

XIII



ENEM
2018

26 e 27 de junho | Brasília-DF

Conselho Federal de Medicina – CFM

Associação Médica Brasileira – AMB

Federação Médica Brasileira – FMB

Federação Nacional dos Médicos - FENAM

Associação Nacional dos Médicos Residentes - ANMR

COMISSÃO NACIONAL PRÓ-SUS:

Donizetti Dimer Gimberadino Filho - Coordenador

Abdon José Murad Neto

Adriano Sérgio Freire Meira

Alceu José Peixoto Pimentel

Ana Helena Alves Reis Silva

Andrea de Cássia Árabe Martins de Oliveira

Carlos Idelmar de Campos Barbosa

Cláudio Balduíno Souto Franzen

Cyro Veiga Soncini

Desiré Carlos Callegari

Flávio Freitas Barbosa

Heitor Soares de Souza

Janice Painkow

João Ladislau Rosa

José Fernando Maia Vinagre

José Luiz Dantas Mestrinho

José Mauro Pinto de Castro Filho

Leonardo Sérgio Luz

Márcio Silva Fortini

Mario Rubens Macedo Vianna

Marlonei Silveira dos Santos

Mauro Luiz de Britto Ribeiro

Otávio Marambaia dos Santos

Pedro Luís Furlam

Sidnei Ferreira

Tarcísio Campos Saraiva

Victoria Gabriele Broni Guimarães

Wirlande Santos da Luz

EQUIPE ADMINISTRATIVA

CFM: Kelly Christiny Rodrigues de Oliveira, Rejane de Souza Portela, Clarides Margarida Angst, Milton Júnior, Paulo Henrique de Souza, Erika Jacqueline Ferreira, Noelyza Vieira, João Pedro, Sandro Guedes, Vilma Gomes, Carlos Roberto, Paulo Gomes, Jornalista – Tais

AMB: Angela Negri, Rodrigo Aguiar, Jorge Gutierrez.

FMB: Camila Spolti Pereira, Carla Cavalheiro, Michele Mallmann.

FENAM: Carla Rodrigues, Jamile Vasconcelos, Renata Siqueira Lima e Rodrigo da Silva Coelho.

Propostas para o XIII ENEM com base em contribuições das entidades médicas nacionais.

EIXO 1 - FORMAÇÃO MÉDICA

GRADUAÇÃO

1. O Governo e as entidades médicas devem manter constante observação e divulgação dos números de médicos formados no Brasil; de escolas médicas; de vagas em cursos de medicina; e de candidatos aprovados em exames de revalidação de diplomas médicos obtidos no exterior (Revalida); **APROVADO**
2. Escolas médicas – Requisitos mínimos - como necessidade social; existência de hospital com número suficiente de leitos nas especialidades básicas; presença de programas de residência médica reconhecidos e vinculados à escola médica; suporte de corpo docente qualificado; e fiscalização permanente – devem ser exigidos pelas autoridades para fazer o reconhecimento e a validação dos cursos de medicina; **APROVADO**
3. Estratégias de comunicação e de marketing devem ser desenvolvidas pelas entidades médicas junto à sociedade para o esclarecimento da necessidade do controle de vagas de cursos de medicina e da importância da oferta de condições adequadas para o funcionamento das escolas médicas com qualidade; **APROVADO**
4. Todas as escolas médicas devem passar por um processo de avaliação externo que analise aspectos como corpo docente, plano pedagógico, infraestrutura para o ensino em graduação e pós-graduação e adequação às diretrizes curriculares; **APROVADO**
5. O Ministério da Educação (MEC) deve proceder o fechamento de escolas médicas que não atendam os critérios mínimos para seu funcionamento regular em termos pedagógicos e de infraestrutura; **APROVADO**
6. Em concordância com os argumentos que levaram à moratória anunciada pelo MEC, que suspende por cinco anos o lançamento de novos editais para escolas médicas, o Governo não deve autorizar a abertura de novos cursos após esse período que se encerra em 2023; **APROVADO**
7. O Sistema de Acreditação de Escolas Médicas (Saeme) deve ser implementado em todo o País como modelo ideal de avaliação das instituições de ensino com base na sua

implementação de critérios metodológicos, pedagógicos e técnicos de excelência;
APROVADO

8. Uma rede de hospitais universitários e de ensino, bem como de campos de estágio, integrada à rede assistencial do SUS (em seus diferentes níveis de complexidade) e capaz de oferecer espaços para a implementação de um processo de ensino- aprendizagem adequado às necessidades de alunos, de pacientes e da medicina, deve ser instituída no País, possuindo estrutura física, de equipamentos, de pessoal, fontes de financiamento e suporte de professores e preceptores para atingir seus objetivos; **APROVADO**
9. Programas de qualificação de docentes para os cursos de medicina devem contar com o apoio institucional e operacional de órgãos do governo com o objetivo de qualificar o ensino e a formação dos futuros médicos; **APROVADO**
10. Representantes das entidades médicas devem participar ativamente de comissões de avaliação do ensino em medicina para aportar aos debates sua visão e experiência sobre os desafios implicados no processo de ensino-aprendizagem e, posteriormente, no exercício da profissão. **APROVADO**

EIXO 1 - FORMAÇÃO MÉDICA GRADUAÇÃO

NOVA PROPOSTA

1. As entidades médicas devem atuar politicamente para alterar o Decreto nº 9235/2017 para inclusão das entidades médicas no processo de autorização de abertura de escolas Médicas. **APROVADO**
2. As entidades devem atuar para introduzir na formação médica a disciplina “fundamentos de gestão, que aborde: sistemas e políticas de saúde; saúde suplementar; planejamento estratégico; custos da saúde e gestão racional de recursos; geração de valor em saúde; judicialização da medicina; gerenciamento de risco”.
APROVADO
3. O CFM deve promover a implementação de estágios em ética profissional nos CRMs para aumentar a interação com os acadêmicos de medicina. **APROVADO**

EIXO 1 - FORMAÇÃO MÉDICA

PÓS - GRADUAÇÃO

1. O acesso a PRMs em determinadas especialidades não deve ser condicionado à passagem anterior dos candidatos por Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade; **APROVADO**

2. A bonificação concedida aos participantes de programas como o Provac e o Mais Médicos nas provas para acesso a PRMs deve ser imediatamente suspensa para eliminar distorções e desigualdade nos processos seletivos; **APROVADO**
3. Os PRMs necessitam contar com condições adequadas de trabalho e de ensino e com docentes qualificados, valorizados e com remuneração digna, sendo que os Programas devem passar por processos sistemáticos e regulares de fiscalização de todos os aspectos envolvidos no ensino-aprendizagem; **APROVADO**
4. A expansão dos PRMs só deve acontecer em função das necessidades comprovadas pela saúde pública e entidades médicas com objetivo de assegurar a oferta de especialistas preparados e capacitados para atender à demanda surgida nos serviços públicos e privados, sendo que as novas devem ser criadas em instituições que observem os pré-requisitos de qualidade para seu funcionamento; **APROVADO**
5. Os PRMs devem contar com apoio efetivo do Governo e das instituições de ensino dos pontos de vista financeiro, operacional, logístico, de planejamento e pedagógico de modo a suprir suas deficiências e evitar o alto percentual de vagas autorizadas e ociosas dentro dessa rede de pós-graduação em medicina; **APROVADO**
6. A preceptoria – elemento fundamental para que um PRM ou internato Consiga atingir seus objetivos de ensino-aprendizado – precisa ser devidamente organizada por meio de regras que assegurem sua valorização, condições de trabalho e remuneração justa; **APROVADO**
7. Os valores pagos às bolsas de Residência Médica devem ser reajustados imediatamente e equiparados aos praticados por outros programas de ensino - aprendizagem, como o Provac e o Mais Médicos, sendo ainda assegurado aos residentes inscritos nos PRMs benefícios sociais e trabalhistas; **APROVADO**
8. O Governo deve aumentar os investimentos públicos no desenvolvimento científico e direcionar mais recursos ao fomento da pesquisa no País, permitindo o surgimento de expertises e de tecnologias na área da saúde que podem contribuir na superação de problemas que contribuem para piora dos indicadores epidemiológicos; **APROVADO**

EIXO 1 - FORMAÇÃO MÉDICA

EXAMES DE AVALIAÇÃO PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

1. Nos moldes do Anasem, um exame de avaliação progressiva dos estudantes de medicina durante a graduação - com provas aplicadas no segundo ano, no quarto ano e ao término do curso – deve ser conduzido em nível nacional, em processo coordenado por entidade externa à escola e sem prejuízo de avaliações internas por

ela realizadas, sendo que os alunos em fase de conclusão que não atingirem a pontuação mínima exigida não poderão receber seu diploma e receberão da sua escola apoio acadêmico até a superação dessa etapa; **APROVADO**

2. Assim como os estudantes, as escolas médicas devem passar por um processo regular e sistemático de avaliação pelo Governo, com o apoio das entidades médicas e da área de ensino, verificando-se as condições oferecidas para a consecução de seus objetivos nas etapas de graduação e pós-graduação, sendo que as instituições que não atenderem aos parâmetros estabelecidos devem ser orientadas e/ou penalizadas pelo Ministério da Educação com a suspensão de processos seletivos de novos alunos; redução no número de vagas oferecidas; e, no limite, fechamento dos cursos existentes; **APROVADO**

EIXO 1 - FORMAÇÃO MÉDICA

EXAMES DE AVALIAÇÃO PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL – NOVAS PROPOSTAS

1. As entidades médicas defendem o Exame Nacional de Proficiência em Medicina através da avaliação seriada conforme está previsto no Projeto de Lei do Senado Federal nº165/2017. **APROVADO**
2. As entidades médicas devem se posicionar contrariamente à realização do Exame de Ordem para a obtenção do título de médico. **APROVADO**

EIXO 2 - MERCADO DE TRABALHO

CARREIRA MÉDICA

1. O Congresso Nacional deve aprovar e a Presidência da República sancionar a integridade das Propostas de Emenda Constitucional (PEC) nº 454/2009 e/ou nº 34/2011, que criam a carreira de Estado dos médicos no serviço público nos moldes daquelas que atendem outras categorias profissionais, como membros da magistratura e do Ministério Público, a qual contém elementos capazes de estimular a migração e fixação de profissionais em áreas de difícil provimento; e fortalecer a rede de assistência, sobretudo nos municípios menos desenvolvidos e distantes. **APROVADO**
2. As diferentes instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) devem contar com planos de cargos, carreira e salário (PCCSs) para a categoria médica; **APROVADO**
3. A precarização do trabalho médico no serviço público deve acabar, tornando-se obrigatório o ingresso do profissional por aprovação em concurso de provas e títulos, afastando os prejuízos das indicações e favorecimentos políticos e de programas de contratação temporária, como o Mais Médicos; **APROVADO**

4. O Estado – em seus três níveis de gestão – deve permitir apenas a contratação de médicos com diplomas reconhecidos e validados no Brasil, por meio de concurso público, sem caráter temporário e com vínculos estáveis, desprovidos de precariedade; **APROVADO**
5. Apenas médicos formados em instituições de ensino brasileiras ou aprovados em exames de revalidação de diploma de medicina obtido no exterior (Revalida) podem atuar no País, conforme critérios previstos na legislação vigente e que precisam ser observados pelas autoridades; **APROVADO**
6. A observação ao piso salarial para os médicos, conforme parâmetro estabelecido pelas entidades de representação sindical da categoria que, em 2018, foi fixado em R\$ 14.134,58 para 20 horas semanais de trabalho, deve ser regra entre os órgãos públicos e instituições privadas no momento da contratação de profissionais; **APROVADO**
7. Os gestores da Saúde (em níveis federal, estadual e municipal) devem assegurar aos médicos que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) a oferta e o acesso a programas de educação continuada que lhes permitam atualização permanente, objetivando, sobretudo, os interesses dos pacientes e seus familiares; **APROVADO**
8. O médico jovem (aquele com até 10 anos de formado ou com até 40 anos de idade) deve contar com apoio logístico e operacional com o objetivo de facilitar seu acesso ao mercado de trabalho pela oferta de adequada remuneração e de condições para o bom e ético exercício profissional; **APROVADO (Na Plenária Final)**
9. O Programa Mais Médicos deve contar com a participação exclusiva de profissionais habilitados para o exercício da medicina no território brasileiro (formados no País ou aprovados em exames de revalidação de diplomas obtidos no exterior – Revalida – com proficiência na língua portuguesa); **APROVADO**
10. As entidades médicas, de forma harmônica e integrada, devem manter sua atuação em defesa do respeito à Lei do Ato Médico, lutando contra a invasão de competências promovida por outras categorias profissionais da área da saúde e, com esse objetivo, precisam promover ações nos âmbitos do Poder Judiciário (esclarecendo magistrados sobre os abusos cometidos) e dos Poderes Executivo e Legislativo (demonstrando os efeitos práticos e nocivos para a saúde pública ao repassar atribuições exclusivas dos médicos a outros indivíduos); **APROVADO**
11. O Governo – em todos níveis de gestão – deve adotar medidas urgentes que assegurem aos profissionais tranquilidade para o exercício de suas funções, o que inclui a segurança física e emocional, bem como as condições de trabalho, cuja ausência pode induzir a situações de stress e embates desnecessários com a população; **APROVADO**

12. As entidades médicas devem apoiar as iniciativas legais e efetivas com foco na prevenção e combate aos casos de violência e de assédio praticado contra médicos em ambiente de trabalho; **APROVADO**
13. A prevenção à Síndrome do Burnout, bem como a outros transtornos físicos e emocionais decorrentes da exposição dos médicos a condições inadequadas em ambiente de trabalho (físicas, emocionais, psicológicas, etc), deve ser objeto de ações específicas desenvolvidas pelas entidades médicas e pelos gestores dos serviços públicos e privados na União, Estados, Distrito Federal e Municípios. **APROVADO**

EIXO 2 - MERCADO DE TRABALHO

CARREIRA MÉDICA – NOVAS PROPOSTAS

1. As entidades médicas apoiam a aplicação do piso salarial previsto pela Fenam como referência salarial para o médico. **APROVADO**
2. As entidades médicas se posicionam contra a contratação médica sob o regime de pessoa jurídica, conhecida como “pejotização”. **APROVADO**
3. As entidades médicas devem fazer gestão política junto ao Congresso Nacional e ao Governo brasileiro no sentido de aprovar e sancionar a PEC 454/09, de carreira de estado. **APROVADO**
4. O projeto de desmonte da Administração Pública, que acarreta na precarização e terceirização do trabalho e que contraria as regras presentes na Constituinte de 1988, deve ser denunciado e combatido. **APROVADO**
5. A aplicabilidade da Lei 13.003/14 deve ser defendida. No momento da contratualização, deve ser estabelecido um parâmetro de remuneração, podendo ser a aplicação de um índice, como a última edição da CBHPM, por exemplo. Em caso de glosas ou penalidades, deve ser assegurado ao médico prestador de serviço o amplo direito de defesa e, em caso de glosas, possibilidade de descredenciamento com direito de defesa. **APROVADO**
6. A precarização dos vínculos trabalhistas deve ser combatida, a fim de assegurar as prerrogativas médicas e combater o assédio moral aos trabalhadores terceirizados. **APROVADO**
7. Contra o uso de Organizações Sociais na Administração Pública. **APROVADO**
8. O Revalida deve ser mantido como única forma de revalidação de diplomas médicos obtidos no exterior, em nosso País, para permitir o trabalho médico. **APROVADO**

EIXO 3 – ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE NO BRASIL

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1. O Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser defendido e mantido com estrito respeito aos seus princípios e diretrizes constitucionais (universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, descentralização e controle social), no entanto, sem que isso signifique não buscar seu aperfeiçoamento enquanto importante política social para o País; **APROVADO**
2. Em seus diferentes níveis de atenção e de complexidade, de acordo com as demandas e a rede de serviços disponível, a cobertura e os serviços oferecidos pelo SUS devem ser organizados com base em territórios regionalizados delimitados; **APROVADO**
3. Os serviços que integram a rede de atenção básica do SUS devem funcionar como porta de entrada prioritária ao fluxo de atendimento no âmbito do Sistema, o qual deverá ser adequadamente regulado por estruturas capazes de organizar a referência e a contra referência no acesso aos cuidados prescritos, de forma ágil e integral, contribuindo para o exercício da boa medicina e a recuperação da saúde dos pacientes; **APROVADO**
4. Todas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Unidades de Pronto- Atendimento (UPAs), cujas obras foram concluídas, devem ser colocadas em funcionamento com o objetivo de ampliar a rede de cobertura assistencial no País; **APROVADO**
5. Para absorver as demandas da sociedade, reduzir o tempo de espera e atender os pacientes que aguardam por procedimentos eletivos, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ampliar a oferta de leitos de internação e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em todos os estados e no Distrito Federal; **APROVADO**
6. A gestão do SUS deve implementar uma política nacional de Atenção Básica que assegure nos serviços o número adequado de médicos e demais profissionais da saúde (devidamente capacitados, comprometidos e valorizados) municiados por condições necessárias (instalações, equipamentos, medicamentos e outros insumo) para garantir o bom atendimento da população; **APROVADO**
7. A gestão do SUS deve ser conduzida por meio de estruturas da administração direta, às quais devem contar com suporte operacional, técnico e financeiro e atender aos critérios exigidos pela legislação em termos de eficiência, racionalidade, economicidade e transparência, sempre atentas às determinações dos órgãos de fiscalização e controle; **APROVADO**

8. A atuação de instituições exteriores à estrutura do Estado na gestão dos serviços públicos de saúde - como organizações sociais (OSs), organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIPs) e fundações privadas, entre outros modelos - deve ser alvo de rigoroso monitoramento, fiscalização contínua e análise de resultados, sempre se pautando pela transparência e com a participação da sociedade civil (controle social) para reduzir o risco de irregularidades e de abusos no uso das verbas repassadas; **APROVADO (na Plenária Final)**
9. A implementação de políticas, programas e projetos em saúde na rede pública deve ser realizada pela gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) apenas após um planejamento efetivo, com análises e conclusões divulgadas amplamente, no qual se comprove efetivamente o atendimento a critérios como a prioridade de escolha/decisão tomada, a efetividade científica dos serviços/produtos oferecidos; e o impacto sobre as contas públicas; **APROVADO**
10. O Governo – em todas as suas instâncias de gestão – deve dar ampla visibilidade e transparência às informações (em série histórica) epidemiológicas, de cobertura assistencial, de produtividade dos serviços, de demandas por procedimentos, de despesas em saúde (por área de custeio e investimento), entre outros itens, de modo a permitir que a sociedade possa ter conhecimento sobre os avanços e a necessidades da gestão em saúde; **APROVADO**

EIXO 3 – ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE NO BRASIL

SAÚDE SUPLEMENTAR

1. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deve assumir seu papel legal de reguladora da área evitando abusos, distorções e desequilíbrios nas relações entre as operadoras de planos de saúde e os pacientes e os prestadores de serviço (médicos e outros profissionais da saúde), inclusive assegurando que os empresários cumpram os itens dispostos na Lei nº 13.003/14 que determina a fixação de índices de reajuste e de periodicidade nos contratos estabelecidos; **APROVADO**
2. Eventuais mudanças na Lei nº 9.656/98, que regulamenta os planos de saúde no País, só devem ser aprovadas pelo Congresso Nacional e sancionadas pela Presidência da República após amplo debate com a sociedade e com as entidades de médicas; **APROVADO**
3. A proposta de criação de planos de saúde classificados como populares, que não garantem cobertura integral e transferem para o SUS a responsabilidade pelo custeio

de atos não previstos por eles, como os de alta complexidade, deve ser combatida pelas entidades médicas e pelo Congresso Nacional; **APROVADO**

4. Diante da ausência de regulamentação por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da necessidade de se instituir um referencial justo nesse campo de atuação que garanta a dignidade do exercício profissional dos médicos e a segurança dos pacientes, as entidades médicas devem agir de forma conjunta na Câmara dos Deputados em defesa de projetos de lei que tornem a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) como referencial mínimo de remuneração médica e de nomenclatura de procedimentos a ser seguida pela realidade das operadoras e seguradoras de saúde; **APROVADO**
5. Os médicos prestadores de serviço às operadoras e seguradoras de saúde devem contar com a valorização de seu trabalho, o que inclui o pagamento de honorários justos pelos procedimentos realizados, sem atrasos; o fim das glosas injustificadas e da intervenção das empresas na autonomia dos profissionais; e a ampliação da cobertura assistencial; **APROVADO**
6. A regulamentação dos atos médicos relativos à segunda opinião e ao funcionamento das juntas médicas deve ser realizado exclusivamente pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), conforme determinado em legislação específica; **APROVADO**
7. A assistência em saúde nas redes pública, suplementar e privada deve se pautar pela oferta de serviços de qualidade com o objetivo de proporcionar aos pacientes maior segurança e efetividade em seus tratamentos; **APROVADO**
8. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), diante de sua responsabilidade legal de regulação do setor, deve dar ampla visibilidade e transparência às informações (em série histórica) relacionadas à atuação dos planos de saúde, contemplando aspectos de cobertura assistencial, de produtividade dos serviços, de demandas por procedimentos, de despesas em saúde, entre outros itens, de modo a permitir que a sociedade possa ter conhecimento sobre os avanços e as necessidades da gestão nesta área. **APROVADO**

EIXO 3 – ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE NO BRASIL

SAÚDE SUPLEMENTAR – NOVAS PROPOSTAS

1. As entidades médicas são contrárias à aplicação de 85% do IPCA como uma das formas de reajuste contratual anual, conhecida como Fator de Qualidade e prevista na Resolução Normativa 364/14 e na Instrução Normativa 63 ambas da ANS. **APROVADO**

2. As entidades médicas defendem a manutenção do sistema “pay for service” (pagamento pelo serviço). **APROVADO**
3. As entidades médicas devem atuar para que os gestores da ANS não tenham conflito de interesses que possam comprometer sua atuação. **APROVADO**

EIXO 3 – ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE NO BRASIL

FINANCIAMENTO

1. Os efeitos deletérios causados pela Emenda Constitucional (EC) nº 95/16, que impõe restrições aos orçamentos públicos na área da saúde com inevitáveis consequências ao financiamento do setor, devem ser combatidos pelas entidades médicas e outros setores da sociedade tendo em vista os problemas que pode gerar ao comprometer despesas com infraestrutura, equipamentos, insumos, medicamentos e recursos humanos; **APROVADO**
2. A Tabela SUS, que sofre os efeitos de uma defasagem acumulada de quase duas décadas na grande maioria de seus itens, deve ser revista tendo como referência a valoração e a nomenclatura adotados pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM). **APROVADO**
3. A participação da União, Estados, Distrito Federal e Municípios nas despesas sanitárias totais deve aumentar no patamar dos percentuais praticados por países com sistemas de saúde de acesso universal, como o brasileiro, caso de nações como Reino Unido, Canadá, Alemanha e França, entre outros, permitindo, assim, o adequado custeio e investimento em ações e serviços de saúde; **APROVADO**
4. O Ministério da Saúde, como agente responsável pela execução do orçamento da União para sua área de atuação, deve garantir que a totalidade dos recursos autorizados para o custeio e investimento em ações e serviços voltados à assistência sejam efetivamente aplicados, tendo como meta o atendimento de necessidades prioritárias de forma racional e transparente. **APROVADO**

EIXO 3 – ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE NO BRASIL

OUTROS

1. O movimento médico nacional em defesa da saúde e da dignidade do médico no serviço público e privado deve ser estimulado e apoiado pelas entidades médicas nacionais e suas regionais; **APROVADO**

2. As entidades médicas estaduais devem criar Comissões de Assuntos Políticos (CAPs) com o objetivo de estimular a participação da categoria nos debates de interesse para a saúde e a medicina nas suas esferas de atuação; **APROVADO**
3. A Frente Parlamentar da Medicina, no âmbito do Congresso Nacional, deve contar com o apoio das entidades médicas nacionais e estaduais; **APROVADO**
4. A Frente Parlamentar da Medicina, no âmbito do Congresso Nacional, deve ser supra partidária e contar com o apoio das entidades médicas nacionais e estaduais. **APROVADO**
5. Os médicos brasileiros, cidadãos com plena consciência do grave momento pelo qual passa a Nação, também devem se manifestar em favor do fim do 'foro privilegiado' dos políticos e tomadores de decisão; pela punição de corruptos e corruptores; pela prisão dos condenados em segunda instância; e pela manutenção da lei 'da ficha limpa' no processo político e eleitoral; assim como precisam expressar sua defesa incondicional do SUS; por uma educação pública de qualidade para todos os brasileiros; e por investimentos massivos em segurança, transportes, cultura, lazer. **APROVADO**
6. Os fatores e indicadores de qualidade aplicado na saúde suplementar, bem como em qualquer outra esfera de relação de trabalho médico, devem ser normatizados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), após debate com as outras entidades de representação médica. **APROVADO**

EIXO 3 – ASSISTÊNCIA MÉDICA À SAÚDE NO BRASIL

OUTROS – NOVAS PROPOSTAS

1. As entidades devem solicitar e incentivar a categoria médica para que se empenhe na eleição de candidatos médicos em todos os estados da federação e no Distrito Federal, mantendo tais candidatos comprometidos com a formação da bancada da saúde. **APROVADO**

MOÇÕES

Moção de apoio Nº 1

O Encontro Nacional das Entidades Médicas, realizado em Brasília nos dias 26 e 27 de junho, vem manifestar o seu apoio à luta dos médicos Federais, lotados no Ministério da Saúde, em defesa da equiparação da gratificação de desempenho médico (GDM), que hoje é recebida em valores inferiores aos demais profissionais de nível superior.

Este fato foi resultado da MP568, que tentou reduzir os salários dos médicos a metade, tendo em vista a padronização da carga horária do serviço público federal em 40 horas. Assim, os médicos se insurgiram contra esta medida, o que resultou em um grande movimento de contestação e fez com que o governo recuasse dessa proposta.

A nova redação da MP manteve os salários anteriores, mas ao colocarem os médicos em carreira em separada das demais profissões de nível superior, houve redução dessa gratificação, o que causou esse disparate em que os médicos recebem menos que as demais profissões de nível superior.

O ENEM exige o imediato pagamento dessa gratificação aos médicos, nos mesmo valores pagos as demais profissões de nível superior do Ministério da Saúde.

Adendo

Histórico da Gratificação de Desempenho

A Lei 11.355 de 2006 criou a Carreira da Previdência, Saúde e Trabalho (PST), na qual se insere atualmente a grande maioria dos médicos do Ministério da Saúde.

Em 2008, a Lei 11.784 reestruturou a carreira PST. Os médicos estavam incluídos nas tabelas de nível superior (salários e pontos da gratificação), juntamente com as demais profissões de nível superior da carreira PST. A diferença é que os médicos cumpriam 40 horas.

Os médicos de 40 horas estavam na mesma tabela que os de 20 horas, porque as 40 horas eram consideradas uma extensão horária do cargo de 20 horas. Eles sempre receberam o salário em dobro, mas não a Gratificação de Desempenho (GD-PST), que era a mesma dos médicos de 20 horas, no que diz respeito ao valor do ponto.

Ao editar a MP 568, o Ministério do Planejamento separou as tabelas de salários e de pontos dos médicos das tabelas dos demais funcionários da carreira PST, reduzindo os salários à metade. Além disso, criou tabelas de 20h e 40h, prevendo aumentos no valor do ponto da Gratificação de Desempenhos diferentes para estes 2 grupos. A Gratificação de Desempenho, que se chamava GD-PST, continuou com este nome para todos os funcionários, e para os médicos passou a se chamar GDM-PST.

(Para facilitar o entendimento, a partir de agora será utilizado sempre como exemplo de salário e valor de ponto a Classe Especial/Padrão III, que é o nível mais alto da carreira.)

Em julho de 2011 (Lei 11.784), o valor do ponto Classe Especial/Padrão III passou a ser R\$ **22,67** para todos os funcionários de nível superior inclusive os médicos, e se manteve assim até à edição da MP 568. Com a MP 568 o valor do ponto do médico de 40h seria R\$ **51,76** e o de 20h seria R\$ **25,88** (ou seja, a metade); mas isso com o salário reduzido à metade.

Nas páginas finais da MP 568 foi previsto aumento no valor do ponto para todos os funcionários do PST. O valor do ponto dos profissionais de nível superior passou de R\$ **22,67** para R\$ **36,17**.

Depois de modificada, a MP 568 reverteu a redução dos salários, mas manteve a separação das tabelas dos médicos das tabelas dos outros funcionários de nível superior. As tabelas de 20 e 40 horas também foram mantidas, assim como a denominação GDM-PST para a gratificação dos médicos. E o valor do ponto da GDM-PST voltou ao patamar original de R\$ **22,67**.

O aumento no valor do ponto da gratificação dos demais funcionários da carreira PST, inclusive a dos profissionais de nível superior, foi mantido. A gratificação dos funcionários de nível superior aumentou para R\$ **36,17**, como pode ser visto na tabela abaixo:

	Médicos de 40h	Médicos de 20h	Outros profiss. de nível superior
Antes da MP 568	R\$ 22,67	R\$ 22,67	R\$ 22,67
MP 568	R\$ 51,76	R\$25,88	R\$ 36,67
Depois da MP 568	R\$ 22,67	R\$ 22,67	R\$ 36,17

Portanto, os médicos foram **os únicos funcionários do MS/PST** a não receber aumento no valor do ponto da Gratificação de Desempenho com a MP 568. E além disso, a sua gratificação passou a ser 59,55% menor que a dos outros profissionais de nível superior.

Além disso, como agora existem tabelas de 20h e 40h, os aumentos são proporcionais, como aconteceu após a última greve do funcionalismo público federal. O aumento para os médicos de 20 horas representa a metade do que foi concedido para os médicos de 40 horas e para os outros profissionais de nível superior. Vejamos o que aconteceu **após o acordo de greve**:

	Médicos de 40 h	Médicos de 20h	Outros profiss. De nível superior
Janeiro de 2013	R\$ 25,97	R\$ 24,32	R\$ 39,50
Janeiro de 2014	R\$ 29,27	R\$ 25,97	R\$ 42,84
Janeiro de 2015	R\$ 32,67	R\$ 27,97	R\$ 46,17

Para que possamos perceber melhor as diferenças em 100 pontos, a gratificação do médico de 40 horas em janeiro de 2015 será R\$ **3.267,00**, a do médico de 20h será R\$ **2.767,00**, e a dos demais profissionais de nível superior será R\$ **4.617,00**.

Como pode ser visto, cada vez as distorções se tornaram maiores.

Devemos lutar pela isonomia com os demais funcionários de nível superior!

APROVADA

Moção de Apoio Nº 2

O encontro Nacional das Entidades Médicas, realizados em Brasília nos dias 26 e 27 de junho, vem manifestar o seu apoio à aprovação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) da Saúde do Estado do Rio DE Janeiro e concorda com sua aplicação imediata. O PCCS, implementado como uma emenda ao Projeto de Lei 3.960/2018 pela Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro na manhã desta segunda-feira (25), se demonstrou necessário devido ao arrocho salarial que os servidores estaduais vêm sofrendo desde 1999, ano em que foi feito o último reajuste.

A lei tem previsão de ser publicada no Diário Oficial na quarta-feira (27), mas sua aplicação depende da aprovação do Conselho de Supervisão do Regime de Recuperação Fiscal, que veda a criação de novas despesas continuadas. Caso não seja aprovada, a lei só será aplicada após o ano de 2023.

A FENAM, ao fazer uma retrospectiva sobre a situação política e econômica do estado do Rio de Janeiro, denuncia que crimes cometidos por governos anteriores geraram prejuízos que, injustamente, vem sendo colocados na conta dos servidores, que não podem ser responsabilizados pelos erros que resultaram no sacrifício da população.

Por conta disso, é fundamental que o PCCS seja aprovado pelo Conselho imediatamente, pois o governo do estado do Rio de Janeiro tem uma dívida com os servidores públicos da saúde. Essa dívida, que vem sendo denunciada constantemente por entidades médicas, acarretou em impactos negativos na rede pública de saúde do estado, que teve de optar por reduções ou fechamentos de unidades de saúde por falta de recursos humanos.

Funcionários que estão na ativa ganham, em média R\$2 mil, valor que provoca um enorme desinteresse na carreira de saúde no estado do Rio de Janeiro. Segundo a Secretaria do Estado de Saúde, mais de 3,4 mil servidores estatutários deixaram o serviço público por desligamento voluntário, causando uma enorme defasagem de recursos humanos nos hospitais da rede pública, que o governo insiste em ignorar.

Apesar do PCCS não ser o que a categoria reivindicou inicialmente, sua aprovação demonstrou um enorme avanço devido ao descaso do governo estadual em relação ao pagamento dos servidores estaduais. **APROVADA**

Moção de Apoio Nº 3

As Unimed singulares

O sistema Unimed, importante mercado de trabalho médico, vive uma crise sem precedentes. É necessário que as Entidades Médicas atuem no sentido de apoiar o médico na Unimed, para que tenham seus postos de trabalho preservados e não vinham a ser explorados numa relação preparadora do sistema e ou por outra operadora.

APROVADA

Moção de Apoio Nº 4

Moção de apoio a Carreira médica no Amazonas

A carreira médica do estado do Amazonas, já recebeu o apoio formal do CFM, AMB, CONFEMEL, CNPL, UFAM E UEA, bem como de diversos parlamentares do Amazonas e da sub comissão da carreira médica do estado nacional.

Em 19/12/2013 a carreira médica no Amazonas foi aprovada por unanimidade na Assembleia Legislativa do Amazonas, através da PEC 80 do Deputado Estadual Luiz Castro com a participação do SIMEAM no momento a regulamentação por Lei complementar está sendo proposta pela SIEMEAM, com apoio das Entidades Médicas, através de mandata de injunção a ser protocolado até 31/07/2018 no Tribunal de Justiça do Amazonas. **APROVADA**