

Aviso nº 795 - GP/TCU

Brasília, 18 de agosto de 2025.

Senhor Presidente,

Encaminho a Vossa Excelência, para conhecimento, cópia do Acórdão nº 1764/2025 proferido pelo Plenário desta Corte de Contas, na Sessão de 6/8/2025, ao apreciar o processo TC-026.109/2024-7, da relatoria do Ministro Jhonatan de Jesus.

O mencionado processo trata de auditoria operacional que teve por objetivo avaliar a maturidade do Programa Mais Médicos, com ênfase no Projeto Mais Médicos para o Brasil após a reformulação introduzida pela Lei 14.621/2023, para subsidiar o Relatório de Fiscalizações em Políticas e Programas de Governo (RePP-2025).

Por oportuno, informo que o inteiro teor da deliberação ora encaminhada pode ser acessado no endereço eletrônico [www.tcu.gov.br/acordaos](http://www.tcu.gov.br/acordaos).

Atenciosamente,

(Assinado eletronicamente)

Vital do Rêgo  
Presidente

A Sua Excelência o Senhor  
Senador EFRAIM FILHO  
Presidente da Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização  
Congresso Nacional  
Brasília - DF

GRUPO I – CLASSE V – Plenário

TC 026.109/2024-7

Natureza: Relatório de Auditoria.

Órgão/Entidade: Ministério da Saúde.

Representação legal: não há.

SUMÁRIO: AUDITORIA OPERACIONAL. AVALIAÇÃO DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL. FALHAS NO DIAGNÓSTICO PARA FORMULAÇÃO DA POLÍTICA. AUSÊNCIA DE ANÁLISE DE OPÇÕES. INSUFICIÊNCIA NA ESPECIFICAÇÃO DE METAS E INDICADORES DE CUSTO-EFETIVIDADE. AUSÊNCIA DE GESTÃO DE RISCOS. RECOMENDAÇÕES.

## RELATÓRIO

Transcrevo a seguir, o relatório produzido na Unidade de Auditoria Especializada em Saúde – AudSaúde (peça 77):

### **“1. Introdução**

#### **1.1 Identificação simplificada do objeto de auditoria**

1. O objeto de auditoria é o Programa Mais Médicos (PMM), com foco no Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB).

#### **1.2 Antecedentes da auditoria**

2. O art. 149 da Lei 14.791/2023 (LDO 2024) exige que o Tribunal de Contas da União envie à Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização (CMO), ‘no prazo de trinta dias após o encaminhamento do Projeto de Lei Orçamentária de 2024, quadro-resumo relativo à qualidade da implementação e ao alcance de metas e dos objetivos dos programas e das ações governamentais objeto de auditorias operacionais realizadas para subsidiar a discussão do Projeto de Lei Orçamentária de 2024’.

3. Para atender a essa demanda que já data alguns anos, desde 2017, o TCU encaminha ao Congresso Nacional o produto denominado ‘Relatório de Fiscalizações em Políticas e Programas de Governo - RePP’.

4. O RePP consiste basicamente em um conjunto de fichas-síntese, complementado por análises consolidadas dos principais achados das auditorias operacionais.

5. Em 2020, o TCU lançou o Referencial de Controle de Políticas Públicas (RC-PP), cuja elaboração foi motivada por essa necessidade de maior robustez e uniformidade nas fiscalizações de políticas públicas, especialmente no que se refere ao produto requerido do TCU pela LDO.

6. Para elaboração do RePP, as equipes de auditoria analisam a consistência das informações e evidências apresentadas pelos gestores e complementam com elementos necessários para concluir sobre a qualidade da formulação e implementação da política auditada e sobre o alcance de suas metas e objetivos.

7. Esta nova edição do RePP será entregue ao Congresso Nacional até 30 de setembro de 2025, a fim de subsidiar a discussão do projeto de lei orçamentária para o exercício de 2026.

8. Dentro da função Saúde, o Programa Mais Médicos foi selecionado para compor o RePP.

#### **1.3 Objetivo e escopo da auditoria**

9. Avaliar a maturidade do Programa Mais Médicos, verificando a qualidade do processo de formulação, implementação e avaliação do referido programa, de forma a contribuir para a melhoria de seu desempenho e resultados.

10. O Programa Mais Médicos tem três eixos de atuação: Projeto Mais Médicos para o Brasil; formação médica e infraestrutura da Atenção Primária à Saúde (APS). O escopo desta fiscalização foi

direcionado ao PMMB, destinado ao provimento de médicos em locais de difícil fixação desses profissionais, após o período de reformulação da política, promovida por meio da Medida Provisória 1.165/2023, convertida na Lei 14.621/2023.

11. Recentemente, a Medida Provisória 1.301/2025 instituiu, no âmbito do Programa Mais Médicos, o Projeto Mais Médicos Especialistas, destinado ao provimento de profissionais com vistas à redução no tempo de espera de atendimento ao usuário do SUS, nas regiões prioritárias estabelecidas pelo Ministério da Saúde no âmbito da atenção especializada à saúde. Tal projeto não fez parte do escopo desta fiscalização.

12. Para a condução da fiscalização, foram selecionadas as seguintes questões de auditoria do RC-PP:

Questão 1: Os problemas públicos tratados pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil estão identificados e evidenciados?

Questão 2: As prováveis causas e consequências desses problemas públicos estão identificadas e foram levantadas com base em evidências?

Questão 3: O Projeto Mais Médicos para o Brasil era a alternativa mais vantajosa para tratar o problema, frente a opções viáveis de intervenção?

Questão 4: O Projeto Mais Médicos para o Brasil tem uma teoria clara que expressa, de forma objetiva, como esta incide sobre as causas do problema, projetando seus resultados e impactos de longo prazo?

Questão 5: O Projeto Mais Médicos para o Brasil tem objetivos claros, logicamente coerentes, específicos, mensuráveis, apropriados (relevantes), realistas (alcançáveis) e delimitados em um recorte temporal?

Questão 6: O Projeto Mais Médicos para o Brasil tem indicadores de efetividade, eficácia e eficiência definidos?

Questão 7: O Projeto Mais Médicos para o Brasil tem uma linha de base estabelecida?

Questão 8: O Projeto Mais Médicos para o Brasil tem metas objetivas de entrega de produtos e de alcance de resultado?

Questão 9: O público-alvo que será alcançado pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil está bem delimitado e caracterizado?

Questão 10: As estruturas de coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil estão institucionalizadas?

Questão 11: As estruturas de gestão de riscos e controles internos do Projeto Mais Médicos para o Brasil estão institucionalizadas?

Questão 12: As estruturas de monitoramento e avaliação do Projeto Mais Médicos para o Brasil estão institucionalizadas?

Questão 13: Os recursos (financeiros, físicos, tecnológicos e humanos), necessários à implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, são gerenciados?

Questão 14: Os riscos e controles internos do Projeto Mais Médicos para o Brasil são gerenciados?

Questão 15: As fontes de financiamento do Projeto Mais Médicos para o Brasil estão adequadamente identificadas?

Questão 16: Os recursos (p. ex. humanos, materiais, orçamentários, financeiros) necessários para a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil têm sido disponibilizados e utilizados de forma satisfatória?

Questão 17: A eficiência (alocativa, operacional e econômica) do Projeto Mais Médicos para o Brasil é sistematicamente avaliada e apresenta desempenho satisfatório?

Questão 18: Os objetivos e resultados de curto prazo do Projeto Mais Médicos para o Brasil estão sendo alcançados?

Questão 19: Os resultados das avaliações de desempenho do Projeto Mais Médicos para o Brasil são reportados e utilizados?

Questão 20: Os objetivos e metas da ação governamental foram alcançados? (eficácia)

Questão 21: O Projeto Mais Médicos para o Brasil produziu os resultados esperados? (efetividade/impacto)

13. As questões descritas acima têm a pretensão de responder à questão fundamental da auditoria, ou seja, analisar se foram adotadas as melhores práticas na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas desde a concepção do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

#### 1.4 Critérios e suas fontes

14. Lei 12.527/2011 – Lei de Acesso à Informação.
15. Lei 12.871/2013, alterada pela Lei 14.621/2023 – instituiu o Programa Mais Médicos.
16. Lei 13.971/2019, que instituiu o PPA 2020-2023 (vigente à época das mudanças instituídas no PMM por meio da Lei 14.621/2023).
17. Decreto 9.191/2017 (vigente à época da formulação da MP 1.165/2023, que alterou a Lei do PMM – o decreto mencionado foi revogado pelo Decreto 12.002/2024) – estabelece normas para elaboração, redação, alteração e consolidação de atos normativos.
18. Decreto 9.203/2017 – dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.
19. Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU.
20. Referencial para avaliação de governança de políticas públicas do TCU.
21. Referencial Básico de Gestão de Riscos do TCU.
22. Acórdão 2.359/2018-TCU-Plenário.
23. Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise *ex-ante*.
24. Portaria Interministerial MS/MEC 1.369/2013 (revogada pela Portaria Interministerial MS/MEC 604/2023) – dispõe regras sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.
25. Portaria GM/MS 485/2023 - dispõe sobre a distribuição de vagas, as diretrizes e os critérios para seu dimensionamento e a metodologia de sua priorização em municípios no âmbito dos programas de provimento do Ministério da Saúde e dá outras providências.

#### 1.5 Métodos usados para coleta e análise de dados

26. O trabalho constituiu-se na avaliação da qualidade da formulação, da implementação e do alcance de metas e dos objetivos do Programa Mais Médicos, com ênfase no Projeto Mais Médicos para o Brasil.
27. Foi utilizado o método CSA (*Control Self-assessment* ou autoavaliação de controles), em que o questionário de autoavaliação foi respondido pelo gestor responsável e, por meio do qual, foram levantadas as informações a respeito dos aspectos de políticas públicas investigados na auditoria. Tais informações foram complementadas por solicitações feitas em dois ofícios de requisição e reuniões com gestores do MS. Foram utilizadas as técnicas de análise documental, de dados e de entrevistas.
28. A etapa de identificação e avaliação dos riscos relevantes do objeto não foi formalmente realizada durante o planejamento desta auditoria porque ela foi selecionada para compor o Relatório de Fiscalizações em Políticas e Programas de Governo 2025 (RePP 2025). Segundo as orientações para a realização desse trabalho, as questões de auditoria propostas já são pré-definidas com base no RC-PP, dispensando, portanto, a etapa de identificação e análise de riscos.
29. Os trabalhos foram realizados em conformidade com as Normas de Auditoria do Tribunal de Contas da União e com observância ao Manual de Auditoria Operacional, estabelecidos pelo TCU.
30. Houve o envio do relatório preliminar para comentários dos gestores, nos termos do parágrafo 145 das Normas de Auditoria do Tribunal de Contas da União.

31. Um fator que comprometeu o andamento do trabalho foi a troca de coordenador com a fiscalização em curso, devido à mudança de lotação da servidora que coordenou o planejamento da auditoria.

### 2. Visão Geral do Objeto

#### 2.1 Objetivos do objeto auditado

32. A Lei 12.871/2013, que instituiu o Programa Mais Médicos, prevê, em seu artigo 1º, com redação alterada por meio da Lei 14.621/2023, os seguintes objetivos:

I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;

II - fortalecer a prestação de serviços na atenção primária à saúde no País, de modo a promover o acesso de primeiro contato, a integralidade, a continuidade e a coordenação do cuidado, e qualificar a abordagem familiar e comunitária capaz de reconhecer as características culturais e tradicionais de cada território atendido e com elas interagir;

III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;

VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;

VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS;

VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS;

IX - garantir a integralidade com transversalidade do cuidado no âmbito dos ciclos de vida, por meio da integração entre educação e saúde, com vistas a qualificar a assistência especializada em todos os níveis de atenção do SUS; e

X - ampliar a oferta de especialização profissional nas áreas estratégicas para o SUS.

33. Observa-se, portanto, que o PMM tem diversos objetivos específicos que são voltados, em resumo, aos seguintes pontos: a) reduzir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS; b) aprimorar a formação médica, de modo a oferecer maior experiência prática no período de formação, com maior inserção nas unidades de atendimento do SUS e aperfeiçoamento para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; c) fortalecer a prestação de serviços na atenção primária à saúde no País.

34. Sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil, a Portaria Interministerial MS/MEC 604/2023, que dispõe sobre sua execução, elenca, no artigo 3º, seus objetivos específicos, que são os seguintes:

I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;

II - fortalecer a prestação de serviços na Atenção Primária à Saúde no País, de modo a promover o acesso de primeiro contato, a integralidade, a continuidade e a coordenação do cuidado, e qualificar a abordagem familiar e comunitária capaz de reconhecer e interagir com as características culturais e tradicionais de cada território atendido;

III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo o seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;

VI - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS;

VII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS;

VIII - garantir a integralidade com transversalidade do cuidado no âmbito dos ciclos de vida, por meio da integração entre educação e saúde, com vistas a qualificar a assistência especializada em todos os níveis de atenção do SUS;

IX - ampliar a oferta de especialização profissional nas áreas estratégicas para o SUS; e

X - construir e aprimorar habilidades e competências por meio da inserção dos médicos em formação nos cenários de prática profissional vinculados ao SUS.

35. Percebe-se, portanto, que o PMMB, assim como o PMM, também tem objetivos voltados à redução da carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS; ao aprimoramento da formação médica; e ao fortalecimento da prestação de serviços na atenção primária à saúde no País.

36. Trata-se, portanto, do principal projeto do PMM, visto que é por meio dele que os objetivos do programa devem ser implementados.

## 2.2 Histórico

37. Em 2013, o Brasil apresentava muitos vazios assistenciais, com localidades apresentando dificuldades de prover e fixar profissionais de saúde na atenção primária, em especial, os médicos, prejudicando, assim, o acesso aos serviços básicos de saúde por parcela da população (exposição de motivos da Medida Provisória 621/2013).

38. Para tratar esse problema, foi instituído o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS.

39. No momento da criação do PMM, o Brasil tinha uma proporção de médicos por habitante significativamente inferior às necessidades da população e do SUS (1,8 médico/1.000 habitantes), os quais estavam mal distribuídos no território nacional, de modo que áreas com populações mais pobres e vulneráveis contavam com menos médicos.

40. Além disso, formavam-se menos médicos no país do que se criavam demandas de empregos nos setores público e privado. No período de 2002 a 2012, o total de médicos formados no Brasil conseguiu suprir apenas 65% da demanda do mercado de trabalho.

41. Desde o início de sua implementação, o PMM instituiu o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), com a finalidade de promover o aperfeiçoamento de médicos na atenção primária à saúde, em regiões prioritárias para o SUS, por meio da integração de ensino e serviço, inclusive mediante intercâmbio internacional.

42. As regiões prioritárias para o SUS, conforme a Portaria GM/MS 485/2023 e o artigo 2º-A da Lei 12.871/2013, incluem áreas de difícil acesso, de difícil provimento de médicos ou com populações em situação de maior vulnerabilidade. São elas: a) Amazônia Legal; b) faixa de fronteira; c) Distritos Sanitários Especiais Indígenas; d) comunidades remanescentes de quilombos; e) comunidades ribeirinhas.

43. A distribuição das vagas nessas regiões deve respeitar o Índice de Vulnerabilidade Social - IVS feito pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, no sentido de que, quanto maior o índice, maior a vulnerabilidade e, portanto, mais prioritário para provimento por meio do programa (Art. 5º da Portaria GM/MS 485/2023).

44. Destaca-se que o PMMB foi instituído tanto para médicos formados em instituições de ensino superior brasileiras ou com diploma revalidado no Brasil quanto para médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras, por meio de intercâmbio médico internacional (artigo 13 da Lei 12.871/2013).

45. Os médicos que participam do projeto passam por um processo de aperfeiçoamento, que, antes da reformulação do programa promovida em 2023, durava três anos, prorrogáveis por mais três. A partir das mudanças instituídas pela Lei 14.621/2023, esse prazo passou a ser de até quatro anos, prorrogáveis por igual prazo (artigo 14, § 1º, da Lei 12.871/2013).

46. Cabe salientar que o médico participante do projeto deverá ter supervisão contínua e permanente e orientação acadêmica, ao longo de todo o período em que estiver no projeto, pelo profissional médico supervisor e pelo tutor acadêmico, respectivamente (artigo 15, caput, da Lei 12.871/2013).

47. Com o objetivo de estimular o provimento de médicos em locais mais vulneráveis e de difícil fixação, a reformulação instituída em 2023, no programa, estabeleceu uma indenização a ser paga ao médico que atuar, de forma ininterrupta, por 48 meses, em área de difícil fixação, em valor proporcional ao nível de vulnerabilidade do local de provimento (artigo 19-A, e § 6º, da Lei 12.871/2013, com redação alterada pela Lei 14.621/2023).

48. Cumpre destacar que, em 2019, foi instituído outro programa de provimento de médicos, com a finalidade de incrementar a prestação de serviços em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade, bem como de fomentar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade, no âmbito do SUS (artigo 1º da Lei 13.958/2019). Assim, a partir da publicação dessa lei, o Programa Mais Médicos passou a coexistir com o Programa Médicos pelo Brasil.

49. Em 2023, por sua vez, houve atualização do Programa Mais Médicos e instituição da Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde, por meio da publicação da Lei 14.621/2023. A partir dessa norma, os dois programas foram unificados como Programas de Provimento do Governo Federal, não obstante terem gestão e regras de participação diferentes.

### 2.3 Responsáveis

50. A unidade do MS responsável pelo PMMB é a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), por meio do Departamento de Apoio à Gestão da APS (DGAPS).

51. Dentro do DGAPS, a responsabilidade é dividida entre a Coordenação-Geral de Planejamento, Avaliação e Dimensionamento de Profissionais para a APS (CGPLAD) e a Coordenação-Geral de Provimento de Pessoal (CGPP).

52. Na reunião realizada com os gestores do MS, em 6/5/2025, foi dito que a coordenação do PMM está em processo de transferência da SAPS para a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).

### 2.4 Principais produtos

53. O principal produto do PMMB é o provimento de médicos em locais de difícil fixação desses profissionais, com o objetivo de suprir vazios assistenciais e aumentar a cobertura da APS.

### 2.5 Beneficiários

54. As principais beneficiárias são as populações residentes nessas localidades de difícil provimento.

### 2.6 Aspectos orçamentários

55. A execução das atividades do Projeto Mais Médicos era inicialmente custeada, conforme o art. 36 da Portaria Interministerial MS/MEC 1.369/2013 (alterada pela Portaria Interministerial 2.025/2013), por dotações orçamentárias consignadas ao Ministério da Saúde (Funcional Programática 10.128.2015.20YD.0001 – Educação e Formação em Saúde e 10.301.2015.20AD – Piso de Atenção Básica Variável – Saúde da Família); e ao Ministério da Educação (Funcional Programática 12.364.2032.1005.0001 – Apoio à Residência Saúde).

56. Contudo, a Portaria Interministerial MS/MEC 604/2023, que revogou a Portaria Interministerial MS/MEC 1.369/2013 e suas alterações, atual Portaria que trata da execução do Projeto Mais Médicos para o Brasil, dispõe que a execução das ações do PMMB será custeada por dotações orçamentárias consignadas ao Ministério da Saúde, devendo onerar a Funcional Programática 20.3690.10.301.5019.21BG.0001 – Formação e Provisão de Profissionais para a Atenção Primárias à Saúde; e ao Ministério da Educação, devendo onerar a Funcional Programática 20.26101.12.364.5013.00QC.0001 – Concessão de Bolsas de Programas de Desenvolvimento da Educação em Saúde.

57. Nesse contexto, foram empenhados, no Programa Mais Médicos, no período de 2018 a 2024, cerca de R\$ 20,2 bilhões de recursos federais, sendo R\$ 4,1 bilhões no ano de 2024. Isso pode ser notado ao somar os valores empenhados nas Ações ‘00QC - Concessão de Bolsas do Programa Mais Médicos / para Supervisão do Programa Mais Médicos’, ‘214U - Implementação do Programa Mais Médicos’ e ‘21BG - Formação e Provisão de Profissionais para a Atenção Primária à Saúde’. Cumpre salientar que a Ação ‘21BG - Formação e Provisão de Profissionais para a Atenção Primária à Saúde’ substituiu em 2020 a Ação ‘214U - Implementação do Programa Mais Médicos’. A Tabela 1 mostra as despesas empenhadas nas Ações 00QC, 21BG e 214U no período entre 2018 e 2024.

**Tabela 1 – Despesas empenhadas nas Ações 00QC, 21BG e 214U relacionadas ao Programa Mais Médicos, de 2018 a 2024**

Ano	Ação 00QC - Concessão de Bolsas do Programa Mais Médicos / para Supervisão do Programa Mais Médicos	Ação 21BG - Formação e Provisão de Profissionais para a Atenção Primária à Saúde	Ação 214U - Implementação do Programa Mais Médicos
2018	R\$ 121.143.774,00	R\$ -	R\$ 2.790.368.601,00
2019	R\$ 97.713.766,00	R\$ -	R\$ 2.788.106.601,00
2020	R\$ 83.625.718,00	R\$ 2.028.165.711,00	R\$ -
2021	R\$ 88.510.034,00	R\$ 2.924.293.516,00	R\$ -
2022	R\$ 83.352.321,00	R\$ 2.644.326.881,00	R\$ -
2023	R\$ 81.422.825,00	R\$ 2.336.524.517,00	R\$ -
2024	R\$ 128.570.838,00	R\$ 3.993.380.926,00	R\$ -

Fonte: Produzido pela equipe com base nos dados obtidos em [https://www1.siop.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao\\_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true&sheet=SH06](https://www1.siop.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true&sheet=SH06), acesso em 5/2/2025.

## 2.7 Metas e indicadores de desempenho

58. Com a criação do PMM, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2015 passou por revisão para incluir a meta de ‘alocar até 13 mil médicos brasileiros e estrangeiros em regiões prioritárias para o SUS, por meio do Programa Mais Médicos’.

59. Segundo informações registradas no Relatório Anual de Gestão de 2014, ante a meta da Programação Anual de Saúde 2014 de alocar 6.324 médicos, 7.786 foram médicos alocados em 2014, totalizando 14.462 de provimento de médicos por meio do PMM se somados com os alocados em 2013.

60. Consta, no Relatório Anual de Gestão de 2015, que foram alocados 3.778 médicos por meio do PMM, atingindo um total de 18.240 médicos em atividade pelo mencionado programa.

61. No Plano Nacional de Saúde 2016-2019, a meta referente ao PMMB foi ‘alcançar 20.335 médicos brasileiros e estrangeiros atuando em regiões prioritárias para o SUS, por meio do Programa Mais Médicos e do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica – PROVAB’.

62. Tal meta divergiu da constante do PPA 2016-2019, a meta 03Z5 – ‘Alcançar 18.000 médicos brasileiros e estrangeiros atuando em regiões prioritárias para o SUS, por meio do Programa Mais Médicos e do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica –PROVAB’

63. As metas físicas previstas na Programação Anual de Saúde (PAS) foram as seguintes:

Meta Física PAS 2016		Meta Física PAS 2017		Meta Física PAS 2018		Meta Física PAS 2019	
Prevista	Realizada	Prevista	Realizada	Prevista	Realizada	Prevista	Realizada
18.247	18.240	18.247	18.240	18.240	16.001	18.240	14.490

64. Pelos dados observados na tabela acima, fica evidente que não houve alcance da meta do PNS 2016-2019. Adicionalmente, a queda de alocação, a partir de 2018 se deu em razão do ‘encerramento unilateral do acordo entre o Governo da República de Cuba e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), ocorrido em 13/11/2018’.

65. Em 2019, houve publicação da Lei 13.958/2019, que instituiu o Programa Médicos pelo Brasil. Como não houve revogação da Lei 12.871/2013, a partir de 2019, passou a haver dois programas simultâneos de provimento de médicos em locais de difícil provimento: o Programa Mais Médicos e o Programa Médicos pelo Brasil.

66. Em razão disso, o Plano Nacional de Saúde 2020-2023 trouxe a seguinte meta: ‘alcançar ocupação superior a 85% das vagas oferecidas em programas de provimento médico federal (Projeto Mais Médicos para o Brasil + Programa Médicos pelo Brasil)’.

67. Tal meta era a mesma do PPA 2020-2023, no qual os programas de provimento médico estavam contemplados no objetivo 1182 – ‘Promover a ampliação e a resolutividade das ações e serviços da atenção primária de forma integrada e planejada’, por meio do resultado intermediário 0162 – ‘Vagas

oferecidas em programas de provimento médico federal efetivamente ocupadas (Projeto Mais Médicos + Programa Médicos pelo Brasil), cuja meta prevista era de 85% de taxa de ocupação das vagas oferecidas.

68. As metas físicas previstas e realizadas na Programação Anual de Saúde, dentro do período mencionado, podem ser resumidas no quadro a seguir:

Meta Física PAS 2020		Meta Física PAS 2021		Meta Física PAS 2022		Meta Física PAS 2023	
Prevista	Realizada	Prevista	Realizada	Prevista	Realizada	Prevista	Realizada
85%	90,8%	85%	85,3%	85%	74,2%	85%	83,5%

69. Desse modo, como foi registrado no Relatório Anual de Gestão de 2023, a meta do Plano Nacional de Saúde 2020-2023 foi 98,2% alcançada.

70. Para entender o motivo de não se ter alcançado a meta do PNS 2020-2023, o Relatório Anual de Gestão de 2023 traz explicações no sentido de que, no período avaliado houve aumento do número de vagas ofertadas, com consequente aumento do denominador, que passou de 18.240 para 30.485 vagas ofertadas, o que gerou impacto direto no alcance da meta de ocupação superior a 85% das vagas oferecidas em programas de provimento federal.

71. Quanto ao Plano Nacional de Saúde 2024-2027, a meta passou a ser ‘ocupar vagas nos programas de provimento médico da Atenção Primária à Saúde’, cuja meta prevista ao final do quadriênio é de 29.613 médicos.

72. Para 2024, a meta física referente aos programas de provimento médicos na APS foi de 23.553 vagas ocupadas e a meta realizada foi de 26.756, com alcance de 113,6% da meta.

73. Para 2025, essa meta é de 27.000 vagas ocupadas.

74. Em relação aos indicadores estratégicos para o monitoramento da política, a gestão federal do PMMB informou possuir 25 indicadores de eficácia, 3 indicadores de eficiência e 5 indicadores de efetividade. Cada indicador possui uma ficha técnica com informações como descrição, interpretação, método de cálculo, periodicidade de monitoramento e fonte de dados.

75. Os dados e indicadores de eficácia são sistematicamente atualizados, acompanhados e disponibilizados de forma pública mensalmente no Painel de Indicadores de Monitoramento do Mais Médicos, disponível na página online oficial do programa (<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/mais-medicos/painel>) e nos relatórios encaminhados a Casa Civil.

76. Já os indicadores de eficiência e efetividade possuem periodicidade de atualização maior que foram recentemente realizados, estando os relatórios e nota técnica, em fase de validação para publicação.

77. Os indicadores de eficácia relacionam-se a: a) adesão de municípios e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) aos programas de provimento; b) número de vagas ativas; c) ocupação de vagas; d) número de municípios e DSEI com profissionais ativos do programa; e e) situação dos médicos do provimento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

78. Os indicadores de eficiência são os seguintes:

- a) Taxa de rotatividade de médicos do PMM por região e índice de vulnerabilidade social municipal;
- b) Média de permanência em meses de médicos do PMMB; e
- c) Proporção de profissionais por categoria de índice de vulnerabilidade social.

79. Por fim, os indicadores de efetividade monitoram a cobertura populacional estimada dos Programas de Provimento Federal e o nível de satisfação de usuários da APS, médicos participantes e gestores do PMMB.

## 2.8 Sistemas de controle

80. São sistemas envolvidos no contexto do Programa Mais Médicos: o Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP), o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), o Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde e o Sistema de Monitoramento de Obras (Sismob).

81. O SGP é um sistema do Ministério da Saúde que permite a inscrição e adesão ao Programa Mais Médicos. Foi criado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde para consolidar em um único sistema o cadastro e a adesão aos programas de formação e provimento de profissionais de saúde. Ele é utilizado para: inscrição e adesão dos gestores municipais e profissionais médicos;

solicitação de ajuda de custo; formalização do desligamento dos médicos-participantes; e formalização do desinteresse na prorrogação automática do contrato.

82. O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) foi instituído pela Portaria GM/MS 1.412/2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab). O Sisab integra a estratégia do Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS) denominada e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), que propõe o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho (<https://sisab.saude.gov.br/index.xhtml>, acesso em 4/2/2025).

83. Ademais, o Sisab é um sistema informativo que visa melhorar a gestão e o acompanhamento da atenção básica à saúde no Brasil. Ele coleta, armazena e analisa dados sobre os atendimentos no nível primário de atenção, permitindo uma melhor organização e planejamento das ações de saúde. A relação entre o Sisab e o Programa Mais Médicos está na integração de dados. O Sisab fornece dados e informações essenciais para o monitoramento e a avaliação do impacto do Programa Mais Médicos, sendo possível acompanhar indicadores de saúde, como cobertura de atendimentos, perfil epidemiológico e os resultados obtidos nas comunidades atendidas. Isso auxilia na avaliação do atingimento dos objetivos do Programa Mais Médicos, além de identificar áreas que podem precisar de mais recursos ou ajustes.

84. O Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde é um sistema que registra e organiza informações sobre os estabelecimentos de saúde no Brasil. Ele fornece informações cruciais para o planejamento e a implementação do PMM. Com os dados do SCNES, é possível identificar quais regiões e estabelecimentos de saúde têm maior necessidade de médicos e melhorias na infraestrutura. Isso permite que o Programa Mais Médicos direcione seus esforços e recursos de maneira mais eficaz, alocando profissionais de saúde onde eles são mais necessários e promovendo reformas e melhorias nas unidades de saúde que precisam de atenção. Além disso, o SCNES é utilizado para cadastrar e monitorar os profissionais e as equipes participantes do Programa. Isso possibilita o acompanhamento e avaliação da situação do médico-participante, por meio da conferência do cadastramento correto e assim suas atividades podem ser acompanhadas, facilitando a gestão e a avaliação do programa.

85. O Sistema de Monitoramento de Obras é uma plataforma utilizada para acompanhar e gerenciar a execução de obras públicas, especialmente aquelas relacionadas à infraestrutura de saúde. Ele permite o monitoramento de projetos, desde a fase de planejamento até a conclusão, garantindo que as obras sejam realizadas dentro do prazo e do orçamento estabelecidos, além de assegurar a qualidade e a conformidade com as normas técnicas. A relação entre o Sismob e o Programa Mais Médicos está no fato de que o Sismob pode ser utilizado para monitorar e gerenciar as obras de infraestrutura necessárias para a implementação do Programa Mais Médicos. Isso inclui a construção e a reforma de unidades básicas de saúde que são essenciais para o funcionamento eficaz do programa.

### **3. Achados relativos à qualidade da formulação e implementação da política pública**

86. Este capítulo traz os achados de auditoria identificados a partir da comparação entre as ações informadas pelo Ministério da Saúde no processo de formulação, implementação e avaliação do Programa Mais Médicos para o Brasil em comparação com as boas práticas preconizadas no RC-PP.

87. Relata-se aqui as situações que mais destoaram do RC-PP. As análises completas para todas as questões de auditoria compõem o Apêndice deste relatório.

#### **3.1 Os problemas públicos tratados pelo PMM, bem como suas prováveis causas e consequências, estão identificados, mas nem todos eles foram confirmados com base em evidências**

88. Tal achado relaciona-se às seguintes questões de auditoria:

Questão 1: Os problemas públicos tratados pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil estão identificados e evidenciados?

Questão 2: As prováveis causas e consequências desses problemas públicos estão identificadas e foram levantadas com base em evidências?

89. O inciso I do art. 27 e o inciso I do artigo 32 do Decreto 9.191/2017, que estabelecia as normas e as diretrizes para elaboração, redação, alteração, consolidação e encaminhamento de propostas de atos normativos ao Presidente da República pelos Ministros de Estado, à época da formulação da MP 1.165/2023, traziam a seguinte redação:

Art. 27. A exposição de motivos deverá:

- I - justificar e fundamentar, de forma clara e objetiva, a edição do ato normativo, com:  
a) a síntese do problema cuja proposição do ato normativo visa a solucionar;  
(...)

Art. 32. O parecer de mérito conterá:

- I - a análise do problema que o ato normativo visa a solucionar;

90. Destaca-se que o decreto mencionado foi revogado pelo Decreto 12.002/2024, que não teve alterações relevantes em sua redação sobre o tema, como se pode verificar nos dispositivos abaixo:

Art. 52. A exposição de motivos:

- I - justificará e fundamentará, de forma clara e objetiva, a edição do ato normativo;  
(...)

Art. 58. O parecer de mérito conterá:

- I - a análise do problema que o ato normativo visa solucionar;

91. O artigo 4º, inciso VIII, do Decreto 9.203/2017, que dispõe sobre a Política de Governança da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional, prevê, no artigo 4º, inciso VIII, a diretriz da governança pública de manter o processo decisório orientado pelas evidências.

92. Com base nessas premissas, o Referencial de Controle de Políticas Públicas, no item ‘Controle aplicado ao diagnóstico do problema e à formação da agenda’, p. 33-34, faz a seguinte abordagem sobre a análise do problema:

Essa análise envolve a verificação da existência de um enunciado contendo a definição clara do problema.

Além disso, é necessário verificar se as possíveis causas e consequências para a ocorrência do problema foram levantadas, no momento de sua identificação e se existe consistência lógica e coerência entre o problema, as causas e os efeitos apresentados.

Pode-se, ainda, verificar se foi utilizado, pelos gestores, algum método específico para identificação das causas e efeitos, relacionados ao problema, como por exemplo, a árvore de problema (BRASIL, 2013).

93. Adicionalmente, é salientado que a população afetada pelo problema também precisa ser identificada e as evidências sobre sua existência precisam ser analisadas nos seguintes termos:

É importante ainda analisar as evidências para a existência do problema. Essas evidências podem ser verificadas por meio de indicadores, estudos e dados quantitativos. Deve haver uma preocupação não apenas com a existência de dados e indicadores que evidenciem o problema, mas também com a qualidade da fonte dos dados utilizada.

94. Considerando que, para a elaboração da política pública, faz-se necessário inicialmente desenvolver um adequado diagnóstico do problema, os itens de verificação para checar se ele foi feito adequadamente está prevista no item ‘Análise do diagnóstico do problema’ do documento Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise *ex-ante*, conforme abaixo:

Desenvolvido o diagnóstico do problema, com o cumprimento das etapas previstas no boxe 1, é importante que os órgãos finalísticos realizem a análise desse diagnóstico inicialmente elaborado em termos de proposição de políticas para o enfrentamento das causas do problema. [omissis]

No caso dos órgãos finalísticos e dentro da proposta apresentada neste guia, idealmente, outra equipe do ministério poderia realizar a análise do diagnóstico. O objetivo seria verificar se, de fato, as características do problema apresentadas e as suas causas são pertinentes, tendo em vista que a proposta de política em formulação deveria se direcionar a combater uma ou mais dessas causas, sem deixar de analisar a existência de outras políticas em execução, bem como as lições aprendidas daquelas já executadas para o mesmo problema.

### 3.1.1 Situação Encontrada

95. Foi verificado que existe clareza, tanto nas normas quanto na exposição de motivos e nas notas técnicas, acerca do problema que a política pública visa a tratar, que seria a **carência de médicos na APS, em especial, nas regiões prioritárias do SUS**. A Exposição de motivos justifica e fundamenta de forma clara e objetiva a edição da MP 1.165/2023 (convertida na Lei 14.621/2023, que alterou a Lei 12.871/2013), com a síntese do problema que o ato normativo em tela visa a solucionar.

96. Além disso, a Nota Técnica 4/2023-DGAP/SAPS/MS (peça 38), que foi elaborada para subsidiar a MP 1.165/2023, contém a análise do problema que o ato normativo proposto tinha o objetivo de solucionar. Por essa razão, entende-se que tal documento supre o papel do parecer de mérito que precisa ser produzido sobre a análise do problema que a norma pretende solucionar.

97. Adicionalmente, foram observadas variações regionais quanto à ocorrência do problema, matéria que foi tratada pelo Ministério da Saúde em um estudo de redimensionamento das vagas autorizadas e ativas do PMMB, com o objetivo de garantir maior equidade na distribuição dos médicos vinculados ao programa, por meio da priorização de áreas mais necessitadas, estudo esse explicado na Nota Técnica 56/2025 – CGPLAD/DGAPS/SAPS/MS (peça 62).

98. Quanto às evidências dos problemas tratados pela política pública, verificou-se que foram demonstradas apenas parcialmente, visto que os números apresentados pelo MS confirmaram, no período que antecedeu a MP 1.165/2023, que houve redução do número de provimentos por meio do PMM. No entanto, a redução dos provimentos não foi acompanhada pela diminuição na quantidade de médicos atuando na APS, inclusive nos municípios de alta e muito alta vulnerabilidade social, que seria o foco principal da política pública em questão.

99. Além disso, de acordo com a árvore de problema elaborada pela equipe de auditoria com base nos documentos encaminhados pelo MS (Figura 1), o problema central a ser enfrentado pelo PMM é a carência de médicos na APS, em especial, nas regiões prioritárias do SUS. A causa imediata para esse problema seria a dificuldade de provimento e de fixação de médicos na APS, em especial nas regiões mencionadas, condição que é potencializada pelas seguintes situações: a) escassez de profissionais de saúde em diversas regiões do país; b) formação incipiente na APS de profissionais de saúde na graduação; c) falta de especialistas na APS em todas as profissões de saúde; e d) redução de provimento de médicos por meio dos programas de provimento federais.

100. A análise das evidências produzidas na auditoria permitiu confirmar as causas potencializadoras da causa imediata do problema a ser enfrentado pela política pública em questão. Por outro lado, não restou demonstrada a dificuldade de provimento e de fixação de médicos na APS, em especial, nas áreas vulneráveis do SUS, que seria a causa direta para o problema público a ser tratado pela presente política. Assim, no decorrer da fiscalização, o Ministério da Saúde não logrou êxito em apresentar evidências de que, quando da edição da MP 1.165/2023 (convertida na Lei 14.621/2023, que alterou a Lei 12.871/2013), existia carência de médicos nas áreas definidas como prioritárias pelo programa.

101. Por essa razão, entende-se que, apesar de as possíveis causas do problema a ser tratado pelo PMM estarem devidamente identificadas, por meio dos documentos produzidos pelo MS, não houve confirmação, com base em evidências produzidas na auditoria, da causa imediata apontada na árvore de problema.

102. Quanto às consequências, elas foram devidamente identificadas, como foi possível esboçar na árvore de problemas. São elas: a) dificuldade de universalizar a cobertura da APS, em especial, em regiões prioritárias do SUS; b) aumento de internações por condições sensíveis à atenção primária e mortalidade por causas evitáveis; c) piora de indicadores de saúde da população (mortalidade neonatal, mortalidade infantil, mortalidade materna, internação por condições sensíveis à atenção primária).

103. Apesar disso, as evidências levantadas não sinalizaram dificuldade na ampliação do indicador de cobertura da APS. Ao contrário, no período que antecedeu as mudanças implementadas no PMM, os dados de cobertura foram crescentes.

104. Ademais, quanto à piora de alguns indicadores de saúde (mortalidade neonatal e infantil e internações por condições sensíveis à atenção primária), além de a mudança no comportamento de sua curva poder ser decorrente dos efeitos da pandemia por Covid-19, não há como estabelecer nexo de causalidade com eventual carência de médicos na APS, visto que o número desses profissionais cresceu no intervalo avaliado.

105. Nesse sentido, entende-se que as prováveis causas e consequências do problema público foram devidamente identificadas, mas nem todas elas foram confirmadas com base em evidências.

### 3.1.2 Critérios

106. Artigo 27, inciso I, e artigo 32, inciso I, do Decreto 9.191/2017 (vigente à época da formulação da MP 1.165/2023, que alterou a Lei do PMM – o decreto mencionado foi revogado pelo Decreto 12.002/2024).

107. Artigo 4º, inciso VIII, do Decreto 9.203/2017.

108. Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU, item ‘Controle aplicado ao diagnóstico do problema e à formação da agenda’, p. 33-34.

109. Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise *ex-ante*, item ‘Análise do diagnóstico do problema’.

### 3.1.3 Evidências e sua análise

110. A Exposição de motivos da MP 1.165/2023 e a Nota Técnica 4/2023-DGAP/SAPS/MS (peça 38), que foi elaborada para subsidiar a MP 1.165/2023, destacam a relevância da APS na organização da rede de atenção à saúde, ressaltando seu papel na resolutividade de 85% dos problemas de saúde da população, o que demonstra a importância da garantia da universalidade de acesso a esse nível de atenção à saúde do SUS.

111. A Nota Técnica 4/2023-DGAP/SAPS/MS destaca que, apesar do princípio da universalidade estabelecido na Lei 8.080/1990 e da diretriz aprovada, na 16ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2019, de que todas as famílias e todas as pessoas devem ter assegurado o direito a uma equipe de saúde da família (eSF), a estimativa do Ministério da Saúde era de que a Estratégia de Saúde da Família conseguia cobrir, em 2023, cerca de 69% da população.

112. Essa dificuldade decorria de uma série de gargalos, no âmbito dos recursos humanos em saúde, em particular, a) na formação incipiente na APS dos profissionais de saúde na graduação; b) na escassez de profissionais em diversas regiões do país; e c) na falta de especialistas na APS em todas as profissões da saúde.

113. Essas condições, em conjunto, dificultavam o provimento e a fixação de médicos na APS, em especial, em regiões prioritárias do SUS, a exemplo de áreas rurais e de periferia de grandes cidades, o que se buscou enfrentar, conforme explicado na Nota Técnica 4/2023-DGAP/SAPS/MS (peça 38, p. 2), por meio do Programa Mais Médicos, o qual teria se utilizado de diversas frentes, a saber: a) ampliação de vagas de graduação de medicina, com abertura de novos cursos em regiões de vazios assistenciais; b) investimentos para construir, ampliar e reformar Unidades Básicas de Saúde; e c) provimento imediato de médicos para a APS, que permitiu atuação tanto de médicos formados no Brasil, quanto de médicos com habilitação para exercício da medicina no exterior.

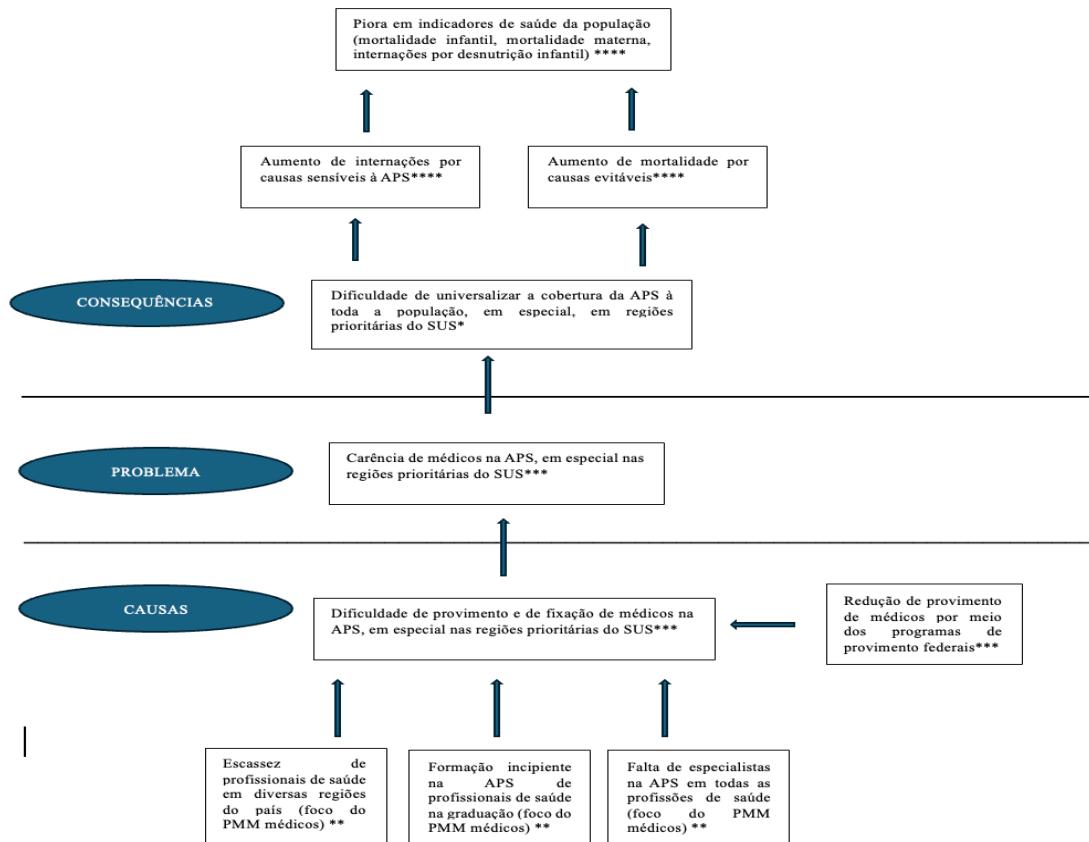
114. Segundo noticiado na mencionada Nota Técnica, o PMM teria trazido resultados em vários aspectos, a exemplo a) da redução de municípios com escassez de médicos, b) do aumento da cobertura da atenção básica em mais de mil municípios que participavam do PMM; e c) da redução da taxa de mortalidade neonatal e infantil.

115. Apesar disso, conforme relatado na Exposição de motivos da MP 1.165/2023, o programa começou a ser reduzido em 2017, com maior intensificação a partir de 2019, o que resultou no menor número de médicos em atuação no programa em 2023, quando totalizava 8.613 profissionais, número bem abaixo dos 18.240 que teve em seu auge. Essa situação seria agravada, segundo noticiado nesse mesmo documento, nos oito meses que sucederiam a publicação da MP em tela, pois haveria desligamento de aproximadamente dois mil médicos.

116. Todo esse quadro de piora da carência de médicos na APS, conforme argumentado nos dois documentos já citados, estava gerando retrocessos em indicadores de saúde da população, tais como internações por desnutrição infantil, mortalidade infantil e mortalidade materna.

117. Como o cenário descrito estava requerendo medidas urgentes para reforçar a atuação federal no provimento de médicos na APS e o PMM havia sido uma estratégia que teria se demonstrado exitosa nesse objetivo, em especial, nos vazios assistenciais, o MS decidiu pela reformulação e intensificação do mencionado programa, fazendo propostas de aperfeiçoamento, com vistas a reforçar seu caráter de formação, principalmente com o fortalecimento da Residência de Medicina de Família e Comunidade. Essa residência passou a contar com o incentivo financeiro destinado ao graduado em Medicina com financiamento do Fies. Nesse sentido, havia o incentivo correspondente ao respectivo saldo devedor do Fies, no momento do ingresso no Programa de Residência, desde que cumprisse, de forma ininterrupta, os 24 meses da formação do programa de Residência, com aprovação para obtenção e título de especialista (artigo 22-A, da Lei 12.871/2013, com redação dada por meio da Lei 14.621/2023).

118. Assim, a partir da Exposição de motivos da MP 1.165/2023 e a Nota Técnica 4/2023-DGAP/SAPS/MS, a equipe de auditoria elaborou a seguinte árvore de problemas:

**Figura 1 – Árvore de problemas do PMM**


\*fonte: publicação Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais Saúde para os brasileiros, p. 39, e Nota Técnica 4/2023-DGAP/SAPS/MS (peça 38, p. 1-2)  
 \*\*fonte: Nota Técnica 4/2023-DGAP/SAPS/MS (peça 38, p. 2)  
 \*\*\*fonte: Exposição de motivos da MP 1.165/2023, que foi convertida na Lei 14.621/2023, que alterou o PMM (parágrafos 2, 9, 12 e 13, p. 1-3)  
 \*\*\*\* fonte: Exposição de motivos da MP 1.165/2023, que foi convertida na Lei 14.621/2023, que alterou o PMM (parágrafo 3, p. 1)

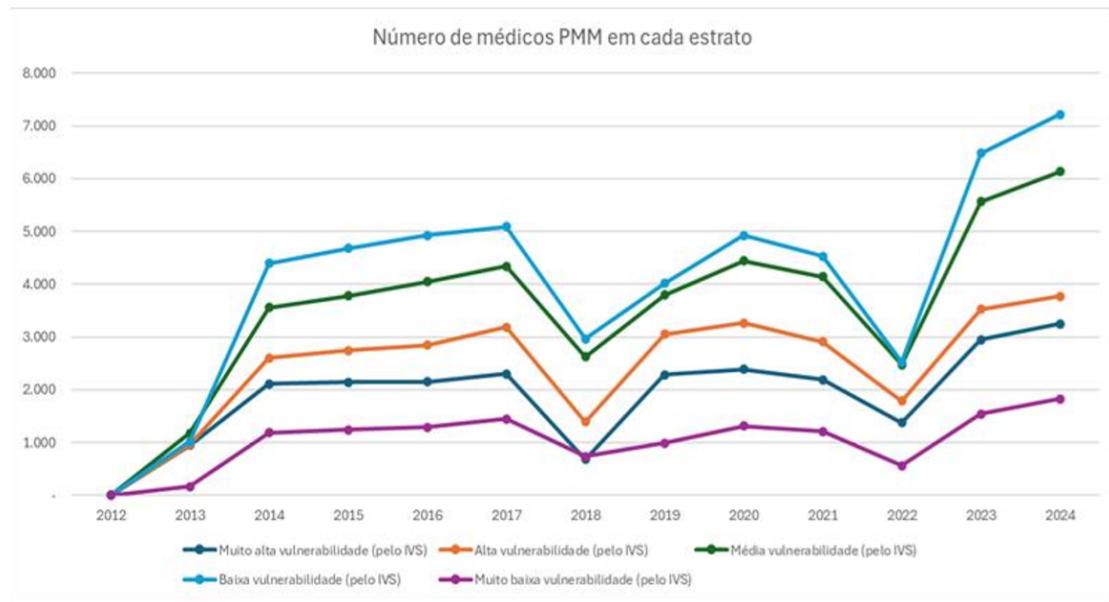
Fonte: produção própria

119. Desse modo, sem adentrar, ainda, nas evidências apresentadas para a caracterização de cada item da árvore de problemas, entende-se que a Exposição de motivos da MP 1.165/2023 e a Nota Técnica 4/2023-DGAP/SAPS/MS justificam e fundamentam, de forma clara e objetiva, a edição da MP 1.165/2023, com a síntese do problema que visava a solucionar, a saber: carência de médicos na APS, em especial, nas regiões prioritárias do SUS.

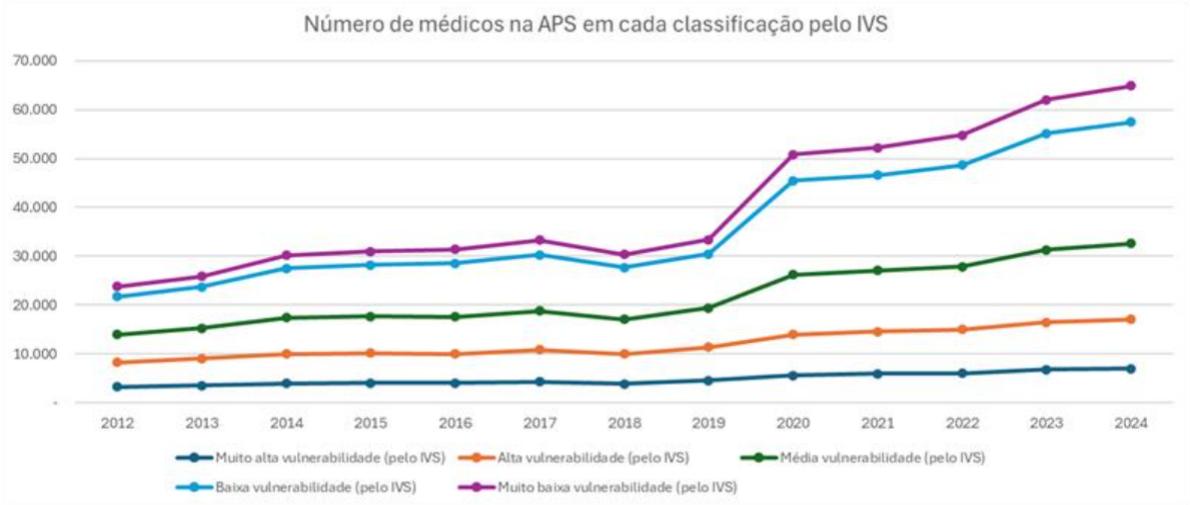
120. Adicionalmente, a Nota Técnica 4/2023-DGAP/SAPS/MS apresenta análise detalhada sobre o problema que a MP 1.165/2025 se propõe a solucionar, fundamentando a proposição dessa norma, motivo pelo qual se entende que ela supre a necessidade da produção de um parecer de mérito com essa mesma finalidade.

121. Quanto às evidências do problema tratados pela política pública, cabe fazer algumas considerações.  
 122. Foi solicitado ao MS que encaminhasse o número de médicos atuantes na APS nos municípios prioritários (listando os mencionados municípios), no período de janeiro de 2012, antes da implementação do PMM, a dezembro de 2024, mais de um ano após publicação da MP que reformulou o PMM, identificando a quantidade desses médicos que seriam de programas de provimento do governo federal e os que não seriam.

123. Em resposta, foi encaminhada uma planilha, cuja análise permitiu construir os seguintes gráficos:

**Figura 2 – Quantidade de médicos no PMM por estrato de IVS (2012-2024)**


Fonte: produção própria, a partir da planilha fornecida pelo MS

**Figura 3 - Quantidade de médicos na APS por estrato de IVS (2012-2024)**


Fonte: produção própria, a partir dos dados encaminhados pelo MS

124. Os dados apresentados, no gráfico acima, evidenciam parte do problema apontado como justificativa para o aumento das contratações por meio do PMM, a partir de 2023, tendo em vista que restou evidente a queda do número de médicos do PMM em 2018, quando houve o fim do contrato com a OPAS. Em 2019, esse número voltou a subir, mas essa recuperação, entretanto, não se sustentou em 2021 e 2022, quando houve nova redução no número de médicos do PMM em todos os estratos de vulnerabilidade.

125. Essa queda, por sua vez, não foi observada em relação ao número de médicos na APS (quantidade que considera tanto médicos contratados pelos demais entes, quanto médicos contratados pelos programas de provimento federal). Como se pode verificar no segundo gráfico acima, a quantidade de médicos na APS foi crescente em todos os estratos de vulnerabilidade social, de 2012 a 2024. Os grupos de alta e muito alta vulnerabilidade tiveram uma curva mais suave de crescimento, mas, ainda assim, seus números aumentaram ao longo de todo o intervalo avaliado.

126. Nesse sentido, apesar de ter havido queda importante no número de provimento de médicos por meio do PMM, entre 2018 e 2022, essa queda não foi acompanhada pela redução na quantidade de

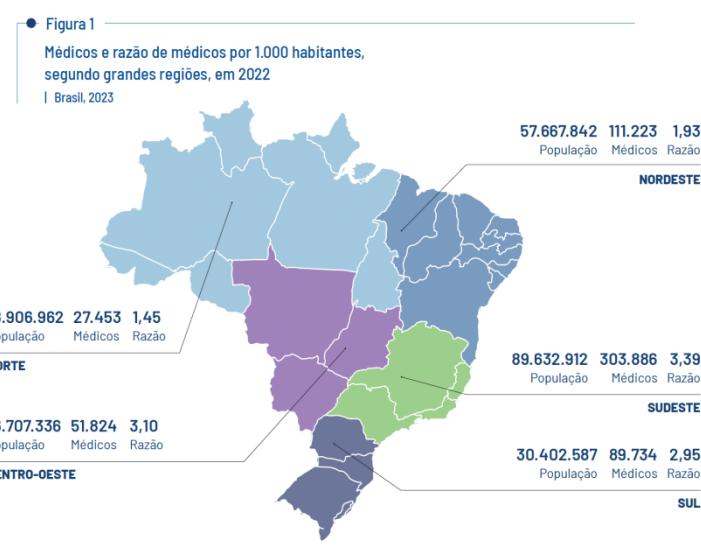
médicos atuando na APS nas regiões de maior vulnerabilidade social, que são o foco da política pública ora analisada.

127. Portanto, apesar de ter ocorrido redução das contratações por meio do PMM, no intervalo de 2018 a 2023, o número de médicos na APS não apresentou esse mesmo comportamento, mas, ao contrário, foi crescente, durante esse mesmo intervalo.

128. Por essa razão, entende-se que os dados apresentados confirmam apenas parcialmente o problema público apontado pela política pública em questão.

129. Por fim, quanto à observação de variações regionais quanto à ocorrência do problema, de modo a subsidiar o estabelecimento de objetivos, indicadores e metas regionalizados, ressalta-se, inicialmente, que a distribuição de médicos no país se dá de forma desigual, como se pode observar no seguinte mapa:

**Figura 4 - Distribuição de médicos por região (2023)**



Fonte: SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2023. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023. 344 p.

130. Sobre esse tema, conforme informado pelo MS na NT 1.773/2025 – DGAPS/SAPS/MS (peça 64, p. 4), o Relatório de Atributos do PPA 2024-27, obtido no sítio [https://www.gov.br/planejamento/ptbr/assuntos/planejamento/planoplurianual/copy\\_of\\_arquivos/lei-do-ppa-2024-2027/relatorio-de-atributos-ppa-024-2027-04-04-24-1.pdf](https://www.gov.br/planejamento/ptbr/assuntos/planejamento/planoplurianual/copy_of_arquivos/lei-do-ppa-2024-2027/relatorio-de-atributos-ppa-024-2027-04-04-24-1.pdf) (páginas 2987 e 2988 do arquivo), traz a regionalização da meta de ocupação de vagas por estados e DF.

131. Considerando a relevância do tema, o Ministério da Saúde publicou a Nota Técnica 56/2025 – CGPLAD/DGAPS/SAPS/MS, com estudo de redimensionamento das vagas autorizadas e ativas do PMMB.

132. Conforme destacado nesse documento, a escassez de médicos é mais acentuada nas regiões nas quais a população é dependente do SUS, sem acesso a planos de saúde. O PMM, por sua vez, tem o objetivo de reduzir a escassez de médicos na APS, especialmente em regiões com alto índice de vulnerabilidade social e escassez de profissionais de saúde.

133. O redimensionamento proposto por essa NT tem o objetivo de otimizar o uso dos recursos orçamentários disponíveis e garantir maior equidade na distribuição dos médicos vinculados ao programa, por meio da priorização de áreas mais necessitadas.

134. Esse redimensionamento se baseou na análise detalhada da distribuição das eSF e da situação dos profissionais médicos vinculados a cada equipe, considerando os dados registrados SCNES, na competência de janeiro de 2025.

135. Para estimar a necessidade de provimento, as eSF que foram consideradas aptas ao PMMB foram aquelas com déficit de médicos ou com esses profissionais contratados de forma direta ou indireta com até doze meses na equipe.

136. A cobertura, por sua vez, foi calculada de acordo com os parâmetros estabelecidos na Portaria GM/MS 3.492/2024, que tratou da nova metodologia de cofinanciamento da APS.

137. Com base nessas premissas, foram calculadas as coberturas considerando as seguintes variáveis: a) população SUS dependente (diferença da população total pelas pessoas beneficiárias de plano privado de saúde); b) cobertura da eSF na população total (razão entre população total do município pelo número de eSF existentes); c) cobertura de eSF na população dependente do SUS (população SUS dependente dividida pelo número de eSF existentes); d) população sem cobertura de eSF (diferença entre população total e população coberta pelas eSF); e) déficit de cobertura na população total (população sem cobertura de eSF dividida pelo parâmetro de cobertura); f) déficit de cobertura na população SUS dependente (população SUS dependente sem cobertura de eSF dividida pelo parâmetro de cobertura).

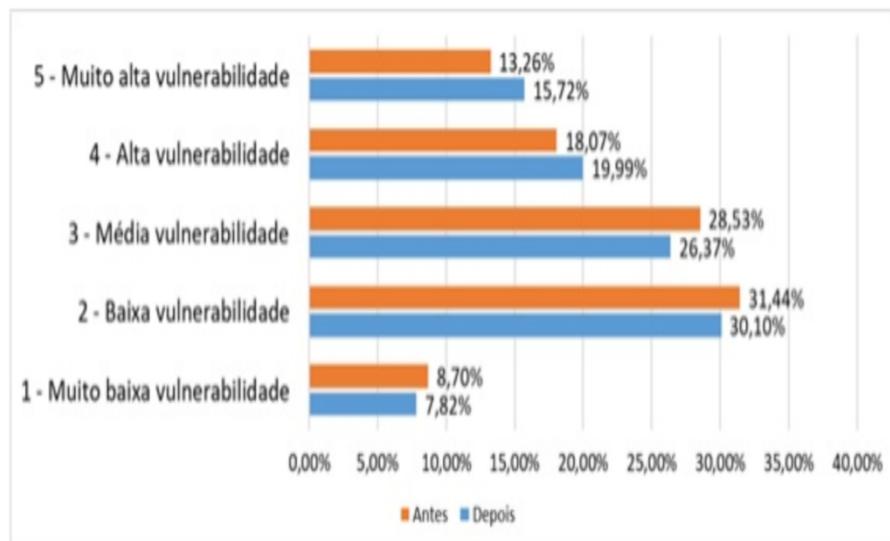
138. A partir dos requisitos acima, foi calculado o quantitativo de eSF existentes passíveis de acessarem o PMMB, considerando a soma de eSF sem médico na equipe ou com médico contratado de forma direta ou indireta com até doze meses na equipe.

139. As vagas disponíveis foram ajustadas com base na necessidade dos municípios, adotando os seguintes critérios: a) vagas ativas que excedessem o teto da população total foram excluídas de forma racionalizada em cada município; b) vagas ativas que excedessem o teto para a população SUS dependente, se fossem financiadas apenas pelo governo federal, foram excluídas; se financiadas por coparticipação, foram mantidas; c) vagas inativas que excediam o teto para a população exclusivamente SUS dependente, sem, no entanto, ultrapassar o teto para a população total, foram mantidas apenas em municípios com alta ou muito alta vulnerabilidade social e nos municípios da Amazônia Legal ou de faixa de fronteira; demais vagas foram descontinuadas.

140. Com o redimensionamento proposto, houve redução no número de vagas das cinco regiões geográficas e de todos os perfis de vulnerabilidade social, havendo, entretanto, distribuição proporcional das vagas em locais de maior vulnerabilidade social e com difícil fixação de profissionais.

141. A nova distribuição das vagas por perfil de vulnerabilidade municipal antes e depois do redimensionamento ficou assim:

**Figura 5 - Distribuição de vagas do PMM**



**Fonte: CGPLAD/DGPAS/SAPS/MS, 2025.**

Fonte: Nota Técnica nº 56/2025-CGPLAD/DGAPS/SAPS/MS, peça 62, p. 5

142. Assim, conclui a NT, que a nova distribuição tem o potencial de aumentar o impacto social da ampliação de profissionais, equipes e cobertura da Estratégia de Saúde da Família, pois passa a concentrar esforços em populações com maior vulnerabilidade.

143. Destaca-se que o percentual de vagas ativas é maior nos municípios de baixa e muito baixa vulnerabilidade do que nos de alta e muito alta vulnerabilidade, por conta da proporção da população

ser maior nos primeiros. Entretanto, a cobertura da população pelo PMM é maior no grupo de alta e muito alta vulnerabilidade (NT 1.773/2025 – DGAPS/SAPS/MS, peça 64, p. 13).

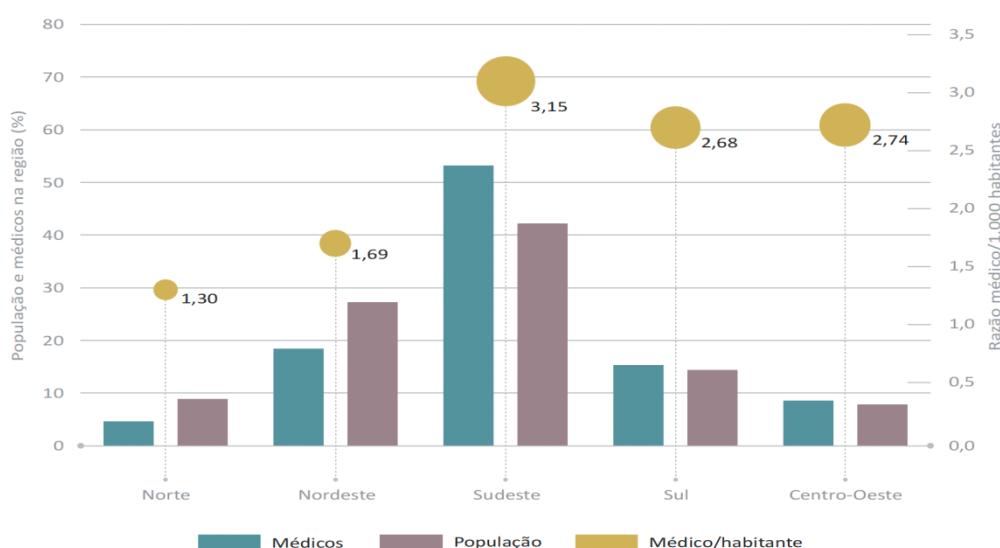
144. Em face do exposto, entende-se que o MS está tratando da questão da regionalização das metas, seja por meio do PPA, seja mediante redimensionamento das vagas para o PMMB, conforme disposto na Nota Técnica 56/2023 – CGPLAD/DGAPS/SAPS/MS.

145. Em relação às causas do problema, com base nos documentos produzidos pelo MS, as evidências levantadas não confirmam a causa imediata, que seria a dificuldade de provimento e de fixação de médicos na APS, em especial, nas áreas vulneráveis do SUS.

146. As causas mediatas, a) escassez de profissionais de saúde em diversas regiões do país; b) formação incipiente na APS de profissionais de saúde na graduação; c) falta de especialistas na APS em todas as profissões de saúde; e d) redução de provimento de médicos por meio dos programas de provimento federais, foram parcialmente evidenciadas.

147. Sobre a escassez de profissionais em diversas regiões do país, dados da demografia médica de 2020, obtido no sítio <https://www.flip3d.com.br/pub/cfm/index10/?numero=23&edicao=5058>, p. 48 (acesso em 18/4/2025), informam que ‘Enquanto o país tem razão média de 2,27 médicos por mil habitantes, a região Norte tem taxa de 1,30, 43% menor que a razão média nacional. Na região Nordeste, a taxa é de 1,69. Juntas, as regiões Norte e Nordeste têm os piores indicadores – todos os seus 16 estados estão abaixo da média nacional’. E traz a seguinte figura:

**Figura 6 – Razão médica por 1.000 habitantes em 2020 (por região geográfica)**  
Distribuição de médicos e razão médica por mil habitantes segundo grandes regiões – Brasil, 2020



Fonte: Demografia médica no Brasil 2020, p. 48.

148. Sobre a formação incipiente em APS na graduação médica, desde 2014 isso já vinha sendo tratado por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, com o estabelecimento de carga horária mínima de internato nessa atividade, em conjunto com urgência e emergência (artigo 24, § 3º) e, na Saúde Coletiva, foi proposto estímulo à inserção de ações de promoção e educação em saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde (artigo 15, inciso II).

149. Estudo realizado por meio de revisão de literatura (fonte: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/HXpWFgtcWzGzKd6DTZRCZRk/?format=pdf&lang=pt>, acesso em 18/4/2025) demonstrou que a formação médica na graduação atende ao preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2014, ou seja, está atendendo ao padrão mínimo de formação na atenção primária à saúde, mas, segundo o mesmo estudo, era ‘necessário avançar em relação à cultura de docentes e discentes que supervalorizam a especialização, na formação dos professores e na integração ensino-serviço’.

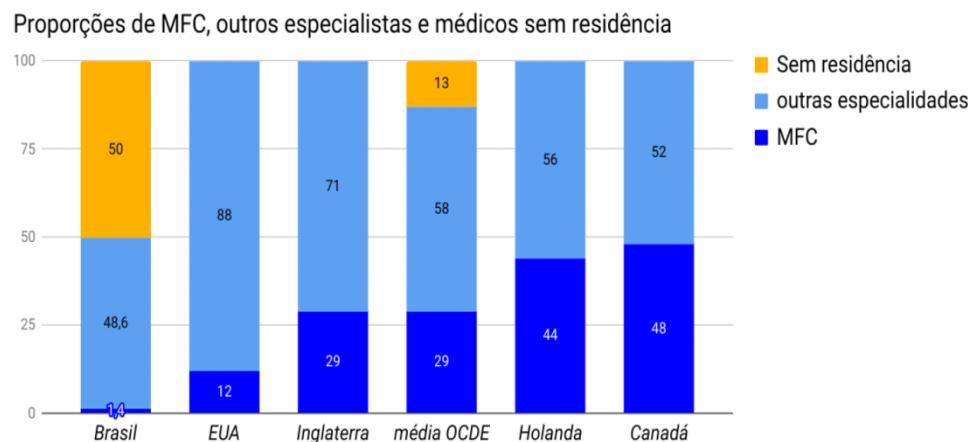
150. Por conseguinte, uma das causas apontadas como fator que potencializava a dificuldade de provimento e de fixação do médico em algumas áreas de vulnerabilidade do SUS já estava sendo tratada,

desde 2014 e, de acordo com estudo científico publicado em 2022, precisava de melhorias no aspecto da cultura da especialização profissional, que se encontrava arraigada entre professores e estudantes.

151. Com relação à falta de especialistas em APS, dados mencionados na Nota Técnica 4/2023-DGAP/SAPS/MS informam que, segundo a Sociedade Brasileira de Medicina de Família Comunidade (SBMFC), havia, quando da elaboração do mencionado documento, cerca de nove mil médicos especialistas em Medicina da Família e Comunidade, quantidade que, conforme argumentado, seria insuficiente para atender às necessidades do SUS.

152. No mesmo documento, foi mostrado um gráfico em que se compara o número de especialistas em Medicina de Família e Comunidade entre diversos países, demonstrando-se a quantidade diminuta de especialistas nessa área no Brasil, como se pode verificar abaixo:

**Figura 7 – Proporção de especialistas e médicos sem residência (comparação Brasil com outros países)**



Fonte: CFM Demografia médica, 2018; OCDE Health at a Glance, 2015 - adaptado por D. Soranz, fevereiro 2019.

Fonte: Nota Técnica 4/2023-DGAP/SAPS/MS

153. Dados de 2020, publicado no sítio da Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (fonte: [154. Por fim, com relação ao provimento de médicos de programas federais, conforme já tratado anteriormente, houve quedas importantes em 2018 e 2022, redução essa que não foi acompanhada por diminuição na quantidade de médicos atuando na APS.](https://www.sbmfc.org.br/noticias/demografia-medica-2020-e-a-medicina-de-familia-e-comunidade/#:~:text=No%20ano%20de%202020%2C%20o%20Brasil%20atingiu,comunidade%20distri,bu%C3%ADdos%20em%20todo%20o%20territ%C3%BDrio%20nacional.&text=O%20n%C3%BAmero%20de%20especialistas%20aumentou%20nos%20%C3%AAltimos,anos%20em%201.663%20profissionais%20(30%20a%20mais, acesso em 18/4/2025) informam que o Brasil tinha 7.149 médicos e médicas de família e comunidade distribuídos em todo o território nacional, os quais estão 73% atuando no Sudeste e no Sul, com São Paulo liberando o ranking.</p></div><div data-bbox=)

155. Assim, ainda que tenham sido confirmadas algumas causas potencializadoras apontadas na árvore de problemas, a causa imediata do problema a ser enfrentado pela política em questão não restou devidamente demonstrada.

156. Por essa razão, entende-se que, apesar de as possíveis causas do problema a ser tratado pelo PMM estarem devidamente identificadas, como se pode verificar na árvore de problemas elaborada pela equipe de auditoria, com base nos documentos produzidos pelo MS, as evidências levantadas não confirmam a causa imediata, que seria a dificuldade de provimento e de fixação de médicos na APS, em especial, nas áreas vulneráveis do SUS.

157. Por fim, quanto às consequências do problema, a carência de médicos na APS, em especial nas regiões prioritárias do SUS, tem, por consequência imediata, a dificuldade de universalizar a cobertura da APS, condição que pode levar ao aumento de internações por causas sensíveis à APS e de mortalidade por causas evitáveis e, por conseguinte, piorar indicadores de saúde da população.

158. Quanto a universalizar a cobertura da APS, o Relatório Anual de Gestão de 2022 trouxe os seguintes dados:

**Tabela 2 – Resultado da cobertura da APS (2021-2022)**

Quadro 34 – Resultados PAS: Objetivo 1

Meta PNS 2020-2023	Indicador	Unidade de Medida	Meta Física PAS 2020		Meta Física PAS 2021		Meta Física PAS 2022		% de Alcance da Meta do PNS	Ação Orçamentária com PO	Responsáveis
			Prevista	Realizada	Prevista	Realizada	Prevista	Realizada			
1. Ampliar para 59,54% a cobertura da Atenção Primária à Saúde. <sup>7</sup>	Cobertura da Atenção Primária à Saúde.	Percentual	-	-	54,41%	69,69%	70,30%	75,12%	126,17%	219A (0008)	Saps/MS Estados DF Municípios

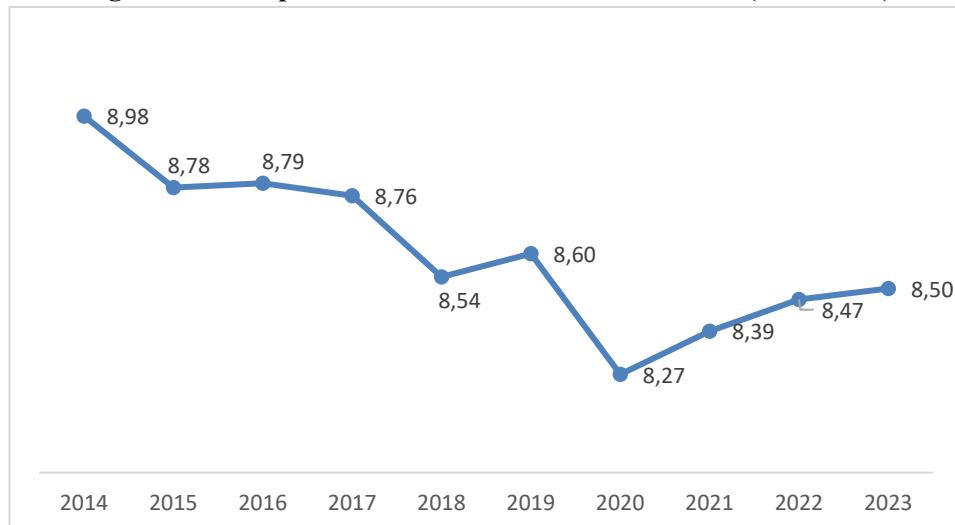
Fonte: RAG 2022, obtido no sítio [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_anual\\_gestao\\_2022.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_2022.pdf), acesso em 20/4/2025.

159. De acordo com o RAG 2022, apesar de a cobertura da APS estar longe de alcançar 100% da população, foi crescente entre 2021 e 2022, tendo, inclusive, ultrapassado, nos dois exercícios, a meta prevista no Plano Nacional de Saúde. Ressalta-se que o intervalo mencionado corresponde ao período anterior à publicação da MP 1.125/2023, que promoveu alterações na lei do PMM.

160. Adicionalmente, conforme destacado, na Figura 3, apesar de ter havido redução na quantidade de provimento de médicos do PMM, essa condição não foi acompanhada por redução no número de médicos na APS, mesmo nos estratos de alta e muito alta vulnerabilidade social.

161. Nesse sentido, os dados levantados na auditoria sinalizam que, no período anterior às mudanças implementadas no PMM, apesar de a APS ainda estar distante da cobertura universal da população, não foram levantados dados que sinalizassem dificuldade na ampliação desse indicador, nem na quantidade de médicos atuando na APS, mas, ao contrário, observaram-se números crescentes para as duas métricas apontadas.

162. Quanto à piora de alguns indicadores de saúde, inicia-se a análise com a mortalidade neonatal. Dados obtidos no Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal e no Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos (respectivamente, sítio <http://plataforma.saude.gov.br/mortalidade/infantil-e-fetal/> e sítio <http://plataforma.saude.gov.br/natalidade/nascidos-vivos/>, acesso em 20/4/2025), demonstram o seguinte comportamento desse indicador:

**Figura 8 – Comportamento da mortalidade neonatal (2014-2023)**


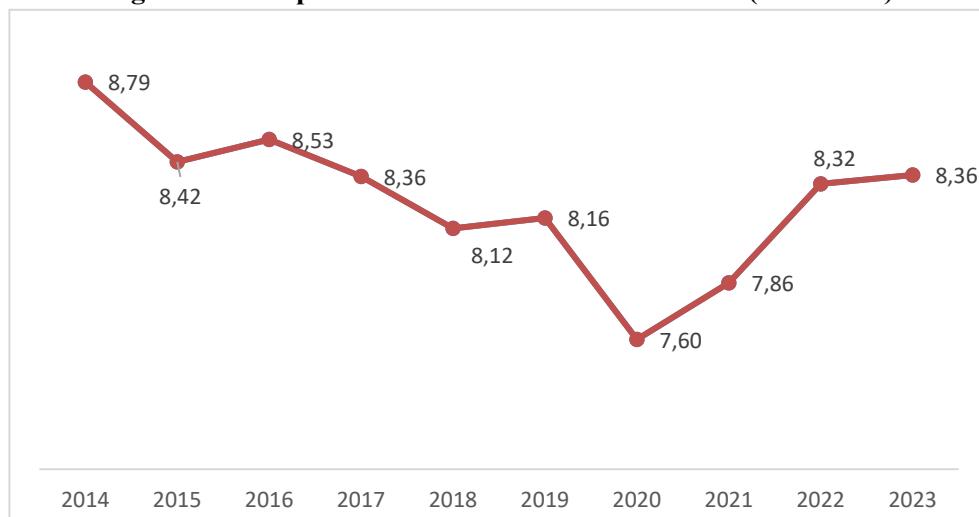
Fonte: produção própria, a partir dos dados do Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal e do Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos

163. Verifica-se que o indicador mencionado caiu no período de 2014 a 2020, sofrendo leve crescimento em 2019. De 2020 a 2023, a mortalidade neonatal voltou a subir, saindo de 8,27 para 8,50. Cumpre salientar que esse período de crescimento do indicador em questão iniciou junto com a pandemia por Covid-19, o que pode ter impactado nesse resultado. De qualquer modo, confirma-se que, no intervalo que antecedeu as mudanças implementadas no PMM, a mortalidade neonatal estava em ascensão no país.

164. No que se refere à mortalidade infantil, dados levantados no Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal e no Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos (respectivamente, sítio <http://plataforma.saude.gov.br/mortalidade/infantil-e-fetal/> e sítio <http://plataforma.saude.gov.br/natalidade/nascidos-vivos/>, acesso em 20/4/2025), demonstram o seguinte comportamento desse indicador:

<http://plataforma.saude.gov.br/natalidade/nascidos-vivos/>, acesso em 20/4/2025), permitiram observar o comportamento abaixo:

**Figura 9 - Comportamento da mortalidade infantil (2014-2023)**



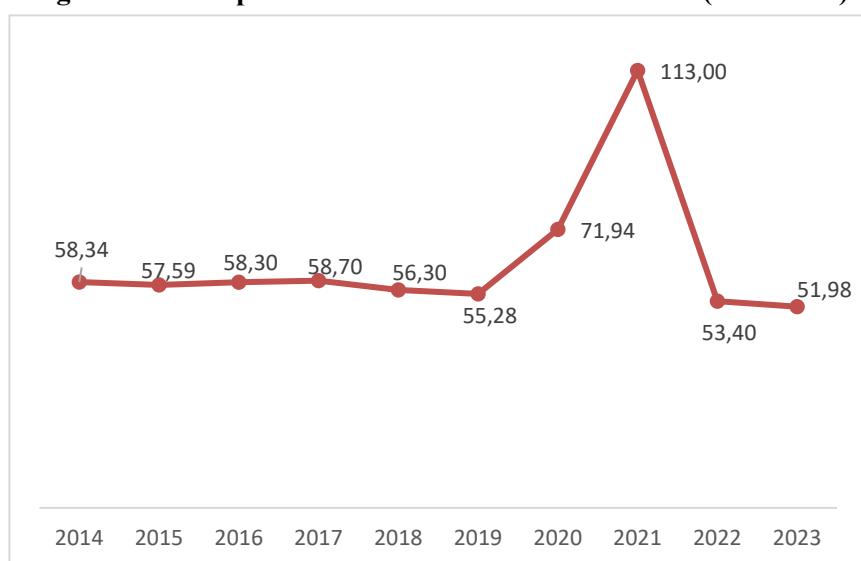
Fonte: produção própria, a partir dos dados do Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal e do Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos

165. Do mesmo modo como ocorreu com a mortalidade neonatal, a mortalidade infantil caiu de 2014 a 2020, mas, a partir desse ano, de 2020 a 2023, ela foi crescente, voltando, em 2023, a alcançar mesmo resultado que teve em 2017.

166. Aqui cabem as mesmas observações feitas para a mortalidade neonatal, no sentido de que a piora da curva, a partir de 2020, pode estar relacionada com a pandemia por Covid-19, visto que os números pioraram, quando o sistema de saúde estava sendo mais demandado em razão dessa doença.

167. Quanto à mortalidade materna, dados obtidos no Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna e no Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos (respectivamente, sítio <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/painéis-de-monitoramento/mortalidade/materna/> e sítio <http://plataforma.saude.gov.br/natalidade/nascidos-vivos/>, acesso em 20/4/2025), permitiram traçar o gráfico a seguir:

**Figura 10 - Comportamento da mortalidade materna (2014-2023)**



Fonte: produção própria, a partir dos dados do Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna e do Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos

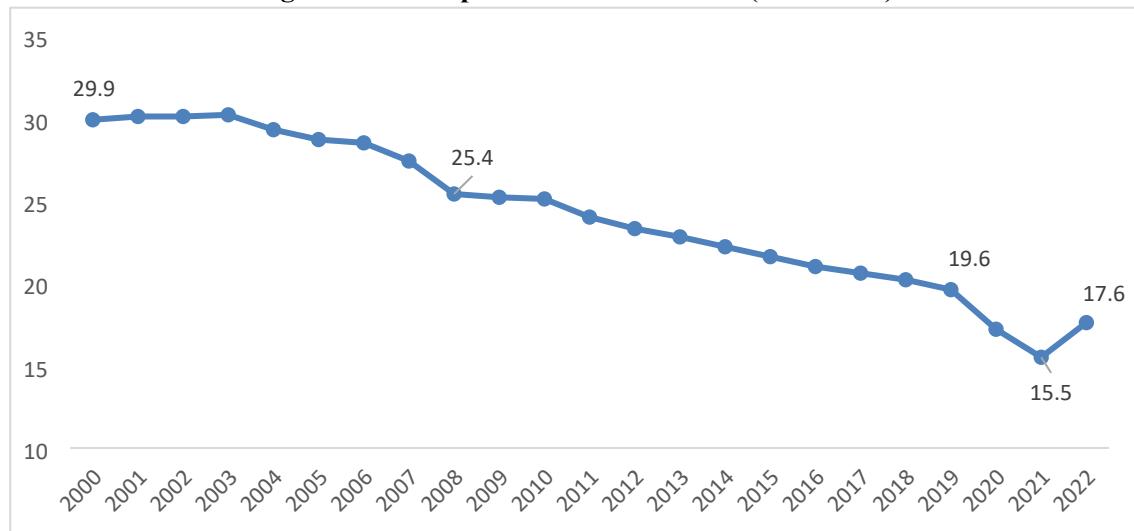
168. Resta evidente que a taxa de mortalidade materna teve uma queda pequena entre 2014 e 2019. De 2019 a 2021, por sua vez, sofreu um aumento muito importante, chegando a mais do que dobrar em dois

anos, caindo novamente, para níveis abaixo de 2019, a partir de 2022. Esse aumento que ocorreu no período da pandemia por Covid-19 deve estar relacionado a ela.

169. De qualquer modo, na época da publicação da MP 1.125/2023, que promoveu mudanças no PMM, o indicador em tela estava em seu nível mais baixo, desde 2014, demonstrando que, em relação à taxa de mortalidade materna, não houve crescimento, no período que antecedeu a reformulação implementada na política pública em 2023.

170. Em relação às internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), dados obtidos no sítio <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res1>, acesso em 20/4/2025, gerou a distribuição abaixo do mencionado indicador:

**Figura 11 - Comportamento da ICSAP (2000-2022)**



Fonte: produção própria, a partir dos dados do sítio <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res1>

171. O indicador referente às internações por condições sensíveis à atenção primária teve comportamento decrescente de 2000 a 2021. Em 2022, a curva inclinou para cima, o que pode estar relacionado com a chamada terceira onda da Covid-19, que decorre do aumento dos casos não relacionados à pandemia, mas sim em razão da negligência de outras condições de saúde, em decorrência do aumento da demanda que a pandemia gerou sobre o sistema de saúde, conforme conceito dado pelo professor Eugênio Vilaça no documento ‘O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível’, p. 19, obtido no sítio <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Terceira-Onda.pdf>, acesso em 20/4/2025.

172. Para entender melhor se esse comportamento da ICSAP decorreu de uma eventual terceira onda da pandemia, faz-se necessário acompanhar o comportamento do mencionado indicador ao longo dos próximos anos.

173. A análise dos indicadores de saúde mencionados permitiu verificar que a mortalidade neonatal, mortalidade infantil e as internações por condições sensíveis à atenção primária tiveram números crescentes no período que antecedeu as mudanças implementadas no PMM.

174. Apesar disso, não é possível, apenas com base nesses dados, estabelecer qualquer correlação entre a questão do provimento de médicos no PMM com os resultados obtidos nos indicadores de saúde mencionados, até mesmo porque o período avaliado foi fortemente impactado pela pandemia da Covid-19, o que pode ter mudado o comportamento verificado em suas respectivas curvas.

175. De qualquer modo, quando o MS foi questionado a respeito das evidências (ex. dados e estudos quantitativos/qualitativos) de potenciais consequências do problema público, trouxe, em resposta, na NT 1.773/2025 – DGAPS/SAPS/MS (peça 64, p. 5-7), diversos estudos técnicos que demonstram os efeitos da escassez de médicos sobre a saúde pública. Em geral, tais estudos sinalizam que a escassez crônica de médicos, especialmente na APS de regiões rurais e periféricas do país, atrasa o diagnóstico e dificultam o acompanhamento e o tratamento das doenças crônicas, levando a complicações graves e a mortes evitáveis.

176. Nesse sentido, o MS afirma, em tal documento, que as fontes apresentadas seriam apenas algumas que forneceriam a base empírica e teórica para justificar a afirmação de que a escassez de médicos nas

regiões periféricas e remotas do Brasil levam a atrasos no atendimento, ao aumento na mortalidade e a dificuldades no tratamento de doenças preveníveis.

177. Entende-se, portanto, que tais estudos fornecem dados qualitativos potenciais das consequências do problema público a ser tratado pelo PMM.

178. Quanto aos dados quantitativos, a Nota Técnica 4/2023-DGAP/SAPS/MS (peça 38, p. 3-4) traz alguns, a saber:

a) estudo realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) que havia constatado relação entre o PMM e a redução das internações por complicações de diabetes e hipertensão em todo o país, nos anos de 2014 e 2015;

b) estudo longitudinal realizado, entre os anos de 2007 a 2018, observou diferença estatística significativa de 24,7% na redução da taxa de mortalidade infantil (crianças menores de um ano por mil nascimentos) e de 21,1% da taxa de mortalidade neonatal (óbitos de bebês com menos de 28 dias de vida por mil nascimentos), entre os 4.660 municípios que receberam o médicos participantes do Programa Mais Médicos para o Brasil em relação aos que não receberam, especialmente nos municípios que se encontravam em maior situação de vulnerabilidade; e

c) segundo o Relatório Final do Grupo Técnico de Saúde, da Comissão de Transição Governamental 2022, foi observada piora generalizada em indicadores de saúde, destacando-se o retorno de registro de internações sensíveis à Atenção Básica por desnutrição infantil provocados pela fome; estagnação na trajetória de queda da mortalidade infantil e aumento de mortes maternas.

179. Esse conjunto de dados demonstra a importância que o PMM teve para redução de internações por condições sensíveis e mortalidade infantil e neonatal. Quanto à piora do quadro de saúde decorrente da redução de médicos do PMM, mencionada no Relatório Final do Grupo Técnico de Saúde, da Comissão de Transição Governamental 2022, destaca-se que foram apresentados números apenas da mortalidade materna, a qual pode ter sido impactado pela pandemia da Covid-19.

180. Apesar dessa última ressalva quanto aos dados apresentados, pode-se entender que existam dados qualitativos e quantitativos suficientes que demonstram a relevância da presença do médico nas equipes da APS e o impacto que o PMM teve na saúde da população durante o período de sua implementação.

181. Essa confirmação, no entanto, não pode ser extrapolada em relação a uma eventual piora do quadro de indicadores de saúde no período que antecedeu as mudanças implementadas no PMM, visto que esse período foi marcado pelos efeitos da pandemia por Covid-19, o que pode ter impactado na piora dos resultados verificados nos indicadores de mortalidade neonatal e infantil e das internações por condições sensíveis à atenção primária.

182. Assim, entende-se que, apesar de restar evidenciada a piora de alguns indicadores de saúde da população brasileira no período de 2020 a 2023, não é possível imputar esse resultado à carência de médicos na APS nesse período, até mesmo porque, conforme já analisado no presente tópico, restou demonstrado que o número desses profissionais não caiu durante todo esse intervalo.

183. Por conseguinte, pode-se entender que, apesar de as possíveis consequências do problema a ser tratado pelo PMM estarem devidamente identificadas, como se pode verificar na árvore de problemas elaborada pela equipe de auditoria, com base nos documentos produzidos pelo MS, as evidências levantadas não sinalizam dificuldade na ampliação do indicador de cobertura da APS (ao contrário, no período que antecedeu as mudanças implementadas no PMM, os dados de cobertura foram crescentes).

184. Além disso, quanto à piora de alguns indicadores de saúde (mortalidade neonatal e infantil e internações por condições sensíveis à atenção primária), além de a mudança no comportamento de sua curva poder ser decorrente dos efeitos da pandemia por Covid-19, não há como estabelecer nexo de causalidade com eventual carência de médicos na APS, visto que o número desses profissionais cresceu no intervalo avaliado.

### 3.1.4 Causas

185. A ausência de aplicação das técnicas descritas no documento Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise *ex-ante*, com a construção da árvore de problemas, para identificar o problema central a ser atacado, com as causas potenciais e as consequências a ele relacionados, e com a apresentação das evidências acerca da importância do problema em contexto nacional, para fundamentar a tomada de decisão, gera a falta de um diagnóstico adequado do problema e de suas respectivas causas e

consequências, insumos necessários para potencializar os resultados do processo de formulação das políticas públicas.

### 3.1.5 Consequências

186. Diante disso, possíveis falhas no diagnóstico do problema podem comprometer o alcance dos resultados pretendidos com a política pública em questão, visto que a premissa sobre a qual ela é desenhada tem lacunas em seu delineamento.

### 3.1.6 Proposta de encaminhamento e benefícios esperados

187. Como a política pública em análise está vigente, desde 2013, e a presente auditoria não tem o escopo de fazer uma avaliação mais profunda de sua implementação, de modo a verificar, por meio de análise de dados e de outras técnicas de auditoria, os efeitos que as falhas apontadas no presente tópico efetivamente possam ter gerado nos resultados pretendidos pela política, propõe-se recomendar ao Ministério da Saúde que, nas próximas propostas de formulações ou reformulações de políticas públicas, adote as técnicas de análise do problema que se pretende tratar, descritas no documento *Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise ex-ante*, item ‘Análise do diagnóstico do problema’ e, dessa maneira, evidencie, em especial, a causa imediata do referido problema.

188. Espera-se, com a adoção desta recomendação por parte do Ministério da Saúde, Políticas públicas de saúde mais bem formuladas, cujo diagnóstico do problema que se pretende resolver, bem como suas causas e consequências, estejam devidamente identificados e evidenciados.

## 3.2 Não há evidências de que a política pública selecionada era a alternativa mais vantajosa para tratar o problema, frente a opções viáveis de intervenção

189. Tal achado relaciona-se à seguinte questão de auditoria:

Questão 3: O Projeto Mais Médicos para o Brasil era a alternativa mais vantajosa para tratar o problema, frente a opções viáveis de intervenção?

190. A manutenção do processo decisório orientado pelas evidências é uma das diretrizes da governança pública. Trazendo essa temática para o campo da análise de alternativas, o TCU, em sede de relatório do Acórdão 2.359/2018-TCU-Plenário, apresentou a seguinte colocação sobre o assunto:

Não tendo sido realizado um diagnóstico apropriado, é necessário fazê-lo e, se for o caso, revisar a política. Nesse sentido, o TCU (2016: 50) entende como boa prática a ‘avaliação da própria ação política do Estado, com a revisão das evidências que fundamentaram a tomada de determinado rumo estatal, se a política pública eleita para combater determinado problema social é, de fato, a mais adequada, e que alternativas podem ser consideradas’.

191. Nos termos do Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU, item ‘Controle aplicado à análise de alternativas e à tomada de decisão’, a verificação da análise de alternativas, na ótica do controle da política pública, ‘consiste em checar se houve um processo consistente em que foi avaliado se a alternativa escolhida é capaz de solucionar o problema ao menor custo possível’. Portanto, deve haver ‘evidências de que a ação planejada tem a capacidade de gerar os impactos necessários e se é a que possui a melhor relação custo-benefício e custo-efetividade’.

192. Para tal verificação, faz-se necessário levantar evidências de estudos e de análises estruturadas de que alternativas foram julgadas de maneira objetiva, de modo a ser possível ‘verificar se a política adotada representou a alternativa mais vantajosa para tratar o problema, frente a outras alternativas’.

193. Sobre a verificação de existência de outras políticas para enfrentar o mesmo problema, o documento *Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise ex-ante*, item Políticas adotadas para enfrentar o mesmo problema, traz a lição de que, em casos nos quais já existam ou tenham existido outras políticas sendo executadas que tratem do mesmo problema, faz-se necessário trabalhar com base em evidências, portanto, ‘com base em estudos e avaliações sobre as experiências de políticas públicas em execução e aquelas descontinuadas destinadas a combater o mesmo problema da política em proposição’.

194. E prossegue:

A falta desses estudos e avaliações impacta em alguma medida o desenho da política proposta, pois são essas ferramentas que podem contribuir para o melhor entendimento do problema, do público de interesse e das possibilidades de intervenção pretendidas no âmbito da política proposta. A autocrítica é que, nesse sentido, ainda há espaço para aprimoramento no governo federal, de modo que as propostas de políticas públicas sejam cada vez mais elaboradas a partir de evidências. (grifo nosso)

### 3.2.1 Situação Encontrada

195. As evidências levantadas na auditoria permitiram verificar que o MS não considerou alternativas, além da retomada do PMM, para tratar o problema relacionado à carência de médicos em áreas vulneráveis do SUS.

### 3.2.2 Critérios

196. Artigo 4º, inciso VIII, do Decreto 9.203/2017, que dispõe sobre a Política de Governança da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional.

197. Acórdão 2.359/2018-TCU-Plenário.

198. Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU, item ‘Análise de alternativas e tomada de decisão’, p. 37-40, e item ‘Controle aplicado à análise de alternativas e à tomada de decisão’, p. 44-45.

199. Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise *ex-ante*, item Políticas adotadas para enfrentar o mesmo problema, p. 63.

### 3.2.3 Evidências e sua análise

200. A Nota Técnica 1.680/2025-DGAPS/SAPS/MS (peça 57, p. 3), que apresentou respostas adicionais à equipe de auditoria para o preenchimento do quadro-resumo, juntado em apêndice ao presente relatório, mencionou que a Nota Técnica 4/2023-DGAP/SAPS/MS (peça 38) trouxe os dados que fundamentaram a decisão pela edição da MP 1.165/2023, convertida na Lei 14.621/2023.

201. Importante mencionar que a Nota Técnica 4/2023-DGAP/SAPS/MS pode ser entendida como parecer de mérito, pois analisou o problema a ser enfrentado pela política em questão e fez proposição de mudanças no PMM, por meio da Proposta da MP 1.165/2023, para melhor atender as demandas de provimento e de fixação de médicos na APS e, desse modo, reduzir a carência de médicos na atenção primária à saúde nas regiões prioritárias para o SUS.

202. A Nota Técnica 1.680/2025-DGAPS/SAPS/MS ressaltou que o quadro de desassistência encontrado em dezembro de 2022, com queda da cobertura da APS, ocasionada pela escassez de médicos, e que estava gerando piora dos indicadores de saúde do país, os impediu de considerar a alternativa de não tomar nenhuma medida.

203. Adicionalmente, quanto à existência do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB), que estava vigente à época, ainda havia necessidade de melhores análises, visto que tinha sido efetivamente implantado apenas em 2022 e havia apresentado números desfavoráveis, a saber: a) 17% dos médicos contratados pelo PMpB já atuavam na APS na mesma cidade e só trocaram o vínculo; b) 37% já estavam na APS e apenas mudaram de cidade, sendo que 27% deles foram para locais com menor vulnerabilidade; c) 738 vagas do Médicos pelo Brasil ficaram sem preenchimento, por onze meses, nas áreas mais vulneráveis; d) apenas duas de 22 vagas situadas em DSEI Yanomami haviam sido ocupadas.

204. Assim, o MS ressaltou, em sua resposta, que ‘diante da emergência e da desassistência à saúde nos territórios mais vulneráveis do país, da falta de dados mais precisos e ainda de resultados preliminares ruins da alternativa ‘Programa Médicos pelo Brasil’, e das robustas evidências de eficiência do Programa Mais Médicos, a escolha da gestão foi a retomada e aperfeiçoamento deste último’.

205. Esse conjunto de evidências demonstra que não foram consideradas alternativas para tratar dos problemas apontados na MP 1.165/2023, além da retomada do PMM. Este programa foi a única alternativa verificada como viável para o enfrentamento do quadro que se desenhava em 2022, pois, segundo destacado na Nota Técnica 4/2023-DGAP/SAPS/MS (peça 38, p. 3), esse programa mostrou-se muito exitoso ‘para provimento de médicos na APS brasileira, principalmente em áreas de vazios assistenciais’.

206. Considerando que a retomada do PMM foi a única alternativa considerada pelo MS para tratar a questão da carência de médicos em áreas vulneráveis do SUS, não é possível avaliar se essa seria a alternativa mais vantajosa, visto que não foi realizada uma análise comparativa dela com outras opções. Ou seja, não foram produzidos estudos e uma análise estruturada que permitisse demonstrar se a alternativa escolhida era aquela capaz de solucionar o problema ao menor custo possível.

207. Resta evidente que, além de não terem sido feitas análises de outras soluções para o problema diagnosticado, não foi apresentada nenhuma avaliação sobre a sobreposição existente da política que estava sendo retomada com outro programa de provimento então vigente, que era o Programa Médicos pelo Brasil.

208. Tais falhas, conforme demonstrado no documento Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise *ex-ante*, item Políticas adotadas para enfrentar o mesmo problema, p. 63, impactam no desenho da política proposta, pois constituem ferramentas para um melhor entendimento do problema, do público de interesse e das possibilidades de intervenção pretendidas no âmbito da política proposta, as quais precisam ser devidamente fundamentadas em evidências.

### 3.2.4 Causas

209. Uma vez que um problema diagnosticado para ser tratado por uma política pública entra na agenda governamental, inicia-se a fase de formulação da política pública, que deve contar com a verificação das possíveis alternativas de tratamento do problema (Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU, item ‘Análise de alternativas e tomada de decisão’, p. 37-38).

210. Portanto, antes da tomada de decisão referente à escolha pela adoção de uma determinada política pública, é necessário identificar, analisar e comparar as alternativas existentes ou potenciais para o tratamento do problema. Essa etapa se faz necessária para racionar o processo decisório e otimizar o uso dos recursos públicos, evitando gastos desnecessários e prevenindo risco de fragmentação, duplicidade e sobreposição de iniciativas (idem, p. 38).

211. No caso sob exame, conforme assinalado na Nota Técnica 4/2023-DGAP/SAPS/MS (peça 38, p. 3), havia, no Ministério da Saúde, um sentimento de urgência para solucionar a questão do provimento de médicos na APS, tanto em razão do menor número de médicos em atividade no programa, desde 2014, quanto em decorrência do desligamento de aproximadamente dois mil médicos que ocorreria nos oito meses seguintes à elaboração do mencionado documento técnico.

212. Tal situação, combinada ao fato de que o PMM havia se mostrado um programa eficiente para solucionar a questão do provimento de médicos da APS, como foi destacado na Nota Técnica 1.680/2025-DGAPS/SAPS/MS (peça 57, p. 3), levou a gestão do MS a retomar o PMM e a promover seu aperfeiçoamento por meio da MP 1.165/2023, sem, contudo, fazer uma análise de alternativas para tratar o problema posto.

### 3.2.5 Consequências

213. Portanto, a reformulação do PMM sem contar com análise adequada das alternativas disponíveis para tratar o problema público diagnosticado, pode gerar, em certa medida, impacto no desenho da política, com prejuízos ao entendimento adequado do problema e das possibilidades de intervenções para tratá-lo.

214. Falhas nessa etapa podem levar à escolha da alternativa que não seja a melhor opção para tratar o problema diagnosticado, com melhor relação custo-benefício e custo-efetividade.

### 3.2.6 Proposta de encaminhamento e benefícios esperados

215. Considerando que a análise de alternativas de ações públicas para tratar o problema diagnosticado é uma etapa essencial para a boa construção do desenho da política pública a ser implementada; considerando que, no caso da política sob exame, não foram consideradas alternativas além da retomada do PMM; considerando que a falha apontada pode comprometer a escolha da melhor solução para o tratamento do problema diagnosticado, com melhor relação custo-benefício e custo-efetividade; faz-se necessário recomendar ao Ministério da Saúde que, nas próximas propostas de formulações e de reformulações de políticas públicas, efetue o levantamento e análise, de forma suficiente, de diferentes alternativas potenciais de intervenção, estimando custos, benefícios, riscos, vantagens e desvantagens, comparando ainda com a alternativa de não intervenção para definir uma linha de base do Programa, em linha com o que dispõe o Guia Prático de Análise *ex-ante* do Governo Federal (peça 70), o que compromete saber se a solução escolhida é a mais eficiente e efetiva, à luz de seus diversos riscos, e se o programa efetivamente trouxe alguma contribuição para a resolução do problema e para a sociedade, ou se, ao contrário, seu custo e suas consequências não intencionais são mais indesejáveis que o próprio problema identificado.

216. Espera-se, com a adoção desta recomendação por parte do Ministério da Saúde, Políticas públicas de saúde mais bem formuladas, cuja decisão por sua adoção seja a melhor opção para tratar o problema diagnosticado, com melhor relação custo-benefício e custo-efetividade.

### 3.3 Os objetivos do PMM e do PMMB não são específicos, mensuráveis, realistas (alcançáveis) e delimitados em um recorte temporal, bem como não há previsão de impactos sobre a saúde da população

217. Tal achado relaciona-se às seguintes questões de auditoria:

Questão 4: O Projeto Mais Médicos para o Brasil tem uma teoria clara que expressa, de forma objetiva, como esta incide sobre as causas do problema, projetando seus resultados e impactos de longo prazo?

Questão 5: O Projeto Mais Médicos para o Brasil tem objetivos claros, logicamente coerentes, específicos, mensuráveis, apropriados (relevantes), realistas (alcançáveis) e delimitados em um recorte temporal?

218. Uma política pública, para ter impacto efetivo e resultados palpáveis, deve ter objetivos claros e uma teoria do programa estruturada de forma objetiva, que traga explicações sobre como a política deverá incidir sobre as causas do problema, com projeção dos resultados e dos impactos que se pretende alcançar no longo prazo (Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise *ex-ante*, item Modelo Lógico, p. 94). No caso do PMM, observou-se que o desenho do programa carece de objetivos claros e de projeção dos impactos que suas ações deverão gerar sobre a saúde da população assistida. Essa ausência de projeção dos impactos não apenas compromete o monitoramento e a avaliação do programa, mas também dificulta a mensuração de sua efetividade na melhoria da saúde da população, deixando incerto o alcance dos resultados esperados.

#### 3.3.1 Situação Encontrada

219. Em sede da auditoria verificou-se que, de acordo com a teoria do programa elaborada pela equipe de auditoria, tendo por base normativos e documentos técnicos relacionados ao programa, a política pública em questão tem um modelo lógico que, de forma objetiva, demonstra como vai tratar as causas do problema público a ser enfrentado pela política pública em foco.

220. Por outro lado, esse desenho do programa carece de projeção dos impactos que suas ações deverão gerar sobre a saúde da população, o que é de grande relevância para se medir a efetividade de uma política pública voltada à assistência à saúde.

221. Adicionalmente, foi verificado que os objetivos do PMM e do PMMB estão devidamente listados no artigo 1º da Lei 12.871/2013, com a redação alterada pela Lei 14.621/2023, e no artigo 3º da Portaria Interministerial MS/MEC 604/2023. Apesar disso, a análise do teor de cada um deles permitiu verificar que apenas um dos objetivos, o relacionado à carência de médicos em regiões prioritárias do SUS, pode ser considerado claro, pois é específico, mensurável, apropriado, realista e possui estimativa de tempo de implantação e de produção de seus efeitos.

222. Quanto aos demais, há problemas relacionados à falta de previsão de indicadores para sua mensuração e, em alguns casos, além dessa falha, observa-se um texto constituído por diretrizes e princípios do SUS, que não apresentam uma definição mais específica e mensurável. Por essa razão, não podem ser entendidos como objetivos claros, no conceito estabelecido no Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU.

#### 3.3.2 Critérios

223. Segundo disposto no Referencial de Controle de Políticas Públicas, p. 48, o desenho e a formalização da política e dos elementos que a caracterizam correspondem ao seu planejamento, antes de ser colocada em prática.

224. Nos termos do documento Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise *ex-ante*, item Modelo Lógico, p. 94, ‘Não existe impacto efetivo nem resultados palpáveis para políticas sem objetivos claros e sem uma teoria do programa, ou seja, sem uma ideia explícita das consequências de uma possível ação que intervenha sobre um problema’. E continua:

Uma teoria clara é aquela que consegue ser expressa, de forma objetiva, em resumo narrativo (uma frase ou um parágrafo) que expresse como o programa incide sobre as causas do problema, projetando seus resultados e impactos de longo prazo. Sugere-se que a teoria seja descrita informando: se (descreva o desenho do programa), então (descreva os resultados), o que então levará a (descreva os impactos).

225. Definida a teoria do programa, com o resumo objetivo de como a política incidirá sobre as causas do problema, projetando os resultados e impactos pretendidos por meio dela, parte-se para a formulação do modelo lógico do programa, que deve estabelecer a forma como a política será implementada,

definindo as relações de causa e efeito, de como os recursos e atividades gerarão os produtos, resultados e respectivos impactos (Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise *ex-ante*, item Modelo Lógico, p. 95, e Referencial de Controle de Políticas Públicas, p. 48), conforme figura abaixo:

Figura 12 – Elementos do modelo lógico



Fonte: adaptado de Cassiolato e Gueresi (2010).

Fonte: Referencial de Controle de Políticas Públicas, item ‘Desenho e institucionalização da política pública’, p. 48

226. A partir do exposto, o Referencial de Controle de Políticas Públicas, item ‘Desenho e institucionalização da política pública’, p. 49, enumera diversas boas práticas de desenho e de institucionalização de políticas públicas, destacando-se, dentre elas, os seguintes: a) apresentação de forma clara e objetiva da teoria que sustenta a política, explicitando a forma como a política incide sobre as causas e os efeitos do problema; b) explicitação de forma clara dos objetivos da política pública; e c) a projeção de resultados e impactos da política pública de curto, médio e longo prazos.

227. Quanto aos objetivos, segundo disposto no artigo 2º, inciso I, da Lei 13.971/2019, que instituiu o PPA 2020-2023, trata-se de ‘declaração de resultado a ser alcançado que expressa, em seu conteúdo, o que deve ser feito para a transformação de determinada realidade’.

228. De acordo com lição trazida no Referencial para avaliação de governança de políticas públicas, elaborado pelo TCU, p. 46-47, a importância dos objetivos se dá com a definição do destino que se pretende atingir e com as implicações diretas que isso deve ter na definição do trajeto que será adotado. Nesse sentido, tem-se que o estabelecimento de prioridades, objetivos e metas a serem alcançados, ‘constitui espinha dorsal de uma política pública, e sinaliza a todos quais são os parâmetros pelos quais se orientar’, conforme trecho da obra Políticas públicas: princípios, propósitos e processos, São Paulo: Atlas, 2012, produzida por Reinaldo Dias.

229. Tratando de forma mais detalhada a temática objetivos do programa, trecho mencionado no Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU, item ‘Controle aplicado ao desenho e à institucionalização da política’, p. 52, tem-se uma lição retirada do guia de análise *ex ante* publicado pelo Tesouro Britânico, o Green Book, nos termos a seguir:

para que o objetivo seja considerado claro ele deve ser ‘SMART’, ou seja deve possuir as seguintes características, ser: específico (expressar claramente o que deve ser alcançado, sem ambiguidades), mensurável (expressar em que medida o objetivo deve ser alcançado em certo intervalo de tempo, permitindo avaliação e feedback), apropriado (estar alinhado com os objetivos gerais ou estratégicos, contribuindo para alcançá-los, isto é, ser relevante para medir os objetivos), realista (poder ser alcançado no período previsto a custo razoável e considerando as restrições existentes [*omissis*] e possuir prazo determinado (expressar o período esperado para seu alcance).

230. Esse último documento continua com sua explanação acerca de conceitos trazidos pelo Green Book, adicionando que, ‘idealmente, o objetivo deverá indicar os resultados que fundamentam a política pública e, em alguns casos, até mesmo os resultados intermediários necessários para entregá-los. Caso contrário, não será possível verificar se a política alcançou o que era pretendido’.

231. Por fim, nos termos estabelecidos no Guia Prático de Análise *ex-ante*, item Objetivo da Política Pública, p. 72, ‘a política pública é formulada ou desenhada para atuar sobre a fonte ou a causa de um determinado problema ou conjunto de problemas, sendo sua solução ou minimização considerada o objetivo geral da ação pública’.

### 3.3.3 Evidências e sua análise

232. Conforme árvore de problema elaborada pela equipe de auditoria (apresentada na Figura 1), com base nos documentos produzidos pelo MS, o problema central a ser enfrentado pelo PMM é a carência de médicos na APS, em especial, nas regiões prioritárias do SUS. A causa imediata para esse problema é a dificuldade de provimento e de fixação de médicos na APS, especialmente nas regiões mencionadas, condição que é potencializada pelas seguintes situações: a) escassez de profissionais de saúde em diversas regiões do país; b) formação incipiente na APS de profissionais de saúde na graduação; c) falta de especialistas na APS em todas as profissões de saúde; e d) redução de provimento de médicos por meio dos programas de provimento federais.

233. Nos termos do artigo 2º da Lei 12.871/2013, as causas apontadas, em relação aos profissionais médicos, deverão ser combatidas por meio das seguintes ações: I - reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos; II - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; III - promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional; IV - instituição de programa próprio de bolsas de estudo e pesquisa para projetos e programas de educação pelo trabalho desenvolvidos no âmbito do Programa Mais Médicos; V - uso de recursos de telessaúde, quando necessário, nos termos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

234. Assim, para tratar a formação incipiente dos médicos, na APS, o PMM se utilizará das ações II, III e IV previstas no artigo 2º da Lei 12.871/2013, ou seja, voltadas ao estabelecimento de novos parâmetros para formação médica no país; à promoção de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, nas regiões prioritárias do SUS, e à instituição de programa próprio de bolsas de estudo e de pesquisa desenvolvidos no PMM.

235. Para combater a escassez de médicos em diversas regiões de saúde do país, poderá fazer uso das ações I, III, IV e V, do artigo 2º da Lei 12.871/2013, que se destinam à reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas de Residência Médica, com priorização de regiões com menor densidade de médicos atuando em seu território; à promoção de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, nas regiões prioritárias do SUS; à instituição de programa próprio de bolsas de estudo e de pesquisa desenvolvidos no PMM e, por fim, ao uso da telessaúde, quando for necessária.

236. Com o objetivo de reduzir a falta de especialistas médicos na APS, serão utilizadas as ações I, III e IV, do artigo 2º da Lei 12.871/2013, que abordam, sucessivamente, a questão da reordenação da oferta de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante; à promoção de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, nas regiões prioritárias do SUS; e à instituição de programa próprio de bolsas de estudo e de pesquisa desenvolvidos no PMM.

237. Por fim, quanto à redução do provimento de médicos por meio dos programas de provimento federais, serão utilizadas as ações III e IV, do artigo 2º da Lei 12.871/2013, que tratam da promoção de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, nas regiões prioritárias do SUS e da instituição de programa próprio de bolsas de estudo e de pesquisa desenvolvidos no PMM.

238. Assim, verifica-se que o PMM está focado em ações voltadas à reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas de residência médica, com prioridade em regiões com menor densidade de médicos; ao estabelecimento de novos parâmetros de formação médica no país; à promoção de aperfeiçoamento de médicos na atenção básica em saúde, nas regiões prioritárias do SUS; à instituição de bolsas de estudo e pesquisa no âmbito do PMM; e ao uso da telessaúde, quando necessário.

239. Valendo-se dessas ações, o PMM combaterá a escassez de médicos em diversas regiões do país; a formação incipiente de médicos na APS; a falta de especialistas médicos na APS; e a redução de provimento de médicos por meio dos programas de provimento federais, que juntas levam à dificuldade de provimento e de fixação de médicos na APS, o que gera carência de médicos na APS, em especial, nas regiões prioritárias do SUS, problema que se objetiva tratar por meio da política pública em questão.

240. Resta evidenciado, portanto, que a política pública ora tratada tem uma teoria clara que expressa, de forma objetiva, como ela deve incidir sobre as causas do problema, em relação aos profissionais médicos.

241. Com relação aos resultados e impactos esperados, por sua vez, tem-se que as ações previstas no programa objetivam o incremento do provimento e da fixação de médicos na APS, em especial, em áreas vulneráveis do SUS, com consequente aumento da cobertura da atenção primária. Adicionalmente, por meio das ações de aperfeiçoamento na área de atenção básica em saúde, busca-se qualificar a mão de obra médica prestadora de serviços na APS participante do programa.

242. Tudo isso, em conjunto, para alcançar os objetivos listados nos incisos I, II, V, VI e IX, da Lei 12.871/2013, a saber:

- I) diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde (artigo 1º, inciso I, da Lei 12.871/2013);

II) fortalecer a prestação de serviços na atenção primária à saúde no País, de modo a promover o acesso de primeiro contato, a integralidade, a continuidade e a coordenação do cuidado, e qualificar a abordagem familiar e comunitária capaz de reconhecer as características culturais e tradicionais de cada território atendido e com elas interagir (artigo 1º, inciso II, da Lei 12.871/2013)

[*omissis*]

V) fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos (artigo 1º, inciso V, da Lei 12.871/2013);

VI) promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras (artigo 1º, inciso VI, da Lei 12.871/2013);

[*omissis*]

IX) garantir a integralidade com transversalidade do cuidado no âmbito dos ciclos de vida, por meio da integração entre educação e saúde, com vistas a qualificar a assistência especializada em todos os níveis de atenção do SUS (artigo 1º, inciso IX, da Lei 12.871/2013).

243. Uma vez alcançados os objetivos listados acima, a política pública em questão conseguirá gerar os seguintes impactos: redução das desigualdades regionais na distribuição de médicos nas diferentes áreas do SUS e fortalecimento da APS, com aumento da resolutividade do cuidado por ela prestado e melhoria dos indicadores sensíveis à atenção primária à saúde.

244. Apesar de ser possível traçar essa teoria do programa, nos aspectos relacionados aos resultados e impactos, cabe trazer, sobre esse tema, o teor da resposta do MS, por meio da NT 1.773/2025 – DGAPS/SAPS/MS (peça 64, p. 8-10), nos seguintes termos:

Com base no Plano Nacional de Saúde 2024-2027 e em conformidade com a Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023, dentro dos objetivos definidos para o Departamento de Apoio à Gestão da Atenção Primária à Saúde, que apresenta os resultados e impactos esperados do programa de provimento, o **Programa Mais Médicos** tem como **objetivo central fortalecer a atenção primária, ampliando a cobertura da Estratégia Saúde da Família e da Saúde Bucal**, com vistas à universalização do acesso, à abrangência do cuidado integral, à promoção da saúde, à prevenção de doenças e agravos e à redução de desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais.

Objetivo este que está atrelado à Agenda 2030 e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), sendo, ODS 3 – Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades; ODS 10 – Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles.

Para isto, propôs-se a projeção da **meta de ocupação das vagas nos programas de provimento médico da Atenção Primária à Saúde no período de 2024 a 2027**, acompanhado pelo indicador de desempenho da meta. Sendo incluído o Programa Mais Médicos (PMM) e o Programa Médicos pelo Brasil (PMpB), ambos conduzidos pelo Ministério da Saúde. Conforme o quadro, a seguir:

Quadro 01. Projeção de ocupação das vagas do provimento federal (PMM e PMpB) encaminhada na solicitação de atualização do PNS/PPA 2024-2027

Período	2024	2025	2026	2027	Total do Plano
<b>Físico Previsto</b>	<b>23.553</b>	<b>27.000</b>	<b>27.500</b>	<b>28.000</b>	<b>28.000</b>
<b>Regionalização da Meta</b>	<b>NORTE</b>	<b>4.182</b>	<b>4.937</b>	<b>5.077</b>	<b>5.249</b>
	AC	222	254	259	263
	AP	233	270	275	282
	AM	827	1.058	1.078	1.198
	PA	1.943	2.255	2.313	2.320
	RO	570	621	632	632
	RR	123	184	223	257
	TO	264	295	297	297
	<b>NORDESTE</b>	<b>7.618</b>	<b>8.485</b>	<b>8.554</b>	<b>8.580</b>
	AL:	383	419	411	411
	BA:	2.124	2.335	2.337	2.320

Nota Técnica 1772 /INMAD/21/08  
SCE 05/001 170502/2024 70 / vers. 0  
Para verificar as assinaturas, acesse [www.tcu.gov.br/autenticidade](http://www.tcu.gov.br/autenticidade) e informe o código 77812999.

Período	2024	2025	2026	2027	Total do Plano
<b>Centro-Oeste</b>	CE:	1.448	1.647	1.662	1.667
	MA:	1.037	1.190	1.207	1.229
	PB:	405	440	448	456
	PE	1.308	1.426	1.452	1.452
	PI	365	413	418	422
	RN	325	367	371	375
	SE	223	248	248	248
	<b>CENTRO-OESTE</b>	<b>1.560</b>	<b>1.782</b>	<b>1.810</b>	<b>1.839</b>
	DF	151	176	182	187
	GO	799	910	921	932
<b>Sudeste</b>	MT	349	402	410	420
	MS	261	294	297	300
	<b>SUDESTE</b>	<b>7.406</b>	<b>8.455</b>	<b>8.566</b>	<b>8.681</b>
	ES	529	605	616	627
	MG	1.496	1.720	1.749	1.780
	RJ	1.282	1.440	1.441	1.444
	SP	4.099	4.690	4.760	4.830
	<b>SUL</b>	<b>2.787</b>	<b>3.341</b>	<b>3.493</b>	<b>3.651</b>
	PR	1.127	1.318	1.345	1.382
	RS	1.192	1.453	1.540	1.625
	SC	468	570	608	644

Fonte: Ficha proposta de qualificação PNS/PPA 2024-2027.

Por meio deste indicador **mede-se a ocupação das vagas ofertadas nos programas de provimento médico da Atenção Primária, Programa Mais Médicos (PMM) e Programa Médicos pelo Brasil (PMpB)**, identificando tendências de desocupação e de locais; com destaque para a evolução do preenchimento de vagas e suas potencialidades e dificuldades no processo, com a finalidade de atender as demandas do SUS e reduzir a carência desses profissionais atuantes na APS, com ênfase em áreas remotas e com vulnerabilidade social.

Soma-se ainda que **foram desenvolvidos e validados** junto ao Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégica em Saúde (DEMAS), os **seguintes indicadores** para monitorar a evolução dos Programas de Provimento do Ministério da Saúde:

1. Número de vagas ativas
2. Número de vagas ativas do Programa Médicos pelo Brasil
3. Número de vagas ativas do Programa Mais Médicos
4. Número de vagas ativas na modalidade de coparticipação
5. Número de vagas ativas na modalidade de financiamento federal
6. Número de vagas ocupadas nos Programas de Provimento Federal
7. Número de vagas ocupadas no Programa Mais Médicos
8. Número de vagas ocupadas por CRM Brasil do Programa Mais Médicos
9. Número de vagas ocupadas por Intercambistas do Programa Mais Médicos
10. Número de vagas ocupadas no Programa Médicos pelo Brasil
11. Número de vagas ocupadas por Bolsista no Programa Médicos pelo Brasil
12. Número de vagas ocupadas por Tutores no Programa Médicos pelo Brasil

**13. Número de vagas desocupadas dos Programas de Provimento Federal****14. Número de vagas em processo de ocupação por profissionais dos Programas de Provimento Federal****15. Número de vagas reservadas para chamadas de editais de adesão de municípios****16. Número de vagas ocupadas por médicos do PROVAB e/ou médicos da Cooperação**

A gestão federal do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) possui os indicadores estratégicos para o monitoramento da política, listados a acima.

**Cada indicador possui uma ficha técnica com informações como descrição, interpretação, método de cálculo, periodicidade de monitoramento e fonte de dados.**

**Os dados e indicadores são sistematicamente atualizados, acompanhados e disponibilizados de forma pública mensalmente no Painel de Indicadores de Monitoramento do Mais Médicos**, disponível na página online oficial do programa (<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/mais-medicos/painel>) e nos relatórios encaminhados mensalmente ao Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde (DEMAS/SEIDIGI/MS) e à Casa Civil. (grifos nossos)

245. A resposta do MS permite observar que estão bem definidos os resultados de curto, médio e longo prazo esperados, todos relacionados à eficácia do programa, que é o provimento de médicos na APS. O impacto do programa sobre a assistência à saúde da população não é medido por nenhum dos indicadores apontados. No entanto, na resposta apresentada na NT 2.982/2024 – DGAPS/SAPS/MS (peça 13 p. 6), o MS listou indicadores de efetividade do programa, os quais restringiram-se à cobertura populacional estimada dos programas de provimento federal, apresentada no Painel de Indicadores de Monitoramento do Mais Médicos, e aos níveis de satisfação de usuários, médicos e gestores com o programa.

246. Dentre tais indicadores, o de cobertura populacional estimada dos programas de provimento federal é uma boa medida de processo operacional do programa, sobre a assistência da APS, a qual poderá ou não se converter em resultados melhores nos indicadores de saúde da população, que se trata de métrica de desfecho, a qual contempla a efetividade em saúde do programa. Destaca-se que, no Relatório de Atributos Legais e Infralegais Programas Finalísticos do PPA 2024-2027, p. 2.988-2.989, não há previsão de meta de cobertura populacional, mas tão somente de vagas a serem ocupadas nos programas de provimento médico da APS, havendo previsão de 29.613 até 2027.

247. Na NT 56/2025 – CGPLAD/DGAPS/SAPS/MS (peça 62, p. 3), que trata do redimensionamento das vagas autorizadas e ativas do PMMB, foi apresentada a metodologia de cálculo de cobertura de eSF, nos seguintes termos:

A cobertura de eSF foi calculada de acordo com os parâmetros estabelecidos na Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, de forma a garantir que a estimativa esteja alinhada com a realidade populacional do município. Com esses dados, foi possível identificar o déficit de eSF nos municípios em relação ao quantitativo registrado no SCNES. Com base nesses dados foram calculadas a cobertura da APS, considerando:

- a) População SUS dependente: diferença entre população total do município e total de pessoas beneficiárias de plano privado de saúde.
- b) Cobertura de eSF na populacional total: razão entre a população total do município e o número de eSF existentes.
- c) Cobertura de eSF na população exclusivamente dependente do SUS: diferença entre a população total do município e os beneficiários de planos privados, dividida pelo número de eSF existentes.
- d) População sem cobertura de eSF: diferença entre a população total e população coberta pelas eSF.
- e) Déficit de cobertura na população total: população sem cobertura de eSF dividida pelo parâmetro de cobertura (PRT 3.492/2024).
- f) Déficit de cobertura na população SUS dependente: população SUS dependente sem cobertura de eSF dividido pelo parâmetro de cobertura (PRT 3.492/2024).
- g) Déficit de cobertura na população total: população sem cobertura de eSF dividida pelo parâmetro de cobertura (PRT 3.492/2024).
- h) Déficit de cobertura na população SUS dependente: população SUS dependente sem cobertura de eSF dividido pelo parâmetro de cobertura (PRT 3.492/2024).

248. Para calcular a meta do indicador de cobertura populacional estimada dos programas de provimento de médico federais, pode ser usada a mesma metodologia, com aplicação dos parâmetros estabelecidos na Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024.

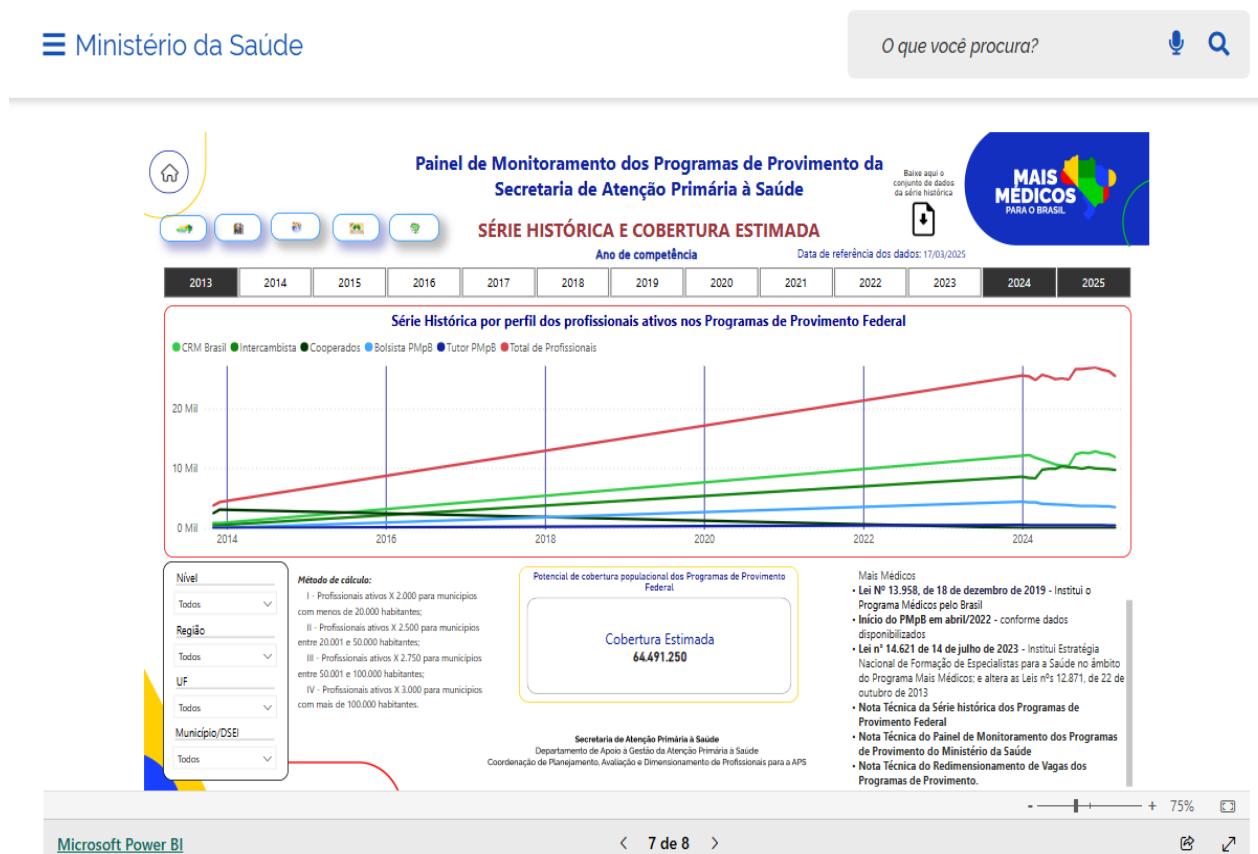
249. Importante destacar que, no Relatório de Atributos Legais e Infralegais Programas Finalísticos do PPA 2024-2027, p. 2.977-2.978, há previsão de aumento da cobertura populacional estimada da APS de

91,02% para 2027, o que converge com o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3, cuja meta 3.8 é de atingir a cobertura universal de saúde.

250. Analisando os dois indicadores, em conjunto, percebe-se que falta o estabelecimento do vínculo entre uma meta e outra, ou seja, em que medida quantitativa os programas de provimento médico federais vão contribuir para o alcance da meta de cobertura populacional da APS.

251. De qualquer modo, pode-se entender que o PMM projeta resultados de longo prazo para a cobertura da população, ainda que não esteja apresentando isso em número de cobertura estimada dos programas de provimento médico federais, mas tão somente de vagas a serem ocupadas. Apesar disso, destaca-se, conforme informado nas respostas do MS, que o Painel de Monitoramento dos Programas de Provimento da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, na página 7, apresenta o potencial de cobertura populacional atual, conforme captura de tela abaixo:

**Figura 13 – Painel de monitoramento dos programas de provimento da SAPS**



Fonte: [Painel — Ministério da Saúde](#), acesso em 2/4/2025.

252. A política em análise, entretanto, se ressente de indicadores relacionados à medida de impacto na saúde da população, o que é de grande relevância para se medir a efetividade de uma política pública voltada à assistência à saúde.

253. Com relação aos objetivos da política pública em questão, destaca-se que eles estão explicitados no artigo 1º da Lei 12.871/2013, com a redação alterada pela Lei 14.621/2023, que a institucionalizou, nos seguintes termos:

Art. 1º É instituído o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os seguintes objetivos:

I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;

II - fortalecer a prestação de serviços na atenção primária à saúde no País, de modo a promover o acesso de primeiro contato, a integralidade, a continuidade e a coordenação do cuidado, e qualificar a abordagem familiar e comunitária capaz de reconhecer as características culturais e tradicionais de cada território atendido e com elas interagir;

III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;

VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;

VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS;

VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS;

IX - garantir a integralidade com transversalidade do cuidado no âmbito dos ciclos de vida, por meio da integração entre educação e saúde, com vistas a qualificar a assistência especializada em todos os níveis de atenção do SUS; e

X - ampliar a oferta de especialização profissional nas áreas estratégicas para o SUS.

254. Segundo o MS informou, em sede da NT 1.773/2025 – DGAPS/SAPS/MS (peça 64, p. 8-10), o **objetivo central do Programa Mais Médicos seria o fortalecimento da atenção primária, com ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e da Saúde Bucal**, com vistas a alcançar a universalidade do acesso da APS e a integralidade do cuidado por ela prestado.

255. Importante destacar que esse objetivo, conforme explicado na nota técnica já mencionada, estaria atrelado à Agenda 2030 e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, sendo, ODS 3 – Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades e ODS 10 – Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles.

256. Quanto à análise se os objetivos delineados no programa são específicos, mensuráveis, apropriados, realistas e possuem estimativa de tempo de implantação e de produção de seus efeitos, cabem algumas explicações.

257. Com relação ao primeiro objetivo, ‘I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde’, o PNS 2012-2015 previu meta de ‘alocar até 13 mil médicos brasileiros e estrangeiros em regiões prioritárias para o SUS, por meio do Programa Mais Médicos’. No PNS 2016-2019 essa meta foi alterada para ‘alcançar 20.335 médicos brasileiros e estrangeiros atuando em regiões prioritárias para o SUS, por meio do Programa Mais Médicos e do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica – PROVAB’.

258. No PNS 2020-2023, a meta mencionada mudou de forma importante, passando a ser ‘alcançar ocupação superior a 85% das vagas oferecidas em programas de provimento médico federal (Projeto Mais Médicos + Programa Médicos pelo Brasil).

259. No PNS 2024-2027, passou a ser ‘ocupar vagas nos programas de provimento médico da atenção primária à saúde’, com meta, para 2027, prevista em 29.613 vagas ocupadas.

260. Apesar da ampla mudança da meta do objetivo do PMM, relacionado à redução da carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde, sua avaliação demonstra que o objetivo em tela é específico, mensurável, apropriado, realista e possui estimativa de tempo de implantação e de produção de seus efeitos, atendendo, portanto, aos requisitos estabelecidos no Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU.

261. Com relação aos objetivos listados nos incisos III a VIII e X, que são voltados à formação e ao aperfeiçoamento do médico, não foram previstos indicadores para sua mensuração e possibilidade de monitorar e avaliar seus resultados.

262. A mesma observação se faz em relação aos objetivos II e IX, que são voltados à qualidade da assistência na APS, pois também não foram previstos indicadores para seu monitoramento e acompanhamento.

263. Tais condições são agravadas pelo fato de que alguns dos objetivos listados são constituídos por cláusulas abertas, a exemplo dos incisos II e IX, que abordam diretrizes e princípios do SUS, sem uma definição mais específica e mensurável, que permita seu monitoramento e acompanhamento de forma mais precisa.

264. Assim, tais objetivos não são específicos, mensuráveis, realistas e não possuem estimativa de tempo de implantação e de produção de seus efeitos.

265. Quanto aos objetivos do PMMB, que estão previstos no artigo 3º da Portaria Interministerial MS/MEC 604/2023, abaixo transrito, cabe fazer algumas observações.

Art. 3º O PMMB tem os seguintes objetivos específicos:

I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;

II - fortalecer a prestação de serviços na Atenção Primária à Saúde no País, de modo a promover o acesso de primeiro contato, a integralidade, a continuidade e a coordenação do cuidado, e qualificar a abordagem familiar e comunitária capaz de reconhecer e interagir com as características culturais e tradicionais de cada território atendido;

III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo o seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;

VI - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e funcionamento do SUS;

VII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS;

VIII - garantir a integralidade com transversalidade do cuidado no âmbito dos ciclos de vida, por meio da integração entre educação e saúde, com vistas a qualificar a assistência especializada em todos os níveis de atenção do SUS;

IX - ampliar a oferta de especialização profissional nas áreas estratégicas para o SUS; e

X - construir e aprimorar habilidades e competências por meio da inserção dos médicos em formação nos cenários de prática profissional vinculados ao SUS.

266. A leitura do dispositivo acima permite verificar que, com exceção do inciso X, todos os demais estão contemplados no artigo 1º da Lei 12.871/2013, repetindo-se sobre eles, portanto, a análise já empreendida anteriormente.

267. Quanto ao disposto no inciso X, que trata da formação médica, por meio de maior prática profissional, faz-se a mesma observação apresentada em relação aos incisos III a VIII e X do artigo 1º da Lei 12.871/2013, de que não há indicadores para sua mensuração e possibilidade de monitorar e avaliar seus resultados.

268. Por conseguinte, em relação aos objetivos específicos do PMMB, pode-se entender que, com exceção do objetivo listado no inciso I do artigo 3º da Portaria Interministerial MS/MEC 604/2023, todos os demais não são específicos, mensuráveis, realistas e não possuem estimativa de tempo de implantação e de produção de seus efeitos.

### 3.3.4 Causas

269. Conforme já destacado anteriormente, o planejamento adequado de uma política pública demanda utilização de um modelo lógico, para estruturar os insumos e as intervenções públicas necessários, com vistas a gerar os produtos, resultados e impactos esperados.

270. Assim, falhas ocorridas nessa etapa, quando devem ser estabelecidos os objetivos e os impactos por ela almejados, levam à formulação de uma política pública como a ora analisada, sem objetivos claros e sem projeção dos impactos que suas ações deverão gerar sobre a saúde da população assistida.

### 3.3.5 Consequências

271. A falta de objetivos claros no PMM compromete a definição de resultados palpáveis, o que pode trazer implicações no alcance de resultados efetivos no programa. Adicionalmente, a ausência de projeção dos impactos não apenas compromete o monitoramento e a avaliação do programa, mas também dificulta a mensuração de sua efetividade na melhoria da saúde da população, deixando incerto o alcance dos resultados esperados.

### 3.3.6 Proposta de encaminhamento e benefícios esperados

272. Considerando que o planejamento adequado de uma política é uma etapa essencial da formulação, para definir como as ações públicas deverão ser estruturadas para gerar os resultados desejados; considerando que, no caso sob exame, não houve projeção dos impactos de longo prazo almejados pela política e os objetivos do programa, a exceção de um, carecem de clareza, nos termos previstos no Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU, pois alguns não são específicos e outros não são

mensuráveis e não possuem estimativa de tempo de implantação e de produção de seus efeitos; considerando que a falha apontada compromete o monitoramento e a avaliação do programa, visto que não tem a definição específica e a devida quantificação dos resultados e dos impactos de longo prazo a que se quer chegar com a política pública formulada; faz-se necessário recomendar ao Ministério da Saúde que:

a) reavalie/defina o modelo lógico, de forma estabelecer, de forma clara e objetiva:

a.1) as ações do programa, que devem ser definidas a partir da identificação de causas selecionadas do problema, que são aquelas sobre as quais o programa deve intervir pelo seu maior impacto para a mudança esperada;

a.2) os produtos que devem ser gerados a partir das ações, representados por bens e serviços ofertados aos beneficiários do programa;

a.3) os resultados intermediários que devem ser gerados a partir dos produtos das ações, que evidenciem mudanças nas causas do problema e que levem ao resultado final;

a.4) os resultados finais esperados da intervenção, que devem estar diretamente relacionados ao objetivo do programa, refletindo a mudança;

a.5) os impactos que representem os efeitos diretamente associados ao alcance do resultado final, e reflitam mudanças nas consequências do problema; e

b) a partir do modelo lógico do programa, especifique formalmente a descrição dos indicadores; a frequência da coleta de dados; os responsáveis pela coleta e análise dos dados; o valor de linha de base; e a meta por período, apresentando justificativas adequadas quando não for o caso.

273. Espera-se, com o encaminhamento proposto, que o Ministério da Saúde promova melhores formulações e reformulações de políticas públicas de saúde, com objetivos claros e previsão de impacto de seus resultados sobre a saúde população.

### **3.4 O PMM tem indicadores de efetividade, eficácia e eficiência definidos, mas carecem de definição de metas objetivas para o alcance de seus resultados, o que prejudica o bom monitoramento do desempenho e a aferição dos resultados e impactos das intervenções governamentais**

274. Tal achado relaciona-se às seguintes questões de auditoria:

Questão 6: O Projeto Mais Médicos para o Brasil tem indicadores de efetividade, eficácia e eficiência definidos?

Questão 8: O Projeto Mais Médicos para o Brasil tem metas objetivas de entrega de produtos e de alcance de resultado?

275. Indicadores são instrumentos gerenciais, que devem ser previstos no próprio desenho da política pública, para medir o desempenho do programa, em relação à meta declarada, e permitir avaliar as dimensões de eficácia, de eficiência e de efetividade (artigo 2º, inciso III, da Lei 13.971/2019, que instituiu o PPA 2020-2023, vigente à época das mudanças instituídas no PMM por meio da Lei 14.621/2023; Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU, item ‘Controle aplicado ao desenho e à institucionalização da política’, p. 53). No entanto, no PMM, apesar de haver indicadores relacionados às três dimensões mencionadas, há carência de indicadores de eficiência e de efetividade adequados. Essa lacuna compromete não apenas o monitoramento e a avaliação do programa, mas também a capacidade de identificar falhas, ajustar ações e assegurar que os objetivos do programa sejam efetivamente alcançados.

#### **3.4.1 Situação Encontrada**

276. Observou-se, no âmbito do PMM, que, apesar de o programa em tela ter previsão de indicadores de eficácia, eficiência e efetividade, em relação aos dois últimos, tais instrumentos apresentam falhas em suas propriedades, em especial quanto à falta de atribuição de metas e de especificação da periodicidade com que precisarão ser medidos.

277. Adicionalmente, os indicadores de eficiência se ressentem da existência de métricas relacionadas a outros insumos que não apenas médicos. Em relação aos indicadores de efetividade, não há previsão de qualquer medida de impacto sobre a saúde da população.

278. Em face das deficiências expostas, o conjunto de indicadores definidos acaba não sendo suficiente para permitir o monitoramento adequado da eficiência e da efetividade do programa.

### 3.4.2 Critérios

279. Destaca-se inicialmente que indicador, nos termos prescritos, no artigo 2º, inciso III, da Lei 13.971/2019, que instituiu o PPA 2020-2023, é ‘instrumento gerencial que permite a mensuração de desempenho de programa em relação à meta declarada’. Meta, por sua vez, conforme previsto no inciso II, da mesma lei, é ‘declaração de resultado a ser alcançado, de natureza quantitativa ou qualitativa, que contribui para o alcance do objetivo’.

280. Esses dois instrumentos são tão relevantes que a Lei 13.971/2019 elencou, no artigo 3º, inciso II, entre as diretrizes do PPA 2020-2023, ‘a busca contínua pelo aprimoramento da qualidade do gasto público, **por meio da adoção de indicadores e metas que possibilitem a mensuração da eficácia das políticas públicas**’ (grifo nosso).

281. A disponibilidade da informação relativa às metas e aos indicadores propostos para avaliação das políticas públicas é tão importante que a Lei 12.527/2011, chamada de Lei de Acesso à Informação, em seu artigo 7º, inciso VII, prescreve que o acesso à informação tratada na mencionada lei compreende a informação relativa ‘à implementação, acompanhamento e resultados dos programas, projetos e ações dos órgãos e entidades públicas, bem como **metas e indicadores propostos**’ (grifo nosso).

282. Adicionalmente, o documento Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise *ex-ante*, item Indicadores, p. 101, traz a seguinte definição de indicadores:

**Indicadores** são dados que possibilitam desde acompanhar o andamento até medir o cumprimento dos objetivos de uma política. Eles se referem à quantidade, à qualidade, ao cronograma e aos custos observados comparativamente. Uma vez fixados durante a elaboração *ex ante*, por meio de um modelo lógico, os indicadores definem quais dados devem ser coletados para que se possa realizar o acompanhamento da implementação e a avaliação sobre a obtenção ou não dos resultados esperados. (grifo nosso)

283. Em seguida, o mencionado documento técnico prossegue:

**Indicadores e metas** devem ser considerados como elementos indissociáveis da construção dos modelos lógicos. [omissis]. Para que se tenha a melhor clareza possível dos resultados a serem perseguidos, é necessário atrelar metas a tais aspectos, ou seja, definir quantitativa e qualitativamente a partir de que grau as mudanças geradas pela política serão consideradas satisfatórias. (grifo nosso)

284. Sobre metas, o Guia Prático de Análise *ex-ante*, no item Metas de entrega de produtos, p. 80, estabelece que, depois de definidos os critérios da ação pública e estimados os indicadores, compete ao gestor apresentar as metas e os resultados que pretende atingir com a política em relação aos produtos a serem entregues e aos benefícios a serem alcançados. Tudo isso demonstra, em conjunto, que a política está sendo planejada, com delineamento de quais são os compromissos assumidos pela sua gestão.

285. A partir do modelo lógico, como ressalta o Guia Prático de Análise *ex-ante*, p. 103, ‘é possível construir indicadores de eficácia, eficiência e efetividade’, que são assim explicados:

Os indicadores de eficiência dizem em que medida os recursos utilizados para gerar um produto estão sendo otimizados ou desperdiçados, seja por falha nos insumos seja nos processos. Os indicadores de eficácia demonstram se os produtos foram entregues no prazo fixado. Os de efetividade, por sua vez, são os que dizem se os resultados mais importantes da política estão acontecendo, e em que prazo.

**FIGURA 2**  
Processo de avaliação de eficácia, eficiência e efetividade orientado pelo modelo lógico



Fonte: Brasil (2015, p. 14).

286. A construção dos indicadores é importante para que a política pública possa ser posteriormente avaliada. Nesse sentido, é apresentada exposição sobre o tema no Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU, item ‘Controle aplicado ao desenho e à institucionalização da política’, p. 53, nos seguintes termos:

Destaca-se que o desenho da política pública deve ser orientado para avaliação. Ou seja, já no próprio desenho deve haver a previsão de elementos para que a política seja futuramente passível de avaliação.

Assim, **deve ser verificado se há indicadores objetivos** para avaliar as dimensões de eficácia, eficiência e efetividade. (grifo nosso)

287. Em seguida, continua com a seguinte fundamentação:

Os **indicadores devem possuir metas objetivas** de entrega de produtos e de alcance de resultado. Além disso, deve haver uma linha de base (marco zero) estabelecida acerca da realidade à qual a política pública visa promover mudanças, para que futuramente possa ser realizada a avaliação quanto ao alcance de resultados dessa política. Assim, após a estruturação da política, esses parâmetros iniciais podem ser comparados com os resultados efetivos e as metas alcançadas, no âmbito de avaliações realizadas. (grifo nosso)

288. Portanto, para verificar se a política pública foi bem desenhada, cabe, nos termos do Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU, p. 53, avaliar se ela foi formulada para atingir objetivos claros, que possam ser medidos por meio de indicadores objetivos, que estejam associados a metas de entrega de produtos e de alcance de resultado.

### 3.4.3 Evidências e sua análise

289. Em relação ao PMM, cumpre registrar que a Lei 12.871/2013, que instituiu o mencionado programa, não traz indicadores para medir a eficiência dos processos de trabalho da política, nem a eficácia ou efetividade do programa. No entanto, o Plano Nacional de Saúde prevê indicadores de eficácia, relacionados ao número de provimentos de médicos.

290. Para esclarecer melhor a matéria, o MS, em resposta apresentada a ofício de requisição do TCU (peça 13, p. 5-6), apresentou uma lista de indicadores de eficácia, de eficiência e de efetividade, relacionados ao programa, sem, entretanto, mostrar onde eles estavam previstos, com suas respectivas metas, nem onde estaria fixado o local onde seriam alimentados para monitoramento e avaliação do PMM. Segue abaixo a mencionada lista:

#### Eficácia

- Número de municípios aderidos aos programas de provimento federal
- Número de municípios aderidos aos programas de provimento segundo categorias do índice de vulnerabilidade social
  - Número de municípios aderidos na Faixa de Fronteira
  - Número de municípios aderidos na Amazônia Legal
  - Número de DSEIs aderidos na Amazônia Legal
  - Número de municípios com vagas ativas aos programas de provimento federal
  - Número de vagas ativas no PMMB
  - Número de vagas ativas PMMB por tipo de equipe (eSF, eCR, eAAP, eMSI)
  - Número de vagas ativas por Programa nas Unidades Federativas
  - Número de vagas ativas nos Programas de Provimento Federal segundo categorias do índice de vulnerabilidade social
    - Número de vagas ativas dos municípios aderidos na Amazônia Legal
    - Número de vagas ativas nos municípios aderidos na Faixa de Fronteira
    - Número de vagas ativas por modalidade (coparticipação e financiamento federal) nas unidades federativas
    - Número de vagas ativas nos DSEIs
    - Número de municípios com profissionais ativos nos programas de provimento federal
    - Número de DSEIs com profissionais ativos aos programas de provimento federal
    - Número de profissionais ativos no PMMB
    - Número de vagas ocupadas (total, por UF, município, DSEI, categoria do índice de vulnerabilidade)
    - Número de vagas ocupadas por perfil (CRM e intercambista)
    - Número de vagas ocupadas segundo raça/cor, nacionalidade, gênero, faixa etária
    - Percentual de ocupação de vagas
    - Número de vagas em processo de ocupação (total, município, DSEI)
    - Percentual de médicos do provimento por situação de cadastro consistente no CNES
    - Percentual de médicos do provimento sem cadastro no CNES
    - Percentual de médicos do provimento cadastrado fora de equipe ou sem equipe no CNES

**Eficiência**

- Taxa de rotatividade de médicos do PMM por região e índice de vulnerabilidade social municipal
- Média de permanência em meses de médicos do PMMB
- Proporção de profissionais por categoria de índice de vulnerabilidade social (presente no Painel de Indicadores de Monitoramento do Mais Médicos)

**Efetividade**

- Cobertura populacional estimada dos Programas de Provimento Federal (presente no Painel de Indicadores de Monitoramento do Mais Médicos)
- Nível de satisfação de usuários da atenção primária atendimentos por médicos dos programas de provimento
  - Nível de satisfação dos médicos participantes do PMMB com o programa
  - Nível de satisfação dos gestores do PMMB com o programa
  - Nível de satisfação dos gestores de programas de provimento com os médicos PMMB

291. Os indicadores de eficiência acima listados tratam apenas do recurso humano médico, sem levar em conta outro insumo muito importante para medida de eficiência que é o recurso financeiro.

292. Quanto aos indicadores de efetividade, com exceção da cobertura populacional, os demais se concentraram em medir a satisfação dos médicos, gestores e usuários da APS, sem haver qualquer indicador para medir o impacto que a política tem na saúde da população.

293. Em face dos apontamentos expostos, fez-se necessário requisitar ao MS que informasse em qual norma estariam previstos os indicadores de eficácia, eficiência e efetividade do PMM, sua metodologia de cálculo, as metas a eles relacionadas e onde estariam sendo registrados para monitoramento e avaliação da política.

294. Em resposta, o MS, por meio da NT 1.773/2025 – DGAPS/SAPS/MS (peça 64, p. 10), apresentou a seguinte informação:

O MS tem fomentado estudos e pesquisas para avaliar os resultados e impactos do PMM junto a instituições de ensino e pesquisa para a investigação de aspectos como a fixação de médicos em áreas vulneráveis, a ampliação da cobertura assistencial, os indicadores de saúde e a eficácia do programa no fortalecimento da APS. Estes estudos são essenciais para desenvolver uma teoria de mudança consistente e estabelecer indicadores institucionalizados e alinhados aos objetivos do PMM. Os documentos que preveem os indicadores acompanhados pela área técnica intitulada: Coordenação-Geral de Planejamento, Avaliação e Dimensionamento para profissionais da APS, responsável do Ministério da Saúde são:

- Plano Nacional de Saúde (2024-2027), em que são relacionados às vagas de provimento;
- **Documento interno em que constam as fichas de qualificação de indicadores do provimento federal** que são monitorados pela área técnica do Ministério da Saúde e disponibilizados por meio de dashboard público no Gov.BR (<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/mais-medicos/painel>).
- Portaria GM/MS nº 6.374, de 27 de dezembro de 2024 que prevê o monitoramento de cadastros de profissionais no SCNES. (grifo nosso)

295. Questionou-se também se existiriam estudos e planos para instituir indicadores que avaliassem a eficiência da política relacionada ao uso de recursos financeiros, bem como a efetividade, em razão do impacto que o programa estaria gerando na saúde da população.

296. Na NT já mencionada acima, à p. 10-11, foram expostos os esclarecimentos abaixo:

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Planejamento, Avaliação e Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde (CGPLAD/SAPS), firmou **parceria com a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)** para a realização do estudo ‘Inteligência Artificial para Análise Econômica do Programa Mais Médicos’. O projeto tem como **escopo central o desenvolvimento de novos indicadores que permitam avaliar, de forma robusta, a eficiência econômica e a efetividade em saúde do Programa Mais Médicos (PMM)**, especialmente após o seu aperfeiçoamento promovido pela Lei nº 14.621/2023.

A avaliação de programas como o PMM envolve desafios metodológicos significativos, pois os resultados podem variar conforme os parâmetros utilizados e as abordagens analíticas adotadas. Nesse sentido, avaliar o custo-efetividade do programa, sua sustentabilidade econômica no longo prazo e os efeitos dos diferentes incentivos sobre a fixação médica em regiões prioritárias é fundamental para o planejamento estratégico e para a qualificação da política pública.

O estudo está orientado pelo seguinte **objetivo geral: Avaliar os impactos econômicos e de saúde decorrentes do Programa Mais Médicos (PMM), utilizando ferramentas de inteligência artificial, modelagem preditiva e análise regional comparativa, com vistas a subsidiar a tomada de decisões e a formulação de políticas públicas baseadas em evidências.**

Seus **objetivos específicos são:** (i) avaliar a eficiência econômica e a efetividade das políticas de provimento do PMM, considerando diferentes perfis de municípios e contextos territoriais; (ii) estimar a razão de custo-efetividade incremental (RCEI) dos incentivos financeiros e formativos introduzidos pela Lei nº 14.621/2023; (iii) desenvolver modelos preditivos de custos futuros e de retenção de profissionais médicos, com base em variáveis institucionais, geográficas e sociodemográficas; (iv) produzir relatórios técnicos e policy briefings para subsidiar gestores públicos nas decisões relacionadas ao planejamento e à execução do programa; e (v) promover a disseminação de conhecimento técnico e científico voltado à avaliação econômica de políticas públicas em saúde, com base em evidências.

A análise está organizada em **quatro pilares fundamentais**. O primeiro trata da avaliação de impacto, com foco na efetividade dos novos incentivos financeiros e educacionais sobre a fixação prolongada de médicos em áreas vulneráveis. Evidências nacionais e internacionais indicam que instrumentos como bônus, oportunidades de qualificação profissional e suporte institucional contribuem significativamente para a permanência de profissionais em regiões historicamente desassistidas. O segundo pilar é a sustentabilidade financeira, que considera a relação entre os custos do programa e os benefícios obtidos, especialmente no que diz respeito à redução das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP). Estudos prévios já demonstraram que o Programa Mais Médicos tem potencial para gerar economias substanciais ao sistema de saúde por meio da redução dessas hospitalizações evitáveis. O terceiro pilar aborda a tomada de decisão baseada em evidências, destacando o uso de ferramentas da economia da saúde e da avaliação de políticas públicas para assegurar que os recursos sejam alocados de forma eficiente, com base em dados qualificados e resultados mensuráveis. Por fim, o quarto pilar refere-se ao planejamento estratégico de longo prazo, sustentado por técnicas de modelagem preditiva e machine learning, que possibilitam a projeção de cenários futuros em termos de custo, cobertura e permanência de profissionais. Essa abordagem permite ajustes proativos nas estratégias de incentivo, promovendo maior eficácia na gestão orçamentária e na resposta às necessidades dos territórios.

Entre os principais indicadores utilizados ou em fase de desenvolvimento no escopo do projeto, destacam-se a taxa de fixação de médicos nas regiões prioritárias em prazos de 12 e 18 meses, a redução nas internações hospitalares evitáveis (ICSAP), a razão de custo-efetividade incremental (RCEI) por tipo de incentivo adotado e os modelos preditivos de custos futuros do programa, baseados em variáveis institucionais, geográficas e sociodemográficas.

Dados consolidados demonstram que entre 2013 e 2015, o PMM foi responsável por uma expansão de 29,8% na disponibilidade de médicos, com alocação prioritária em áreas de alta vulnerabilidade social, notadamente nas regiões Norte e Nordeste. Esse aumento da cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) foi associado a uma redução significativa de hospitalizações evitáveis, com economia estimada de R\$ 27,88 milhões entre 2014 e 2017, equivalente a 8% dos custos totais associados a essas internações.

Diante do crescimento contínuo dos gastos em saúde pública, torna-se cada vez mais essencial o uso de ferramentas que possibilitem a previsão acurada das despesas e o planejamento orçamentário eficiente. A previsão de custos em saúde subsidia a formulação de políticas, melhora a alocação de recursos e apoia a prestação de cuidados sustentáveis e equitativos à população. O uso de modelos preditivos permitirá ao Ministério da Saúde antecipar os efeitos financeiros e operacionais de suas estratégias, ajustando o programa às realidades territoriais e garantindo sua sustentabilidade.

**O estudo tem previsão de conclusão no primeiro semestre de 2026**, e seus resultados deverão subsidiar, de forma estratégica, o aprimoramento contínuo do programa e a tomada de decisão baseada em evidências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (grifos nossos)

297. Sobre os indicadores de eficiência listados na NT 2.982/2024 – DGAPS/SAPS/MS (peça 13, p. 5), cabe salientar que eles não foram tratados nas normas que instituíram o PMM, mas na NT CGPLAD/SAPS/MS (peça 26), encaminhada em anexo com a NT da peça 13, que trata da ‘média de permanência’ e ‘taxa de rotatividade entre médicos dos programas de provimento federais’; em relação ao indicador ‘proporção de profissionais por categoria de índice de vulnerabilidade social’, segundo informado pelo MS, na NT 1.773/2025 – DGAPS/SAPS/MS (peça 64, p. 10), estaria previsto em documento interno, no qual constam as fichas de qualificação de indicadores do provimento federal (importante mencionar que tais fichas não foram encontradas no Painel de Monitoramento, nem foram encaminhadas pelo MS, mas seus números são apresentados na segunda tela do Painel, conforme imagem abaixo).

**Figura 14 – Captura de tela do Painel de Monitoramento dos Programas de Provimento da Secretaria de Atenção Primária à Saúde**



Fonte: [Painel — Ministério da Saúde](#), acesso em 2/4/2025

298. Além de não terem sido previstos nas normas que instituíram o programa, tais indicadores de eficiência restringem-se ao recurso humano médico, não considerando outros insumos necessários à operacionalização do programa, como recursos financeiros, por exemplo.

299. Adicionalmente, tais indicadores, apesar de serem específicos (objetivam aspectos específicos a serem submetidos a processo de mudança da política – rotatividade dos médicos do PMM; tempo de permanência do médico na lotação que teve provimento; proporção de profissionais por categoria de índice de vulnerabilidade social); mensuráveis (podem ser medidos para aferir se os resultados propostos foram alcançados) e relevantes (devem refletir informações relacionadas aos componentes que medem), não são atribuíveis (não têm metas a eles estabelecidas) e, por consequência, não são temporalmente regulares (não têm periodicidade explicitada com que precisarão ser medidos para que possam ser úteis à medição de resultados).

300. Em razão de tais aspectos, entende-se que os indicadores desenvolvidos para a análise da eficiência dos processos de trabalho da política atendem apenas parcialmente o Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU, visto que, além de não terem metas a eles atribuíveis, nem especificação da periodicidade com que precisarão ser medidos, foram previstos apenas para medir a fixação dos médicos e a proporção de provimento dessa mão de obra por índice de vulnerabilidade social. Nada está previsto para avaliar a eficiência do uso de outros insumos necessários à operacionalização do programa.

301. Cumpre destacar que, apesar dessa ressalva, o MS está tomando providências para tratar dessa lacuna, haja vista a formalização da parceria com a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), que tem, como um de seus objetivos centrais, o desenvolvimento de novos indicadores que permitam avaliar a eficiência econômica, especialmente após o seu aperfeiçoamento promovido pela Lei nº 14.621/2023, com uso de indicadores tais como: a) taxa de fixação de médicos nas regiões prioritárias em prazos de 12 e 18 meses; b) razão de custo-efetividade incremental (RCEI) por tipo de incentivo adotado; e c) modelos preditivos de custos futuros do programa, baseados em variáveis institucionais, geográficas e sociodemográficas.

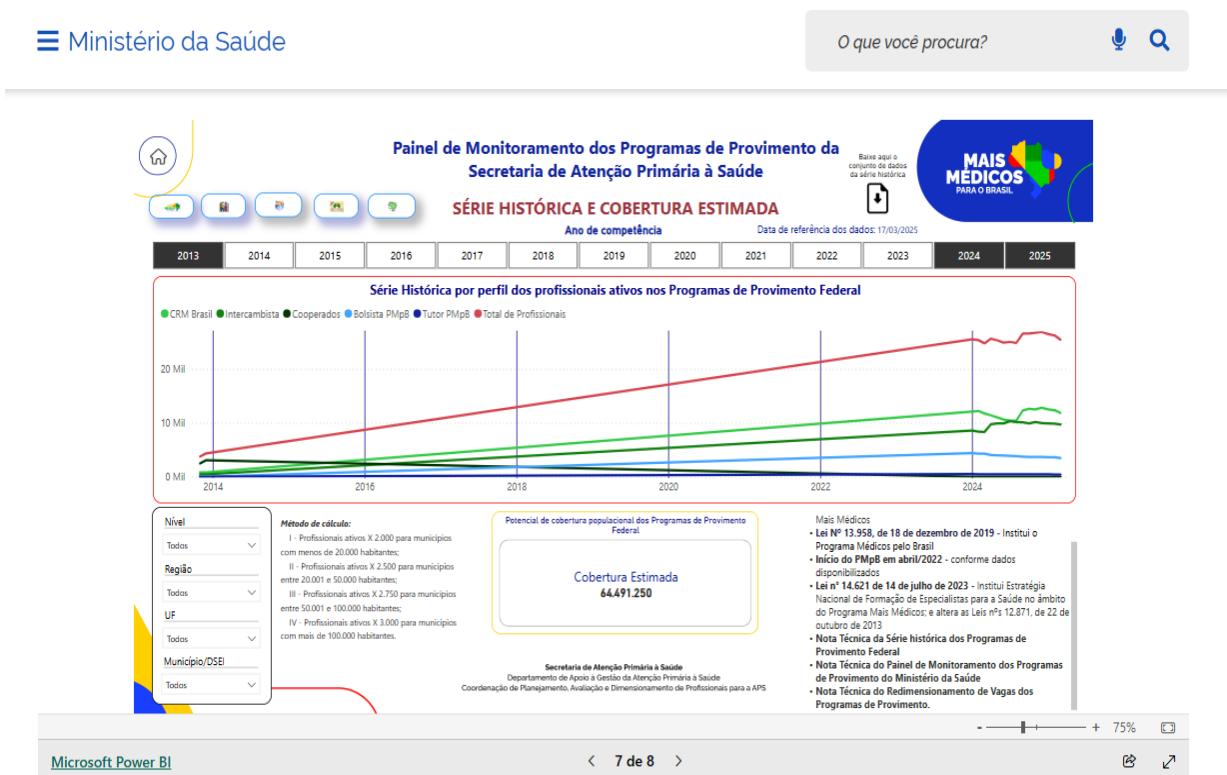
302. Nesse sentido, a fragilidade já foi diagnosticada pela própria unidade jurisdicionada, que está trabalhando para promover as correções necessárias.

303. Quanto aos indicadores de efetividade destaca-se que se restringem apenas à cobertura populacional estimada dos programas de provimento federal, apresentada no Painel de Indicadores de Monitoramento do Mais Médicos, e aos níveis de satisfação de usuários, médicos e gestores com o programa. Ressalta-se que o impacto do programa sobre a assistência à saúde da população não é medido por nenhum dos indicadores apontados.

304. Dentre os indicadores de efetividade, o de cobertura populacional estimada dos programas de provimento federal é uma boa medida de efetividade da política sobre a assistência da APS. No entanto, não há dimensionamento direto de sua meta em números (há necessidade de calcular o potencial de cobertura a partir do número de vagas previstas no PPA e dos parâmetros de cobertura de equipes de saúde da família estabelecidos Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024).

305. Apesar dessas ressalvas, destaca-se que o Painel de Monitoramento dos Programas de Provimento da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, na página 7, apresenta o potencial de cobertura populacional estimada, conforme captura de tela abaixo:

**Figura 15 - Captura de tela do Painel de Monitoramento dos Programas de Provimento da Secretaria de Atenção Primária à Saúde**



Fonte: [Painel — Ministério da Saúde](#), acesso em 2/4/2025.

306. Cabe registrar que o indicador de cobertura populacional estimada dos programas de provimento federal é específico; mensurável (apesar de sua meta precisar ser calculada por via indireta, a partir da ocupação de vagas previstas no PPA, em conjunto com o parâmetro de cobertura da eSF previsto na Portaria GM/MS 3.493/2024, que instituiu nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso da APS); relevante; atribuível (com a ressalva de que sua meta precisa ser calculada, conforme já explicado) e, por fim, temporalmente regular.

307. Quanto aos indicadores de efetividade relacionados ao nível de satisfação de usuários, médicos e gestores com o programa, são específicos, mensuráveis, relevantes, porém não são atribuíveis, nem temporalmente regulares, visto que não foram previstas metas nem periodicidade de sua avaliação.

308. Por essa razão, entende-se que os indicadores desenvolvidos para a análise da efetividade do PMM atendem apenas parcialmente o Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU, visto que, além não medirem o impacto na saúde da população, os indicadores relacionados ao nível de satisfação de usuários, médicos e gestores com o programa carecem de metas a eles atribuíveis, bem como especificação da periodicidade com que precisarão ser medidos.

309. Mais uma vez, cumpre salientar que, apesar da mencionada ressalva, o MS está tomando providências para tratar dessa lacuna, haja vista a formalização da parceria com a UFCSPA, que tem, como um de seus objetivos centrais, o desenvolvimento de novos indicadores que permitam avaliar a efetividade em saúde do PMM, utilizando indicadores tais como redução nas ICSAP.

310. Portanto, a lacuna mencionada também já foi detectada pelo próprio Ministério da Saúde que já está tomando providências para saneá-la.

#### 3.4.4 Causas

311. Sabe-se que uma política bem desenhada, como estabelece o Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU, p. 53, deve ter objetivos claros, que tenham metas de entrega de produtos e de alcance de resultado, que possam ser medidos por indicadores objetivos.

312. No caso objeto de exame, a etapa de planejamento não permitiu a construção adequada do desenho da política pública ora analisada, o que levou a falhas na definição dos objetivos e de suas respectivas metas, bem como no estabelecimento de indicadores que permitam monitorar e avaliar os resultados alcançados.

#### 3.4.5 Consequências

313. A falta de metas e de indicadores que se constitui em obstáculo ao monitoramento e à avaliação do programa, uma vez que não se tem definidas as metas dos resultados que se quer alcançar nem os instrumentos que poderão ser utilizados para medi-los, durante a implementação. Essa lacuna dificulta a mensuração precisa de seu desempenho, a identificação de falhas nos processos e a realização de ajustes necessários durante a implementação do programa. Além disso, prejudica a transparência e a tomada de decisões baseadas em evidências, o que pode comprometer a efetividade geral da política pública.

#### 3.4.6 Proposta de encaminhamento e benefícios esperados

314. Considerando que o planejamento adequado de uma política é uma etapa essencial da formulação, para definir como as ações públicas deverão ser estruturadas para gerar os resultados desejados, com definição de suas metas e indicadores para medi-los; considerando que, no caso sob exame, há deficiências na previsão de metas e na formulação de indicadores de eficiência e de efetividade do programa; considerando que a falha apontada compromete o monitoramento e a avaliação do programa, visto que não tem a definição específica e a devida quantificação dos resultados a que se quer chegar com a política pública formulada; faz-se necessário recomendar ao Ministério da Saúde que:

a) reavalie/defina o modelo lógico, de forma estabelecer, de forma clara e objetiva;

a.1) as ações do programa, que devem ser definidas a partir da identificação de causas selecionadas do problema, que são aquelas sobre as quais o programa deve intervir pelo seu maior impacto para a mudança esperada;

a.2) os produtos que devem ser gerados a partir das ações, representados por bens e serviços ofertados aos beneficiários do programa;

a.3) os resultados intermediários que devem ser gerados a partir dos produtos das ações, que evidenciem mudanças nas causas do problema e que levem ao resultado final;

a.4) os resultados finais esperados da intervenção, que devem estar diretamente relacionados ao objetivo do programa, refletindo a mudança;

a.5) os impactos que representem os efeitos diretamente associados ao alcance do resultado final, e reflitam mudanças nas consequências do problema; e

b) a partir do modelo lógico do programa, especifique formalmente a descrição dos indicadores; a frequência da coleta de dados; os responsáveis pela coleta e análise dos dados; o valor de linha de base; e a meta por período, apresentando justificativas adequadas quando não for o caso.

315. Os apontamentos e o encaminhamento ora propostos objetivam que o Ministério da Saúde formule e reformule melhor as políticas públicas de saúde, com previsão adequada de indicadores de eficácia, eficiência e efetividade, que permitam realizar o monitoramento e a avaliação da política e subsidiar os ajustes e os aprimoramentos necessários.

#### 3.5 Os riscos e controles internos do PMM não são adequadamente gerenciados, uma vez que as estruturas de gestão de riscos e controles internos estão parcialmente institucionalizados

316. Tal achado relaciona-se às seguintes questões de auditoria:

Questão 11: As estruturas de gestão de riscos e controles internos do Projeto Mais Médicos para o Brasil estão institucionalizadas?

Questão 14: Os riscos e controles internos do Projeto Mais Médicos para o Brasil são gerenciados?

317. A ausência de um gerenciamento formal e sistematizado de riscos e controles internos no âmbito do Programa Mais Médicos evidencia uma lacuna crítica na governança e gestão dessa política pública. Apesar de existir uma Política de Gestão de Riscos no Ministério da Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.185/2021, o PMM não foi incluído como processo prioritário no Plano de Gestão de Riscos do MS com vigência entre 2022 e 2024. Essa exclusão compromete a identificação, análise, monitoramento e tratamento de riscos significativos, deixando a política vulnerável a eventos que podem impactar negativamente sua eficácia, eficiência e efetividade.

318. Além disso, a ausência de formalização do processo de gestão de riscos e controles internos impede que lacunas, sobreposições e inefícias sejam devidamente identificadas e tratadas, fragilizando ainda mais a estrutura de governança. A falta de relatórios gerenciais e de um plano de gerenciamento de riscos específico para o PMM reforça a necessidade de ações estruturadas para mitigar os riscos e fortalecer os controles internos. Sem essas medidas, a política pública permanece exposta a incertezas que podem comprometer o alcance de seus objetivos e a qualidade dos serviços prestados à população.

### 3.5.1 Situação Encontrada

319. Foi verificado que, apesar de não haver uma política de gestão de riscos específica para o Programa Mais Médicos, há uma Política de Gestão de Riscos do Ministério da Saúde, instituída pela Portaria GM/MS 1.185/2021.

320. Contudo, o Programa Mais Médicos não foi definido como um dos processos prioritários no contexto do Plano de Gestão de Riscos do MS, com vigência de 2022 a 2024 e, consequentemente, não foi compreendido no gerenciamento de riscos do MS no período citado.

321. Nesse contexto, foi possível perceber que não há formalização (sistematização) do gerenciamento de riscos da política, de tal sorte que não se pode afirmar que os riscos significativos da política foram identificados, analisados e avaliados.

322. Além disso, devido a essa ausência de sistematização, pode-se concluir que os riscos e controles internos da política não são continuamente monitorados e analisados, assim como não há evidências de que os controles internos foram implementados para tratar os riscos mais significativos (com maior impacto e probabilidade).

323. Pelo mesmo motivo, qual seja, ausência de sistematização do gerenciamento de riscos, há indícios de que possíveis lacunas, sobreposições, excessos e ineficácia de controles internos não tenham sido identificados e tratados.

324. Sob a mesma ótica, pôde-se perceber que não há relatórios gerenciais que auxiliem a identificação, o monitoramento e a mitigação de riscos. Por outro lado, foi notado que há soluções tecnológicas que auxiliam no monitoramento de processos de trabalho e consequente identificação de riscos.

### 3.5.2 Critérios

325. Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU, item ‘Controle aplicado à estruturação da governança e gestão’, p. 65-67.

326. Referencial para Avaliação de Governança em Políticas Públicas do TCU, item 3.1.7, ‘Gestão de riscos e Controle interno’, p. 65-67.

327. Referencial Básico de Gestão de Riscos do TCU, capítulo 6, ‘Boas práticas de gestão de riscos’, p. 62-68.

### 3.5.3 Evidências e sua análise

328. Nota-se, pelas informações prestadas pelo Ministério da Saúde quanto à verificação da institucionalização das estruturas de gestão de riscos e controles internos no âmbito do Programa Mais Médicos (peça 13, p. 7, itens 3.94-3.96 e peça 64, p. 14, itens 3.79-3.85), que, no contexto do MS, órgão responsável pela coordenação da política em análise, há uma política de gestão de riscos aprovada, por meio da Portaria GM/MS 1.185/2021. Por outro lado, não há uma política de gestão de riscos específica para o Programa Mais Médicos.

329. Outrossim, depreende-se das informações enviadas pelo próprio MS, por meio dos itens 3.81 a 3.83 da Nota Técnica 1.773/2025-DGAPS/SAPS/MS (peça 64, p. 14), que o PMM não foi escolhido como um

dos processos prioritários no contexto do Plano de Gestão de Riscos do MS com vigência entre 2022 e 2024. E, por conseguinte, o PMM não foi contemplado no gerenciamento de riscos do MS entre 2022 e 2024.

330. Cumpre destacar que, apesar de contar com menos médicos participantes e dispor de um orçamento mais limitado, o Programa Médicos pelo Brasil foi selecionado para integrar o Plano de Gestão de Riscos do Ministério da Saúde no período de 2022 a 2024. Para contextualizar, em janeiro de 2024, o Programa Mais Médicos, por meio do Projeto Mais Médicos para o Brasil, registrava 20.638 médicos participantes, enquanto o PMpB contava com apenas 4.873 profissionais (fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/mais-medicos/painel>, acesso em 23/4/2025). No mesmo ano, os recursos empenhados totalizaram R\$ 1.117.121.374,00 para o PMpB (ação 21DX), enquanto o PMMB (ação 21BG) recebeu um montante de R\$ 3.993.380.926,00 (fonte: [https://www1.siop.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao\\_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true&sheet=SH06](https://www1.siop.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true&sheet=SH06), acesso em 23/4/2025).

331. Adicionalmente, pôde-se notar que não foram definidas as diretrizes da integração do processo de gestão de riscos e controles internos aos processos de trabalho de implementação da política pública, pois, conforme citado anteriormente, o PMM não foi considerado processo prioritário no Plano de Gestão de Riscos do MS, com vigência entre 2022 e 2024 (peça 64, p. 14, itens 3.81-3.83). Havendo, no momento, segundo as informações prestadas pelo MS (peça 64, p. 14, itens 3.82-3.83), apenas expectativa de que a política pública em questão seja considerada processo prioritário no próximo Plano de Gestão de Riscos do MS, condição para que seja contemplada no gerenciamento de riscos formal do MS.

332. Nesse contexto, cumpre salientar que, pelas informações prestadas pelo MS, nos itens 3.81-3.83 da Nota Técnica 1773/2025-DGAPS/SAPS/MS (peça 64, p. 14), ‘as áreas técnicas do MS são orientadas para o gerenciamento de risco de acordo com o estabelecido no Plano de Gestão de Riscos definido pelo Comitê Interno de Governança (CIG)’. Contudo, é sabido que atualmente não há Plano de Gestão de Riscos vigente, sendo o último com vigência 2022-2024. Adicionalmente, sabe-se que o Plano de Gestão de Riscos registra os processos prioritários que serão submetidos ao gerenciamento de riscos do MS, de acordo com o Planejamento Estratégico Institucional, o qual, nos termos da Portaria GM/MS 6.650, de 25 de fevereiro de 2025, é formalizado pelo Plano Estratégico Institucional – PEI.

333. Assim, no PEI-MS 2024-2027 (<https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/governanca-publica/planejamento-estrategico/plano-estrategico-institucional-2024-2027.pdf>, acesso em 7/5/2025), quanto à gestão de riscos, consta no quadro 1 – Mapa Estratégico 2024-2027, o objetivo geral (OG) 9 ‘Aprimorar os mecanismos de gestão e governança institucional, com foco na gestão estratégica, gestão de risco, integridade e monitoramento de políticas e projetos prioritários.’ e no quadro 2 – Mapa Estratégico Detalhado, o objetivo estratégico 9.2 ‘Fortalecer a Gestão de Risco’, também para o período 2024-2027, além de resultado-chave para 2025, 9.2.1. ‘100% dos riscos que constam no Plano de Gestão de Riscos do Ministério da Saúde, e que extrapolam o apetite a riscos do órgão, acompanhados em 2025’.

334. Ademais, é ainda sabido que o CIG estava inoperante desde janeiro de 2023 (achado do 4º ciclo do RAcom Ágil - TC 016.459/2021-0), sendo que a Portaria GM/MS 1.185/2021 dispõe no art. 7º que compete ao CIG aprovar a Política e o Plano de Gestão de Riscos.

335. Contudo, a Portaria GM/MS 6.064, de 12 de dezembro de 2024, que instituiu o Comitê Estratégico de Governança do Ministério da Saúde (CEG-MS), dispõe, no parágrafo único do art. 2º, que o CEG-MS exerce o papel do comitê interno de governança e, no inciso III do art. 3º da mesma portaria, que compete ao CEG-MS, ‘acompanhar, apoiar ou propor ações às unidades que desempenhem funções de governança e gestão de riscos no âmbito do Ministério’.

336. Além disso, a Portaria GM/MS 6.064/2024 revogou a Portaria GM/MS 870/2021, que havia criado o CIG e estabelecido suas competências.

337. Sendo assim, é possível notar que o CEG-MS, ao exercer atualmente o papel outrora destinado ao CIG, é o responsável pela definição do novo Plano de Gestão de Riscos do MS, ainda pendente de elaboração.

338. Por fim, ao confrontar as informações acerca da institucionalização das estruturas de gestão de riscos e controle interno apresentadas pelo MS (itens 3.94-3.96, p. 7, peça 13 e itens 3.79-3.85, p.14, peça 64) com os critérios, sobretudo o constante no Referencial de Controle de Políticas Públicas, item ‘Controle aplicado à estruturação da governança e gestão’, p. 65-67, conclui-se que há discrepância entre as informações apresentadas pelo MS quanto aos seguintes aspectos: a) o Programa Mais Médicos não

tem Política de Gestão de Riscos específica, contudo há uma Política de Gestão de Riscos no âmbito do MS; b) o Programa Mais Médicos não foi contemplado no gerenciamento de riscos do MS 2022-2024; e c) o Programa Mais Médicos não tem processo de gestão de riscos e controles internos formalizado.

339. Adicionalmente, ao analisar as informações enviadas pelo MS, quanto à avaliação do gerenciamento de riscos e controles internos do Programa Mais Médicos (peça 13, p. 8, itens 3.111-3.112 e peça 64, p. 16-17, itens 3.106-3.107), pode-se notar, uma vez mais, que o processo de gestão de riscos do Programa Mais Médicos não foi formalizado (sistematizado) conforme a estrutura da Política de Gestão de Riscos do MS (Portaria GM/MS 1.185/2021).

340. Outrossim, percebe-se que, quanto a identificação, análise e avaliação dos riscos mais significativos do Programa Mais Médicos, não se pode concluir que os problemas citados na resposta do jurisdicionado (peça 64, p. 17, item 3.107), quais sejam, ‘problemas relacionados a sistema obsoleto, acúmulo de processos administrativos e fragilidade nos processos de monitoramento do programa’, possam ser considerados riscos significativos da política, uma vez que problemas são eventos que já ocorreram, com impacto negativo, enquanto riscos são eventos futuros e incertos, que, se ocorrerem, impactarão na política.

341. Nesse mesmo sentido, também não se pode afirmar que os riscos e controles internos da política são continuamente monitorados e analisados, pelo mesmo motivo supracitado, ou seja, ausência de formalização (sistematização) do gerenciamento de riscos e controles internos da política.

342. Da mesma forma, e pelo mesmo motivo, não se pode afirmar que os controles internos foram implementados para tratar os riscos mais significativos, ou seja, aqueles com maior impacto e probabilidade. Ademais, não se pode afirmar que possíveis lacunas, sobreposições, excessos e ineficácia de controles internos tenham sido identificados e tratados.

343. Ademais, presume-se que não haja relatórios gerenciais que auxiliem na identificação, no monitoramento e na mitigação de riscos, pois nada a respeito foi mencionado na resposta enviada pelo MS, mesmo com o questionamento direto sobre o assunto. Contudo, pode-se aventar que há solução tecnológica que auxilie no monitoramento de processos de trabalho e consequentemente auxilie na identificação de riscos (peça 64, p. 17, item 3.107).

344. Assim, ao cotejar os critérios com os argumentos enviados pelo MS, conclui-se que há discordância para alguns itens avaliados, pois foi possível notar que: a) não há processo de gestão de riscos para o Programa Mais Médicos; b) os principais riscos à consecução da política não foram identificados e avaliados, nem foram definidas respostas a esses riscos; e c) não houve descrição dos processos de gerenciamento de riscos, nem há um plano de gerenciamento de riscos, com descrição de como serão identificados e avaliados, nem quais as respostas planejadas para cada risco e como serão monitorados.

345. Por fim, ao avaliar conjuntamente as estruturas de gestão e o gerenciamento de riscos e controles internos, pode-se concluir que os riscos e controles internos do PMM não são adequadamente gerenciados, uma vez que as estruturas de gestão de riscos e controles internos estão parcialmente institucionalizadas.

### 3.5.4 Causas

346. A ausência da aplicação do Plano de Gerenciamento de Riscos, contido no Referencial de Controle de Políticas Públicas, item ‘Controle aplicado à estruturação da governança e gestão’ (p. 65), no contexto do Programa Mais Médicos, com a consequente falta de estruturação e formalização do processo de gestão de riscos para a política pública.

347. A ausência de inclusão da política pública em análise como processo prioritário no Plano de Gestão de Riscos do MS com vigência entre 2022 e 2024, assim como, atualmente, não haver Plano de Gestão de Riscos vigente e, por conseguinte, o PMM permanece sem gerenciamento de riscos formalizado.

### 3.5.5 Consequências

348. Como o Programa Mais Médicos não tem, atualmente, processo de gestão de riscos, os riscos e controles internos do PMM não são gerenciados. Assim, possíveis riscos relevantes estão susceptíveis de não serem identificados, analisados, monitorados, tratados e avaliados. Isso afeta a governança e gestão, podendo interferir negativamente com a eficácia, eficiência e efetividade da política em questão e, por conseguinte, impactando negativamente no serviço prestado aos cidadãos.

### 3.5.6 Proposta de encaminhamento e benefícios esperados

349. Recomendar ao Ministério da Saúde que, visando o gerenciamento dos riscos e controles internos da política pública, adote medidas para implementar processo de gestão de riscos para o Programa Mais Médicos conforme Plano de Gerenciamento de Riscos contido no Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU (p. 65), e considere esta política como processo prioritário submetido ao gerenciamento de riscos no contexto da estrutura da Política de Gestão de Riscos do Ministério da Saúde.

350. Com a implementação de processo de gestão de riscos para o PMM, é esperado que os riscos relevantes da política sejam identificados, analisados, monitorados, tratados e avaliados, interferindo positivamente na eficácia, eficiência e efetividade da política em questão, contribuindo para a melhoria na prestação do serviço de saúde aos cidadãos, sobretudo os mais vulneráveis.

### 4. Achados relativos ao alcance de metas e objetivos da política pública

351. Não foram identificados achados relativos ao alcance de metas e objetivos do Programa Mais Médicos. As análises das questões de auditoria selecionadas referentes à fase de avaliação da política pública constam do Apêndice D deste relatório.

### 5. Conclusão

#### *Formulação*

352. A partir das análises da equipe de auditoria registradas no quadro-resumo (Apêndice A), verifica-se que, até 23/5/2025, a qualidade da formulação do Programa Mais Médicos apresentava a seguinte composição:

Tabela 3 – Avaliação da Qualidade da Formulação do Programa Mais Médicos

Atende	Atende parcialmente	Não atende	Não se aplica
11,1%	77,8%	11,1%	0%

353. O cenário reportado na Tabela 3 tem por base as análises realizadas em relação à formulação do Programa Mais Médicos, descritos a seguir:

a) Atendimento:

Questão 9: O público-alvo que será alcançado pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil está bem delimitado e caracterizado?

b) Atendimento parcial:

Questão 1: Os problemas públicos tratados pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil estão identificados e evidenciados?

Questão 2: As prováveis causas e consequências desses problemas públicos estão identificadas e foram levantadas com base em evidências?

Questão 4: O Projeto Mais Médicos para o Brasil tem uma teoria clara que expressa, de forma objetiva, como esta incide sobre as causas do problema, projetando seus resultados e impactos de longo prazo?

Questão 5: O Projeto Mais Médicos para o Brasil tem objetivos claros, logicamente coerentes, específicos, mensuráveis, apropriados (relevantes), realistas (alcançáveis) e delimitados em um recorte temporal?

Questão 6: O Projeto Mais Médicos para o Brasil tem indicadores de efetividade, eficácia e eficiência definidos?

Questão 7: O Projeto Mais Médicos para o Brasil tem uma linha de base estabelecida?

Questão 8: O Projeto Mais Médicos para o Brasil tem metas objetivas de entrega de produtos e de alcance de resultado?

c) Não atendimento:

Questão 3: O Projeto Mais Médicos para o Brasil era a alternativa mais vantajosa para tratar o problema, frente a opções viáveis de intervenção?

#### *Implementação*

354. A partir das análises da equipe de auditoria registradas no quadro-resumo (Apêndice A), verifica-se que, até 23/5/2025, a qualidade da implementação do Programa Mais Médicos apresentava a seguinte composição:

Tabela 4 – Avaliação da Qualidade da Formulação do Programa Mais Médicos

Atende	Atende parcialmente	Não atende	Não se aplica
30%	50%	20%	0%

355. O cenário reportado na Tabela 4 tem por base as análises realizadas em relação à formulação do Programa Mais Médicos, descritos a seguir:

a) Atendimento:

Questão 10: As estruturas de coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil estão institucionalizadas?

Questão 12: As estruturas de monitoramento e avaliação do Projeto Mais Médicos para o Brasil estão institucionalizadas?

Questão 17: A eficiência (alocativa, operacional e econômica) do Projeto Mais Médicos para o Brasil é sistematicamente avaliada e apresenta desempenho satisfatório?

b) Atendimento parcial:

Questão 11: As estruturas de gestão de riscos e controles internos do Projeto Mais Médicos para o Brasil estão institucionalizadas?

Questão 13: Os recursos (financeiros, físicos, tecnológicos e humanos), necessários à implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, são gerenciados?

Questão 15: As fontes de financiamento do Projeto Mais Médicos para o Brasil estão adequadamente identificadas?

Questão 16: Os recursos (p. ex. humanos, materiais, orçamentários, financeiros) necessários para a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil têm sido disponibilizados e utilizados de forma satisfatória?

Questão 18: Os objetivos e resultados de curto prazo do Projeto Mais Médicos para o Brasil estão sendo alcançados?

Questão 19: Os resultados das avaliações de desempenho do Projeto Mais Médicos para o Brasil são reportados e utilizados?

c) Não atendimento:

Questão 14: Os riscos e controles internos do Projeto Mais Médicos para o Brasil são gerenciados?

*Avaliação*

356. A partir das análises da equipe de auditoria registradas no quadro-resumo (Apêndice A), verifica-se que, até 23/5/2025, as metas e objetivos do Programa Mais Médicos (Questão 20) foram parcialmente alcançados.

357. Quanto aos resultados (efetividade/impacto) pretendidos pelo Programa Mais Médicos (Questão 21), destaca-se que a presente auditoria tem, por foco, a reformulação implementada em 2023, por meio da Lei 14.621/2023. Diante disso, não há ainda tempo suficiente para se avaliar o impacto que as mudanças promovidas no programa surtiram na saúde da população, motivo pelo qual se entende que, nesse aspecto, não se aplica a presente análise.

358. No entanto, considerando que a Questão 21 busca avaliar se a política em questão alcançou os resultados e os impactos esperados, apesar de não se aplicar, no presente momento, análise de impacto, entende-se que, como houve alcance dos resultados esperados (aumento da cobertura da APS, por meio do provimento dos médicos do programa), o presente ponto foi parcialmente atendido.

## 6. Proposta de Encaminhamento

359. Ante ao exposto, submete-se o presente relatório à consideração superior, para posterior encaminhamento ao gabinete do Exmo. Sr. Ministro-Relator Jhonatan de Jesus, com as propostas que se seguem:

a) recomendar ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 11 da Resolução-TCU 315, de 2020, que:

a.1) nas próximas propostas de formulações ou reformulações de políticas públicas, adote as técnicas descritas no documento Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise *ex-ante*, item ‘Análise do diagnóstico do problema’, para a análise do problema que se pretende tratar;

a.2) nas próximas propostas de formulações ou reformulações de políticas públicas, efetue o levantamento e análise, de forma suficiente, de diferentes alternativas potenciais de intervenção, estimando custos, benefícios, riscos, vantagens e desvantagens, comparando ainda com a alternativa de não intervenção para definir uma linha de base do Programa, em linha com o que dispõe o Guia Prático de Análise *ex-ante* do Governo Federal, o que compromete saber se a solução escolhida é a mais eficiente e efetiva, à luz de seus diversos riscos, e se o programa efetivamente trouxe alguma contribuição para a resolução do problema e para a sociedade, ou se, ao contrário, seu custo e suas consequências não intencionais são mais indesejáveis que o próprio problema identificado;

a.3) reavalie/defina o modelo lógico do Programa Mais Médicos, de forma estabelecer, de forma clara e objetiva:

a.3.1) as ações do programa, que devem ser definidas a partir da identificação de causas selecionadas do problema, que são aquelas sobre as quais o programa deve intervir pelo seu maior impacto para a mudança esperada;

a.3.2) os produtos que devem ser gerados a partir das ações, representados por bens e serviços ofertados aos beneficiários do programa;

a.3.3) os resultados intermediários que devem ser gerados a partir dos produtos das ações, que evidenciem mudanças nas causas do problema e que levem ao resultado final;

a.3.4) os resultados finais esperados da intervenção, que devem estar diretamente relacionados ao objetivo do programa, refletindo a mudança;

a.3.5) os impactos que representem os efeitos diretamente associados ao alcance do resultado final, e reflitam mudanças nas consequências do problema; e

a.3.6) a partir do modelo lógico do programa, especifique formalmente a descrição dos indicadores; a frequência da coleta de dados; os responsáveis pela coleta e análise dos dados; o valor de linha de base; e a meta por período, apresentando justificativas adequadas quando não for o caso; e

a.4) visando o gerenciamento dos riscos e controles internos da política pública, adote medidas para implementar processo de gestão de riscos para o Programa Mais Médicos conforme Plano de Gerenciamento de Riscos contido no Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU (p. 65), e considere esta política como processo prioritário submetido ao gerenciamento de riscos no contexto da estrutura da Política de Gestão de Riscos do Ministério da Saúde;

b) informar ao Ministério da Saúde e à Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização do Congresso Nacional do acórdão que vier a ser proferido, destacando que o relatório e o voto que fundamentam a deliberação ora encaminhada podem ser acessados por meio do endereço eletrônico [www.tcu.gov.br/acordaos](http://www.tcu.gov.br/acordaos); e

c) arquivar o presente processo, com fundamento no art. 169, inciso V, do Regimento Interno/TCU.”

É o relatório.

## VOTO

Arecio auditoria operacional realizada com o objetivo de avaliar a maturidade do Programa Mais Médicos (PMM), com ênfase no Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) após a reformulação introduzida pela Lei 14.621/2023, para subsidiar o Relatório de Fiscalizações em Políticas e Programas de Governo (RePP-2025).

2. O objeto do PMMB é prover médicos em localidades de difícil fixação, reduzindo desigualdades regionais e fortalecendo a Atenção Primária à Saúde (APS); entre 2018 e 2024, o Programa Mais Médicos empênhou cerca de R\$ 20,2 bilhões.

3. A fiscalização, conduzida pela Unidade de Auditoria Especializada em Saúde (AudSaúde), examinou a qualidade da formulação, implementação e avaliação da política, valendo-se das 21 questões de auditoria (QA) constantes do Referencial de Controle de Políticas Públicas (RC-PP) e de amplo rol normativo. Foram empregadas técnicas de *Control Self-Assessment* (CSA), análise documental e entrevistas, observados o Manual de Auditoria Operacional e as Normas de Auditoria do TCU.

4. As QAs foram distribuídas nas análises da política relacionadas à formulação (1-8), implementação (9-19) e avaliação (20-21):

“Questão 1: Os problemas públicos tratados pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil estão identificados e evidenciados?

Questão 2: As prováveis causas e consequências desses problemas públicos estão identificadas e foram levantadas com base em evidências?

Questão 3: O Projeto Mais Médicos para o Brasil era a alternativa mais vantajosa para tratar o problema, frente a opções viáveis de intervenção?

Questão 4: O Projeto Mais Médicos para o Brasil tem uma teoria clara que expressa, de forma objetiva, como esta incide sobre as causas do problema, projetando seus resultados e impactos de longo prazo?

Questão 5: O Projeto Mais Médicos para o Brasil tem objetivos claros, logicamente coerentes, específicos, mensuráveis, apropriados (relevantes), realistas (alcançáveis) e delimitados em um recorte temporal?

Questão 6: O Projeto Mais Médicos para o Brasil tem indicadores de efetividade, eficácia e eficiência definidos?

Questão 7: O Projeto Mais Médicos para o Brasil tem uma linha de base estabelecida?

Questão 8: O Projeto Mais Médicos para o Brasil tem metas objetivas de entrega de produtos e de alcance de resultado?

Questão 9: O público-alvo que será alcançado pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil está bem delimitado e caracterizado?

Questão 10: As estruturas de coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil estão institucionalizadas?

Questão 11: As estruturas de gestão de riscos e controles internos do Projeto Mais Médicos para o Brasil estão institucionalizadas?

Questão 12: As estruturas de monitoramento e avaliação do Projeto Mais Médicos para o Brasil estão institucionalizadas?

Questão 13: Os recursos (financeiros, físicos, tecnológicos e humanos), necessários à implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, são gerenciados?

Questão 14: Os riscos e controles internos do Projeto Mais Médicos para o Brasil são gerenciados?

Questão 15: As fontes de financiamento do Projeto Mais Médicos para o Brasil estão adequadamente identificadas?

Questão 16: Os recursos (p. ex. humanos, materiais, orçamentários, financeiros) necessários para a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil têm sido disponibilizados e utilizados de forma satisfatória?

Questão 17: A eficiência (alocativa, operacional e econômica) do Projeto Mais Médicos para o Brasil é sistematicamente avaliada e apresenta desempenho satisfatório?

Questão 18: Os objetivos e resultados de curto prazo do Projeto Mais Médicos para o Brasil estão sendo alcançados?

Questão 19: Os resultados das avaliações de desempenho do Projeto Mais Médicos para o Brasil são reportados e utilizados?

Questão 20: Os objetivos e metas da ação governamental foram alcançados? (eficácia)

Questão 21: O Projeto Mais Médicos para o Brasil produziu os resultados esperados? (efetividade/impacto)"

5. Conforme apresentado no relatório que integra esta deliberação, a equipe de auditoria identificou cinco achados principais:

a) diagnóstico do problema incompleto: não foi comprovada, de maneira inequívoca, a dificuldade de provimento e fixação de médicos nas áreas vulneráveis em 2023 (QAs 1-2);

b) falta de estudo de opções à reativação do PMM; (QA 3);

c) objetivos legais genéricos, metas restritas ao número de vagas e ausência de indicadores de impacto populacional (QAs 4-8);

d) indicadores de eficiência e de efetividade sem metas nem periodicidade; lacuna na medição de custo-efetividade (QAs 6-8);

e) política de gestão de riscos do Ministério da Saúde (MS) sem contemplar o PMM como processo prioritário; inexistência de plano específico de riscos (QAs 11 e 14).

6. Em vista dessas constatações, a unidade técnica propõe recomendações àquele ministério para: i) aperfeiçoar o diagnóstico ex-ante; ii) analisar opções de intervenção; iii) redesenhar o modelo lógico com objetivos, metas e indicadores completos; e iv) implementar processo formal de gestão de riscos.

7. Concordo com as conclusões da equipe de auditoria, cujos fundamentos adoto como razões de decidir, sem prejuízos dos destaques que teço a seguir.

\*\*\*

8. Para cada questão de auditoria a equipe atribuiu os seguintes conceitos: Atende (A), Atende Parcialmente (AP), Não Atende (NA) ou Não se Aplica (N/A). Em síntese, o resultado dos exames resultou nas seguintes conclusões:

- Formulação – 1 A, 7 AP, 1 NA;
- Implementação – 3 A, 5 AP, 2 NA;
- Avaliação – 1 AP, 1 N/A.

9. Em quatro das questões não foram identificados achados, isto é, foram enquadradas no conceito *Atende*:

- QA 9 – Público-alvo bem delimitado;
- QA 10 – Estruturas de coordenação institucionalizadas;
- QA 12 – Monitoramento e avaliação instituídos;
- QA 17 – Eficiência operacional avaliada.

10. No tocante ao **diagnóstico do problema** que justificou a política pública, objeto do **primeiro achado**, a auditoria demonstrou que o MS identificou corretamente a carência de médicos na APS e suas causas potenciais, mas entendeu não comprovada, com dados empíricos atuais, a

dificuldade de provimento e fixação em áreas vulneráveis (parágrafos 98-105 do relatório antecedente).

11. Verificou-se, em verdade, crescimento do número total de médicos na APS entre 2019 e 2024, mesmo em municípios de alta vulnerabilidade, o que não confirma exatamente a evidência da causa imediata apontada. Não obstante, os estudos qualitativos colacionados (v.g. NT 1773/2025-MS) confirmam efeitos adversos da escassez de médicos sobre desfechos de saúde e fundamentam, ainda que parcialmente, a urgência do provimento federal.

12. Na Nota Técnica 2832/2025-DGAPS/SAPS/MS, encaminhada como comentários do gestor (peça 72), o ministério esclarece:

“2.1.5. As classificações agregadas por município, embora úteis em determinados recortes, podem ocultar desigualdades relevantes — como bolsões de extrema vulnerabilidade localizados nas periferias de regiões metropolitanas. Diante dessas limitações, destaca-se a importância de utilizar indicadores ajustados pela razão de médicos por mil habitantes dependentes do SUS (conforme demonstrado nos Gráficos 1 e 2). Essa métrica permite uma análise mais precisa da demanda real por serviços de saúde pública e fornece subsídios técnicos fundamentais para justificar a presença do PMM em determinados territórios. A adoção dessa perspectiva contribui para evitar a subestimação de riscos de desassistência, promovendo uma alocação mais condizente com as necessidades concretas da população — em consonância com os princípios da equidade e integralidade que regem o SUS.”

13. Assim, embora tenha identificado corretamente o problema de carência de médicos em determinadas áreas vulneráveis na APS, a pasta ministerial não comprovou a causa imediata – dificuldade de provimento e fixação nessas áreas; isso fragiliza o nexo causal entre problema diagnosticado e solução selecionada.

14. Portanto, assiste razão à equipe ao recomendar ao órgão, na formulação de políticas, a adoção de técnicas descritas no documento Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise ex-ante (Enap, 2021), item “Análise do diagnóstico do problema”, para exame do problema de que se pretende tratar.

15. O **segundo achado** descreveu a ausência de **análise de opções**; não houve exame formal de opções distintas da retomada do Programa Mais Médicos (parágrafos 195-207).

16. A Medida Provisória 1.165/2023 concentrou-se em revitalizá-lo, sem avaliação estruturada de outro programa também voltado para provimento de médicos (Projeto Mais Médicos para o Brasil) ou de outras estratégias (incentivos estaduais, contratação direta, telemedicina). Na prática, a decisão atendeu à urgência de recompor quadros, mas não demonstrou ser a possibilidade mais vantajosa em termos de custo-efetividade.

17. Restou evidenciado que, apesar da existência do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB), não houve comparação estruturada de custos, benefícios e riscos entre as opções. Ainda que a urgência percebida em 2023 explique a escolha pela retomada do PMM, a ausência de análise de contrafactual viola a boa prática de governança.

18. Embora reconheça que a escolha de reforçar política com histórico positivo – Programa Mais Médicos – configurou solução plausível diante da urgência assistencial, entendo que o MS deve documentar comparações de custo-efetividade em futuras decisões.

19. No tocante ao **terceiro achado**, relativo aos **objetivos, metas e indicadores do projeto**, verifico que apenas o objetivo estabelecido no inciso I do art. 1º da Lei 12.871/2013 (“*diminuir a carência de médicos...*”) satisfaz plenamente aos critérios de ser **específico, mensurável, apropriado, realista e com prazo determinado**; os demais são formulações programáticas (p. ex. “*fortalecer a prestação de serviços*”) sem indicadores dedicados.

20. Assim, mostra-se adequada a solução proposta pela equipe de auditoria no sentido de que o modelo lógico do PMMB deverá detalhar claramente:

- a) ações: intervenções direcionadas às causas principais do problema que geram maior impacto;
- b) produtos: bens/serviços entregues aos beneficiários como fruto das ações;
- c) resultados intermediários: mudanças nas causas do problema geradas pelos produtos e que levam ao resultado final;
- d) resultados finais: mudanças diretamente ligadas ao objetivo central do programa;
- e) impactos: efeitos de longo prazo associados ao resultado final, refletindo mudanças nas consequências do problema;
- f) monitoramento: especificação formal do sistema de monitoramento e avaliação, baseado no modelo lógico, definindo para cada indicador descrição, frequência de coleta de dados, responsáveis pela coleta e análise, valor de linha de base, meta por período, justificativas quando aplicável (ex.: ausência de linha de base ou meta).

21. Relativamente ao **achado 4**, que trata dos **indicadores de eficiência e efetividade**, registro o esforço da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) em publicar mensalmente o Painel de Monitoramento; todavia, os indicadores de eficiência contemplam apenas recursos humanos, e os de efetividade restringem-se à cobertura potencial da APS e à satisfação de usuários. Ausentam-se métricas de impacto em saúde (p. ex. redução de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária – ICSAP) balizadas em metas explícitas.

22. Há 25 indicadores de eficácia (relacionados à ocupação de vagas, à adesão de municípios, a vagas ativas) alimentados mensalmente no painel público; entretanto, os indicadores de eficiência tratam apenas da taxa de rotatividade e da média de permanência, sem metas e sem custo por médico; os de efetividade referem-se à cobertura populacional estimada da APS e pesquisas de satisfação – falta indicador de impacto sanitário intermediário.

23. A linha de base é clara apenas para ocupação de vagas, inexistindo metas quantitativas para as demais dimensões.

24. Algumas ações do ministério tratam do monitoramento da política: o painel [gov.br/saude/mais-medicos](http://gov.br/saude/mais-medicos) divulga mensalmente vagas, ocupação e distribuição geográfica; relatórios internos retroalimentam editais de adesão; o MS acompanha a rotatividade e a permanência dos profissionais; estudos de satisfação e relatórios orientam o redimensionamento de vagas (Nota Técnica 56/2025).

25. O desembolso médio anual (2018-2024) de R\$ 2,9 bilhões tem se mantido constante. Contudo, não há análise de custo por vaga efetivamente ocupada, nem projeção orçamentária pós-2027.

26. Assim, em relação à avaliação (metas e impactos) do projeto, é possível concluir que a cobertura de vagas e o número de municípios atendidos melhoraram; porém, os demais objetivos carecem de métricas para atestar cumprimento.

27. Concluo que, apesar da existência de algumas métricas, carece-se ainda de revisão do modelo lógico, de modo a estabelecer: metas para cobertura populacional estimada pela APS derivadas da ocupação de vagas; incorporação de indicadores econômicos e de efetividade.

28. Conforme alegado na manifestação do gestor quanto aos achados (peça 72), há limitações intrínsecas na projeção de metas numéricas para impactos sanitários (mortalidade infantil, ICSAP etc.) que dependem de determinantes múltiplos.

29. De fato, os objetivos de todo o PMM estão inter-relacionados e se interconectam, inclusive, com outras variáveis na geração de impactos. Por exemplo, alimentação, nível de renda, condições sanitárias são fatores que influenciam nas condições de saúde dos indivíduos.

30. Além disso, segundo informado pelo ministério, parceria com a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) pretende gerar modelo econômico para aferir custo-efetividade, a ser concluído em 2026.

31. A ausência de metas de impacto não invalida a política, e é compreensível a concentração de metas em resultados de cobertura e acesso – claramente mais atribuíveis ao provimento médico. Ainda assim, a despeito da complexidade de definir indicadores de efetividade, o próprio MS admite serem possíveis tais medidas de impacto, conforme apontado ao mencionar, em seus comentários (peça 72), a encomenda à Universidade de Brasília (UnB) de estudo com metodologia para isolar todos os fatores e buscar associações entre a presença do projeto e as melhorias dos indicadores de saúde das populações atendidas pelo programa.

32. Portanto, cabe recomendar ao Ministério da Saúde que aprimore os indicadores de efetividade e impacto.

33. Em relação à gestão de riscos, **quinto achado** identificado, constatou-se ausência do PMM no Plano de **Gestão de Riscos** 2022-2024 da pasta. A lacuna expõe o programa a eventos adversos sem monitoramento sistemático e fere o Referencial Básico de Gestão de Riscos do TCU.

34. Assim, corroboro a proposta de incluí-lo como processo prioritário no próximo ciclo e de estruturar plano específico, em consonância com a Portaria GM/MS 1.185/2021.

\*\*\*

35. O exame revela governança satisfatória em coordenação e monitoramento, mas debilidades relevantes em diagnóstico, análise de alternativas, especificação de metas, indicadores de custo-efetividade e gestão de riscos; tais fragilidades não configuram ilicitude, mas podem reduzir eficiência e transparência do gasto público.

36. As recomendações propostas são adequadas e proporcionais e sua implementação contribuirá para aumentar a transparência, a racionalidade de alocação de recursos e a mensuração de resultados, em consonância com os princípios da eficiência e da publicidade e em linha com o estabelecido no art. 37 da Constituição Federal e demais normas orientadoras da Administração Pública.

Ante o exposto, VOTO pela aprovação da minuta de acórdão que ora submeto ao Colegiado.

TCU, Sala das Sessões, em 6 de agosto de 2025.

MINISTRO JHONATAN DE JESUS  
Relator

## ACÓRDÃO Nº 1764/2025 – TCU – Plenário

1. Processo TC 026.109/2024-7
2. Grupo I – Classe de Assunto: V – Relatório de Auditoria.
3. Interessados/Responsáveis: não há.
4. Órgão/Entidade: Ministério da Saúde.
5. Relator: Ministro Jhonatan de Jesus.
6. Representante do Ministério Público: não atuou.
7. Unidade Técnica: Unidade de Auditoria Especializada em Saúde (AudSaúde).
8. Representação legal: não há.

**9. Acórdão:**

VISTOS, relatados e discutidos estes autos de auditoria operacional que teve por objetivo avaliar a maturidade do Programa Mais Médicos, com ênfase no Projeto Mais Médicos para o Brasil após a reformulação introduzida pela Lei 14.621/2023, para subsidiar o Relatório de Fiscalizações em Políticas e Programas de Governo (RePP-2025),

ACORDAM os ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em sessão do Plenário, ante as razões expostas pelo relator, em:

9.1. recomendar ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 11 da Resolução-TCU 315/2020, que:

9.1.1 nas próximas propostas de formulação ou reformulação de políticas públicas:

9.1.1.1 adote as técnicas descritas no documento Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise ex-ante (Enap, 2021), item “Análise do diagnóstico do problema”, para exame do problema de que se pretende tratar;

9.1.1.2. efetue levantamento e análise de diferentes opções potenciais de intervenção, estimando custos, benefícios, riscos, vantagens e desvantagens e comparando, ainda, com a possibilidade de não intervenção para definir linha de base do programa, em consonância com o que dispõe o Guia Prático de Análise ex-ante do Governo Federal, no sentido de saber se a solução escolhida é a mais eficiente e efetiva, à luz de seus diversos riscos, se o programa trouxe efetivamente alguma contribuição para a resolução do problema e para a sociedade ou se, ao contrário, seu custo e suas consequências não intencionais são mais indesejáveis que o próprio problema identificado.

9.1.2. reavalie e defina o modelo lógico do Programa Mais Médicos, de forma a estabelecer, de forma clara e objetiva:

9.1.2.1 as ações do programa a serem definidas a partir da identificação de causas selecionadas do problema, que são aquelas sobre as quais o programa deve intervir para maior impacto na mudança esperada;

9.1.2.2. os produtos que devem ser gerados a partir das ações, representados por bens e serviços ofertados aos beneficiários do programa;

9.1.2.3. os resultados intermediários a serem criados a partir dos produtos das ações, que evidenciem mudanças nas causas do problema e levem ao resultado final;

9.1.2.4. os resultados finais esperados da intervenção, que devem estar diretamente relacionados ao objetivo do programa e refletir a mudança;

9.1.2.5. os impactos que representem os efeitos diretamente associados ao alcance do resultado final e reflitam mudanças nas consequências do problema;

9.1.2.6. especifique formalmente a descrição dos indicadores, a frequência da coleta de dados, os responsáveis pela coleta e análise dos dados, o valor de linha de base e a meta por período, apresentando justificativas adequadas quando não for o caso.

9.1.3. adote medidas para implementar processo de gestão de riscos para o Programa Mais Médicos, conforme o Plano de Gerenciamento de Riscos previsto no Referencial de Controle de

Políticas Públicas do TCU, e considere o programa como processo prioritário submetido ao gerenciamento de riscos no contexto da estrutura da Política de Gestão de Riscos do Ministério da Saúde.

9.2. informar o teor deste acórdão ao Ministério da Saúde e à Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização do Congresso Nacional.

10. Ata nº 30/2025 – Plenário.

11. Data da Sessão: 6/8/2025 – Ordinária.

12. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-1764-30/25-P.

13. Especificação do quórum:

13.1. Ministros presentes: Vital do Rêgo (Presidente), Walton Alencar Rodrigues, Benjamin Zymler, Augusto Nardes, Aroldo Cedraz, Bruno Dantas, Jorge Oliveira, Antonio Anastasia e Jhonatan de Jesus (Relator).

13.2. Ministros-Substitutos presentes: Augusto Sherman Cavalcanti, Marcos Bemquerer Costa e Weder de Oliveira.

(Assinado Eletronicamente)

VITAL DO RÊGO  
Presidente

(Assinado Eletronicamente)

JHONATAN DE JESUS  
Relator

Fui presente:

(Assinado Eletronicamente)

CRISTINA MACHADO DA COSTA E SILVA  
Procuradora-Geral

**TERMO DE CIÊNCIA DE COMUNICAÇÃO**

(Documento gerado automaticamente pela Plataforma Conecta-TCU)

Comunicação: Aviso 000.795/2025-GABPRES

Processo: 026.109/2024-7

Órgão/entidade: SF - Comissão Mista de Orçamento - CMO

Destinatário: COMISSÃO MISTA DE ORÇAMENTO - SF

Informo ter tomado ciência, nesta data, da comunicação acima indicada dirigida à/ao COMISSÃO MISTA DE ORÇAMENTO - SF pelo Tribunal de Contas da União, por meio da plataforma Conecta-TCU.

Data da ciência: 19/08/2025

*(Assinado eletronicamente)*

Ana Lucia Dornelles

Usuário habilitado a receber e a acessar comunicações pela plataforma Conecta-TCU.