

EMENTA: CONSTITUCIONAL. DIREITO À SAÚDE, AO ENSINO E À LIBERDADE PROFISSIONAL. POLÍTICA PÚBLICA DE FORMAÇÃO DE MÉDICOS. LEI 12.871/2013. PROGRAMA MAIS MÉDICOS. PROCEDIMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO. SELEÇÃO DE MUNICÍPIOS COM NECESSIDADE E ESTRUTURA PARA A ABERTURA DE NOVOS CURSOS DE MEDICINA. PROCEDÊNCIA PARCIAL.

1. O chamamento público disciplinado pelo art. 3º da Lei 12.871/2013 visa ao controle da expansão e oferta do ensino superior de medicina e à ordenação dos serviços de saúde disponíveis à população, com fundamento em critérios e procedimentos que justificam a restrição pontual à liberdade de iniciativa das entidades interessadas.

2. Ausência de cenário que exija uma ampla intervenção do Poder Judiciário na concepção e implantação de política pública concretizadora de direitos fundamentais.

3. Necessidade de participação social na definição, pelo Ministério da Educação, dos municípios selecionados para a instalação de cursos de medicina.

4. Ações Diretas julgadas parcialmente procedentes para declarar a constitucionalidade do art. 3º da Lei 12.871/2013, afastada a possibilidade de abertura de novos cursos de Medicina com fundamento na Lei 10.861/2004, mas ressalvada a possibilidade de requerimento administrativo pela instalação de novos cursos em localidades específicas, devendo o Poder Público apresentar resposta fundamentada, de forma pública e em prazo razoável.

VOTO – VISTA

O SENHOR MINISTRO ALEXANDRE DE MORAES: Trata-se de julgamento conjunto de ações de controle concentrado de constitucionalidade (ADC 81 e ADI 7187) em que se discute a validade do art. 3º da Lei 12.871/2013, Programa Mais Médicos, que dispõe que a autorização para o funcionamento de novos cursos de medicina deverá ser precedida da realização do **CHAMAMENTO PÚBLICO**, no qual são estabelecidos os critérios e procedimentos para avaliação das instituições de ensino interessadas.

Por força da regulamentação do referido art. 3º, somente são autorizados a funcionar os cursos situados em municípios pré

selecionados, nos quais se repete haver “*relevância e a necessidade social da oferta de curso de Medicina*” e “*equipamentos públicos adequados e suficientes para a oferta do curso de Medicina*”.

O art. 3º também estabelece que a autorização ou renovação de funcionamento deverão considerar a “*necessidade social do curso para a cidade e para a região em que se localiza*”, a ser apurada pelos critérios seguintes: (a) relação número de habitantes por número de profissionais no Município em que é ministrado o curso e nos Municípios de seu entorno; (b) descrição da rede de cursos análogos de nível superior, públicos e privados, de serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares e de programas de residência em funcionamento na região; e (c) inserção do curso em programa de extensão que atenda a população carente da cidade e da região em que a instituição se localiza.

O Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras, Autor da ADI 7187, alega que esses limitadores violariam as garantias constitucionais da legalidade estrita, da isonomia, do direito de petição, da autonomia universitária, da livre iniciativa e da livre concorrência.

De outro lado, a Associação Nacional de Universidades Particulares – ANUP, Autora da ADC 81, defende a constitucionalidade do chamamento público e aponta a existência de inúmeras decisões judiciais que afastaram a exigência de chamamento público para abertura de novos cursos, com fundamento na inconstitucionalidade do art. 3º, aplicando outra legislação para a análise desses pedidos, no caso a Lei 10.861/2004, que institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES, regulamentada pelo Decreto Decreto 9.235/2017, que dispõe sobre “o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação das instituições de educação superior e dos cursos superiores de graduação e de pós-graduação no sistema federal de ensino”

O Min. GILMAR MENDES, Relator, proferiu decisões em que concedeu, *ad referendum* deste Plenário, medidas cautelares no sentido de “*assentar a constitucionalidade do art. 3º da Lei 12.871/2013 e estabelecer que a sistemática do dispositivo é incompatível com a abertura de novos cursos de medicina com base na Lei 10.861/2004, bem assim com a autorização de novas vagas em cursos já existentes, sem o prévio chamamento público e a observância dos requisitos previstos na Lei 12.871/2013*” (decisão de 7/8/2023).

Essa providência cautelar foi complementada por decisão de 22/12/2023, a respeito da superveniente Portaria SERES/MEC 397/2023, em relação a qual determinou-se seja “*interpretada de modo a assegurar às instituições de ensino que ultrapassaram a fase inicial de análise documental a*

que se refere o art. 19, § 1º do Decreto 9.235/2017 a oportunidade de comprovar, no bojo do processo administrativo em que pleiteiam a abertura de vagas em cursos de graduação de medicina, a existência de interesse social em sua pretensão, ainda que localizadas em municipalidades não contempladas por editais de chamamento público”.

Iniciado o julgamento em ambiente virtual (SV de 25/8 a 1/9/2023), o Ministro Relator votou pelo referendo das medida cautelar e, convertido o julgamento do referendo em julgamento definitivo de mérito, pela procedência parcial, concluindo pela constitucionalidade da política pública em questão, mas afirma a *“possibilidade de a sociedade civil pleitear o lançamento de editais para instalação de novos cursos em determinadas localidades, cabendo à Administração Pública responder a esses pleitos de forma fundamentada, com publicidade e em prazo razoável”*.

Em relação aos processos em tramitação, o Ministro GILMAR MENDES mantém os cursos que, com fundamento em decisões judiciais, já se encontram instalados, e admite a continuidade do trâmite de processos administrativos que, também com fundamento em decisões judiciais, superaram a fase inicial de análise documental, devendo as fases seguintes observarem a Lei 12.871/2013.

A proposta do Ministro Relator foi acompanhada pelo Ministro LUIZ FUX, após vista regimental (SV de 22 a 29/9/2023), e pelo Ministro DIAS TOFFOLI (SV de 9 a 20/2/2024).

O Ministro EDSON FACHIN, acompanhado pela Ministra ROSA WEBER, divergiu em relação à proposta de modulação de efeitos, deferindo-a em menor extensão, apenas para preservar os cursos de medicina já instalados.

O Ministro ANDRÉ MENDONÇA também divergiu, para declarar a inconstitucionalidade da política pública, e determinar ao Ministério da Educação que, no prazo de 180 dias, promova uma reanálise e redefinição dos instrumentos regulamentares da referida política pública, com fundamento em prévia avaliação de impacto regulatório, com a efetiva participação da sociedade civil. Também determina que sejam suspensos os pedidos de novos cursos até que seja efetivada a reanálise regulatória.

Pedi vista do caso, para melhor análise da matéria.

É o relato do essencial.

De início, e em caráter preliminar, indico que acompanho o Ministro Relator na rejeição da alegação de ilegitimidade ativa da Requerente

Associação Nacional das Universidades Particulares, ANUP, cuja representatividade e abrangência nacional já foi reconhecida pela CORTE em julgamentos anteriores, inclusive a ADI 5462, de minha relatoria.

Observo ainda que o objeto da questão constitucional em debate envolve diretamente a categoria econômica congregada pela Requerente, em razão do que se tem presente a pertinência temática que a legitima para o ingresso de ações de controle concentrado de constitucionalidade.

Quanto à demonstração da existência de controvérsia judicial relevante, tenho-a por devidamente demonstrada pelo Requerente da ADC 81, seja pelos elementos referidos nas págs. 3-7 da petição inicial (eDoc. 1) e pelos documentos acostados (eDocs. 20-24), seja pelos dados trazidos aos autos reportando situações em que decisões judiciais autorizaram o funcionamento de cursos de medicina com fundamento na inconstitucionalidade do art. 3º da Lei 12.871/2013.

Portanto, CONHEÇO integralmente das duas ações.

MÉRITO

(I) Introdução – escassez de médicos

No mérito, observo que o presente julgamento discute a validade de política pública que estabeleceu critérios para a abertura de cursos de ensino superior de Medicina, considerada a importância decisiva do fator humano para a efetividade, segurança e universalidade de acesso aos serviços de saúde pela população brasileira.

Faço a anotação lateral de que o histórico precedente firmado pela Corte Constitucional da Alemanha a respeito da efetividade de direitos sociais e da aplicação do assim chamado princípio da reserva do possível - o multicitado Caso *Numerus Clausus* (BVERFG 33, 303), de 1972 - tratou justamente da demanda social pelo acesso à formação superior em Medicina, então tratada sob o enfoque da liberdade profissional (SCHWABE, Jurgen. *Cinquenta anos de jurisprudência do Tribunal Constitucional Federal Alemão* - coletânea original: Jurgen Schwabe – Organização e introdução: Leonardo Martins, Konrad Adenauer Stiftung).

No Brasil, assim como em todo o mundo, a formação de profissionais de saúde, médicos em especial, impõe riscos e custos sociais e econômicos de vulto, dada o alto nível de especialização técnica e científica envolvidos nessa atividade, o que leva à escassez de recursos para a formação adequada de médicos e, conseqüentemente, à escassez de profissionais disponíveis para o atendimento à população.

O país lida com esse problema de forma ativa, voltada à expansão do ensino de medicina, desde o fim da década de 1960, com a edição de políticas que permitiram o ingresso do setor privado no ensino superior, dado o cenário de limitação dos recursos públicos para investimento direto na formação de médicos.

No entanto, mesmo o setor privado carece de recursos financeiros em volume suficiente para o desenvolvimento de cursos que demandam infraestrutura e serviços especializados de alto custo, como é o caso do ensino prático de medicina.

Inegavelmente, a possibilidade de dispersão do investimento público e privado em cursos que, individualmente, não logrem atingir a capacidade técnica mínima constitui um fator de risco para a qualidade do ensino de medicina no Brasil. Nesse sentido:

Após as publicações do Decreto nº 53.642, de 28 de Fevereiro de 1964 e do Decreto nº 63.341, de 1º de Outubro de 1968, o Brasil iniciou seu processo de expansão do ensino de medicina por instituições privadas. Os decretos foram marcos históricos porque desobrigaram as novas faculdades de medicina a possuírem hospitais escolas e recomendou o ensino prático em estabelecimentos hospitalares por meio de convênios. Após 1964, foram abertas 266 novas faculdades de medicina no país até 2017, sendo 182 instituições privadas, conforme pode ser observado pelo Gráfico 1. Até o ano de 2017, o Brasil possuía 115 faculdades de medicina públicas frente a 188 privadas.

A política de privatização do ensino ocorre de maneira ampla no Brasil para além dos cursos de medicina pelo fato dos governos poderem atender às necessidades de acesso à educação sem comprometer os recursos públicos (CHAVES; AMARAL, 2016). Entretanto, a qualidade do ensino oferecido por uma instituição de ensino superior privada é mais questionável se comparada com uma instituição pública (SCHEFFER; DAL POZ, 2015). Portanto, a privatização do ensino de medicina afeta de modo negativo a qualidade da formação e o serviço médico prestado à população.

Com os crescentes custos da medicina, a manutenção da qualidade do ensino está atrelada à capacidade de expansão da receita das faculdades. Para expandir sua receita, as instituições privadas precisam cortar custos, reorganizar processos, aumentar a oferta de vagas, elevar valor da mensalidade ou

solicitar um financiamento maior das organizações mantenedoras. As faculdades públicas, que poderiam aumentar a receita com a obtenção de maiores repasses governamentais, estão restritas ao congelamento do orçamento público promovido pela PEC dos Gastos.

(NASSAR, Leonardo Maso; PEREIRA JÚNIOR, Gerson Alves. Custos do ensino de medicina no Brasil: uma revisão sistematizada da literatura. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, jul./set. 2019)

O mesmo estudo conclui que, em vista da elevação dos custos de ensino decorrentes de inúmeras dificuldades, tais como restrições éticas ao uso de animais vivos e cadáveres como recursos de ensino, ou a dificuldade de acesso a recursos tecnológicos, bem como das limitações orçamentárias decorrentes de política fiscal, *“há limitações na capacidade financeira das faculdades de medicina para acompanhar as mudanças no ensino, podendo afetar negativamente a qualidade na formação do futuro médico”*.

Exemplifica com a complexidade e onerosidade de manutenção e gerenciamento de hospitais-escola, o que levou o Governo Federal a priorizar a abertura de vagas de ensino mediante parcerias, ao invés do investimento em construção de novos hospitais. No entanto, salienta que o hospital-escola configura *“elemento crucial para a formação médica e para a qualidade do ensino de medicina”* e que esses convênios entre faculdades e estabelecimentos hospitalares seriam *“insuficientes para atender a quantidade mínima de cinco leitos disponíveis por aluno exigida pelo MEC (2013), afetando diretamente a formação dos médicos e o atendimento recebido pela população”*.

Nesse cenário, qualquer política pública destinada à assegurar o acesso universal aos serviços de saúde deverá realizar uma prognose complexa sobre os seguintes elementos: (a) o número de profissionais necessários para o oferta dos serviços médicos, reconhecida a escassez; (b) a distribuição geográfica desigual desses profissionais (bem como dos próprios cursos) no território nacional; e (c) a dependência de público e estrutura hospitalar que garanta a efetividade do ensino médico.

O acerto das escolhas do Poder Público nessa matéria sempre levantará preocupações com o direito social à saúde (da população carente de assistência profissional) e à educação (dos aspirantes ao ingresso no ensino superior), o objetivo fundamental da República de reduzir as desigualdades sociais e regionais (art. 3º, III, CF), a autonomia

universitária (art. 207, CF), a liberdade de iniciativa (art. 1º, inciso IV e art. 170, CF) e a livre concorrência (art. 170, IV, CF), os quais constituem os parâmetros de controle suscitados no presente julgamento.

(II) A disciplina dos chamamentos públicos

O cerne do presente debate é o fato de que a abertura de novos cursos é condicionada à observância de procedimentos descritos no art. 3º da Lei 12.871/2013 - o CHAMAMENTO PÚBLICO -, no qual estão estabelecidos critérios limitadores, notadamente aqueles relacionados ao aspecto geográfico. São previamente selecionados os Municípios nos quais a abertura do curso teria *“relevância e necessidade social”* e que disponham de *“equipamentos públicos adequados e suficientes para a oferta do curso de medicina”*. O § 2º do mesmo art. 3º promove a integração dessa seleção de municípios para abertura de cursos de Medicina à rede do SUS, ao exigir que as instituições interessadas celebrem convênios com os órgãos locais do SUS, pelos quais garantida a oferta de estrutura de serviços, ações e programas necessários para as atividades práticas de ensino.

A regulamentação infralegal do tema é estabelecido pela Portaria Normativa 2/2013, do Ministério da Educação, que estabelece *“procedimentos e o padrão decisório para os pedidos de autorização dos cursos de graduação em medicina ofertados por Instituições de Educação Superior – IES”*. Pela Portaria 523/2018, regulando pedidos de aumento de vagas apresentados por instituições que *“que ofertem cursos de Medicina autorizados no âmbito dos editais de chamamento público em tramitação ou concluídos, segundo o rito estabelecido no art. 3º da Lei nº 12.871, de 2013, ou ofertem cursos de Medicina pactuados no âmbito da política de expansão das universidades federais”*. Pela Portaria 1.061/2022, que dispõe sobre *“fluxo, os procedimentos e o padrão decisório dos atos de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos superiores de medicina”*; pela Portaria 1.771/2023, também regulando o processamento de pedidos de ampliação de vagas, e a Portaria SERES 531/2023, que visa a ajustar a regulamentação do tema ao conteúdo da decisão cautelar proferida nos presentes autos.

Além disso, por força de outras normas, como a Portaria 650/2023, que *“dispõe sobre a política de chamamento público para a autorização de curso de graduação de Medicina”*, o edital de chamamento poderá prever outros critérios de ordem técnica, tais como o aproveitamento de estrutura de equipamentos e serviços conexos para a formação de centros

especializados de referência e alto rendimento.

O procedimento para abertura de novos cursos ou vagas, assim, pode ser sintetizado nas seguintes fases: (a) verificação da relevância e necessidade social; (b) análise da oferta de contrapartida e adesão dos gestores locais de saúde; (c) análise do padrão de qualidade, mediante o *“instrumento de avaliação in loco realizada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – Inep”* (cf. Art. 5 da portaria 531//2023), exigido que o curso obtenha conceito igual ou superior a 4.

A disponibilidade de cursos de Medicina, estável em menos de 200 cursos até a edição da Lei impugnada, registrou sólido e constante avanço desde 2013 (206 cursos) até 2022 (390 cursos), conforme dados do Censo da Educação Superior, INEP. O histórico de ingressantes e concluintes nos referidos cursos apresenta a mesma curva de crescimento: 111.198 matrículas e 16.425 concluintes em 2013; 245.501 matrículas e 25.535 concluintes em 2022.

No momento, existem 369 pedidos de abertura de cursos com fundamento em decisões judiciais, o que resultaria na abertura de 60 mil vagas. Comparando com dados de 2021 (365 cursos já instalados, oferecendo 44 mil vagas), o aumento seria da ordem de 70%.

Em paralelo ao modelo estabelecido no Programa Mais Médicos, que constitui norma especial, a abertura de cursos ou expansão de vagas de ensino superior ocorre sob a disciplina da Lei 10.861/2010 (Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior, SINAES), com formulação de requerimento e exame individualizado pelo Ministério da Educação.

Essa foi a sistemática resgatada por inúmeras decisões judiciais, que, com fundamento na inconstitucionalidade do art. 3º da Lei 12.871/2013, impuseram ao Poder Público a análise desses pedidos por critérios alheios à política pública do Programa Mais Médicos.

A norma impugnada, fora de qualquer dúvida, impõe um rígido limitador à abertura de cursos, afastando-se do cenário idealizado pela Requerente da ADI 7187, de plena liberdade de instalação e oferta de ensino superior em Medicina.

Cabe avaliar se essa restrição à plena liberdade de oferta de cursos de medicina é razoável e proporcionalmente adequada à um fim legítimo amparado pela Constituição.

(III) Compreensão da CORTE sobre a política pública de formação de médicos

A demanda por mais acessos a serviços médicos constitui anseio

social já trazido ao conhecimento da CORTE, que apreciou a validade do Programa Mais Médicos no julgamento da ADI 5035 (Rel. Min. MARCO AURÉLIO, Rel. p/ acórdão Min. ALEXANDRE DE MORAES, Tribunal Pleno, julgado em 30/11/2017), onde apreciada a constitucionalidade das regras veiculadas nesse diploma legal a respeito da autorização para o funcionamento dos cursos de medicina e da formação médica no Brasil e do Projeto *Mais Médicos para o Brasil*, oferecido a médicos diplomados no Brasil e no exterior, os “*intercambistas*”, com foco na Atenção Básica em Saúde e em regiões prioritárias para o SUS.

Já naquela ocasião, consignei que as distorções e as precariedades na oferta de serviços de saúde eram aspecto indiscutível da realidade dada, infelizmente. Dados apresentados nos autos daquela ADI 5035 e em pesquisas disponíveis já apontavam para a enorme carência de médicos em várias regiões do Brasil.

Nesse julgamento, que tratava da dispensa de validação de diploma e a caracterização de relação trabalhista no vínculo dos médicos “*intercambistas*”, afirmei que uma política pública, por mais criticável que seja, não padece de inconstitucionalidade ao tentar enfrentar essas distorções, mas, ao contrário, é a omissão do poder público que ofende o princípio da igualdade.

A conclusão majoritária da CORTE, naquele julgamento, foi no sentido de que “*a Constituição obriga o Estado brasileiro a perseguir um modelo de atenção à saúde capaz de oferecer acesso universal ao melhor e mais diversificado elenco de ações e serviços de saúde que possa ser custeado para todos, igualmente, e para cada um, isoladamente, quando circunstâncias extraordinárias assim o exigirem*” e de que a “*a grave carência de assistência médica em várias regiões do país admite a excepcionalidade legal de exigência de revalidação do diploma estrangeiro por ato normativo de mesma hierarquia daquele que a instituiu*”.

Transcorridos pouco mais de 6 anos daquele debate, não me parece ter havido substancial alteração no quadro de “*grave carência de assistência médica em várias regiões do país*”, realidade que o presente julgamento novamente traz à apreciação da CORTE.

O cenário de escassez de médicos e de desigualdade regional na sua distribuição persistem e se agravam reciprocamente. Examinando-se dados relacionados à distribuição geográfica de cursos de medicina e dados sobre as regiões com deficiência de serviços de saúde, é possível inferir uma correlação que se explica à luz de uma causalidade em comum.

Mencione-se estudo sobre distribuição de médicos vinculados ao SUS em municípios em extrema pobreza (LUIZETI, Bárbara Okabaiasse; LIMA, Carlos Henrique de; GARCIA, Lucas França; MASSUDA, Ely Mitie. Demografia médica em municípios em extrema pobreza no Brasil, Revista Bioética, Brasília, DF, v. 30. n. 1, p. 172-180, jan./mar. 2022), cujos resultados são os seguintes:

Em outubro de 2019, dos 5.570 municípios brasileiros, conforme IBGE 9, 1.582 (28,4%) estão catalogados no Datasus como de extrema pobreza, representando mais de $\frac{1}{4}$ do total. Existem 466.135 médicos ativos no Brasil 12, e 298.530 (64%) atuam profissionalmente no SUS 11. Foram contabilizados, nos municípios em extrema pobreza, 16.267 médicos, dos quais 1.360 (8,4%) atendiam na rede privada e 14.907 (91,6%) trabalhavam no SUS, sendo a natureza jurídica de 10.438 (64,2%) deles municipal; 1.031 (6,3%), estadual; 143 (0,9%), federal; 363 (2,23%), a sociedade empresária limitada; 264 (1,62%) ao órgão público do Poder Executivo municipal; 229 (1,4%) a associações públicas; 70 (0,43%), a autarquia federal; 25 (0,15%) empresários e o restante dividem-se entre empresas individuais, entidades sindicais, cooperativas, entre outros. No que concerne à atuação de médicos em *ensino e pesquisa nos município em extrema pobreza*, somente 208 (1,3%) trabalham em *unidades auxiliares* de ensino, 69 (0,4%) atuam em hospitais-escola, 24 (0,2%) em universidades e 8 (0,1%) em faculdades isoladas; portanto, 14.598 (89,7%) médicos não estão vinculados a trabalhos científicos, conforme exposto no Gráfico 1. Ou seja, o perfil identificado em municípios em extrema pobreza é majoritariamente de profissional médico que atende no SUS, contratado pelo município e alheio a ocupações de ensino e pesquisa.

Dentre os médicos que exercem suas atividades profissionais pelo SUS nos 1.526 municípios brasileiros em extrema pobreza, 1.284 (8,6%) atuam na região Norte; 9.186 (61,6%), no Nordeste; 3.071 (20,6%), no Sudeste; 837 (5,6%), no Sul; e 529 (3,5%), no Centro-Oeste (Tabela 1).

Conforme o Gráfico 2, dentre os municípios brasileiros em extrema pobreza, 186 (12,2%) dispõem de três médicos; 164 (10,7%), de dois médicos; e 141 (9,2%), de um médico. Nesse quadro, a extremidade oposta é evidenciada pelos municípios de Barbalha/CE, com 60.781 habitantes e 353 médicos no SUS, indicando 5,8 médicos por mil habitantes; Guanambi/BA, com

84.481 habitantes e 171 médicos registrados, o que equivale a 2,02 médicos por mil habitantes; e Arcoverde/PE, com 74.338 habitantes e 168 médicos no SUS, o que significa 2,25 médicos por mil habitantes.

Perfazem os 186 (12,2%) municípios em extrema pobreza com apenas três médicos, por exemplo, Ministro Andreazza/RO, com 9.660 habitantes e 0,31 médico no SUS por mil habitantes; Jordão/AC, com 8.317 habitantes e 0,36 médico no SUS por mil habitantes; e Campo Azul/MG, com 3.817 habitantes e 0,78 médico no SUS por mil habitantes. No extremo estão os 141 (9,2%) municípios com um médico, como Santa Tereza de Goiás/GO, com uma população de 3.355 habitantes e 0,29 médico no SUS por mil habitantes; Cristal do Sul/RS, com 2.847 habitantes e 0,35 médico no SUS por mil habitantes; e Bacurituba/MA, com 5.644 habitantes e 0,177 médico no SUS por mil habitantes.

O Gráfico 3 ilustra a alocação dos médicos colaboradores do SUS nos municípios em extrema pobreza entre outubro de 2009 e outubro de 2019. Nesse período, o maior número de médicos foi designado em 2018, totalizando 15.487 profissionais. Todavia, no último ano, constata-se diminuição de 3,7% no contingente de médicos nesses territórios, representando redução de 580 profissionais nessas localidades.

As conclusões do referido estudo endossam a grave desproporção na distribuição de médicos entre as cidades e regiões brasileiras, o que é ressaltado por todos os votos já proferidos no presente julgamento. E reafirmam, igualmente, a *“necessidade de políticas em saúde que preconizem a equidade da demografia médica pelo país, de forma a respeitar as particularidades econômicas e sociais de cada região e município, bem como promover a reestruturação do sistema de saúde pública e investir em recursos humanos e materiais, a fim de reduzir significativamente as disparidades em saúde no território nacional”*.

Do ponto de vista da oferta de cursos de medicina, trago os dados colhidos em estudo técnico (PEREIRA, Douglas Vinícius Reis; FERNANDES, Daniel de Lima Ruas; MARI, Julia Ferreira; LAGE, Ana Luiza de Faria; FERNANDES, Ana Paula, Pinheiro Chagas. Cartografia das escolas médicas: a distribuição de cursos e vagas nos municípios brasileiros em 2020. Revista Brasileira de Educação Médica, Brasília, DF, v. 45, n. 1, p. 1-10, 2021) sobre a distribuição dos cursos de medicina no país:

A atual distribuição das escolas médicas no Brasil é reflexo de políticas públicas relativamente recentes que tinham como objetivo melhorar os indicadores nacionais de saúde. Especialmente na década de 2010, o déficit de profissionais aumentou devido à maior oferta de serviços públicos de saúde.

A expansão de cursos de Medicina é um processo que esteve presente em outros momentos da história do país. A década de 1960 foi marcada pela criação de 35 escolas médicas. Essa ampliação progrediu a ponto de haver 113 escolas implantadas no fim do século passado. Contudo, essa expansão se fez mais intensa nas primeiras décadas do novo século, pois, nos últimos 20 anos, o número de escolas quase triplicou⁵. No final de 2010, havia 179 cursos, alcançando a marca de 351 cursos e 37.221 vagas autorizadas em 2020.

Esse processo está intimamente relacionado à promulgação da Lei nº 12.871/2013, que instituiu o Programa Mais Médicos (PMM), como tentativa de melhorar a desigualdade de acesso aos serviços de saúde pela população. Essa diferença decorre da **concentração de médicos e escolas médicas nos centros urbanos mais desenvolvidos, gerando uma carência desses profissionais em regiões com piores indicadores de saúde, geralmente mais afastadas de grandes centros**.(...)

Entretanto, a expansão de cursos de Medicina tem resultado em intenso debate, envolvendo parlamentares, gestores públicos federais, estaduais e municipais, gestores da área da saúde suplementar, entidades médicas, entidades e especialistas da área de educação médica, alunos e entidades do movimento estudantil, com opiniões divergentes. Todo esse debate se justifica na percepção de que o aumento do número de médicos deve estar necessariamente ligado ao aprimoramento da formação, da especialização e da educação permanente desses profissionais, visto que uma boa formação está diretamente relacionada à qualidade da atenção à saúde ofertada à população.

O referido estudo passa a analisar, então, o efeito da expansão dos cursos de medicina em relação à sua distribuição geográfica, chegando aos seguintes resultados:

Há predomínio de cursos e de vagas em instituições

privadas. A diferença é maior quando se compara pagamento com gratuidade: quase três quartos das novas vagas de Medicina são ofertadas em cursos pagos.

Dentre as instituições públicas, há maior quantidade de cursos e vagas em instituições federais, seguidas por estaduais e municipais. Ademais, todas as instituições públicas municipais são pagas. Em relação às instituições privadas, há discreto predomínio de cursos e vagas de Medicina em instituições sem fins lucrativos.

Há maior concentração de cursos e de vagas na Região Sudeste, seguida pelas Regiões Nordeste, Sul, Centro-Oeste e Norte, respectivamente. Há predomínio de cursos e vagas em Medicina nos municípios mais próximos à capital, e o intervalo de até 100 km de distância tem o maior número. Existe menor quantidade de cursos e vagas em municípios com distâncias acima de 500 km da capital, e a distância máxima encontrada foi de 900 km.

Os municípios de grande porte concentram o maior número de vagas, seguidos pelos médio-grandes. Como há apenas um curso de Medicina em município de pequeno porte que oferta 120 vagas, ele foi apresentado com os cursos em municípios médio-pequenos.

Não existe oferta de curso de Medicina em município com IDH baixo. Há maior número de cursos e vagas em municípios de IDH alto, seguido pelos municípios de IDH muito alto e então os de IDH médio.

(...)

Percebe-se que as escolas médicas brasileiras não estão bem distribuídas pelo território nacional. Pode-se observar que as Regiões Sudeste e Sul têm grande concentração de escolas, ainda que a última aparente distribuição mais homogênea em seu território. A capital de São Paulo, por exemplo, tem o maior número de escolas em uma mesma cidade: 12. Já em Minas Gerais, há notável contraste em relação à concentração de cursos: o sul do estado, com muitas escolas, assemelha-se a São Paulo; e o norte do estado, com menor número de escolas, ao interior da Bahia. Na Região Nordeste, destaca-se concentração de escolas nas capitais e em regiões litorâneas, no entanto há exceções que apresentam maior número de escolas no interior, como o estado da Bahia, e, em menor quantidade, como Paraíba e Piauí. Nas Regiões Norte e Centro-Oeste, é possível observar concentração nas capitais, com pontos isolados de escolas no

interior. Dos estados dessas regiões, Goiás se destaca com maior número de escolas no interior.

A norma impugnada, sem prejuízo de críticas que lhe sejam devidas, ataca diretamente esse problema, a partir de premissas fundadas em opiniões especializadas, com resultados que se mostram positivos. Considerando: (a) que há a necessidade de mais profissionais médicos, especialmente nas regiões menos desenvolvidas; (b) que o ensino de medicina é caro e depende de investimento; e (c) que uma expansão indiscriminada dos cursos de medicina traria riscos à qualidade do atendimento à população, é possível afirmar que a política pública sob exame visou a equilibrar essas preocupações, limitando a expansão da oferta de cursos de medicina e a direcionando para municípios que nos quais há maior interesse social pela oferta de profissionais médicos.

(IV) Compreensão dos votos já proferidos

O Ministro GILMAR MENDES teve, na condução da instrução dos presentes autos, a iniciativa de promover audiência pública, a fim de munir a CORTE com os subsídios adequados para o exame da prognose que sustenta a política pública em questão.

O Ministro Relator conclui pela validade do critério adotado, entendendo que ele direcionaria a instalação de cursos em regiões com menor oferta de serviços médicos, promovendo, assim, o melhor uso dos recursos sociais disponíveis em vista do interesse público. Exemplifica com o caso de Jaraguá do Sul/SC, conforme depoimento de seu Prefeito colhido na audiência pública, dando conta dos impactos positivos, diretos e indiretos, da instalação do curso naquela localidade em conformidade com o Programa Mais Médicos.

A correlação positiva entre distribuição de cursos de medicina e a distribuição dos profissionais formados não dependeria, assim, da fixação de domicílio pelo concluinte do curso nesse mesmo local. Apenas a interiorização dos cursos já garantiria um ganho na disponibilidade de serviços de saúde nos municípios selecionados.

Assim, na ótica de Sua Excelência, a ordenação constitucional dos serviços de saúde atribui ao Poder Público a sua “*organização, ordenação e controle*”, no que se incluiria a formação de médicos, não apenas no tocante à autorização e avaliação continuada, mas também no direcionamento dos recursos sociais disponíveis, inclusive privados, a segmentos sociais e regiões menos assistidos.

No entanto, mesmo entendendo que a norma é constitucional, o Ministro Relator reconhece situações concretas em que instituições de ensino superior, trilhando o caminho da abertura de cursos ou ampliação de vagas fora dos chamamentos públicos, inclusive com fundamento em decisões judiciais, já instalaram cursos ou ampliaram vagas, investindo recursos e admitindo alunos. E outras situações em que, embora ainda não instalados, as instituições já haviam requerido a abertura.

A proposta do Ministro Relator sugere a manutenção dos cursos já instalados e a continuidade dos procedimentos que já ultrapassaram a fase inicial de análise documental (art. 19, § 1º, e art. 42 do Decreto 9.235/2017), averiguada, nesta última hipótese, se o Município e o curso atendem aos critérios do art. 3º da Lei 12.871/2013.

O voto do Ministro EDSON FACHIN, adotando as mesmas premissas no sentido da constitucionalidade do chamamento público, diverge em relação à definição desse marco temporal, admitindo apenas a manutenção dos cursos já instalados.

O Ministro ANDRÉ MENDONÇA, por sua vez, apresenta uma reflexão mais vertical sobre a política pública objeto do julgamento. Questiona as próprias premissas e fins estabelecidos pela norma impugnada, seja a necessidade de mais médicos, seja a efetividade do chamamento público do art. 3º da Lei 12.871/2013 em atingir o objetivo de equalizar a distribuição de profissionais médicos no território nacional.

Ao contrário do Ministro Relator, que distinguiu o tema em debate de outros aspectos relacionados, como a moratória estabelecida pela Portaria 328/2018 do Ministério da Educação, o Ministro ANDRÉ MENDONÇA considerou que essa providência constituiria um indício da ineficácia dos chamamentos públicos.

Admite que a abertura de novos cursos possa ocorrer tanto pelo chamamento público quanto pelo SINAES, considerando que o Decreto 9.235/2017, que trata da avaliação do ensino superior e regulamenta a Lei 10.861/2010, já após a vigência do Programa Mais Médicos, fala em autorização de cursos de medicina (art. 41, §2º). Destaca o dano social ocasionado por má prática profissional, citando dados sobre os 55 mil óbitos ocorridos entre 2017-2018 em decorrência de erro médico.

Compara dados sobre a relação médico por mil habitantes registradas em países da OCDE, demonstrando que o Brasil, que passou de 1,29, no ano 2000, para 2,6 em 2023, teve um dos maiores crescimentos desse indicador, embora ainda esteja abaixo da média desses países.

Citando outros dados (Demografia Médica no Brasil 2023), aponta

que o Brasil tem 11,75 médicos para cada 100 mil habitantes. Ou 2,69 médicos por mil habitantes (FMUSP e AMB).

Sua Excelência confronta essas informações com estudo da Organização Mundial de Saúde, no qual a recomendação de um parâmetro ideal seria da ordem de 1 médico para cada mil habitantes, abaixo do praticados pelos países da OCDE, como também pelo Brasil.

Defende que esse indicador é insuficiente para um compreensão adequada dos desafios para a melhoria da saúde pública, com fundamento no Estudo da OCDE da Atenção Primária à Saúde no Brasil, que proporia um agregado de mais indicadores relacionados ao perfil dos profissionais, aos processos de trabalho, características do sistema de saúde e necessidades da população.

Ou seja, põe em perspectiva crítica a adoção do indicador médicos/população, realçando que nenhum dos sucessivos programas governamentais adotados, inclusive o Programa Mais Médicos, logrou reverter a concentração de profissionais nas regiões Sul e Sudeste, capitais e zonas urbanas.

Entende carecer fundamento empírico para a expansão do ensino de Medicina no Brasil, além de ausência de dados, estudo de impacto, participação social e regulamentação suficientes e adequados para a adoção dessa medida. Aduz que a localização dos cursos não influenciaram na distribuição geográfica de médicos, devendo-se considerar outras alternativas, tais como incentivos financeiros e não financeiros, ou mesmo a restrição da liberdade de escolha, pelo médico, de seu local de trabalho.

O debate, assim posto, reclama uma reflexão sobre as condições e os limites nos quais é dado ao Poder Judiciário examinar a validade de políticas públicas elaboradas pelos demais Poderes.

(V) Do controle judicial de políticas públicas

Em diversos julgados perante essa CORTE, manifestei-me sobre as condições e limites pelos quais é possível o controle judicial de políticas públicas, dos quais ressalta o caráter excepcional desse controle. Nesse sentido: RE 928902, Rel. Min. ALEXANDRE DE MORAES, Tribunal Pleno, julgado em 17/10/2018 (política habitacional); RE 888815, Rel. Min. ROBERTO BARROSO, Rel. p/ acórdão Min. ALEXANDRE DE MORAES, Tribunal Pleno, julgado em 12/9/2018 (ensino domiciliar); ADI 6025, Rel. Min. ALEXANDRE DE MORAES, Tribunal Pleno, julgado em 20/4/2020.

Como reiteradamente destaquei, nesses e em outros precedentes, os poderes de Estado, apesar de independentes, devem atuar de maneira harmônica, privilegiando a cooperação e a lealdade institucional e afastando as práticas de “guerrilhas institucionais”, que acabam minando a coesão governamental e a confiança popular na condução dos negócios públicos pelos agentes políticos. Para tanto, a Constituição Federal consagra um complexo mecanismos de controles recíprocos entre os três poderes, de forma que, ao mesmo tempo, um Poder controle os demais e por eles seja controlado. Esse mecanismo denomina-se teoria dos freios e contrapesos (WILLIAM BONDY. *The Separation of Governmental Powers*. In: *History and Theory in the Constitutions*. New York: Columbia College, 1986; JJ. GOMES CANOTILHO; VITAL MOREIRA. *Os Poderes do Presidente da República*. Coimbra: Coimbra Editora, 1991; DIOGO DE FIGUEIREDO MOREIRA NETO. *Interferências entre poderes do Estado (Fricções entre o executivo e o legislativo na Constituição de 1988)*. Revista de Informação Legislativa, Brasília: Senado Federal, ano 26, n. 103, p. 5, jul./set. 1989; JAVIER GARCÍA ROCA. *Separación de poderes y disposiciones del ejecutivo com rango de ley: mayoría, minorías, controles*. *Cadernos de Direito Constitucional e Ciência Política*, São Paulo: Revista dos Tribunais, ano 7, nº 27, p. 7, abr./jun. 1999; JOSÉ PINTO ANTUNES. *Da limitação dos poderes*. 1951. Tese (Cátedra) Fadusp, São Paulo; ANNA CÂNDIDA DA CUNHA FERRAZ. *Conflito entre poderes: o poder congressual de sustar atos normativos do poder executivo*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1994. p. 2021; FIDES OMMATI. *Dos freios e contrapesos entre os Poderes*. Revista de Informação Legislativa, Brasília: Senado Federal, ano 14, n. 55, p. 55, jul./set. 1977; JOSÉ GERALDO SOUZA JÚNIOR. *Reflexões sobre o princípio da separação de poderes: o parti pris de Montesquieu*. Revista de Informação Legislativa, Brasília: Senado Federal, ano 17, n. 68, p. 15, out./dez. 1980; JOSÉ DE FARIAS TAVARES. *A divisão de poderes e o constitucionalismo brasileiro*. Revista de Informação Legislativa, Brasília: Senado Federal, ano 17, n. 65, p. 53, jan./mar. 1980).

Tendo por parâmetros hermenêuticos esses núcleos axiológicos extraídos da Constituição Federal – separação de poderes (independência) e sistema de freios e contrapesos (harmonia) –, por mais louvável que seja a implementação judicial de medidas impostas ao gestor da coisa pública, a fim de se evitar a fricção entre os poderes republicanos, a intromissão há de ser afastada dentro de um contexto fático-normativo operado pela regra, e não pela exceção, essa evidenciada

quando os órgãos estatais competentes, por descumprirem os encargos político-jurídicos que sobre eles incidem em caráter impositivo, vierem a comprometer, com tal comportamento, a eficácia e a integralidade de direitos individuais e/ou coletivos impregnados de estatura constitucional, como assinala o eminente Ministro CELSO DE MELLHO (ARE 1.170.694/AC, DJe de 7/11/2018). individuais e/ou coletivos impregnados de estatura constitucional, como assinala o eminente Ministro CELSO DE MELLHO (ARE 1.170.694/AC, DJe de 7/11/2018).

Nessa linha de considerações, concluí, não caber ao Poder Judiciário determinar ao Executivo: (a) a adoção de medidas necessárias ao suprimento de carência de professores em colégio estadual do Rio de Janeiro (ARE 1.169.331/RJ); (b) a completa restauração de imóvel tombado administrativamente no Município de São Cristóvão/SE (ARE 1.161.181/SE); (c) a contratação de professores interlocutores de LIBRAS, visando ao atendimento de alunos portadores de deficiência auditiva matriculados na rede estadual de ensino do Município de Itatiba/SP (ARE 759.755/SP); e (d) o fornecimento de atendimento a aluno portador de deficiência intelectual e com transtorno comportamental, durante o período de atividade acadêmica, seja de caráter curricular ou extracurricular (ARE 1.145.501/SP).

Em tais casos, o cenário estabelecido não se revelava apto a legitimar a prestação jurisdicional pretendida no sentido de fazer executar determinada atividade pública, já que, repise-se, *“não se inclui, ordinariamente, no âmbito das funções institucionais do Poder Judiciário e nas desta SUPREMA CORTE, em especial, a atribuição de formular e de implementar políticas públicas (JOSÉ CARLOS VIEIRA DE ANDRADE. Os Direitos Fundamentais na Constituição Portuguesa de 1976, p. 207, item n. 05, 1987, Almedina, Coimbra), pois, nesse domínio, o encargo reside, primariamente, nos Poder Legislativo e Executivo”* (RE 1.165.054/RN, Rel. Min. CELSO DE MELLO, DJe de 9/11/2018), haja vista que, do contrário, a ingerência do Poder Judiciário no Poder Executivo estaria, evidentemente, desorganizando a implementação das políticas públicas.

Em suma, ao impor uma determinada conduta à Administração Pública, a correção do ato judicial se notabiliza por respeitar o conteúdo programático da República Federativa do Brasil, previamente definido na Constituição Federal de 1988, bem como por não intervir no programa de governo estabelecido pelo gestor da *res publica*, responsável pela gerência do erário e por estipular as diretrizes governamentais, essas revestidas de discricionariedade, pautadas pela conveniência e oportunidade

administrativas, características insindicáveis do ato (RE 475.954-AgR, Rel. Min. DIAS TOFFOLI, Primeira Turma, DJe de 9/9/2013; e RE 480.107-AgR, Rel. Min. EROS GRAU, Segunda Turma, DJe de 27/3/2009).

No caso dos autos, reconheço a necessidade de apreciação de dados e estudos técnicos que amparem um juízo seguro a respeito das prognoses empreendidas pelos Poderes Executivo e Legislativo na formatação da política de expansão do ensino e formação de profissionais de saúde no Brasil.

De posse desses elementos, não é possível afastar a percepção de que, de fato, há escassez de profissionais de saúde, mesmo admitindo que certos recortes, por região ou especialidade, p.ex., podem sugerir o contrário. E que esse problema se relaciona diretamente com a questão dos desequilíbrios regionais, que acentua a escassez em regiões com pior desenvolvimento econômico e social.

Cenários complexos e multicausais reclamam abordagens estruturadas no enfrentamento de um problema não elimina a necessidade de soluções alternativas e/ou complementares. O oferecimento de novas vagas de ensino superior, direcionadas a municípios com maior necessidade, ainda que não seja uma solução decisiva para a oferta de serviços de saúde, coopera positivamente para a melhora do quadro de desigualdade geográfica.

A média de médicos por habitantes registrada nos países da OCDE se mostra adequada à formatação de uma política pública que visa a enfrentar um cenário de escassez de profissionais disponíveis.

O Estudo da OCDE sobre política de saúde pública no Brasil (OECD, 2021, Estudo da OCDE da Atenção Primária à Saúde no Brasil, OECD Publishing), já referido pelos votos que me antecederam, expressamente refere a um problema de escassez de médicos, sem ignorar a questão da distribuição geográfica. Transcrevo:

A força de trabalho de saúde do Brasil é caracterizada por **escassez e má distribuição de médicos**, que é particularmente aguda nas regiões Norte e Nordeste do país. Os números brasileiros sugerem que os médicos não veem a especialidade da APS, e áreas rurais e remotas, como atrativa e prestigiosa. A escassez e a má distribuição de médicos da APS são desafios comuns da política de força de trabalho em saúde que os países da OCDE enfrentam. Preocupações quanto à renda, oportunidades de desenvolvimento de carreira, isolamento dos colegas, bem como opções educacionais para os filhos e

oportunidades profissionais para o cônjuge são os principais fatores desses desafios.

Embora o Brasil tenha claramente reconhecido que uma APS forte é a base de um sistema de saúde eficaz, eficiente e responsivo, **o número de médicos de APS treinados está bem abaixo dos países da OCDE e de outros países da ALC.**

No Brasil, o número de médicos em exercício por 1.000 habitantes em 2019 era muito baixo em comparação com a média da OCDE, de 2,3 em comparação com 3,5 (Imagem 5.1). Esse número está entre os de densidade mais baixa, logo acima da Colômbia (com 2,2 médicos por 1.000 habitantes e a média da ALC (2,1 médicos por 1.000 habitantes). No entanto, o número de médicos aumentou 50% no Brasil na última década.

(...)

As diferenças regionais na distribuição de todos os médicos é uma preocupação importante no Brasil. Como em muitos países da OCDE, o número de médicos per capita varia consideravelmente entre as regiões. Ao todo, são 2,3 médicos por mil habitantes, mas há capitais com mais de 12 médicos por mil habitantes - como Vitória, no Espírito Santo - e regiões com valores abaixo de um médico por mil habitantes (como a região amazônica no Norte, por exemplo) (Scheffer et al., 2018[1]). As diferenças entre municípios pequenos e grandes no Brasil são comparáveis às de outros países da OCDE.

A **distribuição desigual de médicos** é evidente quando se olha para algumas especialidades, como por exemplo, para o especialista em MFC. A Imagem 5.2 indica que alguns estados das regiões Norte e Nordeste têm o menor número de médicos por população, enquanto as regiões mais bem abastecidas são as Sul e Sudeste, seguidas pelo Centro-Oeste (Scheffer et al., 2018[1]).

Em nível estadual, a relação especialista em MFC por 1.000 habitantes varia de 0,4 no Maranhão, na região Nordeste, a 1,6 no Rio de Janeiro. No geral, a região Norte do Brasil reúne apenas 4,6% de todos os especialistas em MFC, enquanto as regiões Sul e Sudeste reúnem quase 75% de todos os especialistas em MFC (Imagem 5.2).

O Programa Mais Médicos, política pública no contexto da qual se insere o chamamento público, *“teve como objeto não apenas o intercâmbio o provimento emergencial, mas também medidas estruturais de médio e longo prazo como a ampliação de vagas em graduação em Medicina, com editais de*

chamamento público para instituição de ensino privada, invertendo a lógica existente até então, que o interesse dos conglomerados educacionais determinava onde seriam abertas as vagas e não os interesses das sociedade e as demandas em saúde” (TELLES, Alexandre Oliveira. A expansão de escolas médicas e o Programa Mais Médicos. Orientador: José Mendes Ribeiro. 2020. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020).

Quaisquer que sejam as críticas dirigidas à concepção e à execução dessa ação governamental, fato é que tal política está calcada em premissas e objetivos adequados, além de ter sido capaz de produzir resultados que cooperaram para a melhoria do cenário. Mais uma vez citando estudo técnico sobre o assunto, não se ignora que o desenvolvimento dessa política está sujeito a críticas tais como o predomínio do investimento privado, o baixo resultado em termos de equalização das desigualdades regionais, a qualidade do ensino etc.

Nesse sentido:

Os dados e análises aqui contidos indicam que o PMM, a despeito dos demais eixos previstos na legislação aqui não tratados, apresentou avanços objetivos na atuação do Estado no ordenamento da formação de RH para o SUS. Trata-se de uma política fortemente alinhada ao compromisso ético-político de construção de um sistema de saúde universal, equânime e integral. Sua proposição, aprovação e implementação inicial, marcada por resistências e tensões, representou a possibilidade de implementar uma ousada inversão da lógica de formação, tanto na graduação quanto na residência médica.

Analisando as medidas mais importantes aqui destacadas, é possível perceber que, a partir de 2016, com o governo Temer, a política – particularmente o eixo Formação em Saúde, em especial no que diz respeito à mudança da formação e ampliação do acesso à graduação em Medicina e, principalmente, o planejamento e regulação da formação de especialistas – teve sua implementação interrompida, colocando em risco os objetivos de médio e longo prazo do programa, já que a supressão ou redução de quaisquer de seus componentes afeta, profundamente, o PMM como um todo. Tomando-se como referência as perspectivas do campo de análise de políticas públicas, pode-se considerar que o PMM se encontra em etapa inicial de implementação e em processo de reformulação de objetivos.

A expansão de vagas de graduação chegou a atingir 60%

da meta. Entretanto, a expansão pública prevista foi interrompida e a privada, por sua vez, prevista para os locais com maior necessidade, limitou-se às vagas autorizadas inicialmente. Já para os grandes centros foram autorizadas ampliações de vagas em cursos já existentes, ou seja, não submetidas aos critérios de regulação criados pelo PMM. Em 2017, foi anunciado pelo MEC uma “moratória” de cinco anos na autorização de novas vagas, frustrando dessa forma as metas previstas no PMM para a próxima década.

(...)

O PMM é uma iniciativa ousada e contundente do Estado brasileiro para ampliar o número de vagas na formação médica para um nível mais adequado às melhores práticas internacionais e, ao mesmo tempo, reformular a formação em saúde para atender às necessidades da população e do SUS. Tanto o eixo emergencial do PMM quanto o eixo mais estruturante e sustentável do programa – ao qual dedicamos este artigo – atenderam em boa medida a esses objetivos, mas há ações previstas a médio e longo prazo que, por terem sido descontinuadas, ou desconsideradas, colocam em risco o alcance das metas estabelecidas e adiam, mais uma vez, o cumprimento do princípio constitucional que prevê que o SUS deveria ordenar a formação de RH em saúde de acordo com as necessidades da população.

(PINTO, Hêider Aurélio et al. O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médica. Interface: comunicação, saúde, educação, Botucatu, SP, v. 23, n. 1, p. 1-15, 2019)

Os resultados apresentados ao longo do estudo mostram que **o PMM ampliou o acesso da população aos serviços de saúde para milhões de brasileiros**. Em 2017, 3.796 (68%) municípios brasileiros receberam 16.958 médicos em territórios anteriormente desassistidos ou com dificuldades de fixá-los. Esse resultado em curto espaço temporal (2013-2017) aponta sinais positivos com a chegada da política na redução da carência de médicos nos municípios brasileiros. Políticas anteriormente implementadas no país com o mesmo propósito não conseguiram esse avanço em curto espaço temporal (GIRARDI et al., 2016; MACIEL FILHO; BRANCO, 2008).

Apesar dos aspectos positivos, **os resultados identificaram municípios que não apresentavam necessidade**

de priorização alocativa em função do grau de vulnerabilidade e das condições em saúde, mas que mesmo assim foram contemplados com médicos do PMM.

(...)

Por fim, é importante ponderar que se a alocação de médicos pelo PMM tivesse priorizado os critérios equitativos poderia ter contribuído de modo significativo para redução do número de municípios em piores condições de saúde. Desta forma, os resultados apresentados endossam os argumentos da literatura e órgãos de controle quanto a iniquidades alocativas, bem como atualiza o debate ao trazer uma análise mais recente desse processo.

(MACEDO, Alex dos Santos; FERREIRA, Marco Aurélio Marques. O Programa Mais Médicos e a alocação equitativa de médicos na Atenção Primária à Saúde, 2013-2017. Revista Eletrônica de Administração, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 381-408, maio/ago. 2020)

De todas essas iniciativas, no entanto, o PMM foi a mais representativa no que tange ao fenômeno de estímulo à expansão do ensino médico no Brasil. Lançado em 2013, o programa tinha, entre outras finalidades, orientar a expansão de novos cursos de graduação em Medicina no território nacional, sobretudo em regiões de saúde com menor quantidade de médicos e que tivessem estrutura de serviços de saúde compatíveis com as exigências de formação na área. No entanto, relata-se que houve descompasso desse objetivo em relação aos demais do programa, que deveria melhorar a estruturação da rede de saúde, em especial da rede de atenção básica, aumentar o volume de atendimento assistencial à comunidade e incrementar a ocupação efetiva de vagas em programas de residência médica. Como mostraram os estudos analisados em uma revisão sistemática, **o PMM, de fato, contribuiu para a melhoria do provimento de médicos no Brasil, tornando a distribuição geoespacial desses profissionais mais equânime no período em que esteve em vigência em sua plenitude.** Contudo, esse provimento foi pontual e esteve ancorado em uma destinação emergencial de profissionais, não tendo resolvido as questões relativas à fixação desses médicos nessas localidades e tampouco seguido a mesma lógica quando da implementação das novas escolas médicas autorizadas, o que implicou a não resolução da

problemática da má distribuição de profissionais médicos no país e, por consequência, a manutenção das desigualdades espaciais de formação e oferta desses profissionais desveladas neste trabalho.

SANTOS JÚNIOR, Claudio José dos et al. Expansão de vagas e qualidade dos cursos de Medicina no Brasil: “Em que pé estamos?” Revista Brasileira de Educação Médica, Brasília, DF, v. 45, n. 2, p. 1-10, 2021

O último estudo mencionado, realçando os aspectos críticos, apresenta as seguintes conclusões, após a análise das últimas duas décadas de expansão do ensino médico no Brasil:

Houve importante incremento no número de vagas e cursos na área de médica nos últimos 20 anos no Brasil.

A maioria das escolas médicas está sob gestão do setor privado.

A grande maioria dos cursos de graduação em Medicina continua localizada em regiões centrais e em áreas mais desenvolvidas do país.

Os cursos de formação de médicos, nas avaliações dos órgãos reguladores nacionais, figuraram, em sua maioria, com conceito mediano.

Uma vez confrontados todos os elementos que informam uma abordagem técnica e empiricamente fundamentada do tema, não identifiquei os requisitos consagrados pela Jurisprudência da CORTE como autorizadores de uma intervenção judicial mais incisiva. Em que pese a fundamentalidade do interesses sociais em causa, a própria existência de debate público aprofundado sobre a eficácia dessas medidas demonstra que as escolhas do formulador de políticas públicas, no caso, situou-se dentro de alternativas válidas e legítimas, e, assim sendo, não desafia o sempre excepcional controle pelo Poder Judiciário.

Constatado que a política em questão tem base constitucionalmente idônea, deve ser afastada a alegação veiculada na ADI 7187 de que a restrição à abertura de cursos feriria a liberdade de iniciativa. Afastada igualmente a necessidade de controle mais aprofundado da política em questão, na linha sugerida pelo Ministro ANDRÉ MENDONÇA.

Todavia, reconheço, tal como o Ministro GILMAR MENDES e demais Ministros que o acompanharam, que a atuação do Ministério da

Educação na seleção dos municípios nos quais autorizada a instalação de novos cursos não deve inibir a possibilidade de que instituições de ensino e municipalidades requeiram, com fundamento no art. 5º, XXXIV, “a”, da CF) a seleção de localidades específicas, sustentando a sua adequação aos critérios e parâmetros vigentes. Há, assim, um dever de transparência por parte do Poder Público em relação aos municípios selecionados, além do dever de ser responsivo em relação a demandas sociais por instalação de novos cursos.

VI – Modulação de Efeitos

Afirmada a constitucionalidade do art. 3º da Lei 12.871/2013, afasta-se a possibilidade de que as instituições interessadas postulem a abertura de cursos por via diversa.

O período em que a aplicação da norma foi controvertida permitiu que muitos interessados obtivessem judicialmente a possibilidade de submeterem ao Ministério da Educação o pedido de abertura com fundamento na Lei 10.861/2010 e Decreto 9.235/2017.

Segundo dados do Ministério da Educação apresentados em memoriais, tem-se 30 cursos de medicina já instalados nessa situação, e 11 pedidos já autorizados de aumento de vagas, além de 183 pedidos de abertura de novos cursos e 23 pedidos de aumento de vagas que já haviam ultrapassado a fase de análise documental do pedido de credenciamento e validação *in loco*, tal como previsto nos arts. 19, § 1º, e 42 do Decreto 9.235/2017, referidos pelo Ministro Relator e transcritos a seguir:

Art. 19. A mantenedora protocolará pedido de credenciamento junto à Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior do Ministério da Educação, observado o calendário definido pelo Ministério da Educação.

§ 1º O processo de credenciamento será instruído com análise documental, avaliação externa *in loco* realizada pelo Inep, parecer da Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior do Ministério da Educação e parecer do CNE, a ser homologado pelo Ministro de Estado da Educação.

§ 2º O pedido de credenciamento tramitará em conjunto com o pedido de autorização de, no máximo, cinco cursos de graduação.

(...)

Art. 42. O processo de autorização será instruído com

análise documental, avaliação externa *in loco* realizada pelo Inep e decisão da Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior do Ministério da Educação.

§ 1º A avaliação externa *in loco* realizada pelo Inep poderá ser dispensada, por decisão do Secretário de Regulação e Supervisão da Educação Superior do Ministério da Educação, após análise documental, mediante despacho fundamentado, conforme regulamento a ser editado pelo Ministério da Educação, para IES que apresentem:

- I - CI igual ou superior a três;
- II - inexistência de processo de supervisão; e
- III - oferta de cursos na mesma área de conhecimento pela instituição.

Quanto aos cursos já instalados, mesmo em desacordo com o arcabouço normativo que se declara constitucional, entendo ser a hipótese de, por razões de segurança jurídica e interesse social, preservar o seu funcionamento, em vista, sobretudo, das expectativas legítimas dos discentes e das comunidades nas quais situados.

Quanto aos pedidos de abertura ou aumento de vagas que já superaram a fase inicial de credenciamento, análise documental e validação *in loco* – ou seja, casos em que o Ministério da Educação já exerceu um primeiro escrutínio sobre o pleito, reconhecendo fundamento para seguimento do procedimento – entendo que as mesmas razões de interesse social recomendam preservar os esforços e investimentos dispendidos em prol da expansão responsável do ensino médico, desde que observados os demais critérios previstos na regulamentação fundada no art. 3º da Lei 12.871/2013, ou seja, nos atos normativos editados pelo Ministério da Educação para a verificação de: relevância e necessidade social (art. 3º, § 1º, I); existência de equipamentos públicos adequados (art. 3º, § 1º, II); termo de adesão firmado com o gestor local do SUS (art. 3º, § 2º); e a observância de critérios de qualidade (art. 3º, § 7º).

Ou seja, a continuidade desses procedimentos deverá observar as regras do chamamento público, sob pena de ser admitida a abertura de cursos ou expansão de vagas. A modulação de efeitos, nesse contexto, permite o afastamento apenas da exigência de edital prévio que indique o município da instituição de ensino interessada como município pré selecionado. No entanto, a instituição deverá demonstrar a presença de todos os elementos que justificariam a sua inclusão em edital de chamamento público.

A modulação de efeitos nos termos propostos pelo Ministro Relator atende ao interesse social na continuidade desses procedimentos, ao mesmo tempo em que assegura a aplicação dos critérios técnicos do Ministério da Educação, o que, na prática, contempla a normatividade dos chamamentos públicos.

Em vista do exposto, com as vênias de estilo aos entendimentos divergentes, ACOMPANHO O MINISTRO RELATOR, para, referendando a medida cautelar, JULGAR PARCIALMENTE PROCEDENTES a ADC 81 e a ADI 7187, para declarar a constitucionalidade do art. 3º da Lei 12.871/2013, afastada a possibilidade de abertura de novos cursos de Medicina com fundamento na Lei 10.861/2004, mas ressalvada a possibilidade de requerimento administrativo pela instalação de novos cursos em localidades específicas, devendo o Poder Público apresentar resposta fundamentada, de forma pública e em prazo razoável.

Também acompanho a proposta do Ministro Relator quanto à continuidade dos cursos já instalados e ao seguimento dos processos administrativos que ultrapassaram a fase descrita nos arts. 19, § 1º, e 42, do Decreto 9.235/2017, desde que observados os critérios previstos no art. 3º da Lei 12.871/2013.

É o voto.