88)".

Art. 159. As gratificações de função e de serviços extraordinários não poderão ser atribuídas a ocupante de cargo de provimento em comissão. "(Este Artigo trata de gratificação do Artigo 146, revogado pelo Art. 44 da Lei nº 15.054/88)".

Art. 160. As gratificações previstas neste Estatuto são vantagens contingentes e acessórias do vencimento e sua concessão condiciona-se ao interesse da Administração e aos requisitos fixados em Lei, somente podendo ser percebidas cumulativamente, na forma em que dispuserem suas respectivas regulamentações.

Art. 161. Os afastamentos decorrentes de férias, licença-prêmio, licenças à gestante ou para tratamento de saúde não interromperão a percepção das gratificações previstas neste Estatuto.

Parágrafo único. Na hipótese de casos especiais, a critério da Administração, poder-se-ão estabelecer outros tipos de afastamento não motivadores de interrupção da percepção das gratificações.

## ANEXO VI

### DO ADICIONAL POR TEMPO DE SERVIÇO

Art. 162. Revogado pelo Art. 82 da Lei nº 15.127/88. (Ver Art. 68 da Lei nº 15.127/88, cujo "caput" teve a redação alterada pelo Art. 60 da Lei nº 15.660, de 22.07.92)

"Art. 68. A cada cinco (5) anos de efetivo exercício, o titular de cargo público de provimento efetivo fará jus a um acréscimo pecuniário denominado ADICIONAL POR TEMPO DE SERVIÇO, calculado sobre o vencimento acrescido dos adicionais próprios e das gratificações percebidas a qualquer título, exclusivamente no órgão de origem, nos seguintes percentuais: I - Cinco anos, 5%; II - Dez anos, 10%; III - Quinze anos, 15%; IV - Vinte anos, 20%; V - Vinte e cinco anos, 25%; VI - Trinta anos, 30%; VII - Trinta e cinco anos, 35%".

Parágrafo único. Para os fins deste artigo considera-se de efetivo exercício os casos previstos no art. 76 e inciso III e V do art. 77 do Estatuto dos Funcionários Públicos Municipais do Recife, aprovado pela Lei nº 14.728, de 08.03.85. (Ver Art 2º da Lei nº 16.052, de 17.07.95.)

“Art. 2º - Exclui-se do disposto do Parágrafo único do Artigo 68 da Lei 15.127, de 25.10.88, a hipótese prevista no inciso V, do Art. 77, do Estatuto dos Funcionários Públicos Municipais, aprovado pela Lei 14.728, de 08.03.85, ressalvados os direitos dos servidores que ingressaram no serviço público municipal até 01.11.94.”

Art. 163. Revogado pelo Art. 82 da Lei nº 15.127/88.

## CAPÍTULO X

### DAS CONCESSÕES

Art. 164. O funcionário poderá faltar ao serviço até oito (8) dias consecutivos, sem prejuízo do vencimento ou de qualquer direito ou vantagem legal por motivo de:

I - casamento, a contar da data da realização da cerimônia civil, ou religiosa com efeitos civis;

II - falecimento do cônjuge ou companheira, ascendentes, descendentes ou irmãos;

Art. 165. O Município custeará as despesas com transladação do corpo do funcionário que falecer no desempenho de missão oficial fora do Município, desde que solicitada pela família.

Art. 166. À família do funcionário falecido, inclusive a do inativo, conceder-se-á auxílio-funeral correspondente a um mês de remuneração ou provento, quando requerido pelos herdeiros ou, na ausência destes, pela pessoa que houver efetuado a despesa do sepultamento.

§ 1º Em caso de acumulação, o auxílio-funeral será pago somente em razão do cargo de maior remuneração do funcionário falecido.

§ 2º O processo de pagamento de auxílio-funeral terá tramitação sumária, devendo estar concluído no prazo máximo de quarenta e oito (48) horas, contado da apresentação do atestado de óbito no órgão de pessoal, incorrendo em pena de suspensão o responsável pelo retardamento.

Art. 167. Ao funcionário estudante, de curso regular ministrado em estabelecimento de ensino médio ou superior, permitir-se-á faltar ao serviço, sem prejuízo do vencimento e das vantagens, nos dias de exames parciais, finais ou vestibulares, mediante comprovação fornecida pelo respectivo órgão de ensino.

Parágrafo único. Ao funcionário de que trata este Artigo conceder-se-á, sem prejuízo da duração semanal de trabalho, horário que lhe permita freqüência regular às aulas.

Art. 168. O funcionário poderá ausentar-se do Município, a critério da Administração, para missão oficial ou de estudo que guarde correlação com a atividade que exerça:

§ 1º O funcionário, na hipótese de estudo, deverá comprovar a freqüência e o aproveitamento.

§ 2º O afastamento, em qualquer hipótese, não poderá exceder de dois (2) anos e somente após o transcurso de igual período poderá ser autorizado novo afastamento da mesma natureza.

Art. 169. O funcionário efetivo poderá, na forma em que lei específica dispuser, optar pelo regime da legislação trabalhista. (Ver Lei nº 15.335/90, que instituiu o regime jurídico único para os servidores públicos da administração direta, das autarquias e fundações públicas do Município do Recife).

Art. 170. O funcionário efetivo que ocupar, durante oito (8) anos ininterruptos, cargo de provimento em comissão, terá assegurado o direito à remuneração correspondente ao cargo que assim exercia, ao completar o mencionado período de tempo.

§ 1º Na hipótese de ser exonerado do cargo em comissão, o funcionário de que trata este artigo voltará a exercer o cargo efetivo de que é titular.

§ 2º O disposto neste Artigo aplica-se apenas aos funcionários do Quadro Permanente da Prefeitura e à disposição da Câmara Municipal, bem como aos do Quadro Permanente da Câmara Municipal à disposição da Prefeitura. (Ver anotações ao § 40 do artigo 152 deste Estatuto.)

## CAPÍTULO XI

### DA ASSISTÊNCIA E DA PREVIDÊNCIA

Art. 171. O Município prestará assistência ao funcionário e à sua família.

Art. 172. Entre as formas de assistência, incluem-se:

I - assistência médica, dentária, hospitalar e alimentar; além de outras julgadas necessárias;

II - previdência, seguro e assistência jurídica;

III - financiamento para aquisição de imóvel destinado à residência;

IV - cursos de aperfeiçoamento e especialização profissional;

V - centros comunitários e outras formas de desenvolvimento cívico e cultural.

Art. 173. Os serviços de assistência e de previdência, mencionados neste Capítulo, serão mantidos por órgãos próprios do Município ou em convênio com o Estado e a União.

## CAPÍTULO XII

### DO DIREITO DE PETIÇÃO

Art. 174. É assegurado ao funcionário o direito de requerer ou representar.

Art. 175. O requerimento, dirigido à autoridade competente para decidi-lo, será obrigatoriamente examinado pelo órgão de Pessoal, que o encaminhará à decisão final.

Parágrafo único. O requerimento deverá ser decidido no prazo de 30 (trinta) dias, improrrogáveis.

Art. 176. O pedido de reconsideração será dirigido, no prazo de 30 (trinta) dias, à autoridade que houver expedido o ato ou proferido a primeira decisão, vedada sua renovação.

Parágrafo único. O pedido de reconsideração deverá ser decidido dentro do prazo de 20 (vinte) dias improrrogáveis.

Art. 177. Caberá recurso:

I - quando o pedido de reconsideração não for decidido no prazo legal;

II - do indeferimento do pedido de reconsideração;

III - das decisões sobre os recursos sucessivamente interpostos.

Parágrafo único. O recurso será dirigido, no prazo de 30 (trinta) dias, à autoridade imediatamente superior àquela que tiver expedido o ato ou proferido a decisão e, sucessivamente, em escala ascendente, às demais autoridades.

Art. 178. O pedido de reconsideração e o recurso não terão efeito suspensivo e retroagirão, se providos nos seus efeitos parciais ou totais, à data do ato impugnado.

Art. 179. O direito de pleitear na esfera administrativa prescreverá:

I - em 5 (cinco) anos quanto aos atos de que decorram demissão, cassação de aposentadoria ou de disponibilidade e decesso de vencimentos e vantagens;

II - em 120 (cento e vinte) dias, nos demais casos.

Art. 180. O prazo de prescrição contar-se-á da data da publicação do ato impugnado e, quando este for de natureza reservada, da data em que o interessado dele tiver ciência oficial.

Art. 181. O pedido de reconsideração e o recurso, quando cabíveis, interrompem a prescrição uma única vez.

Parágrafo único. A prescrição interrompida recomeçará a vigor da data do ato que a interrompeu, ou do último ato ou termo do respectivo processo.

Art. 182. Os prazos estabelecidos neste Estatuto contam-se continuamente, com exclusão do dia do começo e inclusão do dia do termo final.

Parágrafo único. Os prazos que se vencerem em sábado, domingo, dia feriado, santificado ou considerado de frequência facultativa, terminarão no primeiro dia útil subsequente.

#### TÍTULO IV

#### DO REGIME DISCIPLINAR

#### CAPÍTULO I

#### DA ACUMULAÇÃO

Art. 183. É vedada a acumulação remunerada, exceto:

I - a de 2 (dois) cargos de professor;

II - a de 1 (um) cargo de professor com outro técnico ou científico;

III - a de 2 (dois) cargos privativos de médico;

IV - a de Juiz com cargo de Professor.

§ 1º Em qualquer dos casos, a acumulação somente é permitida quando haja correlação de matérias e compatibilidade de horários.

§ 2º A proibição de acumular se estende a cargos, funções ou empregos em autarquias, empresas públicas e sociedades de economia mista.

§ 3º A proibição de acumular não se aplica aos aposentados quanto ao exercício de mandato eletivo, cargo de provimento em comissão ou emprego público técnico ou especializado. (Ver incisos XVI e XVII do Art. 37 e § 11 do Art. 40 da Constituição Federal/88).

§ 4º A ressalva do Parágrafo anterior não se aplica aos aposentados por invalidez definitiva, quanto a provimento de cargo em comissão.

§ 5º Aos cargos de magistério referidos no Estatuto do Magistério da Prefeitura da Cidade do Recife, e pagos pela Municipalidade com salários correspondentes a horas-aula.

Art. 184. O funcionário não poderá exercer mais de um cargo em comissão, ou integrar mais de um órgão de deliberação coletiva, salvo, neste último caso, quando for integrante nato. (Ver § 1º do Art. 13 da Lei nº 15.054/88).

“§ 1º O servidor poderá participar de forma remunerada de até 2 (duas) comissões, ou grupos ou órgãos de deliberação coletiva, desde que seja membro nato de um deles.”

Art. 185. Verificada em processo administrativo a acumulação ilícita e provada a boa fé, o funcionário optará por um dos cargos, se não o fizer dentro de 15 (quinze) dias, será exonerado de qualquer deles, a critério da Administração.

§ 1º O funcionário, constatada a má fé, será demitido de todos os cargos e restituirá o que tiver percebido indevidamente, sem prejuízo de ação penal incidente.

§ 2º Se a acumulação proibida envolver cargo, função ou emprego em outra entidade estatal ou paraestatal, será o funcionário demitido do cargo municipal.

## CAPÍTULO II

### DO EXERCÍCIO DE MANDATO ELETIVO

Art. 186. O funcionário efetivo, investido em mandato eletivo, ficará afastado do exercício do cargo.

§ 1º Tratando-se de vereança do Município do Recife, o funcionário efetivo poderá exercê-la cumulativamente com o cargo, desde que haja compatibilidade de horário, optando, em caso contrário, pela remuneração do cargo ou pelos subsídios.

§ 2º O funcionário efetivo, quando no exercício do mandato de Prefeito, deverá afastar-se do seu cargo, optando pela sua remuneração, sem prejuízo da verba de representação que couber ao Chefe do Executivo.

## CAPÍTULO III

### DOS DEVERES

Art. 187. São deveres básicos do funcionário:

I - exação administrativa;

II - assiduidade;

III - pontualidade;

IV - discrição;

V - urbanidade;

VI - observância às normas legais e regulamentares;

VII - obediência às ordens superiores, salvo quando manifestamente ilegais;

VIII - representação à autoridade superior sobre irregularidades de que tiver ciência, em razão do cargo;

IX - observância, nas relações de trabalho, de comportamento condizente com a sua qualidade de funcionário público e de cidadão;

X - Colaboração para o aperfeiçoamento dos serviços, sugerindo à direção ou chefia imediatas as medidas que julgar necessárias;

XI - manutenção de sigilo sobre documentos e fatos de que tenha conhecimento, em razão do cargo.

#### CAPÍTULO IV

##### DAS PROIBIÇÕES

Art. 188. Ao funcionário é proibido:

I - acumular dois ou mais cargos, funções ou empregos públicos, salvo as exceções previstas em Lei;

II - referir-se, à autoridade ou a atos da Administração Pública de modo depreciativo, em informação, parecer ou despacho, podendo, porém, em trabalho assinado, criticá-los do ponto de vista doutrinário ou da organização do serviço;

III - retirar, sem autorização da autoridade competente, documento ou objeto de trabalho que não lhe pertença;

IV - promover manifestação de apreço ou desapreço e fazer circular ou subscrever listas de donativos no recinto do trabalho;

V - valer-se do cargo para lograr proveito pessoal, em detrimento da dignidade da função;

VI - coagir ou aliciar subordinados, com objetivo de natureza político-partidária;

VII - participar de gerência ou administração de empresa comercial ou industrial;

VIII - exercer comércio ou participar de sociedade comercial, exceto como acionista, cotista ou comanditário, não se aplicando este dispositivo aos aposentados;

IX - pleitear, como procurador ou intermediário, junto às repartições públicas, salvo quando se tratar de percepção de vencimentos, remuneração ou vantagens de parente consanguíneo ou afim até o segundo grau;

X - praticar usura, em qualquer das suas formas;

XI - receber propinas, comissões, presentes ou vantagens ilícitas, em razão do cargo ou função;

XII - cometer a pessoa estranha à repartição, fora dos casos previstos em lei, desempenho de encargos que lhe competir ou a seus subordinados;

XIII - promover, direta ou indiretamente, a paralisação dos serviços públicos, ou dela participar; (Ver inciso VII do art. 37 da Constituição Federal/88, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 19/98.)

“VII - o direito de greve será exercido nos termos e nos limites definidos em lei específica”.

XIV - aceitar comissão, emprego ou pensão de Governo estrangeiro, sem prévia autorização do Presidente da República;

XV - aceitar contrato com a Administração Municipal, quando não autorizado em lei ou regulamento;

XVI - comparecer ao serviço em estado de embriaguez ou apresentar-se nesse estado, habitualmente, em público.

#### CAPÍTULO V

##### DA RESPONSABILIDADE

Art. 189. O funcionário responde administrativa, civil e penalmente pelo exercício irregular de suas atribuições.

Art. 190. A responsabilidade administrativa resulta de atos ou omissões que contravenham o cumprimento dos deveres, atribuições e responsabilidades que as leis e os regulamentos cometam ao funcionário, e não será elidida pelo ressarcimento do dano.

Art. 191. A responsabilidade civil decorre de procedimento doloso ou culposo, que importe em prejuízo à Fazenda Municipal ou a terceiros.

§ 1º Por dano causado a terceiros, o funcionário responderá perante a Fazenda Municipal em ação regressiva, proposta depois de transitar em julgado a decisão de última instância que houver condenado a Fazenda a indenizar os terceiros prejudicados.

§ 2º Se o prejuízo resultar de alcance, desfalque, remissão ou omissão em efetuar recolhimentos ou entradas, nos prazos legais, o funcionário será obrigado a repor a importância respectiva de uma só vez, independentemente de outras cominações legais, estatutárias ou regulamentares.

Art. 192. A responsabilidade penal abrange os crimes e as contravenções imputadas ao funcionário.

Art. 193. Considera-se infração disciplinar o ato praticado pelo funcionário com violação dos deveres e das proibições decorrentes do cargo que exerce e deste Estatuto.

Parágrafo único. A infração é punível, por ação ou omissão, independentemente de haver produzido ou não resultado prejudicial ao serviço.

Art. 194. São penas disciplinares, em ordem crescente de gravidade:

I - advertência verbal;

II - repreensão;

III - multa;

IV - suspensão;

V - destituição de função;

VI - demissão;

VII - cassação de aposentadoria ou de disponibilidade.

Parágrafo único. Na aplicação das penas disciplinares serão consideradas a natureza e a gravidade da infração além de danos que dela provierem para o serviço público e os antecedentes do funcionário.

Art. 195. Não se aplicará ao funcionário mais de uma pena disciplinar por infração ou infrações acumuladas que sejam apreciadas em um só processo, mas a autoridade competente poderá decidir, entre as penas cabíveis, a que melhor atenda aos interesses da disciplina e o serviço.

Art. 196. A pena de repreensão será aplicada por escrito, em caso de desobediência ou falta de cumprimento dos deveres funcionais.

Art. 197. A pena de suspensão que não excederá de 30 (trinta) dias, será aplicada nos casos de falta grave ou reincidência, bem como transgressão dos incisos II, III, IX e XII do Artigo 188.

§1º O funcionário, enquanto suspenso, perderá todos os direitos e vantagens decorrentes do exercício do cargo, exceto o salário-família.

§ 2º Quando houver conveniência do serviço, a pena de suspensão poderá ser convertida em multa, na base de 50% (cinquenta por cento) por dia de vencimento, obrigado o funcionário a permanecer em exercício.

Art. 198. São motivos determinantes da destituição de função:

- I - atestar falsamente a prestação de serviço extraordinário;
- II - não cumprir ou tolerar que não se cumpra a jornada de trabalho;
- III - promover ou tolerar o desvio irregular de função;
- IV - retardar a instrução ou o andamento do processo;
- V - coagir ou aliciar subordinados, com objetivo de natureza político-partidária;
- VI - deixar de prestar ao órgão de pessoal a informação de que trata o Artigo 25 deste Estatuto.

Art. 199. A pena de demissão será aplicada nos casos de:

- I - crime contra a Administração Pública, nos termos da Lei Penal;
- II - abandono de cargo;
- III - incontinência pública escandalosa e embriaguez habitual;
- IV - insubordinação grave em serviço;
- V - ofensa física em serviço contra funcionário ou particular, salvo se em legítima defesa;
- VI - aplicação irregular dos dinheiros públicos;
- VII - lesão aos cofres públicos e dilapidação do patrimônio público;
- VIII - revelação de segredo de que tenha conhecimento em razão de suas atribuições;
- IX - corrupção passiva, nos termos da lei penal;
- X - reincidência em falta que deu origem à aplicação da pena de suspensão por trinta (30) dias;
- XI - transgressão do disposto nos incisos I, V, VI, VII, X, XIV e XV do artigo 188 deste Estatuto;
- XII - perda de nacionalidade brasileira;
- XIII - sessenta (60) dias de faltas ao serviço em período de doze (12) meses, sem causa justificada, desde que não configure abandono do cargo.

Parágrafo único. Considera-se abandono do cargo a ausência ao serviço sem justa causa, por mais de trinta (30) dias consecutivos.

Art. 200. O ato de demissão mencionará sempre a causa da aplicação da penalidade e o dispositivo legal em que se fundamentou.

Parágrafo único. O funcionário indiciado em inquérito não poderá ser exonerado a pedido, enquanto não concluído o processo administrativo em que se comprove a sua inocência.

Art. 201. Será cassada a aposentadoria ou disponibilidade, nos seguintes casos:

- I - falta punível com a pena de demissão, quando praticada ainda no efetivo exercício do cargo;
- II - aceitação ilegal de cargo, provada a má-fé;

III - aceitação de comissão, emprego ou pensão de Governo estrangeiro, sem prévia autorização do Presidente da Republica;

IV - prática de advocacia administrativa ou usura, em qualquer de suas formas.

Art. 202. São competentes para aplicação das penas disciplinares:

I - Prefeito ou Presidente da Câmara Municipal, dependendo da vinculação funcional, em qualquer caso, e, privativamente, nos casos de demissão e cassação de aposentadoria ou disponibilidade;

II - os Secretários e dirigentes de órgãos a estes equiparados em todos os casos, exceto os previstos como competência privativa do inciso anterior;

III - os Diretores de Departamento, nos casos de Advertência, repreensão e suspensão até 8 (oito) dias.

§ 1º Da aplicação de penalidade caberá pedido de reconsideração e recursos, na forma deste Estatuto.

§ 2º À autoridade superior cabe a faculdade de agravar, atenuar ou cancelar a pena imposta por autoridade subordinada.

§ 3º A pena de multa será aplicada pela autoridade que impuser a suspensão.

Art. 203. As penalidades aplicadas deverão constar do assentamento individual do funcionário.

Art. 204. Prescreverão:

I - em um (1) ano, as infrações sujeitas às penas de advertência e de repreensão;

II - em dois (2) anos, as infrações sujeitas à pena de suspensão;

III - em quatro (4) anos, as infrações sujeitas à pena de destituição de função, demissão e cassação de aposentadoria ou disponibilidade.

§ 1º A falta prevista como crime prescreverá com este.

§ 2º O curso da prescrição começa a fluir da data do fato punível disciplinarmente e se interrompe pelo ato que determinar a instauração do inquérito administrativo.

Art. 205. Será obrigatoriamente precedida de inquérito administrativo a aplicação das penas de suspensão por mais de quinze (15) dias, de destituição de função, demissão e cassação, de aposentadoria ou disponibilidade.

## TITULO V

### DO PROCESSO DISCIPLINAR

#### CAPÍTULO I

##### DO RITO PROCESSUAL

Art. 206. A autoridade administrativa ou o funcionário que tiver ciência de irregularidade no serviço público municipal deverá tomar as providências necessárias para sua apuração.

Art. 207. O processo administrativo compreende a sindicância e o inquérito administrativo.

Art. 208. São competentes para determinar a instauração do processo administrativo.

I - o Prefeito e os Secretários Municipais ou autoridades de mesmo nível da Câmara Municipal, quando se tratar de inquérito administrativo;

II - as mesmas autoridades referidas no inciso anterior e os Diretores de Departamento ou autoridades de igual nível da Câmara Municipal quando se tratar de sindicância.

Art. 209. A sindicância será instaurada quando a falta funcional não se revelar evidente ou for incerta a autoria.

§ 1º A sindicância será procedida por 2 (dois) funcionários designados pela autoridade que determinar sua instauração, sendo um deles nominado encarregado, que indicará o secretário.

§ 2º A sindicância deverá ser concluída no prazo de 15 (quinze) dias, podendo ser prorrogada uma única vez, por igual período.

Art. 210. Da sindicância poderá resultar:

I - seu arquivamento, quando comprovada a inexistência da irregularidade;

II - aplicação de pena de advertência, repreensão, multa e suspensão, quando comprovado descumprimento do dever por parte do funcionário, ressalvada a hipótese de que este descumprimento implique em penalidade mais grave;

III - instauração de inquérito administrativo, nos demais casos.

Parágrafo único. Na hipótese do inciso II, deste Artigo, antes da aplicação da pena será aberto ao funcionário prazo de três (3) dias para oferecimento da defesa.

Art. 211. O inquérito administrativo será procedido por uma comissão composta por 03 (três) funcionários estáveis e de categoria superior à do indiciado, designados pelo Secretário de Assuntos Jurídicos e Administrativos.

§ 1º O Presidente da Comissão será designado pelo Secretário de Assuntos Jurídicos e Administrativos, devendo ser portador de título de bacharel em Direito. (Redação dada ao "caput" e ao § 1º, pelo Art. 1º da Lei nº 15.798, de 30.09.93).

§ 2º O Presidente da Comissão designará um funcionário para exercer as funções de secretário e outras auxiliares quando necessários.

§ 3º A Comissão de que trata este Artigo, poderá ser instituída em caráter permanente.

Art. 212. O inquérito administrativo deverá ser concluído no prazo de 90 (noventa) dias, a contar da publicação do ato que determinar sua instauração, prorrogável uma única vez, por 30 (trinta) dias, por solicitação fundamentada do Presidente da Comissão, antes de findo o prazo inicial, sendo competente para autorizar a prorrogação a autoridade que houver determinado a instauração do inquérito.

Parágrafo único. Se, no prazo estabelecido no "caput" deste Artigo não for concluído o inquérito, considerar-se-á dissolvida a Comissão, devendo ser procedida a nova designação.

Art. 213. O funcionário designado para integrar a Comissão poderá argüir, por escrito, sua suspensão junto à autoridade que o tiver designado, dentro do prazo de quarenta e oito (48) horas, contadas da publicação do ato de designação.

§ 1º O prazo será contado a partir da publicação do ato que determinar a instauração do inquérito, quando o funcionário for integrante ou auxiliar de Comissão Permanente.

§ 2º Considerar-se-á procedente a argüição quando o funcionário designado alegar ser parente consanguíneo ou afim, até o terceiro (3º) grau, ou amigo íntimo ou inimigo capital de qualquer dos indiciados.

Art. 214. Caberá argüir, de imediato, a suspeição de qualquer membro da comissão, desde que se configure, com relação ao arguinte, qualquer das hipóteses previstas no § 2º, do Artigo anterior.

§ 1º A arguição será dirigida, por escrito, ao presidente da Comissão, que dela dará imediato conhecimento ao arguido, para confirmá-la, por escrito, dentro do prazo de vinte e quatro (24) horas.

§ 2º O presidente, julgada, procedente a suspeição, solicitará da autoridade que houver determinado a instauração do inquérito a substituição do funcionário suspeito.

§ 3º O presidente dará conhecimento do incidente à autoridade referida no Parágrafo anterior, para decisão final, quando julgada improcedente a suspeição, em razão de recurso interposto pelo arguinte.

§ 4º Se o arguido de suspeição for o presidente, será substituído por outro Procurador Judicial, no prazo de quarenta e oito (48) horas. (Ver o § 1º do Art. 211 deste Estatuto).

§ 5º O incidente da suspeição suspenderá o curso do processo e será autuado em separado ao inquérito administrativo.

Art. 215. A autoridade competente decidirá da suspeição no prazo máximo de setenta e duas (72) horas.

Art. 216. Compete ao secretário da Comissão de inquérito administrativo organizar os autos do processo, lavrar termos e atas, bem como executar as determinações do presidente.

Art. 217. A Comissão de inquérito administrativo é competente para proceder a qualquer diligência necessária à instrução processual, inclusive sem exclusão de outras inquirições, bem como requerer a participação técnica de profissionais especializados e peritos, quando entender conveniente.

Art. 218. Antes de encerrar a instrução e a fim de permitir ao indiciado ampla defesa, a Comissão indicará as irregularidades e infrações a ele atribuídas, fazendo remissão aos documentos, depoimentos e às correspondentes folhas dos autos.

Art. 219. As testemunhas que forem convocadas a depor, sê-lo-ão mediante ofício, registrando-se o assunto, dia, hora e local de comparecimento, vedada a recusa injustificada.

Parágrafo único. O ofício será dirigido ao titular da repartição, quando a testemunha for servidor público.

Art. 220. As perícias serão realizadas por perito oficial ou funcionário municipal que tiver a necessária habilidade técnica.

Parágrafo único. Ressalvada a hipótese do perito oficial, os demais prestarão, perante o presidente da Comissão, o compromisso de bem e fielmente desempenhar a função, sob pena de responsabilidade.

Art. 221. Dependerá do assentimento prévio da autoridade competente, desde que acarrete despesas para os cofres da Edilidade, a realização da perícia por perito não oficial.

Art. 222. Nenhum documento será anexado aos autos sem despacho do presidente da comissão.

Parágrafo único. Somente por decisão fundamental poderá ser recusada a anexação de documentos aos autos.

Art. 223. O presidente da Comissão, cumprindo o disposto no Artigo 218, determinará a citação do indicado, para no prazo de 10 (dez) dias, apresentar defesa, sendo-lhe facultada vista do processo, na repartição.

§ 1º O prazo comum será de 20 (vinte) dias, no caso de dois ou mais indicados.

§ 2º Achando-se o indiciado em lugar incerto ou não sabido, será chamado por edital, com prazo de 15 (quinze) dias.

§ 3º O edital a que se refere o Parágrafo anterior, além de publicação no órgão oficial do Município, será fixado em lugar acessível ao público, no edifício onde a Comissão habitualmente se reunir.

§ 4º Mediante requerimento do indiciado, o prazo da defesa poderá ser prorrogada pelo dobro, para as diligências consideradas indispensáveis.

Art. 224. No caso de indiciado revel, será designada para defendê-lo, um funcionário, sempre que possível de mesma classe e categoria funcional.

Art. 225. Com a defesa, o indiciado oferecerá as provas que tiver, podendo ainda requerer as diligências necessárias à comprovação de suas alegações.

Art. 226. Depois de recebida a defesa de todos os indiciados e realizadas as diligências requeridas, a Comissão elaborará o relatório.

§ 1º O relatório concluirá pela inocência ou culpabilidade do indiciado ou indiciados, indicando, neste caso, as disposições legais transgredidas e propondo as penalidades cabíveis.

§ 2º O relatório determinará o montante e indicará os modos de ressarcimento, na hipótese de prejuízo à Fazenda Municipal.

§ 3º Concluído o relatório, o processo será remetido, sob protocolo, à autoridade que determinou a sua instauração, que proferirá decisão que preferirá decisão no prazo de 30 (trinta) dias.

Art. 227. Será permitida a intervenção de advogado constituído pelo indiciado, em qualquer fase do inquérito.

Art. 228. A autoridade que determinou a instauração do processo administrativo comunicará o fato à autoridade policial, na hipótese de crimes de ação pública.

Art. 229. A decisão que reconhecer a prática de infração capitulada na legislação penal determinará, sem prejuízo dos procedimentos administrativos e civis, a remessa do traslado do inquérito à autoridade competente, ficando o original dos autos arquivado na repartição.

Art. 230. Ao processo administrativo aplicar-se-á, subsidiariamente, as disposições da legislação processual civil e penal vigente.

Art. 231. O presidente da Comissão, constatando que o indiciado foi afastado do exercício do seu cargo, determinará a sua imediata reassunção, salvo se o afastamento decorreu de suspensão preventiva.

## CAPÍTULO II

### DA PRISÃO ADMINISTRATIVA

Art. 232. Ao Prefeito e ao Presidente da Câmara Municipal, em suas respectivas áreas de atuação, fundamentadamente e por escrito, cabe ordenar a prisão administrativa de responsável por dinheiro e valores pertencentes à Fazenda Municipal ou que se acham sob a guarda desta, no caso de alcance, desfalque, remissão ou omissão em efetuar os recolhimentos nos devidos prazos.

§ 1º A prisão administrativa será imediatamente comunicada à Autoridade judicial competente, devendo ser realizada, em caráter de urgência, a tomada de contas.

§ 2º A prisão administrativa não excederá de noventa (90) dias.

Art. 233. A prisão administrativa acarreta a retenção do vencimento e demais vantagens do funcionário, como medida cautelar à garantia de ressarcimento pecuniário.

Parágrafo único. O funcionário terá direito à contagem do tempo de serviço correspondente ao período de prisão administrativa e ao pagamento de sua remuneração, quando reconhecida sua inocência.

## CAPÍTULO III

### DA SUSPENSÃO ADMINISTRATIVA

Art. 234. O prefeito e o Presidente da Câmara Municipal, em suas respectivas áreas de atuação, poderão determinar a suspensão preventiva do funcionário indiciado em inquérito, até sessenta (60) dias, para que este não venha a influir na apuração da falta cometida.

§ 1º A suspensão preventiva poderá ser prorrogada por mais trinta (30) dias, por solicitação do presidente da Comissão de inquérito administrativo.

§ 2º Exauridos os prazos de que trata este Artigo, cessarão os efeitos da suspensão preventiva, ainda que o inquérito administrativo não esteja concluído.

Art. 235. O funcionário terá direito à contagem do tempo de serviço correspondente ao período de suspensão administrativa, nas seguintes hipóteses:

I - quando reconhecida a inocência, recebendo a remuneração do seu cargo,

II - quando a pena disciplinar se limitar à suspensão;

III - quando a suspensão exceder os prazos previstos no Artigo Anterior.

Art. 245. Cabe a Prefeitura da Cidade do Recife arcar com ônus de recolhimento das contribuições previdenciárias que lhe cabem e ao funcionário ou servidor municipal inativo, quando este haja optar pela pensão especial de que tratam as Leis Federais n.ºs 4243/63, 53 15/67 e 6592/78.

Parágrafo único. O recolhimento de que trata este Artigo efetiva-se junto ao órgão previdenciário federal ou estadual, conforme o beneficiado seja regido pelo regime trabalhista ou estatutário, respectivamente.

Art. 246. Revogado pelo Art. 82 da Lei n.º 15.127/88, com a redação dada pelo Art. 27 da Lei n.º 15.054/88 (Ver Anexo)

Art. 247. O pagamento a que se refere o Artigo 123, deste Estatuto, será calculado com base no vencimento em vigor à época em que for deferida a solicitação respectiva. (Ver anotações no art. 123 deste Estatuto).

Art. 248. Fica assegurada aos beneficiários de funcionário ou servidor falecido em decorrência de acidente no trabalho uma pensão especial de valor igual a um salário mínimo regional, independente da pensão paga pelos órgãos previdenciários.

Art. 249. Os beneficiários de funcionários ou servidor falecido farão jus a uma pensão proporcional, no valor de 50% (cinquenta por cento) das gratificações percebidas pelo "de cujos" decorrentes de regime especial de trabalho, serviço extraordinário, função, e representação, independentemente da pensão paga pelos órgãos previdenciários, ressalvados o disposto no Artigo 83, inciso 1, deste Estatuto. (Trata de gratificações revogadas, conforme o Art. 146. Ver inciso XXV do Art. 79 da Lei Orgânica Municipal).

Art. 250. Todos os beneficiários terão direito a treze (13) pensões mensais por ano, exceto aqueles de que trata o Artigo 248, deste Estatuto.

Art. 251. É assegurada ao funcionário municipal o direito de associação para defesa, assistência e representação coletiva da classe inclusive perante os Poderes Públicos.

§ 1º Para cumprimento do disposto neste artigo, as entidades representativas dos funcionários deverão ter personalidade jurídica própria.

§ 2º A representação por parte das entidades referidas não impede que o funcionário exerça, diretamente, qualquer ato em defesa de seus direitos.

§ 3º É vedada a exoneração, a suspensão, a destituição de função ou a demissão do funcionário investido em cargo de direção de entidade representativa da classe, até um (1) ano após o final do seu mandato, salvo se cometer falta grave prevista no Artigo 199, devidamente apurada em inquérito administrativo com direito a ampla defesa.

Art. 252. É permitido o afastamento de funcionário municipal para exercício de mandato eletivo de Presidente, Secretário Geral ou Tesoureiro de entidade representativa de funcionários que congreguem, no mínimo 500 (quinhentos) associados.

§ 1º O afastamento dar-se-á sem prejuízo dos vencimentos e demais vantagens do cargo e função exercidos.

§ 2º Enquanto durar o afastamento, é vedada a exoneração e demissão do  
funcionário.

§ 3º A permissão concedida no caput deste Artigo é extensiva no caso de entidades federativas ou central de entidades que congreguem, no mínimo, 10 (dez) entidades de classe.

Art. 253. O dia vinte e oito (28) de outubro será consagrado ao funcionário público municipal.

Art. 254. O presente Estatuto entrará em vigor na data da publicação da Lei que o aprovar

Recife, 8 março de 1985

[Topo](#)

*Prefeitura do Recife - Av. Cais do Apolo, 925, Bairro do Recife, Recife / PE -  
CEP:50030903 Tel/PABX: 3355-8000*