



SENADO FEDERAL

RELATÓRIO Nº , DE 2017
COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS

Avaliação de Políticas Públicas
(Art. 96-B do Regimento Interno do Senado Federal - RISF)

PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Presidente: Senadora **MARTA SUPPLY**

Vice-Presidente: Senador **RONALDO CAIADO**

Relatora: Senadora **LÍDICE DA MATA**

ÍNDICE

1	Apresentação	03
2	Contextualização	07
2.1	Distribuição de médicos no País	11
2.2	Programa Mais Médicos	16
2.3	Projeto Mais Médicos para o Brasil	19
2.3.1	A Lei 12.871/13	19
2.3.2	A Lei 13.333/16	26
3	Cooperação entre Brasil e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)	28
3.1.	Análise dos requisitos de pactuação de acordos internacionais	28
4	Processos no TCU sobre o Programa	29
4.1	Auditoria operacional (Processo 005.391/2014-8)	29
4.1.1.	Inadequação da supervisão dos médicos participantes	30
4.1.2	Tutoria	33
4.1.3	Módulo de acolhimento	35
4.1.4	Distribuição dos médicos entre os municípios	39
4.1.5	Ações de avaliação e monitoramento do Projeto	40
4.1.6	Fornecimento de alimentação e moradia aos médicos participantes	44
4.1.7	Gasto de recursos para capacitar profissionais	47
4.2	Acompanhamento (Processo 027.492/2013-3)	47
4.2.1	Acórdão nº 360/2017	48
4.3	Representação (Processo 003.771/2014-8)	51
5	Distribuição dos médicos no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil	53
5.1	Critérios para a distribuição dos médicos do Projeto	54
5.2	Alocação dos médicos do PMMB	57
5.2.1	Perfil municípios adeptos do PMMB	63
5.2.2	Perfil dos médicos do PMMB	64
5.2.3	Dados atuais	67
5.2.4	Indicadores de impacto na distribuição dos médicos	69
5.3	Problemas detectados na distribuição de médicos	72
6	Impacto na atenção básica em saúde e na rede assistencial	75
6.1	Ampliação do acesso da população à atenção básica	76
6.2	Produtividade assistencial na atenção básica	78
6.3	Indicadores de efetividade	80
6.4	Percepção e avaliação dos usuários, profissionais e gestores	82
7	Aspectos e impactos educacionais do Programas	88
8	Financiamento e Despesas do Programa	92
8.1	Dados atuais da execução financeira e orçamentária	93
8.2	Gastos do Programa	97
9	Considerações finais	101
10	Conclusão	Erro! Indicador não definido.

1 Apresentação

A Constituição Federal de 1988 prevê, em seu art. 49, inciso X, a competência exclusiva do Congresso Nacional para fiscalizar, diretamente ou por qualquer de suas Casas, os atos do Poder Executivo, incluídos os da administração indireta. Adicionalmente, o art. 58, § 2º, inciso VI, estipula como competência das Comissões da Câmara dos Deputados e do Senado Federal a apreciação de programas de obras, planos nacionais, regionais e setoriais de desenvolvimento, conforme sua área de competência.

Nesse sentido, a incorporação, por meio da Resolução nº 44, de 17 de setembro de 2013, da atividade de avaliação de políticas públicas no âmbito das competências regimentais das comissões permanentes é uma importante medida que instrumentaliza o Senado Federal para o exercício da função fiscalizadora que a Constituição lhe atribui. Com essa atividade, busca-se contribuir para o aperfeiçoamento das políticas públicas selecionadas.

Assim, em obediência ao art. 96-B do Regimento Interno do Senado Federal, que estabelece que “as comissões permanentes selecionarão, na área de sua competência, políticas públicas desenvolvidas no âmbito do Poder Executivo para serem avaliadas”, a Comissão de Assuntos Sociais (CAS) decidiu selecionar, nos termos do Requerimento nº 19, de 2017, da Senadora Marta Suplicy, a Política Pública do Poder Executivo “Programa Mais Médicos”, para ser objeto de avaliação em 2017.

Para orientar a elaboração deste relatório de avaliação do Programa Mais Médicos, foi aprovado pela CAS o respectivo Plano de Trabalho, que estabeleceu os seguintes eixos temáticos norteadores do trabalho:

- i. antecedentes do Programa Mais Médicos;
- ii. financiamento e gastos do Programa;
- iii. distribuição dos médicos no âmbito do Programa;
- iv. cooperação entre Brasil e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS);
- v. ações de monitoramento e avaliação;
- vi. impacto na atenção básica em saúde e na rede assistencial;
- vii. aspectos e impactos educacionais do Programa;
- viii. percepção dos usuários e profissionais; e
- ix. análise dos dados de produção dos serviços e indicadores de saúde.

Como metodologia da avaliação a ser realizada, o Plano de Trabalho previu a coleta e análise de dados secundários, obtidos de fontes documentais e de estatísticas produzidas por órgãos governamentais executores do Programa e órgãos de fiscalização e controle, bem como por instituições internacionais e acadêmicas, além da realização de duas audiências públicas, com a participação de especialistas e gestores de saúde.

Cabe registrar que o plano proposto foi integralmente cumprido, no período de junho a novembro do corrente ano, tendo sido ouvidas, no total, oito autoridades e especialistas, nas duas audiências públicas realizadas no âmbito da CAS, por força do Requerimento nº 131, de 2017, de autoria da Senadora Lídice da Mata.

A primeira audiência pública foi realizada no dia 24 de outubro de 2017, e contou com a participação dos seguintes expositores:

- Deputado Federal Jorge Solla;
- Antônio Ferreira Lima Filho, Diretor de Programa da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Coordenador-Geral de Planejamento e Orçamento, do Ministério da Saúde;
- Wilames Freire Bezerra, Vice-Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Secretário Municipal de Saúde de Pacatuba do Estado do Ceará.

Para essa primeira audiência pública, também foi convidado o Senhor Renato Tasca, representante da Organização Pan-Americana da Saúde, para falar sobre a Cooperação Brasil-OPAS, mas ele não compareceu à audiência.

A segunda audiência pública foi realizada no dia 26 de outubro de 2017, e contou com a participação dos seguintes expositores:

- Felipe Proença de Oliveira, Professor Assistente da Universidade Federal da Paraíba (UFPB);
- Vinícius Ximenes Muricy da Rocha, Professor Assistente da Universidade de Brasília (UnB);
- Lincoln Lopes Ferreira, Segundo Vice-Presidente da Associação Médica Brasileira (AMB);

- Alceu José Peixoto Pimentel, Conselheiro do Conselho Federal de Medicina (CFM);
- Ronald Ferreira dos Santos, Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Este relatório está estruturado da seguinte forma: uma seção introdutória; uma segunda seção em que se procede à contextualização do Programa Mais Médicos (PMM), abordando os seus antecedentes e os principais fatores que o justificaram, especialmente a distribuição dos médicos no País, bem como o marco legal do Programa (seção 2); a seção 3, que discute a Cooperação Brasil-OPAS, que viabilizou a vinda de milhares de médicos cubanos; a seção 4, que apresenta um breve resumo das auditorias do TCU; a seção 5, que apresenta os resultados da distribuição dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB); a seção 6, que apresenta dados relativos ao impacto do PMMB na atenção primária, como produção assistencial e indicadores de efetividade; a seção 7, que apresenta dados sobre a percepção de usuários, profissionais e gestores de saúde; a seção 8, que trata dos aspectos educacionais do Programa; a seção 9, que analisa o financiamento e as despesas do PMM; e, por fim, a seção 10, onde são feitas considerações finais sobre o Programa.

2 Contextualização

O déficit e a distribuição inadequada de serviços e profissionais de saúde, especialmente de médicos, são problemas que ocorrem em diversos países do mundo, inclusive no Brasil. Quando se trata de regiões remotas, pobres e periféricas a situação é ainda mais grave. A má distribuição geográfica de profissionais de saúde, principalmente médicos, é uma situação difícil e que necessita ser enfrentada com bastante ênfase por parte de todos os Entes Federados com vistas à busca de soluções. Países, com diferentes sistemas econômicos, políticos e níveis de riqueza vêm desenvolvendo diversas estratégias para enfrentar o problema.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 representou uma verdadeira mudança de paradigma, ao promover a expansão dos direitos e das garantias fundamentais, incorporando em seu texto os direitos sociais. É nesse cenário, de expansão de direitos, que a saúde é inscrita como “direito de todos e dever do Estado” e que é constituído o Sistema Único de Saúde (SUS), sistema fundamentado na ideia de justiça social, cujas características essenciais são a universalização e a integralidade da atenção à saúde.

Em seus 27 anos, o SUS possibilitou um importante aumento no acesso aos cuidados de saúde da população brasileira com uma cobertura de mais de 100 milhões de pessoas. No entanto, o SUS, assim como outros sistemas de saúde, sofre com problemas da escassez de recursos financeiros, má distribuição e insuficiência de médicos no território nacional, o que compromete a concretização dos princípios da universalidade e da integralidade da atenção, tão essenciais para a materialização do preceito constitucional da justiça social.

Em 2009, estimava-se que 42% da população brasileira residia em municípios com densidade menor do que 0,25 médicos por mil habitantes. Nas regiões Norte e Nordeste o caso era ainda mais grave. O Norte com 8% da população total do País tinha 4,3% do total de médicos. Já o Nordeste, com 28% da população brasileira, contava com 18,2% do total de médicos. Enquanto isso, a Região Sudeste, com 42% da população, concentrava 60% de todos os médicos do País.

As estratégias implementadas até recentemente para enfrentar o déficit e a má distribuição de médicos não foram suficientes para dar solução efetiva para esses problemas. Diversas iniciativas foram tentadas, como:

- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS (1976);
- Programa de Interiorização do SUS – PISUS (1993);
- Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS (2001); e
- Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB (2011).

Todos esses programas, apesar de terem contribuído para atrair profissionais para áreas remotas, não alcançaram a magnitude necessária para suprir a demanda dos municípios, nem a sustentabilidade necessária para dar uma resposta efetiva ao problema da falta de médicos nas áreas mais carentes e de difícil acesso.

De acordo com o Deputado Jorge Solla e Felipe Proenço de Oliveira, da Universidade Federal da Paraíba, em audiência pública na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado Federal, em outubro de 2017, constituem evidências da necessidade de mais médicos no Brasil:

- i. o contexto da medicina brasileira, caracterizado por pleno emprego, com postos de trabalho não preenchidos, boa remuneração e proteção social;
- ii. a conjuntura de regulação incipiente do Estado brasileiro;
- iii. o número de médicos por habitante no Brasil, que está abaixo da média da OCDE, de países vizinhos e de países com sistemas universais de saúde, como o nosso (Tabela 1);
- iv. a expansão do número de serviços públicos de saúde, não acompanhada pelo aumento do número de médicos. De 2003 a 2012 o mercado de trabalho abriu 143 mil novas vagas de emprego médico formal, mas as escolas médicas formaram apenas 93 mil médicos. Foi constatado déficit de 50 mil médicos no período de 10 anos;
- v. número de vagas em cursos de medicina por habitante menor que o de países vizinhos e que a média da OCDE, com concentração de vagas nas capitais e nas regiões Sul e Sudeste do País.

Tabela 1 - Médicos por habitantes, 2013.

País/ Região	Médico/ 1.000 hab.
Brasil	1,86
Uruguai	3,74
Argentina	3,16
Portugal	3,9
Espanha	4,0
Reino Unido	2,7
OCDE	2,8
Nordeste do Brasil	1,0

Fonte: Solla, audiência pública CAS, out. 2017.

O Programa Mais Médicos (PMM) foi, portanto, a primeira estratégia de grande magnitude e com uma dimensão capaz de atender a demanda dos municípios, mediante o provimento emergencial de médicos em áreas vulneráveis e desassistidas, e com mudanças estruturais no campo da formação médica, com vistas a formar mais médicos e com um perfil profissional mais adequado e voltado para a atenção primária.

O Programa é constituído por três dimensões de atuação:

- i. provisão emergencial de médicos em regiões prioritárias para o SUS;
- ii. expansão do número de vagas para os cursos de Medicina e residência médica em várias regiões do País, com implantação de novo currículo, com foco na qualificação da formação e valorização da Atenção Básica; e
- iii. ações voltadas para a melhoria da estrutura física das unidades básicas de saúde (UBS): construção, reforma e ampliação.

No campo da formação médica, a meta do Programa é sair dos quase 380 mil médicos, em 2013, para chegar a 600 mil médicos em 2024, quando se poderia alcançar o índice desejado de 2,7 médicos por mil habitantes no País (Solla, 2017).

2.1 Distribuição de médicos no País

As informações a respeito da distribuição de médicos no País foram extraídas dos seguintes estudos e ou relatórios: Pinto HA et al, Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015¹; Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013²; ³ Girardi SN, Carvalho CL. Índice de Escassez de Médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária⁴; *Demografia Médica no Brasil*, publicado em fevereiro de 2013⁵; Pinto H A et al, O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica.⁶; Oliveira FP, et al. Mais Médicos: um Programa brasileiro em perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):623-34⁷; Rede Observatório Programa

¹ Pinto HA, Oliveira FP, Santana JSS, Santos FOS, Araujo SQ, Figueiredo AM, et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. *Interface (Botucatu)*.

² Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 23 Out 2013

³ Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. 24 Out 2011.

⁴ Girardi SN, Carvalho CL, Araújo JF, Farah IM, Wau Der Maas L, Campos LAB. Índice de Escassez de Médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. *O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; 2011. p. 171-86.

⁵ Scheffer M, Cassenotte A, Biancarelli A. *Demografia Médica no Brasil: 2013. 256p cenários e indicadores de distribuição [Internet]*. São Paulo: Conselho Federal de Medicina, [acesso em 10 Out 2016]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>.

⁶ Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolar R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg Saúde Debate*. 2014; 51:105- 120.

⁷ Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araujo SQ, et al. Mais Médicos: um Programa brasileiro em perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):623-34.

Mais Médicos. Relatório da Pesquisa de Dados Secundários do Programa Mais Médicos até 2014⁸ dentre outros.

O Programa Mais Médicos (PMM) foi criado em julho de 2013 por meio de Medida Provisória, convertida na Lei 12.8711, pelo Congresso Nacional, em outubro do mesmo ano se incorporando a outras alternativas assumidas pelos Governo Federal que trazia para si a tarefa repensar a política de Atenção Básica a Saúde, as Estratégias e Ações para mudança na realidades e na expansão dos serviços bem como, no oferecimento de mais profissionais com vistas à cobertura das necessidades demandadas por inúmeros seguimentos sociais e Entes Federados.

Segundo Pinto et al (2017. P1), em estudo já citado no presente relatório:

A AB deve ser a porta de entrada preferencial do SUS, deve ordenar o acesso com equidade às redes de atenção e estar próxima das pessoas, garantindo acesso universal, com qualidade e em tempo oportuno. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem como modo prioritário de organização da AB.

A proporção de médico por habitante no Brasil (1,8/1.000)⁴ era muito menor que: a da Argentina (3,9)⁵; a de diversos países que também garantem sistemas de saúde universais como Canadá (2,4), Reino Unido (2,7), Espanha (3,5) e Portugal (3,8); e menor também que a média dos 33 países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (3,1)⁴. (op cit).

⁸ Rede Observatório Programa Mais Médicos. Relatório da Pesquisa de Dados Secundários do Programa Mais Médicos até 2014 [Internet]. 2015 [acessado em 10 outubro 2017]. Disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/observatorio-mais-medicos>

O estudo de Sheffer⁹ mostra que, em outubro de 2011, os conselhos de medicina registravam a existência de 371.788 médicos em atividade no Brasil. O número confirma uma tendência de crescimento exponencial da categoria, que perdura há quarenta anos. Entre 1970, quando havia 58.994 médicos, até o momento do levantamento realizado pelo estudo dos Conselhos, o número de médicos saltou 530%. O percentual é mais de cinco vezes maior que o do crescimento da população, que, em cinco décadas, aumentou apenas 104,8%.

O aumento expressivo do número de médicos no Brasil resulta de uma conjugação de fatores. Entre eles, estão as crescentes necessidades em saúde, as mudanças no perfil de morbidade e mortalidade, as garantias de direitos sociais, a incorporação de tecnologias médicas e o envelhecimento da população. Também não podem ser ignorados fatores como a expansão do sistema de saúde, a oferta de mais postos de trabalho médico e o fato de que esses profissionais recebem o maior salário médio do País.

A perspectiva atual é de manutenção dessa curva ascendente. Enquanto a taxa de crescimento populacional reduz sua velocidade, a abertura de escolas médicas e de vagas em cursos já existentes apresenta aceleração. A estimativa do estudo é de que cerca de 16.800 novos profissionais tenham desembarcado anualmente no mercado de trabalho a partir de 2011. Com a edição da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que *institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de*

⁹ Scheffer M, Cassenotte A, Biancarelli A. Demografia Médica no Brasil: 2013. 256p cenários e indicadores de distribuição [Internet] . São Paulo: Conselho Federal de Medicina, [acesso em 10 Out 2016]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>.

dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências, é de esperar que esse número cresça ainda mais.

De fato, em 1980, havia 1,13 médicos para cada grupo de mil habitantes no País. Essa razão subiu para 1,48, em 1990; para 1,71, no ano 2000; e atingiu 1,89, em 2009. Em 2011, o índice chegou a 1,95 médicos por mil habitantes.

Uma das principais razões para o salto no número de médicos é a abertura de novas escolas médicas. O País tinha, em 2009, um total de 185 escolas médicas, com uma oferta de 16.876 vagas por ano. Dados de 2011 indicam que 45% dos cursos estavam no Sudeste. Do total de vagas disponíveis, 58,7% eram oferecidas por instituições privadas e 41,3% por escolas públicas.

Em 2011, existiam 1,95 médicos por mil habitantes no Brasil. Contudo, esse índice variava nas diferentes regiões geográficas, inclusive dentro de determinada região. O Sudeste, com 2,61 médicos por mil habitantes, apresentava concentração 2,6 vezes maior que o Norte (0,98). O resultado do Sul (2,03) ficou bem próximo do alcançado pelo Centro-Oeste (1,99). O Sudeste e o Sul tinham quase o dobro da concentração de médicos por mil habitantes do Nordeste (1,19).

Quando se analisa por unidade da Federação, os maiores índices – próximos ou superiores aos de países da União Europeia – são os apresentados pelo Distrito Federal (4,02 médicos por mil habitantes), Rio de Janeiro (3,57), São Paulo (2,58) e Rio Grande do Sul (2,31). Os Estados do Espírito Santo (2,11) e de Minas Gerais (1,97) também estavam acima da média nacional (1,95).

No outro extremo, estavam estados da Região Norte (Amapá e Pará) e do Nordeste (Maranhão), com menos de um médico por mil habitantes, índices comparáveis aos dos países africanos. Desequilíbrios ainda mais acentuados existem dentro dos próprios estados, bem como nas regiões e microrregiões.

Em verdade, a concentração de profissionais tende a ser maior nos polos econômicos, nos grandes centros populacionais e onde se concentram estabelecimentos de ensino, maior quantidade de serviços de saúde e, conseqüentemente, maior oferta de trabalho. Regiões menos desenvolvidas, mais pobres e no interior dos estados com grandes territórios e zonas rurais extensas têm, sabidamente, maior dificuldade para atrair e fixar profissionais médicos.

É nas cidades de maior porte, especialmente nas capitais, que se concentra a maioria dos médicos brasileiros, o que aumenta a desigualdade no acesso ao atendimento médico. Em média, o conjunto desses municípios apresenta uma razão de médicos por mil habitantes de 4,22. Esse índice é mais que duas vezes superior à média nacional (1,95).

O Município de São Paulo, por exemplo, tem 4,33 médicos por mil habitantes, enquanto o estado homônimo tem 2,58. Três capitais do Sudeste e do Sul – Vitória, Belo Horizonte e Florianópolis – chamam a atenção pela elevada proporção de médicos por habitantes, especialmente quando se compara com os números dos respectivos estados.

Cumprе ressaltar, que o modelo do sistema de saúde brasileiro permite múltiplos vínculos do mesmo médico. Um mesmo médico, se atender em dois locais, ou tiver dois vínculos diferentes, será contado como “dois postos de trabalho médico ocupados”. Assim, o número de postos

ocupados por médicos em estabelecimentos de saúde no Brasil chega a 636.017, enquanto o País tem 371.788 profissionais registrados nos conselhos regionais de medicina. O número de postos ocupados por médico é de 3,33 por mil habitantes.

O critério “posto de trabalho médico ocupado” reforça as desigualdades regionais já demonstradas em outras estatísticas: as Regiões Sudeste e Sul colocam-se novamente no extremo oposto ao das Regiões Norte e Nordeste. Nos Estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, a cada grupo de mil moradores correspondem 4,47 postos de trabalho médico ocupados. O índice é 44% superior à média do País, que tem 3,33 postos de trabalho médico ocupados por mil habitantes.

A pesquisa indica que os usuários do SUS contam com quatro vezes menos médicos que os usuários do setor privado para atender suas necessidades de assistência. Quando se considera a dimensão da população que depende exclusivamente do SUS (3,25 vezes maior que a dos planos privados de saúde), constata-se que a clientela da saúde privada conta com 3,9 vezes mais postos de trabalho médico disponíveis que os usuários da rede pública.

2.2 Programa Mais Médicos

O Programa Mais Médicos (PMM) foi criado em julho de 2013 por meio de Medida Provisória, convertida na Lei 12.8711, pelo Congresso Nacional, em outubro do mesmo ano se incorporando a outras alternativas assumidas pelos Governo Federal que trazia para si a tarefa repensar a política de Atenção Básica a Saúde, as Estratégias e Ações para mudança na realidades e na expansão dos serviços bem como, no oferecimento de mais profissionais com vistas à cobertura das

necessidades demandadas por inúmeros seguimentos sociais e Entes Federados. Ele tem como proposta básica formar recursos humanos para a área médica do SUS, com os seguintes objetivos:

- i. reduzir a carência de médicos em regiões prioritárias para o SUS;
- ii. fortalecer a atenção básica em saúde;
- iii. aprimorar a formação médica;
- iv. aprofundar a inserção dos médicos na realidade de saúde do País;
- v. fortalecer a integração ensino-serviço;
- vi. promover a troca de conhecimentos e experiências entre médicos formados no Brasil e no exterior;
- vii. ampliar a participação dos médicos nas políticas públicas de saúde e no funcionamento do SUS; e
- viii. estimular a realização de pesquisas no âmbito do SUS.

Para a consecução desses objetivos, foram propostas três ações:

- x. reordenamento da oferta dos cursos de medicina e de vagas na residência, de forma a conferir prioridade às regiões com menor relação de vagas e médicos por habitante, desde que possuam condições de oferecer a estrutura correspondente;
- xi. estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica;

- xii. promoção do aperfeiçoamento dos médicos em regiões prioritárias do SUS, por meio da integração ensino-serviço, inclusive do intercâmbio internacional.

A respeito da primeira ação, a lei estabelece regras de autorização para cursos de medicina ministrados por instituições educacionais privadas.

Nesse caso, o Ministério da Educação (MEC) faz o chamamento público para a pré-seleção dos municípios nos quais será autorizado o funcionamento de novos cursos, considerando a necessidade social da oferta e a existência de equipamentos públicos adequados para a atenção básica, a atenção às urgências e emergências, a atenção psicossocial, a atenção ambulatorial especializada e hospitalar, bem como a vigilância em saúde.

Cabe ao MEC regulamentar os procedimentos para o chamamento público, os termos de adesão e os critérios para a elaboração do edital de seleção de propostas.

Essa iniciativa está em consonância com as evidências científicas disponíveis a respeito da distribuição de médicos em áreas carentes^{10,11,12}. Resta saber se, de fato, o MEC aplicará os critérios legais ou se a conveniência política prevalecerá. De acordo com informações divulgadas pela imprensa, a maior parte dos novos cursos de medicina será

¹⁰ ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **El Servicio Social de Medicina en América Latina Situación Actual y Perspectivas**. 1998. Disponível em: <<http://www.opsecu.org/jspui/bitstream/123456789/285/1/285.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2015.

¹¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention**. Global policy recommendations. 2010. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564014_eng.pdf>. Acesso em: 9 set. 2015.

¹² DOVLO, D. **The brain drain and retention of health professionals in Africa**. (A case study prepared for a Regional Training Conference on Improving Tertiary Education in Sub-Saharan Africa: Things That Work!). Accra, 2003. Disponível em: <http://www.medact.org/content/health/documents/brain_drain/Dovlo%20-%20brain%20drain%20and%20retention.pdf>. Acesso em: 9 set. 2015.

aberta na Região Sudeste¹³, área que, conforme já descrevemos, concentra a maior quantidade de médicos de nosso país.

A segunda ação proposta – estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica – também pode contribuir para a interiorização do trabalho médico.

A terceira ação mostrou a maior repercussão junto à opinião pública e será descrita no item a seguir.

2.3 Projeto Mais Médicos para o Brasil

2.3.1 A Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013

A Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, criou, no âmbito do Programa Mais Médicos, o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que consiste na oferta de cursos de especialização por instituição pública de educação superior, que envolverão atividades de ensino, pesquisa e extensão, com componente assistencial. O curso de aperfeiçoamento tem duração máxima de três anos, mas poderá ser prorrogado por mais três anos, caso sejam ofertadas outras modalidades de formação.

A coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), de acordo com a citada norma, ficou a cargo dos Ministérios da Educação e da Saúde, que cuidam de disciplinar a forma de participação das instituições públicas de educação superior e as regras de funcionamento do Projeto, incluindo a carga horária, as hipóteses de afastamentos e os recessos.

¹³ Disponível em: <<http://www.cruzeirodosul.inf.br/materia/518800/sudeste-deve-concentrar-novos-cursos-de-medicina>>. Acesso em: 9 set. 2015.

Dessa forma, a Lei concede total discricionariedade ao Poder Executivo para a fixação dos parâmetros do curso, não havendo sequer fixação de limites mínimos e máximos para a carga horária ou garantias legais básicas relacionadas a direitos trabalhistas mínimos, ou a recessos e férias.

A aprovação do médico no curso de especialização é condicionada ao desempenho em avaliações periódicas e ao cumprimento dos requisitos do Projeto.

A Lei determina que as vagas para participação no Projeto podem ser ocupadas por médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País e por médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras, por meio de intercâmbio médico internacional, os quais são denominados de “intercambistas”. Todos os médicos que ingressam no PMMB, na qualidade de alunos do curso de aperfeiçoamento, são considerados “participantes”.

A seleção e a ocupação das vagas ofertadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil observarão a seguinte ordem de prioridade: em primeiro lugar, os médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, inclusive os aposentados; em seguida, os médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da Medicina no exterior; e, por último, os médicos estrangeiros com habilitação para exercício da Medicina no exterior.

O art. 15 do citado diploma legal estabelece que integram o Projeto: i) os participantes, médicos selecionados segundo os critérios definidos, que se submetem ao aperfeiçoamento profissional supervisionado;

ii) os supervisores, médicos responsáveis pela supervisão profissional contínua e permanente dos médicos participantes; e iii) os tutores acadêmicos, docentes médicos responsáveis pela orientação acadêmica.

Para serem habilitados a participar do PMMB, os médicos intercambistas devem apresentar o diploma de graduação em medicina expedido por instituição de educação superior estrangeira e a habilitação para o exercício da medicina no país de sua formação, além de “possuir conhecimentos de língua portuguesa, regras de organização do SUS e protocolos e diretrizes clínicas no âmbito da Atenção Básica”.

O médico intercambista deve exercer a medicina exclusivamente no âmbito do Projeto, dispensada a revalidação do diploma, porém vedado o exercício da profissão fora das atividades do Projeto. Na redação original da Medida Provisória nº 621, de 2013, que deu origem a essa Lei, era prevista a exigência de registro provisório no Conselho Regional de Medicina (CRM), para o exercício da profissão pelo médico intercambista, no âmbito do Projeto. Essa exigência foi retirada durante a tramitação da proposição.

O intercambista fica isento, portanto, das exigências do art. 17 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, que *dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências, in verbis:*

Art. 17. Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

A única condição para o exercício da Medicina pelo médico intercambista é que a sua participação no PMMB seja atestada pela coordenação do Projeto. Caberá ao Ministério da Saúde a emissão de um registro único para cada médico intercambista participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil e a respectiva carteira de identificação, que o habilitará para o exercício da Medicina no âmbito do Projeto.

A coordenação do Projeto deve comunicar ao CRM que jurisdicionar na área de atuação a relação de médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil e os respectivos números de registro único. O médico intercambista fica sujeito à fiscalização pelo respectivo CRM.

A inscrição no Projeto confere ao intercambista estrangeiro o direito ao visto temporário de aperfeiçoamento médico pelo prazo de três anos, prorrogável por igual período (art. 18). Ressalte-se que não há vinculação explícita do visto com a duração do curso de especialização. O prazo de três anos é fixo, bem como a sua prorrogação conforme decidiu o Supremo Tribunal Federal em 30 de novembro do corrente ano pela constitucionalidade do Programa Mais Médicos, Por 6 votos a 2, considerando improcedente ação protocolada pela Associação Médica do Brasil para questionar a validade do programa no que diz respeito a validação dos Diplomas dos Médicos Intercambistas. A corte entendeu que a Medida Provisória 621/2013, depois convertida na Lei 12.871/2013, é constitucional, inclusive nos artigos que permitiram a contratação de médicos estrangeiros sem revalidação do diploma e alterações nos cursos de medicina para enfatizar o atendimento na saúde básica.

Os médicos integrantes do PMMB percebem bolsas nas modalidades: bolsa-formação, bolsa-supervisão e bolsa-tutoria, cujos valores são definidos em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

Os médicos participantes recebem ajuda de custo, paga pela União, destinada a compensar as despesas de sua instalação, que não poderá exceder a importância correspondente ao valor de três bolsas-formação. A União também é autorizada a custear despesas com deslocamento dos médicos participantes e de seus dependentes legais.

O médico participante é enquadrado como segurado obrigatório do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), na condição de contribuinte individual, na forma da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, que *dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências*, excetuados os intercambistas estrangeiros cobertos por outro sistema previdenciário.

Os médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil que descumprirem o disposto na Lei e nas normas complementares estarão sujeitos às penas de advertência, suspensão e desligamento das ações de aperfeiçoamento (art. 21).

O art. 22 da Lei determina que todas as outras ações de aperfeiçoamento na área de atenção básica em saúde, em regiões prioritárias para o SUS, voltadas especificamente para os médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado, serão desenvolvidas por meio de projetos e programas dos Ministérios da Saúde e da Educação.

Os Ministérios da Educação e da Saúde poderão firmar acordos e outros instrumentos de cooperação com organismos internacionais, instituições de educação superior nacionais e estrangeiras, órgãos e entidades da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, consórcios públicos e entidades privadas, inclusive com transferência de recursos, para executar as ações previstas na Lei nº 12.871, de 2013 (art. 23).

É com fundamento nesse artigo que o Ministério da Saúde firmou termo de cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para a contratação de médicos cubanos, conforme se discutirá mais adiante.

Os Ministérios da Saúde e da Educação são autorizados a contratar, mediante dispensa de licitação, instituição financeira oficial federal para realizar atividades relacionadas aos pagamentos das bolsas criadas no âmbito da Lei nº 12.871, de 2013.

A Lei faculta a concessão de bolsa para atividades de preceptoria nas ações de formação em serviço nos cursos de graduação e residência médicas ofertados pelas instituições federais de educação superior ou pelo Ministério da Saúde (art. 27).

Os valores percebidos a título de bolsa, no âmbito do Programa Mais Médicos, não caracterizam contraprestação de serviços para fins de incidência do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física (IRPF). O mesmo benefício é estendido aos bolsistas da Residência em Área Profissional da Saúde, estabelecida pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que *institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera*

as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências.

As despesas decorrentes da execução dos projetos e programas previstos na Lei nº 12.871, de 2013, correm à conta de dotações orçamentárias destinadas aos Ministérios da Educação, da Defesa e da Saúde, consignadas no Orçamento Geral da União.

Para os candidatos que participarem, pelo período mínimo de um ano, de ações de aperfeiçoamento na área de atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS, voltadas especificamente para os médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado e desenvolvidas por meio de projetos e programas dos Ministérios da Saúde e da Educação, receberá pontuação adicional de 10% na nota de todas as fases ou da fase única do processo de seleção pública dos programas de residência médica.

Nas “Disposições Finais”, o texto vigente determina que o quantitativo de médicos estrangeiros no Projeto Mais Médicos para o Brasil não poderá exceder o patamar máximo de dez por cento do número de médicos brasileiros com inscrição definitiva nos Conselhos Regionais de Medicina. Hoje, esse limite seria de aproximadamente 40 mil médicos.

O art. 32 da Lei determina que a Advocacia-Geral da União atue, nos termos do art. 22 da Lei nº 9.028, de 12 de abril de 1995, na representação judicial e extrajudicial dos profissionais designados para a função de supervisor médico e tutor acadêmico.

Por fim, a Lei nº 12.871, de 2013, promove o acréscimo dos seguintes parágrafos ao art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que *dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências*:

§ 3º A residência médica constitui modalidade de certificação das especialidades médicas do Brasil.

§ 4º As certificações de especialidades médicas concedidas pelos Programas de residência médica ou pelas associações médicas submetem-se às necessidades do Sistema Único de Saúde – SUS.

§ 5º As instituições de que trata os parágrafos anteriores deste artigo deverão encaminhar, anualmente, o número de médicos certificados como especialistas, com vistas a possibilitar o Ministério da Saúde a formar o Cadastro Nacional de Especialistas e parametrizar as ações de saúde pública.

Os §§ 3º e 4º, são de difícil interpretação. O *caput* do art. 1º da Lei nº 6.932, de 1981, já determina que “a Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço...”.

Após a homologação do resultado da seleção, o médico inscrito no CRM segue diretamente para exercer suas atividades na unidade básica de saúde (UBS) onde foi lotado. Já o médico intercambista passa por um módulo de acolhimento com duração de quatro semanas, executado na modalidade presencial e com carga horária mínima de 160 horas. Segundo o art. 16, § 2º, da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 2013, “será aplicada avaliação para certificar que os médicos intercambistas possuam conhecimentos em língua portuguesa em situações cotidianas da prática médica no Brasil durante a execução do Módulo”.

Após a chegada ao município, o médico passa a executar suas atividades na UBS onde estiver lotado. Cabe ressaltar que o exercício das atividades nas unidades de saúde compõe o processo de aperfeiçoamento dos

médicos participantes, que ocorrerá mediante a oferta de curso de especialização com duração de até três anos, prorrogável por igual período (art. 14, *caput* e § 1º, da Lei nº 12.871, de 2013).

São concedidas bolsas nas seguintes modalidades e valores:

- i. bolsa-formação aos médicos participantes no valor mensal de R\$ 11.520,00 (onze mil, quinhentos e vinte reais);
- ii. bolsa-supervisão aos médicos supervisores no valor mensal de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais);
- iii. bolsa-tutoria aos tutores acadêmicos no valor mensal de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

2.3.2 A Lei nº 13.333, de 12 de setembro de 2016

Em 24 de agosto de 2016, o Plenário do Senado aprovou o Projeto de Lei de Conversão nº 16, de 2016 – originado da Medida Provisória nº 723, de 2016 –, transformando-o na Lei nº 13.333, de 12 de setembro de 2016, que *prorroga o prazo de dispensa de que trata o art. 16 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013*. Essa medida prorrogou por mais três anos o prazo de dispensa da obrigação de revalidar o diploma para o exercício da Medicina no âmbito do PMMB nos seguintes termos:

Art. 1º O prazo de dispensa previsto no art. 16 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, fica prorrogado por três anos.

Parágrafo único. Para fins do disposto no *caput*, fica prorrogado, por três anos, o prazo do visto temporário de que trata o art. 18 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Como se vê, a partir da decisão STF, a prorrogação da dispensa por mais três anos tornou-se universal.

3 Cooperação entre Brasil e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)

No cerne do PMM, está a cooperação entre o Estado Brasileiro e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial de Saúde (OMS), para a participação de médicos cubanos no Projeto Mais Médicos para o Brasil.

3.1 Análise dos requisitos de pactuação de acordos internacionais

Um estudo de especialistas em Relações Internacionais da Consultoria Legislativa do Senado Federal -Nota Informativa n 2871/13 considera que o 80º Termo de Cooperação firmado entre o Ministério da Saúde e a OPAS/OMS – que dá lastro ao Projeto Mais Médicos no Brasil –, ao prever a atuação direta de profissionais junto à população, exorbita o disposto em tratados internacionais que supostamente lhe proveem sustentação jurídica.¹⁴

Na opinião dos Consultores o Congresso Nacional aprovou, mediante o Decreto Legislativo nº 11, de 1956, o Convênio Básico entre o Governo dos Estados Unidos do Brasil e a OMS, para “Assistência Técnica de Caráter Consultivo”.

¹⁴ CONSULTORIA LEGISLATIVA DO SENADO FEDERAL. Nota Informativa nº 2.878, de 16 de setembro de 2013, de autoria do Consultor Legislativo Márcio Pereira Pinto Garcia. Nota Informativa nº 1.829, de 2016, de autoria dos Consultores Legislativos Heloisa Inês Magalhães, Marcelo Lúcio Ottoni de Castro e Susane Guida de Souza.

Os especialistas em relações internacionais entendem, portanto, que a legalidade da contratação de médicos cubanos via OPAS/OMS não é uma questão pacificada dentro do Programa Mais Médicos, mas que mediante decisão do STF, a matéria examinada e decidida por aquela Corte recola no âmbito da legalidade as relações dessa parceria.

4 Processos no TCU sobre o Programa

Existem no TCU três processos principais com o *status* de processos abertos, isto é, ainda não concluídos, que cuidam de avaliar e fiscalizar o Programa Mais Médicos sob diferentes perspectivas.

Nesses processos, encontram-se informações volumosas, abrangentes e detalhadas sobre o Programa, com ênfase na condução do PMMB, conforme demonstram os subitens que se seguem.

4.1 Auditoria operacional (Processo 005.391/2014-8)

Ainda se encontra aberta no TCU a Auditoria Operacional, realizada na forma de Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC), que se originou com o objetivo de avaliar a eficácia do Programa Mais Médicos, sobretudo quanto ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, e teve início em 14 de março de 2014.¹⁵

¹⁵ TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. A última ação do Ministro-Relator no processo de auditoria foi proferir decisão sobre os embargos de declaração solicitados pela Advocacia-Geral da União, por meio do Acórdão 445/2017. Disponível em <https://contas.tcu.gov.br/pesquisaJurisprudencia/#/detalhamento/11/539120148.PROC%2520/%2520/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/false/1/false> Acesso em: 14 nov. 2017.

Por meio do Acórdão nº 331, de 2015, publicado em 4 de março de 2015, foram relatadas, em minúcias, as falhas identificadas pelo TCU no Projeto Mais Médicos para o Brasil, que serão resumidas nos subitens que se seguem.¹⁶

4.1.1 Inadequação da supervisão dos médicos participantes

Conforme disposto no art. 15, I e II, da Lei nº 12.871, de 2013, os médicos participantes do PMMB devem ter supervisão profissional contínua e permanente a ser realizada por um médico supervisor. Nos termos do § 3º desse artigo, a atuação e a responsabilidade dos supervisores são limitadas, exclusivamente, à atividade de supervisão médica.

De acordo com o Ministério da Saúde, foi estabelecido o limite máximo de dez médicos para cada supervisor, que deverá realizar visitas mensais e elaborar relatórios periódicos sobre as atividades. Essa informação consta da *Orientação para os Gestores Municipais*¹⁷, elaborada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde.

O Ministério informa ainda que esse limite máximo pode ser reduzido em situações especiais, como, por exemplo, as verificadas na Amazônia Legal, mas outras regiões do País também podem ter menor relação médico/supervisor.

¹⁶ TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Disponível em <https://contas.tcu.gov.br/pesquisaJurisprudencia/#/detalhamento/11/539120148.PROC%2520/%2520/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/false/2/false> Acesso em: 14 nov. 2017.

¹⁷ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientação para os Gestores Municipais**. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/Documento-orientacao-gestores-informe.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2015.

Nesse sentido, um edital para seleção de supervisores no âmbito do PMMB, publicado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - MG, fixou, em seu item 2.9, o máximo de 6 médicos para cada supervisor. Vê-se que, de fato, a proporção de 10 médicos por supervisor não deve ser ultrapassada.

Com o intuito de ampliar o escopo de informações necessárias, o TCU com base em dados fornecidos pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) identificou listagem de 1.522 supervisores ativos e habilitados. Por meio de cruzamentos de dados referentes ao tópico *Relatório de Supervisão*, constatou-se que havia 9.415 médicos com supervisores designados.

Considerando que a relação de médicos integrantes do projeto, disponibilizada pelo Ministério da Saúde, informava 13.790 médicos participantes, tem-se que pelo menos 4.375 (31,73%) deles não possuíam supervisores indicados na listagem da UNA-SUS.

Outro problema detectado refere-se ao fato de as avaliações encaminhadas pelos supervisores terem sido consideradas “pobres nos aspectos clínicos e se dedicarem quase que exclusivamente ao controle de absenteísmo, à estrutura das unidades, à composição das equipes, aos serviços de apoio e aos aspectos educacionais”.

Cabe ressaltar que, nas entrevistas, 17,7% dos médicos admitiram que a falta de conhecimento de protocolos clínicos atrapalhou a prestação do atendimento e 50,3% desses profissionais admitiram ter entrado em contato com o supervisor para tirar dúvidas sobre atendimento. Essa questão também foi levantada pelos supervisores, sendo que 34,3% desses

últimos afirmaram que os médicos estrangeiros enfrentam dificuldades para prestar atendimento devido ao desconhecimento de protocolos clínicos.

Ademais, houve relatos de que alguns profissionais enfrentam problemas para definir o nome dos medicamentos e a dosagem correta. Também foi apontada a carência de conhecimento sobre o perfil epidemiológico do município em que os médicos estão desenvolvendo suas atividades, o qual é diferente daquele encontrado nos respectivos países de origem.

De acordo com as regras do Projeto, a indicação de um médico como participante deveria ser acompanhada de uma designação inicial dos tutores e supervisores responsáveis por acompanhá-lo.

Ainda sobre o tema da supervisão, o CFM e os 27 Conselhos Regionais alertaram que os supervisores podem ser corresponsabilizados em casos de:

- i. denúncia ou constatação de dano a paciente por ação ou omissão, caracterizada por imperícia, imprudência ou negligência;
- ii. indicação de procedimento, mesmo com a participação de vários médicos, que resulte em dano;
- iii. não uso em favor do paciente de todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance;

- iv. acobertamento de conduta antiética em desfavor do paciente.

A esse respeito, Despacho da Presidente da República, de 12 de setembro de 2013, aprovou o Parecer LA-05 e adotou para os fins do art. 41 da Lei Complementar nº 73, de 10 de fevereiro de 1993, que *institui a Lei Orgânica da Advocacia-Geral da União e dá outras providências*, o Parecer nº 51/2013/DECOR/AGU/CGU e o Despacho do Consultor-Geral da União nº 916, de 2013.

Esses documentos estabelecem que, por falta de previsão legal expressa, os supervisores não são corresponsáveis civilmente pelos atos praticados no exercício da sua profissão pelos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

4.1.2 Tutoria

O tutor acadêmico é o docente médico que será responsável pela orientação acadêmica no âmbito do PMMB. Os tutores farão jus a uma bolsa, no valor mensal de R\$ 5.000,00. Em contrapartida, eles executarão as seguintes atividades:

- i. coordenar as atividades acadêmicas da integração ensino-serviço, atuando em cooperação com os supervisores e os gestores do SUS;

- ii. indicar, em plano de trabalho, as atividades a serem executadas pelos médicos participantes e supervisores e a metodologia de acompanhamento e avaliação;
- iii. monitorar o processo de acompanhamento e avaliação a ser executado pelos supervisores, garantindo sua continuidade;
- iv. integrar as atividades do curso de especialização e de integração ensino-serviço;
- v. relatar à instituição pública de ensino superior à qual está vinculado a ocorrência de situações nas quais seja necessária a adoção de providências pela instituição;
- vi. apresentar relatórios periódicos sobre a execução de suas atividades à instituição pública de ensino superior à qual está vinculado e à Coordenação do Projeto.

As responsabilidades dos tutores são limitadas às questões acadêmicas, de acordo com a lei que instituiu o PMMB.

De acordo com relatório da UNA-SUS, o TCU apurou que existiam pelo menos 2.152 médicos com uma tutoria deficiente e seriam necessários mais 22 tutores para atingir a proporção preconizada pelo modelo (um tutor para cada dez supervisores e 100 médicos).

A auditoria identificou que o plano de trabalho sob responsabilidade dos tutores é muito superficial, servindo basicamente para detalhar mensalmente a lista de supervisores e médicos que se encontra sob

a responsabilidade de cada um deles. Cumpre destacar que, entre as atribuições dos tutores descritas no art. 14, II, da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 2013, está a de indicar no plano de trabalho as atividades a serem executadas pelos médicos participantes e supervisores e a metodologia de acompanhamento e avaliação.

Verificou-se que o tutor se concentra em coordenar a distribuição de médicos participantes entre os supervisores em uma determinada área geográfica. Adicionalmente, dedica-se a atividades administrativas, servindo de ligação entre os supervisores e a Coordenação do Projeto.

4.1.3 Módulo de acolhimento

A Portaria Conjunta MS/MEC nº 1, de 21 de janeiro de 2014, que *dispõe sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação de Médicos Intercambistas nas ações educacionais e de aperfeiçoamento desenvolvidas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil*, e na Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 2013, que *dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil* contém um capítulo específico sobre o módulo de acolhimento e avaliação dos médicos intercambistas. A norma determina que o módulo seja executado na modalidade presencial, com carga horária mínima de 120 horas, e contemple conteúdo relacionado à legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, funcionamento e atribuições do SUS, notadamente no que concerne à atenção básica em saúde e à língua portuguesa.

A Lei nº 12.871, de 2013, estabeleceu que o primeiro módulo do curso de especialização, denominado módulo de acolhimento, teria a duração de 4 (quatro) semanas, sendo executado na modalidade presencial,

com carga horária mínima de 160 (cento e sessenta) horas. O referido módulo contemplaria um conteúdo relacionado à legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, ao funcionamento e às atribuições do SUS, notadamente da Atenção Básica em saúde, aos protocolos clínicos de atendimentos definidos pelo Ministério da Saúde, à língua portuguesa e ao código de ética médica.

A Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (Sesu/MEC) encaminhou ao TCU as notas dos médicos intercambistas obtidas no módulo de acolhimento nos eixos de língua portuguesa e saúde, com discriminação daqueles que entraram em recuperação, dos que foram aprovados e daqueles reprovados.

No documento, a Sesu/MEC informou ainda que:

Em decorrência da conversão da Medida Provisória nº 621/2013 na Lei nº 12.871/2013, houve mudança na redação do dispositivo que rege a avaliação inicial dos médicos intercambistas, estabelecendo a avaliação no Eixo Saúde, não prevista no texto original da MP.

Desta forma, houve mudanças na metodologia de aplicação das provas, bem como na sistematização das notas dos intercambistas. Considerando o exposto, informamos que as notas sistematizadas disponíveis para o 1º e 2º Módulos estão disponíveis apenas no formato de conceito (resultado) para avaliação do Eixo Língua Portuguesa.

No entanto, a MPV nº 621, de 2013, não tratava do módulo de acolhimento, prevendo apenas a necessidade de o médico intercambista ser dotado de conhecimentos da língua portuguesa.

Por outro lado, a Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 2013, publicada na mesma data que a MPV, já trazia a primeira regulamentação do módulo de acolhimento, que deveria contemplar

conteúdos relacionados à legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, funcionamento e atribuições do SUS, notadamente da atenção básica em saúde, e língua portuguesa.

Na primeira regulamentação sobre o conteúdo do módulo, ainda não havia, critérios mais específicos acerca da aprovação, recuperação e reprovação dos participantes. Tal detalhamento só veio com o advento da Portaria Conjunta MS/MEC nº 1, de 2014, que dispôs mais especificamente sobre o módulo de acolhimento, definindo os eixos de Língua Portuguesa e de Competência em Saúde (art. 9º, I e II) e tratando dos conceitos de suficiência (suficiente, insuficiente, parcialmente suficiente) e das situações de aprovação, recuperação e reprovação.

A referida portaria dispõe sobre o módulo de acolhimento e avaliação de médicos intercambistas nas ações educacionais e de aperfeiçoamento desenvolvidas no âmbito do PMMB, determinando que a partir das notas das avaliações dos eixos de língua portuguesa e saúde são gerados conceitos que definem a aprovação do médico no módulo de acolhimento e avaliação, devendo ser observados os seguintes critérios:

- i. suficiente: nota maior ou igual a 5,0;
- ii. parcialmente suficiente: nota entre 3,0 e 5,0;
- iii. insuficiente: nota menor ou igual a 3,0.

Essa norma definiu, ainda, que o médico intercambista:

- i. será aprovado se obtiver conceito suficiente nos eixos de língua portuguesa e de saúde;
- ii. deverá realizar recuperação e ser submetido à nova avaliação, se obtiver conceito parcialmente suficiente em

- apenas um dos eixos; na avaliação da recuperação, será aprovado se obtiver conceito suficiente;
- iii. será reprovado se obtiver conceito insuficiente em qualquer dos eixos ou parcialmente suficiente em ambos os eixos.

Essa portaria foi publicada em janeiro de 2014. Dessa forma, só foram avaliadas as notas do módulo de acolhimento, que ocorreram após essa publicação. O resultado geral apresentado pelos dados da Sesu/MEC pode ser considerado satisfatório, na medida em que dos 12.517 médicos informados, apenas 401 entraram em recuperação (3,20%) e somente 42 foram reprovados (0,34%). Dos que entraram em recuperação, apenas oito foram reprovados após nova avaliação (2%), sendo que os 34 restantes sofreram reprovação direta, sem passar por recuperação.

O TCU e a equipe de auditoria, no entanto, esmiuçou as notas obtidas em cada eixo pelos aprovados, pelos que entraram em recuperação e pelos reprovados, observando os parâmetros de suficiência e as situações de aprovação, recuperação e reprovação definidas na Portaria Conjunta MS/MEC nº 1, de 2014.

A análise revelou que 46 médicos que estão em atividade deveriam ter sido reprovados diretamente, porque obtiveram conceito insuficiente em um dos eixos, ou seja, tiraram notas menores ou iguais a 3,0. Um desses profissionais, de acordo com os técnicos o TCU, obteve nota 3,0 no eixo de língua portuguesa, entrou em recuperação e, na prova respectiva, conseguiu nota 3,75 (conceito parcialmente suficiente). Por essa lógica ele deveria ter sido reprovado na recuperação.

Cabe destacar que 45 desses 46 médicos receberam conceito insuficiente no eixo relativo à saúde, o que demonstra que não apresentaram conhecimento mínimo para exercer a medicina no âmbito desse projeto.

4.1.4 Distribuição dos médicos entre os municípios

A análise do TCU evidenciou falhas na distribuição de médicos de acordo com as diretrizes do PMMB, caracterizadas pelo não atendimento de municípios carentes e por dificuldades para reter médicos integrantes das equipes de Saúde da Família (ESF). Conforme disposto na Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 2013, o Projeto tem a finalidade de aperfeiçoar médicos na atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS.

Vale destacar que tais áreas são definidas com base nos critérios estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 1.377, de 2011, e devem se enquadrar em, pelo menos, uma das seguintes condições:

- i. ter o município 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS);
- ii. estar entre os cem municípios com mais de 80.000 habitantes com os mais baixos níveis de receita pública *per capita* e alta vulnerabilidade social de seus habitantes;

- iii. estar situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS), órgão integrante da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde;
- iv. estar nas áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios.

Além disso, o art. 2º da Portaria estabelece que as regiões com carência e dificuldade de retenção de médicos integrantes de equipes de Saúde da Família oficialmente cadastradas serão definidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde com base em modelo que leve em conta determinados indicadores, bem como que caberá à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) publicar a relação dessas áreas e regiões.

Essa relação foi publicada no Anexo I da Portaria Conjunta da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e da SAS nº 3, de 2013, ambas integrantes do Ministério da Saúde.

Após comparar a relação dos municípios que receberam médicos do projeto até 12/05/2014 com aqueles relacionados pela Portaria SGTES/SAS nº 3, de 2013, a equipe do TCU constatou que 1.690 municípios da lista foram atendidos pelo projeto e receberam 4.524 médicos (até 12/05/2014), o que representava 33% de todos os médicos do projeto. 592 municípios listados nessa portaria não receberam nenhum médico do projeto. Destarte, verificou-se que 26% dos municípios dessa relação não foram atendidos.

4.1.5 Ações de avaliação e monitoramento do Projeto

A Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 2013, determina que compete à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil monitorar e avaliar as ações relacionadas a esse projeto.

Deve ser avaliado o cumprimento do disposto no art. 11 da norma, em especial os seguintes pontos:

- i. obrigatoriedade de os municípios não substituírem os médicos que já integram equipes de atenção básica pelos participantes do projeto;
- ii. dever de manter, durante a execução do Projeto, as equipes de atenção básica atualmente constituídas com profissionais médicos não participantes do projeto;
- iii. compromisso de adesão ao Requalifica UBS em caso de infraestrutura inadequada para a execução das ações do Projeto.

Considerando que o PMMB foi instituído para fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde em decorrência do quadro de extrema gravidade em que alguns municípios se encontram, quadro esse caracterizado por uma acentuada falta de médicos, é imprescindível avaliar e monitorar se a implementação do programa alterou essa realidade.

Cumprido salientar que a Lista Brasileira de Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, definida pela Portaria nº 221, de 2008, é a referência para avaliar o desempenho do sistema de saúde na Atenção Básica.

Dessa forma, o TCU solicitou ao Ministério da Saúde os relatórios das atividades de coordenação, monitoramento e avaliação, bem como os indicadores utilizados, de modo a verificar a eficácia das ações de avaliação do PMMB. O Ministério encaminhou um documento que apresenta uma visão geral do objeto e dos resultados esperados.

Dos quinze indicadores apresentados, apenas três foram aferidos (municípios atendidos, razão entre municípios atendidos e municípios inscritos e razão entre vagas atendidas e vagas solicitadas).

Dos 2.143 municípios que receberam profissionais do PMMB no ano de 2013, pelo menos 127 deles possuíam, em abril de 2014, menos equipes de atenção básica. Em determinados casos, a redução na quantidade de equipes pode ser justificada por contingências diversas, mas é imprescindível que o Ministério da Saúde monitore essa questão.

O Conselho Federal de Medicina apontou em denúncias que pelo menos oito médicos foram substituídos por profissionais do PMMB, nos Estados do Maranhão, de Tocantins, da Bahia, de Minas Gerais, de Mato Grosso, do Acre e de Sergipe. Por conta própria o TCU identificou outros cinco casos de substituição indevida de médicos, que teriam ocorrido em Minas Gerais, no Rio Grande do Norte e em São Paulo. Diante desse cenário nos parece impossível dimensionar a extensão do problema até o presente momento.

A equipe do TCU comparou dados, fornecidos pelo Ministério da Saúde, relativos aos 1.174 municípios que receberam profissionais do PMMB com a variação do quantitativo de médicos verificada entre agosto de 2013 e abril de 2014. O Tribunal constatou que:

- i. em 70 municípios (6% da amostra), foi impossível fazer essa análise pois as bases de dados encontravam-se incompletas;
- ii. em 239 municípios (20% da amostra), não houve nem aumento nem redução da quantidade de médicos;
- iii. em 168 municípios (14% da amostra), houve aumento na quantidade de médicos, mas esse incremento foi inferior ao número de profissionais recebidos por meio do PMMB;
- iv. em 268 municípios (23% da amostra), o incremento de médicos foi exatamente igual à quantidade desses profissionais recebidos do Projeto;
- v. em 268 municípios (23% da amostra), houve um aumento do número de médicos superior à quantidade desses profissionais recebidos do Projeto;
- vi. em 161 desses municípios (14% da amostra), houve redução do número de médicos.

Os indicadores de resultado definidos pelo Ministério da Saúde referem-se à evolução das consultas de puericultura, hipertensão, pré-natal e diabetes.

O Tribunal de Contas concluiu pela incapacidade de fornecer uma avaliação definitiva sobre esse tema. Não obstante a isso, pode constatar que as medidas implementadas no âmbito do programa tendem a apresentar

efeitos positivos no médio e no longo prazos, considerando o tipo de atendimento oferecido, que inclui, além da abordagem curativa, a prevenção e a promoção da saúde.

Já o estudo coordenado por Pinto H A et all (2017 op cit)¹⁸ afirma que

As evidências disponíveis permitem afirmar que o PMM, em menos de três anos de implantação, alcançou, no eixo provimento, um conjunto de resultados relacionados aos objetivos do programa, tais como: atender a demanda de médicos feita em 2013 e, nos anos posteriores, a demanda dos gestores municipais para expandir eSF e completar as existentes; alocar médicos nas áreas com maior necessidade com equidade na distribuição; ampliar a cobertura da AB e da ESF num volume e velocidade significativamente superior aos anos anteriores; ampliar o acesso da população às ações de AB; elevar o número de consultas e diversificar o escopo de procedimentos de AB; aumentar o ritmo de redução das internações sensíveis à AB; ser bem avaliado por usuários, médicos e gestores; e se constituir como uma alternativa importante de atuação para os médicos brasileiros.

4.1.6 Fornecimento, alimentação e moradia aos médicos participantes

O art. 11 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 2013, estabelece que a participação dos municípios e do Distrito Federal na

¹⁸ Pinto HA, Oliveira FP, Santana JSS, Santos FOS, Araujo SQ, Figueiredo AM, et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. Interface (Botucatu).

execução do projeto será formalizada por intermédio da celebração de termo de adesão e compromisso. Ademais, o referido termo deverá conter, entre outras cláusulas, a obrigação de esses entes federados oferecerem moradia para o médico participante do projeto e garantirem alimentação adequada e água potável.

A auditoria realizada pelo TCU constatou, a partir de documentos fornecidos pelas secretarias municipais de saúde, de dados colhidos em entrevistas e por meio de observação direta, que muitos dos municípios visitados não estavam cumprindo adequadamente suas obrigações em relação ao fornecimento de moradia e alimentação aos médicos participantes do PMMB.

A Portaria SGTES/MS nº 30, de 2014, por sua vez, regulamenta o cumprimento das obrigações de oferta de moradia, deslocamento, alimentação e água potável pelo Distrito Federal e pelos municípios aos médicos participantes. O art. 9º dessa norma dispõe que cabe ao ente federado deverá assegurar o fornecimento de alimentação ao médico participante, mediante a entrega de recursos pecuniários ou de alimentos *in natura*.

Se houver o repasse de dinheiro, o ente federativo deverá adotar como parâmetros mínimo e máximo os valores de R\$ 500,00 e R\$ 700,00, conforme disposto no art. 10 dessa norma.

O Distrito Federal e os municípios devem adotar algumas das seguintes modalidades de fornecimento de moradia: cessão de imóvel, entrega de numerário ou acomodação em hotel ou pousada. Ainda segundo consta dessa norma, o ente federado pode adotar como referência para o

pagamento de aluguel de imóvel os valores mínimo e máximo de R\$ 500,00 e R\$ 2.500,00.

Com efeito, o gestor distrital ou municipal pode adotar valores superiores a esse limite, que sejam adequados à realidade do mercado imobiliário local. Nessa hipótese, deverá haver a comprovação do custo da locação por meio de três cotações de custo no mercado imobiliário do município ou do Distrito Federal.

A Portaria SGTES/MS nº 30, de 2014, estabelece também que a oferta de moradia aos médicos participantes deverá atender a condições mínimas de habitabilidade e segurança, sendo critérios para aferição de condições mínimas de habitabilidade: infraestrutura física e sanitária do imóvel em boas condições, disponibilidade de energia elétrica e abastecimento de água.

A auditoria do TCU identificou que o fornecimento de alimentação aos médicos do projeto do total de quarenta e um (41) dos municípios visitantes somente cinco (5) deles estavam em desacordo com as normativas sendo eles: Caucaia – CE, Goiana – PE, Extremoz – RN, Breves – PA e Viçosa do Ceará – CE. Conforme informações apresentadas pelas Secretarias Municipais de Saúde, em três municípios visitados (Caucaia – CE, Goiana – PE e Extremoz – RN), o valor pago aos médicos para assegurar a alimentação é menor que o parâmetro mínimo da norma. No entanto não explica quais as razões apresentadas pelos municípios.

Em quatro dos quarenta e um municípios visitados pela equipe de auditoria (Currais Novos – RN, Capitão Poço – PA, Breves – PA e Apodi – RN), a oferta de moradia aos médicos participantes estava em desacordo com o disposto na Portaria. A equipe de auditoria, por meio de observação

direta, constatou, nos municípios de Capitão Poço – PA, Breves – PA e Apodi – RN, que moradias fornecidas pelos municípios não apresentavam boas condições de infraestrutura física e sanitária.

4.1.7 Gasto de recursos para capacitar profissionais.

Formalmente esses recursos dizem respeito a um curso de especialização sendo custeado pelo governo brasileiro. Verificou-se que esse elevado montante de recursos foi destinado majoritariamente à especialização de estrangeiros no âmbito do PMMB.

Em 12 de maio de 2014, 11.814 médicos intercambistas individuais estrangeiros ou cooperados estavam em atividade. Considerando os gastos com tutores e supervisores e os custos do curso à distância o dispêndio total com a especialização somente para os médicos estrangeiros ficará em R\$ 242.782.748,72. Cabe destacar que não foram levados em consideração pelo TCU os valores relativos às bolsas-formação nem os gastos com ajuda de custo e deslocamento dos médicos.

4.2 Acompanhamento (Processo 027.492/2013-3)¹⁹

Esse acompanhamento – que vem sendo realizado desde 27 de setembro de 2013 – tem o objetivo de avaliar a legalidade e a legitimidade da criação e implementação do Programa Mais Médicos. O Acompanhamento originou o Acórdão nº 360, de 2017, que faz determinações ao MS e ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) para obrigar

¹⁹ TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Disponível em <https://contas.tcu.gov.br/etcu/AcompanharProcesso?p1=27492&p2=2013&p3=3> Acesso em: 14 nov. 2017.

esses órgãos a sanar diversas pendências ou incorreções detectadas no Acordo de Cooperação com a OPAS.

4.2.1 Acórdão nº 360/2017²⁰

Aprovado pelo Plenário do TCU, em 8 de março de 2017, a decisão determina ao Ministro da Saúde que, no prazo de 90 (noventa) dias, adote, no âmbito do 80º Termo de Cooperação Técnica (80º TC) firmado com a OPAS/OMS e dos respectivos Termos de Ajuste – com a devida cooperação do Ministério das Relações Exteriores –, providências no intuito de:

- i. ajustar com a OPAS a apresentação de relatório analítico das despesas efetuadas;
- ii. aprimorar o seu sistema de controle interno referente ao 80º TC, de forma a obter as informações necessárias sobre o andamento das ações executórias a cargo da OPAS que possibilitem avaliar a eficácia, eficiência e economicidade da administração e a aplicação dos recursos públicos destinados ao programa;
- iii. estipular a previsão expressa de que a auditoria independente de que trata o Artigo VIII do Ajuste Complementar promulgado pelo Decreto nº 3.594/2000 investigue e avalie a regularidade dos repasses efetuados pela OPAS para o Governo Cubano, em especial no que concerne aos recursos transferidos a título de pagamento das bolsas para os médicos cubanos;

²⁰ TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Disponível em <https://contas.tcu.gov.br/pesquisaJurisprudencia/#/detalhamento/11/2749220133.PROC%2520/%2520/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/false/1/false>
Acesso em: 14 nov. 2017.

- iv. demandar da OPAS os relatórios das auditorias porventura já realizadas, tendo em vista o compromisso assumido pela Organização no Artigo VIII do Ajuste Complementar Anexo ao Decreto nº 3.594/2000;
- v. exigir da OPAS a apresentação das Prestações de Contas Parciais referentes aos sucessivos Termos de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação Técnica, bem como os informes financeiros oficiais a que aquele organismo internacional está comprometido;
- vi. exigir da OPAS o detalhamento das despesas a cujo pagamento se destina o valor transferido a título de taxa de administração;
- vii. promover os devidos ajustes nos termos firmados com a OPAS, no intuito de que as despesas com consultores e assessores internacionais sejam consideradas como integrantes da taxa de administração, não devendo ser contabilizadas como custos diretos, tendo em vista que a natureza das atividades executadas por esses profissionais não se enquadra como finalística no âmbito da "ampliação à atenção básica em saúde";
- viii. findo o prazo fixado, dar ciência ao TCU das ações implementadas e dos resultados obtidos no sentido de dar cumprimento às determinações acima, encaminhando à Corte de Contas toda a documentação pertinente;

Além disso, o Acórdão determina ao FNS que:

- i. avalie, tão logo sejam disponibilizadas ao Ministério da Saúde, as prestações de contas parciais dos 3º, 4º e 5º

Termos de Ajustes ao 80º Termo de Cooperação Técnica firmados pela OPAS;

- ii. avalie os informes financeiros oficiais que a OPAS se comprometeu a emitir;
- iii. caso haja saldos remanescentes desses Termos, promova os respectivos remanejamentos, deduzindo esses valores dos futuros Termos de Ajuste;
- iv. encaminhe ao TCU cópia dos documentos relacionados às determinações constantes dos subitens i a iii acima;
- v. tão logo sejam promovidos os devidos ajustes entre o Ministério da Saúde e a OPAS relativamente à forma de contabilizar os custos com assessores e consultores internacionais, deduza os valores pagos a título de salários desses profissionais dos futuros pagamentos referentes ao 80º Termo de Cooperação Técnica, adotando o critério de custo indireto para essas despesas, de modo a incluí-las na taxa de administração;

O acórdão recomenda ao MS que, no uso de suas competências discricionárias, avalie:

- i. a conveniência e a oportunidade de reduzir de forma mais rápida e significativa a quantidade de médicos cubanos que prestam serviços ao Brasil;
- ii. a eficácia e a economicidade da manutenção do atual modelo misto de ensino e trabalho, tendo em vista que os médicos cubanos participam de um curso de especialização e, ao final de três anos de permanência no Brasil, estão retornando ao seu país de origem.

Adicionalmente, o relatório alerta o MS sobre as seguintes obrigações:

- i. a previsão de a OPAS devolver os saldos não utilizados não exime esse Ministério de realizar programação orçamentária financeira adequada dos valores pagos antecipadamente, inclusive quanto às taxas de administração, que devem ter seus montantes embasados em memórias de cálculo e ser coerentes com as atividades que se esperam do organismo cooperante;
- ii. o agente que autorizar a incorporação de custos diretos em projeto de cooperação técnica para a contratação de consultores e assessores, sem expressamente demonstrar que as atividades executadas por eles se enquadram como finalísticas e que não existe conflito com as atribuições dos organismos cooperante ou de outros profissionais com atribuições regulamentadas, pode vir a ser responsabilizado pela prática de ato antieconômico, nos termos da legislação.

Por fim, o acórdão do TCU determina ao seu próprio órgão técnico encarregado do acompanhamento que, em suas fases subsequentes, verifique quais foram os resultados concretos da auditoria independente mencionada no documento.

4.3 Representação (Processo 003.771/2014-8)²¹

²¹ TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Disponível em <https://contas.tcu.gov.br/etcu/AcompanharProcesso?p1=3771&p2=2014&p3=8> Acesso em: 14 nov. 2017.

Também se encontra *aberto no TCU*, desde 19 de fevereiro de 2014, o processo de representação, acima identificado, de iniciativa de Deputados Federais, de acesso Restrito conforme se pode conferir no endereço eletrônico abaixo, com solicitação de medida cautelar e de avaliação do Tribunal sobre possíveis irregularidades na execução do 3º Termo de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação Técnica firmado entre o Governo Brasileiro e a OPAS/OMS. Devemos nos manter atentos para a conclusão do mesmo.

No âmbito deste processo, ainda não houve acórdão exarado. No entanto, há um outro processo, já encerrado – Processo 005.762/2015-4, de Solicitação do Congresso Nacional (SCN) –, no qual se encontram informações sobre a representação.

Acerca da SCN, foi publicado o Acórdão nº 1605/2015, no qual se lê o seguinte trecho:

VI - Representação acerca de possíveis irregularidades no 3º Termo de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação firmado com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) (TC nº 003.771/2014-8):

31. Outro processo aberto nesta Corte de Contas envolvendo o Programa Mais Médicos trata da representação subscrita por deputados federais, com pedido de medida cautelar, para que o Governo Brasileiro se abstenha de realizar novos desembolsos à Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) por intermédio do 3º Termo de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação, com vistas a evitar prejuízos ainda mais danosos, e para que, no mérito, considere irregular a execução do referido 3º Termo de Ajuste, com a consequente identificação dos responsáveis por eventuais irregularidades, bem como aplicação das devidas sanções legais (TC nº 003.771/2014-8, peça 1, p. 10).

32. Os representantes alegaram a existência das seguintes supostas irregularidades (TC nº 003.771/2014-8, peça 8, p. 1):

- não caracterização de ensino-pesquisa-extensão do programa sob comento;

- desigualdade indevida de tratamento entre os profissionais cubanos e os naturais de outros países;
- discrepância entre os dispêndios do governo brasileiro e a remuneração paga a título de bolsa para o profissional de origem cubana;
- existência de restrição às liberdades individuais dos profissionais cubanos integrantes do programa em foco;
- participação de empresa cubana na intermediação da contratação dos profissionais cubanos, desvirtuando os objetivos que fundamentam os projetos de cooperação técnica internacional.

33. Sobre esse processo, a unidade técnica destacou que:

a) por meio de despacho, o Relator deste processo conheceu a representação, por preencher os requisitos legais, negou a concessão da medida cautelar, uma vez que não restaram caracterizados todos os requisitos para sua concessão, e determinou a realização das oitivas do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação e da Organização Pan-Americana de Saúde (TC nº 003.771/2014-8, peça 8, p. 2);

b) a análise das oitivas está sendo realizada pela Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde) para posterior encaminhamento dos autos ao Gabinete do Ministro Relator.

Do trecho reproduzido depreende-se que terão enorme relevância a conclusão das oitivas que vêm sendo realizadas pela SecexSaúde do TCU e as etapas posteriores de elaboração de relatório e deliberação dos Ministros do Tribunal sobre essa representação iniciada por Deputados Federais.

5 Distribuição dos médicos no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil

No Brasil, conforme já mencionado anteriormente, diversas experiências foram tentadas no sentido de resolver o problema do déficit e da má distribuição de médicos no território nacional, mas nenhuma delas, no entanto, conseguiu a magnitude necessária para suprir a demanda dos municípios.

Diante das evidências que apontavam para a manutenção de um cenário caracterizado por profunda escassez de médicos no País, foi implantado o Programa Mais Médicos (PMM), com o objetivo de reduzir as desigualdades no acesso à Atenção Primária em Saúde (APS).

Um dos seus eixos de ação do Programa foi, justamente, a provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis e desassistidas, denominado de **Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)**, primeira estratégia de grande magnitude com esse objetivo.

5.1 Critérios para a distribuição dos médicos do Projeto

O provimento emergencial foi viabilizado, dentro do PMMB, por meio de editais de chamamento nacional e internacional e por meio de cooperação internacional, após serem selecionados os municípios considerados prioritários.

A Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 2013, define quais são as regiões prioritárias para o SUS e direciona a seleção dos municípios participantes e a alocação dos médicos no projeto.

Consoante disposto no art. 4º, III, do referido normativo, tais regiões correspondem às áreas de difícil acesso ou provimento de médicos e àquelas que possuam populações em situação de maior vulnerabilidade, definidas com base nos critérios estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 1.377, de 2011, e que se enquadrem em pelo menos uma das seguintes condições:

- i. 20% (vinte por cento) ou mais da população municipal estar vivendo em extrema pobreza, com base nos dados

do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS);

- ii. o município estar entre os 100 (cem) que possuem mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes e apresentam os mais baixos níveis de receita pública *per capita* e alta vulnerabilidade social;
- iii. o município estar situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS), órgão integrante da Estrutura do Ministério da Saúde;
- iv. o município estar em área referente aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza.

O Quadro 1 resume os critérios adotados para a seleção dos municípios prioritários, de acordo com os atos normativos que tratam desse tema – portarias e editais de seleção.

Pode-se notar que editais de seleção inovaram, ao incluir critérios que não estavam previstos nas portarias que os estabeleceram, para fins de determinação dos municípios prioritários a ser contemplados pelo PMMB.

De acordo com o Ministério da Saúde, todos os municípios puderam se inscrever no projeto, indicando a quantidade de vagas existentes de médicos. Foi conferida prioridade aos municípios que se enquadravam nos critérios acima citados.

A seleção dos médicos participantes foi realizada por meio de chamamento público (editais publicados pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES do Ministério da Saúde) ou da celebração de instrumentos de cooperação com a OPAS.

Quadro 1. Municípios elegíveis ao Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), segundo critérios de prioridade previstos nos atos normativos. Brasil, 2013-2014.

Perfil do Município	Descrição	Normativa
Capitais (Perfil 1)	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza das Capitais, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).	Portaria Interministerial nº 1.369/2013 Edital nº 40 de 2013 da SGTES/MS
Região Metropolitana (Perfil 2)	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios situados em região metropolitana, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).	Portaria Interministerial nº 1.369/2013 Edital nº 40 de 2013 da SGTES/MS
G-100 (Perfil 3)	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios que estão entre os 100 (cem) com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública <i>per capita</i> e alta vulnerabilidade social de seus habitantes (G-100).	Portaria Interministerial nº 1.369/2013 Edital nº 40 de 2013 da SGTES/MS
20% de pobreza (Perfil 4)	Município com 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), disponíveis no endereço eletrônico www.mds.gov.br/sagi .	Portaria Interministerial nº 1.369/2013 Edital nº 40 de 2013 da SGTES/MS
DSEI (Perfil 5)	Município que está situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS).	Portaria Interministerial nº 1.369/2013 Edital nº 40/2013/ SGTES/MS
Demais Municípios (Perfil 6)	Áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos demais Municípios, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).	Introduzido pelo Edital nº 40 de 2013 da SGTES/MS
Situações de Vulnerabilidade	Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM baixo/muito baixo; das regiões dos Vales do Jequitinhonha - MG, Mucuri - SP	Introduzido pelo Edital nº 22 de 2014 da SGTES/MS, Item 2.2.3

	e Ribeira – SP e PR; do Semiárido da Região Nordeste; com residentes em comunidades remanescentes de quilombos; demais municípios localizados nas Regiões Norte e Nordeste.	
--	---	--

Adaptado de Oliveira *et al.*, 2016.

De acordo com a Nota Técnica 23/2013, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Ministério da Saúde informou em sua página oficial que “todos os municípios poderão se inscrever e aqueles que possuam áreas em uma das situações elencadas acima, poderão participar do Projeto mediante manifestação de interesse e celebração de termo de adesão e compromisso. Além disso, os Municípios classificados dentre os Perfis "1" a "5" serão considerados prioritários para fins de indicação e seleção dos médicos participantes do Projeto.

Assim, os municípios elegíveis não se restringiram aos considerados prioritários, o que ensejou a ampliação do rol de municípios participantes do PMMB, com a inclusão de municípios não prioritários.

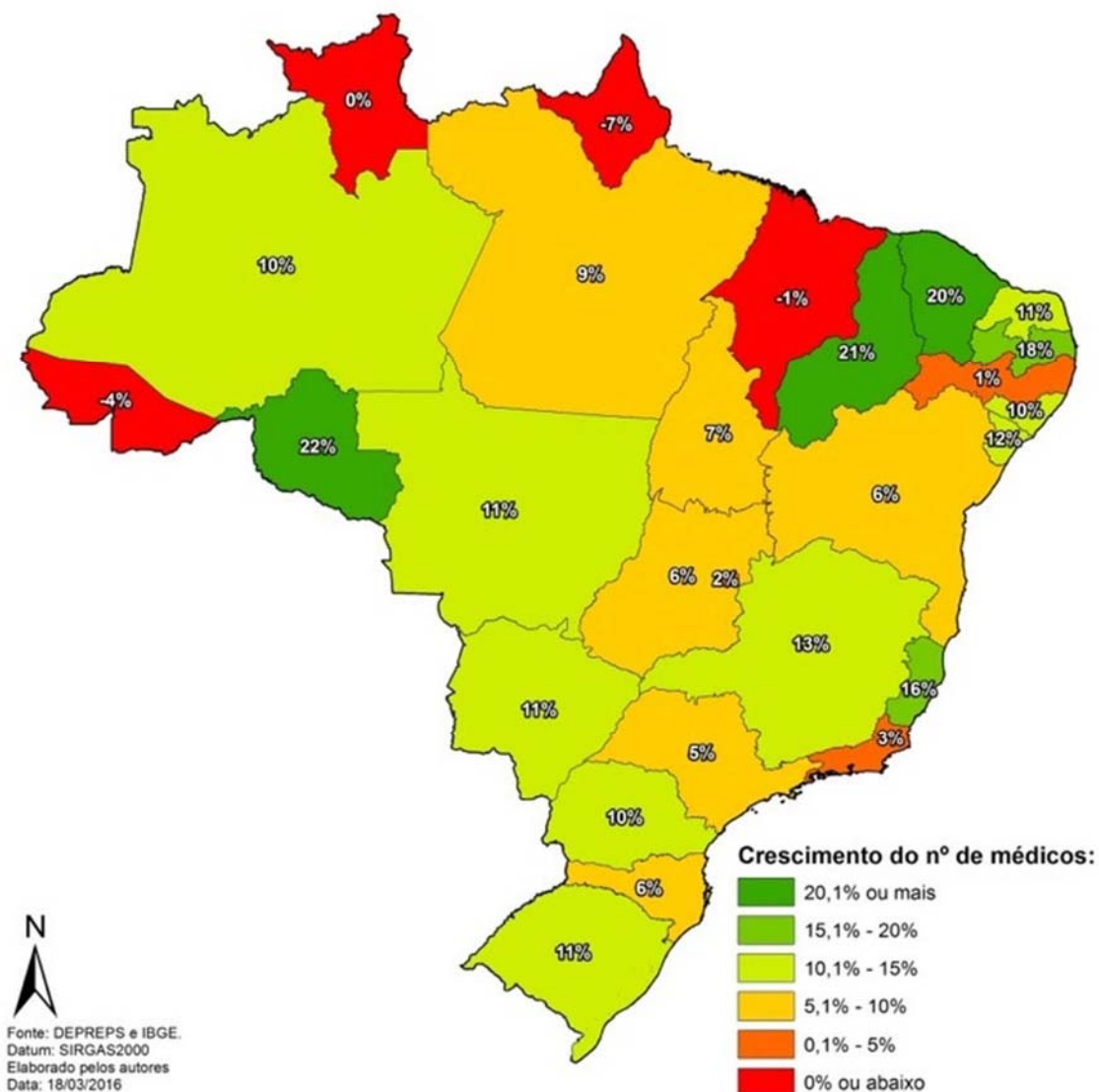
5.2 Alocação dos médicos do PMMB

A análise sobre a alocação de médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil se concentra no período que compreende os anos de 2013 a 2015 com base em estudos analíticos que foram apresentados em A.P nessa comissão e em pesquisas feitas por nossas assessorias. Destacamos ainda tivemos acesso a dados outros por meio de solicitação direta à SGTES, a alguns dados atuais do Ministério da Saúde, os quais.

Dados apresentados pelo Ministério da Saúde ao TCU relativos aos médicos que estavam em atividade em 12 de maio de 2014 mostram que São Paulo foi o estado que mais recebeu médicos do projeto (2.059 médicos,

que representam 14,9% do total desses profissionais). Em seguida, vieram os estados da Bahia (1.276 médicos, 9,3% do total), de Minas Gerais (1.156, 8,4% do total) e do Rio Grande do Sul (1.062, 7,7% do total), na lista dos que foram mais contemplados.

O crescimento do número absoluto e proporcional de médicos no Brasil e em cada unidade da federação em 2012 segundo mapa abaixo aponta que o Brasil tinha 388.015 médicos e, no fim de 2015, esse número chegou a 429.559, um crescimento de 10,7%. Mas, o mais importante é que, sem o PMM, 12 estados teriam apresentado crescimento menor que 10%, sendo que em 4 deles, ou não teria havido crescimento, ou teria havido redução do número de médicos. Segundo o TCU, no período auditado – de 2013 a 2014 – foram alocados 13.790 médicos participantes em 3.756 municípios e 33 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), localizados nas 27 unidades federadas.



Mapa: Porcentagem do aumento do número de médicos por UF, - FONTE Pinto El all

Em relação à distribuição dos médicos participantes por municípios, constata-se que São Paulo-SP recebeu a maior quantidade (250 médicos, o que representa 1,81% do total). Em seguida, vieram os municípios do Rio de Janeiro- RJ (141 médicos), Fortaleza-CE (124), Porto Alegre- RS (121) e Manaus-AM (99). Ou seja, os médicos do projeto estavam segundo os dados, concentrados nas grandes regiões metropolitanas.

Com o PMM todos apresentaram crescimento, e somente em 5 estados esse crescimento foi menor que 10%. Além disso, todos os estados do Norte e do Nordeste, com exceção de Pernambuco, tiveram crescimento maior que 10%.

Segundo o disposto na Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 2013, o Projeto tem a finalidade de aperfeiçoar médicos na atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS. Tais áreas, conforme anteriormente mencionado neste relatório, deveriam ser definidas com base nos critérios estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 1.377, de 2011 (Quadro 1).

Além de fixar os critérios de seleção, a Portaria estabelece que as regiões com carência e dificuldade de retenção de médicos integrantes de equipes de saúde da família oficialmente cadastradas serão definidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde com base em modelo que leve em conta determinados indicadores, e que caberá à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) publicar a relação dessas áreas e regiões.

Essa relação foi publicada no Anexo I da Portaria Conjunta da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e da SAS nº 3, de 2013, ambas integrantes do Ministério da Saúde.

De acordo com Pinto et al, “no fim de 2015, 73% dos municípios do Brasil, em todos os estados, assim como o Distrito Federal, participavam do PMM. O programa estava em todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) do país, fazendo com que, pela primeira vez, todos contassem com médicos para atender sua população. A adesão ao programa é voluntária e a solicitação de médicos feita pelos municípios é

analisada segundo uma combinação de critérios: necessidade, oferta já disponível e infraestrutura.

A necessidade, no período de 2013 a 2015, foi calculada em função da quantidade de eSF sem médicos somadas àquelas necessárias para cobrir toda a sua população, dando prioridade maior à cobertura da população exclusivamente SUS, isto é, não coberta pela saúde suplementar. Para esse cálculo, estima-se a cobertura populacional que o município já possui por meio de consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e subtrai-se esse quantitativo da população total do município. Desta forma, obtém-se a quantidade de eSF ainda necessária para a população não coberta. Por fim, avalia-se se a estrutura das UBS existentes no município é suficiente para alocação desses profissionais¹⁷.

A prioridade para a locação deu-se em função de critérios que levam em conta tanto a vulnerabilidade da população e de grupos populacionais específicos, quanto a dos próprios municípios¹⁷⁻¹⁹. Desse modo, os municípios foram priorizados segundo seus percentuais de população em condição de extrema pobreza; do baixo índice de desenvolvimento humano (IDH); da localização em regiões pobres, como os Vales do Ribeira e do Jequitinhonha, o Semiárido; além dos critérios utilizados pelo DAB para o repasse do Piso de Atenção Básica Fixo. Somado a esses critérios, priorizaram-se, dentro dos municípios, as periferias de grandes cidades e os grupos populacionais indígenas, assentados rurais e quilombolas.

Assim, até o fim de 2015, o PMM havia atendido 100% da demanda realizada pelos gestores municipais, reconhecida pelo programa conforme os parâmetros destacados anteriormente.

Observamos que os critérios adotados imprimiram forte componente de equidade na distribuição dos médicos, considerando os grupos de municípios com os quais o programa trabalha, de modo que a proporção de médicos do PMM nos municípios de extrema pobreza era quase três vezes maior que nas capitais e municípios mais ricos.

O estudo de Oliveira e colaboradores²² (2016), que analisou o provimento de médicos pelo PMMB, no período entre 2013 e 2014, a partir do banco de dados da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde verificou que a distribuição regional dos municípios participantes e foi realizada com base nos critérios de prioridade e vulnerabilidade definidos nos atos normativos que regulamentaram a implantação do programa, vigentes no período de estudo.

É preciso ser destacado que o estudo acima não considerou os 294 médicos alocados nos 34 Distritos Sanitários Indígenas (DSEI). Segundo o estudo, no período considerado, houve o provimento de 14.168 médicos em 3.785 municípios que aderiram ao Projeto. Desses, 2.377 municípios atendiam aos critérios de prioridade ou vulnerabilidade definidos pelo Ministério da Saúde, o que corresponde a 62,8% do total de municípios participantes, e eles receberam 77,7% dos médicos. No entanto, 1.408 municípios participantes do PMMB (37,2%), que receberam 22,3% dos médicos, não correspondiam às prioridades estabelecidas.

Apesar das distorções identificadas na alocação dos médicos do PMMB, os autores observam que os dados evidenciaram também a redução da carência de médicos, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste. Nessas áreas, onde residem cerca de 36% da população brasileira, houve a alocação

²² Oliveira JPA, Sanchez MN & Santos LMP. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2719-2727, 2016.

de 6.565 médicos, o que corresponde a 46,3% dos médicos do Projeto, indicando ter havido discriminação positiva.

5.2.1 Perfil dos municípios adeptos do PMMB

Segundo Oliveira *et al.*, no período de 2013 a 2014, 68% dos municípios brasileiros aderiram ao PMMB (3.785 municípios); outros 44 municípios tiveram sua adesão cancelada, 376 desistiram e 1.365 não se inscreveram. É possível observar que, entre os municípios que aderiram ao PMMB, 2.377 (62,8%) atendiam a algum dos critérios de prioridade ou vulnerabilidade e 1.408 (37,2%) não atendiam a nenhum critério, por isso foram considerados como “demais municípios”.

Mesmo com a alta taxa de adesão ao programa, verificou-se que 699 municípios, ou seja, 22,7% dos municípios considerados prioritários segundo os critérios do Ministério da Saúde, não se inscreveram ou cancelaram sua inscrição no PMMB, distribuídos da seguinte forma: 450 da Região Nordeste; 52 da Norte; 101 da Sudeste; 75 da Sul; e 21 da Centro-Oeste. Vale ressaltar que o estudo não aponta os reais motivos para a não inscrição ou cancelamento da mesma.

Quanto ao perfil de prioridade ou vulnerabilidade, esses municípios foram classificados da seguinte forma: 374 eram municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza; um era capital (Cuiabá); cinco municípios do G-100; 133 municípios de regiões metropolitanas; e 186 municípios com alguma das situações de vulnerabilidade.

A Região Nordeste foi a que apresentou o maior número de municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza que aderiram ao PMMB. Foi também a região com o maior número de municípios inscritos no PMMB, 1.318 (34,8%).

5.2.2 Perfil dos médicos do PMMB

Entre 2013 e 2014, segundo Oliveira *et al.*, o PMMB viabilizou o provimento de 14.168 médicos entre os municípios que aderiram ao programa.

A partir dos editais de chamamento para seleção dos médicos, foi estabelecida uma ordem de prioridade para a contratação e ocupação das vagas ofertadas: em primeiro lugar, o médico com registro no CRM; em seguida, o médico intercambista individual; e, por último, o intercambista cooperante. Observe-se que os cooperantes não puderam escolher o município de atuação, o próprio Ministério da Saúde definiu a alocação dos médicos provenientes do acordo com OPAS.

Do total de médicos contratados pelo PMMB, 11.150 foram cooperantes – oriundos do acordo firmado entre o Governo brasileiro e OPAS –, representando cerca de 80% do total. Quase 13% foram médicos com registro no CRM (1.834) e menos de 10%, intercambistas individuais (1.184), que abrangem médicos de 47 diferentes nacionalidades.

A Região Nordeste foi a que mais recebeu médicos cooperantes, seguida pela Sudeste e Sul. Em todas as regiões do País, os médicos intercambistas cooperantes representaram o maior número de médicos alocados pelo PMMB. Também o Nordeste foi a região que recebeu a maior quantidade de médicos com registro no CRM (965). Quanto ao intercambista

individual, as regiões Sul e Sudeste foram as que receberam o maior número desses médicos, 418 e 346, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos médicos participantes do Programa Mais Médicos, por região geográfica do Brasil, 2013 -2014.

Perfil dos médicos	Regiões do Brasil											
	Centro-Oeste		Nordeste		Norte		Sudeste		Sul		Total	
Médicos com registro no CRM	134	15,1%	965	20,0%	194	11,3%	395	9,1%	146	6,1%	1.834	12,9%
Intercambista individual	96	10,8%	194	4,0%	130	7,6%	346	8,0%	418	17,6%	1.184	8,4%
Intercambista cooperante	660	74,2%	3.694	76,1%	1.388	81,1%	3.595	82,9%	1.813	76,3%	11.150	78,7%
Total	890	100%	4.853	100%	1.712	100%	4.336	100%	2.377	100%	14.168	100%

Fonte: Oliveira *et al.*, 2016.

A distribuição de médicos segundo o perfil do município onde foram alocados mostra que 85,5% dos médicos com CRM e dos intercambistas individuais foram alocados em municípios que atendiam aos critérios de vulnerabilidade, enquanto quase 75% dos médicos cooperados foram providos nesses municípios. De outro lado, pouco mais de 25% dos cooperantes foram situados nos municípios que não atendiam aos critérios de prioridade, denominados de “demais municípios”, enquanto 9,2% dos médicos com CRM e 14,5% dos intercambistas individuais foram alocados nesses municípios.

Chama a atenção que os médicos cooperantes sejam a categoria que mais ocupou vagas em municípios não considerados prioritários, especialmente quando se sabe que cabia ao Ministério da Saúde definir a alocação desses profissionais, que, ao contrário dos demais participantes do PMMB, não tinham o direito de escolher o município onde iriam atuar.

Tabela 3 – Médicos participantes do Programa Mais Médicos por perfil de prioridade/vulnerabilidade dos municípios. Brasil, 2013-2014.

Perfil do município	Categoria do médico participante							
	Médicos c/ registro CRM		Intercambista individual		Intercambista cooperante		Total	
20% de pobreza	574	31,3%	149	12,6%	3.538	31,7%	4.261	30,1%
G-100	264	14,4%	149	12,6%	780	7,0%	1.193	8,4%
Capital	324	17,7%	301	25,4%	858	7,7%	1.483	10,5%
Região Metropolitana	351	19,1%	326	27,5%	1.603	14,4%	2.280	16,1%
Vulnerabilidade	152	8,3%	87	7,3%	1.546	13,9%	1.785	12,6%
Total municípios prioritários	1.665	85,5%	1.012	85,5%	8.325	74,7%	11.002	77,7%
Demais municípios	169	9,2%	172	14,5%	2.825	25,3%	3.166	22,3%
Total geral de municípios	1.834	100%	1.184	100%	11.150	100%	14.168	100%

Fonte: Oliveira *et al.*, 2016.

5.2.3 Dados atuais

Segundo dados fornecidos pela SGTES (planilha em anexo), atualmente, 1.920 municípios prioritários participando do PMMB, incluindo as áreas indígenas (34 DSEI). De acordo com os dados recebidos há um total de 17.898 vagas para médicos dentro do PMMB, que estão ocupadas da seguinte forma:

- 8.247 médicos intercambistas cooperantes;
- 5.322 médicos com CRM Brasil;
- 10 médicos com CRM Provab;
- 3.257 médicos intercambistas individuais;
- 1.062 postos desocupados.

Estão alocados nos em 34 distritos sanitários indígenas 342 médicos participantes do PMMB, distribuídos da seguinte forma: 298 são médicos cooperantes; 28 intercambistas individuais e 14 com CRM.

Há que observar a existência de diferença entre os dados obtidos diretamente da SGTES e os apresentados na audiência pública da CAS, em outubro de 2017, pelo Diretor de Programa da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Coordenador-Geral de Planejamento e Orçamento, do Ministério da Saúde, o Senhor Antônio Ferreira Lima Filho, a respeito do quantitativo de médicos participantes do PMMB. Os dados do PMMB de 2017 apresentados na audiência da CAS são mostrados na Tabela 4.

Tabela 4 – Número e percentual de médicos participantes do PMMB, segundo o perfil do médico. Brasil, 2017.

PERFIL PROFISSIONAL	DESLIGADOS		ATIVOS	
	Nº	%	Nº	%
Provab Médicos	2.138	12,4	52	0,3
Cooperados	9.605	55,6	9.213	50,8
CRM Brasil	4.917	28,5	5.483	30,2
Intercambistas Brasil	360	2,1	2.872	15,8
Intercambistas Outros	246	1,4	516	2,9
Total	17.266	100,0	18.136	100,0

Fonte: audiência pública da CAS, SGTES/MS.

Comparando-se os números atuais, apresentados na audiência da pública da CAS, com os dados de 2013-2014, observa-se alteração no perfil dos médicos participantes, com o aumento da participação de médicos com CRM, que passaram de 13% para quase 32% do total, ou seja, quase triplicou a participação de médicos com registro no CRM (Tabela 5).

Também, a participação atual dos intercambistas individuais é mais que o dobro da observada nos primeiros dois anos do PMMB, passando de 8,4% para 18,7%.

Por outro lado, os médicos intercambistas cooperantes, que em 2013-2014 representavam quase 80% dos participantes do PMMB, sofreram redução expressiva dentro do Programa, tanto em termos absolutos quanto relativos, passando a representar 50,8% deles.

No entanto, nas áreas indígenas, conforme os dados obtidos diretamente da SGTES, a participação de médicos intercambistas cooperantes é muito expressiva, 87%, enquanto apenas 4,1% dos médicos com CRM e 8,2% dos intercambistas individuais encontram-se nessas áreas.

Tabela 5 – Número e percentual de médicos participantes do PMMB, segundo o perfil do médico. Brasil, 2013-14 e 2017.

Perfil do médico	2013-2014*		2017**	
	Nº	%	Nº	%
Médicos com registro CRM	1.834	13,0	5.535	30,5
Intercambistas individuais	1.184	8,4	3.388	18,7
Intercambista cooperante	11.150	78,7	9.213	50,8
TOTAL	14.168	100,0	18.136	100,0

Fonte: Elaboração própria, com dados obtidos de *Oliveira *et al.* (2016) e **SGTES/MS, audiência pública da CAS, out/2017.

5.2.4 Indicadores de impacto na distribuição de médicos

Para aferir o impacto do PMMB na distribuição de médicos no País, Girardi *et al* (2016) utilizaram o *Índice de Escassez de Médicos em atenção primária de saúde (APS)* em dois momentos: março de 2013 e setembro de 2015, ou seja, antes e depois da implantação do programa.

Esse indicador foi criado pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (2010) e incorpora quatro dimensões, com os respectivos indicadores:

- i. oferta de médicos (nº de médicos/habitantes);
- ii. carência socioeconômica (proporção de domicílios em situação de pobreza;
- iii. altas necessidades de saúde (taxa de mortalidade infantil); e
- iv. barreiras de acesso a serviços de saúde (distância, em tempo, até a sede da região).

O número de municípios que apresentaram escassez de médicos em APS, segundo o indicador utilizado, em março de 2013, portanto, antes do início do PMMB, foi quase o dobro do número observado em setembro de 2015. Em 2013, foram identificados 1.200 municípios com algum grau de escassez de médicos em APS em todo o Brasil – 80% deles com graus de escassez moderado e leve –, número que caiu para 777, em 2015, o que representou uma redução de 35% em dois anos.

Em 2013, os 63 municípios identificados com alta escassez de médicos em APS estavam quase que exclusivamente concentrados nas regiões Norte e Nordeste. Houve uma redução de 50% desse número, em 2015, quando o número de municípios com alta escassez de médicos em APS caiu para 34.

Os resultados mostram que ocorreu um substantivo aumento na oferta de médicos em APS depois da implantação do PMMB, o que contribuiu para reduzir o número de municípios com escassez desses profissionais.

Esse impacto, segundo os autores, também contribuiu para reduzir as desigualdades entre os municípios, mas as iniquidades distributivas permaneceram, conforme será discutido na sequência.

Girard e colaboradores compararam o número absoluto de médicos em APS nos dois momentos considerados, março de 2013 e setembro de 2015. A Tabela 7 mostra os dados da evolução do número de médicos nesse período, o saldo e a participação em números absolutos e relativos dos médicos participantes do PMMB.

Pode-se constatar que a participação relativa dos médicos do PMMB na APS é maior nas regiões Nordeste e Norte, bem como nos municípios de menor porte.

Quanto menor o município, maior é a participação relativa desses médicos. Nas capitais e regiões metropolitanas, os médicos do PMMB representam 7% do total de médicos que atuam na APS, enquanto nos municípios de menor porte, com menos de 10 mil habitantes, eles representam 22,2% dos médicos da APS.

Observando o saldo de médicos do período considerado (diferença do número de médicos em 2015 em relação a 2013), os autores identificaram um incremento de médicos da ordem de 12.652 profissionais, número abaixo do quantitativo de médicos do PMMB ativos em 2015 (14.256).

Essa diferença indica que ocorreu perda na oferta regular de médicos feita pelos municípios. Esse fenômeno foi observado apenas nas regiões Norte e Nordeste e nos municípios de menor porte, com menos de 50 mil habitantes, justamente as regiões e localidades que possuem a maior carência de profissionais médicos.

Tabela 6 – Evolução e saldo do número de médicos em APS* e participação relativa dos médicos do PMMB segundo região e porte populacional do município - Brasil, março de 2013 e setembro de 2015.

	Março 2013 Nº	Setembro 2015 Nº	Saldo 2015-13 Nº	Médicos do PMM Nº	Participação relativa dos médicos do PMM %
Norte	5.742	7.233	1.491	1.715	23,7
Nordeste	24.085	26.760	2.675	4.849	18,1
Sudeste	45.237	50.057	4.820	4.372	8,7
Sul	16.826	19.446	2.620	2.365	12,2
Centro-oeste	7.273	8.319	1.046	955	11,5
Capitais e regiões metropolitanas	38.149	41.403	3.254	2.889	7,0
Mais de 100 mil habitantes	20.002	23.355	3.353	2.275	9,7
Mais de 50 até 100 mil habitantes	9.767	11.906	2.139	1.832	15,4
Mais de 20 até 50 mil habitantes	13.614	15.487	1.873	3.078	19,9
Mais de 10 até 20 mil habitantes	10.019	11.103	1.084	2.283	20,6
Até 10 mil habitantes	7.612	8.561	949	1.899	22,2
Brasil	99.163	111.815	12.652	14.256	12,7

* Número de médicos nas especialidades de Saúde da Família, Clínica Médica e Pediatria equivalente a tempo integral (cada 40 horas ambulatoriais nas especialidades em questão correspondem a um médico).
Fonte: CNES/MS (2013, 2015) e DEPREPS/MS (2016). Tabela reproduzida de Girard *et al.*, 2016.

5.3 Problemas detectados na distribuição de médicos

Alguns resultados sobre a distribuição dos médicos participantes do PMMB chamam a atenção para possíveis falhas ou lacunas na implementação do Projeto.

A primeira trata da introdução de novos critérios de priorização dos municípios, mediante os editais sobre adesão, que possibilitou a inclusão de 1.408 municípios não prioritários, quando da formulação do programa, correspondente aos “Demais municípios”.

Sobre essa distorção identificada, Oliveira *et al*, concluem que

a alocação dos médicos em municípios não prioritários nem vulneráveis impactou na capacidade de o Programa Mais Médicos reduzir, de modo ainda mais significativo, as desigualdades regionais no acesso à atenção em saúde, o que demanda novos estudos para se verificar os possíveis efeitos em médio prazo.

Um segundo problema na implementação do PMMB foi o fato de que 22,7% dos municípios prioritários para o SUS não terem participado da iniciativa: 72% deles das regiões Norte e Nordeste, as que mais necessitam da ação do Projeto. Segundo o TCU, até maio de 2014, ficaram de fora do PMM 592 municípios prioritários para o SUS. Esse dado denota que nem toda a demanda existente por mais médicos foi atendida, tendo em vista que parcela significativa de municípios que necessitavam da iniciativa não aderiu a ela.

Como a participação no PMMB é por meio da adesão voluntária dos municípios, em respeito à sua autonomia administrativa, haveria que desenvolver políticas de incentivo para essa participação, seja mediante um controle social mais efetivo nos municípios, seja por meio da sua qualificação técnica, pois, aqueles municípios com mais capacidade de

planejamento e gestão levaram vantagem em detrimento dos menos articulados.

Outro problema diz respeito ao número de médicos solicitado pelos municípios participantes e o que foi atendido. Estudo de Pereira *et al.* (2016)²³ mostrou que os municípios que aderiram entre agosto de 2013 e julho de 2014 solicitaram 15.460 médicos e o programa atendeu 93,5% dessa demanda.

Alguns autores identificam diversos fatores capazes de influenciar os resultados do processo de implementação do PMMB. Lima e Luciano (2013)²⁴ destacam variáveis relacionadas às normativas e à clareza com que o plano estrutura a implementação, além de variáveis do contexto político-econômico, que levam a apoio, resistência ou boicote da política, por parte dos diferentes atores sociais, o que influencia o sucesso da implementação do Projeto.

É importante que todos os municípios prioritários para o SUS sejam atendidos pelo PMMB, para reduzir a carência de médicos, de modo a garantir à população o acesso aos serviços de saúde. Para tanto, há que corrigir as distorções encontradas e estimular e prestar cooperação aos municípios prioritários para que eles participem.

Outra distorção relevante identificada por alguns estudos (Girardi *et al.*, 2016) e pela auditoria do TCU diz respeito à redução da oferta regular de médicos pelos municípios e sua substituição pela do Programa.

²³ Pereira LL, Santos LMP, Santos WB A, Rattner D. Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013-2014. *Rural Remote Health* 2016; 16(1):3616.

²⁴ Lima LL, Luciano DA. Implementação de Políticas Públicas: perspectivas analíticas. *Rev de Sociologia e Política* 2013; 21(48):101-110.

Além desse fato neutralizar os possíveis benefícios do Programa, uma vez que não ocorre um aumento real do efetivo médico no município, ele gera um quadro de insegurança assistencial, em função da dependência dos municípios em relação ao provimento federal.

Outro problema identificado é quanto aos indicadores de monitoramento do Projeto, os quais, caso estejam sendo utilizados pelos gestores do PMMB, não estão sendo divulgados. Da mesma forma, os dados sobre a execução do PMMB são de difícil obtenção, o que prejudica análises atuais e mais aprofundadas sobre a distribuição dos médicos e sobre a efetividade do Projeto. Assim, não conseguimos obter dados que permitissem o cálculo dos seguintes indicadores:

- Cobertura populacional estimada por médicos em equipes de Atenção Básica;
- Índice de médico do PMM por mil habitantes;
- Cobertura potencial do PMM em relação à cobertura total;
- Proporção de municípios desistentes do programa;
- Tempo de permanência dos médicos nos programas;
- Percentual de redução de equipes da Atenção Básica.

6 Impacto na atenção básica em saúde e na rede assistencial

Diferentes fontes de estudos e pesquisas consultadas por essa Relatora permitem afirmar que há consistentes evidências do aumento da cobertura de AB desde a implantação do PMM. Para observar adequadamente este fenômeno, é preciso levar em conta que as normativas do programa exigem que os médicos integrem eSF ou outras equipes previstas na política de AB. As eSF, por sua vez, podem ser novas, podem ser equipes já existentes que estavam sem médicos, ou, ainda, equipes nas

quais a presença desse profissional era insuficiente (alta rotatividade de profissionais ao longo do ano, cumprimento irregular da carga horária etc.).

O estudo Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015 já amplamente citado no presente relatório diz que é “ necessário combinar indicadores que considerem tanto a expansão da Estratégia Saúde da Família quanto da Atenção Básica. Com efeito, selecionamos: aumento da quantidade de médicos (horas) na AB do Brasil, aumento das coberturas tanto da AB quanto da ESF, ampliação no número de eSF e no número de municípios com eSF (Pinto et al op cit).

6.1 Ampliação do acesso da população à Atenção Básica

A ampliação do acesso da população à AB, além da ampliação da cobertura apontada na sessão anterior, pode ser percebida tanto nos aumentos significativos do número de consultas nos municípios participantes do programa quanto nas pesquisas realizadas com gestores e usuários.

Com a criação da Rede Observatório do Programa Mais Médicos (ROPMM) em maio de 2015, composta por pesquisadores de instituições de ensino e pesquisa de todas as regiões do país no formato de estudos multicêntricos integrados foi possível produzir mais dados sobre o programa. O relatório da primeira fase da ROPMM²⁵ identifica três achados que apontam para a ampliação e qualificação do acesso: o aumento do escopo de práticas (variedade de ações e serviços oferecidos) desenvolvido nas equipes e Unidades Básicas de Saúde com médicos do programa; aumento da oferta de procedimentos coletivos e de visitas domiciliares, e a

²⁵ Rede Observatório Programa Mais Médicos. Relatório da Pesquisa de Dados Secundários do Programa Mais Médicos até 2014 [Internet]. 2015 [acessado em 10 outubro de 2017]. Disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/observatorio-mais-medicos>.

estabilização de consultas programadas a grupos específicos; e o aumento do número de consultas no Brasil, em especial, nos municípios participantes do programa.

Analisando de maneira combinada os dados do SIAB, eSUS e também do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), conforme protocolo de validação estabelecido que considera o SIA para UBS sem eSF e um destes sistemas para cada eSF, houve aumento significativo no número de ações coletivas e visitas domiciliares; e também foi identificada uma expressiva diminuição da oscilação do número de consultas mensais para usuários com diabetes e hipertensão, indicando maior programação das ações por parte da equipe e melhora da adesão dos usuários às ações ofertadas(Pinto et all).

Com relação ao número total de consultas na ESF, a pesquisa identificou um aumento de 29% no número de consultas médicas quando comparados os meses de janeiro de 2013 e janeiro de 2015. Nos municípios participantes do PMM, esse crescimento foi de 33% e, nos demais, de apenas 15%. O aumento foi atribuído: à implantação de novas eSF, ao fato de diversas eSF que já existiam terem passado a contar com médicos atendendo regularmente, e à constatação de que as eSF do PMM ofereciam à população mais consultas médicas num mesmo dia de atuação²².

Outra pesquisa que reforça os mesmos achados foi realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais e pelo Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas de Pernambuco (UFMG/IPESPE)²⁶ citado no em documento de Avaliação de 2 anos do PMM do Ministério da Saúde²⁷

²⁶ Pesquisa avaliação de política pública para saúde no Brasil: Programa Mais Médicos. UFMG e IPESPE. 2015. Mimeo.

²⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília, Ministério da Saúde, 2015. 128 p. PDF

e que entrevistou usuários, gestores e médicos participantes do programa. Foram visitados 699 municípios. As amostras para entrevistas somaram 14.179 usuários, 391 médicos e 227 gestores, estes últimos não podiam, necessariamente, ser mais de um de cada município.

Com relação a esses gestores, foi identificado que, entre os cinco principais fatores relacionados à avaliação positiva que os mesmos fazem do impacto do programa, três estão relacionados à ampliação do acesso, são eles: ter sempre médicos nas UBS e cumprindo efetivamente a carga horária definida; a ampliação do acesso à população; e o aumento da oferta de consultas.

6.2 Produtividade assistencial na atenção básica

O estudo de Lima e colaboradores²⁸ (2016) teve como objetivo analisar a produção de consultas médicas, os encaminhamentos médicos e as ações de educação em saúde realizadas pelas ESF, na atenção básica, no ano de 2014, com enfoque no PMMB. Trata-se de um estudo seccional sobre a produção do trabalho médico, a partir de bases de dados secundários do Ministério da Saúde, em que se compara o médico que participa (MM) e o que não participa (NMM) do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

As variáveis do estudo foram: a quantidade total de consultas médicas por mês – somatório de consultas realizadas com crianças, adolescentes, adultos, idosos, inerentes aos programas com hipertensos e diabéticos, hanseníase e tuberculose –, a quantidade de encaminhamentos

²⁸ Lima RTS, Fernandes TG, Balieiro AAS, Costa FS, Schramm JMA, Schweickardt JC, Ferla AA. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2685-2696, 2016.

médicos para especialistas, urgência e hospital, a quantidade de ações de educação em saúde por equipe de ESF, e as respectivas taxas.

O número absoluto de consultas médicas mensais produzidas por médicos participantes do PMMB, em 2014, foi de 46.128, que são consultas que, caso não houvesse a alocação do médico pelo Projeto, provavelmente não teriam sido realizadas. Isso por si só já representa um ganho advindo do Programa Mais Médicos.

A mediana do total de consultas médicas no Brasil foi de 285 por mês, em 2014, indicando uma média de 14,4 consultas por dia, o que está abaixo do parâmetro adotado pelo Ministério da Saúde, que estipulou o número de 360 consultas médicas mensais a serem realizadas. Segundo os autores, o resultado encontrado corresponde a aproximadamente 80% da realização de consultas básicas esperadas, o que implica um desempenho do médico da ESF abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde.

No entanto, quando se compara as duas categorias médicas pelo perfil do município, os resultados do estudo mostram maior produção de consultas por médicos MM em categorias de municípios mais vulneráveis socialmente. Apenas nas capitais e nas regiões metropolitanas, a produção de consultas pelos médicos NMN foi maior que a dos médicos participantes do PMMB. Segundo os autores do estudo, os resultados mais precários dos médicos MM em municípios de região metropolitana ou capitais seriam indicativos de que, nesses lugares, há outros pontos de atenção mais acessíveis, o que confere ao Projeto um caráter de complementaridade da atenção.

6.3 Indicadores de efetividade

Um dos indicadores utilizado para avaliar a efetividade da Atenção Primária em Saúde é a *taxa de internações por condições sensíveis à atenção primária* (CSAP). O pressuposto é que a efetiva ação da atenção primária, voltada para a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoces de determinadas patologias agudas e o controle e acompanhamento de patologias crônicas, é capaz de diminuir o risco de internações devido a CSAP.

Em 2008, o Ministério da Saúde publicou²⁹ a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, constituída por dezenove grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Ela é preconizada como instrumento para avaliação da atenção primária e da utilização da atenção hospitalar, nas três esferas de gestão do SUS.

Vários estudos demonstram que altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços ou à baixa resolubilidade da atenção primária. E é justamente por essas razões que um dos indicadores selecionados pelo Ministério da Saúde para o monitoramento e avaliação do PMMB é a *taxa de internações por condições sensíveis à atenção básica*.

No âmbito do PMMB, esse indicador foi utilizado por Gonçalves e colaboradores (2016)³⁰ para aferir a efetividade do incremento de médicos propiciado pelo Projeto na Região Nordeste, no período de

²⁹ Brasil. Portaria SAS/MS nº 221, DE 17 de abril de 2008. Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

³⁰ Gonçalves RF, Sousa IMC, Tanaka OY, Santos CR *et al.* Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2815-2824, 2016.

setembro de 2012 a agosto de 2015. Além de avaliarem a taxa geral de internação por CSAP, os autores também procederam à avaliação de uma condição específica – a diarreia e gastroenterite de origem presumivelmente infecciosa. A seleção dessa condição ocorreu por ela ter atendido aos seguintes critérios: elevada frequência no período, simplicidade de intervenção e pela ocorrência histórica no Nordeste.

Os resultados desse estudo mostraram que, exceto o Maranhão, todos os demais estados do Nordeste apresentaram diminuição das taxas de internação por CSAP. Alagoas foi o estado que apresentou a maior queda dessas internações, com redução de 44,2%.

Em relação às internações por diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível, os autores reportaram a ocorrência de um total de 181.152 casos em 1.242 municípios que participavam do PMMB, no período investigado (69,2% dos municípios do Nordeste). As médias de internação passaram de 6.092, no primeiro ano, para 5.040, no segundo, e 3.962, no terceiro ano. A redução do primeiro para o terceiro ano correspondeu a 35,0%. O estudo concluiu que o Programa Mais Médicos influenciou na redução das internações por diarreia e gastroenterite de origem infecciosa.

Outros estudos avaliaram esse indicador em período anterior ao PMMB (Alfradique *et al.*, 2009³¹; Boing *et al.*, 2011³²) e mostraram que as taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária

³¹ Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(6):1337-1349, jun, 2009

³² Boing AF, Vicenzi RB, Magajewski F, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Lindner SR, Peres MA. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev Saude Publica* 2012; 46(2):359-366.

apresentavam tendência de queda, mas em um patamar inferior ao das taxas observadas no Nordeste, após a implementação do PMMB.

6.4 Percepção e avaliação dos usuários, profissionais e gestores

A Pesquisa da UFMG/IPESPE identificou que 95% dos usuários disseram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com a atuação do médico do PMM. Entre as razões dessa avaliação extremamente positiva, 85% afirmaram que a qualidade do atendimento melhorou; 87% que o médico é mais atencioso, e 82% que a consulta agora resolve melhor seus problemas de saúde. A nota média que os usuários deram ao PMM foi de nove para um máximo de dez.

Quando indagados sobre dificuldades de comunicação, 87% responderam que não tiveram nenhuma dificuldade, e só para 3% ela foi importante. Esses números comparados na mesma pesquisa com médicos brasileiros não participantes do programa, grupo utilizado como controle, resultou em 95% e 2% respectivamente.

Já a pesquisa com gestores mostrou que, antes do PMM, eles davam a nota média de 6,6 para a atenção à saúde da população e, depois de implantado o Programa no município, deram a nota 8,7. Os motivos apontados na própria pesquisa para esta melhora na avaliação são aqueles relacionado à melhoria do acesso, já citado neste artigo, somados à melhoria da qualidade do atendimento e à proximidade e bom relacionamento entre os médicos do Programa e os pacientes. A mesma pesquisa entrevistou, ainda, médicos brasileiros e estrangeiros do PMM, e encontrou os seguintes resultados: 100% disseram que foram bem recebidos pela comunidade; 98% indicariam o Programa a um amigo; a nota média atribuída à relação com o restante da eSF foi 9,6; a nota dada à supervisão do programa foi de 9,0; e a avaliação do Programa como um todo recebeu nota média de 9,1 em um

máximo de dez. Com relação à estrutura das UBS, de maneira geral, considerando estrutura física, equipamentos, medicamentos, imunobiológicos e condições de trabalho, para 65% dos médicos, a estrutura era boa ou ótima.

Pesquisas da Confederação Nacional dos Transportes (CNT) apontaram 49,7% de aprovação em julho de 2013, 73,9% em setembro e 84,3% em novembro do mesmo ano³³.

Estudo realizado por Comes e colaboradores³⁴ (2017) para avaliar a satisfação dos usuários com os médicos do PMMB e a responsabilidade dos serviços de saúde, em 32 municípios com 20% ou mais de extrema pobreza, ouviu 263 usuários, entre os meses de novembro de 2014 e junho de 2015, mediante uma visita às unidades de saúde dos municípios selecionados. Assim, foram entrevistadas pessoas que estavam aguardando pela consulta na unidade de saúde, o que pode representar um viés de seleção do estudo, já que considera apenas as pessoas que já entraram no sistema.

Os resultados mostraram que, em geral, a satisfação dos usuários foi elevada, especificamente no que concerne ao atendimento médico e à relação médico-paciente, que obteve a aprovação da maioria dos usuários (98,1%). Mais de 95% dos participantes referiram ter recebido as informações necessárias; mais de 93% afirmaram ter recebido todas as informações necessárias sobre o tratamento e 87% afirmaram ter compreendido as orientações que deveriam seguir. Devemos observar, no

³³ Brasil. Agência Brasil de Comunicação. Apoio da população ao programa Mais Médicos alcança 84,3% na pesquisa CNT. 2013. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-11-07/apoio-da-populacao-ao-programa-mais-medicos-alcanca-843-na-pesquisa-cnt> Acesso: 30 out. 2017.

³⁴ Comes Y, Trindade JS, Shimizu HE, Hamann EM, Bargioni F, Ramirez L, Sanchez MN, Santos LMP. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2749-2759, 2016.

entanto, que a pesquisa retrata a percepção dos usuários sobre a comunicação com os médicos, o que não permite fazer qualquer inferência sobre a efetividade da comunicação em si. Para 8%, ruim ou péssima e, para os demais, era regular.

Esta avaliação positiva que os médicos participantes do Programa têm sobre o mesmo, a recomendação que fazem aos colegas, e o fato de terem incorporado, em 2015, o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e seus benefícios – como o adicional de 10% na pontuação obtida no concurso de residência para aqueles que após um ano fizeram o mesmo – ajudam a explicar a significativa mudança na adesão dos médicos brasileiros ao Programa.

Ao fim de 2013, ano de criação do Programa, das 3.678 vagas preenchidas no mesmo, apenas 22% foram ocupadas por médicos com registro no Brasil. Contudo, o ano de 2015 experimentou recordes de inscrições de médicos brasileiros com registro no Brasil, em proporções que chegaram a mais de dez candidatos por vaga oferecida, e, nos três chamamentos realizados nesse ano, todas as vagas foram preenchidas por médicos brasileiros: o primeiro chamamento do ano necessitou chamar também médicos brasileiros com registro no exterior, e no segundo e terceiro, todas as vagas foram preenchidas com médicos com registro no Brasil. Assim, não foi necessário lançar, em 2015, edital internacional de chamamento de médicos estrangeiros e nem de ampliar a cooperação com a OPAS. O percentual de médicos com registro no Brasil ao fim de 2015 chegou a 29% dos mais de 18 mil médicos, conforme os dados do DATASUS.

Esse resultado é importante por diversos motivos, entre os quais destacamos quatro: reforça os achados que apontam para a importância da aprovação do Programa pelos médicos brasileiros que nele atuam e que o

recomendam; mostra um interesse crescente em participar do PMM; aumenta significativamente o número de médicos no Brasil que desenvolvem uma atuação na ESF e são formados para ela, fator importante para a qualidade da prática profissional, seja na AB ou em outra área de atuação; e confere sustentabilidade ao PMM, que passa a ser menos dependente de profissionais estrangeiros.

A partir dos comentários dos usuários sobre o atendimento médico, pode-se verificar que os argumentos que justificam a alta satisfação estão majoritariamente relacionados à postura e atitude dos profissionais, que denotam um atendimento humanizado.

Outros aspectos avaliados, em relação aos serviços, também apresentaram resultados satisfatórios, como:

- *Tempo de espera:* 75,7% dos usuários referiram que o tempo de espera no dia da consulta foi menor do que uma hora; 57,6% consideram que foi pouco tempo de espera; 33,2% consideraram que foi mais ou menos. Ao selecionar a carinha para mostrar a satisfação com o tempo de espera entre o momento que chegou à unidade e que foi atendido pelo médico, 78,7% dos usuários avaliaram como bom e muito bom.
- *Tempo de duração da consulta:* a maioria dos usuários (98,1%) informou que durou menos de meia hora, com relatos de variações de 2 a 60 minutos (média = 21 minutos; mediana = 20).
- *Privacidade na consulta:* a maioria dos usuários (84,5%) teve a privacidade respeitada durante a consulta médica ou exames. Todavia, 15,5% dos usuários afirmaram que foram interrompidos

com a entrada de outra pessoa durante o procedimento médico; destes, 69,6% afirmaram ter consentido com a entrada. A falta de privacidade foi relatada por 16% das pessoas que sabem ler e por 9% das pessoas que não sabem ler.

- *Tempo de espera entre o dia em que o usuário solicitou a consulta e o dia de sua realização:* esse tempo foi avaliado como muito bom e bom por 87,3% dos usuários, o que, segundo os autores, demonstra melhora do acesso à consulta após a implantação do PMM. Aqui, cabe lembrar o viés de seleção da pesquisa, ao incluir no estudo apenas as pessoas que estavam para ser atendidas na unidade de saúde, deixando de fora aquelas pessoas que não conseguiram romper as barreiras para acessar os serviços de saúde.
- *Visitas domiciliares de médico:* 28,9% dos usuários informaram que receberam visita do médico em seu domicílio; a maioria deles (71,6%) avaliou essa visita satisfatoriamente. A população beneficiada pelas visitas foi majoritariamente: os idosos, os deficientes, as gestantes com complicações, as crianças com algum agravo agudo.

O estudo identificou as seguintes sugestões dos usuários entrevistados para o aprimoramento do Programa: melhorias na infraestrutura; maior disponibilidade de medicamentos; mais médicos, inclusive mais especialistas; maior apoio do município para os médicos; melhoras no transporte para facilitar o acesso às comunidades rurais e remotas. Outros expressaram que queriam a continuidade do programa.

Estudo de Comes e colaboradores³⁵, realizado em 32 municípios pobres nas cinco regiões do Brasil, entrevistou 78 profissionais de saúde, não médicos, das equipes que receberam médicos do PMM, com o objetivo de descrever aspectos da integralidade nas práticas das equipes de saúde da família (ESF), a partir da incorporação de um médico do Programa Mais Médicos.

O estudo mostrou que a percepção dos profissionais de saúde é bastante positiva sobre a incorporação de um médico do PMMB nas ESF. Foram apontados os seguintes aspectos favoráveis: aumento do acesso da população, especialmente das comunidades rurais e ribeirinhas, aos serviços de saúde; “desafogamento” do hospital, pela maior procura da população pelas UBS, depois da incorporação do médico; acolhimento humanizado e estabelecimento de vínculo com a população; resgate da clínica, com dedicação de tempo suficiente para “escuta atenta, exame físico minucioso, disponibilidade para resolver problemas”; continuidade dos cuidados; garantia de visitas domiciliares; equipes multiprofissionais completas e articuladas.

Gestores

O Senhor Wilames Freire, representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), em audiência pública realizada pela CAS sobre o Programa Mais Médicos, trouxe os seguintes posicionamentos dos gestores municipais a respeito do Programa Mais Médicos, que, segundo ele, são provenientes de um levantamento realizado

³⁵ Comes Y, Trindade JS, Pessoa VM, Barreto ICHC, Shimizu HE, Dewes D, Arruda CAM, Santos LMP. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2729-2738, 2016.

no período de maio de 2013 a março de 2017, conforme descritos na revista do Conasems:

- Ainda que o Programa Mais Médicos tenha enfrentado de modo corajoso a questão do provimento médico, o art. 27 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, ainda que estratégico para o Sistema, segue esquecido e o SUS segue sem uma **“política de recursos humanos formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo”**. [Grifos no original]
- O posicionamento dos gestores municipais de saúde frente ao Programa Mais Médicos revela a sua responsabilidade com a organização da Atenção Básica, assim como a percepção da importância da pauta da formação, neste caso do médico, mas certamente estendida a todos os profissionais de saúde do município.
- Como pistas para o fortalecimento do Programa Mais Médicos, segundo os achados acerca do posicionamento dos secretários e secretárias municipais de saúde identificados na revista CONASEMS no período circunscrito de maio de 2013 a março de 2017, fica a proposta de valorização dos **Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES)** e um trabalho árduo de disseminação e apoio à construção desses acordos Brasil afora, apoiado pelos três entes federados, todos gestores do SUS. [Grifos no original].
- É no município que o cidadão reside e a vida é vivida, é no município que está a Rede de Atenção à Saúde local e onde o SUS se concretiza é, portanto, este espaço de protagonismo, o território da gestão municipal.
- O processo de diálogo e construção coletiva entre todos os atores que discutem a integração ensino-serviço deve ser um processo de empoderamento de todos e fortalecimento da luta por respostas às necessidades que a rede SUS tem na especificidade de cada território.

7 Aspectos e impactos educacionais do Programa

Um dos eixos o Programa Mais Médicos assenta-se na expansão do número de vagas para os cursos de Medicina e a residência médica em várias regiões do País, com implantação de novo currículo e foco tanto na

qualificação da formação quanto na valorização da Atenção Básica. Conforme foi explicado na primeira audiência pública realizada pela CAS, no campo da formação médica, a meta do Programa é sair dos quase 380 mil médicos, em 2013, para chegar a 600 mil médicos em 2024, quando se poderia alcançar o índice desejado de 2,7 médicos por mil habitantes no País (Solla, 2017).

Essa dimensão educacional do Programa é aquela que oferecerá o arcabouço mais sustentável e de longo prazo para o crescimento do número de profissionais médicos em exercício no País. No entanto, é nela que se observa a maior lentidão dos avanços e são registrados reverses sinalizadores da falta de apoio do atual Governo ao PMM e do enfraquecimento da atenção básica (Proenço, 2017).

Segundo a opinião formulada Felipe Proenço e Vinícius Ximenes, na audiência pública da CAS, esse enfraquecimento fica bem evidenciado pela aprovação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que retira o papel central do Programa de Saúde da Família (PSF).

Sobre os avanços do PMM, segundo avaliação do Deputado Jorge Solla, entre os resultados parciais obtidos antes da mudança de governo destacam-se a criação do Cadastro Nacional de Especialistas (CNE) e a ampliação da oferta de vagas, com critério regional, na graduação e na residência médica: da meta original de criar 11,5 mil vagas de graduação até 2017 e 12 mil de residência até 2018, foram, de fato, originadas 6 mil vagas de graduação e 6,5 mil vagas de residência.

Ainda conforme a opinião do Deputado, a mudança política no Governo Federal provocou retrocessos nesse eixo do Programa, com destaque para: i) atraso na meta de abertura de novas vagas de graduação; e

ii) impossibilidade de acesso ao CNE, que está fora do ar em decorrência da pressão das entidades de regulação profissional e das sociedades médicas.

O atraso na abertura de novas vagas de graduação – o Edital mais recente foi aberto em julho de 2017, enquanto o anterior havia sido publicado em 2014 – também foi decorrente do fato de o Edital de 2014 ter ficado paralisado, desde 2015, por decisão do TCU.

Afora essa demora por intervenção do TCU, também houve a lentidão do MEC para aprovar a construção das novas escolas de Medicina. O primeiro edital levou três anos para ser liberado pelo Ministério, enquanto o segundo ainda está em fase de avaliação dos municípios. Uma das consequências nefastas dessa demora é a ociosidade dos terrenos comprados para sediar a construção das escolas. Adquiridos em função da expectativa de iniciar essa construção, os imóveis acabaram permanecendo por longo tempo sem utilização e originando despesas de manutenção para seus adquirentes.

Entre as ameaças que rondam os avanços proporcionados pela abertura de novas escolas de Medicina estão a dificuldade para manter a ocupação das vagas abertas e a necessidade de indução pública dessa ocupação por meio do Fundo de Investimento da Educação Superior (FIES), cujas regras são objeto de reformulação por meio da Medida Provisória nº 785, de 2017, em discussão na Câmara de Deputados.

Acerca desse tema, destaca-se a ocorrência de casos em que os cursos privados recém-abertos ofereceram uma única vaga para o FIES. Dessa forma, sugere-se que, na discussão da citada MP nº 785, de 2017, seja estabelecido um percentual mínimo de vagas destinadas aos alunos beneficiários do FIES, de forma a aumentar o acesso de estudantes das

camadas menos favorecidas aos novos cursos de Medicina abertos em faculdades privadas e de manter a ocupação das vagas abertas.

Um ponto importante que precisa ser considerado, e tem grande potencial para aumentar o número de médicos graduados no Brasil, é a oferta de vagas nas universidades públicas. Atualmente, em muitas delas, os cursos de Medicina têm turmas reduzidíssimas, oferecendo, a cada semestre, somente vinte vagas para novos alunos. Então, uma medida bastante relevante seria incrementar o número dessas vagas, aproveitando a estrutura já disponível nas universidades públicas.

Quanto à residência médica, os dados mostram que, desde o ano passado, 2016, não há expansão das vagas para a Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade. Na opinião do Dr. Vinícius, exarada na audiência pública, isso reforça a denúncia de enfraquecimento do Programa pelo Governo atual. No entanto, conforme Silva Júnior e Andrade (2016),

Cabe [...] ressaltar que a taxa de ocupação das vagas dos programas de residência em MFC no Brasil, em 2015, foi de 26,3%. De um total de 1.520 vagas, apenas 400 foram ocupadas, dado que nos preocupa, pois julgamos tal especialidade estratégica para a consolidação da APS e a expansão de vagas sem ocupação perderia o sentido do provimento médico para a ESF [...]. Aspectos relativos aos vínculos trabalhistas e à carreira destes médicos nos parecem relevantes na solução deste problema [...].

A ênfase na residência em MFC foi um dos pontos por meio do qual o PMM buscou redirecionar o atendimento prestado pelo SUS para a atenção básica, pois

[...] o PMM também atua sobre os programas de residência médica. A principal intervenção sobre a estruturação da residência médica em âmbito nacional realizada pela política é a

obrigatoriedade a partir de 2018, para todos os programas de Residência Médica (exceto nove especialidades de Acesso Direto), da realização de um ano de residência em “Medicina Geral de Família e Comunidade.”³⁶

A constatação sobre a ociosidade dessas vagas de residência em MFC, no entanto, reforça as críticas contra essa ênfase do PMM, diante da incapacidade do SUS de oferecer atendimento nas diversas especialidades demandadas pela população:

As dramáticas filas de espera para consultas, exames e cirurgias eletivas, geradas pela falta de especialistas na atenção secundária e ambulatorial pública, pelo fato de esses médicos estarem concentrados em consultórios isolados e clínicas privadas, é um exemplo eloquente dos disparates do sistema de saúde brasileiro.³⁷

Assim, há que reavaliar o PMM no que concerne ao redirecionamento da formação médica por ele idealizado, reforçando os aspectos que proporcionem o aumento do número de médicos e melhorem sua qualificação, e reformulando o que parece ser uma ênfase absoluta e equivocada na residência em MFC.

Em matéria veiculada nos em jornais de maior alcance no país em 17 de novembro do corrente ano, o Governo Federal informa que irá suspender a abertura de novos cursos de medicina, comprometendo assim os objetivos de aprimoramento do PMM. Até o fechamento do relatório não tivemos acesso ao informação de assinatura por parte da Presidência da República.

8 Financiamento e Despesas do Programa

³⁶ Silva Junior AG, Andrade HS. Formação Médica no Programa Mais Médicos: alguns riscos, *Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (9):2670-2671, 2016.

³⁷ Scheffer M. Para muito além do Programa Mais Médicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2664-2666, 2016.

8.1 Dados atuais da execução financeira e orçamentária

A Lei nº 12.871, de 2013, estabelece que as despesas decorrentes da execução do Programa Mais Médicos devem ser consignadas no orçamento da União em dotações destinadas aos Ministérios da Saúde, da Educação e da Defesa.³⁸

A despeito dessa diretriz, a extração de informações referentes ao programa do orçamento federal não é tarefa trivial. A peça orçamentária da União passou, nos últimos anos, por um processo de agregação de programações de tal monta que reduziu substancialmente a capacidade de a lei orçamentária servir como fonte de efetiva consulta a respeito do plano de atuação do governo federal. Com isso, torna-se mais complexo o acompanhamento da execução orçamentária e financeira e prejudica-se a fiscalização das políticas públicas por parte do Congresso Nacional e da sociedade.

No caso do Programa Mais Médicos, uma avaliação histórica revela que as despesas inerentes ao programa, quando de sua instituição, foram executadas em programações orçamentárias já existentes dos Ministérios envolvidos na política pública, as quais suportavam outras despesas dos referidos órgãos. A discriminação dos gastos com o Mais Médicos se deu exclusivamente com base em parametrizações gerenciais,

³⁸ Art. 30. O quantitativo dos integrantes dos projetos e programas de aperfeiçoamento de que trata esta Lei observará os limites dos recursos orçamentários disponíveis.

(...)

§ 3º As despesas decorrentes da execução dos projetos e programas previstos nesta Lei correrão à conta de dotações orçamentárias destinadas aos Ministérios da Educação, da Defesa e da Saúde, consignadas no orçamento geral da União.

que não constam formalmente da lei orçamentária, a exemplo do “plano orçamentário”³⁹.

No âmbito do Ministério da Saúde, essa realidade foi parcialmente alterada em 2016, quando passou a constar da lei orçamentária a ação “214U – Implantação do Programa Mais Médicos”, vinculada ao programa “2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde”. A referida ação abarca os gastos do Ministério com a formação de recursos humanos na área médica para o SUS, com vistas ao alcance dos objetivos do Programa Mais Médicos.

Indo no mesmo sentido de dar mais transparência aos gastos com o Mais Médicos, o Projeto de Lei Orçamentária de 2018 (PLOA 2018), em tramitação no Congresso Nacional, prevê a criação de uma ação orçamentária específica para o programa no âmbito do Ministério da Educação. Trata-se da ação “00QC – Concessão de Bolsas do Programa Mais Médicos”, vinculada ao programa “2080 – Educação de qualidade para todos”, que albergará as despesas com concessão de bolsas e custeio de despesas operacionais a elas vinculadas no âmbito do programa.

Diante desse contexto, as informações referentes ao financiamento e às despesas a seguir apresentadas consolidam os valores identificados no orçamento da União ou nos “planos orçamentários” definidos pelo Poder Executivo como afetos ao Programa Mais Médicos⁴⁰.

³⁹ De acordo com o Manual Técnico do Orçamento (MTO) 2018, “plano orçamentário” é uma identificação orçamentária, de caráter gerencial (não constante da LOA), vinculada à ação orçamentária, que tem por finalidade permitir que, tanto a elaboração do orçamento quanto o acompanhamento físico e financeiro da execução, ocorram num nível mais detalhado do que o do subtítulo/localizador de gasto.

⁴⁰ As informações orçamentárias foram obtidas no Siga Brasil, sistema de informações sobre orçamento público gerenciado pelo Senado Federal que utiliza os dados do Sistema Integrado de Administração Financeira (Siafi).

Nesse sentido, a Tabela 10, abaixo, demonstra a despesa realizada com o programa por cada um dos Ministérios envolvidos na execução da política pública desde a sua criação, bem como a previsão de dispêndios para 2017 e 2018:

Tabela 8 – Despesas com o PMM por Ministério

	(R\$ milhões)					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ministério da Saúde	882,63	2.589,88	2.489,98	2.835,76	3.211,56	3.328,65
Ministério da Educação	15,55	201,14	235,81	239,66	209,21	158,36
Ministério da Defesa	-	19,18	5,54	11,15	12,20	9,00
Total	898,18	2.810,20	2.731,33	3.086,57	3.432,97	3.496,01

* Para os exercícios de 2013 a 2016, o valor indicado na tabela corresponde ao montante de despesa empenhada. Para 2017, ao montante autorizado no orçamento em 6/11/2017. E, para 2018, à dotação prevista no PLOA 2018, após Mensagem nº 424, de 30/10/2017.

Fonte: Siga Brasil

Conforme se pode extrair da Tabela (8) a previsão é de que até o final de 2017 tenham sido despendidos R\$ 12,96 bilhões com o Programa Mais Médicos. Desse montante, R\$ 12,01 bilhões (92,7%) terão corrido à conta do Ministério da Saúde, R\$ 901,37 milhões (7,0%) do Ministério da Educação e R\$ 48,07 milhões (0,4%) do Ministério da Defesa.

Para 2018, o projeto de lei orçamentária prevê despesas com o Programa Mais Médicos da ordem de R\$ 3,50 bilhões, dos quais R\$ 3,33 bilhões (95,2%) ficarão a cargo do Ministério da Saúde, R\$ 158,36 milhões (4,5%) do Ministério da Educação e R\$ 9,00 milhões (0,3%) do Ministério da Defesa. O montante total previsto reflete um aumento nominal de 1,02% em relação aos gastos com o programa no exercício corrente, percentual insuficiente, portanto, para repor a inflação esperada para 2017, na casa de 3,08%⁴¹.

⁴¹ Conforme Boletim Focus de 27 de outubro de 2017, disponível em <http://www.bcb.gov.br/pec/GCI/PORT/readout/R20171027.pdf> Acesso em: 1º nov. 2017.

No que tange ao objeto dos gastos, verifica-se que preponderam as despesas de custeio na execução do programa, conforme evidenciado na Tabela, abaixo:

Tabela 9 – Despesas com o PMM por natureza.

	(R\$ milhões)					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Despesas correntes	898,18	2.672,21	2.643,66	2.973,01	3.388,13	3.495,54
Investimentos	-	137,99	87,67	113,56	44,84	0,47
Total	898,18	2.810,20	2.731,33	3.086,57	3.432,97	3.496,01

* Para os exercícios de 2013 a 2016, o valor indicado na tabela corresponde ao montante de despesa empenhada. Para 2017, ao montante autorizado no orçamento em 6/11/2017. E, para 2018, à dotação prevista no PLOA 2018, após Mensagem nº 424, de 30/10/2017.

Fonte: Siga Brasil

Entre 2013 e 2017, foram alocados R\$ 12,57 bilhões, ou 97,0% do total, para custeio de despesas correntes do programa. Essas despesas, em sua quase integralidade, se relacionam com a formação de recursos humanos na área médica para prestarem atendimento na atenção básica do SUS.

No mesmo período, do total de R\$ 384,06 milhões alocados em investimentos, R\$ 379,85 milhões foram executados no âmbito do Ministério da Educação e tiveram por finalidade a reestruturação e expansão de instituições federais de ensino superior, bem como de hospitais universitários a elas vinculados.

Outro importante aspecto da execução orçamentária do Programa Mais Médicos diz respeito à forma de aplicação dos recursos, demonstrada na Tabela (10) a seguir:

Tabela 10 – Despesa com o PMM por modalidade de aplicação.

	(R\$ milhões)					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aplicações diretas pela União	430,04	1.076,22	1.234,22	1.313,53	1.687,49	1.794,82
Transferências ao exterior	464,36	1.728,67	1.496,20	1.772,02	1.740,68	1.701,19
Outras	3,78	5,30	0,90	1,01	4,80	-
Total Geral	898,18	2.810,20	2.731,33	3.086,57	3.432,97	3.496,01

* Para os exercícios de 2013 a 2016, o valor indicado na tabela corresponde ao montante de despesa empenhada. Para 2017, ao montante autorizado no orçamento em 6/11/2017. E, para 2018, à dotação prevista no PLOA 2018, após Mensagem nº 424, de 30/10/2017.
Fonte: Siga Brasil

Conforme se denota, parte significativa dos recursos alocados ao Programa Mais Médicos foi transferida ao exterior. Entre 2013 e 2017, esse montante alcança R\$ 7,20 bilhões, que corresponde a 55,6% das despesas do programa no período. Tais transferências decorrem do 80º Termo de Cooperação Técnica celebrado entre a União, por intermédio do Ministério da Saúde, e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), com vistas ao provimento emergencial de médicos cubanos para suprir a carência nacional no atendimento da atenção básica em saúde.

Para 2018, estão previstos repasses para a OPAS no valor de R\$ 1,70 bilhão, que representa 48,7% da dotação total do programa para o exercício. Vale notar que, em termos proporcionais, a parcela de recursos transferida ao exterior tem sido reduzida ao longo da vigência do programa. No ano de 2014, essa parcela correspondia a 61,5% das despesas do Mais Médicos.

8.2 Gastos do Programa

Os gastos com o pagamento de bolsas atingiram aproximadamente R\$ 59 milhões até o final de 2014 para supervisores e R\$ 5 milhões para tutores. Considerando o prazo inicial sem prorrogação, deverão ser dispendidos até o final do projeto cerca de R\$ 198 milhões em bolsas-supervisão e R\$ 19 milhões em bolsas-tutoria.

Outro desembolso no âmbito do PMMB se refere à oferta do curso de especialização para os médicos participantes. De acordo com o Ministério da Saúde, foram celebrados convênios com dez instituições de

ensino no valor total de R\$ 101.800.000,00 prevendo a abertura de 23.400 vagas (entre R\$ 3 mil e R\$ 5 mil por matrícula).

O 3º e o 4º Termos de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação Técnica celebrados pela OPAS e pelo Ministério da Saúde, que permitiram o ingresso de médicos cubanos no projeto, preveem a transferência de R\$ 510.957.307,00 (quinhentos e dez milhões, novecentos e cinquenta e sete mil, trezentos e sete reais) em 2013 (3º Termo de Ajuste) e R\$ 973.946.600,00 (novecentos e setenta e três milhões, novecentos e quarenta e seis mil e seiscentos reais) em 2014 (4º Termo de Ajuste).

Um aspecto negativo identificado pela Corte de Contas federal foi a diminuição do valor do incentivo financeiro destinado ao custeio das equipes de Saúde da Família (ESF), que contam com profissionais médicos integrantes de programas nacionais de provimento e fixação em áreas de difícil acesso ou de atendimento a populações de maior vulnerabilidade econômica ou social.

A Portaria GM/MS nº 978, de 16 de maio de 2012, previa um incentivo financeiro mensal aos municípios no valor de R\$ 10.695, para cada ESF implantada na modalidade 1 e de R\$ 7.130,00 para cada ESF na modalidade 2. A Portaria GM/MS nº 1.834, de 2013, definiu que, nos casos em que a equipe conta com profissional médico do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) ou do PMMB, o incentivo financeiro mensal destinado ao custeio é de apenas R\$ 4.000,00.

Outrossim, dependendo do tipo de equipe que recebeu médico do Projeto (modalidade 1 ou 2), houve uma redução de R\$ 6.695,00 no valor mensal recebido pelos municípios para cada ESF modalidade 1 ou de R\$ 3.130,00 para cada ESF modalidade 2.

Destarte, foi observada uma compensação parcial dos recursos despendidos pela União no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil com a diminuição dos valores transferidos do Piso de Atenção Básica Variável aos municípios que receberam profissionais do Projeto.

Dados atualizados sobre as despesas do Projeto foram explicitados durante audiência pública realizada pela CAS, em outubro de 2017 (Tabela 11).

Tabela 11 – Principais despesas realizadas pelo PMM.

DESPESA	Total (R\$ em milhões)
Acolhimento	395,79
Passagens (deslocamento)	278,61
Especialização/2º ciclo formativo	136,64
Resto a pagar referente a patronal (sub judice)	64,17
Auxílio moradia e alimentação (DSEI)	23,30
Ajuda de custo	373,27
Bolsa formação	8.795,69
Custos operacionais TC 80	53,26
Residência Geral da Família e Comunidade	117,14
Outros (consultores, oficinas, seguro)	203,16
Total	10.741,00

Fonte: SGTES/MS, audiência pública da CAS, out 2017.

Segundo Antônio Ferreira Lima Filho, Diretor de Programa da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Coordenador-Geral de Planejamento e Orçamento, do Ministério da Saúde, o custo da bolsa do médico participante do PMMB para o MS, em 2014, foi de R\$ 12.579,51 e, em 2017, esse valor passou para R\$ 13.824,00.

Acerca dos valores da bolsa paga aos profissionais e dos custos que elas acarretam para o MS, ele apresentou os seguintes dados, apresentados nas Tabelas 12 e 13.

Tabelas 12 – Reajuste anual da bolsa dos profissionais do PMMB e do teto de contribuição do INSS (alíquota 11%). Brasil, 2014-2017.

Ano	Reajuste do teto de contribuição	Teto de contribuição	Alíquota 11% (sobre o teto)	Portaria*
jan/17	6,58%	5.531,31	608,44	Nº 8, 13/01/17
jan/16	11,28	5.189,82	570,88	Nº 1, 08/01/16
jan/15	6,23	4.663,75	513,01	Nº 13, 09/01/15
jan/14	5,56	4.390,24	482,93	Nº 19, 10/01/14

*Portaria Interministerial MPS/MF.

Fonte: SGTES/MS, audiência pública da CAS, out 2017.

Tabela 13 – Valor da bolsa PMMB. Brasil, 2014-2017.

PMMB	2014	2015	2016	2017
Valor líquido	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.911,56
INSS 11%*	482,93	513,01	570,88	608,44
BOLSA + INSS	10.482,93	10.513,01	10.570,88	11.520,00
Patronal (20%)	2.096,59	2.102,60	2.114,18	2.304,00
Custo para o MS	12.579,51	12.615,61	12.685,06	13.824,00
Portaria MEC/MS	Nº 339, 07/03/14	Nº 46, 16/01/15	Nº 1.708, 23/09/16	Nº 1.708, 23/09/16

*Sobre o teto.

Fonte: SGTES/MS, audiência pública da CAS, out 2017.

9 Considerações finais

Com base em materiais que foram disponibilizados a essa Relatora, nos estudos técnicos e ou publicações listadas nas Referências, nas Audiências Públicas realizadas no âmbito dessa comissão. Podemos afirmar que:

- O PMM, em menos de três anos de implantação, alcançou, no eixo provimento, um conjunto de resultados relacionados aos objetivos do programa em itens como: atender a demanda de médicos feita em 2013 e nos anos posteriores, atender a demanda dos gestores municipais para expandir as Equipes da Saúde da Família e completar as existentes;
- Alocou médicos nas áreas com maior necessidade com equidade na distribuição;
- Ampliou a cobertura da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família num volume e velocidade significativamente superior aos anos anteriores;
- Ampliou o acesso da população às ações de Atenção Básica;
- Elevou o número de consultas e diversificou o escopo de procedimentos de Atenção Básica;
- Aumentou o ritmo de redução das internações sensíveis à Atenção Básica;
- Foi muito bem avaliado por usuários, médicos e gestores;
- Constituiu-se como uma alternativa importante de atuação para os médicos brasileiros.

A implementação do PMMB é recente e seus efeitos ou impactos somente poderão ser melhor avaliados em médio e longo prazos. Não obstante a isso e com base em dados de auditorias do TCU, estudos

científicos e pesquisas realizadas por instituições de reconhecimento nacional, podemos concluir que:

- Houve redução importante do número de municípios com escassez de médicos, principalmente no Norte e Nordeste;
- O programa foi implantado predominantemente nos municípios com maior vulnerabilidade social;
- Houve impactos positivos em indicadores de produção e indicadores de internações sensíveis à atenção primária.
- Mais de 75% dos médicos foram destinados a municípios com indicadores gerais de alta vulnerabilidade social, conforme os perfis prioritários definidos pelo governo.
- Não houve troca de profissionais brasileiros pelos estrangeiros, tendo em vista que os brasileiros inscritos sempre tiveram prioridade na contratação sobre os que vinham de outros países.

Em Audiência pública realizada nessa comissão, o Deputado Jorge Solla (Secretário Municipal de Vitória da Conquista de 1999 a 2002, Secretário de Saúde do Estado da Bahia de 2007 a 2014, e Secretário Nacional de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde de 2003 a 2005) afirmou que durante a atual gestão foram identificados seguintes retrocessos no ano de 2017:

- Diminuição do número de médicos e de municípios participantes do PMMB, deixando quase oito milhões de brasileiros sem assistência na atenção básica:

Mais Médicos chegou a ter 18.240 médicos, agora tem menos de 16 mil. Antes estava em 4.058 municípios, hoje, aproximadamente 200 desses municípios ficaram sem nenhum médico do Programa. Estima-se que 7,7 milhões de brasileiros que tinham um médico atendendo num posto de

saúde perto de suas casas não podem mais contar com ele.

- O Cadastro Nacional de Especialistas encontra-se atualmente fora do ar, dificultando, assim, o acesso às informações.
- Em 2017, Portaria da Secretaria de Orçamento Federal transformou a despesa do Mais Médicos, alocada no Ministério da Saúde, de obrigatória para discricionária. Com isso, o Programa passou a sofrer risco de contingenciamento. Em 2018, foi elaborada emenda à LDO para que a referida despesa voltasse a ser não contingenciável. Contudo, a emenda foi vetada pelo Poder Executivo, tendo sido o veto mantido pelo Congresso Nacional. Portanto, para 2018, a despesa associada ao Mais Médicos corre grave risco de ser contingenciada, com impactos sobre o acesso à saúde da população e para os municípios.
- A falta de sustentabilidade do PMMB, tendo em vista o contexto de subfinanciamento crônico do SUS agravado após a aprovação da EC 95, que tornou instável o acréscimo de recursos da Saúde para os próximos 20 anos.

Conclusão

Com base na decisão do STF, em novembro passado, podemos concluir que o PMMB é constitucional, portanto sem risco de ser extinto por decisão judicial. Transcrevo parte do voto do Ministro Alexandre de Moraes: **“Pode não ter sido o melhor modelo, mas foi uma opção legítima da Presidência da República para a maior preocupação da sociedade, do povo brasileiro, que é a saúde”**.

Apesar do pouco tempo de implantação já é possível observar resultados positivos e alvissareiros oriundos da implantação do PMM conforme diagnosticados no corpo dessa avaliação.

Pesquisas de satisfação mostram como o programa tem sido seguidamente bem avaliado por aqueles que estão intimamente ligados ao mesmo, sejam usuários, sejam os profissionais. Uma das pesquisas feitas pela UFMG e relatadas em Audiência nessa Comissão, apontou que:

- 85% avaliou que houve melhora na qualidade do atendimento
- 87% dos entrevistados avaliaram os médicos do programa como mais atenciosos
- 82% avalia que melhorou a resolução de seus problemas na consulta
- 55% deram nota máxima ao programa (10). E a média da nota conferida ao programa foi 9, numa escala de 0 a 10.

Segundo relato dos gestores municipais de saúde, o PMM solucionou uma questão emergencial acerca o provimento emergencial, inclusive com a União financiando esses profissionais.

Recomendamos ao Governo Federal que dê continuidade ao eixo de formação. Não promova a chamada “moratória” anunciada recentemente e que prejudicaria a criação de novos cursos e por consequência o aumento do número futuro de profissionais da área médica

É preciso mudar a visão de boa parte dos médicos brasileiros que ainda escolhem e atuam num número de municípios bem menor em relação aos locais onde os brasileiros formados no exterior e, em especial, os estrangeiros, se propõem a atuar. Tal postura prejudica essencialmente

Distritos Sanitários Indígenas, Quilombolas ou em Regiões mais afastadas dos grandes centros urbanos. Como vimos, a maioria dos DSEI é composta basicamente por Médicos intercambistas. Tal situação exige que o Governos Brasileiro mantenha convênio com Organismos Internacionais por mais tempo para garantir o principio de universalização da AB.

Por outro lado, precisamos envidar esforços para garantir que não haja diminuição no número de oferta de vagas aos alunos do curso de medicina conforme anunciado pelo Governo Federal de novembro desse ano. Precisamos ampliar a quantidade de médicos no Brasil e ao mesmo tempo melhorar a qualidade e a formação dos mesmos.

Além de agregar medidas emergenciais de provisão de médicos o PMM busca modificar, em médio e longo prazos, a estrutura de formação desses profissionais no Brasil, de forma a reforçar e estimular a atuação dos mesmo na atenção básica tornando-a mais resolutiva possível. O PMMB está orientado à universalização da residência médica, com ênfase na formação generalista em medicina de família e comunidade e na ampliação de vagas e mudanças nas diretrizes curriculares dos cursos de medicina.

Necessitamos também prosseguir na discussão sobre uma Carreira, Carreira Única e Carreira de Estado para os profissionais. Essa discussão permitirá avançar em alguns pleitos defendidos por seus integrantes. Defendemos que sejam feitas audiências publicas, seminários, com diferentes atores e gestores envolvidos na contratação de médicos. Para aprofundar este debate é interessante buscar experiências exitosas sobre o tema nos Estados e municípios que já adotaram uma carreira de Estado para os profissionais médicos, como o caso da Fundação Estatal da Bahia.

Faz-se necessário a criação de uma comitiva de senadores e senadoras para atuarem junto ao Ministério da Educação, Ministério Saúde

para que se garanta a continuidade do PMM bem como, seu aprimoramento naquilo que se fizer necessário. Essa relatoria acatou a sugestão da Presidenta da CAS Senadora Marta Suplicy por ocasião da primeira Audiência Pública.

Por fim, sugere-se que as atividades de avaliação de políticas públicas conduzidas pelo Senado Federal sejam realizadas de forma mais integrada com o trabalho de fiscalização do Tribunal de Contas da União.

Senadora LÍDICE DA MATA
Relatora