

III ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO INTERNACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS

LUCIANA DE ABOIM MACHADO

VALTER MOURA DO CARMO

VLADMIR OLIVEIRA DA SILVEIRA

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte deste anal poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria - CONPEDI

Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

Diretora Executiva - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini - UNIVEM/FMU - São Paulo

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Representante Discente:

Prof. Dra. Sinara Lacerda Andrade - UNIMAR/FEPODI - São Paulo

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - ESDHC - Minas Gerais

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM - Rio de Janeiro

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - Ceará

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR - São Paulo

Secretarias

Relações Institucionais:

Prof. Dra. Daniela Marques De Moraes - UNB - Distrito Federal

Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM - São Paulo

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie - São Paulo

Comunicação:

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - Paraíba

Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro - UNOESC - Santa Catarina

Relações Internacionais para o Continente Americano:

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Relações Internacionais para os demais Continentes:

Prof. Dr. José Barroso Filho - ENAJUM

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - São Paulo

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba - Paraná

Eventos:

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - Minas Gerais

Profa. Dra. Cinthia Obladen de Almendra Freitas - PUC - Paraná

Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS - Mato Grosso do Sul

Membro Nato - Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UMICAP - Pernambuco

D597

Direito internacional dos direitos humanos [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Luciana de Aboim Machado; Valter Moura do Carmo; Vladimir Oliveira da Silveira – Florianópolis: CONPEDI, 2021.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-334-4

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Saúde: segurança humana para a democracia

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direito internacional. 3. Direitos humanos. III Encontro Virtual do CONPEDI (1: 2021 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



III ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO INTERNACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS

Apresentação

A presente publicação é fruto dos artigos apresentados no Grupo de Trabalho (GT) Direito Internacional dos Direitos Humanos I durante o III Encontro Virtual do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito (CONPEDI), realizado virtualmente do dia 23, 24, 25, 26 e 28 de junho de 2021, com a temática "Saúde e segurança humana para a sustentabilidade e cidadania".

Esta terceira edição do Encontro Virtual do CONPEDI logrou êxito ao propiciar a continuidade da agenda de eventos acadêmicos em 2021 no contexto da pandemia da COVID-19, possibilitando um espaço aberto de discussão democrática para que os pesquisadores e pesquisadoras apresentassem, com segurança, os resultados de seus trabalhos acadêmicos, prezando, deste modo, tanto pela pesquisa jurídica de qualidade quanto pela saúde e bem-estar de todos os participantes.

O GT "Direito Internacional dos Direitos Humanos I" tem papel relevante ao debater temas contemporâneos referentes à tutela dos direitos humanos, fomentando o olhar crítico sobre questões como o processo de afirmação, as dimensões e a internacionalização de tais direitos, bem como os sistemas de tutela, o universalismo e o interculturalismo, a eficácia, instrumentos de defesa e controle de convencionalidade.

Como resultado das atividades de pesquisa desenvolvidas em todo país, foram selecionados, para esse GT, vinte e um artigos relacionados ao tema. Nas apresentações dos trabalhos foram expostas temáticas relacionadas ao/a: direito dos refugiados; cooperação internacional; deslocados ambientais; responsabilidade humanitária; direitos humanos no contexto da pandemia da COVID-19; migração e direitos humanos nas Américas; relativismo cultural; violência doméstica; infância e retrocesso nos direitos humanos; Corte Interamericana de Direitos Humanos e o direito humanitário; soberania nacional e direitos humanos; controle de convencionalidade no Brasil; o status dos tratados de Direitos Humanos no ordenamento jurídico brasileiro; desenvolvimento do movimento feminista; proteção dos povos indígenas sob a ótica dos direitos humanos; responsabilidade empresarial e Direitos Humanos; litigância estratégica internacional; o trabalho escravo ainda no Brasil e o crime de desacato no sistema Interamericano.

Após as boas e profícuas exposições orais dos trabalhos pelos autores e autoras, abriu-se espaço para discussões que reiteraram a qualidade dos trabalhos e a relevância das temáticas trazidas pelos pesquisadores e pesquisadoras do GT. Portanto, é com grande satisfação que os coordenadores do Grupo de Trabalho, intitulado Direito Internacional dos Direitos Humanos I, apresentam à comunidade jurídica e à sociedade a presente publicação, a qual, certamente, contribuirá para o enriquecimento do debate acadêmica acerca da tutela dos direitos humanos. Boa leitura!

Inverno de 2021.

Prof^a. Dr^a. Luciana de Aboim Machado (Universidade Federal de Sergipe - UFS).

Prof. Dr. Vladimir Oliveira da Silveira (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS).

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo (Universidade de Marília - UNIMAR).

O PROGRAMA MAIS MÉDICOS, SUAS CARACTERÍSTICAS E IMPACTO NA CARREIRA MÉDICA NO BRASIL

THE MORE DOCTORS PROGRAM, CHARACTERISTICS AND IMPACT ON THE MEDICAL CAREER IN BRAZIL

Ermelino Franco Becker ¹

Resumo

O programa mais médicos foi uma grande bandeira do governo brasileiro para promover o acesso da população menos assistida ao atendimento médico. Sua legalidade foi duramente criticada por diversas entidades da sociedade e também por estudiosos do Direito. O artigo analisa a fundamentação jurídica e o julgamento do mérito pelo Supremo Tribunal Federal.

Palavras-chave: Programa mais médicos, Legalidade, Julgamento supremo tribunal federal, Direitos humanos, Exercício ilegal da medicina

Abstract/Resumen/Résumé

The “more doctors program” was a flag of brazilian goverment to improve the medical assistance for the poorest population. Its legality was heavilly criticised by social organizations and Law professionals. The article draws a analisys over the juridic basis and the supreme court judgement.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: More doctors program, Legality, Supreme court judgement, Human rights, Outlaw medical work

¹ Médico cirurgião oncologista, mestrando em direito no PPGD UNICURITIBA, médico legista no instituto medico legal do Paraná.

1.Introdução

Entre as polêmicas mais surpreendentes do governo Dilma, o Programa Mais Médicos foi uma ação governamental que abalou a convicção da classe médica em sua própria definição profissional. Nunca antes as regras fundamentais da profissão foram tão estiradas.

A habilitação para exercer a medicina sempre foi muito clara: diploma de faculdade brasileira ou revalidado e registro no conselho de ética, além dos alvarás de pessoa física.

Nas últimas décadas, discussões sobre os limites entre o ato médico e a atuação de profissionais de áreas afins foram rotineiras. A evolução da formação das profissões ditas “paramédicas” passou a formar profissionais de alto nível e com formação científica respeitável.

A capacitação para desempenhar decisões e atos invasivos subiu ao mais alto patamar na última década. Marcadamente, atuações médicas com maior remuneração foram as mais invadidas. Aplicação de botox por dentistas, enfermeiros, biomédicos e outros encheram as mídias e redes sociais muitas vezes com aval de seus respectivos conselhos de classe. Orientações dermatológicas, comportamentais e nutricionais também estiveram em evidência. Diversos tipos de terapeutas atuam atualmente nos limites da linha que separa a prática médica da prática leiga, com discutível nível de responsabilidade profissional.

Na esfera da saúde pública, os gestores com frequência entenderam como vantajoso delegar atos tradicionalmente reservados aos médicos para enfermeiros e fisioterapeutas, muitas vezes com foco na percepção da diferença de custos em relação às consultas médicas. Coleta de exames ginecológicos preventivos e inserção de dispositivos intrauterinos foram delegados para enfermeiras e enfermeiros. Prescrições de rotina dentro ou fora de protocolos passaram a ser feitas pela enfermagem das unidades de saúde. A própria regulação do ventilador mecânico por fisioterapeutas se tornou a regra, em detrimento da atuação médica do intensivista.

Na mais recente ilustração desta competição o conselho federal de enfermagem publicou resolução autorizando enfermeiros a realizar ultrassonografia no ambiente de atendimento obstétrico, um passo audacioso nesta disputa por mercado. (RESOLUÇÃO COFEN Nº 627/2020).

Paralelamente, o aumento de formandos em cursos de medicina também afetou o mercado de trabalho, gerando uma tendência irreversível de diminuição da remuneração média, particularmente nas atividades de medicina básica e preventiva, como na estratégia de saúde da família.

Enquanto estas movimentações podem ser consideradas como acomodações fisiológicas da sociedade livre e democrática e do mercado de trabalho médico, uma intervenção isolada do governo na economia chegou como um tsunami tanto no volume de serviço médico contratado como na forma de contratação.

O Programa Mais Médicos foi anunciado em rede nacional como uma das respostas da então presidente Dilma Roussef às manifestações de rua que se espalharam pelo Brasil no ano de 2013. Regulamentado pela lei 12871 de 2013, instalou várias medidas inéditas até aquele momento.

Curiosamente, não se observa referências jornalísticas que referendam que as passeatas tivessem entre seus objetivos alterações específicas da administração da saúde brasileira. Quando analisadas as reivindicações das passeatas, temos como causa imediata o aumento das passagens de ônibus e os polêmicos investimentos relacionados com a copa do mundo. Como causas estruturais o combate à corrupção e ineficiência governamental em obras de infraestrutura.

A lei dos mais médicos, (n. 12871 de 2013) tinha por objetivos, aqui transcritos,

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

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

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

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

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

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

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

VIII - *estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.*

Embora os objetivos elencados sejam nobres, o restante da lei possui pontos muito controversos. Entidades de representação da classe médica e de fiscalização da atividade médica se uniram em grandes questionamentos sobre a legalidade e moralidade do programa. Questionamentos percorreram as instâncias jurídicas em geral com manutenção do programa, em que pese claras antinomias com o ordenamento jurídico anterior.

2.Objetivos

O objetivo do trabalho é apresentar uma análise do programa mais médicos sob o ponto de vista da legalidade, efetividade e impacto na carreira dos médicos brasileiros, com considerações sobre a conjuntura internacional em que ele está inserido.

3.Aspectos conjunturais

Os brasileiros de menor renda sempre dependeram de financiamento alheio para acesso a atendimentos médicos. Ainda no Brasil Imperial, a assistência médica dependeu em larga escala da presença de hospitais de caridade como as Santas Casas, sociedades de ação social como a Beneficência Portuguesa e mais tardiamente de hospitais públicos e comunitários. Tais centros de atendimento tinham seu equilíbrio financeiro lastreado por doações e captação de fundos através de suas entidades mantenedoras. Lá, com frequência o trabalho médico era voluntário e motivado pelo aprendizado e caridade. Esses mesmos centros deram origem às primeiras escolas médicas brasileiras, a maioria das quais mantém suas atividades educacionais até hoje.

Já no Século vinte, a progressiva organização do estado brasileiro permitiu o aparecimento da medicina de grupo, seja como atividade empresarial ou de organizações de autogestão de classe ou de empresas, onde a mensalidade cobrada de todos os integrantes sustenta os gastos médicos daqueles que adoecem. Também se sedimentou a medicina estatal, financiada pelo governo. Inicialmente representada na figura do INPS, ela finalmente se cristalizou na criação do SUS.

No desabrochar da democracia representada pela Constituição Federal de 1988, a “saúde como direito de todos e dever do estado” passou a ter “status” de patrimônio pessoal de cada cidadão, criando não só o desafio para os gestores públicos de entregar um atendimento preventivo e curativo completos, eficazes e céleres mas também uma grande

quantidade de conflitos jurídicos marcadamente relacionados a hiposuficiência no atendimento.

Nessa luta entre o custo e a qualidade, como o administrador pode quantificar a piora ou a melhora do resultado médico geral? O que representaria mais avanço no dever do estado de fornecer a saúde pública? Como escolher o equilíbrio entre o volume de atendimentos e a qualidade? Entre a medicina preventiva e a curativa?

Ao mesmo tempo, na nossa “vibrante” democracia, os quadros públicos com funções políticas também precisam dar respostas aos anseios da população. O que repercute pior politicamente? A ausência de um médico na saúde básica ou uma longa espera para ter acesso ao especialista? Ou talvez uma conduta não qualificada e suas consequências pessoais para o paciente?

Ainda a considerar, temos o grande volume de recursos envolvido na saúde pública de nosso país continental. Qualquer economia representa significativo numerário nas contas estatais, notadamente nas prefeituras de pequenas cidades. E qualquer desvio ilegal representa grande perda na saúde, com funestas consequências para os cidadãos.

Em qual a medida o governo pode contratar compulsoriamente a mão de obra de profissionais da área médica na sua missão de prover o acesso a saúde dos cidadãos? A obrigação de atender só está prevista legalmente em casos de urgência e emergência e na ausência de outro médico, quando possam ocorrer morte ou danos permanentes à saúde do paciente por sua omissão. Qual o limite da responsabilidade estatal que lhe permitiria transferir profissionais de seus lares para regiões inóspitas ou longínquas, em nome da saúde de tais habitantes? Ou, ao contrário, transferir estes habitantes devido a falta de estrutura de suporte público?

Poucas razões autorizariam um gestor público brasileiro, à luz do direito constitucional, importar toda uma força de trabalho através de transferência de recursos para um governo ditatorial.

Outra dúvida ética que permeou o Programa Mais Médicos recai sobre o atendimento médico de seres humanos em condições inferiores ao mínimo entendido como ético pelo código dos médicos brasileiros.

O código de ética médica é perfeitamente assertivo quando afirma em seu artigo segundo, que todo o trabalho do médico será realizado em prol da saúde humana individualmente e na coletividade. Também afirma que para exercer a medicina, o médico deverá ter boas condições de trabalho e remuneração justa (artigo terceiro). Em seguida, no artigo quarto, já refere que deve zelar pelo desempenho ético, pelo prestígio e bom conceito da profissão.

(RESOLUÇÃO CFM Nº1931/2009 Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90)

(Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173)

Naturalmente a percepção de médicos estrangeiros sendo alocados em postos de atendimento de precária estrutura, sem a devida inscrição e regulação pelos conselhos regionais de ética, com pífia remuneração e rumores de controle profissional e pessoal gerou clara inconformidade no Conselho Federal de Medicina, que se recusou a compactuar com a atividade médica nestas condições.

Conforme o site do conselho de medicina do Rio Grande do sul:

16 de julho: Médicos de todo o país foram às ruas para protestar contra a agressão do governo federal à categoria. Em mensagem enviada aos médicos, as entidades médicas nacionais – pediram a união e o apoio dos profissionais para “impedir que a irresponsabilidade de alguns comprometa o futuro de todos”.

· 22 de julho: O CFM entrou com uma ação civil pública, com pedido de tutela antecipada, contra a União na figura dos Ministérios da Saúde e da Educação. A ação civil tinha como objetivo suspender a continuidade do Programa Mais Médicos, lançado em 9 de julho, por meio da Medida Provisória nº 621. O principal pedido: o direito dos CRMs não inscreverem médicos sem revalidação de diplomas (intercambistas).

· 29 de julho: A edição da medida provisória 621/13 provoca forte reação no mundo acadêmico. Faculdades de medicina conceituadas, como Unicamp, USP e Unifesp, se pronunciaram contra a medida do governo, cujo conteúdo ampliava os cursos em mais dois anos, autoriza a contratação de estrangeiro sem a revalidação do diploma e precariza a contratação dos médicos. Devido às discordâncias, algumas faculdades rejeitam a adesão ao programa Mais Médico.

(http://www.crmes.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21106:o-programa-maismedicos-e-o-cfm&catid=3:noticias&Itemid=462, acesso em 10 de março de 2020)

O processo de revalidação do diploma estrangeiro já tinha regulamentação própria, infelizmente, sem a agilidade que o governo desejava. Tal impasse foi contornado através do registro dos profissionais estrangeiros apenas no Ministério da Saúde, gerando a inédita situação de atendimento médico por profissionais sem inscrição nos CRMs.

Da mesma maneira, outra característica do programa que acontecia pela primeira vez era o cerceamento da atividade dos médicos do programa em relação a outras atividades médicas. Os mesmos profissionais aptos ao atendimento do público das unidades de saúde foram proibidos de exercer suas funções em outras instituições de qualquer espécie, gerando uma situação mercadológica de empregador único para estes profissionais. Mesmo em saúde básica não poderiam trabalhar fora do Programa Mais Médicos.

4.Aspectos da legalidade do Programa Mais Médicos

O Programa Mais Médicos possui três facetas mais importantes de legalidade discutível. O direito do cidadão, o direito do médico estrangeiro e o direito do médico brasileiro.

Em primeiro lugar a exposição da população mais carente de nosso país a profissionais cuja formação não foi testada por nenhum mecanismo comprobatório de habilidades, ainda que estes estejam previstos no artigo 48 parágrafo segundo da lei de diretrizes básicas da educação (n. 9394 de 1996), a saber:

Art. 48. Os diplomas de cursos superiores reconhecidos, quando registrados, terão validade nacional como prova da formação recebida por seu titular.

(...)

§ 2º Os diplomas de graduação expedidos por universidades estrangeiras serão revalidados por universidades públicas que tenham curso do mesmo nível e área ou equivalente, respeitando-se os acordos internacionais de reciprocidade ou equiparação

A grande questão ética ora apresentada se resume à indagação: é melhor um profissional médico de qualificação não comprovada, mas presente e atendendo ou a ausência absoluta deste na saúde básica? Embora a consideração da saúde coletiva possa valorizar a primeira opção, questões do direito individual provavelmente são suficientes para tornar injustificável a presença de atendentes sem validação do diploma nos termos da lei. A solução poderia caminhar pela terceira via da carreira médica federal.

A medicina é uma das profissões mais reguladas da sociedade. Basta lembrar que o médico acusado de conduta errônea responde por ela em três instâncias: penal, civil e ética, para não falar dos processos disciplinares administrativos quando na esfera da administração pública. Todo esse arcabouço legal tem razão de ser, pois na prática médica, além da exposição pessoal do paciente em sua privacidade e intimidade, a decisão terapêutica pode ter consequências gravíssimas sobre a saúde, muitas vezes irreparáveis.

A perda de uma chance do diagnóstico precoce de uma neoplasia, a não aplicação de vacinas de rotina, a dose errada de medicamentos crônicos para doenças prevalentes como diabete e hipertensão arterial, a não percepção de urgência no encaminhamento para especialistas são exemplos situações em que grandes prejuízos podem ser produzidos por pequenos desvios técnicos de conduta na saúde básica.

O cidadão que se dirige a um serviço estatal de saúde não tem o dever de questionar a qualificação dos profissionais lá presentes. É tácito que quem lá se apresenta já entregou seus documentos ao contratante, tanto o enfermeiro, assim como o dentista, os demais auxiliares e principalmente o médico do local. Assim, ao pegar medicamentos, presume o contribuinte que eles estão aprovados pela vigilância sanitária, dentro do prazo de validade e foram testados quanto à sua eficiência. Ao receber vacinas, presume o brasileiro que elas estejam preservadas de acordo com a adequada técnica. Ao pegar preservativos, que eles sejam de origem testada e aprovada.

Qual seria a surpresa deste ser humano se fosse apresentado às diferenças tecnológicas da formação de um profissional formado em um país ditatorial em que sequer a internet está disponível para os estudos? Ou que fez uma faculdade em outro país da América do Sul mas não conseguiu após várias tentativas validar seu diploma nos exigentes padrões brasileiros. Qual seria a surpresa quando em uma ação judicial descobrisse que tais profissionais não responderão civil nem criminalmente uma vez que retornaram a seu país de origem? E que mesmo a nível de conselho regional de medicina, órgão com finalidade precípua de proteger a sociedade dos atos médicos infracionais, estes estrangeiros nunca tiveram uma inscrição formal?

Ilustrando tal insuficiência de formação está a proibição de que estes profissionais do Programa Mais Médicos exerçam qualquer outra atividade médica paralela que necessariamente seria em nível de urgência e emergência, onde as consequências da falta de conhecimentos são mais imediatas e mais graves. Outra opção seria a medicina suplementar privada, onde os clientes passam a ter status de consumidor.

Passando ao segundo tópico, relativo aos direitos dos médicos estrangeiros como profissionais e trabalhadores, não há nenhum motivo de orgulho para a sociedade brasileira, que fechou os olhos para a sofismática engenharia jurídica que justificou uma flagrante violação dos direitos trabalhistas dos médicos cubanos.

Entre os critérios clássicos que dão margem suspeita de trabalho análogo a escravidão podemos citar o trabalho em condições degradantes, a violação de direitos humanos, o cerceamento das liberdades, e a jornada exaustiva. Mais recentemente, a submissão por dívida monetária esteve frequentemente presente na caracterização da escravidão moderna brasileira. Atualmente, a sofisticação tecnológica dá margem a mecanismos mais sofisticados de escravidão.

Formas contemporâneas de escravidão incluem o trabalho forçado, a escravidão por posse, por dívida e o contrato de escravidão, propõem três elementos centrais ao conceito de trabalho escravo contemporâneo: o controle de um indivíduo sobre outro, a apropriação de força de trabalho e a imposição dessas condições pela violência ou ameaça. (Mascarenhas, 2015)

Devido à natureza do trabalho médico ser historicamente revestida de nobreza e boa remuneração, além de privilégios e facilidade de vender o serviço, dificilmente se vislumbra uma situação em que um médico esteja refém de alguém ou de alguma instituição.

No caso dos médicos oriundos de Cuba, talvez nos deparemos com uma exceção à regra. Em um dos episódios mais constrangedores do Programa Mais médicos, uma manifestação ocorreu no desembarque de um dos primeiros grupos de cubanos no Brasil. Aos gritos de “escravos, escravos”, a confusão foi noticiada com ares de corporativismo e até de racismo por parte dos médicos brasileiros.

Analisando algumas características do vínculo dos mais médicos, porém, há que se notar uma inegável diferença para os contratos trabalhistas habituais da legislação brasileira.

Começamos pela origem dos trabalhadores. Cuba passou a formar médicos em grande volume desde a década de noventa. Muitos alunos foram recrutados mesmo no Brasil em acampamentos de sem terras e agremiações políticas de esquerda. Vários países receberam as missões médicas cubanas, incluindo Brasil, México, Venezuela e vários países da África.

Sempre com compensação financeira, o fornecimento da força de trabalho cubana foi de singular importância para a economia da ilha.

Nem por isso, tal receita teve tradução no bem estar dos habitantes da ilha dos irmãos Castro.

“Salaries in Cuba are the lowest paid in the hemisphere (including Haiti). The social benefits that at one time compensated for the lower salaries, such as health care, education, full employment and social security, have deteriorated considerably. The economic crisis has also created social contradictions and injustice, with those who have access to dollars and the vast majority that live in the peso economy. According to recent studies, 20% of the population lives in the dollar economy, while 80% lives in poverty and social marginality.”
(Córdova, Efrén and Moure, Eduardo G., 2000.)

Consideramos que muito dessa força humana encaminhada a países para atendimento médico, está em uma situação básica de remuneração muito precária em seu país de origem. Ao chegar no Brasil, devem ser encarados como trabalhadores regulares ou uma excepcional missão humanitária internacional? Talvez as duas opções sejam aceitáveis. Mas a solução adotada pelo governo brasileiro foi uma terceira via. Revestiu-se o programa com roupagem de treinamento em serviço, conforme a lei 12871 de 2013

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

- I - Bolsa-formação;*
- II - Bolsa-supervisão; e*
- III - Bolsa-tutoria.*

É inverossímil, à luz das missões cubanas em outros países e sua importância econômica, que o Brasil subitamente se viu interessado em oferecer a cerca de onze mil cubanos uma pós-graduação em saúde básica. Como missão de saúde excepcional também é tênue a argumentação, haja vista que, embora a interiorização de médicos fosse um objetivo, vagas em número significativo foram abertas nas grandes capitais, como São Paulo e Curitiba onde a concentração de médicos por habitante excede qualquer recomendação técnica.

Colocadas lado a lado certas características dos contratos, observaremos trabalhadores em de relações no mínimo discutíveis de trabalho contratados pelo próprio governo brasileiro.

Citaremos algumas fragilidades gritantes destes trabalhadores.

Cidadania em um dos países de renda per capita mais baixa do mundo, em situação de ditadura.

Encaminhados ao Brasil para um trabalho de alta complexidade e alta responsabilidade sem obediência a regulamentação profissional sedimentada, sem um órgão de classe para se fazer representar, denunciar e coibir irregularidades. Proibição de filiação a sindicatos.

Contrato de trabalho travestido de formação acadêmica, sem direito a férias, seguridade social no Brasil, sindicalização, décimo terceiro salário, escolha de acomodações, e posto de trabalho. Supervisão por médico cubano e tutor brasileiro a distância. (Na versão do governo Bolsonaro, desaparece a figura do médico supervisor, alegadamente, uma pessoa talvez até sem formação médica para controle e mitigação de tentativas de deserção.)

Sequestro de três quartos da chamada bolsa para o governo cubano, sendo que parte do que sobra para o próprio médico precisa ser depositada em Cuba, criando a situação de limitação extrema de gastos pelo profissional no Brasil restringindo especialmente a mobilidade.

The exploitation continues with more than 80,000 Cubans sent into the Socialist camp, a practice still witnessed today by the deployment of solidarity missions to third-world countries. Thousands of Cuban workers – physicians, coaches, musicians, dancers, and others – work abroad through onerous contracts in which the Cuban government charges for their services in dollars, keeping up to 60% of their salaries. (Cordove, 2020)

Sequestro dos passaportes dos cubanos. Proibição de se fazer acompanhar pela família. Proibição de desenvolver relacionamentos no país de destino.

Em boletim de jurisprudência internacional do STF, o ministro Ricardo Levandowski resumiu:

O Supremo Tribunal Federal, por maioria, recebeu a denúncia. Entendeu-se que a caracterização da escravidão moderna é mais sutil do que a do séc. XIX, não sendo necessário haver a coação física da liberdade de ir e vir. Basta que a vítima seja submetida a trabalhos forçados ou a jornada exaustiva ou a condições degradantes de trabalho, “condutas alternativamente previstas no tipo penal”. Haveria privação da liberdade e restrição da dignidade ao se tratar alguém como coisa, o que ocorreria nos casos de “violação intensa e persistente de seus direitos básicos, inclusive do direito ao trabalho digno”. (STF, 2018)

5.O julgamento no STF

Duas Ações de Inconstitucionalidade foram propostas. Uma veio da Associação Médica Brasileira (5035) e outra da Confederação Nacional dos Trabalhadores Universitários Regulamentados (5037). (AMB e CNTU). Os argumentos iniciais de ambas se resumem nas seguintes ideias: Ausência de relevância e urgência para ser regulamentada por medida provisória.

Violação do princípio constitucional do concurso público.
Imposição de servidão civil aos estudantes do curso de medicina. (sexto pacto de S> J> da Costa Rica).

Limitação territorial do exercício da profissão – violação do livre exercício profissional – criação de subcategorias de profissionais (art. 5º, XIII, CF) Impossibilidade de medida provisória regular matéria relativa à nacionalidade, cidadania e orçamento (art. 62, § 1º, “a” e “d”, CF) Precarização da saúde pela contratação de médicos sem demonstração de habilidades ou validação de diplomas, profissão que pode trazer perigo ao atendido. Terceirização ilícita de mão de obra e desrespeito aos direitos trabalhistas, além da sonegação fiscal. Retirada da autonomia das universidades de validarem os diplomas estrangeiros. A não habilidade dos profissionais de se expressarem em português.

A ingerência estatal nos CRMs.

A cidadania dos estrangeiros residentes no país.

Haja vista:

Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de

outros que visem à melhoria de sua condição social:

IV - salário mínimo (...),

V - piso salarial proporcional à extensão e à complexidade do

trabalho;

XIII - duração do trabalho normal (...)

XXIII - adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas, na forma da lei;

XXIV - aposentadoria;

XXX - proibição de diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil;

XXXII - proibição de distinção entre trabalho manual, técnico e intelectual ou entre os profissionais respectivos; XXXIV - igualdade de direitos entre o trabalhador com vínculo empregatício permanente e o trabalhador avulso”.

(art. 5º, II, 7º e 37 da CF/88), ou seja, as eventuais contratações de estrangeiros (cubanos e outros) e/ou brasileiros com diplomas obtidos no exterior sem a revalidação pelos órgãos de classes internos competentes acarretará na permissão ilegítima do verdadeiro exercício ilegal da medicina, bem como na inobservância dos direitos trabalhistas vigentes,

caracterizado verdadeira escravidão disfarçada de **intercâmbio!!!** E na lei do PMM:

Art. 10. 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, a revalidação de seu diploma nos termos do §

2o do art. 48 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996. § 1o Fica vedado ao médico intercambista o exercício da medicina fora das atividades do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

Art. 11. As atividades desempenhadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil não criam vínculo empregatício de

O julgamento da legalidade do Programa Mais Médicos pelo STF aconteceu apenas em novembro de 2017 com o entendimento da corte pela legalidade do programa. O ministro Alexandre de Moraes entendeu como prioritária a presença do médico nas localidades distantes, mesmo sem validação do diploma, no que foi acompanhado pela corte, exceto Marco Aurélio Melo e Rosa Weber, que valorizaram a isonomia das contratações entre cubanos e brasileiros.

O raciocínio deságua no entrelaçamento entre o desprezo pelos direitos trabalhistas e o financiamento do governo ditatorial cubano por afinidade ideológica, justificados pela necessidade do acesso a saúde.

6.O mercado de trabalho médico

Em terceiro lugar como discussão, a intervenção do governo no mercado de trabalho médico no Brasil. A carreira médica tem algumas peculiaridades importantes para o raciocínio mercadológico que será exposto na sequência.

O ingresso em cursos de medicina de universidades públicas é reconhecidamente uma das mais difíceis seleções, exigindo dos candidatos, ainda no fim da adolescência, atributos que congregam capacidade intelectual, perseverança e disciplina de estudo em níveis ímpares. Se considerarmos os cursos das universidades particulares, a seleção adquire mais uma característica que é determinada pelo poder aquisitivo familiar.

Com mensalidades médias na faixa de seis a oito mil reais, a formação de um médico após seis anos de curso, sem contar as despesas paralelas, como materiais técnicos e livros, varia entre quatrocentos e oitocentos mil reais.

Além desse belo investimento, e mesmo nas instituições públicas, a carga horária total do curso gira em torno de oito mil horas aula, mais que o dobro de diversos cursos de nível superior. Formar um médico com os três pilares profissionais: conhecimento, atitude e

postura, bem como desenvolver nele uma filosofia humanista é uma tarefa complexa e exige estrutura e dedicação dos mestres.

Após a formação básica, os programas de residência desenvolvem habilidades complementares que caracterizarão o especialista. Tal denominação é recheada de significado em nome da autonomia e segurança dos pacientes. Esses programas duram entre dois e seis anos de formação suplementar. Não são em nada similares ao Programa Mais Médicos em termos de qualificação de especialistas.

Frequentes processos éticos são ajuizados ainda hoje por falsa declaração de especialidade, a ponto de o conselho de medicina exigir que, ao anunciar uma especialidade, seja em mídia, seja no carimbo profissional, o médico coloque junto o número do registro de qualificação de especialista junto ao CRM.

Na prática profissional, em que cada decisão médica se acompanha de responsabilidade ética, civil e penal, é natural que os médicos procurem evitar atividades com remuneração vil, assim como a atividade em condições precárias, pois tal responsabilidade é intransferível juridicamente. Responde o médico isoladamente perante o conselho em caso de prejuízo ao paciente por condições de trabalho abaixo de uma linha técnica.

Assim, sendo o Brasil um país em desenvolvimento e com uma renda per capita baixa, é compreensível a dificuldade de prefeituras e locais remotos ou com alta concentração de pobreza atrair profissionais com o grau de qualificação de um médico brasileiro propriamente dito. Muitas vezes, haveria até a intenção do prefeito de pagar salários compatíveis com o mercado, mas certas amarras de leis como a lei de responsabilidade fiscal colocam tal disposição na ilegalidade.

Com o argumento da comparação com as carreiras de forças armadas, polícia federal, delegados, juízes, promotores e até de funcionários de empresas como o Banco do Brasil, entidades médicas trabalharam por um plano de carreira federal que permitisse com dignidade e progressão a fixação, ainda que com renovação periódica, de médicos pelo Brasil. Esta sugestão está ainda em análise pelo governo federal.

Com a realização do Programa Mais Médicos, o governo federal não só introduziu um elemento mercadológico de desvalorização do médico, como transferiu das prefeituras para o governo federal o papel de empregador do serviço médico básico. A precarização do vínculo empregatício é tão flagrante, que além de transformar o emprego em bolsa de estudos, desincumbiu as prefeituras de contratar os profissionais por concursos públicos e suas características de estabilidade, progressão e aposentadorias. Em termos presentes, o uso de cubanos em regime análogo a escravidão constitui uma desvalorização do trabalho médico pela concorrência desleal. Em termos futuros, a previsão do Programa Mais Médicos de abertura de grande número de escolas médicas com critérios sociais e não técnicos, faz vislumbrar um futuro de atendimentos a nossa população mais excluída abaixo de uma qualificação mínima.

Esta situação também se agrava no longuíssimo prazo pois não é possível reverter a diplomação dos profissionais. Futuramente acabarão coexistindo sob a mesma denominação de médicos profissionais formados com grande exigência e boa estrutura de ensino e profissionais diplomados com mínima ou nenhuma prática a pacientes antes da colação de grau, devido a ausência dos hospitais de ensino nas regiões.

Como na Roma antiga, talvez a realidade venha a ser a presença simultânea de médicos dos nobres e médicos dos escravos, praticando medicinas diferentes técnica e socialmente.

7.O fim do programa mais médicos após o resultado da eleição de 2018.

Mais um sinal das irregularidades do programa, no dia 14 de novembro de 2018, precisamente dezesseis dias após o anúncio do resultado da eleição do presidente Bolsonaro, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) anunciou o encerramento unilateral pelo governo cubano da cooperação do Programa Mais Médicos. Os profissionais foram repatriados até o dia 12 de dezembro.

Em se tratando de saúde pública, causou estranheza a celeridade do encerramento das atividades dos cubanos no Brasil. De maneira inédita no Brasil, antes mesmo da troca de governo, oito mil cubanos deixaram suas atividades num espaço de trinta dias. No contrato oficial, o tempo de retirada normal seria de 60 dias. Ainda que fossem as condições previstas no contrato, como alguém conseguiria repor oito mil profissionais de saúde em sessenta dias? A título de comparação, o que aconteceria com qualquer empresa brasileira que retirasse em quatro semanas oito mil trabalhadores de uma função essencial como o atendimento médico? Qual justificativa poderia ser aceita sem incorrer em severos processos penais a retirada de milhares de agentes de saúde no espaço de um mês?

E como esses profissionais atuavam na rede pública, era como se nosso governo deixasse claro aos milhões de brasileiros que não possuem planos de saúde que o importante era a aparência de haver médico, pouco importando se o profissional teria ou não capacidade e aptidão para o exercício de tão nobre atividade. (Poltizio Jr.,V., 2019)

Racionalmente, hipóteses explicativas seriam de que a saúde do povo brasileiro não estava tão alta nas prioridades do programa, ou de que houvesse irregularidades que não poderiam estar em andamento no momento da entrada do novo governo. Ou ainda simplesmente havia outros países requisitando os serviços dos médicos cubanos,

notadamente o México. Politicamente a explicação recairia para a afinidade política dos mandatários.

Sobre o impacto do programa, a OPAS refere números relativamente tímidos em seu sítio eletrônico:

...em mais de mil municípios que aderiram ao programa houve um aumento na cobertura de atenção básica de 77,9% para 86,3%, entre 2012 e 2015, e uma queda nas internações por condições sensíveis à atenção primária (que são internações evitáveis), de 44,9% para 41,2% no mesmo período.

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5804:mais-medicos-profissionais-cubanos-da-cooperacao-internacional-sairao-do-brasil-ate-12-dedezembro&Itemid=347) Acesso em 09/03/2020

Em termos de resultados aferidos por observadores independentes, temos poucas informações pela dificuldade de mensuração precisa dos impactos e contaminação por fatores paralelos ao programa. Não há consenso sobre qual o melhor indicador para medir o real impacto na saúde pública.

Santos, W e colaboradores fizeram a melhor medição em campo com uma equipe de vinte e oito pesquisadores. Embora não apresente números diferentes dos da OPAS, salienta-se que o número de municípios que aderiram ao PMM com ao menos um médico por habitante era de 823 inicialmente e passou a 991 após 12 meses. Outra constatação é a de que os números absolutos de médicos no Brasil são suficientes, mas mal distribuídos no território nacional.(SANTOS, 2019)

8.Conclusão

Pelo resultado apresentado, o precedente criado pode ou não ter se justificado pelo efeito a favor da saúde coletiva, mas ao custo de perda de segurança jurídica. A saúde pública deve ser prioridade em qualquer sociedade. O respeito ao indivíduo pelo governo também não merece menor importância. O balanço entre as necessidades não pode se dar por caminhos tortuosos sob pena da mesma estratégia ser usada para fins menos nobres.

Justificar o esgarçamento interpretativo de leis sedimentadas em nome de um bem-estar social pode ser um caminho perigoso para um país com uma democracia jovem como

a do Brasil. Historicamente, tais estratégias tiveram lugar em vários episódios negros da história da humanidade.

O desenvolvimento econômico com justiça social deve acontecer com celeridade para evitar novas iniciativas juridicamente excêntricas como o Programa Mais Médicos.

Bibliografia

BRASIL, LEI FEDERAL N. 12871 de 2013, publicada no D.O.U. em 22 de outubro de 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, RESOLUÇÃO 627 /2020, publicada no Diário Oficial da União em 04 de março de 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, RESOLUÇÃO Nº1931/2009 Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90
Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESPÍRITO SANTO
http://www.crmes.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21106:o-programa-maismedicos-e-o-cfm&catid=3:noticias&Itemid=462, acesso em 10 de março de 2020)

BRASIL, LEI FEDERAL n. 9394 de 1996 (Lei de diretrizes Básicas da Educação)
Publicada no D.O.U em 20 de dezembro 1996.

MASCARENHAS, W. **Elementos para a discussão da escravidão contemporânea como prática de gestão.** *Rev. adm. empres.* vol.55 no.2 São Paulo Mar./Apr. 2015

CORDOVE,E. **Modern slavery labor conditions in Cuba.**
<https://scholarlyrepository.miami.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1006&context=iccaspapers> acesso em 11/03/2020

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL
<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/jurisprudenciaPesquisasFavoritas/anexo/TrabalhoEscravoJurisprudenciaInternacional.pdf> ,Acesso em 10/03/ 2020

POLITZIO Jr, V. **Escravos de Cuba.** <https://jus.com.br/artigos/74395/escravos-de-cuba>,
Acessado em 11/03/2020

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, **Mais Médicos: profissionais cubanos da cooperação internacional sairão do Brasil até 12 de dezembro**

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5804:maismedicos-profissionais-cubanos-da-cooperacao-internacional-sairao-do-brasil-ate-12-de-dezembro&Itemid=347) Acesso em 09/03/2020

Santos, W. **Relato de experiência** . Saúde debate 43 (120) Jan-Mar 2019

<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912019>