

**O PROGRAMA “MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL” É INCONSTITUCIONAL?
IS THE PROGRAM “MORE DOCTORS FOR BRAZIL” UNCONSTITUTIONAL?**

Vinícius Pacheco Fluminhan¹

José Antonio Remedio²

RESUMO: A implantação do programa denominado “Mais Médicos para o Brasil”, por meio da Medida Provisória n.º 621/13, convertida na Lei n.º 12.871/13, permitiu o ingresso de médicos estrangeiros para atuarem no território nacional e tem gerado bastante polêmica entre o Governo Federal e a classe médica. No âmbito judicial, a polêmica está consubstanciada em duas ações diretas de inconstitucionalidade (ADI’s 5035 e 5037) ajuizadas perante o Supremo Tribunal Federal. O trabalho analisa os argumentos expendidos nas referidas ações quanto aos alegados vícios formais e materiais de inconstitucionalidade. Em seguida, concentra suas reflexões a respeito do polêmico recrutamento de médicos formados no exterior e, com base na precedência do direito fundamental à saúde e na aplicação do princípio da proporcionalidade, conclui pela constitucionalidade dos dispositivos legais impugnados.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde; Universalidade do Direito à Saúde; Acesso Igualitário à Saúde; Princípio da Proporcionalidade; Controle de Constitucionalidade.

¹ Mestre em Direito pela UNIMEP. Graduado em Direito pela PUC-CAMPINAS. Graduado em Filosofia pela UNICAMP. Professor da Universidade Presbiteriana Mackenzie – campus de Campinas. viniciusfluminhan@terra.com.br

² Doutor em Direito do Estado pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP). Mestre em Direito do Estado pela Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP). Professor de Graduação e Pós-graduação (Mestrado) em Direito da Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP). Professor de Graduação em Direito do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). jaremedio@yahoo.com.br

ABSTRACT: The introduction of the program named “More Doctors for Brazil”, through Medida Provisória 621/13 and Lei 12.871/13, allowed the admission of foreign doctors in order to work in national territory and caused a lot of controversy between the Federal Government and Brazilians doctors associations. In judicial terms, the controversy is located at two lawsuits processed in Supremo Tribunal Federal (ADI’s 5035 e 5037). This article analyses the arguments used by both lawsuits related to the aspects that are supposed to have offended the Constitution. After that, concentrate its reflexions on the polemics recruitment of foreign doctors and, based on the precedence of the fundamental right for health as well as the application of principle of the proporcionality, concludes that the federal program obeys the Brazilian Constitution.

KEYWORDS: Public Health System; Universality of the Right to Health; Equal Access to the Right to Health; Principle of Proportionality; Judicial Review.

INTRODUÇÃO

O Estado brasileiro é marcado por inúmeros contrastes, entre os quais se destacam os relacionados com a distribuição de riquezas, a oferta de educação e o oferecimento de saúde para a população. A mais recente polêmica sobre a saúde pública está relacionada ao inovador programa “Mais Médicos para o Brasil”, criado pela Medida Provisória n.º 621/13, convertida na Lei n.º 12.871/13.

De um lado, o Governo Federal alega que o programa atende a parcela da população mais carente de acesso ao SUS (Sistema Único de Saúde). De outro, as entidades que representam a classe médica colocam-se em posição contrária e argumentam que o programa é temerário do ponto de vista da qualidade técnica. Como resultado deste conflito tramitam atualmente no Supremo Tribunal Federal (STF) duas ações diretas de inconstitucionalidade (ADI’s 5035-DF e 5037-DF).

À parte o fato de que a polarização entre o Governo Federal e a classe médica possui um forte viés político, a discussão tem também uma feição jurídica de índole constitucional e como tal pode e merece ser tratada. O SUS foi criado pela Constituição de 1988 e está alicerçado em vários princípios. Assim, é com referência a eles que as reflexões em torno das duas ADI’s devem ser construídas. Não estão em jogo preferências partidárias. Quando a

Constituição criou o SUS trouxe consigo uma série de diretrizes que permitem analisar a controvérsia de forma objetiva.

O presente trabalho não pretende tratar exaustivamente de todos os aspectos das referidas ADI's. Utilizando-se do método hipotético-dedutivo, procurar-se-á, num primeiro momento, de forma breve, analisar as alegações de inconstitucionalidade que se mostram manifestamente infundadas. Em seguida, buscar-se-á focar a enorme polêmica em torno da validação dos diplomas de instituições estrangeiras apresentando, neste aspecto, uma interpretação da Lei n.º 12.871/13 à luz do princípio da proporcionalidade e com apoio em dados estatísticos e históricos do SUS. Por fim, proceder-se-á à elaboração das conclusões decorrentes das análises efetuadas.

1. AÇÕES DIRETAS DE INCONSTITUCIONALIDADE 5035-DF E 5037-DF

Embora tenham sido ajuizadas por entidades diferentes – Associação Médica Brasileira (AMB) e Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados (CNTU) – as ADI's 5035-DF³ e 5037-DF⁴ oferecem impugnações muito semelhantes e permitem uma análise conjunta ao longo da exposição. Ambas têm como objeto a Medida Provisória 621/13, que foi convertida na Lei n.º 12.871/13. A inicial da ADI 5035-DF foi aditada pela autora para incluir como objeto da ação dispositivos legais da Lei 12.871/13, e a ADI 5037-DF foi distribuída junto ao STF por prevenção à ADI 5035-DF.

1.1. Os supostos vícios formais do programa

Do ponto de vista formal, as ADI's 5035-DF e 5037-DF apontam dois vícios. Primeiramente, alega-se que os requisitos constitucionais da *urgência* e *relevância* não foram respeitados para a edição de uma medida provisória, conforme a exigência presente no art. 62, *caput*, CF. Alega-se, ainda, que a MP 621/13 cuidou de matéria reservada à lei ao abordar temas ligados à *nacionalidade* e *cidadania*, desrespeitando assim o disposto no art. 62, §1º, I, “a”, da CF.

³ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade (Medida Cautelar) n. 5035-DF. Ministro Marco Aurélio. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/peticaoInicial/verPeticaoInicial.asp?base=ADIN&s1=5035&processo=5035>. Acesso em 22 jun. 2014.

⁴ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade (Medida Cautelar) n. 5035-DF. Ministro Marco Aurélio. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/peticaoInicial/verPeticaoInicial.asp?base=ADIN&s1=5035&processo=5037>. Acesso em 22 jun. 2014.

No que tange ao primeiro aspecto as alegações não procedem. A edição da MP n.º 621/13 ocorreu em ambiente de manifestações públicas intensas no país, que tiveram em comum a reivindicação por melhorias no SUS. A urgência foi um fato público e notório evidenciado pelo clamor popular nas principais cidades do país em meados de 2013. Já a relevância do tema decorre da própria CF, quando esta afirma no art. 197 que “são de relevância pública as ações e serviços de saúde”, ou seja, as medidas envolvendo o SUS são sempre relevantes por força da própria Carta Magna.

Por outro lado, o juízo político a respeito da necessidade (ou não) de medidas governamentais rápidas pertence à Chefia do Executivo. À exceção de situações teratológicas onde é manifesta a ausência de urgência e relevância, não cabe ao Poder Judiciário interferir nesse juízo de caráter político. A Corte Suprema não ignora que a Chefia do Executivo por vezes utiliza intensamente as medidas provisórias, mas compreende que tal situação se justifica pela própria complexidade do jogo político.

Conforme explanou o Ministro Carlos Veloso, em voto proferido quando do julgamento da ADI-MC 1516-DF, “é preciso que se diga que há excesso de medidas provisórias, e que isso se deve muito mais à vontade política, vamos dizer assim, do Congresso Nacional, de não legislar”, porém, “as acusações ao Poder Executivo, de que ele excede na edição de medidas provisórias, contém um erro na base”, ou seja, é que o Executivo precisa “efetivar o mundo de competências que o Estado intervencionista lhe pôs nas mãos e quer que ele execute e dê eficácia a essas competências”⁵.

No que se refere ao segundo vício formal levantado, as ADI’s parecem estar assentadas em erro conceitual. A MP n.º 621/13 não trata de matéria atinente à *nacionalidade* simplesmente pelo fato de regular situações pontuais do médico estrangeiro. Ela estabelece as condições que ensejam a concessão de visto temporário para o estrangeiro, mas não cria novas regras atinentes à concessão de nacionalidade ao estrangeiro. Aqui reside o erro conceitual.

A nacionalidade é um *status* jurídico que o indivíduo possui conforme o modo de seu vínculo com o Estado. Em face do Estado todo indivíduo ou é nacional ou é estrangeiro. O nacional é o sujeito natural do Estado. O estrangeiro se define por exclusão, ou seja, é aquele que não porta a condição de nacional.⁶

Ora, a MP n.º 621/13 trata o estrangeiro como estrangeiro, e não como nacional. Ela não prevê qualquer mecanismo de naturalização. E quando se refere ao visto temporário para

⁵ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1516-DF. Ministro Sydney Sanches. Brasília: *Diário de Justiça*, 13 ago. 1999, p. 4.

⁶ FERREIRA FILHO, M. G. *Curso de direito constitucional*. 35ª ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 111.

o estrangeiro nada mais faz do que reproduzir uma possibilidade já presente no art. 13, V, combinado com o art. 14 da Lei 6.815/80 (Estatuto do Estrangeiro). Portanto, ela não aborda o tema da nacionalidade.

Não prospera tampouco a tese de que a referida norma cuida de matéria ligada à *cidadania*. É evidente que o termo cidadania pode ter diferentes significados para diferentes campos do conhecimento. No próprio Direito, numa acepção amplíssima, denota o direito à vida digna de todos os habitantes do território estatal, sejam nacionais ou não⁷. Contudo, não é este o sentido do termo cidadania constante no art. 62, § 1º, I, “a”, CF.

A colocação da cidadania pelo constituinte reformador no citado dispositivo tem como perspectiva os direitos políticos, já que cidadão é a pessoa detentora de direitos políticos autorizada a participar do processo governamental, elegendo ou sendo eleito para cargos públicos. É um atributo jurídico-político que o nacional obtém desde o momento em que se torna eleitor.⁸ Este sim é o sentido adequado para o termo cidadania naquele dispositivo constitucional.

É de se observar que ao lado da cidadania (na opção semântica feita acima) estão presentes no mesmo dispositivo, não por acaso, conceitos intimamente relacionados a ela, como nacionalidade, direitos políticos, partidos políticos e direito eleitoral. Portanto, o termo *cidadania* não possui o sentido amplo que as ADI’s pretendem lhe emprestar.

Se o termo tivesse a amplitude que as ADIs defendem, teríamos de admitir, por uma questão de coerência, que as medidas provisórias não se prestam a regular quaisquer aspectos voltados à efetivação dos direitos fundamentais (efetivação esta indispensável para o exercício da cidadania num sentido amplo). Ora, tal conclusão é absurda. Portanto, se ela é absurda, então o termo cidadania logicamente possui diferentes conteúdos semânticos e no caso do art. 62, §1º, I, “c”, CF, é manifesto que tem um significado mais restrito.

Deste modo, fica claro que as limitações impostas pela Constituição Federal ao uso de medidas provisórias têm em vista proibir que elas sejam utilizadas para restringir a participação do cidadão no processo governamental. Ocorre que a MP n.º 621/13 não altera a cidadania nesta perspectiva porque ela não interfere nos direitos políticos. Logo, não há violação ao art. 62, §1º, I, “a”, CF. As ADI’s 5035-DF e 5037-DF simplesmente confundem os conceitos de cidadania e nacionalidade.

1.2. Os supostos vícios materiais no programa

⁷ GOMES, J. J. *Direito Eleitoral*. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2011, p. 06.

⁸ SILVA, J. A. *Curso de direito constitucional positivo*. 33ª ed. São Paulo: Malheiros, 2010, p. 347

Em relação às supostas violações materiais da Carta Constitucional pela MP n.º 621/13 e pela Lei n.º 12.871/13, encontramos nas ADI's 5035-DF e 5037-DF, numa apertada síntese, quatro aspectos merecedores de destaque. Alega-se que as normas do programa violam o princípio do concurso público (arts. 37, II e 39), o princípio da liberdade do trabalho (art. 5º, XIII), a autonomia universitária (art. 207) e o uso do vernáculo pela administração pública (art. 13). Todavia, tais alegações expendidas nas ADI's são infundadas.

De início, cumpre-nos ressaltar que o programa “Mais Médicos para o Brasil” possui vários objetivos e, dentre eles, estão o aumento da oferta de médicos no país e o treinamento desses profissionais para o atendimento básico da população. Uma das ideias centrais do projeto é proporcionar a médicos brasileiros ou estrangeiros, formados ou não no Brasil, um curso de especialização envolvendo atividades de ensino, pesquisa e extensão.

Por isso, os médicos participantes do programa trabalham na rede pública do SUS e ao mesmo tempo devem ser acompanhados por instituições de ensino superior que lhes oferecem suporte técnico. Por tais razões, prestam o serviço e recebem uma bolsa como contrapartida. Os médicos participantes treinam em serviço sob a supervisão de outros médicos altamente qualificados e procuram colocar em prática as técnicas voltadas para a *Saúde da Família e Comunidade*, uma estratégia de ação preventiva e universalizante do atendimento básico.

A denominada *Saúde da Família e Comunidade* é uma das várias especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica.

De outra banda, por definição legal, a tradicional *Residência Médica* constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional (art. 1º, *caput*, da Lei 6.932/81).

Ora, tomando-se por base a definição legal de residência médica e comparando-a com os objetivos e as ferramentas previstas na MP n.º 621/13 e na Lei n.º 12.871/13, é de se concluir que os dois programas de formação médica são muito semelhantes. Assim, se o programa ‘Mais Médicos para o Brasil’ funciona de forma similar a uma Residência Médica, não há que se falar em cargos públicos sendo preenchidos sem a realização de concursos públicos. O que se tem, em verdade, são médicos bolsistas em formação acadêmica e profissional.

Não há que se falar tampouco em fraude à legislação trabalhista. Se na Residência Médica não existe vínculo empregatício, por que num programa semelhante a ela esse vínculo haveria de existir? O provérbio latino *ubi eadem legis ratio ibi eadem legis dispositio* (“onde existe a mesma razão fundamental prevalece a mesma regra de Direito”) indica os caminhos para uma boa hermenêutica. Se a configuração dos dois programas de formação é semelhante, então suas regras também devem ser. Portanto, não nos parece haver violação aos arts. 37, IX e 39 da Constituição.

Quanto à alegada violação à liberdade de trabalho, as ADI’s se referem à mudança na grade curricular do curso de medicina provocada pelo art. 4º da MP n.º 621/13. Segundo a proposta inicial da Chefia do Executivo, os cursos passariam a ter oito anos de duração ao invés dos atuais seis anos. Os dois anos finais seriam obrigatoriamente dedicados a serviços prestados exclusivamente ao SUS pelo aluno, mediante pagamento de bolsa, de modo que o biênio constituísse requisito necessário para a expedição de diploma ao médico.

Todavia, o dispositivo que previa tal mudança na grade curricular não consta no texto da Lei n.º 12.871/13. A conversão feita pelo Congresso Nacional encampa outra proposta. Ao invés de estender o curso de medicina por mais dois anos, optou-se por tornar obrigatório a qualquer programa de Residência Médica que ao menos o seu primeiro ano seja dedicado integralmente à Saúde da Família e Comunidade.

Houve apenas uma adaptação dos programas de Residência Médica para que se tenha no país uma formação mais sólida de médicos generalistas, ou seja, profissionais que sejam capazes de atuar no atendimento básico à população no ambiente do SUS. A especialidade denominada Saúde da Família e Comunidade é ainda carente de profissionais, embora seja a mais apta a universalizar o atendimento básico.

Por essa razão, a adaptação das residências médicas feita pela Lei n.º 12.871/13 apenas expressa o dever que o Estado Brasileiro possui de canalizar a formação dos médicos para uma área específica que é desamparada, embora seja essencial do ponto de vista das melhores estratégias para uma boa saúde pública. Portanto, não há que se falar em violação à liberdade do trabalho.

Nesta linha, como não houve alteração da grade curricular do curso de medicina pela Lei n.º 12.871/13 cai por terra a alegada violação à autonomia universitária. A mudança na redação do texto normativo tornou sem efeito o argumento de que os Ministérios da Saúde e da Educação estariam invadindo as prerrogativas das universidades garantidas pelo art. 207, CF, combinado com a Lei 9.394/96 (Lei de Diretrizes Básicas).

Por fim, quanto à suposta violação ao art. 13 da Lei Maior, que adota o vernáculo como idioma oficial do Estado Brasileiro, as ADI's também não merecem prosperar. Tal pleito é manifestamente infundado porque tanto o art. 9º, § 1º, III da MP 621/13, quanto o art. 15, §1º, III da Lei 12.871/13, exigem como requisito para a atuação do médico intercambista o conhecimento da língua portuguesa.

Existe, entretanto, um vício material específico formulado nas ADI's, consubstanciado na revalidação de diploma estrangeiro, cujo tratamento merece análise em tópico exclusivo.

2. A POLÊMICA DISPENSA DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMA ESTRANGEIRO

2.1. Colocação do problema

Se nos tópicos anteriores a ausência de vícios constitucionais do programa 'Mais Médicos para o Brasil' parece evidente, o mesmo não se pode dizer da polêmica dispensa de revalidação do diploma dos médicos formados no exterior. A dispensa tem sido sustentada pelo Governo Federal como legítima, mas sofre duras críticas da classe médica e é objeto de impugnação nas referidas ADI's.

Conforme se observa na MP n.º 621/13 e na Lei n.º 12.871/13, o programa envolve o recrutamento de médicos formados em instituição de educação superior brasileira; médicos formados em instituição estrangeira e com diploma revalidado; e por fim, médicos formados em instituição estrangeira sem o diploma revalidado, mas com habilitação para o exercício da medicina no país de origem. Os dois primeiros grupos são denominados “médicos participantes” e o último grupo reúne os denominados “médicos intercambistas”.

A polêmica gira em torno do art. 9º, § 1º da MP n.º 621/13, que corresponde ao art. 15, § 1º da Lei n.º 12.871/13, posto que ambos permitem a atuação profissional dos médicos intercambistas no Brasil mesmo sem a revalidação do diploma. O art. 15, §1º, I e II da referida lei estatui que 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, apresentar diploma expedido por instituição de educação superior estrangeira (inciso I) e apresentar habilitação para o exercício da Medicina no país de sua formação (inciso II)⁹.

⁹ BRASIL. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em 10 jul. 2014.

As entidades que representam a classe médica no Brasil alegam que o projeto ofende a Constituição Federal quando esta exige qualificação profissional para o exercício de profissões regulamentadas. As ADI's sustentam que o programa contraria a obrigação que o Conselho Federal de Medicina possui de regulamentar e fiscalizar o exercício da profissão, como garantem o art. 5º, XIII, CF e a Lei 3.268/57.

Por definição legal, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e os respectivos Conselhos Regionais constituem em seu conjunto uma autarquia responsável pela supervisão ética da atividade médica bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão. Em razão de sua missão institucional, o CFM já manifestava preocupação com o nível de qualidade de alguns cursos de medicina no exterior antes mesmo da edição da MP n.º 621/13.

Após a padronização do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas mediante a Portaria Interministerial MEC/MS n.º 278, de 17 de março de 2011, o CFM tem lutado até hoje para que o referido exame seja instituído por lei. A propósito, tramita no Congresso Nacional o Projeto de Lei do Senado n.º 138/2012, de autoria do senador Paulo Davim.

Existe uma grande preocupação com os diplomados no exterior porque ao lado das instituições idôneas que oferecem bons cursos de medicina, outras recebem duras críticas no seu próprio país de origem. Nesse sentido, o caso da Bolívia é bastante emblemático, porque apenas em Santa Cruz de la Sierra estudam aproximadamente 10.000 brasileiros, distribuídos em cinco universidades privadas, todas elas acusadas de não terem limite de vagas, de não oferecerem a prática médica em hospital-escola e de não escolherem adequadamente o corpo docente.¹⁰ Por isso, as entidades que representam a classe médica entendem ser imprescindível ao bom exercício da profissão que o médico formado fora do Brasil se submeta a exame que certifique sua habilitação.

Eis a razão pela qual as entidades que ajuizaram as ADI's não admitem a dispensa do Revalida aos médicos intercambistas. Alegam, neste sentido, que a MP n.º 621/13 e a Lei n.º 12.871/13 andam na contramão de toda a cautela recém-criada pelo MEC e MS em revalidar os diplomas no Brasil mediante exame após intensa reivindicação do CFM. É de se observar, a propósito, que o índice de aprovação do Revalida desde 2011 não ultrapassa 10%.¹¹

Considerando que os médicos intercambistas formam a maioria do quadro de profissionais recrutados pelo programa “Mais Médicos para o Brasil”, podemos então formular o problema de política pública que envolve as ADI's 5035-DF e 5037-DF. Se o

¹⁰ CREMESP. *Revista Ser Médico*, São Paulo, n.º 61, p. 22-23, out./dez. 2012.

¹¹ CREMESP. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, n.º 309, p. 12, nov. 2013.

Revalida não fosse dispensado, o país teria menos médicos prestando serviços aos SUS no regime de intercâmbio; se fosse dispensado, a equação se inverteria.

Em termos jurídicos, pode-se formular o problema da seguinte forma: o art. 5º, XIII da Constituição sobrepõe-se ao direito fundamental à saúde previsto no seu art. 196? Essa seria a solução mais razoável para o conflito entre as referidas normas constitucionais? Vejamos alguns dados sobre a saúde no Brasil para uma ponderação mais lúcida.

2.2. As tristes estatísticas da saúde no Brasil

Conforme se observa na Exposição de Motivos da MP n.º 621/13, a decisão do Governo Federal em recrutar médicos para o atendimento básico da população é fruto da baixa oferta desses profissionais no Brasil. Embora a razão médico/habitante não seja, por si só, um indicador adequado para mensurar a qualidade da saúde da população, ele não deixa de ser um indicador importante para orientar as políticas públicas na área.¹²

Segundo dados do CFM e dos Conselhos Regionais, coletados no final de 2011, o Brasil contava ao todo naquele ano com 371.788 médicos em atividade e apresentava uma razão de 1,95 médicos para cada 1.000 habitantes.¹³ À parte toda a controvérsia a respeito de qual seria a razão ideal de médico por habitante, a distribuição desses profissionais no Brasil obedece a uma lógica cruel tanto do ponto de vista geográfico quanto sócio-econômico.

Enquanto nas regiões Sudeste e Sul a razão médico/habitante é de 2,61 e 2,03, respectivamente, nas regiões Norte e Nordeste cai para 0,98 e 1,19, respectivamente.¹⁴ Trata-se de uma triste estatística porque revela um país bem dividido. Onde há mais riqueza há mais médicos; onde há mais pobreza há menos médicos.

De outra banda, ao mapear os postos de trabalho ocupados por médicos nos estabelecimentos de saúde públicos e privados, o CFM aponta uma distribuição ainda mais excludente, pois os 46.634.678 usuários de planos privados de saúde têm à sua disposição 354.536 postos de trabalho, ao passo que os 144.098.016 usuários do SUS têm à sua disposição apenas 281.481 postos de trabalho.¹⁵

Em suma, mais de 2/3 da população dependem exclusivamente do SUS e contam com uma rede de atendimento bem menor do que aquela colocada à disposição de menos de 1/3 da

¹² SCHEFFER, M. *Demografia Médica no Brasil*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2011, p. 14.

¹³ SCHEFFER, 2011, p. 28-29.

¹⁴ SCHEFFER, 2011, p. 29-30.

¹⁵ SCHEFFER, 2011, p. 39-40.

população, ou seja, existe no Brasil um número grande de médicos que atende poucas pessoas (na rede privada) e muitas pessoas que são atendidas por poucos médicos (na rede pública). Inquestionável, assim, a enorme e injusta carência de médicos no SUS.

2.3. Antecedentes históricos e princípios constitucionais do SUS

Quando se fala em carência de médicos no sistema público de saúde urge lembrar os pressupostos históricos de construção do SUS e os princípios que devem ser respeitados pelo Estado na gestão da saúde. Esse quadro triste apontado pelas estatísticas acima se deve a alguma falha histórica daqueles que idealizaram o sistema? Seria falha da Constituição de 1988? Ou seria talvez um erro do nosso presente?

A ideia de um sistema único (e público) de saúde nasceu já nos anos 1970 e ganhou força com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, evento cujo tema foi “Saúde na Constituição”. A sua importância pode ser medida pelo próprio discurso de abertura do então Presidente José Sarney, para quem a 8ª CNS deveria constituir-se “numa verdadeira pré-constituente da Saúde”.¹⁶

No relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde encontra-se o registro de compromisso com a universalização do acesso à saúde. Conforme consta do referido documento, a partir daquele momento deveria ser deflagrada uma campanha nacional em defesa do direito universal à saúde, para que se inscrevesse na futura Constituição a garantia da extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional.¹⁷

A história mostrou que o ex-Presidente José Sarney estava certo. As principais conclusões do encontro foram posteriormente plasmadas no texto da Constituição Federal de 1988. A ideia de universalidade de acesso é uma delas e está estampada não só de forma genérica para toda a Seguridade Social (art. 194, parágrafo único, I) como também de forma específica para a Saúde (art. 196).

Essa ênfase do constituinte retrata a vontade de romper com o modelo que vigorava até 1988, dentro do qual apenas os trabalhadores com vínculo formal e seus dependentes

¹⁶ RODRIGUEZ NETO, *Saúde. Promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 53.

¹⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde*, 1986. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 21 jun 2014.

tenham acesso aos serviços de saúde. A Constituição de 1988 ecoa os debates da 8ª CNS e estabelece a universalização do acesso à saúde como meta do Estado.

A igualdade no acesso, também mencionada no documento da 8ª CNS, caminha lado a lado com a universalidade porque esta é logicamente uma forma de igualdade. Permitir o acesso à saúde para todos é tratar a todos igualmente. O acesso igualitário significa, pois, que todos os usuários devem ter acesso aos mesmos bens, serviços e benefícios, sem distinções ou privilégios.¹⁸

Neste sentido, se existe atendimento básico em determinada comunidade ou município, o mesmo deve ocorrer em outra comunidade, em outro município, e assim por diante, respeitadas as carências específicas de cada região. A Constituição Federal não admite privilégios regionais ou sócio-econômicos. Deve haver oferta de serviços básicos de saúde para o cidadão rico e para o pobre. Esses valores estão inscritos de forma cristalina na Carta Constitucional.

2.4. Princípio da proporcionalidade: qual é o menor ônus?

A dispensa do Revalida para os médicos intercambistas promove um conflito entre dispositivos constitucionais. A Constituição garante o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, mas faltam médicos para que este objetivo seja atingido. Por outro lado, para suprir a falta de médicos a MP n.º 621/13 e a Lei n.º 12.871/13 não exigem exame para que a habilitação do médico intercambista seja certificada, pois se assim o fizesse provavelmente o recrutamento de médicos formados no exterior não obteria tanto êxito.

O direito à saúde é considerado pela Constituição como fundamental. Encontra-se amparado pelos arts. 6º e 196. Mas também é direito fundamental do cidadão, garantido pelo art. 5º, XIII, ser atendido por profissionais que demonstrem habilidade técnica aos entes estatais que fiscalizam o exercício de profissões regulamentadas. Que norma constitucional tem preponderância neste choque? Qual deve ceder? Vejamos.

O direito à saúde pode ser classificado como direito de segunda dimensão ou geração, em evolução do Estado Social de Direito, “permitindo a positivação de direitos fundamentais sociais para desfazer as desigualdades sociais e econômicas agravadas com o passar dos

¹⁸ FLUMINHAN, V. P. *Sus versus Tribunais: limites e possibilidades para uma intervenção judicial legítima*. Curitiba: Juruá, 2014, p. 141.

anos”, sendo amparável, inclusive, tanto por instrumentos de tutela individual como de tutela coletiva.¹⁹

Por ser considerado um direito social fundamental, havendo dúvidas quanto à aplicação das normas, sempre deve prevalecer a interpretação que atribua maior eficácia aos direitos fundamentais.²⁰

Um dos cânones da hermenêutica constitucional para a solução deste tipo de conflito é a denominada concordância prática entre os dispositivos colidentes. Segundo este cânone, deve o intérprete confrontar os bens e valores jurídicos que estão em conflito, e assim estabelecer no caso concreto qual ou quais dos valores deve(m) prevalecer sem que haja sacrifício total de uns em benefício dos outros.²¹

A exigência desta harmonização, segundo a hermenêutica constitucional, conduz o intérprete ao princípio da proporcionalidade. Embora não previsto expressamente na Constituição Federal, o princípio da proporcionalidade exige do Poder Público “adequação entre meios e fins, sacrificando o mínimo para a obtenção do máximo de direitos, sendo vedada a imposição de obrigações, restrições e sanções em medida superior àquelas estritamente necessárias ao atendimento do interesse público”.²²

A proporcionalidade consiste numa ferramenta hábil para as questões envolvendo conflitos entre normas constitucionais e tem aplicabilidade amplamente reconhecida pela doutrina e a jurisprudência. Para o STF, o princípio da proporcionalidade qualifica-se, enquanto coeficiente de aferição da razoabilidade dos atos estatais, como postulado básico de contenção dos excessos de poder, extraindo sua justificação dogmática de diversas cláusulas constitucionais, já que no Estado Democrático de Direito a proporcionalidade é ínsita à própria lei.²³

Amparado por doutrinadores alemães, Dimitri Dimoulis e Leonador Martins entendem que o exame de proporcionalidade deve ser realizado em quatro passos sucessivos. Em primeiro lugar, deve ser avaliada a licitude do propósito da medida estatal na área de proteção do direito fundamental atingido. Não pode haver proibição da Carta quanto ao objetivo proposto. O segundo passo é a avaliação da idoneidade do meio empregado, ou seja, o meio

¹⁹ REMÉDIO, J. A.; MENOZZI JUNIOR, M. Proteção ao direito social da saúde por meio da implementação de políticas públicas e da tutela coletiva. *Revista Jurídica Direito & Paz*, 2º sem. 2011, n. 25, p. 17 e 29.

²⁰ CANOTILHO, J. J. G. *Direito constitucional*. Coimbra: Almedina, 1992, p. 508.

²¹ GUERRA FILHO, W. S. *Hermenêutica constitucional, direitos fundamentais e princípio da proporcionalidade “in” Hermenêutica Plural*. São Paulo: Martins Fontes, 2002, p. 404.

²² REMÉDIO, J. A. *Direito administrativo*. São Paulo: Verbatim, 2012, p. 74.

²³ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 2213-DF. Ministro Celso de Mello. Brasília: *Diário de Justiça*, 23 abr. 2004, p. 7.

em si considerado também não pode ser reprovado pelo ordenamento. No terceiro passo, deve-se avaliar a relação de adequação entre o propósito perseguido pela medida estatal e o meio idôneo empregado, ou seja, a utilização do meio deve ser idônea para que se alcance o fim desejado. Como último passo, deve-se verificar a necessidade do meio utilizado avaliando se não existe outro meio menos gravoso e de eficácia semelhante²⁴. Vejamos agora a aplicação da proporcionalidade para o problema colocado.

É evidente que o propósito do programa ‘Mais Médicos para o Brasil’ tem o respaldo da Constituição Federal, pois o art. 194, parágrafo único, inciso I, estabelece a universalização de cobertura e atendimento da seguridade social. No caso da saúde pública, a meta de universalização recebeu ênfase do constituinte porque foi inscrita em dispositivo próprio (art. 196). Tem-se claramente presente a licitude do propósito almejado pela MP n.º 621/13 e Lei n.º 12.871/13.

Quanto ao meio empregado pelo legislador, é também claro que não há proibição expressa da Constituição Federal para a contratação de profissionais estrangeiros. Pelo contrário, o art. 37, I da Carta Magna delega para a legislação infraconstitucional a estipulação dos critérios para a contratação, mas não a desautoriza aprioristicamente. Em se tratando de profissões regulamentadas o argumento é o mesmo, pois o art. 5º, XIII da Lei Maior delega à legislação infraconstitucional a estipulação dos requisitos exigidos para o exercício de determinada profissão, conforme se observa na parte final do dispositivo (“atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer”).

De acordo com o STF, no âmbito do modelo de reserva legal qualificada presente na disposição do art. 5º, XIII, da CF/88, “paira uma imanente questão constitucional quanto à razoabilidade e proporcionalidade das leis restritivas, especificamente, das leis que disciplinam as qualificações profissionais como condicionantes do livre exercício das profissões”²⁵. Desta forma, tem-se presente também a licitude do meio empregado para se buscar a universalização da saúde por meio da MP n.º 621/13 e Lei n.º 12.871/13.

Ainda quanto ao meio empregado, há que se indagar: é adequado para os fins propostos? Esta questão é crucial porque traz no seu bojo a polêmica retratada acima: é idônea a dispensa do Revalida para o recrutamento de médicos intercambistas? O recrutamento de

²⁴ DIMOULIS, D.; MARTINS, L. *Teoria Geral dos Direitos Fundamentais*. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2012, p. 188-202.

²⁵ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário n. 511961-SP. Ministro Gilmar Mendes. Brasília: *DJe*, 13 nov. 2009. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/visualizarEmenta.asp?s1=000163578&base=baseAcordaos>. Acesso em 6 jul. 2014.

médicos formados no exterior sem exame de revalidação garantiria verdadeiramente a universalização da saúde? Estaria presente o requisito da adequação?

Em princípio, parece atentar contra a boa prática médica que os egressos das escolas de medicina no exterior exerçam suas atividades profissionais no Brasil sem um exame prévio de suas habilidades técnicas. E o mesmo se poderia dizer dos egressos das escolas de medicina no próprio país. Afinal, o cidadão deve ter a garantia de que os profissionais habilitados nos Conselhos Regionais de Medicina estão realmente aptos para o exercício da profissão. Todos deveriam passar por um exame final. Mas infelizmente não é isso que acontece no Brasil.

Os médicos que obtêm diploma no Brasil estão autorizados a exercer a profissão mediante simples inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina. Não existe um exame que certifique a aptidão do recém-formado como pré-requisito para o exercício da profissão. No Estado de São Paulo, isoladamente, tem ocorrido uma tentativa de avaliar o nível dos egressos do curso de medicina por iniciativa do CRM local, mas o exame não carrega o status de *conditio sine qua non* para o exercício da profissão. O exame do CREMESP foi criado em 2005 como facultativo aos graduados e passou a ser obrigatório a partir de 2011. Ele é obrigatório para a inscrição no órgão de classe, mas não é pré-requisito para o exercício da profissão. Até o presente momento, o CREMESP é o único Conselho Regional que adota um exame desta natureza.

Trata-se de uma falha lamentável dos órgãos representativos da classe médica e os números dos exames do CREMESP demonstram isso, pois os índices de reprovação em 2011, 2012 e 2013 foram de 45,69%, 54,50% e 59,20%, respectivamente.²⁶ Portanto, mais da metade dos médicos formados no Estado de São Paulo não está apta a exercer a medicina, Segundo a própria entidade, muitos participantes do exame em 2013 “demonstraram desconhecer o diagnóstico ou tratamento adequado de situações comuns e problemas de saúde frequentes, como pneumonia, tuberculose, hipertensão, atendimento em pronto-socorro, dentre outros”.²⁷

Como a aprovação no exame não é pré-requisito para o exercício da medicina, os quase 60% de recém-formados no Estado de São Paulo estão habilitados para a prática médica embora, com base nos dados citados acima, não tenham condição de fazer diagnóstico de doenças comuns. Ora, se esses profissionais estão praticando a medicina não obstante suas

²⁶ CREMESP. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, n.º 311, p. 8-9, jan./fev. 2014.

²⁷ CREMESP. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, n.º 311, p. 9, jan./fev. 2014.

limitações técnicas, por que com os médicos formados no exterior não se poderia permitir o mesmo?

Não se trata de fazer uma equalização por baixo – questão, aliás, que merece mais atenção do MEC e não deixa de ser lamentável – mas simplesmente de coerência no tratamento jurídico da polêmica envolvendo a dispensa do Revalida. Se os médicos formados no Estado de São Paulo, cuja avaliação foi considerada insuficiente pelo CREMESP, são considerados “aptos” para o exercício da medicina, afigura-se razoável aceitar que o mesmo tratamento seja estendido aos médicos intercambistas.

Não parece correto que o SUS permaneça carente de médicos com o pretexto de desconhecimento técnico dos intercambistas, quando, por outro lado, os médicos formados no Estado de São Paulo em 2011, 2012 e 2013, que já estão atuando profissionalmente, sofrem do mesmo mal. Ou todos estão inaptos ou todos estão aptos. Neste sentido, a tentativa de exclusão dos intercambistas por meio das ADI’s é absolutamente incoerente.

De qualquer forma, é mister lembrar que o programa ‘Mais Médicos para o Brasil’ tem como propósito oferecer ao médico intercambista um treinamento em serviço, pois seu trabalho está inserido num curso de especialização vinculado a instituição pública de educação superior, mediante supervisão de médicos supervisores e tutores, conforme preveem os arts. 14 e 15 da Lei n.º 12.871/13.

Trata-se de um regime de trabalho mesclado ao aperfeiçoamento acadêmico, ou seja, os médicos intercambistas devem ser assistidos por outros profissionais de forma semelhante a uma residência médica. Portanto, não há como sustentar que o meio empregado pelas normas impugnadas nas ADI’s é inadequado.

Resta perquirir agora se o meio empregado pelo legislador é realmente necessário. Segundo Dimoulis e Martins, o intérprete deve analisar se não há outro meio (alternativo) que o Estado possa utilizar que satisfaça duas condições: (1) que seja menos gravoso para o titular do direito fundamental; (2) que proporcione eficácia semelhante ao direito fundamental protegido²⁸.

O SUS tem sido construído aos poucos pelo Estado Brasileiro. Trata-se de um sistema gigantesco e altamente complexo para a administração pública. A formação de quadros permanentes de profissionais bem remunerados é um requisito básico para o sucesso do sistema, mas isso não se constrói no curto prazo e com recursos financeiros escassos.

²⁸ DIMOULIS; MARTINS, 2012, p. 201-202.

Por outro lado, a necessidade de ampliação de médicos e hospitais no SUS é premente. As estatísticas do próprio Conselho Federal de Medicina demonstram que a distribuição desses profissionais no país é extremamente injusta. A grande maioria da população é pobre e tem sofrido com essa distribuição injusta de médicos há décadas. O grito por melhorias no SUS ecoou pelo país através de manifestações populares maciças em 2013.

Haveria outro meio menos gravoso e de eficácia semelhante para o titular do direito fundamental à saúde? As ADI's parecem supor que o número de médicos em atuação no Brasil seria suficiente para atender toda a população. Parecem supor, ademais, que com os mesmos recursos financeiros seria possível fazer o recrutamento desses profissionais para trabalhar em qualquer local do país. E mais, parecem supor também que entre a população ter o atendimento do médico intercambista e não ter atendimento algum por conta da baixa qualidade profissional, esta segunda hipótese seria mais razoável.

Não se nega que a implantação do programa 'Mais Médicos para o Brasil' expõe a falta de efetivo planejamento governamental no sentido de implementar políticas públicas que efetivamente solucionem o problema da saúde no Brasil, mas também não é menos verdadeiro que o programa, ao menos, irá minorar as agruras daqueles que mais necessitam de médicos e a eles não possuem acesso.

É evidente, conforme Leticia de Oliveira e Thiago de Melo, que todos querem profissionais de qualidade e aprovam a adoção de procedimentos que possam aferir a qualidade individual. Todavia, tal postura não pode ser obstáculo para a fixação de profissionais em locais mais carentes. A importação de médicos estrangeiros para o Brasil é uma medida paliativa para a insuficiência de médicos em determinadas regiões do país e, embora não vá resolver totalmente o problema, ao menos poderá amenizar a crise no setor da saúde.²⁹

Diante desse quadro, não nos parece razoável prorrogar a tomada de medidas urgentes para a melhoria do SUS, ainda que tais medidas sejam provisórias e paliativas, pois não existe alternativa conhecida, no curto prazo, com eficácia semelhante. De imediato, entre a omissão quase total de atendimento médico e o atendimento feito por médicos intercambistas, esta segunda hipótese nos parece a melhor alternativa. Portanto, é possível afirmar que a MP n.º 621/13 e a Lei n.º 12.871/13 passam pelo crivo da proporcionalidade.

²⁹ OLIVEIRA, L. M. de; MELO, T. C. de. *Aspectos gerais sobre as políticas públicas de contratação de médicos estrangeiros para o programa mais médicos à luz do princípio da dignidade da pessoa humana e do direito à saúde*. Livro de Direitos Sociais e Políticas Públicas do XXII CONPEDI. São Paulo: Funjab, 2013, p. 120.

CONCLUSÃO

A questão colocada no título do presente artigo deve ser respondida negativamente, pois em relação aos tópicos aqui abordados as análises que foram feitas apontam para a ausência de vícios de constitucionalidade no programa “Mais Médicos para o Brasil”.

Do ponto de vista formal, não houve violação ao art. 62, caput e §1º, I, “c”, CF. Do ponto de vista material, dada a semelhança do programa com a tradicional residência médica não há sequer indício de violação aos arts. 37, II e 39, CF. Além disso, em função das adaptações feitas pela Lei 12.871/13 quanto à formação médica – alterando substancialmente neste aspecto os termos da MP 621/13 – também não há que se falar em violação à liberdade de trabalho prevista no art. 5º, XIII, CF. Por consequência, estando as universidades preservadas na sua autonomia acadêmica, permanece íntegro o art. 207 da Carta.

A polêmica dispensa do exame de validação dos diplomas expedidos por instituições estrangeiras, num primeiro momento, coloca em suspeita a legitimidade do exercício profissional dos denominados *médicos intercambistas* no programa criado pelo Governo Federal. Todavia, as estatísticas da saúde no Brasil apontam que 2/3 dos médicos no país atendem apenas 1/3 da população, no âmbito da saúde suplementar, enquanto 2/3 da população é atendida por apenas 1/3 dos médicos no âmbito do SUS. Em suma, há boa oferta de médico para o rico e pouca (ou nenhuma) oferta de médico para o pobre.

Esse quadro contrasta fortemente com todo o ideário projetado pela Constituição Federal, já que desde os trabalhos preparatórios da assembleia constituinte o país já havia firmado o compromisso de universalizar o acesso aos serviços de saúde. Não por acaso tal compromisso veio plasmado em seus arts. 194, parágrafo único, inciso I e 196.

Ora, o recrutamento de médicos intercambistas, em caráter provisório, para suprir as carências momentâneas de médicos no Brasil parece ser a única medida eficaz em curto prazo. Se não existe número de médicos suficientes no país e a má distribuição deles pelo território nacional depende de um planejamento mais prolongado (com criação de carreiras específicas e bem remuneradas), algo que inclusive implicará num custo mais elevado, então é preciso admitir que a chegada dos intercambistas, ainda que com a dispensa do Revalida, é um meio idôneo e eficaz para a implementação imediata da tão esperada universalização do acesso à saúde.

As críticas dirigidas à qualidade técnica desses profissionais, calcadas no art. 5º, XIII, CF e na Lei 3.268/57, não se sustentam. Em primeiro lugar, porque tais profissionais estão em processo de formação e devem ser acompanhados por outros médicos qualificados. Em

segundo lugar, porque se tal argumento for levado às últimas consequências, boa parte dos médicos formados no Brasil também não poderia exercer a medicina, a exemplo do que ocorre no Estado de São Paulo, onde mais da metade dos egressos das escolas não consegue êxito no exame que vem sendo aplicado pelo CREMESP desde 2011.

Com apoio no princípio da proporcionalidade tem-se como resultado hermenêutico a legitimidade das normas acima analisadas. Por uma questão de coerência e visando preservar o direito fundamental à saúde, é evidente que este último deve prevalecer no conflito entre os arts. 5º, XIII e 196 da Constituição. Em primeiro lugar, porque os objetivos do programa ‘Mais Médicos para o Brasil’ têm guarida constitucional (universalização do acesso à saúde). Em segundo lugar, porque os meios escolhidos pelo legislador são lícitos (contratação de profissionais estrangeiros). Em terceiro lugar, porque há adequação entre os meios escolhidos e os fins perseguidos pelo programa. Por derradeiro, não existe qualquer perspectiva de medida alternativa com eficácia semelhante no curto prazo.

Com efeito, a invalidação das normas impugnadas junto ao STF levaria à continuidade de um sistema de saúde injusto e excludente. Certamente milhões de brasileiros que até então não tinham médicos à sua disposição permaneceriam sem qualquer tipo de atendimento por pelo menos alguns anos. Por isso, além do recrutamento de médicos intercambistas ser uma alternativa eficaz para resolver de forma urgente, ainda que provisória, o problema de acesso aos serviços básicos de saúde, é por demais evidente que entre oferecer tais médicos à população e não oferecer serviço algum, a MP 612/13 e a Lei 12.871/13 são tentativas que maximizam o direito fundamental à saúde para suprir uma omissão histórica do Estado Brasileiro.

Não parece razoável, apenas pelo pretexto da baixa qualidade técnica dos médicos intercambistas, que a população mais pobre do país permaneça convivendo com a omissão do Estado na oferta de serviços de saúde, enquanto a população mais rica tem à sua disposição um grande número de médicos, dentre eles muitos que também possuem baixa qualidade técnica. Por essas razões, resta demonstrado que as ações diretas de inconstitucionalidade 5305-DF e 5307-DF não merecem acolhimento no Supremo Tribunal Federal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em 10 jul. 2014.

_____. Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L3268.htm. Acesso em 8 jul. 2014.

_____. Lei n. 6.815, de 19 de agosto de 1980. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6815.htm. Acesso em 8 jul. 2014.

_____. Lei n. 6.932, de 7 de julho de 1981. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6932.htm. Acesso em 8 jul. 2014.

_____. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm. Acesso em 8 jul. 2014._____

_____. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em 10 jul. 2014.

_____. Medida Provisória n. 621, de 8 de julho de 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2013/Mpv/mpv621.htm. Acesso em 8 jul. 2014.

_____. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade (Medida Cautelar) n. 5035-DF. Ministro Marco Aurélio. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/peticaoInicial/verPeticaoInicial.asp?base=ADIN&s1=5035&processo=5035>. Acesso em 22 jun. 2014.

_____. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade (Medida Cautelar) n. 5035-DF. Ministro Marco Aurélio. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/peticaoInicial/verPeticaoInicial.asp?base=ADIN&s1=5035&processo=5037>. Acesso em 22 jun. 2014.

_____. Supremo Tribunal Federal. Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1397-DF. Ministro Carlos Velloso. Brasília: *Diário de Justiça*, 27 jun. 1997, p. 30224.

_____. Supremo Tribunal Federal. Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1516-DF. Ministro Sydney Sanches. Brasília: *Diário de Justiça*, 13 ago. 1999, p. 4.

_____. Supremo Tribunal Federal. Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 2213-DF. Ministro Celso de Mello. Brasília: *Diário de Justiça*, 23 abr. 2004, p. 7.

_____. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário n. 511961-SP. Ministro Gilmar Mendes. Brasília: *DJe*, 13 nov. 2009. Disponível em:

<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/visualizarEmenta.asp?s1=000163578&base=baseA cordaos>. Acesso em 6 jul. 2014.

CANOTILHO, J. J. G. *Direito Constitucional*. Coimbra: Almedina, 1992.

CREMESP. *Revista Ser Médico*, São Paulo, n.º 61, p. 22-23, out./dez. 2012.

_____. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, n.º 309, p. 12, nov. 2013.

_____. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, n.º 311, p. 8-9, jan./fev. 2014.

DIMOULIS, D.; MARTINS, L. *Teoria geral dos direitos fundamentais*. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2012.

FERREIRA FILHO, M. G. *Curso de direito constitucional*. 35ª ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

FLUMINHAN, V. P. *SUS versus Tribunais: limites e possibilidades para uma intervenção judicial legítima*. Curitiba: Juruá, 2014.

GUERRA FILHO, W. S. *Hermenêutica constitucional, direitos fundamentais e princípio da proporcionalidade “in” Hermenêutica Plural*. São Paulo: Martins Fontes, 2002, p. 391-411.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde*, 1986.

Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 21 jun 2014.

OLIVEIRA, L. M. de; MELO, T. C. *Aspectos gerais sobre as políticas públicas de contratação de médicos estrangeiros para o programa mais médicos à luz do princípio da dignidade da pessoa humana e do direito à saúde*. Livro de Direitos Sociais e Políticas Públicas do XXII CONPEDI. São Paulo: Funjab, 2013, p. 111-125.

REMÉDIO, J. A. *Direito administrativo*. São Paulo: Verbatim, 2012.

REMÉDIO, J. A.; MENOZZI JUNIOR, M. Proteção ao direito social da saúde por meio da implementação de políticas públicas e da tutela coletiva. *Revista Jurídica Direito & Paz*, 2º sem. 2011, n. 25, p. 9-36.

RODRIGUEZ NETO, E. *Saúde. Promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

SCHEFFER, M. *Demografia médica no Brasil*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2011.

SILVA, J. A. *Curso de direito constitucional positivo*. 33ª ed. São Paulo: Malheiros, 2010