

Resumo

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, 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: antecedentes do Programa Mais Médicos; financiamento e gastos do Programa; distribuição dos médicos no âmbito do Programa; cooperação entre Brasil e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); ações de monitoramento e avaliação; impacto na

atenção básica em saúde e na rede assistencial; aspectos e impactos educacionais do Programa; percepção dos usuários e profissionais; e 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.

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).

As informações a respeito da distribuição de médicos no País foram extraídas dos seguintes estudos ou relatórios: Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015; Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 P R; Índice de Escassez de Médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária; *Demografia Médica no Brasil*; O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica.; Mais Médicos: um Programa brasileiro em perspectiva internacional.; Rede Observatório Programa Mais Médicos. Relatório da Pesquisa de Dados Secundários do Programa Mais Médicos até 2014 dentre outros.

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.

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.

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).

De acordo com o Deputado Jorge Solla e Felipe Proença 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: o contexto da medicina brasileira, caracterizado por pleno emprego, com postos de trabalho não preenchidos, boa remuneração e proteção social; a conjuntura de regulação incipiente do Estado brasileiro; 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; 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;

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: provisão emergencial de médicos em regiões prioritárias para o SUS; 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 ações voltadas para a melhoria da estrutura física das unidades básicas de saúde (UBS): construção, reforma e ampliação.

O estudo de Sheffer¹ 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%.

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.

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.

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. 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.

¹ 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>.

Pesquisas indicam 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.

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

Para a consecução desses objetivos, foram propostas três ações: 1 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; 2 estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica; 3 promoção do

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

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 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 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.

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.

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. Após a chegada ao município, o médico passa a executar suas atividades na UBS onde estiver lotado.

São concedidas bolsas nas seguintes modalidades e valores: bolsa-formação aos médicos participantes no valor mensal de R\$ 11.520,00 (onze mil, quinhentos e vinte reais); bolsa-supervisão aos médicos supervisores no valor mensal de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais); bolsa-tutoria aos tutores acadêmicos no valor mensal de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

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.

1.1 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 ao prever a atuação direta de profissionais junto à população, exorbita o disposto em tratados internacionais que supostamente lhe proveem sustentação jurídica.

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.

2 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.

2.1 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 2014.²

2.1.1 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. 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).

2.1.2 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*

² 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.

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. 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 podem 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.

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

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.

2.1.4 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.

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.

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 al (2017 op cit)³ 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

³ 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).

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.

2.1.5 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 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.

O art. 9º dessa norma dispõe que o 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.

2.2 Acompanhamento (Processo 027.492/2013-3)⁴

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

2.3 Representação (Processo 003.771/2014-8)⁵

⁴ 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.

⁵ 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. No âmbito deste processo, ainda não houve acórdão exarado

3 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.

Um dos eixos de ação do PMM foi 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.

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: 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); 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; o município estar situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS), órgão integrante da Estrutura do Ministério da Saúde; o município estar em área referente aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza.

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. 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 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.

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%.

De acordo com Pinto et all , “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.

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.

O estudo de Oliveira e colaboradores⁶ (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 de 6.565

⁶ 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.

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

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.

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”.

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 3).

5.2.3 Dados atuais

Segundo dados fornecidos pela M S 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.

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

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.

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); carência socioeconômica (proporção de domicílios em situação de pobreza; altas necessidades de saúde (taxa de mortalidade infantil); e 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 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.

Um problema diz respeito ao número de médicos solicitado pelos municípios participantes e o que foi atendido. Estudo de Pereira *et al.* (2016)⁷ 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.*

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.

⁷ 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.

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).

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 ROPMM⁸ 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 estabilização de consultas programadas a grupos específicos; e o aumento do número de consultas no Brasil, em especial, nos municípios participantes do programa.

Com relação ao número total de consultas na ESF, pesquisas apresentadas nesse relatório 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)⁹ citado no em documento de Avaliação de 2 anos do PMM do Ministério da Saúde¹⁰ e que entrevistou usuários, gestores e médicos participantes do programa. Foram visitados 699 municípios. As amostras para entrevistas somaram 14.179 usuários,

⁸ 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>.

⁹ Pesquisa avaliação de política pública para saúde no Brasil: Programa Mais Médicos. UFMG e IPESPE. 2015. Mimeo.

¹⁰ 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

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.

6.1 Produtividade assistencial na atenção básica

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.

6.2 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.

No âmbito do PMMB, um indicador foi utilizado por Gonçalves e colaboradores (2016)¹¹ para aferir a efetividade do incremento de médicos propiciado pelo Projeto na Região Nordeste, no período de setembro de 2012 a

¹¹ 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.

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.

7 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.

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 ano¹².

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

¹² 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.

tratamento e 87% afirmaram ter compreendido as orientações que deveriam seguir.

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 ao PROVAB e seus benefícios 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. 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.

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% consideraram 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.

Estudo de Comes e colaboradores¹³, 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.

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 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

¹³ 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.

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 reveses 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.

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.

Em matéria veiculada 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

documentos que mostrem a assinatura do Decreto por parte da Presidência da República.

8 Financiamento e Despesas do Programa

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.¹⁴

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 âmbito do Ministério da Saúde no ano de 2016 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

¹⁴ 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.

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.

Conforme dados 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%¹⁵.

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

¹⁵ 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.

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 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).

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.

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, a demanda dos gestores municipais para expandir eSF 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 AB;

- Elevou o número de consultas e diversificou o escopo de procedimentos de AB;

- Aumentou o ritmo de redução das internações sensíveis à AB;

- Foi muito bem avaliado por usuários, médicos e gestores;

- Constituiu-se como uma alternativa importante de atuação para os médicos brasileiros.

Provisão emergencial de médicos – PMMB

A implementação do PMMB é recente e seus efetivos ou impactos somente poderão ser melhor avaliados em médio e longo prazos. Não obstante, dados de auditorias do TCU e de algumas pesquisas esparsas aqui apresentadas demonstram:

- redução importante do número de municípios com escassez de médicos, principalmente no Norte e Nordeste;
- implantação predominante nos municípios com maior vulnerabilidade social;
- impacto positivo em indicadores de produção e no indicador 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.

Os seguintes retrocessos identificados no ano de 2017, durante a atual gestão foram ressaltados pelo 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) na audiência realizada pela CAS:

- 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 (*lobby* das entidades médicas), 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

Podemos concluir, com base na decisão do STF, em novembro passado, 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 nos coros 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. Pesquisa do IPES/UFMG e relatadas em Audiência nessa Comissão, apontaram 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

A despeito das críticas apontadas, considerando os resultados positivos observados, principalmente no tocante à redução das desigualdades entre os municípios, há que buscar superar os problemas identificados, especialmente os relacionados à sustentabilidade financeira e técnica do Programa, de forma a que se consiga uma resposta efetiva e duradoura para o problema da escassez e da má distribuição de médicos.

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 em 17 de novembro desse ano.

Precisamos ampliar a quantidade de médicos no Brasil e ao mesmo tempo melhorar a qualidade e a formação dos mesmos com vistas a oferecer universalização do atendimento.

Além de agregar medidas emergenciais de provisão de médicos para possibilitar o acesso a populações até então desassistidas, 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 destes profissionais para a atenção básica, tornando-a 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.

Seguindo orientação de nossa Presidenta Marta Suplicy em nossa primeira Audiência Publica, faz-se necessário a criação de uma comitiva de senadores e senadoras para atuarem junto ao Ministério da Educação, Ministério Saúde com vistas a garantia de continuidade do programa bem como, seu aprimoramento naquilo que se fizer necessário.

Importante ressaltar, também, a necessidade da discussão pelos diversos atores e gestores envolvidos na contratação de médicos sobre uma Carreira para estes profissionais. Essa discussão permitirá avançar em alguns pleitos oriundos das categorias, como a carreira única. 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.

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,