



## **MATRIZ DE LIVRE TRÂNSITO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO MERCOSUL: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E REFERÊNCIAS AO SURGIMENTO DO MERCOSUL E DO SUBGRUPO DE GESTÃO DO TRABALHO**

Janaína Luana Rodrigues da Silva Valentim<sup>1</sup>, Karilany Dantas Coutinho<sup>2</sup>



<https://doi.org/10.36557/2009-3578.2025v11n2p5091-5119>

Artigo recebido em 15 de Agosto e publicado em 15 de Outubro de 2025

### **ARTIGO ORIGINAL**

#### **RESUMO**

O livre trânsito de profissionais de saúde no âmbito do MERCOSUL, destaca-se por sua evolução desde a criação do bloco em 1991, com foco inicial na economia, até a busca por uma integração política e social mais ampla. A necessidade de harmonizar legislações levou à criação do Subgrupo de Trabalho nº 11 (SGT Saúde). Para viabilizar a circulação desses profissionais entre os países membros (como Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai), foi aprovada a Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL (Resolução GMC nº 27/04). Essa matriz visa padronizar e trocar informações essenciais sobre os profissionais para monitorar seu fluxo e facilitar o reconhecimento mútuo. No entanto, o artigo enfatiza que a Matriz Mínima não garante o exercício da profissão no Brasil. A legislação brasileira exige a revalidação do diploma estrangeiro por uma universidade pública e o registro no respectivo conselho profissional, o que gera resistência e debate com entidades de classe. A discussão sobre o tema ganhou destaque com o Programa Mais Médicos (Lei nº 12.871/2013), que, apesar de polêmico, permitiu a atuação temporária de médicos estrangeiros (intercambistas) — muitas vezes dispensando a revalidação — para suprir a carência de profissionais na atenção básica brasileira. Em essência, o artigo contextualiza o esforço de integração regional do MERCOSUL, amparado pela Constituição Federal Brasileira, mas ressalta o desafio de conciliar a intenção de livre circulação de mão de obra com as exigências regulatórias internas do Brasil, especialmente a necessidade da revalidação do diploma para o exercício profissional pleno e permanente.

**Palavras-chave:** MERCOSUL, Profissionais de saúde, Programa Mais Médicos, Livre Trânsito de Profissionais, Integração Regional e Revalidação de Diploma.

1

*Laboratory for Technological Innovation in Health (LAIS), Federal University of Rio Grande do Norte, Natal 59012-300, RN, Brazil and Center for Global Studies of the Open University of Portugal.*

2

*Laboratory for Technological Innovation in Health (LAIS), Federal University of Rio Grande do Norte, Natal 59012-300, RN, Brazil and Center for Global Studies of the Open University of Portugal.*



# **MATRIX OF FREE MOVEMENT OF HEALTH PROFESSIONALS IN MERCOSUR: HISTORICAL CONTEXTUALIZATION AND REFERENCES TO THE EMERGENCE OF MERCOSUR AND THE LABOR MANAGEMENT SUBGROUP**

## **ABSTRACT**

The free movement of healthcare professionals within MERCOSUR stands out for its evolution since the bloc's creation in 1991, with an initial focus on the economy, leading to the pursuit of broader political and social integration. The need to harmonize legislation led to the creation of Subworking Group No. 11 (SGT Saúde). To facilitate the movement of these professionals among member countries (such as Argentina, Brazil, Paraguay, and Uruguay), the MERCOSUR Minimum Healthcare Professional Registration Matrix (GMC Resolution No. 27/04) was approved. This matrix aims to standardize and exchange essential information about professionals to monitor their flow and facilitate mutual recognition. However, the article emphasizes that the Minimum Matrix does not guarantee the practice of the profession in Brazil. Brazilian legislation requires revalidation of foreign diplomas by a public university and registration with the respective professional council, which generates resistance and debate among professional associations. The discussion on the topic gained prominence with the Mais Médicos Program (Law No. 12,871/2013), which, despite being controversial, allowed the temporary work of foreign doctors (exchange students) — often dispensing with revalidation — to fill the shortage of professionals in Brazilian primary care. In essence, the article contextualizes the regional integration effort of MERCOSUR, supported by the Brazilian Federal Constitution, but highlights the challenge of reconciling the intention of free movement of labor with Brazil's internal regulatory requirements, especially the need for diploma revalidation for full and permanent professional practice.

**Keywords:** MERCOSUR, Health Professionals, Mais Médicos Program, Free Movement of Professionals, Regional Integration and Diploma Revalidation

**Instituição afiliada –**

Laboratory for Technological Innovation in Health (LAIS), Federal University of Rio Grande do Norte, Natal 59012-300, RN, Brazil and Center for Global Studies of the Open University of Portugal.

**Autor correspondente:** *Janaína Luana Rodrigues da Silva Valentim* e-mail: [janaina.rodrigues@navi.ifrn.edu.br](mailto:janaina.rodrigues@navi.ifrn.edu.br)

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





## **INTRODUÇÃO**

O Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), formado originalmente por Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, a partir da assinatura do Tratado de Assunção em 26 de março de 1991, tinha como objetivo primordial a integração dos Estados Partes por meio da livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos, ou seja, ele surgiu com motivações iniciais essencialmente econômicas. Atualmente, o MERCOSUL “tem por objetivo consolidar a integração política, econômica e social entre os países que o integram, fortalecer os vínculos entre os cidadãos do bloco e contribuir para melhorar sua qualidade de vida” (MERCOSUL, 2025, documento on-line).

Todos os países independentes da América do Sul participam do MERCOSUL, seja como Estado Parte, seja como Estado Associado. Os países constituintes dos Estados Partes são Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai (desde 26 de março de 1991) e Venezuela (desde 12 de agosto de 2012). Como Estado Parte em processo de adesão tem-se a Bolívia (desde 7 de dezembro de 2012). E como Estados Associados têm-se o Chile (desde 1996), o Peru (desde 2003), a Colômbia, o Equador (desde 2004), a Guiana e o Suriname (ambos desde 2013).

Além de incentivar a livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos, a criação de um Mercado Comum implica em um compromisso, entre os Estados Partes, de harmonizar suas legislações nas áreas pertinentes para fortalecer o processo de integração.

O Protocolo de Ouro Preto, assinado em 1994, dotou o MERCOSUL de personalidade jurídica interna e internacional e definiu sua estrutura institucional, que conta com diversos órgãos, dentre eles o Grupo Mercado Comum (GMC). As Resoluções do GMC estão entre as fontes jurídicas do bloco e têm caráter obrigatório, bem como deverão ser incorporadas aos ordenamentos jurídicos nacionais, quando necessário.

Dentre os 14 Subgrupos de Trabalho formadores do GMC está o SGT nº 11 Saúde, o qual foi criado pela Resolução GMC nº 151/96 e tem como principal tarefa harmonizar as legislações dos Estados Partes referentes aos bens, serviços, matérias-primas e produtos da área da saúde, os critérios para a vigilância epidemiológica e controle sanitário com a finalidade de promover e proteger a saúde e a vida das pessoas e eliminar os obstáculos ao comércio regional, contribuindo dessa maneira ao processo



de integração (Holanda, 2005, p. 18).

o processo de harmonização das legislações no Mercosul compreende duas etapas: a primeira contempla discussões acerca do tema, que culminam na harmonização propriamente dita, e a segunda constitui a necessária internalização do que foi acordado, para que as determinações possam ter vigência em cada um dos Estados Partes (Mercosul / RMS / Acordo Nº 2/96, Argumento IV *apud* Paula, 2009, p. 175-176).

A Pauta Negociadora, definida pelo SGT nº 11 “Saúde”, por meio da Resolução GMC nº 06/05, é comum aos Estados Partes e é composta pelas seguintes áreas de trabalho: produtos para a saúde; vigilância em saúde e serviços de atenção à saúde. Tal pauta comum deve ser cumprida por Coordenações Nacionais, Comissões, Subcomissões e Grupos ad hoc, os quais compõem o SGT nº 11.

A partir do Tratado de Assunção, que também tem a finalidade de permitir a livre circulação de profissionais, é necessário definir padrões que coloquem em movimento o registro de profissionais de saúde em cada Estado Parte do Bloco. Tendo em vista essa necessidade de definir parâmetros, é aprovada a Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL.

A Matriz Mínima, aprovada pela Resolução GMC nº 27/04, apresenta os requisitos e procedimentos necessários para o exercício profissional na área de saúde no MERCOSUL. No entanto, o preenchimento dos requisitos dessa Matriz não é o suficiente para que um profissional de saúde exerça suas atividades no Brasil, pois, além disso, é necessário, conforme legislação em vigor, que haja a revalidação do diploma estrangeiro e o registro no respectivo conselho profissional.

Com a criação dessa Matriz, os Estados Partes se comprometeram a incorporá-la a seus ordenamentos jurídicos e adotar as disposições administrativas e legislativas cabíveis para o seu cumprimento. No Brasil, a Matriz Mínima foi incorporada por meio da Portaria/GM nº 552/05 do Ministério da Saúde. Algumas das principais motivações para que seja implementada a Matriz em cada Estado Parte do Bloco são a realização do controle do fluxo dos profissionais de saúde entre os países membros, bem como a troca de informações acerca destes profissionais entre os Ministérios de Saúde dos países e o preenchimento dos requisitos complementares exigidos em cada país, respeitando suas legislações.



Como poderá ser visto mais adiante, as principais finalidades da Matriz Mínima, segundo o Manual de Orientação para Profissionais de Saúde, são:

- instituir informações comuns no âmbito dos Estados Partes do MERCOSUL;
- padronizar e trocar informações mínimas sobre os profissionais de saúde e seu trânsito, entre os Ministérios da Saúde dos Estados Partes (Fórum Permanente do Mercosul para o Trabalho em Saúde, 2010, p. 7).

Embora costumeiramente visto como bloco que busca a integração econômica dos países membros, o MERCOSUL mostra-se muito mais abrangente, buscando favorecer a harmonização e o desenvolvimento dos mais variados setores, entre eles, educação, saúde, trabalho, meio ambiente e transporte.

A Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional faz parte do SGT nº 11 “Saúde” e é responsável pelas relações coletivas e individuais do trabalho, sendo, então, encarregada dos trâmites e procedimentos referentes ao livre trânsito de profissionais de saúde no âmbito do bloco.

De forma a alcançar a livre circulação de profissionais de saúde, a Subcomissão enfrenta diversas dificuldades, entre elas, a formulação de políticas de gestão na saúde, constituição de uma data-base comum entre os países membros, a regulação do exercício profissional na área do bloco e a padronização da legislação do exercício profissional.

Deve-se ressaltar, ainda, que não há qualquer legislação específica que sirva como base legal para o tema no Brasil, o que dificulta não só seu estudo e compreensão, mas também seu avanço. Mais adiante, serão apresentados os princípios constitucionais encontrados no Artigo 4º da Constituição da República Federativa do Brasil, que preenchem essa lacuna, atuando como base legal a possibilitar o livre trânsito de profissionais de saúde no âmbito do MERCOSUL.



## **MERCADO COMUM DO SUL: UM DESAFIO DE TRÊS DÉCADAS**

Traçar uma linha comum que possa consolidar o fio condutor para o exercício profissional de graduados da área da saúde entre os países do MERCOSUL é um desafio que perdura há quase 30 anos. No Brasil, a regulamentação do assunto em uma legislação que dê segurança jurídica para esses técnicos, instituições de ensino e o próprio governo federal permanece em construção, enfrentando resistências, visões dissonantes e debates políticos ainda em curso. Dessa forma, várias questões permeiam essa discussão, passando pela formação desses profissionais, currículo desenvolvido em sala de aula, pós-graduação e exigências para o exercício profissional. O sonho de uma integração de verdade e consistente nessa área continua em discussão e aguarda solução definitiva.

Por intermédio da pactuação do Tratado de Assunção, percebe-se a dimensão da ideia de integração entre os países meridionais da América. Isso a partir do estabelecimento de políticas de educação em saúde, deixando explícito o papel destinado ao Estado como inspirador do caráter social do projeto, por meio da institucionalização do Setor Educacional do Bloco, que começou econômico e possuidor de um escopo que pode levá-lo muito mais além. E também devido a criação do Subgrupo de Trabalho Nº 11 “Saúde”, do MERCOSUL, e a criação de mecanismos para harmonizar as legislações embaixadoras da formação dos profissionais da medicina.

A partir de então, experiências foram surgindo. Paula (2009) analisou as reformas nos sistemas educacionais e a atuação dos estados brasileiro e argentino entre os anos de 1991 e 2006. No primeiro, verificaram-se transformações e desafios inerentes à relação do Poder Central e a sociedade quanto à democratização do acesso e a criação de instrumentos para aperfeiçoar a qualidade do ensino nas universidades em um contexto educacional que privilegiou o conceito de “cidadania social” e a competição. A avaliação do desempenho de alunos e o controle sobre os parâmetros de ensino na etapa de pós-graduação são exemplos dessa visão adotada pelas autoridades brasileiras no período. O Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes)



verifica o desempenho da graduação, a Capes fica responsável pela pós-graduação *Stricto Sensu* e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) avalia a pós *Lato Sensu*, ou seja, a parte das especialidades. Entidades classistas ligadas aos médicos defendem pontos de vistas divergentes em relação a temas, como o conhecimento das especialidades, e à avaliação.

Já no segundo, o país vizinho, a relação complexa Estado versus Universidade foi a tônica constante durante o transcurso do período analisado. “Na Argentina, a pesquisa empírica mostrou que a formação médica enfrenta vários problemas na organização da pós-graduação” (Paula, 2009, p. 204), entraves que também se espraiam pelas especialidades médicas e evidenciam tensões em relação à avaliação das instituições, entre estabelecimentos de ensino superior e o Estado, o que se repete quando o ponto em questão é o da regulação da profissão de médico, na qual aparece nitidamente o papel estatal. Existe diminuta interlocução entre os ministérios da Saúde e o da Educação, na qual se reconhece a relevância da Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (Coneau) para creditar os cursos de graduação e de pós-graduação em Medicina e pela avaliação externa dos estabelecimentos de educação superior.

Pactuar o estabelecimento de critérios de qualidade para a avaliação da formação dos médicos e acreditar nas entidades de graduação médica significou que um padrão MERCOSUL fosse aceito por universidades e organizações ligadas aos médicos, instalando-se uma nova realidade.

Esses critérios de comparabilidade da formação universitária entre os países contribuíram para o conhecimento aprofundado das particularidades do curso do campo da educação em saúde nos países e para a criação do que foi denominado de ‘cultura de avaliação’ (Paula, 2009, p. 205).

O Setor Educacional do Mercosul (SEM) permitiu, com a consolidação do Mecanismo Experimental de Acreditação de Cursos para o Reconhecimento de Títulos de Grau Universitário (MEXA), a instituição de agências nacionais de acreditação e sua articulação com o Programa MARCA – Mobilidade Acadêmica Regional em Cursos Acreditados.

Cada avanço no sistema deve ser ressaltado. Paula (2009) destaca que a



acreditação, da maneira como foi analisada, representou um acordo a respeito do modelo de avaliação da qualidade de formação dos profissionais de Medicina do MERCOSUL; contudo, seus efeitos não significaram o reconhecimento de títulos para o exercício profissional da categoria. Tampouco avançou a discussão em favor da criação de um espaço educacional comum nem a observância respeitosa em relação à diversidade cultural e à autonomia das instâncias de produção de conhecimento de nível superior, bandeira defendida pelo SEM. Dessa maneira, percebe-se que o trânsito de estudantes de Medicina é nada relevante e a participação das universidades é insipiente.

No tocante ao direito de ir e vir, tão caro ao ser humano, a integração educacional de estudar e desenvolver atividades laborais entre as nações do bloco foi parcialmente atingida, defende Paula (2009). Imbróglis permanecem na forma da necessidade de compatibilização das exigências nacionais de avaliação, divergências ocorrem entre as regras regionais e nacionais, como o reconhecimento mútuo entre as agências das quais já falamos, o idioma e a validação dos diplomas para o efetivo exercício do mister profissional.

### **Acordos para avanços sempre fizeram parte da pauta**

Com base em estudo sobre 44 acordos de saúde da Reunião de Ministros de Saúde (RMS), entre 2008 e 2010, sobre as presidências pro tempore de Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, os pactos foram firmados em áreas relacionadas e temas como medicamentos, mortalidade infantil e materna, ações de prevenção referentes a doenças como febre amarela, dengue, câncer de colo do útero, HIV/AIDS, segurança e qualidade de hemoderivados, assistência à saúde, combate ao tráfico de órgãos, controle de tabaco, pandemia de influenza, entre outros, mas nenhum que tratasse do livre-trânsito de profissionais da saúde entre os países que formam o Mercado Comum. Diante dos dados levantados por Torres (2013), percebe-se que a circulação de médicos, enfermeiros, odontólogos e outros técnicos desse segmento não consistia em prioridade para as autoridades responsáveis pela área da saúde das nações integrantes do bloco, durante o período de tempo mencionado anteriormente.

A formação de graduados em cursos da área da saúde com um currículo comum é uma meta a ser perseguida. Para Torres (2013), é necessário proceder a uma



harmonização dos métodos de educação para que se possa consolidar uma resolução que defina regras para a prestação de serviços entre as nações integrantes do mercado multinacional, atitude que sinaliza rumo para a solução da falta de profissionais na saúde nas regiões de infraestrutura precária, como a fronteira. A Matriz Mínima traz a obrigatoriedade de incorporação ao arcabouço jurídico de cada um dos Estados componentes do bloco. Com o surgimento do MERCOSUL foi imprescindível a instituição de uma Matriz Mínima para definição de parâmetros de Registros de Profissionais de Saúde em cada uma das nações integrantes, sabendo-se que o Tratado de Assunção prevê a livre circulação de profissionais.

O organismo que trata das relações coletivas e individuais de trabalho é a Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional do MERCOSUL. Essas relações podem ser entendidas como “livre trânsito” de profissionais, formação para o exercício da carreira, compatibilização dos currículos, reconhecimento de títulos e diplomas, registro e regulação laboral para o exercício profissional nos Estados membros. Cabe à Subcomissão tecer uma base comum de informações; promover programas conjuntos de treinamento em parceria com órgãos de saúde formadores de recursos humanos; propor políticas de gestão em saúde; padronizar as normas legais para o exercício dos profissionais; e implementar a Matriz Mínima com o objetivo de assegurar o registro profissional único para o exercício das atividades desses trabalhadores.

### **Intercâmbio de profissionais da saúde Brasil-Argentina**

Em 17 de julho de 2013, o Ministério da Saúde do Brasil firmou memorando de entendimento com o Estado argentino para estimular, no futuro, o intercâmbio de médicos e acadêmicos de Medicina entre as duas nações. Tratado de mútuo reconhecimento de diplomas de graduação na área, o texto autoriza o exercício profissional de médicos nos dois territórios nacionais. O propósito da medida é avançar na cooperação referente à formação de profissionais nos níveis de graduação e pós-graduação, com o trânsito de estudantes e graduados da saúde nos segmentos técnico e científico. Uma das preocupações-chave desse movimento é a de suprir a quantidade insuficiente de médicos no Brasil.

Em nota oficial publicada à época, o secretário de Gestão de Trabalho e Educação



do Ministério, Mozart Sales, salientou o termo de cooperação como sendo a mola-propulsora do acordo. "A intenção deste memorando é estimular o intercâmbio entre profissionais brasileiros e argentinos. É preciso que a gente tenha uma cooperação maior (Sales, 2013, documento on-line não paginado)". A iniciativa governamental de trazer médicos estrangeiros para o país foi rechaçada pela classe médica brasileira. Na véspera da assinatura do memorando, aproximadamente 200 profissionais fizeram protesto nas escadarias da Câmara Municipal do Rio, na Cinelândia, centro da capital fluminense em represália ao programa "Mais Médicos", instituído pela Medida Provisória 621/2013, de 8 de julho, convertida na Lei nº 12.871/2013. A crítica mais aguçada referia-se à "importação" de médicos sem a necessidade de revalidação do diploma e a obrigatoriedade de os estudantes trabalharem por dois anos no Sistema Único de Saúde, a partir de 2015.

Entidades como a Associação Médica Brasileira (AMB), a Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Federação Nacional dos Médicos (Fenam) ressaltaram, em carta, ser inaceitável, no Brasil, se conviver com a falta de investimentos e com a ineficiente gestão na rede pública. As instituições de classe atacaram as medidas de Brasília por não observarem a cautela necessária ao exercício da boa medicina. A chegada de médicos de outros países sem aprovação no Revalida consiste numa ação irresponsável, destacaram na oportunidade.

Enquanto isso, na primeira semana de inscrição, o programa registrou 11.701 inscrições, de acordo com o Ministério da Saúde. Desse contingente, 9.366 médicos se formaram no Brasil, 2.335 no exterior, sendo do total, 10.786 de nacionalidade brasileira e 915 estrangeira (7,8% do geral). No início, 753 municípios aderiram ao "Mais Médicos". O governo federal estipulou que os estrangeiros só poderiam ser aceitos, caso tivessem estudado em faculdades de medicina com grade curricular equivalente à brasileira e recebido em sua nação originária a autorização para livre exercício da medicina, bem como tivessem proficiência na língua portuguesa, além de que em seu país houvesse uma proporção de médicos de 1,8 profissional para cada grupo de mil habitantes. Inicialmente, países como Argentina, Uruguai, Espanha, Portugal e Cuba, demonstraram ter superado o índice, ao contrário de Peru, Paraguai e Bolívia.



## **MATRIZ MÍNIMA APONTA PERSPECTIVAS**

A Portaria 734/2014, do Ministério da Saúde, estabeleceu a Matriz Mínima de Registro de nove categorias de profissionais da saúde: Médico, Farmacêutico, Bioquímico, Odontólogo, Enfermeiro, Nutricionista, Psicólogo, Fisioterapeuta e Fonoaudiólogo. O dispositivo aprovou uma relação de profissões deste segmento reconhecidas pelos Estados partes do Mercosul.

Em contraposição a isto, um parecer do Departamento do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp), de 18 de setembro de 2014, publicado no site da entidade, destacou a falta de amparo legal para a entrada em vigor da portaria. O órgão de classe defendeu a não possibilidade de revalidação automática e reconhecimento de diplomas estrangeiros.

Segundo o posicionamento jurídico do Conselho, nº 05/2014, o ato normativo do Ministério “possui conteúdo meramente programático, visando padronizar a nomenclatura das profissões da área da saúde nos Estados Partes do Mercosul” (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2014, documento online não paginado). Para a entidade, a norma criou denominações de referência, e instituiu que os países do bloco deveriam apresentar, até o começo de 2015, as modalidades existentes para a formação e reconhecimento das profissões enumeradas em seu conteúdo.

O órgão sustentou que a questão não estava solucionada. A instituição acrescenta que a aprovação da Matriz Mínima parte do reconhecimento a respeito da necessidade de definir “parâmetros para colocar em movimento o Registro de Profissionais de Saúde” (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2014, documento online não paginado) em cada nação integrante do Mercado Comum em tela, ressaltando-se que o Tratado de Assunção tem como finalidade permitir a livre circulação de profissionais.

O Cremesp apresentou o argumento de que o Manual de Orientação para Profissionais de Saúde, instituído pelo Fórum Permanente MERCOSUL para o Trabalho em Saúde, veio em atendimento a esta Matriz “não é condição suficiente para tornar legal o exercício profissional no Brasil” (fórum permanente do Mercosul para o trabalho em saúde, 2010, p. 9). Salientou, a assessoria jurídica do órgão, que seria necessário que



o profissional preenchesse todos os requisitos e exigências legais do respectivo Estado integrante do bloco. No Brasil, é necessário que o profissional revalide o diploma recebido em instituição estrangeira em uma universidade pública de ensino superior no País e registre-se, de forma obrigatória, no respectivo Conselho, conforme as leis nº 9.394/96, que trata das Diretrizes e Bases da Educação, e nº 3.268/57.



## **SITUAÇÃO ATUAL**

### **Mais médicos, um caminho aberto para a integração**

Antes de não se chegar à regulamentação, pretendida pelos acordos de integração que estão na base do MERCOSUL, pelo legislativo brasileiro, o país experimentou a já citada experiência do “Mais Médicos”, talvez a mais ousada iniciativa no sentido de ampliar a capilaridade da atenção básica às populações das cidades menores, residentes do interior e sem acesso rápido e fácil ao atendimento profissional em saúde. O programa abriu espaço para médicos do exterior, sobretudo cubanos, para que estes pudessem reforçar a presença do SUS nos rincões, mas também para uma parcela de médicos de países do MERCOSUL, inclusive brasileiros formados em países limítrofes. No primeiro ano do “Mais Médicos”, segundo o MS, dezenas de brasileiros formados na Argentina participaram do programa.

Criado pela Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013, o programa foi sancionado por intermédio da Lei nº 12.871, de 22 de outubro daquele ano, e, seguindo a linha traçada pelo MERCOSUL, desde o Tratado de Assunção, uniu as dimensões da educação e a da saúde, tendo como premissa a melhoria do atendimento aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Médicos com registro no país formavam o grupo prioritário para o preenchimento de vagas de trabalho nessa iniciativa federal sem, no entanto, trazer vedação contra os estrangeiros graduados no Brasil e nacionais ou estrangeiros formados fora do Brasil que revalidassem seus diplomas.

O foco foi o de avançar na prestação de serviço à população nos rincões e periferias do Brasil, mirando ainda na ampliação das vagas de graduação em medicina e das especializações, aperfeiçoando a formação médica no país. Segundo dados do MS, o programa completou dois anos com 18.240 médicos em atuação em 4.058 municípios, universo que equivale a 72,8% das cidades brasileiras, além de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). A capilaridade do sistema alcançou 63 milhões de pessoas, de acordo com números apresentados pelo MS.

Em 2015, o programa contava com 11.429 médicos de nacionalidade cubana, 1.846 brasileiros e 1.187 intercambistas de nações como Portugal, Venezuela, Bolívia,



Uruguai e Espanha. Ao lançar a ideia do Mais Médicos em junho de 2013, o governo federal recebeu críticas de entidades médicas, sustentando que o projeto em curso era ilegal, pois a contratação de estrangeiros sem aprovação no Revalida facilitava a contratação de profissionais formados em países estrangeiros para atuação no país sem necessidade de exame de avaliação de sua capacidade e conhecimento técnico. A atuação do Planalto para reforçar o atendimento em saúde em regiões carentes começou antes do Mais Médicos, com o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), instituído para médicos brasileiros como estratégia governamental para estimular recém-formados a atuarem em áreas de baixa renda.

### **Resistência à vinda de profissionais estrangeiros**

Indiretamente, o trabalho do governo convergia para uma experiência que abria caminho para que profissionais internacionais pudessem aumentar a oferta de atendimento básico no Brasil. Em 4 de setembro de 2013, no auge da polêmica e das discussões sobre o programa Mais Médicos, o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, garantiu: “Vamos buscar médicos até na China” (Resende, 2013, documento online). O ministro fez a afirmação, segundo noticiou o jornal Clarín, da Argentina, devido ao pouco interesse dos profissionais brasileiros, na primeira etapa do programa, o que reforçava a premência em buscar médicos estrangeiros. Naquele setembro, a Argentina era o país que havia encaminhado mais trabalhadores da medicina ao Brasil, foram 29. Logo em seguida, vinham 7 bolivianos e 37 brasileiros residentes na Argentina.

Em reportagem de Márcio Resende para o Clarín, ficou clara a baixa adesão dos brasileiros no começo do Mais Médicos. “Embora os brasileiros tenham prioridade para ingressar no programa, o número de deserções internas não cessa” (Resende, 2013, documento online não paginado). O relato acrescentava que enquanto os profissionais de fora estavam em período de instrução até 16 de setembro de 2013, os brasileiros começaram a se apresentar nos seus locais de trabalho em 2 de setembro. “As ausências foram registradas no país inteiro”, afirmou Resende (2013, documento online, não paginado).

No Rio de Janeiro, dizia o relato do periódico portenho:



apenas três dos 17 médicos brasileiros começaram a trabalhar. Em Fortaleza, no estado do Ceará, dos 26 selecionados, 11 já desistiram. Eles ficam espantados de ver a infraestrutura dos lugares de trabalho ou a insegurança da zona onde estão os hospitais, e a vulnerabilidade dos postos de saúde em áreas violentas (Resende, 2013, documento online).

O que chama a atenção é que nesse contexto de difícil enfrentamento, entidades médicas locais se opunham à chegada de prestadores de serviço em saúde de outras nações para que estes ocupassem essas vagas para atendimento em saúde básica.

Em paralelo a isso, o título da matéria trazia a constatação “Triplicou número de médicos argentinos que querem ir para o Brasil”, em 6 de setembro de 2013. Parecia que o Tratado de Assunção estava ganhando vida, tornando-se realidade. O Consulado brasileiro em Buenos Aires recebeu, nas palavras da responsável pelo programa Mais Médicos naquela unidade diplomática, Giuliana Sampaio Ciccu, “uma catarata de consultas”. A quantidade de e-mails, ligações e de público em busca de informações sobre o plano do governo do Brasil havia crescido três vezes (Resende, 2013).

Os médicos argentinos, além de um salário melhor, estavam à procura de condições de trabalho que envolviam casa, comida e um vencimento equivalente a US\$ 4.200,00 mensais, o dobro do salário médico no país meridional e, ainda, com metade da carga horária. O relato de Márcio Resende descreve a situação:

Até agora, o programa vinha sendo divulgado boca a boca. Mesmo assim, durante os últimos dias de agosto o Consulado ficou lotado. Embora o horário de atenção seja até as 15h, foi necessário atender os médicos durante os fins de semana e durante o feriado de 19 de agosto. E nos dias de semana, alguns médicos ‘acamparam’ até as 21h (Resende, 2013, documento online).

## **Mesmo sem Trânsito-Livre, estrangeiros chegaram em busca de desafios**

O trânsito livre e irrestrito de profissionais da saúde não aconteceu, mas o programa ofereceu espaço para que pessoas, como o casal Juan Manuel Fernandez Perez e Viviana Gisela Knappe, pediatras argentinos, pudessem, a partir de abril de 2014, atuar em postos de saúde, no caso deles em Blumenau, Santa Catarina. “Ficamos sabendo do Mais Médicos e esperamos os primeiros chamados para ver as reações.



Embora houvesse críticas, não percebemos nada de grave no programa, então encaramos”, salientou Knappe em entrevista a Lucas Paraízo, do Jornal de Santa Catarina, em 8 de dezembro de 2015b. Ambos deixaram claro o desejo de prestar o exame de validação do diploma de médico, o Revalida, requisito obrigatório para a atuação na rede de saúde pública e privada, fora do universo abrangido pelo Mais Médicos e realizado por universidades. E, apesar das dificuldades, a pediatra vê perspectivas no sistema brasileiro: “a burocracia faz parte do Brasil. Pelo menos o SUS funciona. Tem demora, tem muita burocracia, mas funciona. Eu vejo o resultado com o meu paciente conseguindo o tratamento” (Paraízo, 2015b, documento online não paginado).

Blumenau também recebeu profissionais colombianos, mexicanos, bolivianos, venezuelanos e uruguaios que enfrentaram dificuldades de idioma e, mesmo assim, implantaram técnicas, aprendizados e iniciativas que acrescentaram novas ideias ao modelo de saúde pública. A maioria passou a atuar na Estratégia de Saúde da Família (ESF), como a boliviana de Cochabamba Gianira Saenz Alcocer, que, de um mestrado na Espanha, veio parar no Brasil.

Do seu mestrado, a médica trouxe ao Brasil um atendimento que até então não era feito na unidade de saúde. A formação em desarrollo infantil, no termo em espanhol, é focada em transtornos de desenvolvimento para crianças entre zero e seis anos, como síndrome de down e autismo (Paraízo, 2015a, documento online).

Clínico-geral e infectologista, José Luiz Fernandez, 40 anos, escolheu vir para Niterói/RJ. Recebia o equivalente a R\$ 65,47 por consulta em hospital de seu país. Residente em Missões, já estudava português três anos antes de candidatar-se a uma vaga no programa do Ministério da Saúde. O que o plano do governo brasileiro oferecia era irresistível. “É três vezes mais do que ganho aqui”, confessou Fernandez à jornalista Lígia Mesquita, em matéria de 22 de setembro de 2013, de Buenos Aires, para a Folha de S. Paulo.

Conforme a matéria do jornal brasileiro, da primeira para a segunda etapa do programa, o número de médicos argentinos selecionados para vir ao Brasil chegou a 94, sendo 21 a mais do que na fase inicial. A preferência desse contingente era por estados mais próximos ao país de origem, como Paraná, Santa Catarina e São Paulo. A



instabilidade financeira do país ao sul do continente contou muito para isso. Mais de 400 profissionais se cadastraram via e-mail junto ao governo brasileiro.

O clima de animosidade instaurado no Brasil contra a vinda de médicos estrangeiros é retratado nas declarações da médica de um serviço de resgate da capital portenha, María de Los Angeles Escudero, 29, que temia a recepção dos colegas brasileiros enquanto aguardava a confirmação de sua vaga para atuar em um posto de saúde em Dionísio Cerqueira, Santa Catarina. “Eles são fechados e acham que vamos roubar trabalho” (Mesquita, 2013, documento online).

## **PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS ABREM POSSIBILIDADE PARA O LIVRE TRÂNSITO DE PROFISSIONAIS NO MERCOSUL**

A globalização caracteriza-se pela interdependência entre os Estados soberanos. Na época atual, faz-se necessário reconhecer que determinado Estado, mesmo independente e soberano, está inserido em um movimento global, do qual não pode ser dissociado.

O mundo pós-Segunda Guerra Mundial foi marcado pela criação de blocos regionais que buscavam favorecer a expansão do comércio e o crescimento do mercado laboral. Embora inicialmente voltados para o mercado, esses blocos passaram a envolver a integração política e social de seus Estados. Nesse cenário, o Brasil começa a trilhar seu caminho na política externa.

A Constituição Federal de 1988 foi essencial para tanto, uma vez que trouxe como inovação princípios internacionais que regem e permeiam as relações entre a República Federativa do Brasil, pessoa jurídica de direito público interno e externo, e os demais Estados.

Sabe-se que a Constituição Federal é regramento mor do Estado Democrático de Direito no Brasil e é a lei fundamental brasileira. Seus princípios e normas atuam como os pilares dessa sociedade, além de nortear o ordenamento jurídico no país. Nessa condição, não só assegura as garantias fundamentais e individuais, como também regulamenta e guia as interações internacionais do Estado em seus passos na inserção da sociedade internacional.



Os princípios internacionais podem ser encontrados no artigo 4º da Carta Magna, transcrito a seguir:

Art. 4º A República Federativa do Brasil rege-se nas suas relações internacionais pelos seguintes princípios:

- I - independência nacional;
- II - prevalência dos direitos humanos;
- III - autodeterminação dos povos;
- IV - não-intervenção;
- V - igualdade entre os Estados;**
- VI - defesa da paz;
- VII - solução pacífica dos conflitos;
- VIII - repúdio ao terrorismo e ao racismo;
- IX - cooperação entre os povos para o progresso da humanidade;**
- X - concessão de asilo político.

**Parágrafo único. A República Federativa do Brasil buscará a integração econômica, política, social e cultural dos povos da América Latina, visando à formação de uma comunidade latino-americana de nações.** (Brasil, 1988, grifos nossos).

Da leitura do artigo anterior, fica claro que o poder constituinte originário buscou construir um Estado regido pela democracia e que incorporaria seus valores internos nas relações com os demais Estados.

Entretanto, como base para o livre trânsito de profissionais de saúde no âmbito do MERCOSUL, foco deste tópico, merecem atenção especial os incisos V e IX e parágrafo único do artigo.

A igualdade entre os Estados é princípio comezinho das relações internacionais, caracterizando-se pelo respeito mútuo e reciprocidade. Embora todas as nações sejam soberanas e, teoricamente, iguais, é necessário reconhecer que existem diversas desigualdades entre elas. Como já dito anteriormente, o MERCOSUL é um bloco que almeja não só a integração econômica, mas também a harmonização política e social. Logo, a diminuição do distanciamento entre os países membros é imperiosa para o andamento desse processo.

Ora, a livre circulação de mão de obra da área da saúde é essencial para essa harmonização, já que não só criaria um espaço comum de trânsito de profissionais, mas forçaria o desenvolvimento e análise de políticas, normas e legislações internas em comum. Dessa forma, os profissionais da região teriam garantidos direitos estabelecidos e condições de trabalho similares em todos os países do bloco.



Reforçando o que foi exposto anteriormente, o princípio internacional da cooperação entre os povos para o progresso da humanidade estabelece a necessidade de associação entre os Estados como forma de garantir o desenvolvimento não de uma, mas de todas as nações envolvidas. Nesse sentido, Ian Brownlie traz um brilhante ensinamento acerca da formação de blocos ou órgãos multinacionais:

Associações de Estados. Os Estados independentes podem estabelecer formas de cooperação por acordo e numa base de igualdade. A base da cooperação pode ser a constituição de uma organização internacional, como as Nações Unidas ou como a Organização Mundial de Saúde. No entanto, podem ser criadas, por meio de tratado ou costume, outras estruturas para manter a cooperação (Brownlie, 1997, p. 89).

O livre trânsito de profissionais da saúde no âmbito do MERCOSUL oferece oportunidade única para o crescimento dos países envolvidos. É sabido que o setor da saúde é marcado pelo seu grande potencial desenvolvimentista econômico e até mesmo social. Essa cooperação garantiria maior liberdade de locomoção, o que facilitaria a troca de técnicas, informações e know-how, possibilitando, assim, evolução e inovações no setor em questão.

Mas não só isso, uma vez que esse sistema de troca de informações é requisito básico para o estudo aprofundado das verdadeiras condições das áreas fronteiriças e criação de estratégias e ações de vigilância sanitária e de saúde capazes de prevenir epidemias de alcance internacional e combater desastres ambientais que desconhecem fronteiras.

Por fim, faz-se necessária a análise do Parágrafo Único do artigo 4º da Constituição Federal, que explicita a vontade política do Brasil em perseguir a formação de uma grande comunidade de países latino-americanos, no intuito de alcançar maior integração econômica, política, social e cultural da região como um todo.

O surgimento de um organismo internacional dessa magnitude potencializaria os países membros, possibilitando o entrelaçamento destes, que passariam a trabalhar cooperativamente para resolver problemas mútuos. A regularização migratória, o melhor aproveitamento dos recursos naturais, a cooperação para o combate a desastres naturais e catástrofes, o intercâmbio de informações, a padronização da legislação e o aumento da qualidade de vida do ser humano são resultados esperados dessa



integração.

O MERCOSUL é o estágio inicial desse processo, e a queda das paredes que distanciam os Estados membros é imperativa para seu avanço. E o livre trânsito de profissionais da área da saúde é parte integrante primordial desse sistema, uma vez que o bloco almeja não somente a união aduaneira e a harmonização tributária, mas a livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos, numa tentativa de equidade e aproximação sociolaboral.

## **FALTA DE LEI ESPECÍFICA IMPEDE CONSOLIDAÇÃO DA INTEGRAÇÃO DE MÉDICOS DO MERCOSUL NO BRASIL**

Ainda não há disciplinamento legal que pacifique essa questão no ordenamento jurídico brasileiro. O Projeto de Lei do Senado nº 399/11, de autoria do senador Roberto Requião (PMDB-PR), busca alterar a Lei 9.394, de 1996, que trata das Diretrizes e Bases da Educação, e pretende instituir a revalidação e o reconhecimento de forma automática de diplomas originários de cursos de estabelecimentos de ensino superior estrangeiros de atestada excelência acadêmica. A última movimentação do projeto ocorreu em 30 de julho de 2014, quando este foi remetido à Câmara dos Deputados. A proposta inclui cursos de graduação, mestrado e doutorado. O parlamentar justificou a iniciativa em virtude da quantidade cada vez maior de estudantes brasileiros que fazem cursos de graduação e pós-graduação em universidades do exterior e ao retornar ao Brasil têm de enfrentar longos e caros processos de revalidação de diplomas obtidos fora do país. São frequentes as informações sobre procedimentos “excessivamente caros, pouco transparentes, demorados e arbitrários” e o objetivo da lei é justamente “desburocratizar este processo”, destacou o senador em texto de Marcos Magalhães (2012, documento online, não paginado) da Agência Senado e divulgado pela Associação Brasileira de Pós-Graduados no Mercosul (ABPós-Mercosul).

Em 3 de junho de 2014, a Comissão de Educação, Cultura e Esporte (CE) aprovou substitutivo ao Projeto de Lei do Senado (PLS) 399/11 que simplifica a revalidação de diplomas “de cursos presenciais de graduação, mestrado e doutorado expedidos por instituições de educação superior estrangeiras cuja excelência seja atestada e declarada pelo poder público brasileiro” (Pozzebom, 2014, documento on-line).



Pelo projeto, com base no texto do relator da Comissão, senador Aloysio Nunes Ferreira (PSDB-SP), os processos de revalidação ou reconhecimento de diplomas de graduação deverão ser feitos “por universidades públicas que disponham de curso do mesmo nível e área ou equivalente” (Pozzebom, 2014), sendo necessária a observância dos “acordos internacionais de reciprocidade ou equiparação e parâmetros de qualidade e prazos definidos” (Pozzebom, 2014) em colaboração com o organismo responsável pela avaliação dos cursos de graduação do Brasil.

Ainda conforme o entendimento da CE, em relação aos diplomas de mestrado e doutorado expedidos por instituições ou cursos estrangeiros só terão o reconhecimento deferido mediante processo de avaliação efetuado por universidades que tenham “cursos de pós-graduação reconhecidos e avaliados, na mesma área de conhecimento e em nível equivalente ou superior” (Pozzebom, 2014). Nas instituições internacionais cuja excelência seja demonstrada e declarada pelo órgão responsável pela coordenação da política brasileira de educação, entretanto, passarão por tramitação simplificada, “dispensando a avaliação individual de cada diploma por uma comissão” (Pozzebom, 2014).

O substitutivo aprovado pela Comissão em junho de 2014 retirou a possibilidade de “reconhecimento automático” presente na proposta inicial. Segundo o relator, “no limite, ele poderia significar a total ausência de controle sobre a validade nacional de títulos e diplomas estrangeiros” (Pozzebom, 2014). O poder público, conforme preconiza o novo texto, terá de divulgar, todos os anos, relação de cursos, entidades e programa de ensino estrangeiros de excelência, “juntamente com a instrução de procedimentos e orientações para a tramitação célere dos processos de revalidação” (Pozzebom, 2014).

Os prazos para revalidações devem ser definidos, de maneira conjunta, pelas universidades e órgãos que têm a responsabilidade de avaliar os cursos. Esse foi um ponto que ficou explícito, na intervenção do relator Aloysio Nunes Ferreira, sobre o texto original. Isso para que não houvesse interferência na autonomia da administração das entidades de ensino superior, balizada pela Constituição da República brasileira. As deliberações e decisões surgiram a partir de um debate entre o Conselho Nacional de Educação (CNE), a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) e os



senadores.

O projeto que simplifica a revalidação de diploma foi aprovado pelo Senado em 22 de julho de 2014. Em 31 de julho daquele ano, o PLS 399/11 passou a tramitar na Câmara Federal com a denominação de Projeto de Lei (PL) 7841/14. Em 6 de outubro de 2015, o relatório do deputado federal Alexandre Serfiotis (PSD-RJ), da subcomissão especial que trata da carreira médica, sugeriu a aprovação do Projeto de Lei 7841/14, proveniente do Senado, que simplifica o processo referente ao reconhecimento de diplomas de instituições estrangeiras, de excelência técnica comprovada. Em 8 de maio de 2016, a situação desse PL é a de que ele aguarda parecer do relator na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), à qual a subcomissão especial é subordinada.

## **PARALELO MERCOSUL – UNIÃO EUROPEIA**

Diferentemente do MERCOSUL, a formação do bloco europeu, conhecido como União Europeia (UE), objetivou a construção de um mercado comum, a partir de 1951, que unisse os vencedores e os vencidos no pós-guerra por meio de um sistema que apresentava metas comuns, quais sejam, a paz, a solidariedade e o desenvolvimento social.

A partir de tais preceitos, veio a construção das liberdades de circulação que compõe a UE, de bens, serviços, capitais e pessoas, que afetaram de forma direta e indireta a saúde, fazendo com que houvesse a inclusão gradual desse tema nas agendas de discussão do bloco. Entretanto, a saúde teve um papel bem menos impactante nessa integração, ainda que desde os primeiros acordos ficassem garantidas a proteção da saúde e a segurança do trabalhador. Fazendo um paralelo entre a construção do MERCOSUL e da UE, pode-se observar que nesta, assim como naquela, a formação do bloco tem sido longa, com expansão gradual e com a presença de crises.

Os aspectos que visam garantir o acesso aos serviços e produtos de saúde na UE foram utilizados para transpor barreiras de circulação, que na saúde significaram a livre movimentação de pacientes, profissionais e trabalhadores, bem como produtos, tecnologias e serviços voltados para a saúde. A livre circulação de pessoas dentro do bloco impactou, na saúde, sobre a oferta de profissionais, gerando acordos comunitários que buscam regular o mercado de trabalho para facilitar o reconhecimento de



profissões.

É visível que na UE vem havendo uma forte integração entre os Estados membros, de modo que os sistemas de saúde e a população são bastante beneficiados. Por exemplo, as compras em saúde passaram a ser feitas por meio de licitações públicas regionais, no entanto, para medicamentos, o bloco optou por constituir uma agência europeia regulamentadora. Já quando se trata da livre circulação de pessoas, foi possível notar um aumento no movimento de profissionais de saúde, pacientes e turistas, o que gerou a necessidade de reconhecimento de diplomas por parte dos países que compõem esse bloco.

Diferentemente do que vem acontecendo no MERCOSUL, dentro da UE foi desenvolvido um novo conceito de cidadania, denominada cidadania supranacional. Nesse modelo, o cidadão da comunidade europeia possui uma cidadania nacional, o que abre um leque de opções ao desenvolvimento dos direitos humanos fundamentais, entre eles o direito à saúde.

É possível notar que para a livre circulação de profissionais de saúde, dentro do MERCOSUL, ainda há um longo caminho a ser percorrido. Faz-se necessário quebrar diversas barreiras e esse objetivo vem sendo buscado a passos lentos, podendo utilizar o modelo constituído na Europa, ainda que este não seja perfeito, como um molde para aquilo que se pretende atingir.



## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Enquanto há restrições persistentes em setores laborais específicos, de forma geral, o conceito e a prática do livre trânsito do cidadão mercosulino existem, exercidos em viagens pelos estados membros do bloco. O que ainda não foi regulamentado e pacificado na seara médica e das demais profissões da saúde é vivenciado no direito de residência nos países do bloco econômico, somados ao Chile e à Bolívia. Para isso, basta se dirigir a uma unidade da Polícia Federal no Brasil, onde se deve requerer a carteira de estrangeiro e a condição de residência em caráter provisório, o que posteriormente pode ser transformada em permanente. Em 8 de outubro de 2009, entrou em vigor o Acordo para Residência de Nacionais do Mercosul, Bolívia e Chile.

Morar, empreender e trabalhar passaram a ser verbos conjugados com mais veemência e realismo nas nações do bloco, a partir de então. O passo inicial, o direito de viajar para um país do MERCOSUL, é facilitado pelo fato de se poder portar apenas a cédula de identidade, sem necessidade de passaporte. Uma pequena barreira superada. Ainda falta vencer os obstáculos para que um dia se viva em um ambiente de integração ampla e irrestrita, também na área da saúde, sonho plantado em Assunção, há 25 anos.

Não se pode tão somente enxergar a resistência dos profissionais brasileiros como impedimento para a consagração do projeto integrador esboçado pelo tratado. Rotulá-lo como intransigência, apenas, é ver a questão de maneira simplista. É preciso que haja regulamentação com equilíbrio, preservando os requisitos mínimos que assegurem formação com qualidade, universal, ética, condições de trabalho e o melhor para os pacientes, foco final de toda essa engrenagem. A solução passa por entendimentos, regras justas, respeito aos profissionais nativos e aos emigrados, mas todo e qualquer modelo só é aperfeiçoado quando se conhece os efeitos práticos, isso vale para novos medicamentos e para as relações humanas e, também, para as profissionais.

O reconhecimento de títulos obtidos no exterior é um passo fundamental para permitir o livre trânsito de profissionais da saúde pelos países signatários do MERCOSUL. O Senado criou regras, a Câmara aperfeiçoou-as, mas falta a aprovação final pela CSSF,



na Câmara dos Deputados, e posterior sanção da lei pela Presidência da República. Profissionais brasileiros e estrangeiros formados por instituições previamente credenciadas precisam ter a certeza de que seus diplomas serão reconhecidos no Brasil.

## REFERÊNCIAS

- ALARCÓN, P. J. L.; DINIZ, C. A. Estrangeiros e inclusão social: uma análise com fundamento na universalidade dos direitos humanos e as intenções constitucionais. **NEJ**, v. 12, n. 1, p. 43-62, jan./jun. 2007.
- ALVIM, R. P. **A circulação de pessoas no Mercosul**. 2014. Disponível em: [http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,a-circulacao-de-pessoas-no-mercosul,47511.html#\\_ftn11](http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,a-circulacao-de-pessoas-no-mercosul,47511.html#_ftn11). Acesso em: 3 maio 2016.
- BRASIL. Lei 3.268/57, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências **Diário Oficial da União**, 1 out. 1957. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L3268.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L3268.htm). Acesso em: 2 maio 2016.
- BRASIL. Lei 9.394/96, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, 23 dez. 1996. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm). Acesso em: 2 maio 2016.
- BRASIL. Medida provisória 621/2013, de 8 de julho de 2013, convertida na lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. **Diário Oficial da União**, 9 jul. 2013. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/mpv/mpv621.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/mpv/mpv621.htm). Acesso em: 3 maio 2016
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS 734/2014, de 2 de maio de 2014**. Aprova a Resolução nº 07/2012, do Grupo de Mercado Comum (GMC) do MERCOSUL, que aprova lista de profissões de saúde que são reconhecidas por todos os Estados Partes no Mercosul. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0734\\_02\\_05\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0734_02_05_2014.html), Acesso em: 2 maio 2016.
- BROWNLIE, Ian. **Princípios de Direito Internacional Público**. Lisboa: Editora Fundação Calouste Gulbenkian, 1997.
- ENTIDADES médicas condenam programa 'Mais Médicos'. 2013. Disponível em: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2013/07/entidades-medicas-condenam-programa-mais-medicos.html>. Acesso em: 3 maio 2016.
- FÓRUM PERMANENTE DO MERCOSUL PARA O TRABALHO EM SAÚDE. **Matriz mínima de registro de profissionais de saúde do Mercosul**: manual de orientação para profissionais de saúde. 2010. Disponível em: <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2010/03/Manual-Matriz-M%C3%ADnima.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2016.



GAMO, R. **Constituição Federal 88** - Art. 4º Interpretação dos Princípios nas Relações Internacionais. 2016. Disponível em:  
<http://www.apersonalidadejuridica.com.br/2016/02/constituicao-federal-88-art-4.html>. Acesso em: 3 maio 2016.

GRANDO, A. A. **O acto administrativo transnacional na supranacionalidade da União Europeia e na intergovernamentabilidade do MERCOSUL**. Porto: [s.n.], 2013.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Integração europeia e políticas de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1795-1807, 2006.

HOLANDA, E. G. M. **A saúde no Mercosul**. 3. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

LEAL, A. **Governo lança novo edital do Mais Médicos**. 2015. Disponível em:  
<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-01/beto-governo-lanca-novo-edital-do-mais-medicos>. Acesso em: 28 abr. 2016.

MACEDO, L. Subcomissão apoia PEC da carreira médica. **Jornal da Câmara**, ano 17, n. 3490, p. 5, out. 2015. Disponível em:  
<http://www.camara.leg.br/internet/Jornal/JC20151007.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2016.

MAGALHÃES, M. **Reconhecimento de diplomas do exterior pode ficar mais simples**. 2012. Disponível em:  
<http://www.abpos.com.br/default.aspx?pagegrid=&pagecode=115>. Acesso em: 6 maio 2016.

MEDICINA SEM VESTIBULAR. **Mais Médicos e outros métodos para exercer medicina no Brasil sem Revalida**. 2014. Disponível em:  
<http://www.medicinasemvestibular.com.br/mais-medicos-e-outro-metodos-para-exercer-medicina-no-brasil-sem-revalida>. Acesso em: 1 maio 2016.

MERCOSUL. **Saiba mais sobre o MERCOSUL**. Disponível em:  
<http://www.mercosul.gov.br/saiba-mais-sobre-o-mercosul>. Acesso em: 29 abr. 2025.

MERCOSUL. **Resolução nº 06/05**: PAuta Negociadora do SGT nº 11 “Saúde” (Revogação da Res. GMC nº 21/01). Disponível em:  
[http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas\\_web/Resoluciones/PT/RES\\_006-005\\_PT\\_Pauta%20Neg.PDF](http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/Normas/normas_web/Resoluciones/PT/RES_006-005_PT_Pauta%20Neg.PDF). Acesso em: 29 abr. 2016.

MESQUITA, L. Crise argentina alavanca as inscrições no programa Mais Médicos. **Folha de S.Paulo**, 2013. Disponível em:  
<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/09/1345688-crise-argentina-alavanca-as-inscricoes-no-programa-mais-medicos.shtml>. Acesso em: 29 abr. 2016.



MONTEIRO, V. **PL que revalida diplomas estrangeiros avança**. 2015. Disponível em: <http://www.sbpcnet.org.br/site/noticias/materias/detalhe.php?id=3642>. Acesso em: 28 abr. 2016.

MORAES, R. M. **Uma breve comparação entre a União Europeia e o MERCOSUL**. Curitiba: Faculdades OPET, 2010.

PARAÍZO, L. **Como médicos estrangeiros contribuem no atendimento à saúde da população do Vale**. 2015a. Disponível em: <http://jornaldesantacatarina.clicrbs.com.br/sc/geral/noticia/2015/12/como-medicos-estrangeiros-contribuem-no-atendimento-a-saude-da-populacao-do-vale-4925236.html>. Acesso em: 28 abr. 2016.

"O começo foi estressante", diz argentino que integra o Mais Médicos em Blumenau. 2015b. Disponível em: <http://jornaldesantacatarina.clicrbs.com.br/sc/geral/noticia/2015/12/o-comeco-foi-estressante-diz-argentino-que-integra-o-mais-medicos-em-blumenau-4925258.html>. Acesso em: 2 maio 2016.

PAULA, Aïda El-Khoury de. **A integração social no Mercosul: as políticas de educação em saúde no Brasil e na Argentina (1991 - 2006)**. 2009. 214 f. Tese (Doutorado em Estudos Comparados sobre as Américas) - Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

POZZEBOM, E. R. **Reconhecimento de diploma de universidade estrangeira renomada pode ficar mais fácil**. 2014. Disponível em: <http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2014/06/03/reconhecimento-de-diploma-de-universidade-estrangeira-renomada-pode-ficar-mais-facil>. Acesso em: 6 maio 2016.

PROGRAMA para levar médicos ao interior tem 11.701 inscritos. **G1**, 17 jul. 2013. Disponível em: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2013/07/projeto-para-atrair-medicos-ao-interior-tem-11700-inscritos-diz-ministerio.html>. Acesso em: 28 abr. 2016.

QUEIROZ, L. G.; GIOVANELLA, L. Agenda regional da saúde no MERCOSUL: arquitetura e temas. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 30, n. 2, p. 182–188, 2011.

RESENDE, M. **Triplicou número de médicos argentinos que querem ir para o Brasil**. 2013. Disponível em: [http://www.clarin.com/br/Triplicou-numero-medicos-argentinos-Brasil\\_0\\_988101565.html](http://www.clarin.com/br/Triplicou-numero-medicos-argentinos-Brasil_0_988101565.html). Acesso em: 27 abr. 2016.

SAMPAIO, Rafael. Brasil e Argentina fazem acordo para estimular intercâmbio de médicos. **G1**, 17 jul. 2013. Disponível em: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2013/07/brasil-e-argentina-assinam-acordo-para-estimular-intercambio-de-medicos.html>. Acesso em 29 abr. 2016.

SÃO PAULO (Estado). Conselho Regional de Medicina. **Cremesp defende que não há possibilidade de revalidação automática e reconhecimento de diplomas estrangeiros**.



2014. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=3472>. Acesso em: 1 maio 2016.

SILVA, Virgílio Afonso da Silva. Integração e diálogo constitucional na América do Sul. In: BOGDANDY, Armin Von; PIOVESAN, Flávia; ANTONIAZZI, Mariela Morales (Coord.). **Direitos humanos, democracia e integração jurídica na América do Sul**. Rio de Janeiro: Ed. Lumen Juris, 2010.

TOMASS, Lidson José. Em vigência a livre circulação no Mercosul, mais Bolívia e Chile. Direitos de trabalhar, empreender, circular e residir. **Revista Âmbito Jurídico**, ano XV, n. 107, dez. 2012.

TORRES, Ana Cláudia Pinheiro. **Análise dos Acordos do Mercosul de Prestação de Serviços de Saúde com o Brasil**. 2013. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Ceilândia, DF, 2013.

TORRES, Lívia. **Médicos fazem protesto no Rio contra a 'importação' de profissionais**. 2013. Disponível em: <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2013/07/medicos-fazem-protesto-no-rio-contrainterferencia-de-profissionais.html>. Acesso em: 3 maio 2016.