**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**O caso dos médicos cubanos no Brasil: análise da
compatibilidade entre o Projeto Mais Médicos para o
Brasil e o Código Global de Práticas de Recrutamento
Internacional de Profissionais da Saúde da Organização
Mundial da Saúde**

Mateus Falcão Martins Matos

**Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em
Saúde Global e Sustentabilidade como requisito para a
obtenção do título de Doutor em Ciências**

**Área de concentração: Políticas, sistemas e instituições
internacionais de saúde global e ambiente sustentável**

Orientadora: Profa. Titular Deisy de Freitas Lima Ventura

São Paulo

2019

O caso dos médicos cubanos no Brasil: análise da compatibilidade entre o Projeto Mais Médicos para o Brasil e o Código Global de Práticas de Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde da Organização Mundial da Saúde

Mateus Falcão Martins Matos

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Global e Sustentabilidade como requisito para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Políticas, Sistemas e Instituições Internacionais de Saúde Global e Ambiente Sustentável.

Orientadora: Profa. Titular Deisy de Freitas Lima Ventura

Versão Revisada

São Paulo

2019

Foto capa dura: Arquivo pessoal, 01-maio-2016.

Autorizo a divulgação e reprodução, total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

Não é possível refazer este país, democratizá-lo, humanizá-lo, torná-lo sério, com adolescentes brincando de matar gente, ofendendo a vida, destruindo o sonho, inviabilizando o amor.

Se a educação sozinha não transforma a sociedade,
sem ela tampouco a sociedade muda.

Se a nossa opção é progressista, se estamos a favor da vida e não da morte, da equidade e não da injustiça, do direito e não do arbítrio, da convivência com o diferente e não de sua negação, não temos outro caminho senão viver plenamente a nossa opção. Encarná-la, diminuindo assim a distância entre o que dizemos e o que fazemos.

Desrespeitando os fracos, enganando os incautos, ofendendo a vida, explorando os outros, discriminando o índio, o negro, a mulher não estarei ajudando meus filhos a serem sérios, justos e amorosos da vida e dos outros.

Paulo Freire, 1997

Pedagogia da indignação

Agradecimentos

Às instituições em que obtive as ferramentas para elaboração da tese:

1. À Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo;
2. Ao Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil;
3. A Organização Pan Americana da Saúde no Brasil e em Washington D.C/ EUA;
4. À Controladoria Geral da União, por meio do Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (E-SIC);
5. Ao Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de São Paulo;
6. Aos queridxs integrantes do Governo Cubano, no Brasil e em Cuba, que me ensinaram: “*Que hay siempre que mantener la mirada alta*”.

As ruas de São Paulo e de Brasília, lugar no qual aprendi a importância de (re)existir; as experiências compartilhadas com diversos movimentos sociais, que conformaram uma nova perspectiva de subjetivar o mundo e seus afetos, mesmo que, às vezes, violentamente destruíssem meus “castelos de areia”.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (CAPES)- Código de Financiamento 001.

MATOS, M.F.M. O caso dos médicos cubanos no Brasil: análise da compatibilidade do Projeto Mais Médicos para o Brasil e o Código Global de Práticas de Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS). [Tese]; Universidade de São Paulo; São Paulo-SP, 2019.

Resumo

INTRODUÇÃO: O Programa Mais Médicos criado em 2013 possibilitou o fenômeno conhecido como a “importação de médicos cubanos”. Embora tenha gerado polêmica no Brasil, este caso raramente foi abordado sob a perspectiva da migração internacional de médicos, fenômeno que já se verifica há décadas no plano mundial. Especialmente por meio do Código Global de Práticas de Recrutamento Internacional da Organização Mundial da Saúde, estabelecido em 2010. **METODOLOGIA:** a presente pesquisa realizou um estudo de caso, revisão de literatura, análise da cronologia, análise da negociação e dos elementos do convênio; a regulamentação das atividades, as características da atuação, os êxitos e os problemas constatados na atuação dos médicos cubanos no Brasil. Foi igualmente promovida pesquisa qualitativa com o intuito de verificar a opinião das instituições governamentais em Cuba e no Brasil e das Organizações Internacionais sobre o Código da OMS, por meio da Lei de Acesso à Informação. **RESULTADOS:** a análise do estudo concluiu que o Brasil, durante o período de 2013 a 2016 manteve o provimento de 18.240 médicos em áreas rurais e remotas. Contudo, a partir de 2016 o provimento de médicos decresceu, houve quatro graves descumprimentos do Código Global, o não cumprimento da ampliação e interiorização das vagas nos cursos de medicina e da meta de universalização da residência até 2018, a possibilidade de inscrição de médicos Intercambistas Individuais brasileiros graduados em países em que a proporção é menor que 1,8 médicos/ 1000 habitantes, A Resolução CIT nº 17/2017, que ameaçou municípios com penalidade de desligamento do Projeto e o término da Cooperação Triangular Brasil-OPAS-Cuba. **CONCLUSÃO:** o estudo observou quatro descumprimentos, que perpassam o campo da saúde e denunciam as mudanças nos eixos estruturantes do programa ao longo de 2013 a julho de 2019, na esfera econômica, política e da tentativa de supressão ética em torno da lógica do lucro e do combate às desigualdades sociais que historicamente assolam o país.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde, Cooperação Internacional, Emigração e Imigração, Saúde Global, Programa Mais Médicos, Organização Pan-Americana da Saúde.

MATOS, M.F.M. El caso de los médicos cubanos en Brasil: análisis de la compatibilidad del Proyecto Más Médicos para Brasil y el Código de prácticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la contratación internacional de profesionales de la salud. [Tesis]; Universidad de São Paulo; São Paulo-SP, 2019.

Resumen

INTRODUCCIÓN: El Programa Más Médicos creado en 2013 hizo posible el fenómeno conocido como la "importación de médicos cubanos". Aunque ha generado controversia en Brasil, este caso rara vez se ha abordado desde la perspectiva de la migración internacional de médicos, un fenómeno que ha estado ocurriendo en el mundo durante décadas. Especialmente a través del Código Global de Prácticas de Reclutamiento Internacional de la Organización Mundial de la Salud, establecido en 2010. **METODOLOGÍA:** la presente investigación de estudio de caso, llevó a cabo la revisión de la literatura, el análisis de la cronología, el análisis de la negociación y los elementos del acuerdo; la regulación de las actividades, las características del desempeño, los éxitos y los problemas encontrados en las acciones de los médicos cubanos en Brasil. También se promovió la investigación cualitativa para verificar la opinión de las instituciones gubernamentales en Cuba y en Brasil y de las Organizaciones Internacionales sobre el Código de la OMS, a través de la Ley de Acceso a la Información. **RESULTADOS:** El análisis del estudio concluyó que Brasil, durante el período de 2013 a 2016, mantuvo la provisión de 18,240 médicos en áreas rurales y remotas. Sin embargo, a partir de 2016 el número de médicos disminuyó, hubo cuatro violaciones graves del Código global, el incumplimiento de la expansión y la internalización de los cursos de medicina y el objetivo de la universalización de la residencia hasta 2018, la posibilidad de registro de médicos Intercambistas Individuales brasileños que se graduaron en países donde la proporción es inferior a 1,8 médicos / 1000 habitantes, la Resolución CIT No. 17/2017, que amenazaba a los municipios con sanción de desvinculación del Proyecto y la terminación de la Cooperación Triangular Brasil-OPS-Cuba. **CONCLUSIÓN:** El estudio observó cuatro incumplimientos que impregnan el campo de la salud y denuncian los cambios en los ejes de estructuración del programa desde 2013 hasta julio de 2019, en la esfera económica, la política y el intento de supresión ética en torno a la lógica de la ganancia y el combate a las desigualdades sociales que históricamente devastan al país.

Palabras clave: Políticas Públicas de Salud, Cooperación internacional, Emigración e Inmigración, Salud Global, Programa Más Médicos, Organización Panamericana de la Salud.

MATOS, M.F.M. The case of Cuban medical doctors in Brazil: an analysis of the compatibility of More Doctors Program and the Global Code of Practice on International Recruitment of Health Professionals of the World Health Organization (WHO). [PhD Thesis]; University of Sao Paulo, 2019.

Abstract

INTRODUCTION: The More Doctors Program created in 2013 made possible the phenomenon known as the "importation of Cuban doctors". Although it has generated controversy in Brazil, this case has rarely been addressed from the perspective of international migration of doctors, a phenomenon that has been occurring in the world for decades. Especially through, the Global Code of Practice of International Recruitment of Health Professionals of the World Health Organization, established in 2010.

METHODOLOGY: the present case study carried out a literature review, the analysis of the chronology, the analysis of the negotiation and the elements of the agreement; the regulation of activities, performance characteristics, successes and problems encountered in the actions of Cuban doctors in Brazil. Qualitative research was also promoted to verify the opinion of the governmental institutions in Cuba and Brazil and of International Organizations related to the WHO Code, through the Brazilian Transparency Law.

RESULTS: The analysis of the study concluded that Brazil, during the period from 2013 to 2016, maintained the provision of 18,240 doctors in rural and remote areas. However, as of 2016 the number of doctors decreased, there were four serious violations of the Global Code, failure to expand and internalization of medical courses, and to achieve the goal of universalization of residence until 2018, the possibility of registration of Brazilian Individual Interchange doctors, who graduated in countries where the proportion is less than 1.8 doctors / 1000 inhabitants, Resolution CIT No. 17/2017, which threatened municipalities with a sanction of disengagement from the Project, and the termination of the Triangular Cooperation between Brazil-PAHO-Cuba.

CONCLUSION: The study observed four breaches that permeate the field of health and denounce the changes in the structuring axes of the Program from 2013 to July 2019, in the economic sphere, politics and the attempt to suppress ethics around the logic of the profit and the fight against the social inequalities that historically devastate the country.

Keywords: Public Health Policies, International Cooperation, Emigration and Immigration, Global Health, More Doctors Program, Pan American Health Organization.

Sumário

1. APRESENTAÇÃO E INTRODUÇÃO	21
1.1 TRANSIÇÃO DA SAÚDE INTERNACIONAL PARA A SAÚDE GLOBAL E A ÉTICA DA PESQUISA	28
1.2 MOBILIDADE INTERNACIONAL E TRABALHO	35
1.3 PANORAMA DA COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL EM SAÚDE NO BRASIL	42
1.4 O CÓDIGO GLOBAL DE PRÁTICAS DE RECRUTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DA OMS	47
1.5 UM DIÁRIO DE BORDO: A ESTÉTICA DO ABSURDO	52
1.6 O PROVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS SAÚDE PARA O BRASIL E A CRIAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS	58
1.6.1 O Programa Mais Médicos	63
2. OBJETIVOS	70
2.1 OBJETIVO GERAL	70
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	70
3. MÉTODOS	72
3.1 PROPOSTA ANALÍTICA	73
3.2 PESQUISA DE CAMPO	77
3.3 ANÁLISE DE DADOS	88
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	89
3.5 LIMITAÇÕES	89
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	91
4.1 OS EIXOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS	91
4.2 LEGISLAÇÕES DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS	102
4.2.1 A Medida Provisória 723	113
4.2.2 Processos jurídicos interpostos ao Programa Mais Médicos	119
4.2.3 A paranoia das corporações médicas	125
4.4 O PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL	140
4.4.1 Quantitativo de médicos no PMMB	145
4.4.2 Benefícios recebidos por cada participante	150
4.4.4 Da Tutoria e Supervisão do PMMB	164

5. O CODIGO GLOBAL DE PRÁTICAS DE RECRUTAMENTO INTERNACIONAL DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E O CASO DO BRASIL	170
5.1 OS INSTRUMENTOS DE MONITORAMENTO DO CÓDIGO PELA OMS	171
5.2 RESOLUÇÃO DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE N° 17	178
5.3 O FIM DA COOPERAÇÃO TRIANGULAR	183
6. CONCLUSÃO	190
7. CONFLITOS DE INTERESSE	191
Aviso Legal	191
8. REFERÊNCIAS	192
ANEXOS	236
ANEXO 01. Confirmação de recebimento por parte da Organização Mundial Da Saúde da pesquisa sobre o Código Global	236
ANEXO 02. Solicitação de informações sobre denúncia do CFM a respeito do Programa Mais Médicos	237
ANEXO 03. Solicitação Convenio OPAS-CUBA ofício OPAS/ BRA_PWR_62_124_18	238
ANEXO 04. Certificado de participação no Programa Líderes em Saúde Internacional Edmundo Granda Ugalde OPAS/ WHO	239
ANEXO 05. Manifesto de Belém Conselho Federal de Medicina	240
ANEXO 06. Municípios que apoiaram a permanência de Intercambistas Cooperados	241
CURRÍCULO LATTES	242

Lista de Figuras

Figura 1. PEC 241/2016	55
Figura 2. Cronologia resumida sobre o Provimento de Profissionais de Saúde no Brasil. ..	61
Figura 3. Distribuição de médicos por 1000/ habitantes em 2012.	63
Figura 4. Eixos do Programa Mais Médicos.	68
Figura 5. Total de municípios aderidos ao Projeto Mais Médicos para o Brasil.....	99
Figura 6. Cenário da distribuição de participantes do PMMB em 2013.	116
Figura 7. Cenário da distribuição de participantes do PMMB 2016.	116
Figura 8. Distribuição de médicos após 4º Ciclo do PMMB.	121
Figura 9. Participação de profissionais CRM-BRASIL.	121
Figura 10. Participação de profissionais Intercambistas Individuais.	122
Figura 11. Participação de Médicos Cubanos	122
Figura 12. Frequência das 30 principais palavras encontradas em trechos de discurso das corporações médicas. (TAGCROWD, 2019)	130
Figura 13. Brigadas Médicas Cubanas (1960-2017)	141
Figura 14. Total da distribuição de médicos por categoria e região em 2015.	148
Figura 15. Tweet Jair Bolsonaro sobre a decisão do STF.	185
Figura 16. Tweet Fim da Cooperação-Jair Bolsonaro	186
Figura 17. Tweet Fim da Cooperação-Jair Bolsonaro II	187

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Valor investido 1º eixo PMM (REQUALIFICA-UBS).....	91
Gráfico 2. Ampliação das vagas de Medicina de Família e Comunidade (Universalização da meta de 2018, Lei 12.871).	94
Gráfico 3. Total de bolsas de residência pagas pelo MS.	95
Gráfico 4. Desligamento voluntário médicos cooperados (2013-2018).....	117
Gráfico 5. Evolução de investimentos com o PMM.....	133
Gráfico 6. Evolução investimentos para o MEC	134
Gráfico 7. Valores investidos para o Ministério da Defesa.	134
Gráfico 8. Execução e Planejamento dos Termos de Cooperação e seus aditivos da OPAS	135
Gráfico 9. Programa Mais Médicos: equivalente ao total de gastos públicos (2013-2019).	138
Gráfico 10. Gênero do participantes do PMMB.....	149
Gráfico 11. Valores da Bolsa-formação repassados durante os anos 2013-2018.....	150
Gráfico 12. Quantitativo de Tutores PMMB-MEC e grau de titulação.....	165
Gráfico 13. Quantitativo de Supervisores PMMB-MEC e grau de titulação.	166
Gráfico 14. Principais especialidades dos supervisores do MEC.....	167
Gráfico 15. Porcentagem de médicos brasileiros graduados no exterior.	176
Gráfico 16. Linha do tempo- Médicos Cubanos	188

Lista de Tabelas

Tabela 1. Elementos-chave do Código Global de Práticas sobre o Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde da OMS.....	50
Tabela 2. Lista dos países com índice de médicos /mil habitantes igual ou acima de 1,8 conforme estatística mundial de saúde da Organização Mundial da Saúde.	67
Tabela 3. Principais atores envolvidos no Projeto Mais Médicos para o Brasil.	77
Tabela 4. Solicitações E-SIC abertas entre março 2018 a maio de 2019.	78
Tabela 5. Recursos interpostos em 1a e 2a Instância entre maio de 2018 a maio 2019.....	79
Tabela 6. Atos do Executivo para o Programa Mais Médicos.	102
Tabela 7. Taxa Administrativa de 5% cobrada pela OPAS.....	135
Tabela 8. Investimentos discricionários PMM.	137
Tabela 9. Receitas da União LOA (2013-2019).....	137
Tabela 10. Quantitativo de Médicos PMMB em 13-Mar-2018.....	145
Tabela 11. Quantitativo de participantes distribuídos por DSEI em 13-Mar-2018.....	146
Tabela 12. Variação da bolsa-formação de acordo com a média do Dólar ONU.	150
Tabela 13. Valores dos auxílios moradia e alimentação.	153
Tabela 14. Os módulos do Primeiro Ciclo Formativo.....	156
Tabela 15. Módulos do segundo ciclo formativo PMMB.	160
Tabela 16. Dados numéricos OMS I.	174
Tabela 17. Dados numéricos OMS II.	175
Tabela 18. Dados numéricos OMS III.....	175
Tabela 19. Quantitativo de médicos estrangeiros no país até 2014.....	176

Tabela 20. Editais/ Ciclos abertos para CRM Brasil e Intercambistas Individuais 2013-2019
..... 188

Siglas utilizadas

ABC- Agência Brasileira de Cooperação

ABS- Atenção Básica à Saúde

ADI- Ação Direta de Inconstitucionalidade

AGU- Advocacia Geral da União

AIDS- *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

AISA- Assessoria Internacional

AMB- Associação Médica Brasileira

AMS- Assembleia Mundial da Saúde

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BVS- Biblioteca Virtual em Saúde

CEP- Comitê de Ética e Pesquisa

CGU- Controladoria Geral da União

CIJ- Corte Internacional de Justiça

CMMP- *Cuban Medical Professional Parole Program* (Programa de Permissão de Entrada de Profissionais Médicos Cubanos)

CNRM- Comissão Nacional de Residências Médicas

CNTU- Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados

COAPES- Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino Saúde

CONASEMS- Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde

CONASS- Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

CONEP- Conselho Nacional de Ética e Pesquisa

COSEMS- Conselho dos Secretários Municipais de Saúde

CREMESP- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

CRM- Conselho Regional de Medicina

DAB- Departamento de Atenção Básica

DEDALUS- Banco de Dados Bibliográficos da Universidade de São Paulo

DEPREPS- Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde

DSEI- Distrito Sanitário Especial Indígena

DSP- Departamento de Serviço Público

Ead- Educação à Distância

EC-95- Emenda Constitucional 95

ECOSOC- *Economic and Social Council* (Conselho Econômico e Social)

EHC- Emergência Humanitária Complexa

ESF- Estratégia de Saúde da Família

E-SIC- Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão

EUA- Estados Unidos da América

FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz

FNP- Frente Nacional de Prefeitos

FSP/USP- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

FTS- Força de Trabalho em Saúde

GATS- *General Agreement on Trade and Services* (Acordo Geral sobre o Comércio e Serviços)

HIV- *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)

IBGE- Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH- Índice de Desenvolvimento Humano

IRPF- Imposto de Renda Pessoa Física

LAI- Lei de Acesso à Informação

LOS- Lei Orgânica da Saúde

MDS- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MEC- Ministério da Educação

MPV- Medida Provisória

MRE- Ministério das Relações Exteriores

MS- Ministério da Saúde

NHSC- *National Health Service Corps*. (Corporação de Serviços Nacional de Saúde)

ObservaRH- A Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil

OI- Organização Internacional

OIHP- *Office Internationale d'Hygiène Publique* (Escritório Internacional de Higiene Pública)

OMC- Organização Mundial do Comércio

OMS- Organização Mundial da Saúde

ONG- Organização Não Governamental

ONU- Organização das Nações Unidas

OPAS- Organização Pan Americana da Saúde

OSLN- Organização de Saúde da Liga das Nações

OTD- *Overseas Trained Doctors* (Médicos Treinados no Exterior)

PEC- Proposta de Emenda Constitucional

PGR- Procurador Geral da República

PGU- Procuradoria Geral da União

PIB- Produto Interno Bruto

PLSI- Programa de Líderes em Saúde Internacional

PMM- Programa Mais Médicos

PMMB- Projeto Mais Médicos para o Brasil

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PNEPS- Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Preps- Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde

PROVAB- Programa de Valorização da Atenção Básica PROVAB

PSC- *Program Area Support Cost* (Custo da taxa administrativa por programa)

PSF- Programa de Saúde da Família

PUBMED- *US National Library of Medicine- National Institutes of Health* (Biblioteca Estadunidense de Medicina- Institutos Nacionais de Saúde)

RMFC- Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade

SciELO- *Scientific Eletronic Library Online* (Biblioteca Científica Eletrônica Online)

SGP- Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP)

SGTES- Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

SIDA- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SS- Saúde Suplementar

STF- Supremo Tribunal Federal

SUS- Sistema Único de Saúde

TA- Termo de Ajuste

TC 80- Termo de Cooperação Técnica 80

TCC- Trabalho de Conclusão de Curso

TCTS- *Rural Clinical Training and Support* (Suporte para o Treinamento da Clínica Rural)

TCU- Tribunal de Contas da União

UEA- Universidade Estadual do Amazonas

UFAL- Universidade Federal de Alagoas

UFAM- Universidade Federal do Amazonas

UFBA- Universidade Federal da Bahia

UFC- Universidade Federal do Ceará

UFMG- Universidade Federal de Minas Gerais

UFMS- Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

UFPA- Universidade Federal do Pará

UFPE- Universidade Federal de Pernambuco

UFPI- Universidade Federal do Piauí

UFPR- Universidade Federal do Paraná

UFRN- Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UFSC- Universidade Federal de Santa Catarina

UNA-SUS- Universidade Aberta do SUS

UNB- Universidade de Brasília

UNIFESP- Universidade Federal do Estado de São Paulo

USD- *United States Dollars* (Dólares Estadunidenses)

USF- Unidade de Saúde da Família

VICAM- Visto Temporário de Atendimento Médico

VPI- Visto permanente de imigração

Káiros: deus grego da boa oportunidade

Francesco Salviati, 1545

Fonte: WikimediaCommons

1. APRESENTAÇÃO E INTRODUÇÃO

Durante a escrita desta tese, devi minha gratidão ao tempo *Káiros*, deus grego, filho de Zeus, que representava boas oportunidades e cura e que essas não seguiam o compasso da racionalidade do tempo cronológico. Por isso, *Káiros* somente possuía uma mecha de cabelos na frente do rosto, difícil de segurar, assim como as boas oportunidades.

O desenvolvimento dessa pesquisa, durante os anos de 2015 a 2019, foi uma âncora para elaboração de um processo de luto e cura. O tempo cronológico não dosou a velocidade dos acontecimentos nos quais encontrei muitas vezes o sofrimento, a alegria, o medo, o rancor, o amor, a mágoa e a dor. Esse caldeirão de sentimentos, com o passar lento das horas, se tornou em empatia e em indignação: sentimentos sem os quais não seria capaz de ter concluído essa tese.

Em 2006, tive a oportunidade de ser voluntário de uma Organização Não Governamental (ONG) chamada *Operation Smile*, que realiza cirurgias em indivíduos com fissura labiopalatal: comumente conhecida como “garganta de lobo” e “lábio leporino”. Fui convidado para assistir uma palestra sobre a ONG e participar do Programa Internacional de Fortaleza-2006. Assumi a posição de tradutor de inglês e espanhol por cinco dias consecutivos no centro cirúrgico.

A força de vontade dos voluntários dispostos a enfrentar uma rotina intensa, o uso de várias línguas estrangeiras em suas formas mais técnicas e minha empatia com a missão da ONG, provavelmente todo o meu percurso profissional construído teria seguido outros caminhos.

Em março de 2008, iniciei meu trajeto profissional, como Coordenador de Programas, no qual trabalhei em vários Estados no Brasil, nos Estados Unidos e ofereci suporte técnico, educacional e político-institucional para a América Latina, o Caribe e a África.

A realização de programas humanitários, o treinamento de recursos humanos especialistas da área de saúde, o contato com instituições de governo e instituições multilaterais no Brasil e no exterior amadureceram meus questionamentos e me proveram dos primeiros fundamentos para compreensão da engrenagem de funcionamento da saúde em âmbito internacional.

As inquietações sobre o tema da mobilidade internacional de profissionais da saúde já eram uma semente, após minha saída da *Operation Smile*, e retornariam em 2012. Essas logo passaram a aumentar quando, acompanhando de longe, alguns voluntários da *Operation Smile* passaram a migrar, principalmente para Austrália e para o Reino Unido. Médicos pediatras-anestesiastas, médicos pediatras-intensivistas e enfermeiros, justamente as principais profissões com maiores dificuldades para recrutar voluntários nos cinquenta e quatro países em que a ONG exerce suas atividades.

Assim a ideia para elaboração dessa tese surgiu das minhas indagações pessoais antes do surgimento do Programa Mais Médicos. Ela veio da experiência profissional entre os anos de 2008 e 2009, durante o período de no qual estava no mestrado (2011-2013) e dos encontros vivenciados nas ruas, nos hospitais, nos afetos com os sujeitos protagonistas de suas histórias que fortaleceram minha curiosidade inicial.

Em 2013, próximo da conclusão do mestrado, surgia o Programa Mais Médicos. Acompanhei as discussões e os protestos nas ruas contra a chegada dos médicos cubanos. Decidi auxiliar voluntariamente, as atividades do Programa em São Paulo, durante o primeiro ciclo do módulo de acolhimento dos primeiros participantes selecionados.

Dos polos de acolhimento, São Paulo era o que possuía o menor quantitativo de médicos, quarenta e nove participantes, entre eles, brasileiros e estrangeiros formados no exterior.

O polo de acolhimento do Estado caracterizou-se como um dos mais desafiadores polos de acolhimento, principalmente pela facilidade com que os diversos veículos de mídia tinham acesso, ao poder do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) e da Associação Médica Brasileira (AMB) em veicular notícias, notas de repúdio e processos, que cabiam resposta do Ministério da Saúde em Brasília.

Não foi um mês fácil, entre a comunicação São Paulo-Brasília, a resolução de conflitos, a logística, a revisão de documentos internacionais e conversas com os participantes do Programa. Entretanto percebi que ali teria uma boa oportunidade para desenvolver um projeto de pesquisa e exercer minhas atividades no Ministério da Saúde diretamente em meu objeto de pesquisa.

A mobilidade internacional de profissionais de saúde qualificados era/ é um tema pouco analisado, complexo e direcionado para os resultados nos países receptores desses profissionais.

A pesquisa foi amadurecendo devido à orientação da Profa. Deisy Ventura, que sugeriu que o estudo do Programa fosse realizado por meio da análise da compatibilidade entre o Projeto Mais Médicos para o Brasil e o Código Global de Práticas de Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde da OMS. Seria analisado em específico o caso dos médicos cubanos.

Durante o período de exercício laboral no Ministério da Saúde, na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), foi possível ter a oportunidade de vivenciar quase toda a estratégia de implementação e execução do Programa Mais Médicos (Out-2013/ Dec-2016).

Contudo, a partir de 2015, as polêmicas contra o Programa tornaram-se secundárias diante do momento político no Brasil. O *Coup d'État*, que desencadeou o impedimento da ex-presidenta Dilma Rousseff, foi talvez à primeira mácula contra as instituições democráticas de direito existentes no país.

A estagnação causada pelo Poder Legislativo sobre o Poder Executivo, iniciada em 2015, e a experiência de passar quatro meses naquilo que podia ser chamado de “qualquer coisa”, menos de uma gestão de transição no Ministério da Saúde, do governo do ex-presidente Michel Temer.

Os assédios morais aos trabalhadores do Ministério da Saúde se tornavam constantes:

A reclamante foi **surpreendida no dia 27/09/2016 com a chegada da Sra. XXXXXXXXXXXXX** que, em voz alta e em tom agressivo, comunicava-lhe a exoneração por ter sido a responsável pela alteração da agenda do **Ministro da Saúde, inserindo compromissos não existentes e pejorativos** [Grifo nosso]. Diz que não praticou essa "invasão" e que foi acusada injustamente, sem provas. Alega, também, que foram acionados os seguranças do órgão, sendo exposta aos olhos de todos os colegas de trabalho, e, além disso, teve seu computador

retirado sem que lhe conferido acesso aos arquivos pessoais.

Por tais fundamentos, ACORDAM os Desembargadores da Primeira Turma do Tribunal Regional do Trabalho da 10ª Região, em sessão realizada na data e nos termos da respectiva certidão de julgamento, aprovar o relatório, conhecer do recurso interposto e, no mérito, por maioria, vencidos o Des. Relator e o Juiz convocado Denilson Coelho, dar-lhe parcial provimento para condenar as reclamadas ao pagamento de Indenização por Danos Morais no importe de R\$15.000,00 (quinze mil reais), valor médio apurado, tudo nos termos do voto do Des. Grijalbo Coutinho, que fica designado Redator do acórdão. Apresentou ressalvas o Des. Dorival Borges.

Ementa aprovada.

Julgamento iniciado em 13.03.2019.

Sala de Sessões, 24 de abril de 2019 (4ª feira).

(TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO 10º REGIÃO, 2019, p. 4-5)

O despreparo e autoritarismo dos novos ocupantes dos cargos de chefia do governo de transição sobre os preceitos básicos da Administração Pública Federal, do Pacto Inter Federativo e de Saúde Pública, apontavam para o início da asfixia do Programa Mais Médicos.

A percepção de que não havia espaço para produção e continuidade de um Programa de Governo, nos quais os princípios básicos e constitucionais do Sistema Único de Saúde seriam executados, a possibilidade de estabelecer alguma estratégia de resistência institucional assim, solicitava demissão no início de dezembro de 2016.

Ao mesmo tempo, a pantomima que culminaria com a eleição de Jair Bolsonaro para presidente da República despontaria próximo à data inicial proposta de defesa da tese, alterada dentro dos regulamentos dos prazos vigentes da FSP/USP, devido ao fim da Cooperação Triangular Brasil-OPAS-CUBA em novembro de 2018.

Dois anos de intensa atividade acadêmica, mas também de silêncio: devido ao impedimento por meio do termo de confidencialidade válido até dezembro de 2018 com o Ministério da Saúde; razão pela qual todas as solicitações de informações sobre o Programa foram realizadas via Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão da Controladoria Geral da União (E-SIC/CGU), com autorização de acesso concedido e público no portal eletrônico da CGU.

Durante a década de 1960, a cantora estadunidense, Nina Simone relatou em várias de suas famosas canções as desigualdades e violência contra o povo afro-americano nos Estados Unidos. Em entrevista sobre sua vida e sua arte ela disse:

O dever de uma artista, até onde eu compreenda, é refletir o seu tempo. Eu penso que isso seja uma verdade para pintores, escultores, poetas, músicos. Em minha opinião, é a escolha de cada um deles, mas escolho refletir o tempo e situações em que me encontro. Isso, para mim, é meu dever. E neste momento crucial de nossas vidas, quando tudo está tão desesperado, quando o cotidiano é uma questão de sobrevivência, eu não vejo outra saída, do que estar envolvida.

Nina Simone

Nina Simone Great Performances: College Concerts and Interviews, 2009

O exemplo da Nina Simone se tornou em uma tentativa para refletir parte dessa trajetória acadêmica. Foi necessário olhar para *Zeitgeist*, tarefa árdua, que exigia com que a lente pessoal, que constantemente distorce o olhar sobre a realidade fosse deslocada, rompida ou mesmo substituída, uma luta contra a necessidade latente de desvelar os fatos e a frágil posição de resistência de enfrentar a realidade da forma em que ela se apresentou.

Foi apresentado nessa tese o resultado do silêncio, do tempo, das ruas, dos afetos com que cruzei: como âncora de (re)existência.

No Capítulo 1, tracei as referências teóricas, sobre a transição entre saúde internacional e saúde global e os aspectos éticos, que envolvem esse o campo. Avancei com a questão da mobilidade internacional e a dificuldade de estabelecimento de uma tipologia dos termos migratórios. Adentrei no panorama da Cooperação Técnica Internacional no Brasil. Abordei o histórico da criação do Código Global de Práticas de Recrutamento

Internacional da Organização Mundial da Saúde e seus principais aspectos em relação ao recrutamento ético de profissionais da saúde.

Por fim, fiz uma digressão sobre os acontecimentos políticos de 2015 a 2018, para situar o leitor dentro da dinâmica do Programa Mais Médicos, com o qual logo descrevi a cronologia e desafios quanto ao provimento de médicos no Brasil e finalizo com a descrição do Programa Mais Médicos.

No Capítulo 2, foram detalhadas os objetivos gerais e específicos da tese.

A metodologia do estudo, sua dinâmica, aspectos éticos e limitações foram abordadas no capítulo 3.

Nos capítulos 4 e 5 foram descritos os resultados e elaborada a discussão sobre os mesmos.

Foram apresentadas a conclusão no capítulo 6 e conflito de interesses no capítulo 7.

O capítulo 8 possui as referências bibliográficas que constituem esse trabalho e por fim os documentos anexos necessários.

Criança geopolítica observando o nascimento do novo homem
Salvador Dalí, 1943

1.1 TRANSIÇÃO DA SAÚDE INTERNACIONAL PARA A SAÚDE GLOBAL E A ÉTICA DA PESQUISA

Salvador Dalí, um dos ícones do surrealismo, usava a espontaneidade do conhecimento irracional utilizando associações do fenômeno delirante e alucinatório (DESCARNES, 1942). Dalí utilizava-se do que nomeou como "método paranóico crítico", calcado na psicanálise, para que o olhar do público fosse ainda mais profundo.

A obra o nascimento do homem contemporâneo expressa a preocupação do pintor surrealista espanhol em face dos acontecimentos no período em que vivia. A composição de uma forma mole e oval representando o globo terrestre, no qual dentro dela surge um homem e na rachadura produzida pelo rompimento escorre sangue, provavelmente o sangue da guerra civil espanhola e da segunda guerra mundial vivenciados pelo pintor. O acontecimento é assistido por uma mulher e uma criança, a maioria dos sobreviventes da guerra.

Desde a primeira Conferência Sanitária Internacional, sediada em 1851 em Paris, a falta de controle e de conhecimento etiológico dos agentes causadores de doenças contagiosas, fizeram os países se mobilizarem para compreender os processos de transmissão de doenças e da exposição aos seus potenciais riscos (HOWARD-JONES, 1975).

As questões sanitárias em âmbito internacional, de modo geral, seguem um padrão de relevância quando interesses comerciais e a proteção das fronteiras dos países desenvolvidos se encontram em risco diante do surgimento de doenças infectocontagiosas e/ ou graves perdas econômicas. A “saúde internacional” foi o termo utilizado no final do século IX e início do século XX, especialmente quando o foco era o controle de epidemias por meio das fronteiras nacionais (HOWARD-JONES, 1975).

Nesse contexto a terminologia frequentemente utilizada “saúde internacional” pode ser entendida como um elemento de base assistencial em que o desenvolvimento possui como característica principal determinados programas verticais de assistência à saúde, no qual o eixo é o processo saúde-doença, tratamento e/ ou prevenção focal por meio de programas específicos (OOMS, HAMMONDS e DAMME, 2011).

A longitudinalidade do cuidado, o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde e a possibilidade de garantia do acesso de maneira integral em geral não são contemplados no modelo “saúde internacional”.

O caráter, por vezes, excludente do progresso científico e tecnológico do século XX aprofundou as desigualdades sociais e econômicas. A desigualdade da distribuição de riqueza, a falta de acesso à saúde entre as nações aumentaram, a rápida expansão da economia global se tornou incapaz de diminuir a miséria e garantir o acesso à saúde (BENATAR, DAAR e SINGER, 2003).

Logo após o fim da Segunda Guerra Mundial e até o fim da Guerra Fria, os interesses dos países mais ricos financiariam campanhas de saúde pública nos países em desenvolvimento, em busca mantê-los de um lado da divisão política global: Ocidente ou Oriente (OOMS, HAMMONDS e DAMME, 2011).

Com o final da Guerra Fria, os países desenvolvidos impuseram aos países em desenvolvimento o fortalecimento de suas economias, dessa forma assumiriam a responsabilidade financeira de seus problemas sociais. Isso representou um “ajuste” ao processo internacional de livre comércio, ou seja, a obrigação em reduzir os investimentos sociais, para reduzir as dívidas públicas, tornando-os parceiros comerciais confiáveis (OOMS, HAMMONDS e DAMME, 2011; BENATAR, DAAR e SINGER, 2003).

O surgimento da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), na década de oitenta, favoreceria o debate quanto a questão da segurança dos países desenvolvidos a partir do controle de doenças. A epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV- *Human Immunodeficiency Virus*) pode somente ser comparada a duas pandemias na história da humanidade:

- A peste negra, no século XIV (que causou entre 20 e 30 milhões de óbitos);
- *Influenza* (gripe) espanhola, no início do século XX (estimada em 50 milhões de óbitos).

(NAVARRO, 2012)

O vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) proporcionaria um novo marco na saúde internacional: o controle sanitário as e políticas internacionais de contenção da doença (OOMS *et al*, 2011).

Nesse contexto, o termo "saúde global" foi rapidamente inutilizando a terminologia "saúde internacional". A terminologia “saúde global” possui processos econômicos, políticos e históricos ampliados, nos quais a Organização Mundial da Saúde (OMS) percebeu seu papel como protagonista da saúde mundial e iniciou a busca de um realinhamento dentro de alianças inconstantes de poder (BROWN, CUETO e FEE, 2011).

No mundo pós II Guerra Mundial, a OMS foi fundada em um momento de grande idealismo e elevou as expectativas internacionais, quando foi projetada para ser a melhor possibilidade para a saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946).

Na esfera do direito internacional público, por meio da classificação do parecer de 1949 da Corte Internacional de Justiça (CIJ) para criação de Organizações Internacionais (OI), adotada neste estudo. De acordo com a CIJ, Organização Internacional (OI) é:

- ☐ Uma entidade com finalidades, órgãos e sede própria;
- ☐ Possui vontade jurídica distinta de seus Estados membros;
- ☐ É sujeito de direito internacional público com capacidade para ser titular de direitos e deveres internacionais, podendo fazer prevalecer seus direitos por meio de uma reclamação internacional.

(CORTE INTERNACIONAL DE JUSTIÇA, 1949)

A organização foi planejada por uma série de comissões técnicas internacionais entre 1946-1948. Os departamentos técnicos da OMS foram conjugados nas três principais agências internacionais de saúde então existentes:

- ☐ Escritório Sanitário Internacional das Américas, que posteriormente tornou-se a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS);
- ☐ Escritório Internacional de Higiene Pública (OIHP)- *Office Internationale d'Hygiène Publique*);
- ☐ Organização de Saúde da Liga das Nações (OSLN).

(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946)

A organização possui como missão a cooperação com os Estados-membros. É uma organização internacional autônoma que trabalha em parceria com a ONU, sob a coordenação do ECOSOC (*Economic and Social Council*), formada por três órgãos:

- Assembleia Mundial da Saúde (AMS);
- Conselho Executivo, formado por trinta e quatro técnicos;
- Secretaria, administrada por um diretor executivo indicado pela AMS.

(BROWN e CUETO, 2011)

É um organismo internacional que oferece cooperação técnica e recomendações em saúde a seus países membros; combate doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis, bem como suas causas; objetiva fortalecer os sistemas de saúde e é capaz de responder a Emergências Humanitárias Complexas (EHC).

Entretanto, a OMS já nasceu na retaguarda da liderança na saúde e enfrenta sérias crises, déficits orçamentários e perda de status, principalmente devido à influência crescente de novo atores internacionais que disputam o mesmo espaço ocupado pela Organização. Assim, ela constantemente vê-se obrigada a se remodelar, em modo de sobrevivência, como fonte contínua de eixo estratégico para coordenação e planejamento das atividades globais em saúde em resposta ao novo contexto político internacional (BROWN, CUETO e FEE, 2011).

Os principais países doadores responsáveis pelo financiamento da OMS, por meio da Assistência Oficial para o Desenvolvimento (AOD) atrasam bilhões de dólares, causando forte desvantagem para as Nações Unidas e suas agências. Dessa forma, elas ficaram paralisadas por restrições financeiras, disputas internas, além das disputas territoriais e políticas transnacionais (MATTOS, 2000).

A OMS é a principal OI que utiliza e defende a terminologia “saúde global”, que implica considerar as necessidades de saúde das pessoas de maneira integral, além das preocupações pontuais de nações específicas. O termo “global” também está relacionado à crescente valorização dos atores para além das organizações e agências governamentais ou intergovernamentais. Por exemplo, a mídia, fundações internacionalmente influentes, organizações não governamentais e corporações transnacionais (BROWN, CUETO e FEE, 2011).

O Banco Mundial, por exemplo, mais rico e influente, passou a exercer atividades de saúde a partir da década de 1970. (NAÇÕES UNIDAS, 2007). O investimento do Banco Mundial inicia-se tanto na saúde, quanto na educação. Ambos os projetos voltados para o

controle de natalidade. Em 1979, a criação do departamento de nutrição e a política de saúde populacional já utilizavam sólido financiamento próprio (MATTOS, 2000).

No Relatório de Desenvolvimento de 1980, o Banco Mundial afirma que a desnutrição e os problemas de saúde poderiam ser tratados por meio direto de sua assistência. A elevada capacidade de financiamento do Banco Mundial permitiu a maior tomada de decisões no cenário internacional em detrimento da OMS (BANCO MUNDIAL, 1980).

Ao mesmo tempo, o efeito da globalização na saúde pública passa a ter aspectos promissores e ameaçadores:

- Os aspectos promissores destacam-se a difusão mais fácil de tecnologias úteis, de ideias e valores como os direitos humanos;
- No outro, o marketing agressivo para consumo de tabaco, do álcool e de drogas psicoativas; a disseminação mundial facilitada de doenças infecciosas, e a rápida degradação do meio ambiente (BROWN, CUETO e FEE, 2011).

Segundo CRUMP e SUGARMAN (2010), A saúde global, também conhecida como a “saúde das populações em desvantagem”, envolve um campo de experiências que cruzam as fronteiras internacionais e socioculturais.

A conjectura de interesses da saúde global destacou-se no final do século XX, devido a sua relação com três áreas importantes:

- **Segurança:** possibilidade de risco nos países de pandemias ou contágio intencional de doenças, assim como aumento de conflitos humanitários;
- **Economia:** pela repercussão de doenças no desenvolvimento econômico e também pelo mercado de bens e serviços de saúde;
- **Justiça Social:** por saúde ser um direito humano considerado um valor social por muitas sociedades.

(KICKBUSCH, 2011)

Dessa forma, a efetividade do cumprimento de tratados internacionais se relaciona a dois processos: os interesses dos Estados em utilizar as organizações internacionais como instrumento de governo e a repercussão social ao cumprimento dos tratados estabelecidos

na determinação da efetividade do desenvolvimento de políticas internacionais na esfera da cooperação e aplicação nacional dos tratados (BADIE, 2008).

A análise da política externa no contemporâneo, não está limitada às considerações do sistema internacional e aos interesses nacionais. A percepção de que os interesses nacionais são dinâmicos, dependentes da conjuntura política, que está no poder, os grupos de interesse e o impacto social tornam-se essenciais para compreensão da aplicabilidade de determinado instrumento internacional na esfera nacional (DINIZ, 2012).

Essa tendência impulsiona a importância da saúde global, por motivações solidárias. A percepção da negligência da comunidade internacional globalizada por doenças evitáveis, a desnutrição e os conflitos nacionais. O entendimento de que a saúde do mundo desenvolvido é afetada por doenças anteriormente conhecidas como “tropicais/ exóticas” passam a serem percebidas como ameaças reais à segurança global e às economias transnacionais (PINTO e UPSHUR, 2009).

A ética torna-se uma ferramenta para reformular a agenda da saúde global. Essa prerrogativa baseia-se no discurso ético atual dentro da saúde pública, dos direitos humanos e das teorias de trabalho com populações vulneráveis (PINTO e UPSHUR, 2009).

Os desafios causados pelas desigualdades globais e a necessidade de um quadro normativo moral tornam-se necessários assim, as reivindicações éticas podem estabelecer princípios, deveres e responsabilidades, que incluam o valor intrínseco da saúde para o bem-estar (RUGER, 2006).

Essa abordagem de pensamento da autora objetiva maneiras em que atores globais e nacionais sejam protagonistas das desigualdades mundiais em virtude de seu interesse próprio, seu interesse nacional, seu bem-estar agregado e coletivo, sua segurança ou assistência humanitária. Ela valoriza o conceito mais robusto de "florescimento humano" (RUGER, 2006).

A ética da pesquisa no campo da saúde internacional muda então de abordagem nos últimos vinte e cinco anos. As questões restritas como as diferenças culturais nas práticas de consentimento livre e esclarecido, para maior valorização do desenvolvimento e da justiça social. A revisão e a supervisão da ética precisam alinhar-se a esses novos valores e formas de operacionalização, ou correm o risco de se tornarem marginalizadas (IJSELMUIDEN, KASS, *et al.*, 2010).

As práticas éticas podem evoluir para alcançar a justiça global por meio de três valores:

- ☐ Solidariedade;
- ☐ Respeito pela inovação da cooperação Sul-Sul;
- ☐ Compromisso com a execução.

(IJSEELMUIDEN, KASS, *et al.*, 2010)

O termo "justiça global" aponta para um rearranjo do discurso moral. Tradicionalmente as relações internacionais eram/ são percebidas com distinção clara das políticas nacionais. O enfoque sobre as interações entre estados, no qual o interesse principal é comum a de seus cidadãos, aplicado aos arranjos institucionais supranacionais é importante para as perspectivas de vida dos sujeitos (POGGE, 2008).

Entretanto essa nova lente na qual a participação social é carregada de valores éticos, enfrentam contradições na qual a ordem global é injusta, pois enriquece as elites dos países ricos e pobres e perpetua a opressão e o empobrecimento da maioria (POGGE, 2008).

1.2 MOBILIDADE INTERNACIONAL E TRABALHO

A mobilidade humana, ao longo da história moderna, possui diferentes motivações individuais e coletivas. Estima-se que, em 2013, cerca de 232 milhões de pessoas, 2,9% da população mundial, viviam fora do seu país de origem, em comparação com 100 milhões, 1,8% da população total, em 1995 (ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, 2013b)

Caracterizada por um processo complexo, na qual as decisões migratórias envolvem a dinâmica global e fatores históricos, culturais políticos e econômicos (IRIDALE, 2008). A mobilidade humana é um dos elementos da globalização econômica, respondendo por importantes reconfigurações sociais, políticas e econômicas da globalidade contemporânea; além de ser parte constitutiva da experiência humana e do próprio processo de formação de grande parte das comunidades políticas que hoje são chamadas de Estados (MOULIN, 2011).

A estruturação econômica liberal, que se intensificou nos últimos 20 anos do século XX, e a abertura de fronteiras internacionais de bens e de serviços tornou-se uma estratégia fundamental para a sustentabilidade desse sistema (VERTOVEC, 2002).

As consequências dessa abertura ocasionaram uma mudança no léxico dos fluxos migratórios especializados; antes conhecido como "fuga de capital humano- *Brain Drain*", hoje essa mobilidade é constantemente mencionada como "mobilidade profissional" ou "*Brain Circulation*"; em vistas de atenuar o impacto negativo que a forma anterior possuía (MARCHAL e KEGELS, 2013).

Essa mobilidade apresenta-se de forma assimétrica e ocorre em detrimento de países menos desenvolvidos, que não só perdem seus escassos e necessários recursos humanos, mas também investimentos consideráveis no tempo de formação desses profissionais e posteriores recrutamentos de profissionais estrangeiros (VERTOVEC, 2002).

A definição do termo "migração temporária" em relação ao movimento de profissionais pode variar de nove meses a 10 anos, a depender das leis de cada país. A tipologia de tal migração temporária é controversa, gera dificuldades para estabelecer

comparações entre países e na realização de estudos abrangentes sobre a migração de profissionais qualificados.

A escassa literatura científica utiliza as seguintes tipologias para classificação da migração de profissionais:

Os trabalhadores temporários são divididos em trabalhadores qualificados, semiquualificados e sem treinamento, que migram por um período limitado, conforme estabelecido em um contrato de trabalho ou estabelecido por uma política governamental ou uma empresa (STILWELL, DIALLO, *et al.*, 2003).

Os fenômenos migratórios também podem ser classificados por meio das suas diferentes motivações sociais, econômicas e históricas:

- *Brain Drain* (fuga de capital humano): recrutamento e seleção de profissionais especializados;
- Empresa-induzida: migração realizada por meio do financiamento direto de empresas privadas;
- Êxodo forçado: migração causada por catástrofes naturais, guerras civis e etc.;
- Governo-induzida: migração realizada por meio do financiamento direto de governos;
- Migração étnica: causada por conflitos entre diferentes etnias e conjuntura políticas.

(IRIDALE, 2008)

No caso da migração de profissionais qualificados, o *Brain Drain* geralmente traduzido como “fuga de capital humano”, caracteriza-se como um problema internacional que teve origem no período pós Segunda Guerra, quando os países vencedores, que entraram em um novo estágio do desenvolvimento científico e tecnológico, enfrentaram um déficit de especialistas qualificados (IVAKHNYUK, 2006).

O fenômeno da globalização e a desregulamentação seletiva dos processos migratórios facilitaram a migração internacional, resultando em consideráveis transferências de recursos humanos. Segundo o Banco Mundial, os países em

desenvolvimento poderiam se beneficiar temporariamente do envio de pessoal especializado para o exterior (BANCO MUNDIAL, 2019).

A migração relacionada a fatores laborais é vista como um processo no qual o catalizador é a economia transnacional (CASTLES, 2002). A migração de trabalhadores altamente qualificados da saúde abrange uma pequena porção de migrantes. Ainda assim, essa circulação de recursos humanos prejudica os países em desenvolvimento, resultando em um enfraquecimento nas políticas de gestão da saúde (STILWELL, DIALLO, *et al.*, 2003; SALSBERG e GROVER, 2006).

Resulta desse “*Brain Drain*”, quanto aos profissionais de saúde, uma diminuição da disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde nos países em desenvolvimento, observada principalmente nas áreas rurais e no setor público. Assim, os “países exportadores” gastam consideráveis investimentos em educação e formação de profissionais de saúde, e devem incorrer nos custos para atrair recursos humanos do exterior (BARROS e MARTINEZ-GIRALT, 2000).

A migração de trabalhadores de saúde passa a ser fortemente influenciada pelos marcos regulatórios nacionais, que controlam o recrutamento e formação de profissionais de saúde. Tais estruturas dão origem a padrões nacionais de migração. A centralidade da regulação do governo, no setor da saúde, difere de modo significativo, por exemplo, da política de migração dos profissionais do setor da tecnologia da informação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2003).

No entanto, para o caso dos profissionais de saúde, resulta uma diminuição da disponibilidade e qualidade dos serviços nos países em desenvolvimento, observada principalmente nas áreas rurais e no setor público. Assim, os “países exportadores de mão de obra” despendem, sem retorno, consideráveis investimentos na educação e formação de profissionais de saúde. Estima-se que cada profissional migrante da saúde na África custa o valor aproximado de 184.000 mil dólares americanos (MARCHAL & KEGELS, 2003).

As expectativas de emprego para muitos trabalhadores de saúde nos países em desenvolvimento, as quais não são positivas, explicariam a opção pela migração:

- ☐ Baixa remuneração;

- Ceticismo quanto à melhoria das condições de saúde para a população;
- Ausência de “motivação” quanto à oportunidade de ascensão na carreira profissional.

(BARROS e MARTINEZ-GIRALT, 2000)

No âmbito das tratativas internacionais, o Acordo Geral sobre o Comércio e Serviços de 1995 (GATS- *General Agreement on Trade and Services*) entendeu a questão da migração temporária meramente como uma questão de “serviços” (ADLUNG e CARZANIGA, 2001).

Mesmo restrito em seu entendimento, O GATS possibilita uma abordagem inicial sobre a questão da migração transitória. Na Quarta Parte, do Artigo XIX que trata sobre o movimento de pessoas e “serviços temporários”. Nota-se a frágil referência para definição do termo, citado somente como “comércio de serviços”, e sua relação com a migração:

Na prossecução dos objetivos do presente Acordo, os Membros devem entrar em sucessivas rodadas de negociações, em não mais de cinco anos a partir da data de entrada em vigor do Acordo perante a Organização Mundial de Comércio (OMC) e depois, periodicamente, com vistas a alcançar progressivamente um maior nível de liberalização. Tais negociações devem ser direcionadas para a redução ou eliminação dos efeitos adversos sobre o **comércio de serviços** [grifo nosso] e medidas como um meio de fornecer acesso efetivo ao mercado. Este processo deve ter como objetivo a promoção dos interesses de todos os participantes em uma base mutuamente vantajosa e assegurar um equilíbrio geral de direitos e obrigações.

(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO COMÉRCIO, 1995, p. 15)

¹In pursuance of the objectives of this Agreement, Members shall enter into successive rounds of negotiations, beginning not later than five years from the date of entry into force of the WTO Agreement and periodically thereafter, with a view to achieving a progressively higher level of liberalization. Such negotiations shall be directed to the reduction or elimination of the adverse effects on trade in services of measures as a means of providing effective market access. This process shall take place with a view to promoting the interests of all participants on a mutually advantageous basis and to securing an overall balance of rights and obligations.

A partir da década de 1970 até a década de 1990, as políticas de recrutamento de países, tais como a Austrália, Canadá e Nova Zelândia foram fortalecendo as barreiras das políticas de migração, com o objetivo de selecionar os "migrantes mais qualificados", ou seja, aqueles que mesmo caracterizados como profissionais qualificados passaram a enfrentar determinadas restrições na regulamentação profissional para sua entrada nesses países (BUNDRED e LEVITT, 2000).

No final da década de 1990 e início do século XXI, em sentido oposto, observou-se que outros países adaptaram suas políticas de entrada temporária para atrair profissionais altamente qualificados, incentivar o regresso de nacionais qualificados do exterior e, em menor escala, para dificultar a entrada de outros profissionais. As tentativas de mudança da legislação nacional, tais como a flexibilidade das restrições de autorização de trabalho, objetivaram atrair trabalhadores altamente qualificados para compensar a escassez pontual nos mercados nacionais (BARROS e MARTINEZ-GIRALT, 2000).

Não há organismo encarregado para cooperação global e para o monitoramento do direito trabalhista dos migrantes, provavelmente porque tal estratégia poderia aumentar os custos da força dessa forma de trabalho (CASTLES, 2009).

O Estado Filipino representa um importante exemplo da política de migração, pois cerca de 10% de sua população trabalha ou vive no exterior devido aos altos níveis de desemprego e o incentivo do governo para migração de médicos principalmente para os Estados Unidos. Essa política foi incorporada entre os anos de 2001-2004 por meio do Plano de Desenvolvimento das Filipinas, que considera o emprego no exterior como uma das principais fontes de crescimento econômico por meio de divisas enviadas por médicos e enfermeiros para suas famílias (FILIPINAS, 2000).

Países como Omã e Arábia Saudita têm constantemente recrutado trabalhadores estrangeiros para preencher vagas remanescentes, também contribuindo para o aumento e escassez em países em desenvolvimento, como Bangladesh, que enviou parte de seus profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) para o Golfo Pérsico por muitos anos (DUSSAULT e FRANCESCHINI, 2007).

Na Austrália, 20% da população estão distribuídos em mais 1.500 comunidades rurais com menos de 5.000 habitantes. Como estratégia de retenção e fixação de

profissionais de saúde em regiões remotas, o governo australiano estabeleceu uma série de medidas e dois programas:

- Programa de Médicos Treinados no Exterior: *Overseas Trained Doctors* (OTD);
- Programa de Apoio ao Treinamento Clínico Rural: *Rural Clinical Training and Support* (RCTS).

(OLIVEIRA, VANNI, *et al.*, 2015)

No OTD, o participante possui restrições para o exercício da profissão, é supervisionado por outro médico, sua licença não permite o exercício irrestrito da profissão e deve ser alocado em áreas prioritárias para o governo australiano.

Após 23 anos de programa, percebe-se que a fixação de profissionais médicos ainda possui dificuldades de retenção dos participantes em áreas rurais, quando do término do período de dez anos de cumprimento do contrato (OLIVEIRA, VANNI, *et al.*, 2015).

Nos Estados Unidos da América (EUA) as principais iniciativas para reduzir as desigualdades de distribuição de médicos ocorrem por meio do *National Health Service Corps*. (NHSC) e o *Conrad 30 Program*. O NHSC, desde 1972, por meio de um programa de bolsas de estudos e programas de pagamento da dívida do financiamento estudantil para profissionais de saúde nacionais e estrangeiros, que prestem serviços de saúde de atenção primária em comunidades carentes (OLIVEIRA, VANNI, *et al.*, 2015).

A ação da colaboração médica cubana internacional destaca-se pelo atendimento em resposta a necessidades de saúde de países que sofreram catástrofes e desastres naturais, com falta de pessoal de saúde para oferecer atendimento à população, ou por falta de condições de instalações médico-sanitárias para garantir a assistência até lugares remotos. Mais de 40 mil trabalhadores da saúde cubanos prestam seus serviços em 84 países do mundo

(OSA, 2011)

"Acredito que este desejo de melhorar a raça, de dar ao país gente forte e sadia. Encontre ampla compreensão em todos os setores das atividades nacionais . E é por isso que concito os homens de sentimentos nobres. as mulheres - sempre inclinadas aos gestos de bondade e heroísmo - os médicos conscientes de sua missão e, especialmente a pessoas de fortuna, ao dever de aplicar em obras de filantropia e assistência social parte do que lhes sobeja, se não desejam ser apontados como egoístas endurecidos e simples amealhadores de pecúnia."

Getúlio Vargas

Discurso proferido no Natal de 1939

1.3 PANORAMA DA COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL EM SAÚDE NO BRASIL

O discurso sobre saúde da criança do ex-presidente Getúlio Vargas, política implantada em seu governo, apontava características para construção de um “Novo Brasil”. Dessa forma, a política de saúde infantil apresentava um caráter eugenista, autoritário e intervencionista, visando os interesses da nação a longo prazo (FONSECA,1993).

Justificava-se um conjunto de medidas visando ao controle minucioso da criança, cuja ênfase recaía sobre as atividades de educação e saúde. A ignorância e a pobreza seriam os responsáveis pelo processo de adoecimento, mas as origens socioeconômicas da ignorância e da pobreza não eram consideradas (FONSECA,1993).

A conjuntura da época econômica e social da época destacavam o projeto político a ser estabelecido. O destaque para questões laborais utilizou-se da saúde para que tal matéria fosse de pertencimento nacional, em similaridade com a estruturação da Conferência Sanitária de Paris de 1851, utilizando a saúde como ferramenta de subjugação de interesses econômicos.

Assim, a cooperação técnica internacional no Brasil para o desenvolvimento de projetos na área da saúde como inclusão da OPAS no Sistema da Organização das Nações Unidas (ONU) precedeu o modelo assistencial de saúde baseado nas caixas de pensão como também, a criação do SUS.

A OPAS foi fundada em 1902, à época era o Escritório Sanitário das Américas, hoje atua como escritório regional da OMS para as Américas como também, é a agência especializada em saúde do Sistema Interamericano (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2019a).

Ela possui a incumbência para elaboração de recomendações, termos de cooperações técnicas no âmbito da saúde e goza de imunidade de jurisdição internacional, ou seja, possui privilégio reconhecido de independência em relação à jurisdição nacional. A sede foi estabelecida em Washington D.C., Estados Unidos, lidera seus 27 escritórios em países da região e três centros especializados (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2019a; UNITED NATIONS, 1946; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE,

1946; ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 1947; BRASIL-PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1950).

A Cooperação entre OPAS e Brasil se fortaleceu durante a década de 1970. Essa cooperação tratava sobre a centralidade para capacitação de recursos humanos na saúde. Surge o Preps: Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2006).

A desigualdade da distribuição geográfica da Força de Trabalho em Saúde (FTS) ocasionava a concentração de profissionais de nível superior, principalmente no caso de médicos, em detrimento de profissionais de nível técnico, auxiliar e elementar (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2006).

Houve então uma série de tratados, acordos bilaterais e multilaterais para cooperação em saúde. Entende-se um acordo bilateral ou multilateral, no qual dois ou mais países ratificam um tratado, após avaliação e aprovação do Senado Federal, aprovação da Presidência da República, e das instâncias respectivas nos países signatários. Tal forma caracteriza-se por um Ato do Legislativo posteriormente aprovado pelo Poder Executivo (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1988; BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2009).

Artigo 2

- a) “tratado” significa um acordo internacional concluído por escrito entre Estados e regido pelo Direito Internacional, quer conste de um instrumento único, quer de dois ou mais instrumentos conexos, qualquer que seja sua denominação específica.

(BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2009)

Enquanto os Termos de Cooperação Técnica e seus respectivos Termos de Ajuste podem ser atos do executivo desde que cumpram prerrogativas básicas previstas em lei. O Brasil já assinou cento e quatro termos de cooperação técnica firmados com a OPAS (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2019b):

Prestação de Assistência Técnica

Os Organismos prestarão ao Governo assistência técnica, condicionada à existência dos fundos necessários. O Governo e os Organismos, estes agindo conjunta ou separadamente, deverão cooperar na elaboração, com base nos pedidos apresentados pelo Governo e aprovados pelos Organismos, de programas de operações de mútua conveniência para a realização de atividades de assistência técnica;

A assistência técnica será prestada e recebida de conformidade com a resolução de decisões das assembleias, conferências e outros órgãos dos Organismos; a assistência técnica, prestada no quadro do Programa Ampliado de Assistência Técnica para o Desenvolvimento Econômico dos Países Subdesenvolvidos, será, em particular, prestada e recebida de acordo com as Observações e Princípios, Básicos estabelecidos no Anexo I da Resolução 222 A (IX) do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, de 15 de agosto de 1949.

3. Essa assistência técnica poderá consistir em:

- a) proporcionar serviços de peritos para assessorar e prestar assistência ao Governo ou por intermédio deste;
- b) organizar e dirigir seminários, programas de treinamento profissional, empreendimentos-piloto, grupos de trabalho de peitos e atividades correlatas nos locais que forem de comum acordo, escolhidos pelas partes;
- c) conceder bolsas de estudos e aperfeiçoamento ou adotar outras providências que possibilitem a candidatos designados pelo Governo, e aprovados pelos Organismos interessados, estudar ou receber treinamento, profissional fora do país;
- d) preparar e executar projetos-piloto, testes, experiências ou pesquisas em locais que venham a ser escolhidos de comum acordo;
- e) prestar outra forma de assistência técnica que venha a ser acordada entre o Governo e os Organismos.

(BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1950)

O Termo de Cooperação Técnica 80 (TC 80) para “ampliação do acesso da população brasileira à atenção básica em saúde” de 26 de abril de 1950, firmado entre o Governo Brasileiro, a OPAS e o *Convenio de cooperación técnica entre el ministerio de salud pública de la Republica de Cuba y la Organización Mundial de la Salud, para la ampliación del acceso de la población brasileña a la atención básica de salud* firmado entre a OPAS e o Governo Cubano, caracterizaram-se como um modelo de cooperação triangular (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2013).

Figura 1. Cooperação Triangular Brasil-OPAS-Cuba

Foi por meio da cooperação triangular que a vinda de médicos cubanos para o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) tornou-se possível. O qual será abordado em detalhes ao longo dessa tese (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2013).

The Painter's Room, 1944

Lucien Freud

O efeito da globalização capturado no quadro “o quarto do pintor”, na qual uma zebra adentra a janela, em alusão aos fluxos migratórios.

1.4 O CÓDIGO GLOBAL DE PRÁTICAS DE RECRUTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DA OMS

A ONU esteve na vanguarda do desenvolvimento de regulamentações internacionais para gerenciar a migração de profissionais. Entre as agências da ONU, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) esteve comprometida com a efetivação de normas trabalhistas básicas e a promoção de oportunidades para trabalho decente e produtivo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2003).

As atividades da OIT destacam a importância da migração laboral na economia global e reconhecem que a migração laboral pode ser benéfica, entretanto sua desregulamentação pode ter várias consequências prejudiciais (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2013).

Este enfoque tornou-se ainda mais importante quando a Organização Mundial da Saúde (OMS), consciente dos problemas ocasionados pela assimetria na distribuição dos profissionais de saúde, adotou um Código de Práticas com o intuito de orientar a ação dos Estados, agências recrutadoras e atores sociais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

A elaboração do Código Global de Práticas de Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde da OMS iniciou-se em 2004, quando AMS solicitou a OMS o desenvolvimento de um código de práticas para o recrutamento internacional de recursos humanos. A Temática voltou a ser discutida em outros encontros realizados em Tóquio (Japão, 2008) e em Aquila (Itália, 2009) (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

Na Conferência Sobre Recursos Humanos da Saúde de Kampala, em 2008, destacou-se a questão dos fluxos migratórios, as políticas de contratação, suas consequências para os sistemas de saúde e a busca de soluções na esfera internacional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

A OMS estimava que a escassez de profissionais da saúde pudesse chegar a mais de 4,3 milhões, principalmente nos países em desenvolvimento: dos 57 países com escassez crítica, 36 eram países da África subsaariana (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA

SAÚDE, 2010).

A crescente preocupação com as migrações internacionais de médicos e enfermeiros, é frequentemente compreendida como uma das causas que está por detrás desta escassez (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

Culminou assim, na 63^a Assembleia Mundial da Saúde da OMS e os Estados Membros ratificaram o Código Global de Práticas de Recrutamento Internacional de Pessoal da Saúde. O Código adotado pela Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2010 tem por objetivo estabelecer e promover os princípios, práticas e a ética internacional relacionada ao recrutamento de profissionais da saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

O Código possui caráter de adesão voluntário, por meio de recomendações, quanto às práticas éticas sobre o fluxo migratório de recursos humanos da saúde. No seu Artigo Primeiro, incisos 2, 3 e 4, o Código estabelece seus principais objetivos:

- 2) Servir como referência para os Estados-Membros para estabelecer ou melhorar o quadro jurídico e institucional necessário para o recrutamento internacional de pessoal de saúde;
- 3) Fornecer orientação, que podem ser utilizadas quando apropriadas, para a formulação e implementação de acordos bilaterais e outros instrumentos jurídicos internacionais;
- 4) Facilitar e promover a discussão e cooperação internacional relacionada com o recrutamento ético internacional de pessoal de saúde, como parte do fortalecimento dos sistemas de saúde, com foco especial para a situação dos países em desenvolvimento.

(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010, p. 1-2)

²(2) To serve as a reference for Member States in establishing or improving the legal and institutional framework required for the international recruitment of health personnel;

(3) To provide guidance that may be used where appropriate in the formulation and implementation of bilateral agreements and other international legal instruments;

(4) To facilitate and promote international discussion and advance cooperation on matters related to the ethical international recruitment of health personnel as part of strengthening health systems, with a particular focus on the situation of developing countries.

Fornece princípios éticos aplicáveis ao recrutamento internacional de pessoal da saúde de maneira que orienta o fortalecimento e sustentabilidade dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento destaca-se em seu Artigo 3º e inciso 3:

3.3 As necessidades e circunstâncias específicas dos países em desenvolvimento e países com economias em transição devem ser consideradas, pois os mesmos são particularmente vulneráveis a escassez dos profissionais de saúde e constituem-se por capacidade limitada para implementar as recomendações deste Código. Os países desenvolvidos devem, na medida do possível, prestar assistência técnica e financeira aos países em desenvolvimento e países com economias em transição que visem reforçar os sistemas de saúde, incluindo o desenvolvimento do pessoal da saúde.

(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010, p. 2)

³3.3 The specific needs and special circumstances of countries, especially those developing countries and countries with economies in transition that are particularly vulnerable to health workforce shortages and/or have limited capacity to implement the recommendations of this Code, should be considered. Developed countries should, to the extent possible, provide technical and financial assistance to developing countries and countries with economies in transition aimed at strengthening health systems, including health personnel development.

⁴7.3 For purposes of international communication, each Member State should, as appropriate, designate a national authority responsible for the exchange of information regarding health personnel migration and the implementation of the Code. Member States so designating such an authority, should inform WHO. The designated national authority should be authorized to communicate directly or, as provided by national law or regulations, with designated national authorities of other Member States and with the WHO Secretariat and other regional and international organizations concerned, and to submit reports and other information to the WHO Secretariat pursuant to subparagraph 7.2(c) and Article 9.1

Tabela 1. Elementos-chave do Código Global de Práticas sobre o Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde da OMS.

OBJETIVO	ELEMENTOS ESPECÍFICOS
Estabelecer padrões éticos	Estabelecer padrões éticos para o recrutamento de profissionais da saúde por meio de adesão voluntária ao Código.
Garantia de direitos	Monitorar os direitos, obrigações e expectativas dos países “importadores” e “exportadores” de profissionais da saúde sejam mantidos.
Fortalecer Sistemas de Saúde	Países desenvolvidos devem apoiar o fortalecimento dos sistemas de saúde por meio financeiros, assistência, treinamento, transferência de técnicas, tecnologia e promover a migração circular para favorecer os países em desenvolvimento.
Apoiar o desenvolvimento interno	Priorizar o desenvolvimento de profissionais de saúde nacionais e gestão da distribuição de profissionais de saúde entre áreas rurais e urbanas.
Facilitar a troca de informações	Fortalecer a criação de acordos bilaterais, banco de dados nacional de leis e regulamentos e designação de uma autoridade nacional responsável pela troca de informações com o Secretariado da OMS.
Desenvolver um quadro regulamentar	Fortalecer a capacidade dos sistemas de informação em saúde, monitoramento contínuo e avaliação do mercado de trabalho da saúde e do desenvolvimento de um quadro regulamentar para a retenção de profissionais da saúde.
Incentivar o cumprimento do Código	Fortalecer a conscientização do conteúdo do Código para que seja divulgado entre todos os intervenientes envolvidos na migração de profissionais de saúde e que os governos realizem acordos com agências de recrutamento que operam em conformidade com o Código.
Fortalecer a capacitação de profissionais locais	Recomenda-se que a formação nos países de origem corresponda ao perfil de doenças de tais países e que o acesso à formação e tecnologia especializada seja uma prioridade.

A metamorfose de Narciso, 1937

Salvador Dalí

1.5 UM DIÁRIO DE BORDO: A ESTÉTICA DO ABSURDO

Faz-se necessário uma digressão em primeira pessoa, pois se trataram de eventos e experiências vividas pelo pesquisador durante o ano de 2016 em Brasília como também, os acontecimentos ocorridos entre os anos de 2015 a 2019, para que seja possível o entendimento dos impasses a qual essa pesquisa percorreu. Tais acontecimentos foram de tal impacto para as instituições democráticas no Brasil e consequentemente para o Programa Mais Médicos, que aponta-los, ao longo da escrita da tese poderia exigir adendos desnecessários.

A descrição da estética midiática, política e jurídica dos fatos que ocorreram até o encerramento dessa tese, fiz uso por meio da “Metamorfose de Narciso”, obra do pintor surrealista Salvador Dalí de 1937, o qual utilizo como epígrafe desse capítulo.

Na mitologia original, Narciso, belo e amado por todos, é castigado pelos deuses quando vê sua imagem espelhada em um lago. Apaixonou-se e impossibilitado concretizar seu desejo, torna-se uma flor.

Assim, para se sustentar ela frustra a elaboração do desejo, como a paixão de Narciso, aniquilando o tempo para conformar a paixão sobre nós mesmos, sobre o norteamento da crítica, do desamparo e sobremaneira de uma posição política.

Na visão de Dalí, nota-se primeiramente a dualidade da imagem especular e da mão que conformam a metamorfose de Narciso. O lago espelhado tornou-se então no ato que concretizou sua transformação/ castigo.

Dalí aparenta certa fixação na metamorfose, a presença de associações outras no quadro, apresentam um nexo de associações com restante da pintura.

A estética do surrealismo de Salvador Dalí é uma associação pessoal para que, de certa forma, possa explicar o que encontrei como maneira de nomear tais eventos de “estética do absurdo”.

Não se trata do delírio e nem sobre a metamorfose em uma flor, mas sobre o engano da imagem especular no lago, imagem essa distorcida (midiática) e da aceleração do tempo que vivemos que se constrói sobre a negação da percepção (fragmentação) de nós mesmos, para que nossos desejos não se elaborem diante da velocidade confusa dos acontecimentos.

Por outro lado, a tentativa de elaboração de uma subjetivação de resistência (não aceitação da realidade) frente aos fatos políticos e jurídicos foi uma ferramenta propulsora do espetáculo presenciado nos veículos de mídia, das redes sociais e construtora de outro desejo coletivo (Angústia) de resistência a qualquer coisa que pudessem fragmentar a frágil casca de ovo e a flor seguradas pela imóvel mão cinza-concreto.

A estética do absurdo utilizou-se da Operação Lava Jato, por exemplo, fortaleceu o “Leviatã da casa grande” e a clivagem latente sócio-política existente entre as classes emergentes e a classe média.

Movimentos de direita e ultradireita puderam ocupar o vazio do desejo (Angústia) para impor ideias e assim, conquistaram séquitos de ventríloquos de um discurso raso, neofascista, imprudente e, sobretudo, perigoso (GALLEGOS, 2018).

A estética do absurdo já havia construído seus totens temporários, um principal deles, seria o palco da votação na câmara dos deputados no dia 17 de abril de 2016. Em meio a Esplanada dos Ministérios havia um Muro para separar manifestantes pró-Golpe de Estado e contra o Golpe.

O muro era frágil, nem parecia feito de aço, mas sim de um latão que impedia fotos coloridas à luz do dia, as sustentações de madeira não suportariam um bom dia de chuva em Brasília, contudo lá estava capaz de refletir durante a luz do dia seu maior risco: a capacidade de espelhar os nossos Narcisos.

O muro

Arquivo pessoal

Brasília 13 de abril de 2016.

No início do mandato, em 2015, a ex-presidenta passou a enfrentar a intencional estagnação do poder legislativo. Da data de abertura do Processo de impedimento, 02-Dezembro-2015, à decisão final, 273 dias se passaram, resultando em um grave entrave para as atividades do Poder Executivo e consequentemente para execução do PMM (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2015; SENADO FEDERAL, 2016).

O “tropeço democrático”, frase do Ministro Lewandowski do Supremo Tribunal Federal (STF), após o impedimento da ex-Presidenta Dilma Rousseff resumiu as sérias consequências e os riscos aos quais o Estado de Democrático de Direito poderia enfrentar (SENADO NOTÍCIAS, 2016).

Após a posse do ex-presidente Michel Temer, as medidas aprovadas pelo Governo, por meio do documento nomeado “Uma Ponte para o futuro” (PARTIDO DO MOVIMENTO DEMOCRÁTICO BRASILEIRO, 2015). O texto de “Uma ponte para o futuro” tratava de um plano de governo em que o combalido modelo neoliberal retornava como possibilidade de crescimento econômico em detrimento da seguridade social e combate à diminuição da assoladora desigualdade social brasileira.

Destacou-se a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 241/ 2016 (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2016) convertida na Emenda Constitucional 95 (EC-95), que se tornou o símbolo da precarização, estrangulamento dos recursos públicos e de desmonte do Estado, alinhada ao *modus operandi* do modelo neoliberal, por meio do congelamento dos gastos públicos por 20 anos (BRASIL-PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2016c).

Figura 1. PEC 241/2016

(CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2016)

Em nota técnica emitida pelo Instituto de Pesquisa Econômica aplicada (IPEA) pode-se observar:

O argumento que vem sendo utilizado justificar a desvinculação das despesas com saúde foi o de que o Congresso Nacional, a cada ano, poderia destinar recursos adicionais/ acima da aplicação mínima, o que parece pouco provável. Primeiro lugar, porque ao instituir um teto de gasto para as despesas primárias, congelando as despesas com saúde e educação, e com o já esperado aumento das despesas com benefícios previdenciários o espaço para a ampliação do orçamento da saúde ficaria mais reduzido, pois isso implicaria o comprometimento das demais despesas, inclusive das despesas com outras políticas sociais. Segundo, porque a história do financiamento

público de saúde no Brasil revela que a sua estabilização somente ocorreu com a vinculação das despesas, estabelecida pela EC 29.

(INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2016)

RASELLA, HONE, *et al.*, (2019), em estudo recente, apontam que a aprovação da EC-95 limita os gastos federais, por meio do crescimento real, com saúde pública. Além de desconsiderar o crescimento populacional e consequentemente o aumento das necessidades de saúde.

A maior desregulamentação, a definição de um pacote mínimo de serviços, sem a integralidade no acesso se ajustou à fala do ex-ministro da Saúde Ricardo Barros durante a gestão de 2016-2017, logo em seguida de sua posse, anunciando que seria necessário rever o tamanho do SUS (FOLHA DE SÃO PAULO, 2016).

As preocupações diante de tais mudanças não foram realizadas com a intenção de “proteger postos de trabalho” e sim, apontavam o agravamento em relação ao quantitativo de trabalhadores, que já é insuficiente para garantia adequada do cuidado, mesmo priorizando a população que vive em situação de maior risco e vulnerabilidade social.

A condenação, a prisão e a impossibilidade da candidatura do ex-presidente Luís Inácio Lula da Silva à presidência em 2018, primeiro lugar nas intenções de voto para presidência, levaria o processo eleitoral de 2018 a culminar com a vitória de Jair Bolsonaro, candidato que chegou a ser desconsiderado nas pesquisas eleitorais até junho de 2017 (DATA FOLHA, 2017).

A ida do ex-juiz, Coordenador da Operação Lava Jato, Sérgio Moro, para o Ministério da Justiça, no governo Bolsonaro, permanece como um dispositivo de dissuasão para a população, enquanto se publicam mesquinhas de um desgoverno economicamente neoliberal, ultraconservador e neofacista nos costumes (GALLEGOS, 2018).

O “tropeço da democracia” nos saiu caro e ocasiona a previsão iminente de um desastre econômico e social. Direitos históricos aniquilados, avanços de cidadania obtidos durante o curto período democrático vão sendo diariamente dirimidos:

□ O término da Cooperação com Cuba no PMMB;

- A quase extinção do Programa Farmácia Popular (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2018);
- Aprovação da reforma trabalhista (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2017);
- Extinção do Ministério do Trabalho (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2019);
- O rebaixamento do degrau da CGU de órgão direto vinculado a Presidência da República para status de Secretaria (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2019);
- O possível fim dos principais programas de acesso à educação (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2018);

1.6 O PROVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS SAÚDE PARA O BRASIL E A CRIAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Os méritos da Reforma Sanitária Brasileira podem ser percebidos com a definição constitucional do SUS, de 1988. Expressivo resultado para um sistema nacional que se propõe a oferecer cobertura universal gratuita. O sistema de cobertura universal de saúde brasileiro com base na universalidade, integralidade e equidade para execução de sua política de saúde pública ainda conta com a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, considerada a Lei Orgânica da Saúde (LOS) (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1990, 1988; MONTEKIO, MEDINA e AQUINO, 2011).

A oferta serviços de forma descentralizada por meio de sua rede de serviços e por contratos com instituições privadas e sem fins lucrativos são também características do SUS. O setor privado, por meio das seguradoras de saúde, conhecido como Saúde Suplementar (SS) é financiado com o apoio de empresas, famílias, cooperativas médicas, planos e seguros de saúde individuais. Há também hospitais, clínicas e laboratórios privados que operam com base em pagamento direto pelos usuários (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2015).

Em 30 anos de existência o SUS possui enfrentamentos e mudanças importantes que marcam a política de saúde do país. A universalidade trouxe a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde e diante disso, a Atenção Básica à Saúde (ABS) se constituiu em prioridade de governo na reorientação das políticas de saúde no plano local com a finalidade de fortificar a “porta de entrada” do sistema (PAIM, CLAUDIA, *et al.*, 2011; ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2018; BAHIA, 2018).

Caracteriza-se assim, como estratégia ousada para um país com aproximadamente 210 milhões de habitantes e que é alvo de constantes enfrentamentos políticos, sociais e econômicos no seu processo de execução. O setor privado recebe altos investimentos, no qual a maioria das empresas privadas opta por um seguro de saúde, intensificando a formação de um conjunto de seguradoras de saúde que também se tornam “responsáveis” pela promoção da saúde, contudo a lógica da seguridade social é invertida para a lógica do lucro (BAHIA, 2009, 2018).

A questão do provimento de profissionais da saúde no Brasil precede o surgimento do SUS. Uma das primeiras iniciativas de provimento de profissionais médicos, farmacêuticos, dentistas e veterinários data de 1967, por meio do serviço militar obrigatório para estudantes recém-formados (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1967).

A Cooperação entre OPAS e Brasil durante a década de 1970 origina o Preps: Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2006).

Destacam-se duas medidas para diminuir a carência de profissionais de saúde no país: o “Acordo Básico de Cooperação Científica, Técnica e Tecnológica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cuba” de 18 de Março de 1987 e o “Protocolo de Intenções sobre Cooperação Técnica na Área de Saúde da Família de 1999”, esse também com o Governo Cubano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019a; AGENCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO, 2007, p. 12).

Segundo a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), órgão vinculado ao Ministério das Relações Exteriores (MRE), os acordos se deram, a princípio de maneira informal. Periódicos na época relatam que aproximadamente 210 médicos e 40 enfermeiros cubanos atuaram nos Estados do Tocantins, do Amazonas, do Maranhão e de São Paulo (VEJA ACERVO DIGITAL, 1999).

A aprovação da Lei 11.129, em 2005, fortaleceu o financiamento para capacitação de profissionais e gestores do SUS, por meio da oferta de bolsa-formação para que profissionais da saúde e gestores fossem capacitados para as áreas prioritárias do SUS (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2005).

Durante a gestão do Ministro da Saúde Alexandre Padilha (2011-2014) foi realizado em abril de 2011, o Seminário Nacional sobre escassez, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e de maior vulnerabilidade.

Propiciou-se o debate sobre o tema, houve o relato das novas regras para o financiamento estudantil da graduação em medicina, iniciativas envolvendo o serviço civil e militar e propostas de planos de carreira para médicos e outros profissionais da saúde:

Na regulação e organização desses processos o Ministério da Saúde junto com o Ministério da Educação (MEC), o Conselho

Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASEMS) estão unidos na premissa de que a regulação do perfil do profissional a ser formado é do Estado e chamam a si a responsabilidade de organizar este processo. Nesse contexto é urgente a definição de ações e metas a curto, médio e longo prazos que realizem o provimento e fixação de profissionais de saúde considerando a heterogeneidade das microrregiões, objetivando o acesso universal e qualificado das redes de atenção à saúde do SUS.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 12)

Criado em 2011 pelo Ministério da Saúde (MS) e o MEC, o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) tinha como objetivos o provimento de profissionais da saúde para as localidades do país de maior vulnerabilidade, como áreas de extrema pobreza, periferias das regiões metropolitanas, populações ribeirinhas, quilombolas e indígenas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016b).

Com duração de um ano, que no final garantia pontuação adicional de 10% para entrada de médicos nos programa de residência, o PROVAB foi executado de 2011 a 2016 e proporcionou 29% da demanda nacional de atendimentos para a atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016b).

A figura a seguir apresenta alguns programas e projetos que tentaram diminuir a dificuldade de provimento e fixação de profissionais de saúde. Ressalta-se que ela não contemplou todos as iniciativas de provimento.

Figura 2. Cronologia resumida sobre o Provimento de Profissionais de Saúde no Brasil.

(BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1967, 2005; ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2006; AGENCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO, 2007, p. 12; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019a, 2011, p. 12, 2016b).

A migração de profissionais da saúde brasileiros mudou pouco até 2007. O fluxo de brasileiros para obtenção de diploma médico, principalmente para países da América Latina e Caribe (Cuba, Bolívia e Venezuela), era o único fenômeno conhecido, que foi impulsionado em grande parte por vagas limitadas em faculdades de medicina no Brasil (MACIEL FILHO, 2007).

Assim a legalização para o exercício da medicina contemplava somente o pleno exercício da prática médica para profissionais formados no exterior por meio da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996 (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1996) e da Portaria nº 278/ 2011 do Ministério da Educação (BRASIL- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE, 2011) na qual a revalidação do diploma obtido no exterior, por meio do REVALIDA, (tanto para nacionais, quanto para estrangeiros) deve ser aplicada para regulação da prática médica e posterior obtenção do registro profissional em um Conselho Regional de Medicina (CRM).

.O REVALIDA é o teste escrito e prático para avaliação de reconhecimento de um diploma médico obtido no exterior. Além disso, as universidades públicas federais brasileiras podem realizar seus próprios exames para validação conforme a Lei nº 9.394 (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1996; BRASIL- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE, 2011).

1.6.1 O Programa Mais Médicos

Em janeiro de 2013, diante do diagnóstico constante de escassez de médicos e problemas de retenção e fixação desses profissionais, a Frente Nacional de Prefeitos (FNP) solicitou proposta ao Governo Federal para fornecer e manter médicos na atenção primária à saúde. Por meio da elaboração de documento nomeado "Cadê o médico?", assinado por 4.000 prefeitos, apresentado à ex-presidenta Dilma Rousseff, resultou no Programa Mais Médicos (FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS, 2013).

Figura 3. Distribuição de médicos por 1000/ habitantes em 2012.

	Unidade Federativa	População 2012*	Total de Médicos**	Médico por 1.000 hab.
REGIÃO NORTE	Roraima	445.043	540	1,21
	Tocantins	1.323.231	1.426	1,08
	Amazonas	3.534.574	3.744	1,06
	Rondônia	1.531.920	1.562	1,02
	Acre	721.006	679	0,94
	Pará	7.726.888	5.938	0,77
	Amapá	662.927	505	0,76
REGIÃO NORDESTE	Pernambuco	9.015.728	12.547	1,39
	Sergipe	2.074.528	2.701	1,30
	Rio Grande do Norte	3.221.581	3.977	1,23
	Paraíba	3.843.916	4.488	1,17
	Alagoas	3.233.234	3.632	1,12
	Bahia	15.001.484	16.311	1,09
	Ceará	8.810.603	9.277	1,05
	Piauí	3.214.556	2.971	0,92
	Maranhão	6.533.540	3.767	0,58
DISTRITO FEDERAL	Distrito Federal	2.741.213	9.494	3,46
REGIÃO CENTRO-OESTE	Mato Grosso do Sul	2.426.518	3.733	1,54
	Goiás	6.145.928	8.917	1,45
	Mato Grosso	3.120.442	3.441	1,10
REGIÃO SUDESTE	Rio de Janeiro	16.383.401	56.391	3,44
	São Paulo	42.390.043	105.658	2,49
	Espírito Santo	3.577.833	7.040	1,97
	Minas Gerais	20.529.623	37.149	1,81
REGIÃO SUL	Rio Grande do Sul	11.073.282	24.741	2,23
	Santa Catarina	6.297.460	10.656	1,69
	Paraná	10.945.791	18.406	1,68

(SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2015d, p. 28).

Tal Programa constituiu-se por um conjunto nacional de estratégias para melhorar a infraestrutura das unidades de saúde, garantir a expansão das faculdades de medicina, promover mudanças no currículo médico e manter médicos em áreas carentes do país (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013b; DUSSAULT e FRANCESCHINI, 2007).

O Programa Mais Médicos foi formado por um conjunto de estratégias de fortalecimento da atenção básica focadas na atenção integral à saúde da família, atuando nas prerrogativas da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013a).

Na carta Projeto que expôs os motivos para a criação da Medida Provisória 621, encaminhada para a ex-presidenta, os Ministros da Saúde (Alexandre Padilha), Educação (Aloísio Mercadante) e Orçamento, Planejamento e Gestão (Miriam Belchior) reforçam o compromisso com o Código Global:

35. **Deve-se advertir que, no caso de seleção de médicos formados em instituições de educação superior estrangeira para participação no Projeto Mais Médicos para o Brasil, o Estado respeitará as diretrizes estabelecidas no Código Global de Práticas para Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde da OMS (2010), que reúne princípios éticos no sentido de reforçar os sistemas dos países em desenvolvimento, incluindo assuntos como a capacidade e a qualidade de formação de profissionais, as políticas de apoio à fixação de profissionais de saúde, a reciprocidade dos benefícios, a coleta e intercâmbio de informações, o monitoramento e a pesquisa no tema. Ao mesmo tempo, é importante considerar a qualidade da formação, conforme as medidas tomadas pela Arco-Sur [grifo nosso].**

36. **Baseado nas premissas preconizadas pela OMS, não poderão ser selecionados médicos oriundos de países que apresentem relação estatística médico/habitante menor que a do Brasil [Grifo nosso].**

37. Ressalte-se que tais medidas não são dotadas de ineditismo, pois diversos países já as adotaram, a exemplo de Reino Unido, Canadá e Austrália.

38. Mesmo países com indicadores de relação médico/habitante superior a do Brasil recorreram a programas de recrutamento de médicos estrangeiros para garantir o acesso ao sistema de saúde, geralmente com enfoque em áreas remotas. Dados apresentados pela *Organisation for Economic Cooperation and Development* – OECD, em 2009, e pelo *General Medical Council* do Reino Unido, em 2011, demonstram as seguintes proporções de médicos estrangeiros nos respectivos países: 37% no Reino Unido; 25,9% nos Estados Unidos; 22,8% na Austrália e 17,9% no Canadá.

(BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013a)

Em 22 de outubro de 2013, a Lei nº 12.871, que instituiu o Programa Mais Médicos (PMM), foi sancionada. Baseado em três eixos, o Programa visou garantir o cumprimento da lei (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013b).

O 1º Eixo do Programa buscava ampliar e melhorar a infraestrutura das unidades de atendimento do SUS para a Atenção Básica (AB) (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013b).

O 2º eixo reavaliava o modelo de educação médica no país, procurava soluções para o problema da escassez de profissionais médicos nacionais em longo prazo (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013b).

Art. 5º Os Programas de Residência Médica de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão anualmente vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior.

Parágrafo único. A regra de que trata o *caput* é meta a ser implantada progressivamente até 31 de dezembro de 2018.

O terceiro eixo do Programa Mais Médicos estava baseado no Provimento Emergencial, nomeado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). O mesmo conta com um total de 18.240 vagas para 4.058 municípios de todo o país. Com a expansão do projeto

em 2015 objetivava-se garantir a assistência para aproximadamente 63 milhões de pessoas (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013b).

O Projeto emergencial ofereceu duas formas de contratação de médicos para preenchimento de vagas; a primeira, por meio de contrato direto entre o médico e o Ministério da Saúde, recrutado por edital de chamamento público realizado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), e a segunda por meio do TC 80 (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2013). Sendo as formas de contrato:

- **Médicos com Registro no Brasil- (CRM-BRASIL):** Contrato direto com o Ministério da Saúde, para profissionais registrados no Conselho Regional de Medicina, graduados em instituições de ensino superior brasileiras ou que tenham sido aprovados no REVALIDA;
- **Intercambistas Individuais:** Contrato direto com o Ministério da Saúde, para brasileiros e estrangeiros que obtiveram registro profissional no exterior;
- **Intercambistas Cooperados:** provimento de profissionais médicos por meio do governo cubano através da cooperação técnica tripartite viabilizada entre o Ministério da Saúde brasileiro, a OPAS e o Governo Cubano.

(BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013b)

Foram estabelecidos regulamentos específicos para a entrada de profissionais estrangeiros sem permitir que participantes fossem classificados para o projeto nos quais os países de origem possuíssem relação médico / habitante inferior à do Brasil durante os anos de 2013 a setembro de 2016. Os países elegíveis foram nomeados de acordo com a orientação da OMS no Diário Oficial da União (DOU):

Tabela 2. Lista dos países com índice de médicos /mil habitantes igual ou acima de 1,8 conforme estatística mundial de saúde da Organização Mundial da Saúde.

Alemanha	Andorra	Argentina	Armênia
Austrália	Áustria	Azerbaijão	Barbados
Bélgica	Bulgária	Canadá	Catar
Cazaquistão	Chipre	Cingapura	Coreia Do Sul
Croácia	Cuba	Dinamarca	Egito
Emirados Árabes Unidos	Eslováquia	Eslovênia	Espanha
Estados Unidos Da América	Estônia	Finlândia	França
Geórgia	Grécia	Ilhas Cook	Islândia
Israel	Itália	Japão	Jordânia
Líbano	Líbia	Lituânia	Luxemburgo
Macedônia	Malta	México	Moldova
Mônaco	Mongólia	Montenegro	Ilha Niue
Noruega	Nova Zelândia	Omã	(Holanda)
Polônia	Portugal	Quirguistão	Reino Unido
Republica Tcheca	Romênia	Rússia	San Marino
Servia e Montenegro	Suécia	Suíça	Tadjiquistão
Turcomenistão	Ucrânia	Uruguai	Uzbequistão
Venezuela			

(SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2013a)

Figura 4. Eixos do Programa Mais Médicos.

O Projeto se destacou como o maior e mais rápido programa de recrutamento de profissionais qualificados da saúde no mundo, em um curto período de tempo, totalizando aproximadamente 18 mil médicos, de origem de maioria estrangeira. Sua relevância para Saúde Global no atual contexto é essencial para análise de propostas interventivas, de monitoramento e avaliação posteriores.

Galatea da esferas

Salvador Dalí, 1952

Fonte: Teatro Museu Dalí

Conhecida como Gala, Elena Diakonova, esposa de Dalí foi a inspiração de Dalí para essa tela. A obra apresenta o interesse sobre temas científicos, como a fissão atômica. O humano passa a ser representado como um conjunto de partículas, os átomos e que, ao mesmo tempo, também remetem aos planetas no vazio do universo.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Aferir a compatibilidade do Projeto Mais Médicos para o Brasil, em especial do convênio entre o Brasil e a OPAS para vinda de médicos cubanos, com o Código Global de Práticas de Recrutamento de Recursos Humanos da Saúde da OMS, a fim de situar o Projeto brasileiro na problemática da mobilidade internacional dos profissionais da saúde e refletir sobre seus limites e perspectivas, com especial atenção à ética e aos direitos humanos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar revisão de literatura e pesquisa documental sobre a mobilidade internacional dos profissionais da saúde, a fim de situar o caso dos médicos cubanos no Brasil no contexto deste fenômeno internacional;
- Estudar a cronologia da vinda dos médicos cubanos, a história da negociação e os elementos do convênio entre o Brasil e a OPAS;
- Investigar a regulamentação das atividades, as características da atuação, os êxitos e os problemas constatados na atuação dos médicos recrutados pelo Projeto, estabelecendo as diferenças entre o caso dos cubanos e dos demais médicos estrangeiros;
- Realizar pesquisa qualitativa com o intuito de verificar a opinião de autoridades e gestores sobre o Código da OMS e sobre a presença dos médicos cubanos no Brasil, a fim de perscrutar as perspectivas de implementação destas normas no plano nacional.

Inclusive, muito do material apresentado pelo Ministério da Saúde e para a SGETS/MS encontram-se absolutamente dispersos, porque em sua maioria, produzidos e arquivados apenas eletronicamente, nas máquinas de uso das autoridades, servidores e colaboradores (**você, inclusive foi um deles**) [Grifo Nosso], cujo acesso somente seria possível mediante as senhas – de caráter pessoal. Portanto, de fato, muito dessa memória, infelizmente, não se encontra preservada e nem disponível que não através de outros órgãos.

(MINISTERIO DA SAÚDE, 2018r)

3. MÉTODOS

A metodologia utilizada para elaboração da tese compreendeu revisão de literatura, nacional e internacional; pesquisa documental e pesquisa qualitativa - detalhadas a seguir.

Foi realizada revisão de literatura obtida nos principais bancos de dados relacionados ao objeto da pesquisa, especialmente Banco de Dados Bibliográficos da USP (DEDALUS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PUBMED) e *Google Scholar*.

A busca foi feita com os seguintes descritores:

Recursos humanos em saúde, Migração Internacional + Saúde, Imigração de Profissionais de Saúde, Recrutamento de Pessoal de Saúde, Mercado de Trabalho em Saúde, Força de Trabalho em Saúde, Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde, Provimento de médicos, Fixação de médicos, Contratação Internacional de Pessoal de Saúde, International Migration + Health, Labor market, Human resources in health, International Recruitment of Health Personnel, Health workforce, Migración del personal sanitario, retención del personal sanitario, Permanencia del personal sanitario, Migrations des personnels de santé, Fidélisation des personnels de santé, Recrutement international des personnels de santé.

Quanto à pesquisa documental, foram estudadas as normas internacionais relativas ao recrutamento internacional de pessoal da saúde e os documentos relativos à sua implementação (deliberações da Assembleia Mundial da Saúde; relatórios da OMS, da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE, da Organização Internacional do Trabalho – OIT, da Organização Pan-americana da Saúde e dos Estados); discursos e notas oficiais; estatísticas. Para elucidar alguns documentos ou para indicar os pontos polêmicos que eles suscitaram, foram utilizadas fontes jornalísticas (especialmente O Globo, O Estado de São Paulo e Folha de S. Paulo), a partir de busca nos anos de 2013 a 2019, com o descritor “Mais Médicos”.

A proposta inicial seria a de entrevistar diretamente os gestores do Programa, contudo essa possibilidade inviabilizou-se após 2016. Ao longo do desenvolvimento desse

trabalho a pesquisa de campo teve que se adaptar as turbulências políticas ocorridas no Brasil entre os anos de 2015 até julho de 2019, data de término da tese.

No âmbito da pesquisa qualitativa, houve a tentativa de consulta direta de autoridades brasileiras e cubanas, além de funcionários e consultores das organizações internacionais envolvidas (especialmente OPAS/OMS).

Por fim, as consultas ocorreram por meio de ofícios e solicitação de acesso à informação através do Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (E-SIC) (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2019), de responsabilidade da Controladoria Geral da União (CGU) (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2011b).

A CGU permitiu a consulta a respeito da relação entre o Código da OMS e o termo de cooperação técnica entre Brasil e OPAS. Além da vasta documentação brasileira sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil (legislação, atos administrativos, convênios, relatórios, discursos e notas oficiais e documentos apresentados no âmbito dos processos judiciais que tramitam no Supremo Tribunal Federal).

3.1 PROPOSTA ANALÍTICA

Como delineamento de pesquisa, o estudo de caso indica princípios e regras a serem observados ao longo de todo o processo de investigação. Os estudos de caso envolvem etapas de formulação e delimitação do problema, da seleção da amostra, da determinação dos procedimentos para coleta e análise de dados, bem como dos modelos para sua interpretação.

Justifica-se essa proposta, pois um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos (YIN, 2005).

Análise teve como eixo de relevância a obtenção da análise quantitativa e qualitativa dos dados obtidos. Essa análise serviu para apoiar a forma como as solicitações e respostas E-SIC foram direcionadas, incluindo novos dados e informações, dada a constante dinâmica do Projeto.

A análise dos resultados obtidos foi estabelecida por meio de análise quantitativa e apresentada sobre a forma de figuras, gráficos e tabelas. A transcrição das solicitações E-SIC foi realizada objetivando avaliar os termos comuns, informações incompletas, para interposição de recursos.

Para elaboração das perguntas a serem direcionadas, o estudo teve como base inicial a formulação de perguntas nos modelos de estudo (EDGE e HOFFMANN, 2013). Nesse estudo o questionário foi validado em consulta com a equipe da OMS especializada em migração de profissionais de saúde.

Por fim, em 07 de Junho de 2018, o Ministério da Saúde, por meio de interposição recursal de 2ª Instância respondeu a solicitação feita pelo pesquisador sobre a pesquisa de monitoramento realizada pela OMS referente ao Código Global de Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde da OMS, instrumento basilar para elaboração dessa pesquisa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018p).

Sendo eles:

- *National Reporting Instrument* (Relatório Nacional)

O *National Reporting Instrument*: é a ferramenta de pesquisa online que contem 24 perguntas qualitativas, das quais quinze foram consideradas para esse estudo. As outras perguntas foram excluídas, pois tratavam de dados sobre enfermeiros, dentistas e dados pessoais de contato referentes a pesquisadores do Código no Brasil.

- *BRAZIL Adapted Template Workforce Migration 2015* (Modelo Adaptado para a Força de Trabalho no Brasil).

Planilha com banco de dados sobre a entrada e saída de profissionais de saúde nacionais e estrangeiros nas áreas de medicina e enfermagem.

A partir da leitura e na posterior análise dos documentos e resposta E-SIC, alguns termos-chave foram identificados e contabilizados para se obter um panorama estatístico da estratégia política para o PMMB.

O *software* “*TagCrowd*”, de uso gratuito, foi utilizado, como ferramenta auxiliar, para a geração de uma “nuvem de palavras” (*word cloud*), com base nos termos mais frequentes nos textos (TAGCROWD, 2019).

A técnica de uso da “nuvem de palavras” é uma ferramenta para a análise de discurso. Pode indicar, com precisão, o número de ocorrências de uma palavra ou conceito em textos, permite identificar quais os principais tópicos e quais os elementos centrais do discurso a que se deu importância e apresentou de importante frequência no contexto discursivo (MERELLI, PERÉZ-SÁNCHEZ, *et al.*, 2014).

Melencolia I

Albrecht Dürer, 1514

Fonte: Metropolitan Museum of Art

3.2 PESQUISA DE CAMPO

A pintura que consta na epígrafe desse capítulo, Melencolia I, refletiu as inquietações do autor sobre o desenvolvimento da pesquisa de campo, um anjo sentado e um cachorro deitado, ambos aborrecidos à espera de algo, enquanto a ampulheta do tempo escorre ao redor, vários instrumentos para realização de uma obra, a qual o anjo não demonstra interesse; o anjo, acima da pintura torna-se a esperança, para que a motivação do “anjo melancólico” possa retornar.

A base de amostragem foi baseada nos potenciais órgãos que estavam diretamente envolvidos na regulação, definindo políticas sobre, e / ou praticavam o recrutamento ativo dos profissionais de saúde no Projeto Mais Médicos para o Brasil:

Tabela 3. Principais atores envolvidos no Projeto Mais Médicos para o Brasil.

INSTITUIÇÃO	TIPO	ÁREA	CARGO
Ministério da Saúde	Nacional	Assessoria Internacional-AISA	Assessor especial do Ministro
Ministério da Saúde	Nacional	Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde-SGTES	Secretario-SGTES
Ministério da Saúde	Nacional	Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS)-SGTES	Diretor
Organização Internacional do Trabalho	Internacional	Migração	Direção recursos humanos
Organização Mundial da Saúde	Internacional	Migração	Direção Recursos Humanos
Organização Pan Americana da Saúde	Internacional	Direção	Representante OPAS-BRASIL
Representante OPAS-BRASIL	Internacional	Unidade Técnica Mais Médicos-UTMM	Coordenador Mais Médicos

Tabela 4. Solicitações E-SIC abertas entre março 2018 a maio de 2019.

Protocolo	Órgão Superior	Data de Abertura	Prazo de Atendimento	Situação
25820003662201 927	MS – Ministério da Saúde	10/05/2019	03/06/2019	Respondido
25820003507201 919	MS – Ministério da Saúde	04/05/2019	27/05/2019	Respondido
25820003411201 942	MS – Ministério da Saúde	01/05/2019	22/05/2019	Respondido
25820002906201 954	MS – Ministério da Saúde	12/04/2019	06/05/2019	Respondido
25820000838201 999	MS – Ministério da Saúde	30/01/2019	19/02/2019	Respondido
09200000999201 842	MRE – Ministério das Relações Exteriores	26/12/2018	25/01/2019	Respondido
25820008096201 869	MS – Ministério da Saúde	26/12/2018	15/01/2019	Respondido
25820008097201 811	MS – Ministério da Saúde	26/12/2018	15/01/2019	Respondido
25820005386201 851	MS – Ministério da Saúde	28/08/2018	27/09/2018	Respondido
23480017748201 829	MEC – Ministério da Educação	29/07/2018	20/08/2018	Respondido
25820003865201 832	MS – Ministério da Saúde	22/06/2018	26/07/2018	Respondido
23480014858201 839	MEC – Ministério da Educação	24/06/2018	26/07/2018	Respondido
25820003903201 857	MS – Ministério da Saúde	24/06/2018	16/07/2018	Respondido
00077000898201 860	PR – Presidência da República	19/06/2018	11/07/2018	Respondido
23480013234201 802	MEC – Ministério da Educação	06/06/2018	09/07/2018	Respondido
25820003418201 883	MS – Ministério da Saúde	05/06/2018	25/06/2018	Respondido
25820003170201 851	MS – Ministério da Saúde	23/05/2018	12/06/2018	Respondido
00700000446201 884	AGU – Advocacia-Geral da União	11/05/2018	14/06/2018	Respondido
25820002935201 835	MS – Ministério da Saúde	11/05/2018	04/06/2018	Respondido
09200000356201	MRE –	04/05/2018	28/05/2018	Respondido

807	Ministério das Relações Exteriores			
4680000682201873	MS – Ministério da Saúde	17/04/2018	28/05/2018	Respondido
25820002679201886	MS – Ministério da Saúde	28/04/2018	21/05/2018	Respondido
25820002338201819	MS – Ministério da Saúde	16/04/2018	17/05/2018	Respondido
25820002337201866	MS – Ministério da Saúde	16/04/2018	07/05/2018	Respondido
25820001849201813	MS – Ministério da Saúde	27/03/2018	26/04/2018	Respondido

Ao total foram solicitadas 24 demandas E-SIC, garantidas pela Lei de Acesso à Informação (LAI), para obtenção dos dados quanto ao desenvolvimento do programa, visando garantir grau de proximidade com o estudo de EDGE e HOFFMANN (2013) e ao questionário da OMS respondido em 2015, para as estratégias aplicadas no Programa durante os anos de 2016-2018.

Foi necessário entrar com a interposição de 14 recursos:

- ☐ Dois recursos chegaram à interposição de 2ª Segunda instância (Gabinete do Ministro);
- ☐ Onze recursos à interposição de Primeira instância (Gabinete do Secretário da SGTES);
- ☐ Um recurso tornou-se reclamação para CGU, pois não houve resposta dentro do prazo de 30 dias úteis;
- ☐ Nenhum recurso chegou a ter a intervenção direta da CGU.

Tabela 5. Recursos interpostos em 1a e 2a Instância entre maio de 2018 a maio 2019.

Protocolo	Órgão do Pedido	Instância do Recurso	Tipo do Recurso	Data de Abertura do Recurso	Situação
25820003411201900	MS – Ministério da Saúde	Primeira Instância	Informação incompleta	23/05/2019	Respondido

92000009992018 40	MRE – Ministério das Relações Exteriores	Primeira Instância	Informação incompleta	24/01/2019	Respondido
25820008096201 800	MS – Ministério da Saúde	Segunda Instância	Informação recebida não corresponde à solicitada	24/01/2019	Respondido
25820008097201 800	MS – Ministério da Saúde	Primeira Instância	Informação incompleta	15/01/2019	Respondido
25820008096201 800	MS – Ministério da Saúde	Primeira Instância	Informação recebida não corresponde à solicitada	15/01/2019	Respondido
25820005386201 800	MS – Ministério da Saúde	Reclamaç ão	Resposta não foi dada no prazo	28/09/2018	Respondido
25820003903201 800	MS – Ministério da Saúde	Segunda Instância	Informação incompleta	23/07/2018	Respondido
25820003903201 800	MS – Ministério da Saúde	Primeira Instância	Informação incompleta	17/07/2018	Respondido
25820003418201 800	MS – Ministério da Saúde	Primeira Instância	Informação incompleta	24/06/2018	Respondido
25820002935201 800	MS – Ministério da Saúde	Segunda Instância	Informação incompleta	14/06/2018	Respondido
25820003170201 800	MS – Ministério da Saúde	Primeira Instância	Informação incompleta	13/06/2018	Respondido

25820002935201 800	MS – Ministério da Saúde	Primeira Instância	Informação incompleta	06/06/2018	Respondido
25820002338201 800	MS – Ministério da Saúde	Primeira Instância	Informação incompleta	17/05/2018	Respondido
25820002337201 800	MS – Ministério da Saúde	Primeira Instância	Informação incompleta	04/05/2018	Respondido

Questionário EDGE E HOFFMANN (2013)

1. Do seu ponto de vista, em que medida os seus parceiros de cargos diretivos estão cientes do Código Global de Práticas de Recrutamento de Recursos Humanos da OMS no Projeto Mais Médicos para o Brasil com respeito aos intercambistas cooperados (considerar o conhecimento da finalidade e do conteúdo do Código)?
2. Você aprovaria mudanças dentro do Termo de Cooperação Técnica 80 entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan Americana da Saúde, como resultado do Código de Prática (por exemplo, influenciar as decisões relativas à política de saúde, regulamentação profissional, a administração da instituição, práticas de recrutamento)?
3. Você sabe de quaisquer exemplos específicos em que o Código de Prática da OMS influenciou mudanças específicas com respeito à forma de contratação dos participantes intercambistas cooperados?
4. A partir do seu ponto de vista, o Código de Prática da OMS proporcionou alterações à forma como os profissionais de saúde que são recrutados para o seu país?
5. Com base no seu conhecimento e experiência pessoal, por favor, avalie o seu nível de concordância com a seguinte declaração, marcando um "X" ao lado do valor numérico associado à sua classificação [por favor, marque apenas um "X"]:

"Código Global de Práticas de Recrutamento de Recursos Humanos da OMS tem tido um impacto significativo no recrutamento de profissionais de saúde, práticas, políticas ou regulamentos no Brasil."

_____ Discordo Plenamente [1]

_____ Discordo parcialmente [2]

_____ Discordo levemente [3]

_____ Não concordo nem discordo [4]

_____ Concordo Plenamente [5]

_____ Concordo parcialmente [6]

_____ Concordo levemente [7]

7. Existem alterações gerais ou específicas que poderiam ser feitas no Código de Prática da OMS para melhorar o seu impacto sobre o recrutamento de profissionais de saúde no Projeto Mais Médicos para o Brasil e o caso dos intercambistas cooperados?
8. O Código possui um caráter voluntário. Códigos globais de prática são instrumentos eficazes para influenciar a mudança no Brasil? Por favor, explique por que ou por que não.

National Reporting Instrument (Instrumento para Relatório Nacional)

1. No Brasil, o pessoal da saúde migrante, igualmente qualificado, e com experiência goza dos mesmos direitos e responsabilidades legais que a força de trabalho de saúde treinada domesticamente em termos de emprego e condições de trabalho?
2. Quais proteções legais e / ou outros mecanismos estão em vigor para garantir que o pessoal da saúde migrante tenha os mesmos direitos e responsabilidades legais que a força de trabalho em saúde treinada domesticamente?
3. Quais proteções legais e / ou outros mecanismos estão em vigor para garantir que o pessoal de saúde migrante tenha os mesmos direitos e responsabilidades legais que a força de trabalho em saúde treinada domesticamente?
4. O Brasil ou os seus Estados celebraram acordos ou acordos bilaterais, regionais ou multilaterais relativos ao recrutamento internacional de pessoal de saúde?
5. Se no Brasil, os Estados celebraram acordos bilaterais, regionais ou multilaterais, aqueles levam em conta as necessidades dos países em desenvolvimento e dos países com economias em transição?
6. O Brasil procura atender às necessidades de pessoal de saúde com seu pessoal de saúde treinado internamente, principalmente por meio de medidas para educar, reter e sustentar uma força de trabalho de saúde apropriada às condições específicas, incluindo áreas de maior necessidade?

7. Seu país adotou medidas para lidar com a má distribuição geográfica dos trabalhadores de saúde e para apoiar sua retenção em áreas carentes?
8. O Brasil possui algum programa (governo e / ou não governamental) ou instituições realizando pesquisas na migração de pessoal de saúde?
9. O Brasil estabeleceu um banco de dados de leis e regulamentos relacionados ao recrutamento e migração de pessoal de saúde internacional e, conforme apropriado, informações relacionadas à sua implementação?
10. O Brasil possui algum mecanismo ou entidade para manter registros estatísticos de pessoal de saúde cuja primeira qualificação tenha sido obtida no exterior?
11. O Brasil tem algum mecanismo ou entidade para regular ou conceder autorização para o recrutamento de profissionais de saúde recrutados internacionalmente e manter registros estatísticos sobre eles?
12. Foi feita alguma avaliação do que é necessário para implementar o Código nos níveis nacional, subnacional e local?
13. O Brasil tomou alguma medida para implementar o Código?
14. O Brasil prestou assistência a um ou mais Estados-Membros ou outras partes interessadas para apoiar a implementação do Código?
15. O Brasil recebe / solicitou assistência de um ou mais países ou outras partes interessadas para apoiar sua implementação do Código?

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018p)

Para o Ministério da Educação:

1. O orçamento anual direcionado ao MEC para execução do Programa Mais Médicos discriminado por ano 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 e 2018;
2. As ações programáticas as quais foram direcionadas, em cada ano, o orçamento;
3. O quantitativo de supervisores e tutores do Projeto Mais Médicos (discriminar por estado, sexo e especialidade, preferencialmente em planilha Excel);
4. A proporção de médicos por supervisor;
5. Proporção de supervisores por tutores;
6. Qual a frequência de supervisão;
7. Qual a frequência de encontros loco-regionais;
8. Quais as instituições de ensino superior responsáveis;
9. Valor da bolsa mensal paga para supervisores e tutores;

10. Qual instrumento jurídico faz referencia a proporção e valor de bolsa paga para tutores e supervisores;
11. Qual instrumento é utilizado para avaliar supervisão e disponibilizar um em branco.

Para o Governo Cubano:

12. Solicitação da integra do *"Convenio de cooperación técnica entre el ministerio de salud pública de la República de Cuba y la Organización Mundial de la Salud, para la ampliación del acceso de la población brasileña a la atención básica de salud."*

Para o Ministério das Relações Exteriores:

13. O convênio de Cooperação Técnica entre a Organização Pan Americana da Saúde OPAS e o Governo da República de Cuba referente ao Termo de Cooperação 80 firmado entre a OPAS e o Ministério da Saúde do Brasil;
14. O MRE, por meio da ABC, analisou e autorizou a realização da Cooperação e, portanto possui ou pode mediar solicitação junto a OPAS e sua representação em Cuba ou ao Governo Cubano para solicitação do Convênio?
15. A publicação dos telegramas enviados entre 2012-2013 entre a embaixada do Brasil para o MRE, pelo Jornal Folha de São Paulo, é verídica?
16. O MRE chegou a ter acesso aos contratos estabelecidos entre a OPAS e o Governo Cubano?
17. A jurisdição para arbitragem permaneceu conforme proposta do governo cubano?
18. Gostaria de solicitar os telegramas recebidos no Brasil, com numero SEI e/ ou SIPAR em sua integra;
19. De alguma maneira o MRE encontrou alguma irregularidade jurídica em rodas de negociação prévias à MP 671 posteriormente transformada em Lei 12871, que institui o Programa Mais Médicos?

Para o Ministério da Saúde:

20. O orçamento anual direcionado ao DEPREPS para execução do Programa Mais Médicos discriminado por ano 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 e 2018;
21. As ações programáticas as quais foram direcionadas, em cada ano, o orçamento;
22. O quantitativo de Termos aditivos ao TC 80 do Ministério da Saúde e da Organização Pan Americana da Saúde;
23. Os valores de repassados a OPAS em cada TA;

24. Os valores repassados a OPAS anualmente (2013-2018) e para quais ações programáticas foram alocados;
25. *"Convenio de cooperación técnica entre el ministerio de salud pública de la República de Cuba y la Organización Mundial de la Salud, para la ampliación del acceso de la población brasileña a la atención básica de salud."* Houve liberação por parte da Organização Pan Americana da Saúde e sua representação em Cuba do referido convênio firmado em 2013?
26. Manifestações respondidas pela AGU sobre processos judiciais que questionam institucionalmente o Programa Mais Médicos (CRM, CFM, AMB, Órgãos do executivo, legislativo, judiciário e demais);
27. As Leis referentes ao Programa Mais Médicos e suas alterações (2013-2018);
28. Portarias do MS e Interministeriais e suas alterações (2013-2018)
29. Resoluções e suas alterações (2013-2018);
30. Quantitativo atual de médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil classificados em CRM-Brasil, Intercambistas Individuais, Intercambistas Cooperados;
31. Quantitativo por município de atuação;
32. Sexo e Idade dos participantes;
33. Valor atualizado da bolsa-formação paga aos participantes;
34. Valor atualizado do auxílio moradia e alimentação pagos aos participantes;
35. Quantitativo de médicos cooperados desligados voluntariamente do Projeto Mais Médicos para o Brasil, discriminando por ano (2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018);
36. Quais Instituições de Ensino Superior são responsáveis pelo curso de especialização dos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, conforme Lei 12.871?
37. Qual era a grade curricular dos três primeiros anos do Projeto (2013-2016)?
38. Qual é a grade curricular dos atuais participantes que resolveram permanecer no Programa por meio da Medida Provisória 723, convertida posteriormente em Lei 13.333?
39. O *"National Report Instrument"* do Código Global de práticas de recrutamento internacional de profissionais da Saúde da Organização Mundial da OMS;
40. Quantidade de bolsas de residência médica pagas pelo MS, discriminadas por especialidade e/ ou subespecialidades (identificar instituição de ensino superior, quantitativo de vagas por instituição, gênero dos residentes);

41. Conforme Lei 12871/2013 convertida na lei 13333/2016 houve universalização da residência médica, prazo para cumprimento até 2018;
42. Qual foi empenho repassado para as UBS's, REQUALIFICA-UBS, que possuem participantes do Programa Mais Médicos para o Brasil, discriminado por ano (2013, 2014, 2015, 2016, 2017 e 2018)?
43. Estratégia e cronograma de redução do número de participantes INTERCAMBISTAS-COOPERADOS, em vistas ao completo preenchimento de vagas pela categoria CRM-BRASIL, desde os editais de chamamento público de 2015;
44. A manutenção do TC 80 e continuidade da chegada de novos participantes INTERCAMBISTAS COOPERADOS ocorreram por quais motivos?
45. A publicação da Resolução CIT N°17 possui relação com o rompimento unilateral da OPAS e Governo Cubano para envio de profissionais médicos, como forma de uma possível tentativa de retomada do TC 80? Em vistas a proximidade das datas do rompimento e publicação da resolução;
46. Por que não houve informação oficial no edital da SGTES, de 27 de novembro de 2017, publicado após a entrada em vigor da Lei de Imigração 13.455 que tratava sobre adesão e renovação de municípios ao PMMB, para oficialização dos termos da nova adesão ao Termo de Renovação e Compromisso dos municípios participantes do PMMB?
47. Porque houve desligamento dos municípios de Teixeira de Freitas-BA, Ararendá-CE, Castelo-ES, Serra-ES, Pannels-PE, Saloá-PE, Guaíra-PR, Pinhalão-PR, Salto do Jucuí-RS, Iatiópolis-SC e Boa Esperança do Sul-SP. Conforme noticiado pelo Ministério da Saúde?
48. Os municípios mencionados permanecem desligados do PMMB?
49. Segundo o ministério da saúde, qual normativa legal sustenta a manutenção da resolução CIT n° 17?
50. Por que a resolução não foi revogada?
51. Houve negociação prévia com o governo de transição, na figura do futuro presidente Jair Bolsonaro, impondo condições, que levaram ao fim do acordo? Ressalto que essa é a justificativa apresentada por ele em sua rede social no Twitter;
52. Após sérias declarações em vídeos publicados por Whatsapp, Facebook, Instagram e Twitter e posteriormente em declaração oficial pelo governo cubano. A saída do

mesmo da cooperação ocorreu de forma unilateral, dada às posições do futuro presidente?

53. O TC 80 em sua cláusula 12ª: da rescisão e denúncia exprime que deve ser retornado os devidos empenhos, qual a posição do ministério da saúde?
54. Houve publicação oficial no DOU do encerramento do TC 80?

Para a OPAS/ OMS

55. *"Convenio de cooperación técnica entre el ministerio de salud pública de la República de Cuba y la Organización Mundial de la Salud, para la ampliación del acceso de la población brasileña a la atención básica de salud."*

Para a OIT

56. Solicitação denuncia CFM sobre o Programa Mais Médicos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013a). ANEXO 01

Para a Presidência da República:

57. A denúncia apresentada pelo Conselho Federal de Medicina (Ofício CFM nº 2304 de 11 de março de 2013) encaminhada a então Ministra-Chefe da Casa Civil, Gleisi Helena Hoffmann. O pesquisador informa que já solicitou informação no portal do CFM, a qual consta em anexo, sendo a resposta de que o dossiê enviado para a Presidência da República e para a Organização Mundial da Saúde está registrado via ofício CFM nº 9644/2013 - PRESI e 2304/201 e que a íntegra dos documentos não ficaram sobre registro do referido conselho.

3.3 ANÁLISE DE DADOS

A análise do resultado das perguntas E-SIC elaboradas foi estabelecida por meio de análise quantitativa e apresentada sobre a forma de figuras, gráficos e tabelas.

A análise das respostas dos participantes foi realizada procurando avaliar os termos comuns mais utilizados para elaboração de posterior análise, por meio do software gratuito TagCrowd (TAGCROWD, 2019).

Esse estudo teve como base a análise de conteúdo e de discurso de agentes relacionados ao objeto da pesquisa, por meio de questionário baseado nos modelos de estudo de EDGE & HOFFMAN (2013) e o *National Reporting Instrument* (Instrumento para Relatório Internacional).

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com a Resolução nº 510 de 07 de Abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, a pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito não serão aceitas pelo Conselho Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP), não sendo necessária a submissão do estudo ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016b).

3.5 LIMITAÇÕES

Por ser uma pesquisa de âmbito internacional, na qual a resposta de atores governamentais e organizações internacionais eram necessárias, quanto à confiabilidade das respostas ressalta-se que os interesses individuais de cada participante são dinâmicos e em outro contexto, as respostas poderiam indicar outros resultados.

A negativa de cessão da OPAS e ausência de resposta do Governo Cubano sobre o *"Convenio de cooperación técnica entre el ministerio de salud pública de la República de Cuba y la Organización Mundial de la Salud, para la ampliación del acceso de la población brasileña a la atención básica de salud."* Convênio esse complementar ao TC 80 causou dificuldades no entendimento da contrapartida do Governo Cubano, esclarecimentos quanto a acusações contra o Programa e esclarecimentos oficiais ao longo do percurso da pesquisa.

O pesquisador utilizou-se do Contrato Individual assinado em Cuba pelos médicos cubanos junto a *Sociedad Mercantil Comercializadora de Servicios Médicos Cubanos* (COMERCIALIZADORA DE SERVIÇOS MÉDICOS CUBANOS S.A, 2013).

As limitações do estudo também estão relacionadas aos fatores políticos nacionais do período em que a pesquisa foi realizada (2015-2019) em especial durante os anos de 2016-2019, em que ocorreu o impedimento (Coup d'état) da ex-presidenta Dilma Rousseff e a repercussão da eleição presidencial de 2018, no qual o candidato Jair Bolsonaro foi eleito para o mandato 2019-2022.

A candidatura de Jair Bolsonaro, em 2018, e sua posterior vitória em outubro do mesmo ano ocasionou o encerramento da Cooperação Triangular entre Brasil, OPAS e

Cuba. Antes da posse do futuro Presidente, em dezembro de 2018 o governo Cubano retirou aproximadamente 8.236 médicos do país.

Em vários momentos o pesquisador deparou-se com a função de orientar onde e como encontrar as informações solicitadas por meio dos recursos das solicitações E-SIC.

Para o caso do Código Global, por exemplo, somente após envio do back-up pessoal, dos documentos, autorização por escrito para acesso ao antigo e-mail institucional do pesquisador e do comprovante de recebimento da OMS dos documentos solicitados, foi que o MS “obteve” tais informações (ANEXO 01).

Para a solicitação sobre a ampliação da residência foi necessário informar a nova equipe que quem pagava diretamente os bolsistas-residentes era o MS, portanto era possível obter todo um banco de dados dos bolsistas, que é mensalmente repassado para o Banco do Brasil para pagamento de bolsas, no caso o pesquisador solicitou o quantitativo de bolsas e o gênero dos participantes, sem identificação pessoal.

Dos recursos interpostos, a mesma justificativa do MS tornou-se uma constante: “*o escopo de pedido possuía demasiada abrangência*” o que causou gasto de tempo com a necessidade de interposição de recursos.

Em constantes respostas foi orientado ao pesquisador fazer uso do portal eletrônico maismedicos.gov.br . Em 2018, o sítio foi reformulado e todos os documentos referentes aos anos de 2013 a 2015 já apresentavam erro de acesso. O pesquisador teve que revisar quase toda a bibliografia para garantir o acesso aos documentos.

Ainda quanto às solicitações E-SIC, todas foram respondidas. Algumas com incompletude de informações, mesmo após interposição de recursos.

As únicas Organizações internacionais que responderam aos ofícios foram a Organização Internacional do Trabalho e à Organização Pan Americana da Saúde, contudo ambas não cederam documentos solicitados (ANEXO 02 e ANEXO 03).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 OS EIXOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

O 1º Eixo do Programa visava ampliar e melhorar a infraestrutura das unidades de atendimento do SUS para a Atenção Básica (AB). O governo federal procurou melhorias por meio da construção de novas unidades básicas de saúde, reforma e ampliação das unidades já existentes. Foram investidos mais de R\$ 5 bilhões para o financiamento de 26 mil obras em quase cinco mil municípios, anterior ao programa, das quais aproximadamente 10,5 mil já estão prontas e outras 10 mil encontram-se em fase de execução (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013b).

Gráfico 1. Valor investido 1º eixo PMM (REQUALIFICA-UBS)

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018a)

De 2013 a 2016 foram realizadas 2.922 (Dois mil, novecentos e vinte duas) obras para melhoria da infraestrutura das UBS's em que se encontravam participantes do PMMB. 48% dessas obras foram para construção de novas UBS's (ampliação) e 52% para reforma de UBS's já existentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018a).

As fontes para financiamento foram:

- Recursos do Ministério da Saúde: 38%, totalizando 1.118 obras;

- ☐ Emendas Parlamentares: 33%, totalizando 959 obras;
- ☐ Programa de Aceleração do Crescimento: 29%, totalizando 847 obras.

O valor total do investimento foi de R\$264.831.952,94 (Duzentos e sessenta e quatro milhões, oitocentos e trinta e um mil, novecentos e cinquenta e dois reais e noventa e quatro centavos). O Ministério da Saúde não informou o porquê do não investimento nos anos de 2017 e 2018 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018a).

O 2º eixo reavaliava o modelo de educação médica no país, procurava soluções para o problema da escassez de profissionais médicos nacionais em longo prazo. O Programa integra um plano de expansão da graduação e programas de bolsas de estudo para os cursos de medicina. O objetivo era criar 11.500 novas vagas em universidades e 12.400 postos de pós-graduação até 2018 (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013b).

Quanto as ações para ampliação da graduação e residência médica os dados disponíveis no Portal da Transparência são inconclusivos. Dentro do Orçamento do MEC houve em cada ano:

2015

- ☐ Implantação do Hospital Universitário da Universidade Federal de Uberlândia;
- ☐ Implantação do Hospital Universitário da Universidade Federal do Tocantins;
- ☐ Implantação do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

2016

- ☐ Implantação do Hospital Universitário da Universidade Federal do Amapá;

2017

- ☐ Implantação do Hospital Universitário da Universidade Federal de Uberlândia.

(PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2019)

A universalização da residência médica, conforme proposta pela Lei 12.871/2013 em seu artigo 5º:

Art. 5º Os Programas de Residência Médica de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão anualmente vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior.

Parágrafo único. A regra de que trata o *caput* é meta a ser implantada progressivamente até 31 de dezembro de 2018.

(BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013b)

Segundo o MS a universalização da residência seria realizada por meio de resolução. Essa resolução seria aplicada no concurso que permitiria a entrada nas residências que se iniciariam no primeiro trimestre de 2019. Em busca nos portais eletrônicos do MEC e MS, nenhuma resolução foi encontrada e a solicitação E-SIC para tal não foi respondida.

O Ministério da Saúde utilizou como estratégia para ampliação da qualificação dos profissionais médicos por meio da residência:

- A publicação anual de editais de convocação de Instituições para financiamento de bolsas dos residentes pelo Ministério da Saúde, os quais contêm critérios específicos conforme especialidades, áreas de atuação e regiões prioritárias;
- O “PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À FORMAÇÃO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EM ÁREAS ESTRATÉGICAS (PRÓ- RESIDÊNCIA)” tinha o objetivo de incentivar a formação de especialistas para esta modalidade, caracterizada pela integração ensino-serviço-comunidade, em campos de atuação estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS).

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018q)

A meta do Ministério da Educação para 2018 de 9.923 (nove mil, novecentos e vinte e três vagas) para residência em Medicina de Família e Comunidade não foi atingida. O ano em que houve o maior aumento relativo de vagas foi o ano de 2017.

Gráfico 2. Ampliação das vagas de Medicina de Família e Comunidade (Universalização da meta de 2018, Lei 12.871).

(MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2018)

Em entrevista ao G1 o Ministério da Educação alegou que as vagas para MFC não atingiram a meta e que novo planejamento está em vias de elaboração. Segundo a entrevista somente 2% dos candidatos as vagas demonstram interesse tornarem-se médicos de família (G1, 2018).

O valor da bolsa paga ao médico residente é de R\$ 3.330,43 (três mil, trezentos e trinta reais e quarenta e três centavos) para cumprimento de carga horária de 60 horas semanais (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2016b).

Gráfico 3. Total de bolsas de residência pagas pelo MS.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018q)

O fortalecimento da Força Nacional de Trabalho na Saúde é uma das recomendações do Código Global para a garantia da autonomia de profissionais de saúde nacionais. Por meio dessa, a ampliação das vagas e universalização da residência podem conferir a autonomia necessária para a garantia do bom funcionamento do SUS (FEUERWERKER, 2013).

Dessa forma, até 2019, o Brasil não cumpriu com o Artigo 3.6 do Código Global:

3.6 Os Estados-Membros devem procurar, na medida do possível, criar uma força de trabalho de saúde sustentável e trabalhar no sentido de estabelecer um planejamento efetivo da força de trabalho em saúde, educação e treinamento, e retenção estratégias que reduzirão a necessidade de recrutar pessoal de saúde para migrantes. Políticas e medidas para fortalecer a força de trabalho da saúde deve ser apropriado para as condições específicas de cada país e deve ser integrado nos programas nacionais de desenvolvimento.

(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010, p. 3)

⁵ 3.6 Member States should strive, to the extent possible, to create a sustainable health workforce and work towards establishing effective health workforce planning, education and training, and retention strategies that will reduce their need to recruit migrant health personnel. Policies and measures to strengthen the health workforce should be appropriate for the specific conditions of each country and should be integrated within national development programmes.

O terceiro eixo do Programa Mais Médicos estava baseado no Provimento Emergencial, nomeado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). O mesmo contava com um total de 18.240 vagas em 4.058 municípios de todo o país. Com a expansão do projeto em 2015, por meio da possibilidade de adesão (migração) de médicos do PROVAB objetiva-se garantir a assistência para aproximadamente 63 milhões de pessoas (BRASIL-PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013b; BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b).

O Programa Mais Médicos (PMM) foi instituído com o objetivo precípua de diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde. Tal Projeto ensejou uma das maiores polêmicas que o Brasil já conheceu no âmbito da saúde pública (CAMPOS, 2013; FEUERWERKER, 2013; GUIMARÃES, 2013; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013a, 2013b).

Estudos indicam que, graças ao Projeto, o número de municípios com escassez de médicos foi reduzido aproximadamente pela metade, e que nos municípios com traços de escassez esse número caiu para pouco mais de 30%; apuraram, ainda, que a percepção dos gestores sobre o impacto do Projeto Mais Médicos para o Brasil é de 85,8% de respostas “Muito Satisfeito/Satisfeito”, e sobre o aumento ao acesso e qualidade, 84,6% dos entrevistados responderam “Muito Satisfeito/Satisfeito”. Pesquisa junto à população, realizada em novembro de 2013, indicou 84,3% de aprovação do Projeto (NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, 2014).

Não obstante, a polêmica em torno do Projeto se mantém viva, com particular ênfase na clivagem política que se construiu em torno da presença e do encerramento unilateral, em novembro de 2018 por parte do Governo Cubano, do Convênio de Cooperação Técnica entre Brasil, Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) e Cuba (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2018b).

Ao longo deste intenso debate, chama a atenção que esta política de atração de médicos estrangeiros não tenha sido discutida sob a perspectiva do fluxo internacional de profissionais da saúde. Há décadas o mundo desenvolvido conhece esse fenômeno. Há atualmente uma crise global da chamada Força de Trabalho em Saúde (FTS), caracterizada por um *déficit* global de trabalhadores estimado em mais de quatro milhões de profissionais da saúde, com desigualdade de distribuição de profissionais que afetam quase todos os países, gerando a falta de pessoal de saúde qualificado, particularmente nas regiões rurais, periferias urbanas ou de difícil acesso (DAL POZ, 2013).

O projeto emergencial de recrutamento internacional incluía uma política de recrutamento para médicos que obtiveram diploma de medicina em instituições de ensino superior brasileira, médicos brasileiros e estrangeiros que obtiveram qualificação médica em países onde a proporção é igual ou superior a 1,8 médicos por 1.000 habitantes (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2013c).

Dentre as principais regras para garantia do provimento de profissionais para áreas remotas e rurais, utilizaram-se os indicadores das áreas prioritárias para a ESF:

Art. 2º As áreas e regiões com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada serão definidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde com base em modelo que leve em conta indicadores dentre o seguintes:

I - Produto Interno Bruto (PIB) per capita;

II - população sem cobertura de planos de saúde;

III - percentual da população residente na área rural;

IV - percentual da população em extrema pobreza;

V - percentual da população beneficiária do Programa Bolsa Família;

VI - percentual de horas trabalhadas de médicos na área da Atenção Básica para cada 1.000 (mil) habitantes;

VII - percentual de leitos para cada 1.000 (mil) habitantes;

VIII - indicador de rotatividade definido em função do quantitativo de contratações, extinção de vínculos de emprego e número de equipes de Saúde da Família incompletas, em conformidade com os dados extraídos

dos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS).

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Os Perfis prioritários para cada município inscrito foram utilizados em todos os editais de chamamento público da SGTES em conformidade com as diretrizes da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE):

a) PERFIL 1: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza das Capitais, conforme (IBGE);

b) PERFIL 2: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios situados em região metropolitana, conforme (IBGE);

c) PERFIL 3: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios que estão entre os 100 (cem) Municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública "per capita" e alta vulnerabilidade social de seus habitantes;

d) PERFIL 4: Município com 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), disponíveis no endereço eletrônico www.mds.gov.br/sagi;

e) PERFIL 5: Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS), contemplando atividades nos territórios indígenas (aldeias);

f) PERFIL 6: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos demais Municípios, conforme (IBGE).

(SECRETARIA DE GESTÃO DE TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2014b)

Figura 5. Total de municípios aderidos ao Projeto Mais Médicos para o Brasil.

Perfil	Total de Municípios	Municípios Aderidos	% de Adesão
Capitais	27	27	100%
Região Metropolitana	509	441	87%
G100	98	93	95%
20% de Extrema Pobreza	1.708	1.393	82%
DSEI	34 distritos	34 distritos	100%
Demais localidades	3.228	2.144	66%
Brasil (Total)	5.570 + 34 distritos	4.068 + 34 distritos	81%

Fonte: DEPREPS/SGTES/MS.

(SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2015d, p. 67)

As análises quanto à demografia médica entre países enfrentam a falta de tipologias para formulação de indicadores, referências ou padrões para diagnósticos situacionais.

A tipologia para definir a migração laboral especializada gera diferentes entendimentos entre as organizações nacionais e internacionais.

Dentre os fatores que influenciam a distribuição de médicos estão:

- ☐ Desigualdades socioeconômicas;
- ☐ Extensão territorial de um país, a concentração de profissionais dentro dos países tende a ser maior ou menor de acordo com a extensão do território;
- ☐ Características do sistema de saúde;
- ☐ Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

(NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, 2014; ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, 2013a).

Portanto, a OPAS/OMS não recomendam ou estabelecem o número de médicos *per capita*, que depende de fatores regionais, socioeconômicos, culturais e epidemiológicos. As análises estatísticas da OMS entendem que as estimativas relacionadas aos médicos são extraídas de múltiplas fontes, censos populacionais, pesquisas de emprego e serviços de saúde (ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, 2013a).

A OCDE também observa limitações nas comparações entre países, quando apenas se utiliza proporção de médicos por mil habitantes e que essa deve ser analisada com outros indicadores (ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, 2013a).

De toda forma, a proporção de 1,8 médicos/ 1000 habitantes permaneceu sendo utilizada no PMMB como referencial estruturante do planejamento dessa política pública de saúde (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2018).

Exceção se faz aos dos profissionais médicos que se encontram no Brasil com visto de refúgio (SECRETARIA DA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2013c).

A Defensoria Pública da União (DPU), em setembro de 2014, enviou documento recomendatório solicitando que o Ministério da Saúde flexibilizasse a entrada de refugiados no Projeto (DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO, 2014).

Exceção se fez também para brasileiros Intercambistas individuais formados em países no qual a proporção méd/1000 hab. é menor, alteração realizada pela Portaria Interministerial nº 1.708, de 23 de setembro de 2016 (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2016c).

Alteração essa que vai de encontro as recomendações do Código Global:

3.3 As necessidades e circunstâncias específicas dos países em desenvolvimento e países com economias em transição devem ser consideradas, pois os mesmos são particularmente vulneráveis a escassez dos profissionais de saúde e constituem-se por capacidade limitada para implementar as recomendações deste Código. Os países desenvolvidos devem, na medida do possível, prestar assistência técnica e financeira aos países em desenvolvimento e

países com economias em transição que visem reforçar os sistemas de saúde, incluindo o desenvolvimento do pessoal da saúde.

(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010, p. 2)

Países em que nacionais brasileiros realizaram seus estudos para exercício da carreira médica necessitam de profissionais qualificados para prestação de assistência em seus sistemas de saúde como também, o financiamento da graduação em medicina não se restringe ao pagamento da mensalidade, esses profissionais fizeram uso da rede de serviços de saúde do país ao longo de suas formações acadêmicas.

4.2 LEGISLAÇÕES DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Para o cumprimento legal dos três eixos do Programa Mais Médicos as normativas contavam com 83 atos do Executivo, até fevereiro de 2019. Elas versam sobre os três eixos do PMM, no qual os anos de 2013 e 2014 se destacaram pela maior quantidade de publicações, anos em que iniciaram as execuções dos três eixos e em que a medida provisória foi convertida na lei 12.871 (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013b).

1º Eixo: Ampliação e melhoria da infraestrutura;

2º Eixo: Capacitação para o SUS;

3º Eixo: Provimento Emergencial.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018i)

Tabela 6. Atos do Executivo para o Programa Mais Médicos.

Tipo de atos	Nº de Atos
Medida Provisória	2
Lei	3
Decreto	4
Portaria Interministerial MS/MEC	21
Portaria Ministério da Saúde	9
Portaria Ministério da Educação	3
Resolução	8
Instrução Normativa	1
Editais Municípios	13
Editais Médicos	19
Total	83

❖ Ano 2013

1. **Medida Provisória nº. 621, de 8 de julho de 2013** - Institui o Programa Mais Médicos e da outras providencias. (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013a);

2. **Lei nº. 12.871, de 22 de outubro de 2013** – Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº. 8.745, de 9 de dezembro de 19931 e a Lei nº. 6.932, de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013b);

(*) Mensagem de Veto nº. 465, de 22 de outubro de 2013 – Condicionamento da permanência no Brasil ao ingresso em carreira médica (art. 16, § 1º).

(*) Alteração pela **Lei 13.333, de 12 de julho de 2016** (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2016a);

(*) Alteração pela **Lei 13.530, de 7 de dezembro de 2017** (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2017b);

a) Arts. 1º e 2º – Disposições gerais. Finalidades e ações do Programa Mais Médico;

b) Art. 3º – Autorização para funcionamento dos cursos de medicina;

c) Art. 4º a 11 – Formação Médica no Brasil. Diretrizes Curriculares e Residência Médica;

d) Art. 12 – Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-saúde (COAPES);

e) Arts. 13 a 22 – Projeto Mais Médicos para o Brasil;

f) Art. 23 a 36 – Disposições Finais;

g) Arts. 34 e 35 – Certificação de especialidades médicas e Cadastro Nacional de Especialistas.

3. **Portaria Interministerial nº. 1.369/MS/MEC**, de 8 de julho de 2013 – dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2013c);

4. **Decreto nº. 8.040, de 8 de julho de 2013** – Institui o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do Programa Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013c);

5. **Decreto nº. 8.126, de 22 de outubro de 2013** – Dispõe sobre a emissão de registro único para os médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, de que trata a Lei nº. 12.871, de 22 de outubro de 2013 (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013d);

6. **Portaria nº. 2.477/GMMS, de 22 de outubro de 2013** - Dispõe sobre a emissão de registro único para médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a);

7. **Portaria Interministerial nº. 1.427/MS/MEC, de 12 de julho de 2013** – Designa membros da Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2013d);

8. **Portaria Interministerial nº. 1.493/MS/MEC, de 18 de julho de 2013** – altera a Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013 (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2013e);

9. **Portaria Interministerial nº. 266/MPOG/MS, de 24 de julho de 2013** - Estabelece as normas para o custeio de despesas com o deslocamento dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil e seus dependentes legais (BRASIL- MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO E MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013);

10. **Portaria nº. 838/SAS, de 26 de julho de 2013**– normas para cadastramento no SCNES de estabelecimentos e equipes que farão parte do PMMB (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b);

11. **Portaria GM/MS nº 1.834, de 27 de agosto de 2013** - Institui e redefine valores diferenciados de custeio às Equipes de Saúde da Família que possuam profissionais médicos integrantes de programas nacionais de provimento (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a);

13. **Portaria Normativa Interministerial MS/MEC nº 1, de 16 de outubro de 2013** - Dispõe sobre a criação de Cadastro Nacional de Supervisores para o Projeto Mais Médicos para o Brasil no âmbito do Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNA-SUS (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2013g);

14. **Portaria Interministerial nº. 2.921/MS/MEC, de 28 de novembro de 2013** – Institui Comissões Estaduais e Distrital do Projeto Mais Médicos para o Brasil (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2013f).

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

1. **Resolução - RDC Nº 52, de 14 de novembro de 2013** - Dispõe sobre a utilização do número de Registro Único, emitido pelo Ministério da Saúde, nos termos do parágrafo 3º do art. 16 da Lei nº 12.871/2013, para fins de cumprimento de normas sanitárias (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL – Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF)

1. **Instrução Normativa SRF nº 1.383, de 7 de agosto de 2013** - Altera a Instrução Normativa SRF nº 208, de 27 de setembro de 2002, que dispõe sobre a tributação, pelo imposto de renda, dos rendimentos recebidos de fontes situadas no exterior e dos ganhos de capital apurados na alienação de bens e direitos situados no exterior por pessoa física

residente no Brasil e dos rendimentos recebidos e dos ganhos de capital apurados no País por pessoa física não-residente no Brasil. (BRASIL- MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2013).

❖ Ano 2014

15. Portaria Conjunta nº 1/SGTES-MS/SESU-MEC, de 21 de janeiro de 2014 – Dispõe sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação de Médicos Intercambistas nas ações educacionais e de aperfeiçoamento do Projeto Mais Médicos para o Brasil (BRASIL- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE, 2014);

16. Portaria Interministerial nº. 216/MS/MEC, de 12 de fevereiro de 2014 – Altera dispositivos da PI 1.369/2013/MS/MEC. Aplicação de penalidades aos médicos do PMMB (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2014c);

18. Portaria GM/MS nº 256, de 19 de fevereiro de 2014 – Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 1.412/GM/MS, de 10 de julho de 2013, em relação ao Programa Mais Médicos e ao PROVAB (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b);

19. Portaria Interministerial nº. 2.395/MS/MEC, de 5 de novembro de 2014 – Dispõe sobre registro de informações de saúde e das atividades desenvolvidas pelos médicos participantes do PMMB (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2014b);

20. Portaria Interministerial nº. 554/MPOG/MS, de 30 de dezembro de 2014 – Altera a Portaria Interministerial 266/2013/MPOG/MS para dispor sobre a concessão de passagens para fins de gozo do recesso no âmbito do PMMB, nos termos do § 9º do art. 22 da PI 1.369/MS/MEC (BRASIL- MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO E MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014);

21. Resolução nº 1, de 12 de fevereiro de 2014 – Dispõe sobre a aplicação de penalidades em caso de ausência injustificada das atividades do PMMB (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014c);

❖ Ano 2015

21. Portaria SAS/MS nº 13, de 8 de janeiro de 2015 - Estabelece regras de inserção do profissional do "Projeto Mais Médicos para o Brasil" às equipes de saúde habilitadas na

Portaria nº 1.143/SAS/MS, de 29 de outubro de 2014 (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015a);

23. Portaria Interministerial nº. 499/MS/MEC, de 30 de abril de 2015 – Dispõe sobre o afastamento de médicos participantes do PMMB e institui o Comitê Bipartite e respectiva atribuição e dá outras providências (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2015e);

24. Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.076, de 28 de julho de 2015 - Acresce o § 2º ao art. 2º e os art. 2º-A e 2ºB à Portaria Interministerial nº 2.395/MS/MEC, de 5 de novembro de 2014, para dispor sobre procedimentos e prazos para o registro de informações de saúde e das atividades desenvolvidas pelos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, e dá outras providências (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2015a);

25. Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015 – Regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas de que tratam o § 4º e § 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e o art. 35 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2015);

Resolução nº. 2, de 26 de outubro de 2015 – Dispõe sobre o caráter educacional dos Programas de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde e dá outras providências (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015c);

Resolução nº. 3, de 6 de novembro de 2015 – Dispõe sobre o Eixo Aperfeiçoamento e Extensão do Segundo Ciclo Formativo do PMMB (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015d);

Residência - Preceptoria:

30. Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.618, de 30 de setembro de 2015 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos eixos do Programa Mais Médicos - Residência, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade, com o fim de subsidiar e assegurar instrumentos para o processo de expansão de vagas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, nos termos da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2015b).

❖ Ano 2016

26. Medida Provisória nº. 723, de 29 de abril de 2016 – Altera o prazo de dispensa de que trata o caput do art. 16 da Lei nº.12.871, de 22 de outubro de 2013. Dispensa a revalidação de diploma do médico intercambista para prorrogação da adesão do Projeto Mais Médicos para o Brasil por mais três anos (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2016b);

27. Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.708, de 23 de setembro de 2016 – Altera dispositivos sobre 1,8 e ajuda de custo da Portaria Interministerial nº 1.369/2013/MS/MEC (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2016c);

28. Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.554, de 30 de novembro de 2016 – designa membros da Coordenação Nacional do Projeto Mais Médicos para o Brasil (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2016a);

Resolução nº 1, de 1º de março de 2016 - Dispõe sobre os critérios para celebração de Acordo de Cooperação entre os Ministérios da Saúde e da Educação e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios para ampliação locorregional do Projeto Mais Médicos para o Brasil (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016b);

Resolução nº. 2, de 27 de abril de 2016 – Dispõe sobre pagamento de ajuda de custo aos médicos intercambistas participantes do PMMB e recomenda à SGTES a alterações no texto da PI nº 1.369/2013/MS/MEC (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016a);

Resolução nº 3, de 6 de maio de 2016 – Altera a redação do § 2º do art. 5º da Resolução nº 2/2015 (ingresso no Segundo Ciclo Formativo) (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016c);

Resolução nº 4, de 6 de maio de 2016 – Altera a redação do art. 2º da Resolução nº 3/2015 (ingresso no Segundo Ciclo Formativo, profissionais egressos de Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade) (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016d).

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - Cursos de Graduação em Medicina:

1. Portaria Normativa MEC nº 13, de 9 de julho de 2013 – procedimentos para pré-seleção de municípios para implantação de cursos de graduação em medicina em

instituições de educação superior privadas, precedida de chamamento público (BRASIL- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2013);

2. **Portaria Normativa MEC nº 14, de 2 de junho de 2014** - procedimentos de habilitação para autorização de cursos de Medicina em unidades hospitalares, por instituições de educação superior privadas, precedida de chamamento público (BRASIL- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014);

3. **Portaria Normativa MEC nº 5, de 1º de abril de 2015** - procedimentos de pré-seleção e adesão de municípios para autorização de funcionamento de curso de graduação em medicina por instituição de educação superior privada, precedida de chamamento público (BRASIL- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2015).

Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES)

1. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 1127, de 6 de agosto de 2015** - institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2015c).

Alterações valor da Bolsa-formação:

1. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.891, de 27 de novembro de 2013;** (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2013b);

2. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 339, de 7 de março de 2014;** (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2014a);

3. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 46, de 16 de janeiro de 2015;** (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2015d);

4. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.708, de 23 de setembro de 2016;** (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2016c);

5. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 384, de 20 de fevereiro de 2018** (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2018).

Alterações Auxílio Moradia e Auxílio Alimentação

1. **Portaria nº. 23/MS, de 1º de outubro de 2013** – Dispõe sobre o cumprimento das ofertas de moradia e alimentação pelo Distrito federal e Municípios aos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, nos termos da PI 1.369/2013/MS/MEC (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013c);
2. **Portaria SGTES/MS nº 30, de 12 de fevereiro de 2014** - Dispõe sobre o cumprimento das obrigações de oferta de moradia, deslocamento, alimentação e água potável pelo Distrito Federal e Municípios aos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, nos termos da Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013 (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014c);
3. **Portaria SGTES/MS nº 60, de 10 de abril de 2015** – Altera a Portaria nº 30/SGTES/MS, de 12 de fevereiro de 2014, para reajustar de valores do fornecimento de moradia e alimentação e dá outras providências (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b);
4. **Portaria SGTES/MS nº 300, de 5 de outubro de 2017** - Altera a Portaria nº 30/SGTES/MS, de 12 de fevereiro de 2014, para reajustar de valores do fornecimento de moradia e alimentação e dá outras providências (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

EDITAIS E CICLOS DE ADESAO

a) Municípios:

1. Edital SGTES/MS nº. 38, de 8 de julho de 2013 (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2013b);
2. Edital SGTES/MS nº. 50, de 16 de agosto de 2013 (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2013d);
3. Edital SGTES/MS nº. 22, de 31 de março de 2014 (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2014a);
4. Edital SGTES/MS nº. 9, de 3 de julho de 2015 (MINISTERIO DA SAÚDE, 2018f);

5. Edital SGTES/MS nº. 1, de 15 de janeiro de 2015 (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2015c);
6. Edital SGTES/MS nº. 15, de 2 de outubro de 2015 (renovação e confirmação) (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2015a);
7. Edital SGTES/MS nº.1, de 8 de janeiro de 2016 (renovação e confirmação) (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2016b);
8. Edital SGTES/MS nº. 7, de 14 de abril de 2016 (renovação e confirmação) (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2016g);
9. Edital SGTES/MS nº 15, de 21 de julho de 2016 (renovação e confirmação) (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2016e);
10. Edital SGTES/MS nº 18, de 10 de novembro de 2016 (renovação e confirmação) (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2016a);
11. Edital SGTES/MS n. 04, de 19 de abril de 2017 (renovação e confirmação) (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2017c);
12. Edital SGTES/MS nº 13, de 27 de novembro de 2017 (renovação e confirmação) (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2018d);
13. Edital SGTES/MS nº13 de 16 de agosto de 2018 (renovação e confirmação) (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2018d).

b) Médicos:

1. Edital SGTES/MS nº. 39, de 8 de julho de 2013 (1º ciclo) (SECRETARIA DA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2013c);
2. Edital SGTES/MS nº. 49, de 16 de agosto de 2013 (2º ciclo) (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2013e);
3. Edital SGTES/MS nº. 63, de 27 de novembro de 2013 (3º ciclo) (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2013f);
4. Edital SGTES/MS nº. 04, de 16 de janeiro de 2014 (4º ciclo) (SECRETARIA DE GESTÃO DE TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2014b);
5. Edital SGTES/MS nº. 21, de 1º de abril de 2014 (5º ciclo) (MINISTERIO DA SAÚDE, 2018f);
6. Edital SGTES/MS nº. 02, de 15 de janeiro de 2015 (6º ciclo) (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2015b);
7. Edital SGTES/MS nº. 10, de 10 de julho de 2015 (7º Ciclo) (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2015d);
8. Edital SGTES/MS nº. 16, de 2 de outubro de 2015 (8º ciclo) (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2015e);
9. Edital SGTES/MS nº. 2, de 8 de janeiro de 2016 (9º ciclo) (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2016f);
10. Edital SGTES/MS nº. 8, de 14 de abril de 2016 (10º ciclo) (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2016h);
11. Edital SGTES/MS nº 11, de 4 de maio de 2016 (Prorrogação da Adesão) (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2016c);

12. Edital SGTES/MS nº 12, de 10 de maio de 2016 (11º ciclo) (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2016a);
13. Edital SGTES/MS nº 14, de 21 de julho de 2016 (12º ciclo) (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2016d);
14. Edital SGTES/MS nº 03, de 19 de abril de 2017 (13º ciclo) (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2017b);
15. Edital SGTES/MS nº 12, de 27 de novembro de 2017 (14º ciclo) (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2017d);
16. Edital nº 18, de 19 de novembro de 2018 (15º Ciclo) (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2018a);
17. Edital nº 19, de 22 de novembro de 2018 (16º Ciclo) (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2018b);
18. Edital nº 22, de 07 de dezembro de 2018 (17º Ciclo) (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2018c);
19. Edital nº 7, de 26 de fevereiro de 2019 (9º e 10º ciclos) (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2019a).

Houve publicações de Editais e Portarias Interministeriais para reajuste da Bolsa-Formação e dos auxílios moradia e alimentação durante os anos de 2017 a 2019. Para fins de facilitar o encontro dos documentos, que estão destacados em categorias, não foi necessário destacar os anos de 2017, 2018 e 2019, pois não houve nenhum ato publicado com exceção dos já mencionados acima.

4.2.1 A Medida Provisória 723

A Medida Provisória 723, que renovou o contrato dos participantes Intercambistas individuais e cooperados por mais 36 meses, sem a necessidade de realização do REVALIDA foi um importante marco na garantia da continuidade da assistência do PMMB.

Quando o Edital nº 02, de 15 de janeiro de 2015 foi publicado, a etapa de preenchimento online de quase todas as vagas ocorreu por participantes CRM-BRASIL. Não sendo necessária a convocação internacional de participantes Intercambistas Individuais ou Intercambistas Cooperados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Segundo a lei que instituiu o Programa Mais Médicos, o contrato firmado entre o Ministério da Saúde e os profissionais é válido por 36 meses, com possibilidade de prorrogação do prazo pelo mesmo período, na época sob o condicionante que o participante já deveria ter sido aprovado no REVALIDA, após a conclusão dos primeiros 36 meses de contrato:

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

(BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013b)

Dessa forma os condicionantes para renovação do contrato seriam:

- ☐ A obtenção de conceito satisfatório no curso de especialização em Medicina de Família e Comunidade;
- ☐ A obtenção da revalidação de seu diploma para intercambistas individuais e cooperados.

(BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013b)

Há um pouco mais de um ano para o encerramento dos primeiros contratos com intercambistas individuais e cooperados, o Ministério da Saúde solicitou se houve necessidade de analisar e realizar estudos que justificassem a permanência dos participantes

ou estabelecesse um cronograma de redução de Intercambistas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018n).

O Ministério da Saúde alegou que o quantitativo de médicos e cronograma de execução da diminuição de médicos cooperados, em vista ao aumento de profissionais CRM-Brasil inscritos nos editais de chamamento público do PMMB que:

- Em 2015 foi realizado um Estudo de vagas do PMMB para médicos brasileiros que buscava analisar a necessidade de renovação das vagas dos profissionais intercambistas cooperados e individuais dos 1º e 2º ciclos que findariam o período de três anos de programa no segundo semestre de 2016;
- Para a realização do estudo foi analisado e considerado a lotação dos profissionais; a atratividade dos municípios pela escolha em editais, pela ocupação das vagas nos municípios e pelo tempo de permanência, o que levou a apresentar o quantitativo de vagas a serem mantidas e preenchidas pelos Intercambistas Cooperados e o quantitativo de vagas passíveis de serem substituídas por edital.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018n)

O objetivo do estudo foi:

- a) Identificar a lotação dos Médicos Intercambistas Individuais ativos, que concluiriam três anos em 2016;
- b) Identificar os municípios de maior escolha por médicos CRM-Brasil;
- c) Identificar o grau de ocupação dos municípios pelos profissionais CRM Brasil para avaliar a dificuldade de renovação de vaga por edital e a necessidade de profissionais cooperados;
- d) Identificar a lotação dos Médicos Intercambistas Cooperados ativos em DSEI, que concluiriam três anos em 2016 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018n).

A renovação de contratos e permanência no PMMB de cooperados se deu também, por cerca de 1.500 deles constituírem família no Brasil durante os três primeiros anos de participação no PMMB. Por esta razão muitos continuaram atuando nos municípios brasileiros.

Durante os anos de 2013 a 2016 foram abertos 15 editais de chamamento público, todos com prioridade inicial para participantes CRM-BRASIL. O Projeto havia chegado ao seu 12º Ciclo de Editais para provimento de médicos para os Programas de Provimento do Ministério da Saúde (SECRETARIA DA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2013c, 2013e, 2013f; 2014b; 2015b; 2015d, 2015e; 2016a, 2016c, 2016d, 2016f, 2016h; MINISTERIO DA SAÚDE, 2018f).

Contudo o cenário apresentado ainda não garantia a segurança dos gestores municipais, estaduais e entidades de controle social, visto que o encerramento do contrato dos participantes Intercambistas poderia causar a saída de 7.000 médicos dos municípios, principalmente daqueles menores, mais distantes e de maior vulnerabilidade social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016a).

Assim a solução proposta para a Presidência da República foi a publicação da Medida Provisória 723 de 29 de abril de 2016, que prorrogava o prazo de dispensa de que trata o *caput* do art. 16 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013:

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

(BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013b)

Os estudos revelavam que os percentuais de médicos que abandonavam o PMMB antes dos 36 meses estipulados eram:

- ☐ 40% CRM-BRASIL;
- ☐ 15% Intercambistas Individuais;
- ☐ 8% Intercambistas Cooperados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016a)

Figura 6. Cenário da distribuição de participantes do PMMB em 2013.

Figura 7. Cenário da distribuição de participantes do PMMB 2016.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016a)

Em solicitação E-SIC sobre o desligamento voluntário de médicos Intercambistas Cooperados, os números se aproximam dos estudos apresentados até 2016. Exceção se faz justamente no mesmo ano, dadas às incertezas de permanência no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018n).

É necessário ressaltar que o Ministério da Saúde não faz uso do termo “deserção”, como foi muito noticiado pelos periódicos. A deserção é comumente tratada como um ato

de abandono não autorizado de função militar, o que não condiz com as prerrogativas do Programa Mais Médicos.

Portanto as terminologias utilizadas eram:

- **Desligamento Voluntário:** aquela em que o participante informava ao gestor municipal, MS ou a OPAS via e-mail ou pelo Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP);
- **Abandono de posto:** aquela em que o participante não informava oficialmente ou utiliza meios informais para declarar seu desligamento, muitos desses casos foram relatados posteriormente, quando o participante já se encontrava em outro país, por meio de redes sociais.

Gráfico 4. Desligamento voluntário médicos cooperados (2013-2018).

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018n)

Dentre um dos possíveis fatores que influenciaram os participantes cooperados a realizar o desligamento voluntário encontrava-se o *Cuban Medical Professional Parole Program*- Programa de Permissão de Entrada de Profissionais Médicos Cubanos (CMPP), Criado em 2006, encerrado em 2017 e novamente retomado, no mesmo ano, com regras mais rígidas para obtenção do “*Green Card*”, visto permanente de imigração (VPI), nos EUA (U.S. CITIZENSHIP AND IMMIGRATION SERVICES, 2019).

Antes o CMPP contemplava qualquer cidadão cubano que estivesse em missão médica humanitária e entrassem nos EUA obteriam o VPI (U.S. CITIZENSHIP AND IMMIGRATION SERVICES, 2019).

Enquanto o pesquisador encontrava-se na SGTES (2013-2016), realizou pesquisa sobre o interesse de permanência no PMMB dos intercambistas individuais estrangeiros

não incluíam os médicos cubanos. A pesquisa fazia parte da avaliação final do Programa Líderes em Saúde Internacional Edmundo Granda Ugalde (PLSI) da OPAS (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2014) e os resultados da pesquisa contribuíram nos estudos justificativos apresentados para a ex-presidenta para posterior conversão da Medida Provisória 723 em lei.

A pesquisa realizada obteve resultado pela obtenção da resposta de um questionário, aprovado no CONEP/CEP e pelo Comitê de Ética da OPAS/ Washington. 235 participantes Intercambistas individuais estrangeiros responderam ao questionário, numero amostral de 712 participantes, garantindo 95% de confiabilidade por análise estatística por amostragem simples:

- ☐ 98% possuíam interesse em permanecer no Brasil e de continuar a prática da medicina;
- ☐ 93% desejavam continuar praticando a medicina na Atenção Básica;
- ☐ 66% tinham interesse em permanecer no mesmo município.

ANEXO 04.

Após a aprovação da medida provisória 723, em 29 de abril de 2016, que altera a lei 12.871 de 22 de outubro de 2013, por meio da Lei 13.333, de 12 de julho de 2016. Foi permitida a renovação de contrato por mais 36 meses, sem a necessidade da realização do REVALIDA para participantes Intercambistas individuais e cooperados (BRASIL-PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2016a).

4.2.2 Processos jurídicos interpostos ao Programa Mais Médicos

Quanto à interposição de processos judiciais, não houve interposição judicial ao Programa Mais Médicos e seus dois primeiros eixos. O Projeto Mais Médicos para o Brasil, que contempla o Provimento Emergencial de médicos nacionais e por cooperação internacional apresentou as seguintes interposições judiciais, a saber:

1. Duas Ações Diretas de Inconstitucionalidades (ADI):

- ☐ Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5035 foi proposta pela AMB em conjunto com CFM (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2017b);
- ☐ ADI 5037 foi proposta pela Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados (CNTU) (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2017a).

Em ambos os casos, o relator no STF foi o Ministro Marco Aurélio.

Na ADI 5035, os requerentes alegaram que a medida provisória incorreu nos seguintes atos de inconstitucionalidade:

- (I) Ausência dos requisitos de urgência e relevância;
- (II) Violação ao direito à saúde;
- (III) Violação aos direitos sociais dos trabalhadores e ao princípio do concurso público;
- (IV) Violação ao princípio da isonomia;
- (V) Violação à autonomia universitária;
- (VI) Dispensa de comprovação de proficiência na língua portuguesa;
- (VII) Violação ao princípio da licitação pública e à proteção do mercado interno como patrimônio nacional.

No caso da ADI 5037 da CNTU, o então Procurador Geral da República (PGR), Rodrigo Janot, entendeu que a confederação não possuía legitimidade para propor ação direta de inconstitucionalidade. De acordo com o Procurador Geral:

Em razão da amplitude das profissões liberais com nível superior reconhecido, admitir a legitimidade ativa da CNTU significaria conferir-lhe legitimação quase universal, em sobreposição às confederações sindicais e entidades de classe, cuja legitimidade é expressa na Constituição.

(MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2017)

Para a ADI 5035, prevaleceu o entendimento do ministro Alexandre de Moraes, que recusou os principais argumentos apresentados pela AMB. Entre os pontos elencados, o ministro discutiu o atendimento ao direito à saúde, a necessidade de validação do diploma do médico estrangeiro e a questão da quebra de isonomia nas relações de trabalho.

Segundo o ministro, o Mais Médicos foi prioritariamente oferecido a médicos diplomados no Brasil, aceitando na sequência os diplomados no exterior.

Quanto à questão da validação do diploma alegada pela AMB foi observada que a Constituição Federal, em seu artigo 5º, inciso XIII, autoriza o exercício do trabalho cumpridas determinadas condições (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1988; MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2017; SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2017b).

O voto do ministro Alexandre de Moraes foi acompanhado por maioria e proposta de voto pela extinção da ADI 5037, ajuizada pela CNTU, por ilegitimidade da parte (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2017b).

O acervo pessoal do pesquisador possui a apresentação realizada ao STF em 2014. Em que apenas em um ano e meio os resultados do PMMB, que ainda se encontrava em seu 4º ciclo, já eram marcantes (SECRETARIA DE GESTÃO DE TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2014b):

Figura 8. Distribuição de médicos após 4º Ciclo do PMMB.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a)

Figura 9. Participação de profissionais CRM-BRASIL.

Figura 10. Participação de profissionais Intercambistas Individuais.

Figura 11. Participação de Médicos Cubanos

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a)

2. Ações em continuidade defendidas pela Advocacia Geral da União (AGU):

O Departamento de Serviço Público (DSP) da Procuradoria Geral da União (PGU) por meio da Advocacia Geral da União (AGU) informou, em lista crescente de processos, que os principais questionamentos quanto ao Programa foram:

a) **Questionamento de participantes intercambistas cooperados sobre seu ingresso e tempo de permanência no Programa:**

- Trinta e três casos estão em acompanhamento pela Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde (CONJUR/MS), sem decisão;

b). Ajuizamento por participantes intercambistas individuais, questionando data da apresentação de documentação, **número de ações não informado;**

c). Ajuizamento por médicos brasileiros questionando critérios de fixação de exercício da prática médica, **número de ações não informado.**

Anteriormente, houve ações questionando a dispensa do REVALIDA prevista pelo Programa; a necessidade de divulgação de todos os tutores e orientadores e, também, o índice médico/população para fins de aceitação dos Intercambistas.

Não foram localizadas ações impugnando o Programa como um todo (ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO, 2018).

O apoio da Confemel

A decisão do governo não desagrada apenas às entidades médicas brasileiras. Em comunicado enviado ao presidente Fernando Henrique Cardoso e ao dirigente cubano Fidel Castro, a Confederação Médica Latino-Americana e do Caribe (Confemel) pediu que estes governos deem fim a esta "política lesiva aos interesses dos médicos latino-americanos e do Caribe". Publicamos, na íntegra, a correspondência enviada a FHC.

***Respeitável
Senhor Presidente:***

Receba a cordial saudação do Comitê Executivo da Confederação Médica Latino-Americana e do Caribe – Confemel, acompanhada com nossos parabéns pela prosperidade do país irmão, e um venturoso novo milênio para todos os seus habitantes.

Para a informação de V. Excia. e fins pertinentes, transmitimos o teor da petição aprovada por unanimidade pela Assembléia Ordinária da Confemel, na cidade de Santa Marta, Colômbia, durante os dias 9, 10 e 11 de dezembro de 1999.

Tendo em conta que:

- 1. Médicos cubanos exercem a medicina no Brasil, contratados por acordos dos governos do Brasil e Cuba;*
- 2. O Brasil possui médicos com qualidades inquestionáveis e excelente formação profissional, mais que suficientes para atender sua demanda interna;*
- 3. A entrada em massa de médicos estrangeiros no país, além de violar os princípios éticos que regem a prática médica, deteriora o exercício profissional e diminui os níveis de trabalho alcançados por médicos nacionais após muitos anos de luta.*

RESOLVE:

- 1. Apresentar enérgica moção contrária a esta política dos governos do Brasil e de Cuba;*
- 2. Solicitar aos governos de Brasil e Cuba que dêem fim a esta política lesiva aos interesses dos médicos latino-americanos e do Caribe;*
- 3. Solicitar ao governo do Brasil que implemente uma política interna baseada em uma remuneração digna e em condições de trabalho justas, para estimular o assentamento dos médicos nacionais nas regiões longínquas do país.*

Com sentimentos de consideração e apreço,

Pedro A . Contreras Rivera, M. D.
Presidente do Comitê Executivo da Confemel

Carta enviada pelo CFM e Confederação Médica Latino-Americana e do Caribe-CONFEMEL ao ex-presidente da República do Brasil, Fernando Henrique Cardoso, e ao governante de Cuba Fidel Castro em 1997 [Grifo Nosso].

(PORTAL DO MÉDICO, 1999).

4.2.3 A paranoia das corporações médicas

Há alguma coisa que se repete na sua vida, que é sempre a mesma, essa é a sua verdade. E o que é essa coisa que se repete? É uma certa maneira de gozar.

Jacques Lacan, 1964

Quando foi criada a primeira cooperação técnica entre Brasil e Cuba em 18 de Março de 1987 por meio do “Acordo Básico de Cooperação Científica, Técnica e Tecnológica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cuba”, seguido pelo “Protocolo de Intenções sobre Cooperação Técnica na Área de Saúde da Família de 1999”, esse também com o Governo Cubano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019a; AGENCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO, 2007, p. 12).

Em 1999, O CFM, a AMB e a Confederação Médica Latino-Americana e do Caribe (CONFEMEL) enviaram carta de repúdio para o então presidente Fernando Henrique Cardoso e para o Dirigente de Cuba Fidel Castro sobre a atuação de médicos cubanos no Brasil. Parte do conteúdo de um trecho da carta relata os motivos pelos quais a cooperação era ficcional:

Um projeto ficcional

O projeto do governo, que regulamenta a atuação do médico estrangeiro no Brasil, estabelece regras que beiram a ficção – de acordo com análise feita por dirigentes do CFM. Alguns exemplos:

- A prefeitura deverá provar que tentou, durante pelo menos trinta dias, conseguir um médico brasileiro para a vaga;
- O médico estrangeiro só poderá trabalhar até três anos no Brasil (na prática, os médicos cubanos atuam aqui há pelo menos dez anos);
- O governo federal promete criar uma comissão, junto com a sociedade civil, para visitar universidades estrangeiras e avaliar se o currículo do médico estrangeiro é compatível com o padrão brasileiro.

(PORTAL DO MÉDICO, 1999)

Os dados do CFM, na época, apontavam que o Brasil possuía o total de 237.713 médicos brasileiros, que 141.341 (59,5%) atuavam em capitais e 91.558 (38,5%) no interior, sendo a ausência de articulação política o motivo principal dessa desproporção (PORTAL DO MÉDICO, 1999).

A questão foi tratada em bloco, porque não é um problema de um só país da América Latina, mas de todos, explicou. O médico estrangeiro, **especialmente o cubano, pode até sair de seu país movido pela solidariedade aos que precisam de atendimento à saúde, mas terminam aviltando a categoria médica do outro país** [Grifo nosso].

(PORTAL DO MÉDICO, 1999)

A CONFEMEL intitula-se como Organização Internacional de interesse privado, representando todas as instituições médicas com representação nacional. A Confederação foi criada após reunião realizada em novembro de 1997, em Santa Cruz de La Sierra, na Bolívia, com a participação de colégios e associações médicas de oito países – incluindo o CFM (PORTAL DO MÉDICO, 1999).

Possui sede administrativa no Uruguai, contudo somente teve seu estatuto aprovado em novembro de 2016 e conta com 19 países-membros na América Latina e Caribe, enquanto a região possui 48 países e territórios independentes (CONFEDERACIÓN MÉDICA LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE, 2019; FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION, 2019).

Cisnes refletindo elefantes

Salvador Dalí, 1937

Na obra *Cisnes refletindo elefantes*, o pintor produz imagens ambíguas nas quais os cisnes se misturam aos troncos retorcidos e a imagem refletida no lago tornam-se elefantes. O “inconsciente à céu aberto”, uma das características marcantes da psicose e da paranoia apresentam-se no sintoma persecutório, na pretensão de um delírio megalomaniaco expresso na banalidade da repetição encontrada nos discursos das associações médicas.

Os padrões de recrutamento do PMMB geraram a mesma causa de controvérsias entre CFM, os CRM's e demais associações médicas. Principalmente quanto à forma de contratação estabelecida mediante o pagamento de bolsa-formação, com isenção de impostos e sem o estabelecimento de vínculo empregatício formal entre os participantes e a não comprovação da capacidade técnica pela isenção de realização da revalidação do diploma:

O Conselho Federal de Medicina (CFM) condena de forma veemente a decisão irresponsável do Ministério da Saúde que, ao promover a vinda de médicos cubanos sem a devida revalidação de seus diplomas e

sem comprovar domínio do idioma português, desrespeita a legislação, fere os direitos humanos e coloca em risco a saúde dos brasileiros, especialmente os moradores das áreas mais pobres e distantes.

Trata-se de uma medida que nada tem de improvisada, mas que foi planejada nos bastidores da cortina de fumaça do malfadado Programa “Mais Médicos”. O anúncio nesta quarta-feira (21) coloca em evidência a real intenção do Governo de abrir as portas do país para profissionais formados em Cuba, sem qualquer avaliação de competência e capacidade. Estratégia semelhante já ocorreu na Venezuela e na Bolívia, com consequências graves para estes países e suas populações.

(CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013)

O Projeto passou por vários julgamentos estaduais e federais e uma denúncia formal, foi entregue pelo Conselho Federal de Medicina em 2013, para que o Projeto fosse julgado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), alegando que o Brasil não estava cumprindo o Código Global de Práticas sobre o Recrutamento Internacional de Pessoal de Saúde da OMS (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013).

Em 13 de agosto de 2013, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e os vinte e sete Conselhos Regionais de Medicina (CRM) enviaram à Presidência da República e à Organização Mundial da Saúde (OMS) preocupações quanto ao PMMB.

Houve a tentativa de obter a íntegra do documento via Sistema de Acesso à Informação do CFM protocolizado sob o ofício nº 5.158/2018 - COJUR/CFM, protocolo nº4679/2018, ratificada pela correspondência nº5880/2018, o qual declarou não possuir cópia integral dos documentos originais enviados (CFM, 2018), ANEXO 05.

Solicitou-se também, via correio eletrônico à Organização Mundial da Saúde e à Organização Mundial do Trabalho (OIT), entretanto somente via E-SIC obteve-se a íntegra do documento (CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2018).

Intitulado **Manifesto de Belém**, a carta apresentava ressalvas quanto à estratégia de execução do PMMB, dentre elas:

A entrada irresponsável de médicos estrangeiros e de brasileiros com diplomas de medicina obtidos no exterior sem sua respectiva revalidação fere a norma legal, coloca a

qualidade da assistência à população em situação de risco e não garante a ampliação definitiva de acesso à assistência nas áreas de difícil provimento. Trata-se de proposta improvisada, imediatista e midiática, que ignora as questões estruturais do trabalho médico no Sistema Único de Saúde (SUS) e também o Revalida.

(CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2018, p. 3-4)

Entre as exigências solicitadas pelo Manifesto estão:

- ☐ A criação de Carreira Pública Federal para a categoria médica;
- ☐ A destinação de 10% das receitas da União para a Saúde.

Em 14 de novembro de 2018, no dia em que o Ministério da Saúde anunciou o fim da cooperação entre OPAS e o Governo Cubano. O CFM lançou nota sobre o tema destacando que o Brasil sempre possuiu médicos suficientes para atender a população brasileira e o que faltava era um projeto de provimento para médicos brasileiros para se fixarem em áreas remotas e de difícil acesso (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

Na época, o PMMB contava com 2000 vagas em aberto para preenchimento prioritário por médicos CRM-BRASIL por meio do Edital nº12 de 27 de novembro de 2017 (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2017a).

Restou ao Ministério da Saúde em novembro de 2018 repor 10.243 vagas, após o encerramento da Cooperação pelo Governo Cubano. Tentativa que até julho de 2019 não foi alcançada.

Figura 12. Frequência das 30 principais palavras encontradas em trechos de discurso das corporações médicas. (TAGCROWD, 2019)

A análise das manifestações das corporações médicas pelo TagCrowd, selecionou as 30 palavras mais frequentes somente nesse capítulo. Quanto maior a palavra, maior a frequência em que aparece.

Nesse caso, foram as palavras que menos apareceram que apresentam interessante relação: -assistência, brasileiro, brasileiros, revalidação e risco- palavras que apontam para preocupações com a saúde da população brasileira tornam-se simples repetições para construção de estratégias políticas excludentes e auto centradas na profissão médica; necessárias para que a repetição presente em médicos, médico, medicina, sustente a paranoia das associações médicas.

A refeição do cego

Pablo Picasso, 1903

Fonte: Metropolitan Museum of Art

4.3 ORÇAMENTO PARA O PROGRAMA MAIS MÉDICOS

A obra o jantar do cego se tornou em um alerta duplo em relação a cegueira induzida sobre os custos do Projeto e a miséria e fome, que assolam o país. O azul presente em um espaço de tempo da produção das obras de Pablo Picasso refletem um período depressivo de sua obra, vida e contexto social que permeava o pintor.

Ao longo da execução do Programa Mais Médicos os investimentos com o Programa foram alvo de críticas e acusações, principalmente quanto ao repasse para a OPAS e os custos administrativos, aos quais todos os Termos de Cooperação Técnica estão submetidos.

Esse capítulo objetivou dirimir essas acusações, esclarecer o quanto foi gasto no Programa e apresentar de maneira simples esses gastos em relação as Leis Orçamentárias Anuais de 2013 a 2019.

Os gráficos não apresentam os cálculos de correção de valores inflacionários de cada ano.

Os recursos alocados no Programa Mais Médicos para o Brasil visavam atender principalmente:

Para o Ministério da Saúde:

- Melhoria da infraestrutura- REQUALIFICA-UBS;
- Ampliação dos cursos de Graduação em Medicina;
- Pagamento de bolsa-formação dos médicos;
- Pagamento de ajuda de custo destinada a compensar as despesas de instalação do médico;
- Pagamento de passagem aérea para deslocamento do médico e até dois dependentes para o município em que foi validado;
- Aperfeiçoamento dos médicos participantes efetuado por meio de curso especialização por instituição pública de educação superior;
- Bolsa-formação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC);

- Bolsa-formação do Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade.

Para o Ministério da Educação

- Para 2013, parcela do orçamento da Ação “4086 - Funcionamento e Gestão de Instituições Hospitalares Federais” foi utilizada no exercício para dar início ao Termo de Execução Descentralizada firmado com a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz para às iniciativas de apoio logístico ao programa, a Fiocruz executou desde então até o exercício de 2019;
- Pagamento para o fomento às Ações de Graduação, Pós-graduação, Ensino, Pesquisa e Extensão;
- Pagamento de bolsas para tutores e supervisores do PMMB.

Para o Ministério da Defesa

- Pagamento com passagens, diárias, transporte aéreo e gastos administrativos.

Gráfico 5. Evolução de investimentos com o PMM.

O investimento total do Programa não chegou a quatro bilhões de Reais por ano, entre os anos de 2013 a 2019. O ano de 2017 foi o que apresentou os maiores

investimentos, R\$3.383.976.516,00 bilhões. O valor total do Programa até abril de 2019 foi de R\$16.662.550.961,30 bilhões (dezesseis bilhões, seiscentos e sessenta e dois milhões, quinhentos e cinquenta mil, novecentos e sessenta e um reais e trinta centavos) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018a, 2018g, 2018m; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2018b; PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2019).

Os dados foram obtidos por meio do Portal da Transparência e por solicitações E-SIC referenciadas em cada gráfico.

Gráfico 6. Evolução investimentos para o MEC

(MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2018b)

Gráfico 7. Valores investidos para o Ministério da Defesa.

(PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2019)

Desse montante, De 2013 a 2018, foram repassados para a OPAS, por meio do TC 80, R\$7.536.082.727,00 (sete bilhões quinhentos e trinta e seis milhões oitenta e dois mil setecentos e vinte sete reais) com valor 5% da taxa administrativa para a OPAS de 376.804.135,00 R\$.

Gráfico 8. Execução e Planejamento dos Termos de Cooperação e seus aditivos da OPAS

Até 2018, as informações relativas ao TC 80 e aos Termos de Ajuste (TA) entre o MS e a OPAS foram:

Tabela 7. Taxa Administrativa de 5% cobrada pela OPAS

TA	Repasso	Taxa Administrativa 5% OPAS
1º	R\$ 0,00	R\$ 0,00
2º	R\$ 11.539.264,00	R\$ 576.936,20
3º	R\$ 510.957.307,00	R\$ 25.547.865,40
4º	R\$ 973.946.600,00	R\$ 48.697.330,00
5º	R\$ 1.175.973.740,00	R\$ 58.798.687,00
6º	R\$ 1.443.407.325,00	R\$ 72.170.366,25
7º	R\$ 0,00	R\$ 0,00
8º	R\$ 1.624.281.035,00	R\$ 81.214.051,75
9º	R\$ 0,00	R\$ 0,00
10º	R\$ 1.795.977.456,00	R\$ 89.798.872,80
11º	R\$ 0,00	R\$ 0,00
12º	R\$ 1.550.385.507,30	R\$ 77.519.275,36
	R\$ 9.086.468.234,30	R\$ 454.323.384,76

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018m)

Os valores encontram-se de acordo com o Decreto nº 5.151, de 22 de julho de 2004, que dispõe sobre os procedimentos a serem observados pelos órgãos e pelas entidades da Administração Pública Federal direta e indireta, para fins de celebração de atos complementares de cooperação técnica recebida de organismos internacionais e da aprovação e gestão de projetos vinculados aos referidos instrumentos (BRASIL-PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2004).

Art. 1º Este Decreto estabelece os procedimentos a serem observados pelos órgãos e pelas entidades da Administração Pública Federal direta e indireta, para fins de celebração de atos complementares de cooperação técnica recebida, decorrentes de Acordos Básicos firmados entre o Governo brasileiro e organismos internacionais cooperantes, e da aprovação e gestão de projetos vinculados aos referidos instrumentos.

- **Parágrafo único. A taxa de administração a ser fixada junto aos organismos internacionais cooperantes fica limitada em até cinco por cento dos recursos aportados pelos projetos a serem implementados sob a modalidade de Execução Nacional [Grifo Nosso].**

Portanto a OPAS não podia cobrar taxa administrativa superior 5%. Dessa forma, dos R\$16.662.550.961,30 bilhões (dezesesseis bilhões, seiscentos e sessenta e dois milhões, quinhentos e cinquenta mil, novecentos e sessenta e um reais e trinta centavos) R\$831.127.519,76 (Oitocentos e trinta e um milhões, cento e vinte sete mil, quinhentos e dezenove reais e setenta e seis centavos) foram os valores da taxa administrativa recebidos pela OPAS durante 2013-2018.

A taxa administrativa ou *Program Area Support Cost* (PSC) é utilizado em todos os países nos quais a OPAS realiza termos de cooperação, é aprovado na Assembleia Regional Anual com os países membros. No ano de 2017, 70% dos custos para programas exclusivamente financiados pela OPAS foram utilizados por meio dos recursos obtidos pelo PSC ou seja, o valor de repasse geralmente é utilizado para implementação de programas prioritários em países mais vulneráveis (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2017, 2019a).

A tabela de investimentos discricionários por eixo do PMM facilita a compreensão de quanto foi gasto em cada ano pelo MS, MEC para cumprimento dos eixos da Lei 12.871

(BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013b), além dos gastos do Ministério da Defesa.

Tabela 8. Investimentos discricionários PMM.

Eixos	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Provimento	R\$534.000	R\$2.586.250.610,42	R\$2.496.700.132,23	R\$2.791.486.138,26	R\$3.162.352.930,00	R\$2.201.857.861,06
Educação/MS	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00	R0,00	R\$101.091.398,00	R\$64.998.887,70
Educação/MEC	R\$12.312.630,00	R\$65.000.000,00	R\$118.897.517,00	R\$113.947.290,00	R\$120.532.188,00	R\$56.841.199,00
Infraestrutura	R\$233.143.188,02	R\$23.242.631,03	R\$7.828.921,87	R\$617.212,02	R\$0,00	R\$0,00
Ministério da Defesa	R\$0,00	R\$0,00	R\$5.543.741,25	R\$7.683.945,62	R\$4.243.488,95	R\$2.530.233,80
TOTAL em R\$ (BRL)	R\$779.455.818	R\$2.674.493.241	R\$2.628.970.312	R\$2.958.011.962	R\$3.388.220.005	R\$2.326.228.182

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018a, 2018b, 2018g, 2018m; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2018b; PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2019; CONGRESSO NACIONAL, 2013; CONGRESSO NACIONAL, 2014)

O valor do Total de Gastos Públicos refere-se às Receitas da União aprovadas em cada ano pela LOA:

Tabela 9. Receitas da União LOA (2013-2019)

Ano	Receita (em trilhões)
2013	R\$2.276.516.541.532,00
2014	R\$2.488.853.320.708,00
2015	R\$2.982.546.565.652,00
2016	R\$3.050.613.438.544,00
2017	R\$3.505.458.268.409,00
2018	R\$3.575.230.380.469,00
2019	R\$3.381.772.182.658,00

(CONGRESSO NACIONAL, 2013-2019)

O calculo do repasse da LOA, vai além da Receita anual disponível. Para fins de comparação simples, utilizou-se a média simples de gastos públicos totais do PMM, que não ultrapassou 0,1% de 2013 a 2019:

Gráfico 9. Programa Mais Médicos: equivalente ao total de gastos públicos (2013-2019).

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018a, 2018b, 2018g; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2018b; PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2019; CONGRESSO NACIONAL, 2013-2014)

Das despesas da União dos anos referenciados, 0,10% foi capaz de beneficiar 63 milhões de brasileiros por meio da garantia do acesso ao SUS, houve redução das Internações Sensíveis à Atenção Básica além de benefícios indiretos que vem sendo apresentados, por meio de outros estudos.

A fotografia pode ser um forte instrumento de conscientização, de provocação, e uma poderosa arma de conhecimento e de desvelar o que está oculto.

Araquém Alcântara, 2016

4.4 O PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

O terceiro eixo do Programa Mais Médicos estava baseado no Provimento Emergencial, pelo preenchimento de vagas por participantes aptos para o exercício da medicina no Brasil e por meio da cooperação internacional, nomeado Projeto Mais Médicos para o Brasil.

O PMMB contava com um total de 18.240 vagas para preenchimento em 4.058 municípios de todo o país. Com a expansão do projeto em 2015 objetivou-se garantir a assistência para aproximadamente 63 milhões de pessoas. Conforme assinala a Lei 12.871 em seu artigo 13:

Art. 13. É instituído, no âmbito do Programa Mais Médicos, o Projeto Mais Médicos para o Brasil, que será oferecido:

I - aos médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País; e

II - aos médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras, por meio de intercâmbio médico internacional.

§ 1º A seleção e a ocupação das vagas ofertadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil observarão a seguinte ordem de prioridade:

I - médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, inclusive os aposentados;

II - médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da Medicina no exterior; e

III - médicos estrangeiros com habilitação para exercício da Medicina no exterior. [Grifo nosso]

(BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013b)

Essa política de governo visou inicialmente alocar médicos já habilitados para exercício no Brasil, contudo variáveis como baixa procura para a prática da medicina em áreas rurais e remotas por profissionais nacionais, apresentaram novos desafios para

execução inicial do Programa (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013a; DUSSAULT e FRANCESCHINI, 2007; TAYLOR JR. e ESMAIL, 1999).

Foi necessário novamente estabelecer uma política de migração governo-induzida (Projeto Mais Médicos para o Brasil), que objetivasse predominantemente a substituição do trabalho, que os médicos nacionais tendem a evitar (TAYLOR JR. e ESMAIL, 1999); as ofertas de emprego para médicos estrangeiros para o PMMB foram assim estabelecidas por meio de contextos organizacionais orientados para zona rural e/ou zonas de difícil acesso.

Durante a Assembleia da Organização Mundial de Saúde em maio de 2013, o Brasil procurou parceiros internacionais, realizou reuniões com representantes de Portugal, da Espanha e da Argentina, contudo nenhum desses países tiveram condições de atender a demanda do Mais Médicos (SENADO FEDERAL, 2015).

A experiência cubana de exportação de profissionais médicos para diferentes regiões do mundo é o principal objeto do convênio intermediado pela OPAS/OMS com o Governo Cubano fosse estabelecido. Cuba apresenta proporção de 6,7 médicos por mil habitantes e 30% do PIB do país são gerados pela prestação de serviços médicos de seus nacionais no exterior (OSA, 2011).

Figura 13. Brigadas Médicas Cubanas (1960-2017)

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018a, p. 23)

No Brasil, o TC 80 foi o principal instrumento normativo para o regramento da contratação de médicos cubanos. Os pagamentos de bolsa-formação e custos relacionados ao Ministério da Saúde também foram efetuados por meio do TC 80 (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2013).

Em Cuba o instrumento normativo que respaldava a Cooperação é o *Convenio de Cooperación Técnica entre el Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud para la ampliación del acceso de la población brasileña a la atención básica de la salud* (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2018a; MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES, 2018; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018j; BRASIL-PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2004).

Para os Intercambistas Cooperados, a forma de contratação para prestação de serviços ocorria por intermédio da OPAS, que contrata o governo cubano para o recrutamento de profissionais. Esse recrutamento era realizado pela empresa privada “*La Sociedad Mercantil Cubana Comercializadora de Servicios Médicos Cubanos, S.A*”. (CSMC, S.A), que possui contrato de prestação de serviços com o Governo Cubano (COMERCIALIZADORA DE SERVIÇOS MÉDICOS CUBANOS S.A, 2013; CUBA-MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2011).

O contrato individual de cada Intercambista Cooperado era legalmente respaldado em Cuba pela “*Resolución nº 168 de 2010-Reglamento disciplinario para los trabajadores civiles cubanos que prestan servicios en el exterior como colaboradores*” . Eram esses, portanto, funcionários públicos civis contratados por meio de empresa privada, aos quais deviam responder no Brasil ao Ministério da Saúde e a OPAS e em Cuba ao Ministério da Justiça por meio da Lei de Imigração de 1976, alterada em 2013 (CUBA- MINISTERIO DE COMERCIO EXTERIOR E INVERSIÓN EXTRANJERA, 2010; CUBA-MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2013; CUBA- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1976).

Artículo 23

Los ciudadanos cubanos residentes en el territorio nacional no pueden obtener pasaporte corriente mientras se encuentren comprendidos en alguno de los supuestos siguientes:

e) Tener obligaciones con el Estado cubano o responsabilidad civil, siempre que hayan sido dispuestas expresamente por las autoridades correspondientes;

f) Carecer de la autorización establecida, en virtud de las normas dirigidas a preservar la fuerza de trabajo calificada para el desarrollo económico, social y científico-técnico del país, así como para la seguridad y protección de la información oficial.

(CUBA- MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2013)

Todos os médicos estrangeiros participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil recebiam um Visto Temporário de Aperfeiçoamento Médico (VICAM) do MRE, que era concedido por um período de 36 meses, com prorrogação por igual período (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013b; BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2016a).

De acordo com a Lei de Imigração 13.445, a condição de imigrante para os Intercambistas Cooperados é idêntica ao do grupo de Intercambistas Individuais estrangeiros, ou seja, a de pessoal estrangeiro técnico especializado contratado no Brasil e com visto de trabalho temporário (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2017a; BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2004).

Portanto a forma de contratação individual e o regramento migratório cubano não possuíam validade em território nacional assim como, a leis brasileiras não possuíam validade em Cuba.

⁶Artigo 23: Os cidadãos cubanos residentes no território nacional não podem obter passaporte enquanto estiverem incluídos em um dos seguintes casos:

e) Ter obrigações com o Estado cubano ou responsabilidade civil, desde que tenham sido expressamente prestadas pelas autoridades correspondentes;

f) Falta de autorização estabelecida, em virtude das normas destinadas a preservar a mão-de-obra qualificada para o desenvolvimento econômico, social e científico-técnico do país, bem como para a segurança e proteção da informação oficial.

Araquém Alcântara, 2016

4.4.1 Quantitativo de médicos no PMMB

Em treze de março de 2018, via solicitação E-SIC, o MS informou que o quantitativo de médicos no programa totalizava 11.217 (onze mil, duzentos e dezessete) participantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018l).

Dos 34 Distritos Especiais Sanitários Indígenas inscritos, apenas 28 contavam com médicos participantes do PMMB. Um dos perfis de vulnerabilidade mais difíceis de terem suas vagas completas devido a fatores como acesso geográfico, contexto cultural e dificuldade de fixação de profissionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018l).

Ao longo do tempo, o Programa apresentou variáveis no número de participantes, manter o quantitativo exato de 18.240 médicos exercendo suas atividades não era um desafio, mas uma tarefa hercúlea.

A desistência por parte de médicos e gestores municipais, por razões diversas, era uma constante na execução do PMMB. Não por isso, houve negligência quanto à reposição de médicos e diálogos constantes com os gestores para garantir que o mínimo de tempo de desassistência afetasse a população.

Tabela 10. Quantitativo de Médicos PMMB em 13-Mar-2018.

UF	Registro CRM-BRASIL	Intercambistas Individuais	Intercambistas Cooperados
AC	30	23	63
AL	26	26	27
AM	74	103	152
AP	26	5	15
BA	375	240	348
CE	507	109	166
DF	83	18	19
ES	173	60	134
GO	220	132	92
MA	143	82	177
MG	320	246	257
MS	38	40	36

MT	27	67	38
PA	119	134	268
PB	96	66	31
PE	255	121	212
PI	45	32	52
PR	216	265	261
RJ	237	168	154
RN	78	35	26
RO	95	27	54
RR	26	49	41
RS	198	388	326
SC	88	137	97
SE	41	27	39
SP	354	672	924
TO	14	28	17
Total	3904	3300	4026

Total Geral **11.230**

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018I)

Tabela 11. Quantitativo de participantes distribuídos por DSEI em 13-Mar-2018.

Distrito Sanitário Especial Indígena	UF	CRM-BRASIL	Int. Individual	Int. Cooperado
Alto Juruá	AC	1	2	7
Alto Rio Purus	AC	0	2	8
Alto Rio Negro	AM	0	1	16
Alto Solimões	AM	1	4	12
Manaus	AM	1	2	10
Médio Solimões	AM	0	0	10
Parintins	AM	0	1	11
Bahia	BA	0	1	3
Ceará	CE	2	0	3
Maranhão	MA	0	1	21
Minas Gerais/Espirito Santo	MG	0	1	19
Mato Grosso do Sul	MS	0	0	10

Araguaia	MT	0	0	5
Cuiabá	MT	0	0	10
Kaipó	MT	0	0	4
Xavante	MT	0	0	9
Xingú	MT	0	0	6
Guama Tocantins	PA	0	1	6
Kaiapó do Pará	PA	0	2	4
Tapajós	PA	0	0	11
Pernambuco	PE	0	1	13
Litoral Sul	PR	0	1	6
Porto Velho	RO	1	2	10
Leste	RR	1	5	12
Yanomami	RR	0	0	16
Interior Sul	SC	1	2	9
Tocantins	TO	0	0	9
Vilhena	TO	1	1	2
Total		9	30	262
Total Geral	301			

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018l)

Vale ressaltar que a abertura de somente dois editais no ano de 2017: Edital SGTES/MS nº 03, de 19 de abril de 2017 (13º ciclo) e o Edital SGTES/MS nº 12, de 27 de novembro de 2017 (14º ciclo), permite um espaço de tempo entre um edital e outro suficiente para acarretar na diminuição da capacidade de gestão da reposição de novos participantes (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2017b, 2017d).

Contudo o quantitativo de 11.230 participantes em março de 2018 não demonstra a desistência voluntária de médicos que iniciam a residência ou por motivos outros. Mas sim os sinais da asfixia lenta, gradual e intencional do PMMB.

Situação diferente pode ser percebida em data próxima no ano de 2015 no qual o PMMB contava:

Figura 14. Total da distribuição de médicos por categoria e região em 2015.

Região	CRM BRASIL	INTER-CAMBISTA COOPERADO*	INTER-CAMBISTA INDIVIDUAL	Total Médicos
Centro-Oeste	489	705	115	1.309
Nordeste	2.472	3.745	291	6.508
Norte	442	1.561	230	2.233
Sudeste	1.282	3.592	432	5.306
Sul	589	1.826	469	2.884
Total Geral	5.274	11.429	1.537	18.240

(SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2015d, p. 69)

Quanto ao recorte de gênero dos participantes do PMMB, não se deu a devida publicidade de que o Programa sempre foi composto em sua maioria por indivíduos do gênero feminino, com exceção dos intercambistas individuais brasileiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018l).

Vale destacar que na solicitação E-SIC, o Ministério da Saúde enviou duas tabelas a primeira com as quais os dados foram tratados até esse momento da escrita do capítulo e a segunda especificamente com o recorte de gênero e idade dos participantes.

Conforme enviado o autor fez uso de diferentes tabelas para análise.

Da segunda tabela, constam 17.623 participantes dos quais:

- ☐ Indivíduos gênero feminino: 58,10%
- ☐ Indivíduos gênero masculino: 41,80%
- ☐ Ignorados: 0,10 %*

A média de idade dos indivíduos do gênero feminino foi de 34 anos, dos indivíduos do gênero masculino de 36 anos e dxs Ignoradx foi de 37 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018l).

Um ponto a ser considerado é a divergência do número de participantes na mesma solicitação E-SIC. A primeira tabela constava de 11.217 (onze mil, duzentos e dezessete) participantes enquanto a segunda tabela apresentou 17.623 (dezessete mil seiscentos e vinte três) participantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018l).

Gráfico 10. Gênero do participantes do PMMB

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018o)

* Conforme a Nota Técnica nº 96/2018-CGPS/DEPREPS/SGTES/MS E-SIC 2562673, O Ministério da Saúde categorizou os participantes que não declararam seu gênero como “Ignorados”, o pesquisador manteve a nomenclatura para fins de fidedignidade a nota técnica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

4.4.2 Benefícios recebidos por cada participante

a) Bolsa-formação

O valor da bolsa-formação mensal por médico participante variou de acordo com a inflação de cada ano a partir de 2017, com exceção do ano de 2018 no qual houve um aumento superior.

A variação do valor da bolsa-formação referente à Cooperação Triangular Brasil-OPAS-CUBA, ocorria quando do repasse da OPAS para o Governo Cubano e esse, por meio da Embaixada da República de Cuba no Brasil realizava diretamente o pagamento proporcional na conta individual do Banco do Brasil para os intercambistas cooperados.

Gráfico 11. Valores da Bolsa-formação repassados durante os anos 2013-2018.

(BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2013b, 2014a, 2015d, 2016c, 2018).

Tabela 12. Variação da bolsa-formação de acordo com a média do Dólar ONU.

Ano	Valor Bolsa- Formação	Repasse Cooperados	Média Dólar ONU- USD	Repasse USD Cooperados
2013	R\$10.457,49	R\$3.137,25	\$2,15	\$1.459,20
2014	R\$10.482,92	R\$3.144,90	\$2,35	\$1.338,25

2015	R\$10.513,01	R\$3.153,90	\$3,40	\$927,62
2016	R\$10.570,88	R\$3.171,26	\$3,41	\$930,00
2017	R\$10.570,88	R\$3.171,26	\$3,20	\$991,00
2018	R\$11.865,60	R\$3.559,70	\$3,73	\$954,34

(ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2019)

O valor da variação da média do dólar americano da ONU pode auxiliar no entendimento das negociações dos Termos de Ajuste do TC 80, visto que ao longo de 2013 a 2018 o Real foi perdendo valor em relação ao Dólar.

b) Ajuda de custo

Os participantes do grupo de Médicos com Registro no Brasil e Intercambistas Individuais recebiam uma ajuda de custo para deslocamento de 10.000 a 30.000 reais, a depender do município escolhido.

CAPITULO VI

§ 3º Além do disposto no § 1º, o Ministério da Saúde:

I - concederá ajuda de custo destinada a compensar as despesas de instalação do médico participante, que não poderá exceder a importância correspondente ao valor de três bolsas-formação;

II - poderá custear despesas com deslocamento dos médicos e seus dependentes legais, na forma de ato conjunto dos Ministérios do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Saúde;

§ 4º O valor da ajuda de custo de que trata o § 3º observará a localização dos Municípios participantes do Projeto, divididos nas seguintes faixas:

I - Faixa 1 - Municípios situados na região da Amazônia Legal, em região de fronteira e áreas indígenas: concessão de ajuda de custo no valor de 3 (três) bolsas ao médico participante;

II - Faixa 2 - Municípios situados na Região Nordeste, na Região Centro-Oeste e na região do Vale do

Jequitinhonha-MG:concessão de ajuda de custo no valor de 2 (duas) bolsas ao médico participante;

III - Faixa 3 - Capitais, regiões metropolitanas, Distrito Federal e Municípios não contemplados nos incisos I e II deste parágrafo: concessão de ajuda de custo no valor de 1 (uma) bolsa ao médico participante.

(BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2013c)

A partir de 27 de abril de 2016, por recomendação da auditoria da CGU, o valor da ajuda de custo passou a ser o valor de uma bolsa-formação, independente do perfil dos municípios supracitados (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016a).

A Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.708, de 23 de setembro de 2016, alterou o valor da ajuda de custo em detrimento de valores mais altos para municípios com menor vulnerabilidade e valores menores para municípios com perfil de maior vulnerabilidade. Os valores passaram a ser de duas bolsas formação, para o primeiro caso e uma bolsa-formação para o segundo, criando obstáculos para a escolha de municípios mais vulneráveis. (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2016c).

Para os Intercambistas cooperados o valor da ajuda de custo era negociado entre a OPAS e o Governo Cubano, com uma possível ajuda de custo de 8000,00R\$. Como a OPAS goza de imunidade de jurisdição possíveis reajustes do valor da ajuda de custo não foram de acesso para o pesquisador (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 1947).

c) Auxílio-moradia e alimentação

Como parte do cumprimento da Lei 12.871 os médicos participantes tinham direito a receber auxílio moradia e alimentação, ou serem completamente subsidiados pelo município para os dois auxílios, os valores disponíveis para todos os participantes do PMMB e participantes do PROVAB, que realizaram a migração para o Mais Médicos, foram:

Tabela 13. Valores dos auxílios moradia e alimentação.

Ano	Auxílio-moradia	Auxílio-alimentação
2013	R\$ 500,00 min. / R\$ 2500,00 máx.	R\$ 371,00 min. / R\$ 500,00 máx.
2014	R\$ 500,00 min. / R\$ 2500,00 máx.	R\$ 500,00 min. / R\$ 700,00 máx.
2015	R\$ 500,00 min. / R\$ 2500,00 máx.	R\$ 500,00 min. / R\$ 700,00 máx.
2017	R\$ 550,00 min. / R\$ 2750,00 máx.	R\$ 550,00 min. / R\$ 770,00 máx.

(BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013c, 2014c, 2015b, 2017)

A Portaria SGTES/MS nº 60, de 10 de abril de 2015, garantiu aos participantes do PROVAB, que migraram para o PMMB, a isonomia do direito ao recebimento dos auxílios (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b).

Todas as categorias de participantes do PMMB recebiam o valor negociado entre municípios e participantes, de acordo com os valores constantes na Tabela 13.

d) Pagamento de passagens aéreas para gozo de recesso

Para todos os participantes do PMMB era garantido duas passagens aéreas de ida e retorno ao município ou país de inscrição anualmente, mesmo que junto ao gestor municipal o recesso havia sido negociado em partes (BRASIL- MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO E MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, 2014)

e) Garantia do Visto Temporário de Atendimento Médico (VICAM)

Aos intercambistas de nacionalidade estrangeira era garantido visto específico denominado Visto Temporário de Atendimento Médico (VICAM) pelo prazo de três anos. O prazo do visto temporário poderia ser prorrogado por mais três anos, caso houvesse extensão da permanência do profissional no Projeto:

Art. 18. O médico intercambista estrangeiro inscrito no Projeto Mais Médicos para o Brasil fará jus ao visto temporário de aperfeiçoamento médico pelo prazo de 3 (três) anos, prorrogável

por igual período em razão do disposto no § 1º do art. 14, mediante declaração da coordenação do Projeto.

(BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013b)

f) Isenção no Imposto de Renda para os ativos recebidos pelo PMMB

Todos os participantes gozavam de isenção do Imposto de Renda para Pessoa Física, sobre os valores recebidos no âmbito do PMMB (BRASIL- MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2013).

g) Direito de defesa e tripla avaliação em casos de queixa conduta

Para os casos nos quais os participantes do PMMB tivessem que ser avaliados por algum tipo de conduta inadequada era garantido ao participante avaliação do caso pelas Comissões Coordenadoras Estaduais, visita do médico supervisor e/ ou tutor do MEC e pelo Ministério da Saúde por meio da avaliação por consultor médico externo e independente para deliberação do caso (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2013f, 2013g, 2014c, 2015e)

4.4.3 Das obrigações dos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil

a) Matrícula em curso de especialização em Medicina de Família e Comunidade

Todos os participantes são inscritos em um curso de especialização em Medicina de Família e Comunidade, na modalidade ensino-serviço, que exige que o participante realize 32 horas de serviços assistenciais e oito horas de atividades educacionais semanalmente, ao final dos 36 meses, os participantes deverão apresentar um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) para avaliação final (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013b).

A normativa que estabelece as ações educacionais é Portaria Conjunta nº 1/SGTES-MS/SESU-MEC, de 21 de janeiro de 2014, que dispõe sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação de Médicos Intercambistas nas ações educacionais e de aperfeiçoamento do

Projeto Mais Médicos para o Brasil (BRASIL- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE, 2014).

O Curso de Especialização, com foco na Atenção Básica, é ofertado por Instituições de Ensino Superior, vinculadas à Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), na modalidade de Educação à Distância (EaD) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018d):

As Instituições de Ensino responsáveis pela especialização eram:

1. Universidade de Brasília (UNB);
2. Universidade Estadual do Amazonas (UEA);
3. Universidade Federal da Bahia (UFBA);
4. Universidade Federal de Alagoas (UFAL);
5. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG);
6. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);
7. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC);
8. Universidade Federal do Amazonas (UFAM);
9. Universidade Federal do Ceará (UFC);
10. Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP);
11. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS);
12. Universidade Federal do Pará (UFPA);
13. Universidade Federal do Paraná (UFPR);
14. Universidade Federal do Piauí (UFPI);
15. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN);

A UNIFESP foi a instituição responsável pela elaboração específica do material pedagógico dos DSEI's, visto que já possuía estudos e ferramentas para garantir aos participantes a possibilidade de participação nos módulos e elaboração de TCC, mesmo em locais com acesso intermitente de internet (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2019b).

Os módulos do Primeiro Ciclo Formativo consistiam:

Tabela 14. Os módulos do Primeiro Ciclo Formativo

<p>Módulo Introdutório</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento do Educando; • Ambientação.
<p>Temas gerais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conceito de família; • Desenvolvimento de tecnologias; • Projetos sociais; • Protocolos clínicos e de atenção.
<p>Saúde Coletiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Políticas de saúde; • Ciências sociais aplicadas à saúde; • Organização do processo de trabalho; • Modelo assistencial; • Gestão de sistemas locais e unidades básicas de saúde; • Promoção de saúde; • Princípios da atenção primária; • Planejamento e avaliação.
<ul style="list-style-type: none"> • Tecnologias para Abordagem do Indivíduo, da Família e da Comunidade-Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde.
<p>Avaliação da qualidade dos serviços e práticas na ESF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Epidemiologia; • Registros (Sistema de informação); • Gestão e avaliação em serviço.
<p>Método clínico em atenção primária</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestão da clínica; • Temas clínicos aplicados; • Tema de interesse predominante de uma profissão;

- Tema por sistema ou patologia.

Práticas educativas

- Tecnologias de abordagem do indivíduo;
- Família e comunidade;
- Abordagem familiar e comunitária;
- Acolhimento;
- Abordagem comunitária;
- Visita domiciliar;
- Grupos operativos;
- Tecnologias da informação;
- Educação e Comunicação em Saúde da Família;
- Tecnologias para Abordagem e Práticas Pedagógicas.

- Metodologia e Apoio ao trabalho de conclusão de curso

- Saúde da mulher

- Saúde da criança

- Saúde do adolescente

- Saúde do trabalhador

- Saúde do idoso

- Saúde do adulto

- Saúde do homem

- Saúde mental

- Atenção à saúde materna;

- Saúde da Mamãe e Bebê.

- Gestão da Assistência Farmacêutica

- Saúde Bucal

<ul style="list-style-type: none"> • Ética e Bioética
<ul style="list-style-type: none"> • Urgência e emergência; • Acolhimento e atenção integral às urgências.
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado às Feridas e Pequenas Cirurgias
<ul style="list-style-type: none"> • Seminários Integradores
<ul style="list-style-type: none"> • O Estado e as Políticas Públicas de Saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilância em Saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Promoção da Saúde e Intersetorialidade na Abordagem Familiar
<ul style="list-style-type: none"> • Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Modelos Assistenciais
<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Interações na APS
<ul style="list-style-type: none"> • Módulo de Núcleo profissional com ênfase em atividades de equipe
<ul style="list-style-type: none"> • Saúde e Sociedade
<ul style="list-style-type: none"> • Modelo Assistencial e Atenção Primária à Saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Saúde Ambiental; • Acidentes Naturais; • Artificiais; • Riscos para a Saúde da Família.
<ul style="list-style-type: none"> • Atenção Básica de Saúde no Contexto da Saúde Bucal

(SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2019b)

O Ministério da Saúde não informou quais módulos eram obrigatórios, nem os módulos optativos para conclusão do curso. Quando questionado sobre as novas ofertas educacionais que seriam oferecidas para os participantes que renovaram seus contratos, o Ministério da Saúde respondeu:

Em relação ao questionamento sobre a grade curricular dos três primeiros anos do Programa Mais Médicos (2013-2016), não existe grade curricular padrão nos cursos de especialização e não houve mudança na estrutura dos cursos oferecidos no período de 2013-2016 e 2016-atual. Houveram e continuará a ocorrer atualizações constantes dos conteúdos e aprimoramento das estratégias educacionais utilizadas nas ofertas dos cursos. Os cursos são amparados pelo PNAB e demais normativas do Ministério da saúde, como manuais, portarias, protocolos, Cadernos de Atenção Básica, dentre outros.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018d, p. 2)

Anteriormente a aprovação da MP 723 e conversão na Lei 13.333 em 2016, o MS já havia publicado a Resolução nº. 3, de 6 de novembro de 2015, que dispunha sobre o Eixo Aperfeiçoamento e Extensão do Segundo Ciclo Formativo do PMMB, já que a possibilidade de renovação de contrato sempre constou nos moldes da Lei 12.871 (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015d; BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2016a).

A manifestação E-SIC (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018d) do MS discorda da própria cronologia e preceito básico do PMMB: sem curso de especialização não existiria programa. Logo renovados os contratos, os participantes compulsoriamente deveriam estar matriculados em um novo curso de especialização.

Somente após interposição de recurso em 1ª instância, recurso esse quase que explicativo sobre o regramento básico do PMMB, houve resposta com referência ao planejamento estratégico do Segundo Eixo Formativo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018e).

Aos participantes que já cumpriram os três primeiros anos de contrato e renovaram seus contratos no PMMB, foram ofertadas cento e nove temáticas por somente duas Instituições de Ensino a UFRN e a UFMA; enquanto que o primeiro Eixo Formativo possuía 15 instituições de ensino, as quais procuravam adequarem-se as realidades loco-regionais e excercerem a mútua troca de experiências.

Tabela 15. Módulos do segundo ciclo formativo PMMB.

Módulo	Horas
Curso de Teleconsultores e Telerreguladores em Saúde Mental	100
Abordagem domiciliar de situações clínicas comuns em adultos	60
Abordagem da Violência na Atenção Domiciliar	45
Curso Introdutório para Agente Comunitário de Saúde (ACS)	40
Curso Introdutório para Agente Comunitário de Saúde (ACS) - com Audiodescrição	40
Curso Introdutório para Agente Comunitário de Saúde (ACS) - com Legendagem	40
Curso Introdutório para Agente de Combate às Endemias (ACE)	40
Curso Introdutório para Agente de Combate às Endemias (ACE) - com Audiodescrição	40
Curso Introdutório para Agente de Combate às Endemias (ACE) - com Legendagem	40
Atenção à Saúde da pessoa privada de liberdade	30
Autocuidado: como apoiar a pessoa com Diabetes - Nível Médio	30
Boas práticas em vacinação	30
Clínica Ampliada e Apoio Matricial	30
Clínica Ampliada e Apoio Matricial - com Audiodescrição	30
Clínica Ampliada e Apoio Matricial - com Legendagem	30
Conceitos Básicos do Exame de Radiografia de Tórax	30
Autocuidado: Como apoiar a pessoa com Diabetes - Nível Superior	20
Atenção Primária à Saúde: princípios e diretrizes	16
A importância do Brincar e da Participação Familiar para o Desenvolvimento Infantil	15
A importância do Brincar e da Participação Familiar para o Desenvolvimento Infantil - com Audiodescrição	15
A importância do Brincar e da Participação Familiar para o Desenvolvimento Infantil - com Legendagem	15
Como utilizar o AVASUS	15
Aprendendo a usar o Sistema Eletrônico de Informações – SEI	10
Acolhimento ao usuário com dor no aparelho locomotor	6
A importância da Alimentação na Doença de Parkinson	4
A importância da Nutrição no Combate ao Tabagismo	4
A Importância do Nutricionista nas Políticas Públicas de Saúde	4
A nutrição como auxílio no tratamento da Hanseníase	4
A nutrição no tratamento das Úlceras por pressão	4
Alimentação e Nutrição para Pessoas com HIV e AIDS	4
Alimentação e Qualidade de Vida	4
Alimentação Infantil o início de um novo hábito	4
Alimentação na Prevenção e Tratamento da Síndrome Metabólica	4
Alimentos e Menopausa	4
Alimentos Funcionais	4

Alimentos Termogênicos	4
Alzheimer e Nutrição	4
Aprendendo a ter bons hábitos alimentares na infância	4
Benefícios da oferta de ômega 3 na alimentação	4
Consumo de alimentos orgânicos	4
Cuidado Nutricional no Idoso	4
Cuidados Nutricionais na Doença Celíaca - Observações sobre a restrição ao glúten	4
Cuidados Nutricionais nas Doenças Renais	4
Dieta comodismo x Reeducação Alimentar	4
Dietas Enterais	4
Docência e elaboração de materiais didáticos em cursos mediados por tecnologia	30
Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde	48
Educação Alimentar e Nutricional	4
Educação Interprofissional em Saúde	30
Educação mediada por Tecnologias na prática	30
Educación Interprofesional en Salud	30
Estimulação Precoce	120
Estimulação precoce - com Audiodescrição	120
Estimulação precoce - com Legendagem	120
Facilitação: promovendo interação em ambientes virtuais de aprendizagem colaborativa	30
Feridas e Curativos na Atenção Primária à Saúde	30
Gestão de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (cirúrgicos e não cirúrgicos) – OPME	32
Gestão de Práticas Integrativas e Complementares	80
Guia de Saúde Mental	4
Higiene dos Alimentos e Contaminação Microbiológica	4
Influenza: Atualização do Manejo Clínico	6
Intolerância à Lactose	4
Introdução ao acolhimento	16
Introdução à Segurança e Saúde do Trabalho	30
Introdução às Práticas Integrativas e Complementares: Antroposofia Aplicada à Saúde	80
Introdução às Práticas Integrativas e Complementares: Medicina Tradicional Chinesa	80
Introdução às Práticas Integrativas e Complementares: Práticas Corporais e Mentais da Medicina Tradicional Chinesa	60
Manejo Clínico da Chikungunya	30
Mediação tecnológica em atividades educacionais	30
Modalidades de Ofertas Educacionais com Tecnologias	30
Noções básicas de radiografia do sistema musculoesquelético	30
Nutrição e Câncer no Paciente Pediátrico	4

Nutrição na Adolescência	4
Nutrição na Criança Autista	4
Nutrição no Esporte	4
Nutrição no Hiper e Hipotireoidismo	4
Nutrição no Tratamento da Hipertensão Arterial	4
Nutrição no tratamento da Obesidade	4
Nutrição no Tratamento das Dislipidemias e Doenças Cardiovasculares	4
Nutrição no Tratamento de Doenças Ósseas	4
Nutrição no tratamento do Diabetes Mellitus	4
Os chás e suas propriedades nutricionais	4
O Sistema Único de Saúde e sua legislação	16
Os Micronutrientes e as Doenças Carenciais	4
O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas equipes de Atenção Básica do SUS	16
Oxigenoterapia e ventilação mecânica em atenção domiciliar	45
Pai Presente: Cuidado e Compromisso	12
Política Nacional de Saúde Integral LGBT	45
Pré e Probióticos na Alimentação	4
Produtos industrializados: Por que ler o rótulo dos alimentos?	4
Promoção do Envolvimento dos Homens na Paternidade e no Cuidado	60
Qualificação em Triagem Ocular	10
Qualificação em Triagem Ocular - com Audiodescrição	10
Qualificação em Triagem Ocular - com Legendagem	10
Reconhecimento do Território	16
Saúde das Populações do Campo, da Floresta e Águas	45
Saúde Indígena: Interculturalidade em Rede	50
Segurança do Paciente no Processo de Medicação	30
Suporte Básico de Vida	30
Suporte Básico de Vida - com Audiodescrição	30
Suporte Básico de Vida - com Legendagem	30
Trabalho com Grupos na Atenção Básica	16
Uma Visita Virtual à I Conferência Internacional de Inovação Tecnológica em Saúde	60
Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos para Agentes Comunitários de Saúde	60
Uso do Sistema de Monitoramento e Avaliação da Integração Ensino-Saúde	10
Utilização racional e otimizada da ultrassonografia diagnóstica	30
Utilização racional e otimizada da ultrassonografia diagnóstica - com Audiodescrição	30
Utilização racional e otimizada da ultrassonografia diagnóstica - com Legendagem	30
Vacinação contra o Papilomavírus Humano (HPV)	32
Zika: Abordagem Clínica na Atenção Básica	45

As temáticas não se encontram fora do contexto da PNEPS, PNAB e nem do PMMB, contudo a forma como foi tratada, um mecanismo “para dizer que” o curso de especialização continuava garantindo a melhoria da formação dos participantes é o ponto preocupante.

b) Registro de informações

Aos participantes do PMMB compete o registro das informações de saúde e das atividades desenvolvidas. O E-SUS Mais Médicos foi a ferramenta utilizada para alimentação do sistema permitindo assim, que os dados epidemiológicos, quantidade de atendimentos e procedimentos por cada participante pudessem chegar ao MS para elaboração de análises e consequentemente melhorias na estratégia do Programa (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2014b).

4.4.4 Da Tutoria e Supervisão do PMMB

No início do PMMB, obter tutores e supervisores para o Programa foi um dos principais desafios. A forte pressão exercida pelo CFM para saber quem e qual número de CRM dos participantes dispostos a realizar a tutoria e supervisão foi o principal impeditivo. Temendo represálias por parte do CFM o MEC publicou edital em que constava como regramento a inscrição de tutores e supervisores a qualquer momento e a criação de um banco de currículos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014).

Ao MEC coube responder inúmeras solicitações E-SIC em que dados pessoais eram solicitados pelo CFM, em contradição com a LAI:

Art. 6º Cabe aos órgãos e entidades do poder público, observadas as normas e procedimentos específicos aplicáveis, assegurar a:

I - gestão transparente da informação, propiciando amplo acesso a ela e sua divulgação;

II - proteção da informação, garantindo-se sua disponibilidade, autenticidade e integridade;

III - proteção da informação sigilosa e da informação pessoal, observada a sua disponibilidade, autenticidade, integridade e eventual restrição de acesso.

(BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2011b)

De responsabilidade do MEC, a tutoria e supervisão possuía como função garantir a execução dos parâmetros anuais recomendados, de acordo com as seguintes modalidades:

- ☐ Visitas de Supervisão *In Loco* mensais, oito visitas por ano;
- ☐ Encontros de Supervisão Locorregional, quatro encontros por ano;
- ☐ Supervisão Longitudinal: DSEI e casos especiais, mediante aprovação do MEC (periodicidade estabelecida de acordo com cada caso).

(BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2015a)

Os parâmetros que definiam o número de médicos participantes vinculados a cada supervisor é o recomendado de até 10 supervisores para cada tutor acadêmico estabelecido com base no Relatório de Auditoria do Tribunal de Contas da União (TC 005.391/2014-8):

- ☐ **Áreas urbanas:** 10 médicos participantes por supervisor; na dependência do número de municípios visitados e/ou das condições de deslocamento e acesso às unidades de saúde pode-se autorizar numero inferior de médicos participantes por supervisor;
- ☐ **Áreas indígenas (DSEI):** de 3 a 5 médicos por supervisor.

O Valor da bolsa mensal paga para supervisores e tutores era de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) para tutores e de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) para supervisores (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2013c).

Em solicitação E-SIC ao MEC foram obtidos dados relevantes sobre a tutoria e supervisão, em momento algum o pesquisador solicitou os dados pessoais dos participantes. Essa solicitação foi a única que se tornou em reclamação por atraso, maior que 30 dias, para resposta. Das perguntas enviadas somente três não foram respondidas:

- ☐ Qual a ferramenta utilizada na supervisão mensal? é possível obter um exemplar em branco?
- ☐ Qual o gênero dos tutores e supervisores?

(MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2018a)

Gráfico 12. Quantitativo de Tutores PMMB-MEC e grau de titulação.

(MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2018a)

Gráfico 13. Quantitativo de Supervisores PMMB-MEC e grau de titulação.

(MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2018a)

O CFM, a AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) reconhecem os cursos de especialidades médicas, o tempo de exercício comprovado da prática como meios que possam garantir ao médico o direito a realizar a Prova de Obtenção de Título de Especialista sem necessariamente ter feito residência (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2016).

Gráfico 14. Principais especialidades dos supervisores do MEC

38% dos tutores possuíam doutorado, quanto aos supervisores 1725, à maioria, realiza a prática de alguma especialidade, porém não obtiveram o título de especialista em 14 de agosto de 2018 (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2018a).

Quanto aos supervisores que possuem ou não especialidade, a maioria enquadrava-se dentro das especialidades relevantes para a Atenção Básica.

Não se apresse em perdoar. A misericórdia também
corrompe.

Frase atribuída a Nelson Rodrigues

5. O CODIGO GLOBAL DE PRÁTICAS DE RECRUTAMENTO INTERNACIONAL DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E O CASO DO BRASIL

O Código Global é um instrumento de *soft law*, no sentido de que ele não é obrigatório para os Estados-membros da OMS. Trata-se de recomendações, cujos principais objetivos são:

- ☐ Servir como referência para os Estados-Membros para estabelecer ou melhorar o quadro jurídico e institucional necessário para o recrutamento internacional de pessoal de saúde;
- ☐ Fornecer orientações, que podem ser utilizadas quando apropriadas, para a formulação e implementação de acordos bilaterais e outros instrumentos jurídicos internacionais;
- ☐ Facilitar e promover a discussão e cooperação internacional relacionada com o recrutamento ético internacional de pessoal da saúde, como parte do fortalecimento dos sistemas de saúde, com foco especial para a situação dos países em desenvolvimento.

(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010)

Os mecanismos de recomendações e regulamentos adotados pela OMS, para esse estudo, em especial destaque para as recomendações, caracterizam-se por um elemento geral da atuação das Organizações Internacionais. Os mesmos são amplamente reconhecidos pelo direito internacional público. Adotados por muitas organizações internacionais, apesar de não possuir caráter coercitivo, os órgãos técnicos podem utilizá-los como mecanismo para impor pressões ao cumprimento de determinada declaração, acordo, ou no caso desse estudo, de um código (VENTURA, 2010).

5.1 OS INSTRUMENTOS DE MONITORAMENTO DO CÓDIGO PELA OMS

A análise dos dois documentos utilizados pela OMS para monitoramento do Código e o questionário de EDGE e HOFFMANN (2013) foram as principais ferramentas para a análise da compatibilidade do Código para esse estudo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018p).

National Reporting Instrument (Relatório Nacional)

O *National Reporting Instrument* é a ferramenta de pesquisa online da OMS composta por perguntas qualitativas. Portanto, quanto às perguntas estabelecidas é importante ressaltar que algumas foram respondidas no ano de 2016 e oficialmente enviadas para a OMS para apresentação na Assembleia Mundial da Saúde. As outras foram obtidas com base na continuidade desse estudo para a análise da compatibilidade do Código e do PMMB até 2019.

Os resultados obtidos das perguntas qualitativas apresentam uma série de ações nas quais o Brasil cumpriu, durante alguma parte do período de 2013 a 2019, com as recomendações do Código Global, a saber:

- ☐ Formulação dos instrumentos normativos legais em conformidade com o Código;
 - MPV 621;
 - MPV723;
 - Lei 12.871 e a Lei 13.333;

- ☐ O Projeto Mais Médicos para o Brasil garantiu a distribuição de médicos em áreas remotas aumentando a cobertura de saúde em 73%, garantiu a distribuição de médicos em áreas remotas, mas com o fim da cooperação com a OPAS-Governo de Cuba, desde novembro de 2018 o país retornou a possuir vazios assistenciais;

- Outra forma de ampliação do acesso é o acordo bilateral que o Brasil já possuía com o Governo da República Oriental do Uruguai, no qual profissionais da saúde em região de fronteira podem residir, estudar e trabalhar em ambos os países (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2004);
- Os esforços para garantia de direitos do pessoal de saúde migrante no Projeto Mais Médicos para o Brasil, especialmente do que se refere às responsabilidades legais que a FTS nacional goza em termos de formas de exercício de atividades e melhoria das condições de trabalho;
- Por meio da Lei 12.871, o município de São Paulo firmou acordo para contratação de médicos, nacionais e estrangeiros. A **Resolução nº 1, de 1º de março de 2016** - Dispõe sobre os critérios para celebração de Acordo de Cooperação entre os Ministérios da Saúde e da Educação e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios para ampliação locorregional do Projeto Mais Médicos para o Brasil;
(BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016b)
- O Brasil, desde 1999, possui a Rede ObservaRH, sob a coordenação nacional da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SECRETARIA DA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2010). A Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil (ObservaRH) destaca-se como uma das mais importantes iniciativas, financiada pelo Ministério da Saúde por meio de Termo de Cooperação Técnica da Representação da OPAS/OMS no Brasil;
- A formação de um banco de dados sobre as leis e regramentos para a melhor compreensão da FTS migrante ocorre de forma descentralizada por meio da Rede ObservaRH, estudos acadêmicos e Organizações Não Governamentais que tratam sobre a temática da migração;

As proteções legais para exercício da prática médica tornam-se igualitárias após a legalização do imigrante no país, contudo após a reforma trabalhista de 2017, o crescente

modelo desregulamentado de contratação neoliberal promove a flexibilidade e desburocratização dos contratos de trabalho, afetando a forma como cada trabalhador irá distribuir sua carga horária e qual tipo de contrato de trabalho será estabelecido. Essa característica é marcante tanto para nacionais, como para imigrantes.

Entretanto a fiscalização quanto às práticas de contratação por empresas privadas para importação de serviços médicos não é uma atividade comum no país, a maioria dos nacionais brasileiros que emigram realizam o processo de maneira individual (BRASIL-PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1988, 2017a)

Quanto às necessidades dos países em desenvolvimento ou em economias de transição o Brasil não segue em sua completude as recomendações do Código. Visto que o *Brain Drain* de profissionais Brasileiros graduados no exterior é uma possibilidade legal, por meio do Projeto Mais Médicos para o Brasil assim, não são cumpridas a respeito da possibilidade de recrutamento de médicos brasileiros formados no exterior em que a proporção é menor do que 1,8 médico por 1000/ hab. (BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2016c).

Para às necessidades de pessoal de saúde treinado internamente, principalmente por meio de medidas para educar, reter e sustentar uma força de trabalho de saúde apropriada às condições específicas, incluindo áreas de maior necessidade:

- A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma das ferramentas para promoção da educação continuada, todavia a constante necessidade de profissionais cada vez mais especializados permitem a criação de cursos de especialização, cursos de aperfeiçoamento e outros por parte das Universidades Privadas e Públicas, Instituições de Ensino e Associações de Especialidades. A regulação por parte do Estado das ofertas educacionais prioritárias para o SUS é fragilizada e constantemente compete com as necessidades da lógica do mercado privado.

Como observado por OLIVEIRA e VANNI (2015) As políticas de fixação de profissionais em áreas rurais e remotas enfrentam dificuldades como na Austrália. As políticas de retenção foram efetivadas até o ano de 2016, após esse ano os dados são inconsistentes para garantir uma análise efetiva. De toda forma, a retenção foi e será um

desafio para um país com a extensão territorial, desigualdades sociais em grandes áreas urbanas e rurais de alta vulnerabilidade social no país.

O Brasil possuía um departamento no Ministério da Saúde para manter registros estatísticos de pessoal de saúde cuja primeira qualificação tenha sido obtida no exterior, hoje essa responsabilidade cabe as Universidades Federais nas quais os profissionais irão revalidar seus diplomas.

A extinção do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde-DEPREPS em 2019 enfraqueceu a qualidade e gerenciamentos de diferentes atores para a tentativa de criação de um banco de dados único no país. (BRASIL-PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2016, BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019d).

BRAZIL Adapted Template Workforce Migration 2015 (Modelo Adaptado para a Força de Trabalho no Brasil).

O Modelo adaptado para a Força de Trabalho no Brasil é o instrumento quantitativo utilizado pelo Código. Nele são preenchidas quatro tabelas as quais analisam os dados:

- ☐ Número total de Médicos ou Enfermeiros;
- ☐ Médicos ou Enfermeiros graduados no Brasil;
- ☐ Médicos ou Enfermeiros graduados no exterior;
- ☐ Médicos ou Enfermeiros Brasileiros graduados no exterior;
- ☐ Participação de médicos ou Enfermeiros brasileiros graduados no exterior.

Tabela 16. Dados numéricos OMS I.

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Numero Total de Médicos (valores em cem mil)	107.83	110.21	105.54	109.64	106.56	120.19
Médicos graduados no Brasil (valores em cem mil)	106.31	108.55	103.91	107.42	103.99	115.82
Médicos graduados no exterior	152	166	163	222	257	437
Médicos Brasileiros graduados no exterior	43	52	59	97	181	357
% de médicos brasileiros graduados no exterior	1,4%	1,5%	1,5%	2,0%	2,4%	3,6%

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018p)

Tabela 17. Dados numéricos OMS II.

Ano	2006	2007	2008	2009	2010
Numero Total de Médicos (valores em cem mil)	118.05	125.67	133.36	140.68	139.97
Médicos graduados no Brasil (valores em cem mil)	115.76	120.18	128.87	136.17	134.02
Médicos graduados no exterior	229	549	449	451	595
Médicos Brasileiros graduados no exterior	165	453	300	345	396
% de médicos brasileiros graduados no exterior	1,9%	4,4%	3,4%	3,2%	4,3%

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018p)

Tabela 18. Dados numéricos OMS III

Ano	2011	2012	2013	2014
Numero Total de Médicos (valores em cem mil)	177.28	175.56	194.94	204.65
Médicos graduados no Brasil (valores em cem mil)	172.44	170.42	192.18	200.56
Médicos graduados no exterior	484	514	276	409
Médicos Brasileiros graduados no exterior	313	299	171	230
% médicos brasileiros graduados no exterior	2,7%	2,9%	1,4%	2,0%

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018p)

As análises dos dados vão de acordo com o estudo de Maciel Filho (2007), no qual a migração de estudantes de medicina brasileiros para o exterior é baixa e associada a ausência de vagas de cursos de medicina no país. A média simples de 2000 a 20014 foi de 2,57% de participação de médicos brasileiros graduados no exterior.

Gráfico 15. Porcentagem de médicos brasileiros graduados no exterior.

Tabela 19. Quantitativo de médicos estrangeiros no país até 2014.

País de obtenção do diploma	2013	2014
Afganistão	1	1
Alemanha	0	5
Argentina	80	118
Bolívia	13	34
Colômbia	4	4
Cuba	5735	5980
Equador	3	0
Espanha	44	19
Itália	6	5
Paraguai	1	8
Peru	1	2
Portugal	13	6
Rússia	9	10
Uruguai	14	30
Entrada total anual de médicos no país	5925	6225

A maior quantidade de médicos estrangeiros no Brasil entre 2013 e 2014 era de médicos cubanos e em segundo lugar de médicos graduados na Argentina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018p).

Interessante notar que o Ministério da Saúde possuía dados estatísticos importantes desde o ano 2000. Dados esses, que iam além dos que foram preenchidos pelo pesquisador em 2016 para acompanhamento do Código Global. Somente após recurso de 1ª Instância, envio de documentos pessoais e banco de dados referentes aos anos de 2013 a 2015, o ministério concedeu acesso à solicitação.

5.2 RESOLUÇÃO DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE N° 17

Apesar da contínua necessidade de recrutamento e retenção de profissionais médicos a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), regulamentada pelo Decreto n° 7.508 (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2011a), instância essa de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS aprovou por meio da Resolução n° 17 de 25 de maio de 2017, medida administrativa de caráter punitivo para desligamento de municípios participantes do PMMB (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, 2017).

Municípios que apresentassem documento formal solicitando permanência de médicos Intercambistas Cooperados, que estivessem com o contrato de três anos em fase de encerramento, seriam desligados do Programa Mais Médicos (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, 2017).

Um dia antes, a Presidência da República sancionava a nova Lei de Imigração n° 13.445 de 24 de maio de 2017. A qual prevê a garantia do direito a imigração de profissionais estrangeiros com vistos temporários, respeito aos valores éticos e de direitos humanos para estrangeiros no país (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2017a).

Em solicitação E-SIC o Ministério da Saúde alegou que a publicação da Resolução CIT 17 (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, 2017) foi um esforço conjunto entre união, estados e municípios por meio do suporte CONASS e CONASEMS para garantia do cumprimento do TC 80, no qual conferiam aos participantes intercambistas cooperados 36 meses de exercícios de atividades, contudo médicos cooperados, no intuito de continuidade após os 36 meses, solicitaram judicialmente o seguimento nas atividades de ensino-serviço no Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB); mesmo cientes estavam em “regime de contratação diferenciado”.

A falta de alinhamento com as normas legais por parte do Ministério da Saúde em relação à Lei n° 13.445, a qual garantia o Visto de Atendimento Médico (VICAM) para os participantes do PMMB e todos os demais direitos e obrigações para estrangeiros no país. Ora considera a lei como superior ao Edital SGTES/MS n° 12, de 27 de novembro de 2017, ora sobrepõe a lei 12.871 e o TC 80 como instrumentos jurídicos superiores (SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2017d).

Ressalte-se, no entanto, que, ainda que tal legislação fosse vinculada ao Projeto, inexistiria obrigatoriedade de mencionar normas superiores em normativo infra legal. Na estrutura jurídica, as normas inferiores se subsumam a normas superiores, portanto, um edital sempre estará sob regência de uma lei, o que independe de que esta lei esteja, ou não, citada no ato. A lei se impõe à matéria que disciplina e à sua finalidade por força própria, não sendo, no ordenamento jurídico brasileiro alegável o seu desconhecimento.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018h)

Houve o desligamento dos municípios de:

- ☐ Ararendá-CE;
- ☐ Boa Esperança do Sul-SP
- ☐ Castelo-ES;
- ☐ Guaíra-PR;
- ☐ Iatiópolis-SC;
- ☐ Panelas-PE;
- ☐ Pinhalão-PR;
- ☐ Saloá-PE;
- ☐ Salto do Jucuí-RS;
- ☐ Serra-ES;
- ☐ Teixeira de Freitas-BA.

O MS alegou posteriormente que não houve desligamento do Projeto Mais Médicos para o Brasil, e que os referidos municípios contavam possuindo médicos participantes ativos intercambistas cooperados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018h) ANEXO 6.

Em nova solicitação E-SIC para a Comissão Intergestores Tripartite, a mesma informou que houve a inclusão na pauta da 1ª Reunião Ordinária da Câmara Técnica da CIT realizada em 07/02/2019, para análise e deliberação, todavia, a Resolução CIT nº17/2017 não foi revogada, pois não houve nenhuma manifestação nesse sentido, das representações dos entes federados (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2019).

O agravo cometido descumpre tanto o Código Global, como a legislação brasileira, visto que proibir gestores municipais de emitirem cartas de solicitação, sob pena de desligamento do PMMB, exclusivamente médicos cubanos permanecessem no país.

Ao MS foi perguntado se existia alguma relação imposta pelo governo cubano, visto que em 2017, houve uma interrupção unilateral de Cuba para envio de intercambistas cooperados, o qual alegou que tal relação não existia.

Volver

Yo adivino el parpadeo
De las luces que a lo lejos
Van marcando mi retorno
Son las mismas que alumbraron
Con sus pálidos reflejos
Hondas horas de dolor

Y aunque no quise el regreso
Siempre se vuelve al primer amor
La vieja calle donde el eco dijo
Tuya es su vida, tuyo es su querer
Bajo el burlón mirar de las estrellas
Que con indiferencia hoy me ven volver

Volver con la frente marchita
Las nieves del tiempo platearon mi sien
Sentir que es un soplo la vida
Que veinte años no es nada
Que febril la mirada, errante en las sombras
Te busca y te nombra
Vivir con el alma aferrada
A un dulce recuerdo
Que lloro otra vez

Tengo miedo del encuentro
Con el pasado que vuelve
A enfrentarse con mi vida
Tengo miedo de las noches
Que pobladas de recuerdos
Encadenan mi soñar

Pero el viajero que huye
Tarde o temprano detiene su andar
Y aunque el olvido, que todo destruye
Haya matado mi vieja ilusión
Guardo escondida una esperanza humilde
Que es toda la fortuna de mi corazón

Volver con la frente marchita
Las nieves del tiempo platearon mi sien
Sentir que es un soplo la vida
Que veinte años no es nada
Que febril la mirada, errante en las sombras
Te busca y te nombra
Vivir con el alma aferrada
A un dulce recuerdo
Que lloro otra vez

Composición: Carlos Gardel, Fernando Z. Maldonado y Alfredo Le Pera, 1930

5.3 O FIM DA COOPERAÇÃO TRIANGULAR

O fim da Cooperação Triangular entre Brasil-OPAS-CUBA, deu-se de maneira unilateral por parte do Governo Cubano no dia 13 de novembro de 2018. Em 55 anos de experiência em missões médicas humanitárias, essa foi a primeira missão humanitária internacional em que Cuba oficialmente declarou abandono.

Em manifestação oficial do Governo Cubano a OPAS, o Ministério da Saúde no dia 14 de novembro recebeu ofício anunciando a retirada de 8.243 médicos intercambistas cooperados (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2018a).

REFERÊNCIA: BRA/PWR/63/253/18

13 de novembro de 2018

Senhor Ministro:

Escrevo a Vossa Excelência para informar que, no dia de hoje, 13 de novembro de 2018, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) recebeu a notificação formal do Governo da República de Cuba, encerrando seu acordo com esta Organização, através do qual os médicos cubanos participam do Programa Mais Médicos no Brasil.

Em conformidade com a cláusula décima segunda do 80º Termo de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento de Ações vinculadas ao Projeto “Ampliação do Acesso da População Brasileira à Atenção Básica em Saúde” (TC 80), firmado entre o Governo da República Federativa do Brasil, por intermédio do Ministério da Saúde, e a OPAS/OMS, em 25 de abril de 2013, e a nona cláusula do 12º Termo de Ajuste ao referido Termo de Cooperação, consideramos que a rescisão do acordo da República de Cuba com a OPAS/OMS, torna materialmente incoercível o cumprimento do 80º Termo de Cooperação Técnica e seus Termos de Ajuste pela Organização.

O 80º Termo de Cooperação Técnica constitui um marco importante na história da cooperação técnica da OPAS/OMS com o Brasil, contribuindo significativamente para a expansão da cobertura universal de saúde. Os relatórios de trabalho e publicações sobre a experiência do Programa Mais Médicos no Brasil tiveram uma ampla circulação internacional e foram recebidos com grande interesse pela comunidade científica de todo o mundo, especialistas e autoridades nacionais de saúde.

Reitero à Vossa Excelência o mais alto interesse e compromisso da Organização de continuar a desenvolver laços de trabalho e cooperação técnica em benefício da saúde e bem-estar da população do Brasil com a apropriada implementação dos vários Termos de Cooperação que mantemos.

Faço propícia esta ocasião para reiterar a Vossa Excelência a garantia da minha mais alta estima e consideração

Atenciosamente,

Dra. Carissa F. Etienne
Diretora da OPAS/OMS

Ac Excelentíssimo Senhor
Gilberto Magalhães Occhi
Ministro de Estado da Saúde
Ministério da Saúde
Brasília, DF

Maria da Glória Silva
Chefe de Gabinete do Ministro
Subsecreta
Em 14/12/2018
32h56

Em nota oficial o Governo Cubano esclareceu que as constantes ameaças, abusos, desrespeito diplomático e falta de conhecimento da cooperação médica humanitária cubana por parte do então futuro presidente Jair Bolsonaro (2019-2022) foram o principal motivo do encerramento da cooperação. As causas do rompimento não foram completamente esclarecidas por parte do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019b).

Sua oposição ao PMMB já era declarada desde o início do PMM e foi utilizada durante a eleição presidencial de 2018.

Quando da Medida Provisória (MPV) 723, o então deputado pelo Partido Social Liberal pelo Estado do Rio de Janeiro, Jair Bolsonaro, enviou ao Ministério da Saúde duas emendas parlamentares aditivas à MPV 723 (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2016b):

1. MPV 723/ 0002

“Art. 18 (...) § 5º Os dependentes legais do médico intercambista estrangeiro não poderão exercer atividades remuneradas, com emissão de Carteira de Trabalho e Previdência Social pelo Ministério do Trabalho e Emprego.” [Grifo nosso]

JUSTIFICAÇÃO

O intuito da presente emenda é limitar o estabelecimento de vínculos permanentes, por parte dos dependentes dos médicos intercambistas estrangeiros, vez que esses exercerão suas atividades em caráter temporário, conforme prevê o **Programa Mais Médicos, instituído pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, do qual discordo em sua totalidade** [Grifo Nosso].

(CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2016a)

2. MPV 723/ 0003

“Art. 2º O art. 13 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, passa a vigorar acrescido do § 4º, com a seguinte redação:

Art. 13 (...)

§ 4º O médico intercambista estrangeiro participante do Programa de que trata esta Lei só poderá receber valores do Governo brasileiro em **conta aberta em instituição bancária nacional, sendo vedado o envio de recursos de qualquer natureza para governos ou instituições oficiais no exterior.”**

[Grifo

nosso]

(CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2016b).

O teor das duas emendas aditivas é inconstitucional e fere a Lei de Imigração de 1980 e a nova Lei de Imigração de 2017 (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1980, 2017a), assim:

- Impede o direito de ir e vir, quando de antemão limita o exercício de direitos conferidos aos imigrantes no Brasil (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1988);
- A restrição da carteira de trabalho para dependentes de médicos estrangeiros descumpra os termos da Lei de Imigração (BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1980, 2017a);
- Quanto às contas bancárias, todos os participantes ativos possuem conta aberta no Banco do Brasil desde a criação do PMMB e assim recebiam mensalmente a bolsa-formação e os auxílios moradia e alimentação.

Manifestou-se contrariamente em sua conta oficial no Twitter, quando o STF decidiu em 2017, que a ADI 5037 e 5035 seriam encerradas e que o Programa era constitucional (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2017a, 2017b):

Figura 15. Tweet Jair Bolsonaro sobre a decisão do STF.

O uso do Twitter também ocorreu quando a cooperação foi encerrada:

Figura 16. Tweet Fim da Cooperação-Jair Bolsonaro

Ao anunciar que havia negociado com o Governo Cubano, Jair Bolsonaro ainda não estava empossado como presidente da República. Conforme o ofício OPAS, houve comunicação entre a OPAS e o Ministério da Saúde, cabia ao Ministério da Saúde informar ao ex-presidente Michel Temer.

Duas horas depois, o futuro presidente culpava Cuba pelos impactos negativos que a retirada de 8.243 médicos cooperados causaria. No mesmo dia, parte dos médicos cooperados já havia parado de exercerem suas atividades.

Figura 17. Tweet Fim da Cooperação-Jair Bolsonaro II

Em seu último tweet, enquanto deputado federal que queria restringir o direito dos dependentes de médicos estrangeiros de terem carteira de trabalho e impedirem os médicos realizarem transações bancárias internacionais passou a novamente culpar o Governo Cubano por violação dos direitos humanos.

No dia 12 de dezembro de 2018, cinco mil setecentos e quarenta e três médicos cooperados haviam deixado o país. Aproximadamente 2500 permaneceram e aguardam a possibilidade de se inscreverem como Intercambistas Individuais.

No dia seguinte o Ministério da Saúde lançou novo edital para preenchimento das vagas de 15 de novembro de 2018 a 23 de abril de 2019 o provimento de médicos brasileiros não conseguiu preencher as vagas ocupadas por médicos.

Em menos de um mês da sua posse como presidente do Brasil, a troca não oficial de informações gerou desassistência para aproximadamente 28.850.500 (vinte oito milhões, oitocentos e cinquenta mil e quinhentos) usuários do SUS.

Até julho de 2019, o Ministério da Saúde não conseguiu preencher o total de vagas remanescentes com participantes CRM-BRASIL e/ ou Intercambistas Individuais.

Gráfico 16. Linha do tempo- Médicos Cubanos

(ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2019)

Tabela 20. Editais/ Ciclos abertos para CRM Brasil e Intercambistas Individuais 2013-2019

Ciclos	Inscritos	Homologados
1°	16.002	1.462
2°	3.071	541
3°	2.769	958
4°	3.298	1.470
5°	1.049	291
6°	4.672	1.977
7°	1.992	78
8°	1.574	177
9°	3.507	1.136
10°	1.622	758
11°	266	65
12°	3.955	528
13°	14.448	2.172
14°	9.087	3.765
15°	14.709	1.064
16°	36.487	6.135
17°	20.957	2.837
Total Geral	139.465	25.414

(MINISTERIO DA SAÚDE, 2019)

Dessa forma, o Brasil cometeu o quarto descumprimento do Código Global de Práticas de Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde:

Artigo 1º

(1) estabelecer e promover princípios e práticas voluntários para o recrutamento internacional ético do pessoal de saúde, levando em conta os direitos, obrigações e expectativas dos países de origem, países de destino e pessoal de saúde migrante.

(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010)

Foram quatro descumprimentos, que perpassam o campo da saúde e denunciam as mudanças contemporâneas na esfera econômica e da tentativa de diminuição do direito à saúde em torno da lógica do lucro e de interesses políticos espúrios.

- I. O não cumprimento da ampliação e interiorização das vagas nos cursos de medicina e da meta de universalização da residência até 2018. O fortalecimento da Força Nacional de Trabalho na Saúde é uma das recomendações do Código Global para a garantia da autonomia de profissionais para os sistemas nacionais de saúde;
- II. A abertura da possibilidade de inscrição de médicos Intercambistas individuais brasileiros graduados em países em que a proporção é menor que 1,8 médico/ 1000 habitantes, retirando a força de trabalho de países em condição de carência de profissionais;
- III. A Resolução CIT 17, que ameaçou municípios e gestores com penalidade de desligamento do Projeto;
- IV. O término da Cooperação Triangular Brasil-OPAS-Cuba;

6. CONCLUSÃO

Ao longo do desenvolvimento dessa pesquisa foi possível observar uma série de importantes mudanças positivas e os desafios da constituição de um sistema nacional de saúde tão ousado como o SUS. Pode-se perceber, por exemplo, que com 0,1% das receitas da união foram capazes de beneficiar 63 milhões de usuários durante os anos de 2013-2018.

O compromisso ético que a universalidade, integralidade e equidade do SUS visam combater a histórica narrativa das desigualdades sociais e econômicas que assolam o país. O SUS tem por objetivo a garantia do cumprimento constitucional de que a saúde é dever do Estado.

É uma política pública translúcida da defesa dos direitos humanos e da promoção da saúde.

Para a Saúde Global, que tenta se adaptar as rápidas transformações do contemporâneo em defesa da garantia do direito a saúde como ferramenta ética e de justiça social. O ideário em defesa da democracia e da luta política por justiça e cidadania é um bem, que deve ser assegurado pela estruturação de políticas públicas e pelo constante enfrentamento das desigualdades sociais, econômicas e culturais, que assolam o Brasil e o mundo.

Dessa forma os descumprimentos das recomendações do Código trazem à tona a necessidade constatare: do alerta global da defesa intransigente da justiça, ética e solidariedade para que sejam possível construir um modelo de cidadania menos desigual.

7. CONFLITOS DE INTERESSE

À Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo:

Eu, Mateus Falcão Martins Matos, autor do manuscrito intitulado: “O caso dos médicos cubanos no Brasil: análise da compatibilidade do Projeto Mais Médicos para o Brasil e o Código Global de Práticas de Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde da Organização Mundial da Saúde”, declaro que durante dezembro de 2016 a dezembro de 2018, fase em que ocorreu a pesquisa de campo desse trabalho, possuía termo de confidencialidade com o Ministério da Saúde:

Conflito de interesse de ordem:

(X) comercial

(X) político.

São Paulo, 30 de Janeiro de 2019.

Mateus Falcão Martins Matos

Aviso Legal

O autor é o único responsável pelas opiniões expressas nessa tese, o que pode não refletir necessariamente a opinião da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Essa pesquisa foi analisada pelo Software Plagius™- Detector de Plágio Personal versão 2.4.27.

8. REFERÊNCIAS

- ADLUNG, R.; CARZANIGA, A. **Health services under the General Agreement on Trade in Services**. Bulletin of the World Health Organization. 79(4), p. 352-64., Janeiro 2001. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862001000400013&lng=en&nrm=iso&tlng=en#ModalArticles>. Acesso em: 31 Março 2019;
- ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO. **Solicitação da União sobre processos referentes ao Programa Mais Médicos ESIC nº 00700000446201884**. 14 Junho 2018. Disponível em: <<https://esic.cgu.gov.br/sistema/site/index.aspx>>. Acesso em: 21 Março 2019;
- AGENCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO. **Cooperação técnica Brasileira em Saúde**. Março 2007. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/intranet/sistemas_abc/siteabc/documentos/viaabc-baixa.pdf>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **RDC Nº 52 dispõe sobre a utilização do número de Registro Único, emitido pelo Ministério da Saúde, nos termos do parágrafo 3º do art. 16 da Lei nº 12.871/2013, para fins de cumprimento de normas sanitárias**. 14 Novembro 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0052_14_11_2013.html>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BADIE, B. **Le Diplomate et l'intrus: l'entrée des société dans l'arene internationale**. Paris: Fayard, 2008;
- BAHIA, L. **A Privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação**. Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. p.115-128, Abril 2009. Disponível em: <http://www.mpse.mp.br/Caop/Documentos/AbrirDocumento.aspx?cd_documento=1814>. Acesso em: 31 Março 2019;

- BAHIA, L. **Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente.** Cad. Saúde Pública [online]. 2018, vol.34, n.7, 30 Agosto 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00067218>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BANCO MUNDIAL. **Global Economic Prospects Darkening Skies.** 2019. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/en/publication/global-economic-prospects>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- BANCO MUNDIAL. **World Development Report.** 1980. Disponível em: <<http://wdonline.worldbank.org/worldbank/bookpdfdownload/2>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BARROS, P. P.; MARTINEZ-GIRALT, X. **Public and Private Provision of Health Care.** 2000. Disponível em: <<https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/2003/43899.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- BENATAR, S. R.; DAAR, A. S.; SINGER, P. A. **Global health ethics: the rationale for mutual caring.** International Affairs. v.:79; n.:1, 04 Fevereiro 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/1468-2346.00298>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BRASIL- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE. **Portaria Conjunta MEC/MS nº 1, Dispõe sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação de Médicos Intercambistas nas ações educacionais e de aperfeiçoamento desenvolvidas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil.** 21 Janeiro 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2014/poc0001_21_01_2014.html>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BRASIL- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 278, 17 Março 2011, Institui o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por universidades estrangeiras.** Disponível em: <http://download.inep.gov.br/educacao_superior/revalida/portaria/2011/portaria_n278_17032011_revalida.pdf>. Acesso em: 31 Março 2019;

- **BRASIL- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Portaria Normativa MEC nº 14, Estabelece os procedimentos de habilitação para autorização de cursos de Medicina em unidades hospitalares, por instituições de educação superior privadas, precedida de chamamento público, 02 Junho 2014.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15740-portaria-14-2014-seres-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- **BRASIL- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Portaria Normativa MEC nº 13, Estabelece os procedimentos para pré-seleção de município para a autorização de funcionamento de curso de medicina por instituição de educação superior privada, precedida de chamamento público. 09 Junho 2013.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=13560-port-link1314&category_slug=junho-2013-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- **BRASIL- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Portaria Normativa MEC nº 5, Estabelece os procedimentos de pré-seleção e adesão de municípios para autorização de funcionamento de curso de graduação em medicina por instituição de educação superior privada, precedida de chamamento público. 01 Abril 2015.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=17244-port-norm-n5-de-01janeiro2015&Itemid=30192>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- **BRASIL- MINISTÉRIO DA FAZENDA. Instrução Normativa SRF nº 1.383, altera a tributação, pelo imposto de renda, dos rendimentos recebidos de fontes situadas no exterior e dos ganhos de capital apurados na alienação de bens e direitos situados no exterior por pessoa física residente no Brasil. 07 Agosto 2013.** Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/30810324>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- **BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO. Portaria Interministerial nº. 1.493/MS/MEC, altera a Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013. 18 Julho 2013.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1493_18_07_2013.html>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.891, Altera e acresce dispositivos à Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013, que dispõe sobre a implantação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.** 27 Novembro 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri2891_27_11_2013.html>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO. **Portaria Interministerial nº 1.369, Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.** 08 Julho 2013c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html>. Acesso em: 31 Março 2019;
- BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO. **Portaria Interministerial nº. 1.427/MS/MEC, Designa membros da Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.** 12 Julho 2013d. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsssp/bibliote/informe_eletronico/2013/iels.jul.13/Iels130/U_P_T-INTERM-MS-MEC-1427_120713.pdf>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO. **Portaria Interministerial nº. 1.493/MS/MEC, Altera a Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013.** 18 Julho 2013e. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1493_18_07_2013.html>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO. **Portaria Interministerial nº. 2.921/MS/MEC, Dispõe sobre a constituição das Comissões Estaduais e Distrital do Projeto Mais Médicos para o Brasil e institui incentivo financeiro de custeio para a manutenção e execução de suas atividades.** 28 Novembro 2013f. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2921_28_11_2013.html>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 339, Altera a Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013, que dispõe sobre a implementação do Projeto**

Mais Médicos para o Brasil. 07 Março 2014a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0339_07_03_2014.html>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- **BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO. Portaria Interministerial nº. 2.395/MS/MEC, Dispõe sobre o registro de informações de saúde e das atividades desenvolvidas pelos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil.** 05 Novembro 2014b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2395_05_11_2014.html>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- **BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO. Portaria Interministerial nº. 216/MS/MEC, Altera e acresce dispositivos à Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013, que dispõe sobre a implantação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.** 2014 Fevereiro 2014c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0216_12_02_2014.html>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- **BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO. Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.076, de 28 de julho de 2015 Acresce o § 2º ao art. 2º e os art. 2º-A e 2º- B à Portaria Interministerial nº 2.395/MS/MEC, de 5 de novembro de 2014, para dispor sobre procedimentos e prazos para o registro de informações e saúde e das atividades desenvolvidas pelos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, e dá outras providências.** 28 Julho 2015a. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/julho2015/dia29/portinter1076.pdf>>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- **BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO. Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.618, institui, no âmbito do SUS, como um dos eixos do Programa Mais Médicos - Residência, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral Família e Comunidade.** 30 Setembro 2015b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1618_30_09_2015.html>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 1127, Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS.** 06 Agosto 2015c. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/23/COAPES-PORTARIA-INTERMINISTERIAL-N1.127%20-DE-04%20DE-AGOSTO-DE-2015.pdf>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 46, de 16 de janeiro de 2015 Altera a Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013.** 16 Janeiro 2015d. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/32112737/do1-2015-01-19-portaria-interministerial-n-46-de-16-de-janeiro-de-2015-32112700>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO. **Portaria Interministerial nº. 499/MS/MEC Dispõe sobre os afastamentos dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, institui o Comitê Gestor Bipartite OPAS/MS e respectiva atribuição, e dá outras providências.** 30 Abril 2015e. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_26738831_PORTARIA_INTERMINISTERIAL_N_499_DE_30_DE_ABRIL_DE_2015.aspx>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.554, designa membros da Coordenação Nacional do Projeto Mais Médicos para o Brasil.** 30 Novembro 2016a. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2016/Iels.dez.16/Iels224/U_PT-INTERM-MS-MEC-2554_301116.pdf>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 3, de 16 de março de 2016, altera o valor da bolsa ao profissionais de saúde residentes.** 16 Março 2016b. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=17/03/2016&pagina=8>>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO. **Portaria Interministerial nº 1.708, de 23 de setembro de 2016, Acresce e altera dispositivos da Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013, que dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.** 26 Setembro 2016c. Diário Oficial da União 26/09/2016 | Edição: 185 | Seção: 1 | Página: 39. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/24199593/do1-2016-09-26-portaria-interministerial-n-1-708-de-23-de-setembro-de-2016-24199482>. Acesso em: 31 Março 2019;
- BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO. **Portaria Interministerial nº 384, altera o valor da bolsa-formação concedida ao médico participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil.** 20 Fevereiro 2018. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/19176-portaria-interministerial-n-384-de-20-de-fevereiro-de-2018>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO. **Portaria Normativa Interministerial MS/MEC nº 1, Dispõe sobre a criação de Cadastro Nacional de Supervisores para o Projeto Mais Médicos para o Brasil no âmbito do Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNA-SUS.** 16 Outubro 2013g. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_24965246_PORTARIA_NORMATIVA_INTERMINISTERIAL_N_1_DE_16_DE_OUTUBRO_DE_2013.aspx>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Decreto nº 9.795, Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde.** 17 Maio 2019d. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm>. Acesso em: 10 Junho 2019;
- BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 1.834, Institui e redefine valores diferenciados de custeio às Equipes de Saúde da Família que possuam profissionais médicos integrantes de programas nacionais de provimento.** 27 Agosto 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1834_27_08_2013.html>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- **BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 256, de 19 de fevereiro de 2014, Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 1.412/GM/MS, de 10 de julho de 2013, em relação ao Programa Mais Médicos e ao PROVAB.** 19 Fevereiro 2014b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0256_19_02_2014.html. Acesso em: 10 Abril 2019;
- **BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.477, Dispõe sobre a emissão do número de registro único para os médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil e a respectiva carteira de identificação.** 22 Outubro 2013a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2477_22_10_2013.html. Acesso em: 10 Abril 2019;
- **BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº. 23/MS, Dispõe sobre o cumprimento das obrigações de oferta de moradia e alimentação pelo Distrito Federal e Municípios aos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, nos termos da Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC.** 23 Outubro 2013c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2013/prt0023_01_10_2013.html. Acesso em: 10 Abril 2019;
- **BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº. 838/SAS, Estabelece normas para o cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (SCNES) de estabelecimentos e equipes que farão parte do Projeto Mais Médicos.** 26 Julho 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0838_26_07_2013.html. Acesso em: 10 Abril 2019;
- **BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SAS/MS nº 13, Estabelece regras de inserção do profissional do "Projeto Mais Médicos para o Brasil" às equipes de saúde habilitadas na Portaria nº 1.143/SAS/MS de 29 de outubro de 2014,** 08 Janeiro 2015a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2015/prt0013_08_01_2015.html. Acesso em: 10 Abril 2019;

- BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria SGTES/MS nº 30, Dispõe sobre o cumprimento das obrigações de oferta de moradia, deslocamento, alimentação e água potável pelo Distrito Federal e Municípios aos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil.** 12 Fevereiro 2014c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2014/prt0030_12_02_2014.html>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria SGTES/MS nº 300, Altera a Portaria nº 30/SGTES/MS, de 12 de fevereiro de 2014, para reajustar de valores do fornecimento de moradia e alimentação e dá outras providências.** 05 Outubro 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2017/prt0300_06_10_2017.html>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria SGTES/MS nº 60, de 10 de abril de 2015, Acrescenta o § 6º ao artigo 3º, os §§ 1º e 2º ao artigo 9º ao texto da Portaria nº 30/SGTES/MS, de 12 de fevereiro de 2014.** 10 Abril 2015b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2015/prt0060_10_04_2015.html>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº2, Dispõe sobre pagamento de ajuda de custo a médicos intercambistas participantes do PMMB, através de acordo de cooperação internacional e recomenda à SGTES/MS alterações e acréscimos no texto da Portaria Interministerial 1.369/MS/MEC.** 27 Abril 2016a. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22688915/do1-2016-04-28-resolucao-n-2-de-27-de-abril-de-2016-22688874>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 1, de 1º de março de 2016, Dispõe sobre os critérios para celebração de Acordo de Cooperação entre os Ministérios da Saúde e da Educação e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios para ampliação locorregional do PMMB.** 1 Março 2016b. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22429244/do1-2016-03-02-resolucao-n-1-de-1-de-marco-de-2016-22429134>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 1, Dispõe sobre a aplicação de penalidades no caso de ausência injustificada das atividades do Projeto Mais Médicos para o Brasil.** 12 Fevereiro 2014c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/depreps/2014/res0001_12_02_2014.html>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 3, de 6 de maio de 2016, Altera a redação do § 2º do art. 5º da Resolução nº 2/2015 (ingresso no Segundo Ciclo Formativo).** 06 Maio 2016c. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22798280/do1-2016-05-09-resolucao-n-3-de-6-de-maio-de-2016-22798233>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 4, de 6 de maio de 2016, Altera a redação do art. 2º da Resolução nº 3/2015 (ingresso no Segundo Ciclo Formativo, profissionais egresso de Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade).** 06 Maio 2016d. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22798299/do1-2016-05-09-resolucao-n-4-de-6-de-maio-de-2016-22798250>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº. 2, Dispõe sobre o caráter educacional dos Programas de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde e dá outras providências.** 26 Outubro 2015c. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/33290481/do1-2015-10-27-resolucao-n-2-de-26-de-outubro-de-2015-33290477>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BRASIL- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº. 3, Dispõe sobre o Eixo Aperfeiçoamento e Extensão do 2º Ciclo Formativo do Projeto Mais Médicos para Brasil.** 06 Novembro 2015d. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/33309566>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BRASIL- MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO E MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Interministerial nº. 266/MPOG/MS Ficam estabelecidas as normas para o custeio de despesas com o deslocamento dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil e seus dependentes legais.** 24 Julho 2013. Disponível em:

<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=83&data=25/07/2013>>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- BRASIL- MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO E MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Interministerial nº. 554/MPOG/MS, Altera a Portaria Interministerial nº266/MP/MS, de 24 de julho de 2013, para dispor sobre a concessão de passagens, no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, para fins de gozo do recesso.** 30 Dezembro 2014. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/09/portaria-554-30122014.pdf>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Constituição Federal Brasileira de 1988.** 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 31 Março 2019;
- BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Decreto 5105 Promulga o Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, de 21 de agosto de 2002.** 14 Junho 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5105.htm>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Decreto 8.040, Institui o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do Programa Mais Médicos e dá outras providências.** 08 Julho 2013c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8040.htm>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Decreto 8.126, Dispõe sobre a emissão do registro único e da carteira de identificação para os médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, de que trata a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.** 22 Outubro 2013d. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8126.htm>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Decreto nº 27.784, Promulga a Convenção sobre Privilégios e Imunidades das Nações Unidas, adotada em Londres, a 13 de fevereiro de 1946, por ocasião da Assembléia Geral das Nações Unidas.** 16

Fevereiro 1950. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/d27784.htm. Acesso em: 31 Março 2019;

- **BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto nº 7.030, Promulga a Convenção de Viena sobre o Direito dos Tratados, concluída em 23 de maio de 1969, com reserva aos Artigos 25 e 66.** 14 Dezembro 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7030.htm. Acesso em: 10 Abril 2019;
- **BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto nº 8.065, Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão.** 07 Agosto 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8065.htm. Acesso em: 09 Maio 2019;
- **BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015, Regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas de que tratam o § 4º e § 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e o art. 35 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.** 10 Setembro 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8516.htm. Acesso em: 10 Abril 2019;
- **BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto nº 8901, Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções gratificadas e substitui cargos em comissão do Grupo Direção e Assessor.** 10 Novembro 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8901.htm#art9. Acesso em: 10 Abril 2019;
- **BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto nº 5.151, dispõe sobre os procedimentos a serem observados pelos órgãos e pelas entidades da Administração Pública Federal direta e indireta, para fins de celebração de atos complementares de cooperação técnica recebida de organismos internacionais.** 22 Julho 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5151.htm. Acesso em: 31 Março 2019;

- BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Decreto nº 7.508, Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.** 28 Junho 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 31 Março 2019;
- BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Emenda Constitucional 95 altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.** 15 Dezembro 2016c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei 11.129, Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002.** 30 Junho 2005. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11129-30-junho-2005-537682-norma-atualizada-pl.html>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei 12.527, Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal.** 18 Novembro 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm>. Acesso em: 10 abril 2019;
- BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei 13.530, altera a lei 12.871 e da outras providências.** 07 Dezembro 2017b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13530.htm>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei 9.394, estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.** 20 Dezembro 1996. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70320/65.pdf>>. Acesso em: 31 Março 2019;

- BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 13.333, prorroga o prazo de dispensa de que trata o art. 16 da Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013.** 12 Setembro 2016a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13333.htm>. Acesso em: 31 Março 2019;
- BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 13.445, Institui a Lei de Migração.** 24 Maio 2017a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm>. Acesso em: 31 Março 2019;
- BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 6.815, Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração.** 19 Agosto 1980. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6815.htm>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 8080 Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** 19 Setembro 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 31 Março 2019;
- BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 13.467, Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991.** 13 Junho 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 12.871. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.** 22 Outubro 2013b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 31 Março 2019;
- BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 5.292, dispõe sobre a prestação do Serviço Militar pelos estudantes de Medicina, Farmácia, Odontologia e Veterinária e pelos Médicos, Farmacêuticos, Dentistas e Veterinários em decorrência**

de dispositivos da Lei nº 4.375, de 17 de agosto de 1964. 8 Junho 1967. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L5292.htm>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Medida Provisória nº 723, Prorroga o prazo de dispensa de que trata o caput do art. 16 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.** 29 Abril 2016b. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2082828>>. Acesso em: 31 Março 2019;

- BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Medida Provisória nº870, Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios.** 01 Janeiro 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Mpv/mpv870.htm>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- BRASIL- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Medida provisória No. 621, Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências.** 08 Junho 2013a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Mpv/mpv621.htm>. Acesso em: 31 Março 2019;

- BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. **The World Health Organization and the Transition From “International” to “Global” Public Health.** Am. J. Pub. Health, 10 Outubro 2011. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2004.050831#_i4>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- BROWN, T.; CUETO, M. **The World Health Organization and The World of Global Health.** [S.l.]: Routledge, 2011;

- BUNDRED, P. E.; LEVITT, C. **Medical migration: who are the real losers?** The Lancet v. 356; n 9225, p. 245-246. 15 Julho 2000. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02492-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02492-2)>. Acesso em: 31 Março 2019;

- CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Emenda parlamentar a Medida Provisória 723/0003- Deputado Federal Jair Bolsonaro PSL-RJ CD/16738.35592-15.** 04 Maio 2016b. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1475495&filename=EMC+3/2016+MPV72316+%3D%3E+MPV+723/2016>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- **CÂMARA DOS DEPUTADOS. Emenda Partamentar Aditiva 0002 à Medida Provisória 723. Deputado Federal Jair Bolsonaro PSL/RJ CD/16041.47516-07.** 04 Maio 2016a. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1475494&filename=EMC+2/2016+MPV72316+%3D%3E+MPV+723/2016>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- **CÂMARA DOS DEPUTADOS. Governo sugere reformulação do Farmácia Popular para pagar reajuste de agentes comunitários.**, 06 Dezembro 2018. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/566539-GOVERNO-SUGERE-REFORMULACAO-DO-FARMACIA-POPULAR-PARA-PAGAR-REAJUSTE-DE-AGENTES-COMUNITARIOS.html>>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- **CÂMARA DOS DEPUTADOS. Impeachment Presidente Dilma Rousseff. DCR nº 1/2015 - Denúncia por Crime de Responsabilidade.** 02 Fevereiro 2015. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/plenario/discursos/escrevendohistoria/destaque-de-materias/impeachment-da-presidente-dilma>>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- **CÂMARA DOS DEPUTADOS. Promulgada emenda constitucional do teto dos gastos públicos.** 15 Dezembro 2016. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/ECONOMIA/521413-PROMULGADA-EMENDA-CONSTITUCIONAL-DO-TETO-DOS-GASTOS-PUBLICOS.html>>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- **CAMPOS, G. W. D. S. A Saúde, o SUS e o programa “Mais Médicos”.** 18 Julho 2013. Disponível em: <<http://redehumanizasus.net/63816-a-saude-o-sus-e-o-programa-mais-medicos/>>. Acesso em: 31 Março 2019;

- **CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Denúncia CFM- Programa Mais Médicos ESIC 0077.000898/2018-60.** 19 Junho 2018. ISSN p. 2. Disponível em: <<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/SitePages/principal.aspx>>. Acesso em: 11 Julho 2018;

- CASTLES, S. **Development and Migration or Migration and Development: What Comes First?** Asian and Pacific Migration Journal, 18(4), 441–471. 01 Dezembro 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/011719680901800401>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- CASTLES, S. **International Migration at the Beginning of the Twenty-First Century: Global Trends and Issues.** Int Soc Sci J, v.52; n. 165, 16 Dezembro 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/1468-2451.00258>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- CFM. **Portal da Transparência do Conselho Federal de Medicina. Ofício nº5.158/2018- CONJUR CFM.** 2018. Disponível em: <<http://transparencia.cfm.org.br/index.php/sic/pedido>>. Acesso em: 19 Março 2019;
- COMERCIALIZADORA DE SERVIÇOS MÉDICOS CUBANOS S.A. **Contrato Individual para la Prestación de Servicios Profesionales y Técnicos en el Exterior,** 2013. Disponível em: <<https://oncubanews.com/wmag/wp-content/uploads/2015/03/contrato-individual-colaboradores-cubanos-mais-medicos-y-suplemento.pdf>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. **Segunda solicitação sobre a Resolução 17 CIT ESIC 25820000838201999.** 31 Janeiro 2019. Disponível em: <<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/SitePages/principal.aspx>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- CONFEDERACIÓN MÉDICA LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE. **Estatuto de la confederación médica Latinoiberoamericana y del Caribe.** 2019. Disponível em: <<http://www.confemel.com/test/wp-content/uploads/2016/12/Estatutos-vigentes-2016.pdf>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- CONGRESSO NACIONAL. **Lei 13.115, Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício Financeiro de 2015.** 20 Abril 2015. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/internet/comissao/index/mista/orca/orcamento/or2015/lei/Lei13115-2015.pdf>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- CONGRESSO NACIONAL. **Lei nº 13.255, Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2016.** 14 Janeiro 2016. Disponível em:

<<https://www.camara.leg.br/internet/comissao/index/mista/orca/orcamento/or2016/lei/Lei13255-2016.pdf>>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- CONGRESSO NACIONAL. **Lei nº 13.808, estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2019.** 15 Janeiro 2019. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/assuntos/orcamento-1/orcamentos-anuais/2019/loa-2019/lei-no-13808-de-15-de-janeiro-de-2019-loa-2019.pdf/@@@download/file/Lei%20n%C2%BA%2013808,%20de%2015%20de%20janeiro%20de%202019%20-%20LOA%202019.pdf>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- CONGRESSO NACIONAL. **Lei nº13.414, Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2017.** 10 Janeiro 2017. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/internet/comissao/index/mista/orca/orcamento/or2017/lei/Lei13414-2017.pdf>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- CONGRESSO NACIONAL. **Lei nº13.587, estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2018.** 02 Janeiro 2018. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/internet/comissao/index/mista/orca/orcamento/or2018/lei/Lei13587-2018.pdf>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- CONGRESSO NACIONAL. **Lei Orçamentaria Anual nº 12.798, 04 Abril 2013.** Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/internet/comissao/index/mista/orca/orcamento/or2013/lei/L12798-13-VolumeI.pdf>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- CONGRESSO NACIONAL. **Lei Orçamentaria Anual nº 12.952.** 20 Janeiro 2014. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/leis-orcamentarias/loa/2014/texto-da-lei/lei>>. Acesso em: 10 Abril 2019.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **CFM reitera que Brasil tem médicos suficientes para atender o país.** 14 Novembro 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27966:2018-11-15-12-01-32&catid=3>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Conselho Federal de Medicina encaminha manifesto de defesa do SUS às autoridades.** 2013a. disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23628:conselh>

o-federal-de-medicina-encaminha-manifesto-de-defesa-do-sus-as-autoridades&catid=3>.

Acesso em: 19 Março 2019;

- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Para CFM, críticas ao Mais Médicos continuam.** 04 Setembro 2014. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25016:nota-mais-medicos&catid=3>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Para CFM, importação de médicos cubanos é medida eleitoreira e irresponsável.** 21 Agosto 2013b. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24097%3Apara-cfm-importacao-de-medicos-cubanos-e-medida-eleitoreira-e-irresponsavel&catid=3>. Acesso em: 31 Março 2019;

- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Parecer nº 119/97 do Setor Jurídico. Acordo básico de cooperação científica, técnica e tecnológica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cuba– Ajustes complementares ao acordo– Projetos de Cooperação Médica.** Junho nov. 1997. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/notasdespachos/CFM/1997/119_1997.pdf>. Acesso em: 31 Março 2019;

- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.148, Dispõe sobre a homologação da Portaria CME nº 01/2016, que disciplina o funcionamento da CME composta pelo CFM, AMB e CNRM, que normatiza o reconhecimento e o registro das especialidades médicas e respectivas áreas de atuação.** 03 Agosto 2016. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2016/2148_2016.pdf>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. **Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão.** 2019. Disponível em: <<https://esic.cgu.gov.br/sistema/site/index.aspx>>. Acesso em: 31 Março 2019;

- CORTE INTERNACIONAL DE JUSTIÇA. **Reparation for injuries sugered in the service of the United Nations, Advisory Opinion.** Hague, Holanda, 1949. Disponível em: <<http://www.icj-cij.org/docket/files/4/1835.pdf>>. Acesso em: 31 Março 2019;

- CRUMP, J. A.; SUGARMAN, J. **Ethics and Best Practice Guidelines for Training Experiences in Global Health**. Am. J. Trop. Med. v.48; n.6, 06 Dezembro 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.4269/ajtmh.2010.10-0527>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- CUBA- MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Decreto Lei nº 302, modifica a lei 1312 de 1976, lei de imigração cubana**. 14 Janeiro 2013. . Gazeta Oficial de la República de Cuba p. 1357-1360 Disponível em: <<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8950.pdf>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- CUBA- MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Oferta integral para la exportación de servicios asociados a la salud. Escritura pública nº 366- Notaria especial del Ministerio de la Justicia Cubano**. 2011 Outubro 2011. disponível em: <<http://www.smcsalud.cu/smc>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- CUBA- MINISTERIO DE COMERCIO EXTERIOR E INVERSIÓN EXTRANJERA. **Resolución nº 168- Reglamento disciplinario para los trabajadores civiles cubanos que prestan servicios en el exterior como colaboradores**. 2010 Março 2010. Disponível em: <<https://www.scribd.com/document/302757602/RESOLUCION-168-de-2010-Reglamento-Disciplinario>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- CUBA- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Ley de inmigración nº1312**. 20 Setembro 1976. Disponível em: <<https://www.gacetaoficial.gob.cu/html/inmigracion.html>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- DAL POZ, M. R. **A crise da força de trabalho em saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 29, n. 10, p. 1924-1926, Outubro 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE011013> >. Acesso em: 31 Março 2019;
- DATA FOLHA. **Lula lidera no 1º turno; Bolsonaro cresce e empata com Marina em 2º**. 05 Maio 2017. Disponível em: <<http://datafolha.folha.uol.com.br/eleicoes/2017/05/1880342-lula-lidera-no-1-turno-bolsonaro-cresce-e-empata-com-marina-em-2.shtml>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO. **DPU recomenda flexibilização de critérios no Mais Médicos para refugiados**. 20 Outubro 2014. Disponível em:

<<https://dpu.jusbrasil.com.br/noticias/147288513/dpu-recomenda-flexibilizacao-de-criterios-no-mais-medicos-para-refugiados>>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA. **Requalifica-UBS**. 2019. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_requalifica_ubs.php>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- DESCHARNES, R. **A vida Secreta de Salvador Dalí, a conquista do irracional**. New York: [s.n.], 1942;

- DINIZ, S. **O senado federal e a deliberação de atos internacionais no presidencialismo brasileiro**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 27 Outubro 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10724731010>>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- DÜRER, A. **Melencolia I**. 1514. Disponível em: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:D%C3%BCrer_Melancholia_I.jpg>. Acesso em: 22 Março 2019;

- DUSSAULT, G.; FRANCESCHINI, M. C. **Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce**. Human Resources for Health. 27 Maio 2007. Disponível em: <10.1186/1478-4491-4-12>. Acesso em: Março 31 2019;

- EDGE, J. S.; HOFFMANN, S. J. **Empirical impact evaluation of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel in Australia, Canada, UK and USA**. Globalization and Health. v.9: n.60, 14 Novembro 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1744-8603-9-60>>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- FEUERWERKER, L. C. M. **Médicos para o SUS: gestão do trabalho e da educação na saúde no olho do furacão!** Dezembro 2013. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=699099&indexSearch=ID>>. Acesso em: 31 Março 2019;

- **FILIPINAS. Medium Term Development Plan 2001-2004.** Governo das Filipinas Autoridade Econômica Nacional para o Desenvolvimento. Pasig City, 2000. Disponível em: <http://w3.neda.gov.ph/ads/mtpdp/mtpdp_part1.htm>. Acesso em: 31 Março 2019;
- **FOLHA DE SÃO PAULO. Tamanho do SUS precisa ser revisto, diz novo ministro da Saúde, Ricardo Barros.** 17 Maio 2016. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/05/1771901-tamanho-do-sus-precisa-ser-revisto-diz-novo-ministro-da-saude.shtml>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- **FOLHA DE SÃO PAULO. Veja os telegramas nos quais Cuba e governo Dilma negociaram o Mais Médicos.** 22 Novembro 2018. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/11/veja-os-telegramas-nos-quais-cuba-e-governo-dilma-negociaram-o-mais-medicos.shtml>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- **FONSECA, C.M.O. A saúde da criança na política social do primeiro governo Vargas.** Physis, Rio de Janeiro , v. 3, n. 2, p. 97-116, 1993 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311993000200004> Acesso em: 03 Outubro 2019;
- **FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION. América Latine y el Caribe.** 2019. Disponível em: <<http://www.fao.org/3/V8300S/v8300s0o.htm>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- **FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS. Governo Federal celebra programa Mais Médicos,** 31 Julho 2013. Disponível em: <<http://www.fnp.org.br/noticias/item/534-governo-federal-celebra-programa-mais-medicos>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- **FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. O que é SUS?** ISBN: 978-85-7541-453-8, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/livro/o-que-e-o-sus-e-book-interativo>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- **G1. Mais Médicos triplica as vagas de residência em medicina de família, mas dois terços delas estão ociosas.** 03 Dezembro 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/educacao/guia-de-carreiras/noticia/2018/12/03/mais-medicos-triplica-as-vagas-de-residencia-em-medicina-de-familia-mas-dois-tercos-delas-estao-ociosas.ghtml>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- **G1. Saída de Cuba do Mais Médicos afeta 28 milhões de pessoas, diz Confederação dos Municípios.** 15 Novembro 2018. Disponível em:

<<https://g1.globo.com/politica/noticia/2018/11/15/saida-de-cuba-do-mais-medicos-afeta-28-milhoes-de-pessoas-diz-confederacao-dos-municipios.ghtml>>. Acesso em: 08 Novembro 2019;

- GALLEGOS, J. R. **De la era de la migración al siglo de la seguridad: el surgimiento de “políticas de control con rostro (in)humano”**. URVIO, Quito , n. 23, p. 10-28, dic. 2018. Acesso em: 07 Outubro 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17141/urvio.23.2018.3745> ;

- GUIMARÃES, R. **Mais Médicos: uma vereda para os nossos grandes sertões**. Agosto 2013. Disponível em: <<http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/mais-medicos-uma-vereda-para-os-nossos-grandes-sertoos/>>. Acesso em: 31 Março 2019;

- HOWARD-JONES, N. **The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851-1938**. 1975. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62873/14549_eng.pdf;jsessionid=19D69F9B9362B4BBD3D5FF107A14ADC3?sequence=1>. Acesso em: 31 Março 2019;

- IJSEELMUIDEN, C. B. et al. **Evolving values in ethics and global health research**. Global Public Health v.: 5;n. 2; p. 154-163, 08 Março 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/17441690903436599>>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Setembro 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- IRIDALE, R. **The Migration of Professionals: Theories and Typologies**, 28 Junho 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/1468-2435.00169>>. Acesso em: 31 Março 2019;

- IVAKHNYUK , I. **Brain drain from Russia: in search for a solution**. 2006. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/11870450.pdf>>. Acesso em: 31 Março 2019;

- KICKBUSCH, I. **Global health diplomacy: how foreign policy can influence health.** BMJ 2011;342:d3154, 10 junho 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.d3154>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- MACIEL FILHO, R. Teses- Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Estratégias para distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro.** 10 Abril 2007. Disponível em: <http://www.bdt.d.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=7035>. Acesso em: 31 Março 2019;
- MARCHAL, B.; KEGELS, G. **Health workforce imbalances in times of globalization: brain drain or professional mobility?** Int J Health Plann Manage.Suppl 1:S89-101., 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/hpm.720>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- MATTOS, R. **Desenvolvendo e oferecendo idéias: um estudo sobre a elaboração de propostas de política de saúde no âmbito do Banco Mundial.** Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título. CDU 061.1(100)(091)(043.2); 2, 2000. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=281676&indexSearch=ID>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- MERELLI, I. et al. **Managing, Analysing, and Integrating Big Data in Medical Bioinformatics: Open Problems and Future Perspectives.** BioMed Research International, 01 Setembro 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1155/2014/134023>>. Acesso em: 15 Janeiro 2019;
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Evolução do número de vagas para Residências Médicas aprovadas no Brasil: R1 todas as especialidades.** 2018. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=103131-evolucao-de-vagas-2014-2018-especialidades&category_slug=novembro-2018-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Evolução número de vagas de residência médica autorizadas no Brasil para R1 em Medicina de Família e Comunidade.** 2018. Disponível

em:http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=103121-evolucao-de-vagas-2014-2018-mfc&category_slug=novembro-2018-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- **MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Portaria 1.209, Dispõe sobre as regras e os procedimentos a serem realizados para a oferta de financiamento estudantil mediante o Fundo de Financiamento Estudantil e o Programa de Financiamento Estudantil.** 19 Novembro 2018. Disponível em: <<http://fies.mec.gov.br/arquivos/portaria1209.pdf>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- **MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Solicitação do orçamento anual e ações programáticas direcionadas para MEC para execução do Programa Mais Médicos ESIC 23480014858201839.** 24 Junho 2018b. Disponível em: <<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/SitePages/principal.aspx>>. Acesso em: 22 Março 2019;
- **MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Solicitação do quantitativo de tutores e supervisores do MEC e especialização ESIC 23480017748201829.** 14 Agosto 2018a. disponível em: <<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/SitePages/principal.aspx>>. Acesso em: Março 28 2019;
- **MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. Resolução CIT n° 17, Estabelece o descredenciamento de Município do Programa Mais Médicos que promovam, apoiem ou incentivem, por meio de declaração, ofício ou outro documento congênere, a judicialização para a permanência de profissionais cooperados.** 25 Maio 2017. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20237111/do1-2017-05-26-resolucao-n-17-de-25-de-maio-de-2017-20237070>. Acesso em: 31 Março 2019;
- **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acervo pessoal.** 2014a. Acesso em: 10 Abril 2019;
- **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Apresentação ppt Medida Provisória 723 Presidência da República.** Acervo Pessoal, 29 Abril 2016a. Acesso em: 10 Abril 2019;
- **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasileiros preenchem 95% das vagas do Programa Mais Médicos no Maranhão.** 05 Março 2015. Disponível em:

<<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/geral/35236-brasileiros-preenchem-95-das-vagas-do-programa-mais-medicos-no-maranhao>>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cartilha Mais Médicos**. 2018a. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/13/Cartilha-Mais-Medicos-WEB.pdf>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conselho Nacional de Saude- CNS. Resolução nº 510, novo regramento do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa**, 07 Abril 2016b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>. Acesso em: 31 Março 2019;.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Instrumentos Bilaterais entre Brasil e Cuba**. 2019a. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/assessoria-internacional/relacoes-bilaterais/cuba>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mais Médicos- Resultados para o país**, 2019c. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/resultados-para-o-pais>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 1.337, Estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada**. 13 Junho 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1377_13_06_2011.html>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Provab em números**. 2016b. Disponível em: <<https://www.tudosobreprovab.com.br/estatisticas>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Seminário nacional sobre escassez, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e de maior vulnerabilidade**, Abril 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_escassez_profissionais_areas_remotas.pdf>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Solicitação (1º recurso) de informações sobre ações Pedagógicas Mais Médicos Nota técnica nº 68/2018-CGEAP/DEPREPS/SGTES/MS**

ESIC 2638004. 31 Maio 2018e. Disponível em: <<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/SitePages/principal.aspx>>. Acesso em: 27 Março 2019;

- **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Solicitação (1º Recurso) de informações sobre gastos mais médicos Nota técnica nº 11/2018-SGTES/CGPLAN/SGTES/MS ESIC nº 2674865.** 19 Setembro 2018g. Disponível em: <<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/SitePages/principal.aspx>>. Acesso em: 27 Março 2019;

- **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Solicitação (1º recurso) de orçamento Programa Mais Médicos 2013-2018 Nota Técnica nº 13/2018-SGTES/CGPLAN/SGTES/MS ESIC nº 2674865.** 19 Julho 2018b. Disponível em: <<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/SitePages/principal.aspx>>. Acesso em: 27 Março 2019;

- **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Solicitação (1º recurso) de Processos com respeito ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. Nota técnica nº 452/2018-SGTES/GAB/SGTES/MS ESIC nº 2586120 - RECURSO 1ª INSTÂNCIA.** 10 Maio 2018i. Disponível em: <<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/SitePages/principal.aspx>>. Acesso em: 31 Março 2019;

- **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Solicitação (1º recurso) informações sobre ações Pedagógicas Mais Médicos Nota técnica nº 68/2018-CGEAP/DEPREPS/SGTES/MS ESIC 2638004.** 15 Junho 2018c. Disponível em: <<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/SitePages/principal.aspx>>. Acesso em: 27 Março 2019;

- **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Solicitação [Requalifica UBS] Empenho executado para as UBS's, que possuem participantes Mais Médicos discriminado por ano (2013, 2014,2015, 2016,2017,2018) Protocolo ESIC 25820005386201851.** 28 Setembro 2018a. Disponível em: <<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/SitePages/principal.aspx>>. Acesso em: 27 Março 2019;

- **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Solicitação de informações sobre a especialização Ead Nota Técnica nº65/2018-CGEAP/DEPREPS/SGTES/MS ESIC 4035493.** 31 Maio

2018d. Disponível em:
<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/SitePages/principal.aspx>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- **MINISTERIO DA SAÚDE. Solicitação de informações sobre atos legislativos e normativos e processos oriundos do Executivo, Legislativo e Judiciário Nota Técnica nº 439/2018-SGTES/GAB/SGTES/MS Referência: E-SIC nº 2586120.** Brasília, p. 4, 30 Abril 2018f. Disponível em:
<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/SitePages/principal.aspx>. Acesso em: 21 Março 2019. <http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/SitePages/principal.aspx>;

- **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Solicitação de informações sobre Resolução CIT nº 17, de 25 de maio de 2017 Nota técnica nº 175/2018-CGPS/DEPREPS/SGTES/MS ESIC 2673212.** 17 Julho 2018h. Disponível em:
<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/SitePages/principal.aspx>. Acesso em: 31 Março 2019;

- **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Solicitação de ofício OPAS sobre o encerramento da Cooperação Triangular Nota Técnica nº 75/2019-SGTES/GAB/SGTES/MS ESIC nº 2908243.** 18 Janeiro 2019b. Disponível em:
<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/SitePages/principal.aspx>. Acesso em: 31 Março 2019;

- **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Solicitação do Convenio de Cooperación Técnica entre el Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba y la Organización Panamericana de la Salud nota técnica nº 456/2018-SGTES/GAB/SGTES/MS ESIC nº 2613526.** 14 Maio 2018j. Disponível em:
<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/SitePages/principal.aspx>. Acesso em: 31 Março 2019;

- **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Solicitação do orçamento Programa Mais Médicos 2013-2018 Nota Técnica nº 9/2018-SGTES/CGPLAN/SGTES/MS ESIC nº 2674865.** 26 Junho 2018m. Disponível em:
<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/SitePages/principal.aspx>. Acesso em: 27 Março 2019;

- **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Solicitação do quantitativo de intercambistas cooperados desligados voluntariamente Nota técnica nº 126/2018-CGPS/DEPREPS/SGTES/MS ESIC 25820002679201886.** 10 Maio 2018n. Disponível em: <<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/SitePages/principal.aspx>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Solicitação do quantitativo de médicos cooperados desligados voluntariamente e o quantitativo de médicos e cronograma de execução da diminuição da cooperação Nota Técnica nº 126/2018-CGPS/DEPREPS/SGTES/MS ESIC 25820002679201886.** 28 Março 2018n. Disponível em: <<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/SitePages/principal.aspx>>. Acesso em: 27 Março 2019;
- **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Solicitação do quantitativo e gênero dos participantes do PMMB Nota Técnica nº 96/2018-CGPS/DEPREPS/SGTES/MS ESIC 2562673,** 13 Abril 2018l. Disponível em: <<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/SitePages/principal.aspx>>. Acesso em: 31 Março 2018;
- **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Solicitação do quantitativo e gênero dos participantes do PMMB Nota Técnica nº 96/2018-CGPS/DEPREPS/SGTES/MS ESIC 2562673.** 13 Abril 2018o. Disponível em: <<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/SitePages/principal.aspx>>. Acesso em: 31 Março 2018;
- **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Solicitação sobre documentos de monitoramento do Código Global Nota técnica nº 482/2018-SGTES/GAB/SGTES/MS E-SIC 2586494,** 11 Julho 2018p. Disponível em: <<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/SitePages/principal.aspx>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Solicitação sobre execução, universalização e perfil dos residentes ESICnº 2650089 Nota Técnica 71/2018-CGEAP/DEPREPS/SGTES/MS.** 25 Junho 2018q. Disponível em: <<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/SitePages/principal.aspx>>. Acesso em: 31 Março 2019;

- **MINISTERIO DA SAÚDE. Solicitação sobre os atos legislativos e normativos e processos Nota Técnica nº 439/2018-SGTES/GAB/SGTES/MS ESIC nº 2586120.** Brasília, p. 4, 30 Abril 2018r. Disponível em: <<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/SitePages/principal.aspx>>. Acesso em: 21 Março 2019;
- **MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES. Solicitação Convênio OPAS-CUBA Ac.: Agência Brasileira de Cooperação ESIC 09200000356201807, 25 Maio 2018.** Disponível em: <<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/SitePages/principal.aspx>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- **MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES. Solicitação Telegramas Publicados Folha de São Paulo 22-nov-2018 ESIC 09200000999201842.** 22 Janeiro 2019. Disponível em: <<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/SitePages/principal.aspx>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Programa Mais Médicos é Constitucional, decide STF.** 30 Novembro 2017. disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/pgr/noticias-pgr/programa-mais-medicos-e-constitucional-decide-stf>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- **MONTEKIO, V. B.; MEDINA, G.; AQUINO, R. Sistema de salud de Brasil. Salud Publica Mexico.** Vol. 53 s. 2, Cuernavaca, p. 120-131, 05 Janeiro 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/spm/2011.v53suppl2/s120-s131/#ModalArticles>>. Acesso em: 10 Abril 2019. https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800008&lang=en#ModalArticles;
- **MOULIN, C. Eppure si muove: mobilidade humana, cidadania e globalização.** Rio de Janeiro , v. 33, n. 1, p. 9-17, Junho 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-85292011000100001>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- **NAÇÕES UNIDAS. The Millennium Development Goals Report.** 2007. disponível em: <<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg2007.pdf> >. Acesso em: 10 Abril 2019;

- NAVARRO, J. C. A. **O Acordo TRIPS e suas repercussões sobre o acesso a medicamentos. O caso do HIV/AIDS no Brasil e no México: "direito de patente" vs. "direito à vida".** 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/84/84131/tde-05112012-112116/pt-br.php>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA-UFMG. **EPSM demonstra quadro de escassez de médicos antes e depois do programa Mais Médicos no Brasil.** 09 Outubro 2014. disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/apresentacao-em-congresso-demonstra-quadro-de-escassez-de-medicos-antes-e-depois-do-programa-mais-medicos-no-brasil/>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- OLIVEIRA, F. P. D. et al. **Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional.** Interface (Botucatu), Botucatu , v. 19, n. 54, p. 623-634, Setembro 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1142>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- OOMS, G.; HAMMONDS, R.; DAMME, W. V. **Global Health: what it has been so far, what it should be, and what it could become.** 2011. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Gorik_Ooms/publication/259488028_Ooms_et_al_Global_Health/data/0c96052c378de87605000000/110901-SHSOP-Ooms-et-al-Global-Health.pdf>. Acesso em: 31 Março 2019;
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **UN Operational Rates of Exchange.** 2019. disponível em: <<https://treasury.un.org/operationalrates/OperationalRates.php>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **International Migration Health and Human Rights.** 2013. Disponível em: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication.pdf>. Acesso em: 31 Março 2019;
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E INTERNACIONAL DO TRABALHO. **International Migration, Health, and Human Rights,** Dezembro 2003. ISSN Issue No.4. disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42793/9241562536.pdf>>. Acesso em: 31 Março 2019;

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constitution of the World Health Organization**. 22 Julho 1946. Disponível em: <<https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Kampala Declaration and Agenda for Global Action. Health Workers for All and All for Health Workers**, 07 Março 2008. Disponível em: <http://www.who.int/workforcealliance/Kampala_declaration_final.pdf>. Acesso em: 31 Março 2019;
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World Health Organization Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel**. Sixty-third World Health Assembly - WHA63.16, Maio 2010. Disponível em: <<https://www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO COMERCIO. **General Agreement on Trade in Services**. 1995. Disponível em: <https://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/legal_e.htm#services>. Acesso em: 31 Março 2019.
- ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **69th session of the regional committee for the Americas**. 25 Setembro 2017. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34467/CSP29-OD354-e.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **80º Termo de Cooperação Técnica Acesso da população brasileira à atenção básica em saúde**, 26 Abril 2013. Disponível em: <http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/428828/RESP_OSTA_PEDIDO_TC%2080.pdf>. Acesso em: 31 Março 2019;
- ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Budget and Financing**, 2019a. disponível em: <<https://open.paho.org/2018-19/budget-and-financing>>. Acesso em: 21 Maio 2019;
- ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Constitution of the Pan American Health Organization**, 02 Outubro 1947. Disponível em:

<http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/OD_308_ch4.pdf>. Acesso em: 31 Março 2019;

- ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Fotógrafo retrata atuação dos profissionais do Mais Médicos.** 26 Abril 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5079:fotograf-retrata-atuacao-dos-profissionais-do-mais-medicos&Itemid=347>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Linha do Tempo Médicos Cooperados.** 2019. disponível em: <<https://simm.campusvirtualsp.org/pt-br/linha-tempo>>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Mais Médicos: profissionais cubanos da cooperação internacional sairão do Brasil até 12 de dezembro.** 19 Novembro 2018b. Disponível em: <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-de-dezembro&Itemid=347>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Ofício BRA/ PWR/ 62/ 124/ 18, informa a indisponibilidade de acesso ao Termo de Cooperação entre OPAS e o Governo Cubano.** 10 Maio 2018a. Acesso em: 31 Março 2019;

- ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **OMS aprova Código de Prática de Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde.** 21 Maio 2010. disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1239:oms-aprova-codigo-de-pratica-de-recrutamento-internacional-de-profissionais-de-saude&Itemid=844>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **OPAS/OMS no Brasil,** 2019a. disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=885:opas-oms-no-brasil&Itemid=672>. Acesso em: 31 Março 2019;

- ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Programa de Líderes em Saúde Internacional Edmundo Granda Ugalde**. 2014. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=867:programa-de-lideres-em-saude-internacional-edmundo-granda-ugalde&Itemid=347>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Recursos Críticos: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988)**. 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.7476/9788575412923>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** 27 Dezembro 2018. Disponível em: <<https://apsredes.org/download/13154/>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Termos de Cooperação Técnica OPAS/Brasil**. 2019b. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=756&Itemid=610>. Acesso em: 31 Março 2019.
- ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **Health at a Glance**. 2013a. ISSN: 19991312 (online). Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013_health_glance-2013-en>. Acesso em: 31 Março 2019;
- ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **Migração Mundial em Números**. 04 Outubro 2013b. disponível em: <<http://www.oecd.org/els/mig/PORTUGUESE.pdf>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- OSA, A. D. L. **Um olhar para a saúde pública cubana**. Estud. Vol.25, n.72, pp. 89-96, Agosto 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142011000200008>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- PAIM, J. et al. **The Brazilian health system: history, advances, and challenges**. The Lancet 2011. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)>. Acesso em: 06 Fevereiro 2019;

- **PARTIDO DO MOVIMENTO DEMOCRÁTICO BRASILEIRO. Uma Ponte para o Futuro**, 29 Outubro 2015. Disponível em: <<https://www.fundacaoulysses.org.br/wp-content/uploads/2016/11/UMA-PONTE-PARA-O-FUTURO.pdf>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- **PINTO, A. D.; UPSHUR, R. E. G. Global Health Ethics for Students**. Developing World Bioethics. v.9; n.1, 19 Março 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1471-8847.2007.00209.x>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- **POGGE, T. What is Global Justice?** Revista de Economía Institucional v.; 10; n. 19, 16 Dezembro 2008. Disponível em: <<https://ssrn.com/abstract=1316870>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- **PORTAL DA TRANSPARÊNCIA. Valores empenhados (2015-2019) PMMB-Ministério da Defesa**. 2019. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/despesas/consulta?programaGoverno=35&de=01%2F01%2F2015&ate=31%2F12%2F2015&ordenarPor=meseAno&direcao=desc>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- **PORTAL DO MÉDICO. A questão dos médicos estrangeiros no Brasil**. Dezembro nov. 1999. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/jornal/012000/BrasilMedico.htm>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- **RASELLA, D. et al. Mortality associated with alternative primary healthcare policies: a nationwide microsimulation modelling study in Brazil**. BMC Med v.17; n.82, 26 Abril 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12916-019-1316-7>>. Acesso em: 04 Maio 2019;
- **REVISTA FÓRUM. Entidades repudiam atuação de Bolsonaro no caso Mais Médicos**. 15 Novembro 2018. Disponível em: <<https://www.revistaforum.com.br/entidades-repudiam-atuacao-de-bolsonaro-no-caso-mais-medicos/>>. Acesso em: 08 Maio 2019;
- **RUGER, J. P. Ethics and governance of global health inequalities**. J Epidemiol Community Health, 19 Outubro 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.041947>>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- SALSBERG, E.; GROVER, A. **Physician Workforce Shortages: Implications and Issues for Academic Health Centers and Policymakers**. Academic Medicine. v. 81, n.9, Setembro 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16936479>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- SECRETARIA DA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Editai SGTES/MS nº. 39, adesão de médicos ao Projeto Mais Médicos para o Brasil**. 08 Julho 2013c. Disponível em: <<https://sistemas.mre.gov.br/kitweb/datafiles/Miami/en-us/file/Editai%20n%20%2039%20%20Ades%C3%A3o%20de%20M%C3%A9dicos%20a%20Programa%20Mais%20M.pdf>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- SECRETARIA DA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Portaria nº14, altera a sigla da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, instituída pela Portaria nº 26, de 21 de setembro de 1.999 e atualiza o Quadro das Estações de Trabalho de que trata a Portaria nº 12, de 06 de maio de 2008**. 29 Novembro 2010. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2010/prt0014_29_11_2010.html>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- SECRETARIA DE GESTÃO DE TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Editai SGTES/MS nº. 04, adesão de médicos ao Projeto Mais Médicos para o Brasil**. 16 Janeiro 2014b. Disponível em: <http://189.28.128.100/maismedicos/Editai_04_MAIS_MEDICOS.pdf>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Comunicados aos Participantes do PMMB em DSEI's**, 2019b. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/images/informes/2018/Informe-n02_medicos_PMMB.pdf>. Acesso em: 10 Abril 2019.
- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Editai nº 39, adesão de médicos aos programas de provisão de médicos do ministério da saúde**. 08 Julho 2013a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/janeiro/22/editai-39-2013-maismedicos-.pdf>>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Edital SGTES nº50, Dispõe sobre a Adesão do Distrito Federal e do Municípios no Projeto Mais Médicos para O Brasil. (2ª Chamada).** 16 Agosto 2013d. Disponível em: <http://189.28.128.100/maismedicos/edital_50.pdf>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Edital SGTES/MS nº. 49, adesão de médicos ao Projeto Mais Médicos para o Brasil.** 16 Agosto 2013e. Disponível em: <http://189.28.128.100/maismedicos/edital_49.pdf>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Edital SGTES/MS nº. 63, adesão de médicos ao Projeto Mais Médicos para o Brasil.** 27 Novembro 2013f. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/depreps/2013/prt0001_02_12_2013.html>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Edital SGTES nº22, adesão de municípios no Projeto Mais Médicos para o Brasil.** 31 Março 2014a. disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/01/Edital-22-MM-municipios-31-03-2014.pdf>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Edital nº 15, renovação e confirmação de adesão de municípios ao programas de provisão de médicos do Ministério da Saúde.** 02 Outubro 2015a. Disponível em: <http://189.28.128.100/maismedicos/edital_15_2015.pdf>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Edital SGTES/MS nº. 02, adesão de médicos aos programas de provisão de médicos do Ministério da Saúde- Projeto Mais Médicos para o Brasil e Programa de Valorização da Atenção Básica.** 15 Janeiro 2015b. Disponível em: <<http://189.28.128.100/maismedicos/EDITAL-INSCRICAO-PROFISSIONAIS-SGP-2015.pdf>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Edital SGTES/MS nº. 1, adesão de municípios ao programas de provisão de médicos do Ministério da Saúde.** 15 Janeiro 2015c. Disponível em:

<<http://189.28.128.100/maismedicos/EDITAL-ADESAO-MUNICIPIOS-SGP-2015.pdf>>.

Acesso em: 10 Abril 2019;

- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Edital SGTES/MS nº. 10, adesão de médicos aos programas de provisão de médicos do Ministério da Saúde.** 10 Julho 2015d. Disponível em: <http://189.28.128.100/maismedicos/edital_10.pdf>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Edital SGTES/MS nº. 16, adesão de médicos aos programas de provimento de médicos do Ministério da Saúde.** 02 Outubro 2015e. Disponível em: <http://189.28.128.100/maismedicos/edital_16_2015.pdf>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Edital SGTES/MS nº 12, adesão de médicos aos programas de provisão do Ministério da Saúde para o Município de São Paulo.** 10 Maio 2016a. Disponível em: <http://189.28.128.100/maismedicos/Edital_n12-2016.pdf>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Edital SGTES/MS n. 18, renovação da adesão de municípios e do Distrito Federal ao programa de provisão de médicos do Ministério da Saúde- Projeto Mais Médicos para o Brasil.** 10 Novembro 2016a. Disponível em: <http://189.28.128.100/maismedicos/Edital-MUNICIPIOS-PMMB_13-Ciclo.pdf>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Edital SGTES/MS nº1, renovação de adesão de municípios aos programas de provisão de médicos do Ministério da Saúde, 08 Janeiro 2016b.** Disponível em: <http://189.28.128.100/maismedicos/edital_1_2016_adesao_de_municipios_programas_de_provisao.pdf>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Edital SGTES/MS nº 11, manifestação de interesse na prorrogação da adesão de médicos participantes ao projeto mais médicos para o Brasil do Ministério da Saúde.** 04 Maio 2016c. Disponível em: <http://189.28.128.100/maismedicos/Edital-11-de-04_05_2016-Prorrogacao-Adesao-PMMB.pdf>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Edital SGTES/MS nº 14, adesão de médicos aos programas de provisão de médicos do Ministério da Saúde.** 21 Julho 2016d. Disponível em: <http://189.28.128.100/maismedicos/edital_14_2016.pdf>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Edital SGTES/MS nº 15, renovação da adesão de municípios aos programas de provisão de médicos do Ministério da Saúde.** 21 Julho 2016e. Disponível em: <http://189.28.128.100/maismedicos/edital_15_2016.pdf>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Edital SGTES/MS nº. 2, adesão de médicos aos programas de provisão de médicos do Ministério da Saúde.** 08 Janeiro 2016f. Disponível em: <http://189.28.128.100/maismedicos/edital_2_2016_adesao_medicos_programas_de_provisao.pdf>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Edital SGTES/MS nº. 7, da adesão e renovação de municípios aos programas de provisão de médicos do ministério da saúde.** 14 Abril 2016g. Disponível em: <<http://189.28.128.100/maismedicos/EDITAL-N-07-2016-Adesao-e-renovacao-de-municipios.pdf>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Edital SGTES/MS nº. 8, adesão de médicos aos programas de provimento de médicos do Ministério da Saúde.** 14 Abril 2016h. Disponível em: <<http://189.28.128.100/maismedicos/EDITAL-N-08-2016-Adesao-Medicos-PROVAB-e-PMMB.pdf>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Edital nº 12, (Adesão de médicos ao Projeto Mais Médicos para o Brasil).** 27 Novembro 2017a. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/images/PDF/EDITAL-MEDICOS-PMMB-15-CICLO.pdf>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Edital SGTES/MS n. 03, adesão de médicos a programa de provisão de médicos do Ministério da Saúde- Projeto Mais Médicos para o Brasil.** 19 Abril 2017b. Disponível

em: <http://189.28.128.100/maismedicos/Edital-3_Adesao-de-Medicos-ao-MAIS-MEDICOS_publicado.pdf>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Edital SGTES/MS n. 04, da renovação da adesão de municípios e do Distrito Federal ao programa de provisão de médicos do Ministério da Saúde- Projeto Mais Médicos para o Brasil.** 19 Abril 2017c. Disponível em: <http://189.28.128.100/maismedicos/Edital-4_Renovacao-de-Adesao-de-Municipios-e-DF-ao-MAIS-MEDICOS_Publicado.pdf>.

Acesso em: 10 Abril 2019;

- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Edital SGTES/MS n. 12, adesão de médicos ao programa de provimento de médicos do Ministério da Saúde- Projeto Mais Médicos para o Brasil.** 27 Novembro 2017d. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/images/PDF/EDITAL-MEDICOS-PMMB-15-CICLO.pdf>>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Edital nº 18, adesão de médicos ao Programa de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde - Projeto Mais Médicos para o Brasil.** 19 Novembro 2018a. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/images/Edital-SGTES_MS-18-19-novembro-2018_Medicos-CRM_-PMMB.pdf>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Edital nº 19, adesão de médicos ao programa de provisão de médicos do Ministério da Saúde – Projeto Mais Médicos para o Brasil.** 22 Novembro 2018b. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/images/Sgtes-Edital-19---Adesao-ao-PMM-COMPLEMENTACAO.pdf>>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Edital nº 22, adesão de médicos ao programa de provisão de médicos do Ministério da Saúde – Projeto Mais Médicos para o Brasil.** 07 Dezembro 2018c. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/images/PDF/Edital-17-CICLO_-PMMB_SUBST-COOPER_CRM_INTERCAMBISTA-BRAS-e-ESTRG.pdf>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Edital SGTES/MS n. 13, da renovação da adesão de municípios e do Distrito Federal ao programa de provisão de médicos do Ministério da Saúde- Projeto Mais Médicos**

para o Brasil. 16 Agosto 2018d. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/images/PDF/EDITAL-MUNICIPIOS-PMMB-15-CICLO.pdf>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Editai SGTES/MS nº13, consulta aos municípios para manifestação de interesse em eventual participação no programa de provisão de médicos do Ministério da Saúde-Projeto Mais Médicos para o Brasil.** 16 Agosto 2018e. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/images/PDF/Editai-Manifestacao-de-Interesse-PMMB-Municipios-Nao-Aderidos.pdf>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Editai nº 7, prorrogação da adesão dos médicos formados em Instituições de Educação Superior brasileiras e estrangeiras, participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil nas chamadas regidas pelo Editai SGTES/MS nº 2, de 8 de 8 de janeiro de 2016.** Fevereiro 2019a. Disponível em: http://maismedicos.gov.br/images/PDF/EDITAI_PRORROGACAO-PMMB-_9-e-10-ciclos_26.02.2019_1.pdf. Acesso em: 10 Abril 2019;

- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Editai SGTES/MS nº. 38, adesão de municípios,** 08 Julho 2013b. disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2013/setembro/30/editai-38-adesao-municipios.pdf>. Acesso em: 10 Abril 2019;

- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Mais Médicos- Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros.** 2015d. Disponível em: http://maismedicos.gov.br/images/PDF/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf. Acesso em: 10 Abril 2019;

- SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Solicitação [Mais Médicos Novembro 2018 à Março 2019] Quantitativo de inscritos e planejamento estratégico do Programa (Médicos pelo Brasil) ESIC 25820002906201954.** 06 Maio 2019. Disponível em: <http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/SitePages/principal.aspx>. Acesso em: 08 Maio 2019;

- SENADO FEDERAL. **Apresentação Mais Médicos**, 08 Abril 2015. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento/download/f96c89f0-fb68-441e-a784-e52db3ae21d0>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- SENADO FEDERAL. **O processo de Impeachment no Senado Federal**, 19 Março 2016. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/plenario/discursos/escrevendohistoria/destaque-de-materias/impeachment-da-presidente-dilma/o-processo-de-impeachment-no-senado-federal>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- SENADO NOTÍCIAS. **Impeachment de Dilma Rousseff marca ano de 2016 no Congresso e no Brasil**. 28 Dezembro 2016. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/12/28/impeachment-de-dilma-rousseff-marca-ano-de-2016-no-congresso-e-no-brasil>>. Acesso em: 10 abril 2019;
- STILWELL, B. et al. **Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges**. Human Resources for Health v.1; n.8, Outubro 28 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1478-4491-1-8>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Ação Direta de Inconstitucionalidade 5037, Projeto Mais Médicos para o Brasil**. 23 Agosto 2017a. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/downloadTexto.asp?id=4453931&ext=RTF>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5035, Projeto Mais Médicos para o Brasil**, 28 Agosto 2017b. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/downloadTexto.asp?id=4453931&ext=RTF>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- TAGCROWD. **Create your own word cloud from any text to visualize word frequency**. 2019. Disponível em: <<https://tagcrowd.com/>>. Acesso em: 15 Fevereiro 2019;
- TAYLOR JR., D. H.; ESMAIL, A. **Retrospective analysis of census data on general practitioners who qualified in South Asia: who will replace them as they retire?** BMJ, p. 306-318 30 Janeiro 1999. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.318.7179.306>>. Acesso em: 31 Março 2019;

- TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO 10º REGIÃO. **Indenização por danos morais. Responsabilidade Solidária/ Subsidiária das Reclamadas. Número do processo: RO-0000062-40.2017.5.10.0002.** 28 Março 2019. Disponível em: <<http://pje.trt10.jus.br/segundograu/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=18120418454904000000005756598>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL. **Consulta 2º Turno Eleição Ordinária Federal, 2018.** Disponível em: <<http://divulga.tse.jus.br/oficial/index.html>>. Acesso em: 08 Maio 2019.
- TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL. **Plenário do TSE proclama resultado definitivo do segundo turno da eleição presidencial.** 09 Dezembro 2014. Disponível em: <<http://www.tse.jus.br/imprensa/noticias-tse/2014/Dezembro/plenario-do-tse-proclama-resultado-definitivo-do-segundo-turno-da-eleicao-presidencial>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- U.S. CITIZENSHIP AND IMMIGRATION SERVICES. **Cuban Medical Professional Parole Program,** 2019. Disponível em: <<https://www.uscis.gov/humanitarian/humanitarian-parole/cuban-medical-professional-parole-cmpp-program>>. Acesso em: 10 Abril 2019;
- UNITED NATIONS. **Convention on privileges and immunities of the United Nations.** 13 Fevereiro 1946. Disponível em: <<https://www.un.org/en/ethics/pdf/convention.pdf>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- VEJA ACERVO DIGITAL. **Revista Veja,** 20 Outubro 1999. Disponível em: <<https://complemento.veja.abril.com.br/acervodigital/index-novo-acervo.html>>. Acesso em: 31 Março 2019;
- VENTURA, D. D. F. L. **Da emergência de um direito ao direito da emergência: o caso da pandemia de gripe A(H1N1) 2009-2010.** Tese [Livre Docência]- Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo. São Paulo: [s.n.], 2010;
- VERTOVEC, S. **Transnational networks and skilled labour migration.** 15 Fevereiro 2002. Disponível em: <<http://www.transcomm.ox.ac.uk/working%20papers/WPTC-02-02%20Vertovec.pdf>>. Acesso em: 31 Março 2019;

- WIKIMEDIA COMMONS. **Francesco Salviati: L'Ange de la Justice**. 2019. Disponível em: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Francesco_Salviati_-_L%27Ange_de_la_Justice.jpg>. Acesso em: 31 Maio 2019;
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3a. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ANEXOS

ANEXO 01. Confirmação de recebimento por parte da Organização Mundial Da Saúde da pesquisa sobre o Código Global

segunda-feira, 30 de julho de 2016 18:15:22 Horário Padrão de Brasília

Subject: Confirmation of your participation in our survey

Date: sexta-feira, 29 de janeiro de 2016 17:02:59 Horário Padrão de Brasília

From: Health Workforce Department (HWF)

To:

Dear

This email is to confirm that you have completed the survey titled National Reporting Instrument - 2015 and your response has been saved.

Thank you for participating. If you have any further questions about this email, please contact Health Workforce Department (HWF) on hrhinfo@who.int.

Best wishes,

Jim Campbell Director,

Health Workforce,

World Health Organization.

Avenue Appia 20 | CH1211 Geneva | Switzerland

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018p)

ANEXO 02. Solicitação de informações sobre denúncia do CFM a respeito do Programa Mais Médicos

On Mon, May 21, 2018 at 3:41 PM Canestrelli, Ana Paula <canestrelli@ilo.org> wrote:

Prezado Mateus,

Obrigada por entrar em contato com o Escritório da OIT em Brasília. Como denúncias ao sistema normativo da OIT são submetidas diretamente à sede da organização em Genebra, nós não temos acesso a elas. Sugerimos que você entre em contato com o próprio Conselho Federal de Medicina que apresentou a denúncia.

Atenciosamente,

Ana Paula Canestrelli

Oficial de Comunicação e Informação Pública

Escritório da OIT no Brasil

SEN Lote 35 - Brasília, DF - 70800-400

Tel: +55 61 2106 4625 / Email: canestrelli@ilo.org

Skype: anapaulacanestrelli

www.oit.org.br

ANEXO 03. Solicitação Convenio OPAS-CUBA ofício OPAS/ BRA_PWR_62_124_18

REFERÊNCIA: BRA/PWR/62/124/18

10 de maio de 2018

À Senhora
Deisy de Freitas Lima Ventura
Vice-Coordenadora do Programa de Saúde Global e Sustentabilidade
Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo
Av. Dr. Arnaldo, 715
São Paulo, SP
01246-904

Prezada Senhora,

Em resposta à sua carta de 8 abril de 2018, solicitando uma cópia do Convênio de Cooperação Técnica entre o Ministério de Saúde Pública da República de Cuba e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) para a ampliação do acesso da população brasileira à atenção básica de saúde, informo que não poderemos atender sua solicitação considerando que o documento não é público, e sim um acordo internacional firmado entre a OPAS/OMS e um de seus Estados Membros.

Atenciosamente,

Joaquín Molina
Representante da OPAS/OMS no Brasil

JM/LCC/as

ANEXO 04. Certificado de participação no Programa Líderes em Saúde Internacional Edmundo Granda Ugalde OPAS/ WHO

Certificado de participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

Mateus Falcão Martins Matos

ha completado y Aprobado el

Programa de Líderes en Salud Internacional Edmundo Granda Ugalde

ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública,
del 20 de mayo de 2014 al 30 de enero de 2015.

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://cursos.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=0168c0a0-485c-11e6-8fd7-6f91eeb43d8b>

Organización
Panamericana
de la Salud

Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Emitido Julio, 2016

Dra. Carissa F. Etienne
Directora, OPS/OMS

ANEXO 05. Manifesto de Belém Conselho Federal de Medicina

OFÍCIO Nº 5.158/2018 – COJUR/CFM

Brasília-DF, 15 de junho de 2018.

Ao Senhor
Mateus Falcão Martins Matos
 mmatos@usp.br

Assunto: Programa mais médicos.

Prezado Senhor,

1. Acusamos o recebimento da correspondência, protocolizada neste Conselho Federal sob o nº 4679/2018, ratificada pela correspondência nº 5880/2018, no qual é solicitada "a denúncia em sua íntegra realizada junto à Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) referente à alegação de descumprimento do Código Global de Práticas de Recrutamento de Pessoal da Saúde da Organização Mundial da Saúde pelo Programa Mais Médicos para o Brasil do Governo Federal"

2. Informamos que este Conselho Federal de Medicina encaminhou as todas denúncias recebidas neste órgão, através dos Ofícios CFM nº 9644/2013 – PRESI e 2304/2013 (cópias anexas), não tendo ficado arquivada a íntegra das referidas denúncias.

3. Aproveitamos a oportunidade para renovar nossos votos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA
 Presidente

SGAS 915 Lote 72
 CEP: 70396-290 Brasília DF
 Fone: (606) 3445-9300
 Fax: (606) 3344-0331
<http://www.portalmc.org.br>

ANEXO 06. Municípios que apoiaram a permanência de Intercambistas Cooperados

← → ↻ ⓘ Not secure | portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/26/1.c-CIT-COM-MUNICIPIOS.pdf 🔍 ☆ 🖨

MUNICÍPIO	UF
ARARENDÁ	CE
BOA ESPERANÇA DO SUL	SP
CASTELO	ES
GUAÍRA	PR
IATIÓPOLIS	SC
PANELAS	PE
SALOÁ	PE
SALTO DO JUCUÍ	RS
SERRA	ES
TEIXEIRA DE FREITAS	BA
PINHALÃO	PR

Municípios que apoiaram formalmente a permanência dos médicos cooperados por período superior a 3 anos.

SUS+ MINISTÉRIO DA SAÚDE

🖥️ 🔍 Digite aqui para pesquisar 🖨 📁 🌐 📧 09:50 04/04/2019 📶 🔊 🔌

CURRÍCULO LATTES

Lattes Mateus Falcão Martins Matos

Mateus Falcao Martins Matos

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1679645979979073>

Última atualização do currículo em 19/12/2018

Doutorando em Saúde Global e Sustentabilidade pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), mestre em Gestão e Serviços de Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2013), especialista em Saúde Internacional (2014) pelo Programa Líderes em Saúde Internacional Edmundo Granda Ugalde da Organização Pan Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde Washington/EUA e graduado em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará (2008), Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Mundial, atuando principalmente nos seguintes temas: políticas públicas, acesso à medicamentos, recursos humanos, migração, cooperação internacional e psicanálise lacaniana (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Mateus Falcao Martins Matos
Nome em citações bibliográficas	MATOS, M. F. M.; MATOS, MATEUS FALCÃO MARTINS

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2015	<p>Doutorado em andamento em Saúde Global e Sustentabilidade (Conceito CAPES 4). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: O caso dos médicos cubanos no Brasil: análise da compatibilidade entre o Projeto Mais Médicos e o Código Global de Práticas de Recrutamento de Recursos Humanos da Organização Mundial da Saúde, Orientador: Delsy de Freitas Lima Ventura, Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil. Palavras-chave: Saúde Mundial; Recursos Humanos; migração, Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências Sociais Aplicadas / Área: Demografia / Subárea: Componentes da Dinâmica Demográfica / Especialidade: Migração. Grande Área: Ciências Humanas / Área: Ciência Política / Subárea: Política Internacional / Especialidade: Relações Internacionais, Bilaterais e Multilaterais, Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana; Administração pública, defesa e seguridade social; Organismos internacionais e outras instituições extraterritoriais.</p>
2011 - 2013	<p>Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Acesso a medicamentos: um estudo de caso sobre o cumprimento do Objetivo 8.E das Metas do Milênio em três países da Região da América Latina e Caribe, Ano de Obtenção: 2013, Orientador: Aurea Maria Zollner Ianni, Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil. Palavras-chave: Metas do Milênio; Saúde Mundial; Cooperação Internacional. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências Humanas / Área: Ciência Política / Subárea: Políticas Públicas, Setores de atividade: Administração pública, defesa e seguridade social; Organismos internacionais e outras instituições extraterritoriais; Saúde humana e serviços sociais.</p>

Lattes Deisy de Freitas Lima Ventura (Orientadora)

Deisy de Freitas Lima Ventura

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1B

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/4248765154816650>

Última atualização do currículo em 14/04/2019

Professora Titular de Ética da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP), onde é Chefe do Departamento de Saúde Ambiental e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Global e Sustentabilidade. É Livre-Docente em Direito Internacional do Instituto de Relações Internacionais (IRI) da USP, onde foi Professora de 2008 a 2018. É Doutora em Direito Internacional e Mestre em Direito Comunitário e Europeu da Universidade de Paris 1, Panthéon-Sorbonne. Graduada em Direito e Mestre em Integração Latino-americana da Universidade Federal de Santa Maria. É editora-executiva da Revista Saúde e Sociedade, e membro do NAP-DISA (Núcleo de Pesquisa em Direito Sanitário) da FSP/USP. É membro da Comissão sobre fragmentação da Saúde Global da Revista The Lancet em colaboração com a London School of Hygiene and Tropical Medicine, a Universidade de Heidelberg e o Norwegian Institute of Public Health ("Lancet Commission on synergies between UHC, health security, and health promotion"). Exerceu a Cátedra Simon Bolívar do Instituto de Altos Estudos da América Latina da Universidade de Paris 3 (Sorbonne-Nouvelle, 2007), foi professora convidada de Sciences-Po Paris (Ciclo Iberoamericano de Poitiers, 2007) e convidada do Instituto de Altos Estudos Internacionais e do Desenvolvimento (IHEID) de Genebra no Programa Global South Scholar in Residence (2010-2011). Foi Consultora Jurídica da Secretaria do Mercosul (Montevideo, 2003-2006). Foi professora adjunta e Pró-Reitora de Assuntos Estudantis da Universidade Federal de Santa Maria. Publicou 15 livros sobre temas internacionais e de educação jurídica. Coordenou no IRI/USP os projetos de extensão universitária sobre direitos dos migrantes internacionais Educar para o Mundo (2009-2013) e São Paulo Cosmópolis (parceria com a Prefeitura Municipal de São Paulo, 2013-2017). Seus temas atuais de pesquisa são a Ética da Saúde Global; a permeabilidade entre as dimensões nacional e internacional da regulação, particularmente no campo da saúde global e da mobilidade humana internacional; e o emprego da arte na formação superior. Blog: <http://saudeglobal.org/> Twitter: http://twitter.com/Deisy_Ventura (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Deisy de Freitas Lima Ventura
Nome em citações bibliográficas	VENTURA, D. F. L.; VENTURA, DEISY DE FREITAS LIMA; VENTURA, DEISY

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Av. Dr. Arnaldo, 715 - Primeiro andar do prédio histórico Pacembu 01245904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617898 URL da Homepage: saudeglobal.org
------------------------------	---

Formação acadêmica/titulação

1998 - 2002	Doutorado em Direito, Universidade de Paris 1, Panthéon-Sorbonne, PARIS 1, França. Título: Les asymétries entre l'Union européenne et le Mercosul: les enjeux d'une association interrégionale - Menção Très honorable com felicitações unânimes da banca, autorização para publicação e indicação para prêmio de melhor tese por Paris 1, Ano de obtenção: 2002. Orientador: Philippe Manin. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: União Européia; MERCOSUL. Grande área: Ciências Sociais Aplicadas
1997 - 1998