

“PROGRAMA MAIS MÉDICOS”: EXEGESE CONSTITUCIONAL DA POLÍTICA PÚBLICA

DOUGLAS BORGES DE VASCONCELOS¹

RESUMO

O presente estudo tem por escopo delinear raciocínio exegético-constitucional acerca do “Programa Mais Médicos”: política pública instituída pela Lei nº. 12.871 de 2013, e que – em nítida contraposição ao dogma liberal do *laissez-faire, laissez-passer, laissez-aller* – se apresenta como intervenção estatal própria do *welfare state*. Em essência, trata-se de nova política de estado alinhada ao *dirigismo constitucional* inaugurado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1.988, e sua *ratio* reside na inserção (imediate e mediata) de mais médicos nas regiões que – em razão de ausência ou escassez desse profissional – se encontram em estado de “vulnerabilidade social” quanto ao atendimento básico em saúde. Destarte, considerando seu caráter multidimensional – e elevado compromisso social –, far-se-á aproximação cognitiva aos vetores ontológicos e políticos que fundamentaram a tomada de decisão do Governo Federal brasileiro (*policy maker*) na concepção da medida, e – mormente – juízo de constitucionalidade quanto ao arranjo normativo da *public policy*.

PALAVRAS-CHAVE: PROGRAMA MAIS MÉDICOS.
CONSTITUCIONALIDADE. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.

¹ Mestrando em Direito (Constituição, Sociedade e Políticas Públicas) pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UniRio). Bacharel em Direito pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) com período de mobilidade internacional pela Universidade de Salamanca (Espanha). Pesquisador Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Membro Associado da Academia Brasileira de Direito Constitucional (ABDConst) e da Associação dos Advogados de São Paulo (AASP). Professor Colaborador de Direito Constitucional da UFMS - Campus de Três Lagoas (2012-2013). Advogado.

“PROGRAMA MÁS MÉDICOS”: EXEGESE CONSTITUCIONAL DE LA POLÍTICA PÚBLICA

DOUGLAS BORGES DE VASCONCELOS²

RESUMEN

El presente estudio desea delimitar el razonamiento exegético-constitucional del “Programa Más Médicos”: política pública establecida por la Ley n.º. 12.871 de 2013, y que (en contraste con el dogma liberal del *laissez-faire, laissez-passer, laissez-aller*) se presenta como una intervención estatal del Estado del Bienestar. En esencia, es una nueva política de estado, alineada con el dirigismo constitucional abierto por la Constitución de la República Federativa del Brasil de 1988, y su *ratio* es la inserción (inmediata y mediata) de más médicos en las regiones que (debido a la ausencia o escasez de este profesional) se encuentran en “vulnerabilidad social” en la atención básica de salud. Por lo tanto, teniendo en cuenta su carácter multidimensional (y alto compromiso social) se hará aproximación cognitiva a los vectores ontológicos y políticos que justificó la toma de decisión por lo Gobierno de Federación Brasileña (*policy maker*) y (sobre todo) juicio cuanto a la constitucionalidad de la disposición normativa de la política pública.

PALABRAS-CLAVE: PROGRAMA MÁS MÉDICOS. CONSTITUCIONALIDAD. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD.

² Alumno del Máster em Derecho (Constitución, Sociedad y Políticas Públicas) por la Universidad Federal del Estado de Rio de Janeiro (UniRio). Licenciado en Derecho por la Universidad Federal de Mato Grosso del Sur (UFMS), com movilidad internacional en la Universidad de Salamanca (España). Becario de la Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior (CAPES). Miembro Asociado de la Academia Brasileña de Derecho Constitucional (ABDConst) y de la Asociación de Abogados de São Paulo (AASP). Profesor Colaborador de Derecho Constitucional de la UFMS – Campi Três Lagoas (2012-2013). Abogado.

1 INTROITO TEMÁTICO

Originariamente publicada no Diário Oficial da União em 09 de julho de 2.013, a Medida Provisória nº. 621 – convertida na Lei nº. 12.871 de 2013³ – foi responsável pela instituição originária do “Programa Mais Médicos”: construção governamental que – em nítida contraposição ao dogma liberal do “*laissez-faire, laissez-passer, laissez-aller*”⁴ – se apresenta como intervenção estatal própria do *welfare state*, e – outrossim – inerente ao *dirigismo constitucional*⁵.

Teleologicamente, seu fito reside na expansão – e ulterior consolidação – da eficácia social do direito à saúde, almejando maior amplitude ao conteúdo normativo que consta dos artigos 6º e 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1.988⁶.

Segundo o Ministério da Saúde⁷, tal política pública integra um conjunto estratégico de ações para melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)⁸, e – em seu bojo programático – contará com amplo investimento em infra-estrutura para hospitais e unidades de saúde, além de inserir mais médicos nas

³ A Lei 11.871 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.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm> Acesso em: 20-12-2013.

⁴ A expressão, de origem francesa, remete ao não-intervencionismo estatal, e – na tradução literal – significa “deixar fazer, deixar ir, deixar passar”.

⁵ CANOTILHO, José Joaquim Gomes. “**Constituição dirigente e vinculação do legislador: contributo para a compreensão das normas programáticas**”. Coimbra, 1994 (reimpressão).

⁶ Constituição da República Federativa do Brasil de 1.988, “Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 64, de 2010)

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

⁷ **Portal do Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos>> Acesso em: 11 de dezembro de 2013.

⁸ Na seara constitucional, a previsão inaugural do Sistema Único de Saúde (SUS) está alicerçada nos seguintes dispositivos: “Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. [...]”. No plano infraconstitucional, o SUS está alicerçado na Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1.990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.

regiões que (em razão da escassez ou inexistência desse profissional) apresentem vulnerabilidade social, abrangendo – inclusive – o trato de comunidades indígenas⁹.

2 JUSTIFICATIVAS DA *POLICY*: A SAÚDE COMO PROBLEMA PÚBLICO

Caracterizadas como diretrizes para o enfrentamento de problemas públicos¹⁰, as políticas públicas, no Brasil, ganham relevo operacional no Estado constitucionalmente inaugurado em 1.988, havendo – na Constituição – vasto conteúdo programático para alteração do *status quo*.

No que atine a saúde, direito (e problema) fundamental, a análise sistemática da CRFB-88 evidencia o quão magna (e séria) é sua tratativa, visto que o mesmo – além de constar como direito fundamental (social) no artigo 6º da magna carta – encontra-se fortalecido no artigo 196 do mesmo texto, donde se extrai ser “um direito de todos e dever do Estado” que garantir-se-á por meio de “políticas sociais e econômicas que visem á redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

Eis que, no âmbito da aplicabilidade, tais normas constitucionais apresentam eficácia limitada, e conteúdo programático, o que – por si só – demanda atuação estatal positiva para a obtenção da idealizada eficácia social¹¹.

Por tal razão, o elo entre a Constituição e a Sociedade parecia ter sido suficientemente estabelecido em 1.990, por meio da Lei 8.080, responsável pela regulamentação das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e, ainda, organização e funcionamento dos seus serviços, tornando o “SUS” verdadeira referência normativa global para o trato da saúde.

Todavia, após os 25 anos de vigência da Constituição de 1.988, e 23 anos da regulamentação do Sistema Único de Saúde, ainda subsiste um problema: a população nacional frustra-se com o sonho outrora idealizado.

⁹Segundo o Ministério da Saúde, o programa englobará – em suas ações – os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), beneficiando mais de 2012 mil indígenas. Notícia: “**Mais Médicos beneficiará mais de 212 mil indígenas**”.

Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/noticias-mais-medicos/7318>> Acesso em: 06/12/2013

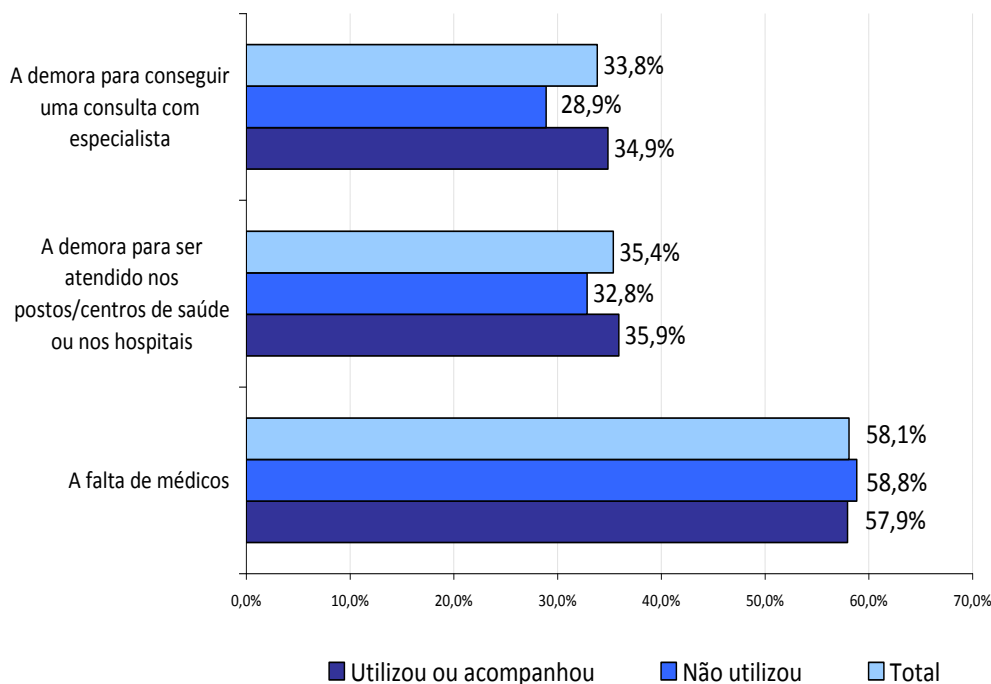
¹⁰SECCHI, Leonardo. “**Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análises, casos práticos**”. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013. p.2.

¹¹ SILVA, José Afonso da. **Aplicabilidade das Normas Constitucionais**. 7ª ed, 2ª tiragem. São Paulo: Malheiros, 2008. p. 135-196.

Segundo estudos componentes do “Sistema de Indicadores de Percepção Social” para área da saúde (GRAFÍCO 1) – realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em 2.011¹² – de 2.773 entrevistados, 58,1% aponta a inexistência ou insuficiência de médicos como a principal mácula do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ademais, consta do mesmo estudo que – dentre os entrevistados – a implementação de medidas para o aumento do número de médicos no Brasil liderou o rol de sugestões e pleitos, sendo o indicativo relevante para a análise da racionalidade do Programa “Mais Médicos”, conforme evidencia o segundo gráfico infra colacionado¹³

GRAFÍCO 1 – PROBLEMAS DO SUS (INDICATIVO)¹⁴.



¹² “[...] O Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS), elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), é uma pesquisa domiciliar realizada junto às famílias brasileiras, com a finalidade de conhecer suas percepções sobre bens e serviços públicos, oferecidos em diversas áreas – como trabalho, educação, cultura, saúde, justiça, segurança, mobilidade, entre outras”. Pesquisa disponível em:

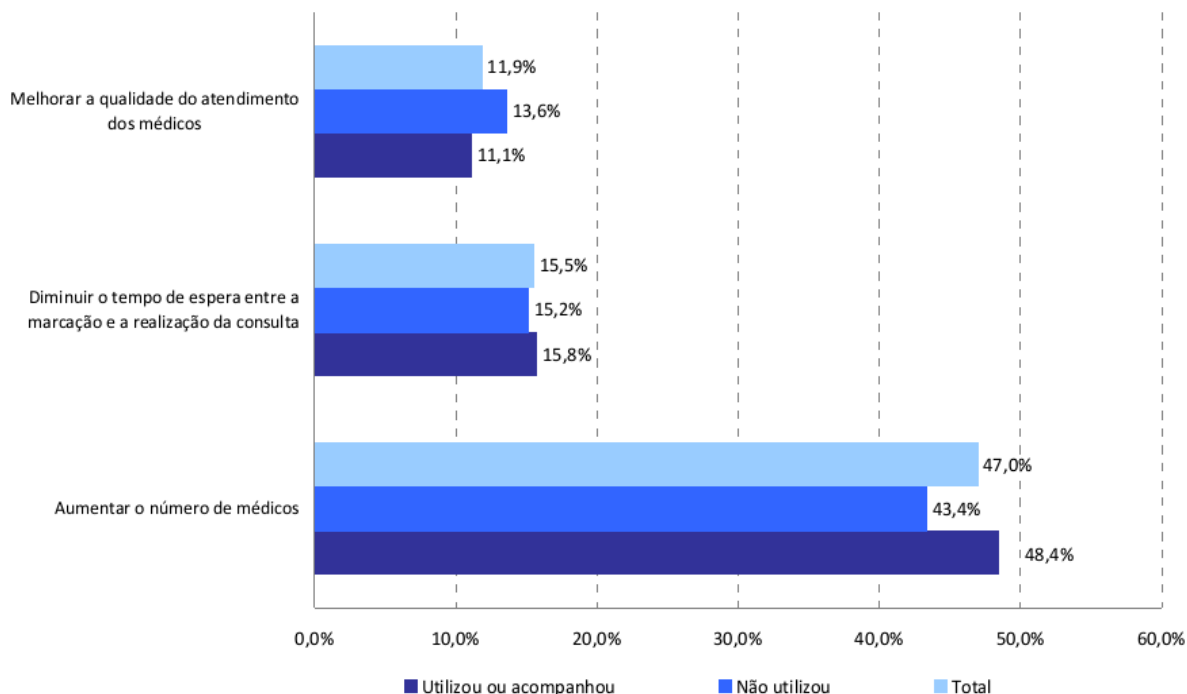
<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf> Acesso em: 16-12-2013.

¹³ Gráficos de Apresentação do Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110209_sipssaudeppt.ppt> Acesso em 22-12-2013

¹⁴ Ib idem.

¹⁵ Ib idem.

GRÁFICO 2 – SUGESTÕES PARA O ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA (INDICATIVO)¹⁶



No que atine a este último indicador social, vale consignar que o Governo Federal, por meio da Portaria Interministerial nº. 2.087 de 1º de Setembro de 2011, tentou (outrora) fomentar a elevação de profissionais médicos na atenção básica¹⁷ – de maior vulnerabilidade social – instituindo o “Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica” (PROVAB): política pública embasada na integração ensino-serviço, cujo escopo reside em – por meio de chamadas públicas – selecionar médicos para fins de capacitação em áreas de vulnerabilidade social, mormente regiões periféricas e de extrema pobreza.

Para tanto, além do montante econômico, o programa proporcionou o incentivo de acréscimo (ou bonificação) de 10% na pontuação dos profissionais participantes que – ulteriormente – concorressem aos certames de residência médica.

¹⁶Gráficos de Apresentação do Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110209_sipssaudeppt.ppt> Acesso em 22-12-2013

¹⁷ Ministério da Saúde – Gabinete de Ministro: “Portaria Interministerial”.

Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html> Acesso em: 28-11-2013

Entretanto, conforme relatado pelo próprio Ministério da Saúde¹⁸, somente no ano de 2.013 a demanda apresentada ao PROVAB, por 2.868 municípios, foi de 13.000 médicos, sendo que desses – lastimavelmente – 1.565 não angariaram nenhum médico para atuação local.

Logo, diante da permanência do problema público (falta de médicos em áreas de vulnerabilidade social) a criação de uma nova diretriz para o seu enfrentamento se fez necessária, e – em atenção aos indicadores sócias próprios dos “policytakers”¹⁹ – a via escolhida pelo Governo Federal, “policymaker”²⁰, foi angariar “Mais Médicos” para o Brasil: medida que reveste-se – teleologicamente – da *ratio* própria do *dirigismo constitucional*²¹ inaugurado em 1.988. Neste urdir, evidencia-se que a tomada de decisão para a consecução da *public policy* em comento considerou o histórico de intervenções de sua gestão no trato à saúde, ponderando (e aprimorando) pontos que – nas diretrizes pretéritas – foram operacionalmente falhos. Portanto, ao analisar a linha do tempo de ações do Governo Federal para o combate do problema da saúde (infra), evidencia-se que a tomada de decisão que concebeu o “Programa Mais Médicos” aproxima-se do “Modelo Incremental” de Charles Lindblom²², visto que no interstício de janeiro de 2.011 a julho de 2013 houve várias definições, revisões e redefinições de soluções para o enfrentamento do problema público (déficit de médicos nas áreas de atendimento básico do SUS).

Ademais, a solução final (Medida Provisória n.º. 621/2013) considerou a falta de efetividade das políticas pretéritas para a atração de profissionais nacionais aos enfoques do SUS: fator determinante para a abertura ao intercâmbio médico internacional, razão pela qual se demonstra que “a solução escolhida não é a melhor opção, mas sim aquela que foi politicamente lapidada em um processo de construção de consensos e de ajuste mútuo de interesse”²³.

¹⁸“**Raio-X da Saúde no Brasil**” – Notícia . Portal da Saúde. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5952-diagnostico-da-saude-no-brasil>> Acesso em 31-12-2013.

¹⁹ SECCHI, Leonardo. “**Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análises, casos práticos**”. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013. p. 115.

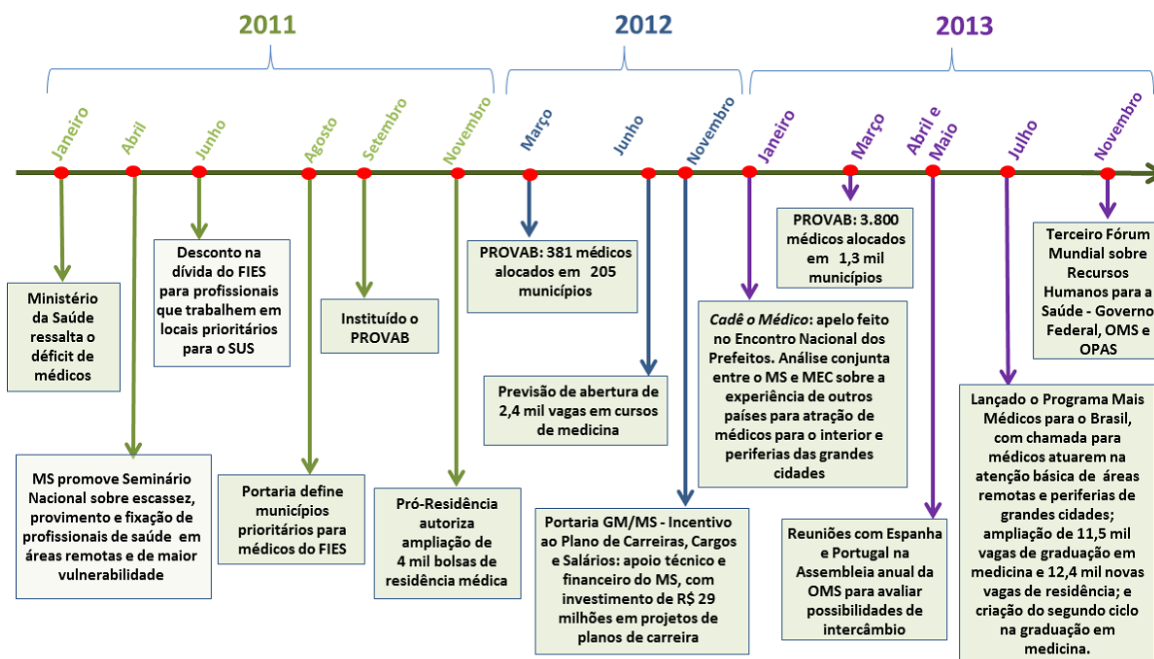
²⁰ *Ib idem*. P. 7 Segundo SECCHI, o policymakers são fazedores de políticas, ou seja, os atores que protagonizam a elaboração de uma política pública.

²¹CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Constituição dirigente e vinculação do legislador: contributo para a compreensão das normas programáticas**. Coimbra, 1994 (reimpressão). p.11.

²² LINDBLOM, Charles E. “**The science of “muddling through”**”. Disponível em: <<http://glennschool.osu.edu/faculty/brown/home/Public%20Management/PM%20Readings/Lindblom%201959.pdf>> Acesso em: 20-12-2013,

²³ SECCHI, Leonardo. “**Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análises, casos práticos**”. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013. p. 53.

LINHA DO TEMPO – PRINCIPAIS AÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (2011-2013)²⁴



3 O PROGRAMA

A análise pormenorizada das diretrizes informativas e, mormente, da lei instituidora do “Programa Mais Médicos” evidencia que a política pública – em contraposição aos noticiários midiáticos – não se resume, apenas, na imediata elevação de médicos em atendimento na atenção básica. Explica-se.

Operacionalmente, a policy objetiva – numa de suas dimensões – implementar medidas de atenção básica em saúde em prol das supramencionadas circunscrições territoriais vulneráveis, valendo-se – para tanto – da oferta vagas, prioritariamente, aos médicos nacionais que objetivem atuar nas áreas de carência pré-estabelecidas.

Todavia, diante do não preenchimento das mesmas, prevê que – residualmente – médicos estrangeiros poderão integrar as equipes do programa por meio de intercâmbio médico internacional (desde que o médico estrangeiro seja graduado em país onde o índice de demografia médica seja superior ao brasileiro).

Em conformidade com estudos divulgados pelos gestores do SUS²⁵, o Brasil, hodiernamente, possui – em média – 1,8²⁶ médicos para cada mil habitantes:

²⁴ Pacto Nacional pela Saúde – Ministério da Saúde. Disponível em:

<[http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/c8384d00407c2d34b267b647eaaaed7e/2013_07_24_infor_me_mais_medicos+\(3\).pdf?MOD=AJPERES&ContentCache=NONE](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/c8384d00407c2d34b267b647eaaaed7e/2013_07_24_infor_me_mais_medicos+(3).pdf?MOD=AJPERES&ContentCache=NONE)> Acesso em 11-11-2013.

percentual inferior aos de outros países latino-americanos, como Argentina (3,2) e Uruguai (3,7), Cuba (6,7), e, outrossim, de Estados que também gerenciam a saúde de forma universal, como Canadá (2,0), Reino Unido (2,7), Portugal (3,9) e Espanha (4,0)²⁷.

Ademais, há o registro inconteste de que – no Brasil – além da carência de profissionais, tem-se a nódoa da má distribuição de médicos dentre as distintas regiões e unidades da federação, já que 22 estados possuem número de médicos abaixo da média nacional, conforme demonstra a tabela abaixo:

TABELA 01 – DISTRIBUIÇÃO DE MÉDICOS CONTRATADOS POR 1.000 HABITANTES (SEGUNDO UNIDADES DA FEDERAÇÃO)²⁸ - RAIS²⁹

UF/BRASIL	MÉDICO RAIS*	POPULAÇÃO**	RAZÃO***
Rio de Janeiro	45.797	16.231.365	2,82
Distrito Federal	6.429	2.648.532	2,43
São Paulo	87.182	41.901.219	2,08
Espírito Santo	6.488	3.578.067	1,81
Pernambuco	14.923	8.931.028	1,67
Minas Gerais	29.108	19.855.332	1,47
Sergipe	3.065	2.118.867	1,45
Brasil	274.011	193.867.971	1,41
Rio Grande do Sul	13.836	107.70.603	1,28
Mato Grosso do Sul	2.869	2.505.088	1,15
Tocantins	1.537	1.417.694	1,08
Acre	803	758.786	1,06
Paraíba	3.823	3.815.171	1,00
Santa Catarina	6.202	6.316.906	0,98
Paraná	10.174	10.577.755	0,96
Amazonas	3.091	3.590.985	0,86
Piauí	2.683	3.140.213	0,85

²⁵ Portal da Saúde – SUS. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=11675&codModuloArea=1055&chamada=sobre-o-mais-medicos>> Acesso em 17/09/2013.

²⁶ Dado inerente ao ano de 2.012. Todavia, segundo dados de 2.013, o índice chega a 1,95.

²⁷ Dados oriundos do documento “Estadísticas Sanitarias Mundiales de 2011 e 2012 – Organización Mundial de Saúde”. Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf> Acesso em: 10-12-2013.

²⁸ Demografia Médica no Brasil.

Disponível em:

<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=CentroDados&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=4> Acesso em: 25-12-2013.

²⁹ *Ib idem*. O indicativo RAIS representa a Relação Anual de Informações Sociais, instrumento de coleta de dados do governo federal. Instituída pelo Decreto nº 76.900, de 23/12/75, a RAIS tem por objetivo: suprir as necessidades de controle da atividade trabalhista no país; dar provimento de dados para a elaboração de estatísticas do trabalho; disponibilizar informações do mercado de trabalho às entidades governamentais. Disponível em:

<http://www.rais.gov.br/RAIS_SITIO/oque.asp> Acesso em: 10-11-2013.

Bahia	11.856	14.175.341	0,84
Roraima	378	469.524	0,81
Ceará	6.537	8.606.005	0,76
Rondônia	1.099	1.590.011	0,69
Pará	5.200	7.792.561	0,67
Rio Grande do Norte	2.133	3.228.198	0,66
Goiás	3.111	6.154.996	0,51
Mato Grosso	1.435	3.115.336	0,46
Maranhão	2.746	6.714.314	0,41
Alagoas	1.289	3.165.472	0,41
Amapá	217	698.602	0,31
*Médicos Contratados (RAIS,2012)			
**População Geral (IBGE, 2010)			
***Razão Médico Contratado (RAIS)/1.000 habitantes			
Fonte: CFM; Pesquisa <i>Demografia Médica no Brasil, 2013</i> .			

Todavia, conforme mencionado alhures, a elevação dos recursos humanos (médicos) é apenas uma das dimensões programáticas da política pública em comento, visto que – jungido a ela – há previsão de expressivo investimento (15 bilhões de reais) em infra-estrutura física para fins de unidades hospitalares e de pronto-atendimento, até o ano de 2.014 – já que a implementação de um direito social (saúde) possui elevado custo³⁰ – sendo que, desse *totum* orçamentário:

- 3,2 bilhões de reais são para realização de obras reestruturantes em 818 hospitais e aquisição de novos equipamentos e instrumentação para 2,5 mil nosocômios;
- 1,4 bilhão de reais para realização de obras reestruturantes em 877 Unidades de Pronto Atendimento (UPA's)³¹.

Ademais, o programa prevê uma pluralidade de investimentos conjuntos entre os Ministérios da Saúde e Educação, englobando os seguintes aportes³²:

³⁰Sobre o custo e nuances da implementação dos direitos sociais, em específico do direito à saúde, vide: SILVA, Virgílio Afonso da. **O Judiciário e as Políticas Públicas: entre Transformação Social e Obstáculo à Realização dos Direitos Sociais**. In NETO, Cláudio Pereira de Souza; SARMENTO, Daniel. (Orgs.) *Direitos Sociais – Fundamentos, Judicialização e Direitos Sociais em Espécie*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008. p. 587-599.

³¹ **Portal da Saúde – SUS**.

Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=11675&codModuloArea=1055&chamada=sobre-o-mais-medicos>> Acesso em 17/09/2013.

³² **Ib idem**.

- 5,5 bilhões de reais para construção de 6.000 novas Unidades Básicas de Saúde, além da reforma e ampliação de 11.600 UBS's já existentes, além da criação de 225 novas Unidades de Pronto Atendimento (UPA's);
- 2 bilhões de reais para custeio e melhor gestão de 14 hospitais universitários³³.

Por fim, há dimensão de atenção ao *processo formação médica nacional*. Nesse espectro, o “Mais Médicos” delineia mutação pedagógico-curricular, de modo que – a partir de 1º de janeiro de 2015 – os alunos ingressantes no curso de Medicina deverão atuar pelo interstício de dois anos em unidades básicas e nas áreas de urgências e emergências do SUS: trata-se do novel “2º Ciclo de Medicina”, que será acompanhado e supervisionado pelas instituições de ensino, subsidiadas por recurso federal (inclusive com isenção de mensalidades para alunos de instituições privadas)³⁴. O cumprimento de do segundo ciclo constituirá requisito para a concessão do diploma de médico.

Dentre outros aspectos de relevo, inaugurados pela Medida Provisória 621 de 2013, e consolidados na Lei 12.871 de 2013, consta:

- Oferta de bolsa, paga pelo Ministério da Saúde, e emissão de um registro único para que o médico intercambista participante do programa (com dispensa³⁵ de revalidação de diploma) possa atuar

³³ **Ib idem.**

³⁴ Registra-se que, para fins acadêmicos, tal medida que constituirá requisito para a concessão do diploma de médico.

³⁵ Vide: **Lei 11.871 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.**

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

§ 1º (VETADO).

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

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

§ 4º A coordenação do Projeto comunicará ao Conselho Regional de Medicina (CRM) que jurisdicionar 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.”

nas áreas de atenção básica, de urgência e emergência, com ulterior aproveitamento em residência médica;

- Oferta (em parceria com o Ministério da Educação) de 11.500 vagas nos cursos de Medicina nacionais até o ano 2.014 – sendo que, segundo o Ministério da Saúde, 2.415 vagas já foram criadas – e, ainda, de 12.000 vagas para formação de especialistas até o ano 2.020;
- Mutação dos critérios e marco para o pleito de abertura de novos cursos de Medicina em instituições privadas, de modo que – pela nova regulação – far-se-  “chamamento público” com a demonstração das regiões e áreas prioritárias do SUS – com direcionamento para Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia, Obstetrícia, Pediatria e Medicina de Família e Comunidade – viabilizando, assim, a formação de especialistas nas circunscric es territoriais imersas nas zonas de vulnerabilidade social.

Tem-se, portanto, uma política pública complexa, que além de ensejar expectativas próprias do *welfare state* (como laud vel *política de estado*³⁶), causa elevada celeuma quanto a sua viabilidade jurídica e adequa o aos limites e força normativa da Constitui o.

4 EXEGESE JURÍDICO-CONSTITUCIONAL E JUSLABORAL DO PROGRAMA

No plano normativo, o “Programa Mais Médicos” apresenta estruturação compatível com o arcabouço jurídico-constitucional brasileiro, mormente por

³⁶ BUCCI, Maria Paula Dallari. “O conceito de política pública em direito”. In “Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico”. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 18-19.

apresentar-se com legislação infraconstitucional cujo fito reside na busca pela efetividade do direito fundamental à saúde.

Todavia, veiculou-se forte celeuma acerca da constitucionalidade da política pública, mormente no que atine ao seu *modus operandi*, que – segundo o Conselho Federal de Medicina – enseja colisão³⁷, com o direito fundamental ao livre exercício da medicina dentro das limitações legais (art. 5º, inciso XIII da CRFB-88 c/c Decreto nº. 20.931 de 1932 e Lei nº. 12.842 de 2013).

Apesar de polêmicos, os três maiores pontos de refuto do programa apresentam justificações jurídico-constitucional e juslaborais que o tornam hígido.

4.1 O intercâmbio médico internacional, dispensa de revalidação de diploma e a oferta de bolsas

Previsto como integrante do “Projeto Mais Médicos para o Brasil”, o intercâmbio médico internacional encontra-se regulado nos artigos 13, inciso II, 16, 17 e 18 da Lei nº. 12.871 de 2.013.

Segundo as diretrizes do programa, só poderá atuar como “médico intercambista” o profissional cuja formação técnico-profissional tenha ocorrido em país cuja demografia médica seja superior aos índice brasileiro (1,8 médicos por habitante). Ademais, sua atuação dar-se-á – estritamente – no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão delimitadas pelo Projeto.

Vale o registro de que, para que tais profissionais possam atuar no programa, arquitetou-se sistema que os situe na realidade das áreas de vulnerabilidade social, integrando-os, ainda, ao conhecimento técnico necessário por meio da concessão de contínuos cursos de formação, de modo a viabilizar não só a aplicação prática dos conhecimentos do médico intercambista, mas, outrossim, formá-lo à luz da formatação teórica nacional, em nítido intercâmbio.

Por tal razão, considerando que: 1) os profissionais selecionados pelo “Mais Médicos” não terão liberdade de atuação, já que – selecionados – só poderão exercer a medicina nas áreas de vulnerabilidade previamente determinadas pelo Ministério da Saúde; 2) haverá capacitação técnico-profissionalizante dos médicos intercambistas, que receberão formação das universidades federais participantes do programa; 3) a efetiva troca de experiências entre os profissionais; 4) que os médicos

³⁷DWORKIN, Ronald. **Levando os direitos a sério**. Traduzido por Nelson Boeira. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

intercambistas, no programa, não ostentam a plena liberdade para o exercício da profissão, e, por fim, que não podem permanecer no quadro de profissionais da política pública pelo prazo superior aos 3 anos, não há razões ontológicas (ou mesmo normativa) para a exigência da revalidação, visto que tal instituto – nos moldes regulados pelo REVALIDA – é destinado àquele que deseja exercer a medicina com plena liberdade e sem restrição temporal.

Logo, considerando que – normativamente – a Lei 12.781 de 2013 ostenta a mesma hierarquia que os pretéritos regramentos da profissão, não há que se falar em vício de legalidade, ou mesmo de constitucionalidade.

Vale ressaltar que, em consonância com o delineamento normativo, a estrutura prevista para o intercâmbio médico internacional apresenta-se como relação de trabalho, teleologicamente alheia da caracterização de qualquer vínculo de emprego, posto que – *in casu* – há finalidade acadêmica de troca de experiências, conhecimento e capacitação. Daí a justificação da concessão de bolsa, qualitativa e quantitativamente distinta da remuneração salarial, cujo montante atual é de R\$10.457,49³⁸. Desta forma, no plano normativo, não há que se falar na configuração da rechaçável “terceirização” de serviços médico em prol do desrespeito à legislação juslaboral. Todavia, será fundamental que – no *iter* executório do política pública – haja rígida avaliação e fiscalização da consecução (ou não) das finalidades educacionais do programa, sob pena de desvirtuamento fático e operacional.

4.2 O trato diferenciado aos Médicos Cubanos

No que tange ao tratamento diferenciado aos médicos oriundos da República de Cuba, tem-se que tal ocorrência dá-se, exclusivamente, em razão das peculiaridades de Estado (e soberania), que englobam o acordo bilateral entre Brasil e Cuba, contemplado fora dos delineamentos legais da Lei 12.871 de 2013. Explica-se.

A cooperação médica internacional é uma realidade ativa em Cuba. Aponta-se que tal movimento humanitário iniciou-se em 1.963, na Argélia, quando para lá foi enviado um grupo para missão médico-humanitária. Desde então, sob à luz da solidariedade internacional, o país concretizou diversas missões humanitárias. Estima-se que cerca de 192 mil médicos cubanos já participaram de aproximadamente 102 missões humanitárias em quatro continentes, sendo que – ao todo – “os médicos

³⁸ Tal lógica é empregada nos programas de residência médica, donde há aprendizagem-trabalho.

cubanos atenderam cerca de 100 milhões de pessoas no mundo e salvaram um milhão de vidas. Ademais, hodiernamente 37.000 médicos colaboradores – formados em Cuba – oferecem seus serviços em 70 nações do Terceiro Mundo”.³⁹

Tais dados evidenciam que a cooperação humanitária em questões sanitárias faz parte da política de estado cubana, e possui princípios informativos, próprios do regime político que lá é difundido. Há, inclusive, o dado de que tal forma de atuação é incorporada – naturalmente – na formação médica dos egressos cubanos, posto que os graduandos não arcam com nenhum custeio pela formação médica, ofertada com gratuidade integral pelo governo.

No Brasil, em específico, o Ministério da Saúde assinou termo de cooperação técnica com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que representa a Organização Mundial de Saúde para as Américas, viabilizando que 4.000 médicos cubanos participem do programa por meio de cooperação técnico-científica. O investimento total, para a concretização de tal acordo, será de R\$ 511 milhões até fevereiro de 2014, montante que será repassado diretamente à OPAS, gestora do acordo, para ulterior repasse à Cuba.

Numa visão globalizada e coerente com a relação entre soberanias, o acordo bilateral – aprovado pela ONU – considerou que o exercício profissional dos médicos cubanos não pode distanciar-se de suas bases estruturantes, avessas à lógica mercadológica do capitalismo.

Por tal razão, os repasses de bolsa e valores são – por mediação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) – dirigidos ao Governo Cubano, que – dentro de sua soberania – retém porcentagem para o custeio de suas políticas públicas, e destina o montante restante à família do médico e ao intercambista, assegurando-se o mínimo existencial digno para ambos. Daí a racionalidade do acordo, compatível com o fito maior do artigo 4º, inciso IX, donde se extrai que em suas relações internacionais, o Brasil terá como princípio a cooperação para o progresso da humanidade.

Em suma, o quadro esquemático abaixo – veiculado pela Organização Mundial de Saúde – evidencia os fatores que favorecem participação dos médicos cubanos na public policy inaugurada pelo “Mais Médicos”⁴⁰.

³⁹ OPERA MUNDI – America Latina. “Cuba ou a globalização da solidariedade: o internacionalismo humanitário”. Disponível em: <http://operamundi.uol.com.br/conteudo/opiniao/29161/cuba+ou+a+globalizacao+da+solidariedade+o+internacionalismo+humanitario+.shtml> Acesso em: 20-12-2013.

⁴⁰ ONU BRASIL. Disponível em: <http://www.onu.org.br/brasil-assina-acordo-com-organizacao-pan-americana-da-saude-para-atrair-medicos-estrangeiros> Acesso em: 01-01-2014.

QUADRO ESQUEMÁTICO 01 – PERFIL DOS MÉDICOS CUBANOS QUE ATUARÃO NOS 701 MUNICÍPIOS QUE NÃO FORAM ESCOLHIDOS POR PROFISSIONAIS BRASILEIROS E ESTRANGEIROS



5 DELINEAMENTOS CONCLUSIVOS

A análise global do programa evidencia que sua construção normativa (nos moldes concebidos pela Medida Provisória nº. 621, e ulteriormente consolidados pela vigente Lei nº. 12.871 de 2.013) caracterizam-se – enquanto *policy* – como laudável resposta ao problema público da saúde, mormente no que tange à atenção básica, sendo que sua exegese – à luz da Constituição da República Federativa do Brasil – evidencia que tal política pública não viola (normativamente) preceitos constitucionais, representando instrumento de atribuição de eficácia social ao direito fundamental à saúde, tratado nos artigos 6º e 196 da Constituição de 1.988, e – outrossim – fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste urdir, vale avivar que o juízo de constitucionalidade ora delineado recai – em exclusivo – sobre o plano de validade da Lei nº. 12.871 de 2013, sendo que nesta seara – como bem expõe Tércio Sampaio Ferraz Jr.⁴¹ – a caracterização da validade da norma legal advém da relação de subordinação aos delineamentos das normas constitucionais. Logo, “[...] validade nada tem a ver com a regularidade empírica dos comportamentos prescritos [...]”, razão pela qual “[...] quando dizemos que

⁴¹ FERRAZ JR., Tércio Sampaio. “A validade das normas jurídicas”. Revista Sequência, nº. 28. Curso de Pós-Graduação em Direito – UFSC, ano 15, junho de 1994, p.72-87.

normas valem, que têm validade, estamos exprimindo relações que não se reduzem a relações com os fatos por elas normados”⁴². Portanto, eventuais desvirtuamentos fáticos de seu *modus operandi* (com a ausência ou insuficiência da capacitação técnico-educacional e configuração de terceirização) podem ensejar vícios hábeis a macular a eficácia da Lei 12.871 de 2013, atingindo – por consequência – seu plano de eficácia (e não validade).

Por tal razão, à luz da tipologia de Gustafsson⁴³, tem-se que o “Programa Mais Médicos” – além de constitucional – é *real*, visto que *policymaker* incorporou a intenção e conhecimento técnico-operacional necessário para resolvê-lo em longo prazo, havendo – na *ratio legis* – “vontade de constituição”⁴⁴.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1.988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 22-12-2013

_____. Lei 11.871 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**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm> Acesso em: 20-12-2013.

BARROSO, Luís Roberto, “**Interpretação e Aplicação da Constituição**”, 4ªed., São Paulo:Saraiva, 2002. p. 26

BREUS, Thiago Lima. “**Políticas Públicas no Estado Constitucional**”. Belo Horizonte: Fórum, 2007.

BUCCI, Maria Paula Dallari. “**O conceito de política pública em direito**”. In “**Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**”. São Paulo: Saraiva, 2006.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Constituição dirigente e vinculação do legislador: contributo para a compreensão das normas programáticas**. Coimbra, 1994 (reimpressão).

⁴² FERRAZ JR., Tércio Sampaio. “**A validade das normas jurídicas**”. Revista Sequência, nº. 28. Curso de Pós-Graduação em Direito – UFSC, ano 15, junho de 1994, p.72-87.

⁴³ GUSTAFSON, F. “**Symbolic and pseudo politics as responses to diffusion of Power**”. In: Policy sciences, v. 15, nº. 3, p. 269-287, 1983, apud SECCHI, Leonardo. “**Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análises, casos práticos**”. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013, p. 29.

⁴⁴ HESSE, Konrad. “**A Força Normativa da Constituição**”. Tradução de Gilmar Ferreira Mendes. Porto Alegre: safe, 1991.

COMPARATO, Fábio Konder. **“Ensaio sobre o Juízo de Constitucionalidade das Políticas públicas.”** Disponível em:
<http://redenep.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/ensaio_sobre_o_juizo_de_constitucionalidade_de_politicas_publicas.pdf> Acesso em 10-12-2013.

“DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL”. Disponível em:
<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=CentroDados&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=4> Acesso em: 25-12-2013.

DWORKIN, Ronald. **“Levando os direitos a sério”**. Traduzido por Nelson Boeira. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

“Estadísticas Sanitarias Mundiales de 2011 e 2012 – Organização Mundial de Saúde”. Disponível em:
<http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf> Acesso em: 10-12-2013.

GARCIA, Benigno Pendas. **“J. BENTHAM: Política y Derecho em los Orígenes del Estado Constitucional”**. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1988.

HÄBERLE, Peter. **Hermenêutica Constitucional. A sociedade Aberta dos Intérpretes da Constituição: contribuição para a interpretação Pluralista e “Procedimental” da Constituição**. Tradução de Gilmar Ferreira Mendes. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1997.

HESSE, Konrad. **“A Força Normativa da Constituição”**. Tradução de Gilmar Ferreira Mendes. Porto Alegre: safE, 1991.

KELSEN, Hans. **“Jurisdição Constitucional”**. 3ª ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2013

MASSA-ARZABE, Patrícia Helena. **“Dimensão jurídica das Políticas Públicas”**. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). **“Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico.”** p. 19. São Paulo: Saraiva, 2006

MENDES, Gilmar; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **“Curso de Direito Constitucional”**. 8ª ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

MENDES, Gilmar Ferreira. **“Controle Abstrato de Constitucionalidade: ADI, ADC e ADO – Comentários à Lei n. 9.868/99”**. São Paulo: Saraiva, 2013.

“Ministério da Saúde – Gabinete de Ministro: “Portaria Interministerial”. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html> Acesso em: 28-11-2013

MIRANDA, Jorge. **“Teoria do Estado e da Constituição”**. Rio de Janeiro: Forense, 2011.

MORAES, Alexandre de. **“Jurisdição Constitucional e Tribunais Constitucionais”**. 2ª ed. São Paulo, Atlas, 2003.

OPAS/OMS assina acordo de cooperação com o Brasil para apoiar “Programa Mais Médicos”. Notícia - Portal OPAS.

Disponível em:

<http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3272:opas-soma-assina-acordo-de-cooperacao-com-o-brasil-para-apoiar-programa-mais-medicos&catid=1274:mais-medicos&Itemid=827> Acesso em: 05-01-2014.

OPERA MUNDI – America Latina. “Cuba ou a globalização da solidariedade: o internacionalismo humanitário”. Disponível em:

<http://operamundi.uol.com.br/conteudo/opinio/29161/cuba+ou+a+globalizacao+da+solidariedade+o+internacionalismo+humanitario+.shtml>> Acesso em: 20-12-2013.

PINTO, Isabela Cardoso de Matos. **“Mudanças nas Políticas Públicas: a perspectiva do ciclo de política”.** In Revista de Políticas Públicas – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão. Disponível em:

<https://www.revistapoliticaspUBLICAS.ufma.br%2Fsite%2Fdownload.php%3Fid_publicacao%3D153&ei=AIrNUuLmPMjO2AWq6YDgCA&usg=AFQjCNHQiGEec59xsxK6PgXukKxBgPB9EQ&sig2=X1M8RzlgCmz-vOkrVP_MsA&bvm=bv.58187178,d.cWc> Acesso em 28-12-2013.

“Portal da Saúde – Mais Médicos beneficiará mais de 212 mil indígenas”.

Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/noticias-mais-medicos/7318->> Acesso em: 06/12/2013

“Portal da Saúde – Programa Mais Médicos”. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos>> Acesso em: 11 de dezembro de 2013.

“Portal da Saúde – SUS”.

Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=11675&codModuloArea=1055&chamada=sobre-o-mais-medicos>> Acesso em 17/09/2013.

“Raio-X da Saúde no Brasil” – Notícia . Portal da Saúde. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5952-diagnostico-da-saude-no-brasil>> Acesso em 31-12-2013.

SECCHI, Leonardo. **“Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análises, casos práticos”.** 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SILVA, José Afonso da. **Aplicabilidade das Normas Constitucionais.** 7ª ed, 2ª tiragem. São Paulo: Malheiros, 2008.

SILVA, Virgílio Afonso da. **O Judiciário e as Políticas Públicas: entre Transformação Social e Obstáculo à Realização dos Direitos Sociais.** In NETO, Cláudio Pereira de Souza; SARMENTO, Daniel. (Orgs.) Direitos Sociais – Fundamentos, Judicialização e Direitos Sociais em Espécie. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

“Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS/IPEA)” Disponível em:
<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf>
Acesso em: 16-12-2013.

Apresentação do Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS). Disponível em:<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110209_sipssaudeppt.ppt>
> Acesso em 22-12-2013