



SENADO FEDERAL

RELATÓRIO Nº , DE 2020
COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS E LEGISLAÇÃO
PARTICIPATIVA

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

PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Presidente: Senador PAULO PAIM

Vice-Presidente: Senador TELMÁRIO MOTA

Relatora: Senadora ZENAIDE MAIA



SF/20731.20289-10

ÍNDICE

1.	Introdução	03
2.	Contextualização e caracterização do Programa Mais Médicos	08
3.	Distribuição dos médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil	18
4.	Participação dos municípios no PMMB	26
5.	Situação atual do PMMB	32
6.	Indicadores da efetividade do PMMB	37
7.	Avaliação da satisfação de usuários, profissionais e gestores	38
8.	Síntese das avaliações sobre a implementação do PMMB	40
9.	Execução orçamentária do Programa Mais Médicos	43
10.	Programa Médicos pelo Brasil	47
11.	Alterações no Programa Mais Médicos	54
12.	Projeto Mais Médicos para o Brasil versus Programa Médicos pelo Brasil.	57
13.	Revalidação de diplomas de Medicina	59
14.	Considerações finais	66



SF/20731.20289-10

1. Introdução

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

Nesse sentido, a incorporação, por meio da Resolução do Senado Federal nº 44, 17 de setembro de 2013, da atividade de avaliação de políticas públicas no âmbito das competências regimentais das comissões permanentes é uma importante medida que instrumentaliza esta Casa Legislativa para o exercício da função fiscalizadora que a Constituição lhe atribui.

Segundo o Referencial para Avaliação de Políticas Públicas no Senado Federal, as políticas públicas “podem ser definidas como programas de ação governamental que visam coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados”. A avaliação de uma política pública, por sua vez, consiste na investigação dos seus efeitos econômicos e sociais, ou seja, busca-se compreender se ela de fato atinge os objetivos para os quais foi desenhada, e se utiliza recursos públicos de forma eficiente. Da avaliação, espera-se extrair diagnósticos sobre a política, que podem resultar em propostas legislativas ou recomendações ao Poder Executivo.

O Programa Mais Médicos (PMM), por sua relevância para a saúde pública dos brasileiros, especialmente daqueles que vivem em áreas remotas ou de difícil acesso, foi escolhido, com fulcro no art. 96-B do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), para ser avaliado como política pública, no ano de

2017, pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS), tendo como relatora a Senadora Lídice da Mata.

No relatório da avaliação do Programa Mais Médicos, a Senadora Lídice da Mata destacou o seguinte:

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

Já no ano de 2017, o relatório indicava retrocessos acontecidos no governo Michel Temer, conforme assinalado pelo Deputado Jorge Solla em audiência pública realizada sobre o tema na CAS: i) diminuição do número de médicos e de municípios participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), deixando quase oito milhões de brasileiros sem assistência na atenção básica; ii) contingenciamento dos recursos do Programa Mais Médicos; iii) falta de sustentabilidade do PMM, tendo em vista o contexto de subfinanciamento crônico do SUS agravado após a aprovação da EC-95, que tornou instável o acréscimo de recursos da Saúde para os próximos 20 anos.

Tendo em vista os retrocessos observados e as ameaças à continuidade do Programa por parte do atual Governo que resultaram na retirada dos médicos



cubanos do Programa – e sinalizam para o claro desmonte do Mais Médicos – o Senador Paulo Rocha requereu à Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH), por meio do Requerimento nº 57, de 2019, que o Programa Mais Médicos seja avaliado na perspectiva de sua descontinuidade pela redução do orçamento, imposição de condições inexecutáveis de contratação, e desocupação de vagas especialmente nos locais mais vulneráveis, em especial no atendimento das mulheres, indígenas, população ribeirinha, pessoas com deficiência, idosos, crianças e adolescentes.

Assim, tendo em vista as mudanças recentes promovidas pelo Poder Executivo no Programa Mais Médicos e os impactos resultantes na saúde de milhares de brasileiros, e em obediência ao art. 96-B do Regimento Interno do Senado Federal, que estabelece que “as comissões permanentes selecionarão, na área de sua competência, políticas públicas desenvolvidas no âmbito do Poder Executivo para serem avaliadas”, a CDH também deliberou selecionar, nos termos do Requerimento nº 57, de 2019, do Senador Paulo Rocha, a Política Pública do Poder Executivo “Programa Mais Médicos”, para ser objeto de avaliação em 2019.

Para orientar a elaboração deste relatório de avaliação do Programa Mais Médicos, foi aprovado pela CDH o respectivo Plano de Trabalho, que estabeleceu os seguintes eixos temáticos norteadores da análise: i) antecedentes do Programa Mais Médicos; ii) financiamento e gastos do Programa; iii) distribuição dos médicos no âmbito do Programa; iv) impacto na infraestrutura das unidades básicas de saúde e na rede assistencial; impactos educacionais do Programa; v) avaliação/percepção de usuários, profissionais de saúde e gestores.

Como metodologia da avaliação, o Plano de Trabalho previu, além da realização de uma audiência pública, a coleta e análise de dados secundários, obtidos de fontes documentais e de estatísticas produzidas por órgãos



governamentais executores do Programa e por órgãos de fiscalização e controle, bem como por instituições internacionais e acadêmicas.

A audiência pública realizada no âmbito da CDH, no dia 24 de setembro de 2019, contou com a participação dos seguintes expositores:

- Arthur Chioro, ex-Ministro da Saúde e Professor Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina (UNIFESP);
- Francisca Valda da Silva, Conselheira do Conselho Nacional de Saúde (CNS);
- Leonor Pacheco, Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB);
- Lincoln Lopes Ferreira, Presidente da Associação Médica Brasileira (AMB);
- Otávio Pereira D'Avila, Diretor do Departamento da Saúde da Família do Ministério da Saúde.

Há que registrar que o presente relatório tem como fontes de dados mais relevantes: a audiência pública acima referida; artigos e trabalhos acadêmicos que sistematizam e analisam dados sobre o Programa, especialmente o quantitativo de médicos participantes, seu perfil e distribuição, e indicadores de impacto; pesquisas sobre a satisfação de usuários e de profissionais de saúde; além de matérias jornalísticas sobre o tema.

Para elaboração deste relatório não foi possível utilizar diretamente os dados oficiais do Ministério da Saúde, pois as informações no site do ministério, encontram-se desatualizadas e não disponibiliza um banco de dados acessível com os dados de ingresso e provimento de médicos nos municípios que aderiram ao Programa, nem tampouco dados relativos a indicadores de



SF/20731.20289-10

saúde. Por outro lado, foi solicitado ao representante do Ministério da Saúde na referida Audiência Pública que nos enviasse atualização das informações, solicitação reforçada por intermédio de ofício ao MS, em ambos os casos não obtivemos resposta.

Assim, em face da indisponibilidade de dados atualizados na página oficial da internet do Programa Mais Médicos, do Ministério da Saúde, a presente avaliação se valeu basicamente de dados oriundos das apresentações feitas na audiência pública da CDH, em 2019, de estudos científicos e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que foram por nós coligidos neste relatório.

Há que salientar que, durante o processo de avaliação do programa objeto deste relatório, o atual Governo Federal deu novos rumos à política de provimento de médicos em localidades distantes e carentes por meio da apresentação, em agosto de 2019, de medida provisória para instituir o Programa Médicos pelo Brasil, que, inclusive, alterou pontos importantes do Programa Mais Médicos, razão por que este relatório incluiu também uma análise preliminar sobre esse novo programa – baseada no relatório da Comissão Mista da MPV nº 890, de 2019 –, contrapondo-o, em sua concepção mais geral, ao PMMB.

Além disso, paralelamente à aprovação da medida provisória, o Congresso Nacional também editou lei para regular o processo de revalidação dos diplomas de Medicina obtidos em universidades do exterior, o que impacta diretamente na possibilidade de participação, em ambos os programas, de médicos estrangeiros e de brasileiros graduados fora do Brasil, razão por que esse tema também foi incluído na análise aqui apresentada.

Assim, o presente relatório está estruturado da seguinte forma: uma primeira seção introdutória; uma segunda seção em que se procede à contextualização e caracterização do PMM; a seção 3, que apresenta os

resultados da distribuição dos médicos participantes do PMMB; a seção 4, que analisa a participação dos municípios no PMMB; a seção 5, que descreve a situação atual do PMMB; a seção 6, que apresenta dados relativos ao impacto do PMMB na atenção primária, como produção assistencial e indicadores de efetividade; a seção 7, que apresenta dados sobre a percepção de usuários, profissionais e gestores de saúde; a seção 8, que faz um balanço sobre a implementação do PMMB; a seção 9, que analisa a execução orçamentária do PMM; a seção 10, em que se apresenta o novo Programa Médicos pelo Brasil; a seção 11, onde são analisadas as alterações que foram instituídas no PMMB; a seção 12, onde se contrapõem os dois programas; a seção 13, em que se analisa a nova lei sobre a revalidação de diplomas de Medicina obtidos no exterior; e, por fim, a seção 14, onde são feitas considerações finais sobre o PMM, com destaque para os principais problemas identificados, e onde são apresentadas algumas recomendações.

2. Contextualização e caracterização do PMM

O PMM constitui a principal estratégia de vulto adotada pelo Poder Executivo para dar solução de curto, médio e longo prazos para o problema da escassez ou ausência de médicos em áreas remotas ou de difícil acesso, cujas populações encontram-se vulneráveis e desassistidas. O PMM foi criado por meio da Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013, posteriormente convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.

De fato, o déficit e a distribuição inadequada, de serviços e profissionais de saúde, especialmente de médicos, são problemas que ocorrem em diversos países do mundo, não só no Brasil. Quando se trata de regiões remotas, pobres e periféricas, a situação é ainda mais grave. De acordo com dados apresentados pelo ex-Ministro da Saúde, Arthur Chioro, em audiência pública realizada na

CDH do Senado Federal, em 2019, o número de médicos por habitante no Brasil está abaixo da média dos países da União Europeia, de países vizinhos e de países com sistemas universais de saúde como o nosso (Tabela 1).

Tabela 1. Índice médico/habitante, 2011-12.

País	Médico/1.000 hab.
Brasil	1,8
Uruguai	3,7
Argentina	3,2
Espanha	4,0
Portugal	3,9
Alemanha	3,6
Itália	3,5
Austrália	3,0
Reino Unido	2,7

Fonte: Ministério da Saúde e OCDE, 2011 e 2012.

Internamente, o País apresenta grandes desigualdades regionais na distribuição de médicos. Quando se comparam as porcentagens de médicos e de população por região (ou estado) com os números do conjunto do País, ficam evidentes as grandes desigualdades existentes.

De acordo com os dados da pesquisa Demografia Médica 2018¹, a Região Sudeste detém 41,9% dos brasileiros e concentra 54,1% do total de médicos, ou seja, mais da metade dos profissionais de todo o País está naquela região. Nas Regiões Norte e Nordeste o percentual de médicos é muito inferior ao da população residente: na Região Norte estão 8,6% da população brasileira e apenas 4,6% dos médicos brasileiros; no Nordeste estão 27,6% dos brasileiros – mais de um quarto da população brasileira – e apenas 17,8% do conjunto de

¹ SHEFFER, M. *et al.* Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo, SP FMUSP, CFM, CREMESP 2018 286P.

médicos. Nas Regiões Sul e Centro-Oeste, a porcentagem de habitantes é bastante próxima da de médicos.

Pesquisas de demografia médica realizadas sucessivamente pelo Conselho Federal de Medicina^{2 3 4}, permitem constatar que há, no País, uma tendência de crescimento de médicos em atividade, que deve se manter e se intensificar nos próximos anos, decorrente de a taxa de saída de médicos do mercado de trabalho ser muito menor que a taxa de entrada, do aumento expressivo da oferta de vagas e de cursos de Medicina e do crescimento do setor saúde.

Enquanto a taxa de crescimento populacional reduz sua velocidade, a abertura de escolas médicas e de vagas em cursos já existentes mantém um ritmo crescente. A estimativa do estudo é de que cerca de 24 mil novos profissionais desembarcarão anualmente no mercado de trabalho a partir de 2024.

Essa diferença entre a formação de novos médicos e o crescimento da população provocou um aumento na razão médico pelo número de habitantes. Em 1980, havia 1,13 médicos para cada grupo de mil habitantes no País. Essa razão subiu para 1,48, em 1990; 1,71, no ano 2000; e atingiu 1,89, em 2009. Em 2011, o índice chegou a 1,95 médicos por mil habitantes, tendo atingido a média de 2,18, em 2018.

Em que pese esse aumento, constata-se que esse crescimento observado no número de médicos não atingiu nem de perto números adequados para atender suficiente a população e nem resultou em melhor distribuição desses profissionais, observando-se disparidades e iniquidades na sua

² CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Demografia Médica no Brasil, Vol. 1 Cenários e Indicadores de distribuição. São Paulo CREMESP; 2011. Relatório de Pesquisa.

³ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Demografia Médica no Brasil, Vol. 2 Cenários e Indicadores de distribuição. São Paulo CREMESP; 2013. Relatório de Pesquisa.

⁴ SHEFFER, M. *et al.* Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo, SP FMUSP, CFM, CREMESP 2018 286P.



disponibilização, distribuição e fixação, em função dos diferentes contextos sociais e geográficos. Assim, há maior oferta de médicos em regiões metropolitanas e em municípios de maior porte populacional e com melhores condições econômicas. É nas cidades de maior porte, especialmente nas capitais, que se concentra a maioria dos médicos brasileiros. As capitais apresentam uma razão de médicos por mil habitantes de 5,07. Esse índice é mais que o dobro da média nacional identificada pela pesquisa Demografia Médica 2018, de 2,18 médicos para cada grupo de mil habitantes.

No entanto, os valores da razão médicos por mil habitantes, quando tomados para as regiões ou estados, variam enormemente da média nacional. Em termos regionais, o Sudeste é a região com a maior densidade de médicos por habitante (2,81 médicos por 1.000 habitantes) contra 1,16, no Norte, e 1,41, no Nordeste. Já os valores encontrados para os estados variam de 0,87 médicos por mil habitantes (Maranhão) a 4,35 (Distrito Federal). Mesmo na região Sudeste, a que tem a maior densidade de médicos, o número ainda fica aquém de diversos países apontados na tabela 1 acima.

Dentro de um mesmo estado, também se constata diferenças importantes na distribuição de médicos. De acordo com o estudo Demografia Médica 2018, as capitais têm quatro vezes mais médicos que os municípios do interior. Enquanto as capitais das 27 unidades da Federação reúnem 23,8% da população, elas concentram 55,1% dos médicos, ou seja, mais da metade dos médicos em atividade no País estão nas capitais, onde mora menos de um quarto da população brasileira. A razão médico/1.000 habitantes nas capitais é de 5,07, enquanto no interior é 1,28, ou seja, quase quatro vezes menor.

Em alguns estados essa desigualdade entre capital e interior é ainda mais gritante, como é o caso do Amazonas, cuja capital concentra 93,1% dos médicos, com pouco mais da metade da população do estado. O mesmo se

verifica em Sergipe, com 91,8% de seus médicos em Aracaju, e no Amapá, com 89,5% dos médicos em Macapá.

Assim, apesar da tendência de crescimento do número de médicos no País, convivemos ainda com um quadro de enorme déficit e de desigualdade na distribuição desses profissionais.

O Programa Mais Médicos foi instituído como estratégia para resolver a questão emergencial do atendimento básico ao cidadão, mediante o provimento de médicos na atenção básica, que constitui a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e que tem a capacidade de solucionar 80% dos problemas de saúde da população.

O PMM está estruturado em três eixos estratégicos de atuação:

- i) provimento emergencial de médicos na atenção básica, em regiões prioritárias para o SUS – eixo consubstanciado por meio do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB);
- ii) formação para o SUS, com investimento na criação de mais vagas de graduação e residência e de novos cursos de Medicina, baseados em nova matriz curricular; e
- iii) melhoria e ampliação da infraestrutura das unidades básicas de saúde (UBS).

Podem participar do PMM, por adesão, os municípios que se enquadrem nos critérios estabelecidos pelos editais do Ministério da Saúde, que prioriza áreas de difícil acesso, de difícil provimento de médicos ou que possuam populações em situação de maior vulnerabilidade social.

Conforme a Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013, dos Ministérios da Educação e Saúde, que dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, são consideradas prioritárias para o SUS:



“III - regiões prioritárias para o SUS: áreas de difícil acesso, de difícil provimento de médicos ou que possuam populações em situação de maior vulnerabilidade, definidas com base nos critérios estabelecidos pela Portaria nº 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011, e que se enquadrem em pelo menos uma das seguintes condições:

a) ter o Município 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), disponíveis no endereço eletrônico www.mds.gov.br/sagi;

b) estar entre os 100 (cem) Municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública "per capita" e alta vulnerabilidade social de seus habitantes;

c) estar situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS), órgão integrante da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde; ou

d) estar nas áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios. (Redação dada pela PRI GM/MS/MEC nº 1493 de 18.07.2013). ”

De acordo com a Portaria, são elegíveis os municípios que possuam áreas em uma das situações elencadas no inciso III acima transcrito e que manifestem interesse em participar do Projeto.

Os municípios elegíveis interessados em receber médicos para atuação na atenção básica mediante integração ensino-serviço, devem se inscrever junto ao órgão competente do Ministério da Saúde e, quando contemplados, assinar o Termo de Adesão e Compromisso à Coordenação Nacional do Projeto.

No referido Termo, o município deve comprometer-se a não substituir os médicos que já integram as equipes de atenção básica pelos participantes do Programa e a manter, durante a execução do PMMB, as equipes de atenção básica atualmente constituídas com profissionais médicos não participantes do Projeto; a oferecer moradia para o médico participante do Programa; a garantir alimentação adequada e fornecimento de água potável; bem como a aderir ao Programa de Qualificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), em caso de infraestrutura inadequada para a execução das ações do Programa.



Da mesma forma, os médicos que desejam ingressar no Projeto Mais Médicos para o Brasil devem se inscrever em processo seletivo, de acordo com os editais lançados pelo Ministério da Saúde, os quais estabelecem ciclos do programa. Até o momento, já ocorreram 18 ciclos do PMMB. Após o término do período de atuação de cada ciclo – até três anos, de acordo a disposição legal –, pode haver prorrogação do prazo por até três anos, mediante edital de prorrogação para a adesão dos médicos daquele ciclo.

Os médicos elegíveis para participar do Projeto podem ser classificados em dois grupos: os formados em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil; e aqueles formados em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para o exercício da medicina no exterior (médicos intercambistas).

Além disso, a Lei nº 12.871, de 2013, instituiu a possibilidade de os Ministérios da Educação e da Saúde firmarem acordos e outros instrumentos de cooperação com instituições de educação superior estrangeiras e organismos internacionais, inclusive com transferência de recursos para essas entidades. Portanto, por meio desse dispositivo, foram instituídas duas possibilidades para seleção de médicos intercambistas: por meio de chamamento público (intercambistas individuais), conforme edital publicado pelo MS; e mediante a celebração de instrumentos de cooperação com instituições de educação superior estrangeiras ou organismos internacionais (intercambistas cooperados).

Assim, com o intuito de prover a seleção dos médicos intercambistas cooperados, o Ministério da Saúde celebrou o Acordo de Cooperação Técnica nº 80/2013 com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), que vigorou até 2019.

Segundo as normas definidas pelo Programa, após a validação do seu cadastro, os médicos devem indicar os municípios, por ordem de prioridade, a

que pretendem concorrer. Para fins de indicação pelos profissionais médicos, os locais de atuação estão classificados nos seguintes perfis⁵:

- Perfil 1: áreas (que não se encaixam nos demais perfis) referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios dos grupos III e IV do PAB fixo, conforme definido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e disposto na Portaria nº 1.409/GM/MS, de 10 de julho de 2013;
- Perfil 2: áreas (que não se encaixam nos demais perfis) referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios do grupo II do PAB fixo, conforme definido pelo IBGE e disposto na Portaria nº 1.409/GM/MS, de 10 de julho de 2013;
- Perfil 3: áreas (que não se encaixam nos demais perfis) referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza das Capitais e Regiões Metropolitanas, conforme definido pelo IBGE e disposto na Portaria GM/MS nº 1.409, de 10 de julho de 2013;
- Perfil 4 (Grupo I do PAB): áreas (que não se encaixam nos demais perfis) referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios do grupo I do PAB fixo, conforme definido pelo IBGE e disposto na Portaria GM/MS nº 1.409, de 10 de julho de 2013;
- Perfil 5 (G 100): municípios que estão entre os 100 (cem) Municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis

⁵ BRASIL. Controladoria-Geral da União. Secretaria Federal de Controle Interno. *Relatório de auditoria anual de contas: relatório nº 201600675*. Brasília, DF, 2015.



de receita pública per capita e com alta vulnerabilidade social de seus habitantes;

- Perfil 6 (Áreas vulneráveis): áreas (que não se encaixam nos demais perfis) referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios que estão em regiões de vulnerabilidade (Vale do Ribeira, Vale do Jequitinhonha, Vale do Mucuri, Municípios com IDH-M baixo ou muito baixo e Região do Semiárido);
- Perfil 7 (Extrema Pobreza): Município com 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS)⁶, disponíveis no endereço eletrônico www.mds.gov.br/sagi; e
- Perfil 8 (Saúde Indígena): Área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS).

A seleção e a ocupação das vagas disponíveis ocorrem em três etapas distintas, de acordo com a seguinte ordem de prioridade: 1º) médicos formados em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil, com habilitação para exercício da medicina em território nacional, isto é, com registro no Conselho Regional de Medicina (CRM); 2º) médicos brasileiros formados em instituição de educação superior estrangeira, com habilitação para exercício da medicina no exterior; e 3º) médicos estrangeiros formados em instituição de educação superior estrangeira, com habilitação para exercício da medicina no exterior.

A ocupação das vagas remanescentes poderá ser realizada por médicos selecionados por meio de cooperação com instituições de educação superior estrangeiras e organismos internacionais. No entanto, essa ocupação ocorrerá

⁶ Atual Ministério da Cidadania.

somente no caso de vagas não preenchidas e em caso de vagas abertas por desistência ou desligamento dos médicos selecionados por meio de chamamento público.

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

Com a chegada ao município, o médico passa a executar suas atividades na UBS onde estiver lotado. Cabe ressaltar que o exercício das atividades nas unidades de saúde compõe o processo de aperfeiçoamento dos médicos participantes, que ocorrerá mediante a oferta de curso de especialização com duração de até três anos, prorrogável por igual período (art. 14, caput e § 1º, da Lei nº 12.871, de 2013).

É concedida bolsa-formação, no valor mensal de R\$ 11.520,00 (data-base janeiro/2017), aos médicos participantes, que poderá ser paga pelo prazo máximo de 36 meses, prorrogáveis por igual período, caso o profissional seja aprovado no curso de especialização anterior e realize novo curso de aperfeiçoamento em outras modalidades de formação. Além da bolsa, o Ministério da Saúde fornece uma ajuda de custo para compensar as despesas de instalação e também custeia as despesas com deslocamento, incluindo as dos dependentes legais. Os municípios participantes, por sua vez, são responsáveis pelo custeio da moradia e da alimentação dos médicos.

O conteúdo do módulo de acolhimento para os médicos intercambistas, oferecido pela Coordenação Nacional do Projeto, trata da legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, do funcionamento e das atribuições do SUS, notadamente da Atenção Básica, dos protocolos clínicos de atendimentos definidos pelo MS, da língua portuguesa e do código de ética médica. Ao final do módulo é realizada avaliação visando a identificar se o médico participante está apto ou não a continuar no Projeto.

Cabe ao Ministério da Saúde emitir o número de registro único e a carteira de identificação, a ser entregue ao médico intercambista aprovado no módulo de acolhimento. Tais documentos habilitam o médico a executar a medicina no âmbito do Projeto, sem necessidade de registro no respectivo conselho profissional. No entanto, o conselho regional de Medicina permanece incumbido de fiscalizar as atividades desses profissionais.

3. Distribuição dos médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil

O PMM foi instituído com o objetivo de resolver o problema da escassez e da má distribuição de médicos no território nacional, buscando garantir o acesso das populações mais vulneráveis à atenção primária em saúde (APS).

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

Dados relativos ao primeiro momento de implementação do PMMB, sobre a provisão de médicos em áreas consideradas prioritárias pelo Ministério da Saúde, apresentados pela Professora Leonor Pacheco, da Universidade de Brasília, na audiência pública realizada pela CDH, em 2019, sinalizam para a

envergadura do Projeto e o potencial impacto na saúde das populações das áreas vulneráveis.

O lançamento do primeiro edital do PMMB, em julho de 2013, resultou nos seguintes fatos, destacados pela eminente professora:

- Inscrição de 3.511 municípios para participar do Programa, com uma demanda de 15.460 médicos.
- Inscrição de 1.096 médicos brasileiros e de 522 estrangeiros.
- Assinatura de Termo de Cooperação com a OPAS e o governo de Cuba.
- Provimento, em doze meses, de 14.462 médicos, sendo 79% cubanos, 16% brasileiros e 5% estrangeiros de outras nacionalidades, em 3.785 municípios;
- Provimento de médicos nos 34 Distritos Sanitários Indígenas, representando 100% de cobertura, com a provisão de 294 médicos.
- Alocação de 3.390 médicos em municípios com comunidade quilombola certificada, reduzindo em 87% (de 18,0% para 2,4%) o número desses municípios com menos do que 0,1 médico por 1.000 habitantes na região Norte.

Dados apresentados em trabalho de Santos (2018)⁷ permitem observar a dinâmica da entrada de médicos no PMMB, ao longo do tempo de implementação do Programa, por meio dos diversos ciclos de provimento desses profissionais (Tabela 2). Os dados referem-se ao ingresso dos médicos até o 12º ciclo, ocorrido em 2016.

⁷ Santos, F.J.S. *O programa mais médicos: uma avaliação dos impactos sobre indicadores de saúde do Brasil*. Tese (Doutorado em Administração). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Administração. Natal-RN. 2018. 156f.

Os dados mostram que, até 2016, o maior número de médicos atuantes no Programa era proveniente da Cooperação com a OPAS, ou seja, eram intercambistas cooperados – todos médicos cubanos –, representando 56,3% do total de médicos. No entanto, o ingresso dos médicos cubanos só ocorreu nos dois primeiros anos do Projeto (2013 e 2014). Nesse período, a participação desses médicos foi da ordem de 74,2% do total de médicos atuantes no Programa.

Tabela 2 – Número de médicos do PMMB, segundo o ciclo e a forma de entrada. Brasil, 2013-2016.

Ciclo (mês/ano)	Forma de entrada			
	Inscrição direta	Cooperação Opas	Provab ⁸	Total
1º (09/2013)	1.089	377	0	1.466
2º (11/2013)	446	4.804	0	5.250
3º (02/2014)	785	1.998	0	2.783
4º (04/2014)	1.334	3.960	0	5.294
5º (06/2014)	216	1	0	217
6º (03/2015)	1.711	0	606	2.317
7º (08/2015)	74	0	46	120
8º (10/2015)	152	0	194	346
9º (01/2016)	1.092	0	758	1.850
10º (04/2016)	637	0	620	1.257
11º (05/2016)	65	0	13	78
12º (07/2016)	232	0	265	497
Reserva	0	2.174	0	2.174
Total	7.833	13.314	2.502	23.649

Fonte: tabela reproduzida, com adaptações, do trabalho de Santos.

Para se ter uma ideia da evolução do Projeto, são reportados, na Tabela 3, os dados relativos à participação de médicos em dois momentos distintos: o momento inicial, de 2013 a 2014 – anos que correspondem aos dois primeiros anos de execução do PMMB –, e o ano de 2017, último ano para o qual dispomos de dados oficiais.

⁸ Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), incorporado ao PMM a partir de 2015.

Os dados da Tabela 3 abaixo indicam que, ao longo da implementação do PMMB, houve alteração no perfil dos médicos participantes, com o aumento da participação de médicos com CRM, que passaram de 13% para quase 32% do total, ou seja, quase triplicaram sua participação no Projeto.

Também a participação dos intercambistas individuais aumentou ao longo do tempo, tendo mais que dobrado em relação à observada nos primeiros dois anos do PMMB, passando de 8,4% para 18,7%.

Por outro lado, os médicos intercambistas cooperados – médicos cubanos –, que no período de 2013-2014 representavam quase 80% dos participantes do PMMB, sofreram redução expressiva dentro do Programa, tanto em termos absolutos quanto relativos, passando a representar 50,8%. Em que pese essa redução, os médicos cooperados ainda representavam um contingente bastante expressivo de profissionais atuantes no âmbito do Programa, com mais de nove mil médicos.

Tabela 3. Distribuição de médicos participantes do PMMB, segundo o perfil do médico. Brasil, 2013-14 e 2017.

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

Fonte: Relatório da Senadora Lídice da Mata, com dados obtidos de *Oliveira *et al.* (2016) e da **SGTES/MS, na audiência pública da CAS do Senado Federal, out/2017.

Essa tabela demonstra as expectativas do MS quando adotou a estratégia de provimento emergencial. Que ao longo do tempo, os médicos brasileiros fossem aderindo ao programa, diminuindo a necessidade progressiva de profissionais de outros países. Ainda que haja pequena

discrepância entre os números absolutos apresentados nas Tabelas 2 e 3, por serem de fontes diferentes, a tendência observada na participação dos médicos no Projeto é a mesma, ou seja, nos dois primeiros anos os médicos cubanos representavam mais de 75% do total de médicos atuantes no PMMB, mas essa participação relativa foi reduzida ao longo do tempo, tendo caído para pouco mais da metade dos médicos atuantes em 2016 e 2017, com aumento relativo da participação dos médicos com CRM e dos intercambistas individuais sem CRM.

Cabe ressaltar, conforme bem apontou a Senadora Lídice da Mata em seu relatório⁹, que apesar da diminuição relativa, ao longo do tempo, da participação dos médicos cubanos no Programa, eles, até 2018, continuavam desempenhando papel relevante para prover assistência médica em municípios mais vulneráveis, ressaltando-se a sua atuação em todos os Distritos Sanitários Indígenas, onde representavam 87% dos médicos atuantes. Segundo dados de 2017 da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, estavam alocados nos distritos sanitários indígenas 342 médicos participantes do PMMB, assim distribuídos: 298 médicos intercambistas cooperados (87%); 28 intercambistas individuais (8,2%) e 14 com CRM (4,1%).

Segundo dados constantes do Sistema Integrado de Informação Mais Médicos, desenvolvido pela OPAS para o monitoramento do PMMB, havia, em novembro de 2018, um total de 8.223 médicos no País, distribuídos em 27 estados, 2.818 municípios e nos 34 DSEI¹⁰.

⁹ Relatório Política Pública Programa Mais Médicos, da Comissão de Assuntos Sociais (CAS), 2018. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleggeter/documento?dm=7635436&ts=1567528443259&disposition=inline> Acesso em 3 fev 2020.

¹⁰ OPAS. Sistema Integrado de Informação Mais Médicos. Disponível em: <https://simm.campusvirtualsp.org/pt-br/distribuicao-medicos-por-municipio> Acesso em 10 fev 2020.

A distribuição dos médicos do PMMB, por região, mostra que mais médicos foram para as regiões Nordeste (36,5%) e Sudeste (28%), conforme dados apresentados por Santos (2018). No entanto, quando se leva em consideração a razão médicos por mil habitantes, observa-se que, em relação ao tamanho da população, a Região Norte recebeu mais médicos, vindo a seguir a Região Nordeste, enquanto o número de médicos/1.000 habitantes da Região Sudeste foi o menor. Isso mostra uma distribuição mais equânime dos médicos do PMMB, contemplando aquelas regiões que apresentavam as mais baixas razões médicos por mil habitantes, respectivamente, 1,01 e 1,2 médicos/1.000 habitantes, antes do início do Programa.

Tabela 4. Distribuição de médicos do PMMB por região. 2013-2016.

Região	Nº	%	Médicos PMMB /1.000 hab.
Norte	3.054	12,9	0,17
Nordeste	8.668	36,5	0,15
Sudeste	6.656	28,0	0,07
Centro-Oeste	1.708	7,2	0,10
Sul	3.668	15,4	0,12
Total	23.754	100,0	-

Fonte: elaboração própria com base em dados apresentados por Santos (2018).

Outros indicadores utilizados para aferir a efetividade do Programa em prover médicos para as áreas mais desassistidas são a distribuição de médicos segundo o perfil do município atendido (Tabela 5) e a razão número de médicos por mil habitantes, antes e depois da implementação do Programa (Tabela 6).

Segundo dados apresentados por Santos (2018), a maior concentração de médicos do PMMB está em municípios classificados como “demais localidades”, ou seja, municípios que não se enquadram nos critérios de prioridade. Quase um terço dos médicos do Projeto foram alocados em municípios não prioritários.

Apesar disso, observando-se o dado do número de médicos alocados por mil habitantes (Tabela 6), constata-se que houve uma melhoria do quadro da distribuição dos médicos em todas as regiões atendidas pelo Projeto, inclusive nas regiões mais desassistidas, ainda que a variação observada nessas áreas tenha sido menor que a de áreas consideradas não prioritárias.

As “demais localidades”, que não se enquadram nos critérios de prioridade, apresentaram um acréscimo de 0,18 médicos por mil habitantes e as regiões metropolitanas uma variação de 0,12 médicos, enquanto os municípios com 20% de pobreza e do G100 – os dois grupos que apresentavam os menores coeficientes de médicos por mil habitantes – tiveram as menores variações, da ordem de 0,05 médicos/1.000 habitantes.

Tabela 5. Distribuição de médicos PMMB por tipo de município. 2013-2016.

Tipo de município	Nº	%
20% pobreza	6.495	27,5
Região Metropolitana	3.883	16,4
Capital	2.871	12,1
G100	2.379	10,1
DSEI	401	1,7
Demais localidades	7.621	32,2
Total	23.650	100,0

Fonte: elaboração própria com base em dados apresentados por Santos (2018).

Tabela 6. Número de médicos/1.000 habitantes antes e após o início do PMMB, por tipo de município. 2013-2016.

Tipo de município	Médicos PMMB /1.000 hab.		
	2012	2016	Variação
20% pobreza	1,33	1,38	+ 0,05
G100	1,34	1,39	+ 0,05
Região Metropolitana	2,11	2,24	+ 0,12
DSEI	2,36	2,56	+ 0,20
Capital	2,73	2,74	+ 0,01
Demais localidades	2,18	2,36	+ 0,18

Fonte: elaboração própria com base em dados apresentados por Santos (2018).

A Tabela 7 mostra que a distribuição de médicos cubanos e brasileiros pelo perfil do município atendido é muito semelhante, diferenciando-se pela magnitude.

Tabela 7. Distribuição dos médicos do PMMB cubanos e brasileiros, pelo perfil do município. 2013-2016.

Perfil do município	Nacionalidade				TOTAL
	Cuba		Brasil		
	Nº	%	Nº	%	Nº
20% pobreza	4.190	31,43	2.206	23,17	6.396
DSEI	334	2,51	64	0,67	398
Região Metropolitana	1.889	14,17	1.760	18,49	3.649
Capital	1.010	7,58	1.621	17,03	2.631
G100	952	7,14	1.349	14,17	2.301
Demais localidades	4.958	37,19	2.519	26,46	7.477
Total	13.333	100,00	9.519	100,00	22.852

Fonte: tabela reproduzida e adaptada do trabalho de Santos (2018).

Tanto os médicos cubanos quanto os brasileiros estão mais concentrados nas “demais localidades”, que são as áreas não enquadradas nos requisitos de prioridade. No entanto, os cubanos se concentram mais nessas áreas que os brasileiros (37,2% e 26,5%, respectivamente) e representam 66,3% do total de médicos aí presentes.

Em segundo lugar, tanto para cubanos quanto para brasileiros, a maior concentração de médicos é em municípios de 20% de pobreza, com percentuais da ordem de 31,4% e 23,2%, respectivamente. Mais de 65% do total de médicos do PMMB atuantes nessas áreas são cubanos.

Os médicos brasileiros, mesmo sendo um grupo menor (41,7% do total de médicos), foram a maioria nas capitais, regiões metropolitanas e no G100.

A presença dos cubanos nos distritos sanitários indígenas é mais que cinco vezes maior que a dos brasileiros. Quase 84% dos médicos do PMMB atuantes em DSEI são de origem cubana.



SF/20731.20289-10

Importante lembrar que os médicos brasileiros ao se inscrever escolhiam prioritariamente suas localidades de moradia, ou grandes centros urbanos. As vagas remanescentes que foram distribuídas aos demais profissionais. Oliveira et al. (2016).¹¹ Observem que os dados evidenciam a redução da carência de médicos, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste. Nessas áreas, onde residem cerca de 36% da população brasileira, houve a alocação de 6.565 médicos, o que corresponde a 46,3% dos médicos do Projeto, indicando ter havido alguma discriminação positiva, segundo o autor. Nesse caso, podemos com esse dado informar que houve alocação de médicos de forma equânime, ou seja, atendeu prioritariamente aos que mais precisavam.

4. Participação dos municípios no PMMB

Como já salientado, dados da OPAS informam que, em novembro de 2018, estavam participando do PMMB 2.818 municípios e os 34 DSEI¹².

Para avaliar a efetividade do Projeto em atingir os municípios definidos como prioritários, importante caracterizar os municípios que aderiram e que foram contemplados pelo PMMB. Ressalte-se que, em grande medida, o Projeto, para alcançar os seus objetivos, depende do próprio município aderir à iniciativa e também dos médicos se inscreverem e escolherem o município de atuação.

Esse tema foi objeto de diversos estudos¹³ que apontaram distorções na alocação dos médicos, ao identificar grande número de municípios que aderiram ao Programa e que não se enquadravam nos critérios de prioridade.

¹¹ OLIVEIRA JPA, SANCHEZ MN & SANTOS LMP. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9):2719-2727, 2016.

¹² OPAS. Sistema Integrado de Informação Mais Médicos. Disponível em: <https://simn.campusvirtualsp.org/pt-br/distribuicao-medicos-por-municipio> Acesso em 10 fev 2020.

¹³ GIOVANELLA, L; MENDONÇA, MHM; FAUSTO, MCR; ALMEIDA, PF; BOUSQUAT, A; LIMA, JG; SEIDL, H; FRANCO, CM; FUSARO, ER; ALMEIDA, SZF. A provisão emergencial de médicos pelo

Análise de Santos (2018) sobre o perfil dos municípios que aderiram ao Programa demonstra que todos os municípios classificados no perfil Capital e DSEI participaram do PMM, isto é, houve adesão de 100% dos municípios com esses perfis (Tabela 8).

Já em relação aos municípios classificados no perfil de 20% da população em situação de pobreza, apenas metade deles estava inserida no Projeto.

O maior número de municípios que participa do PMMB é dos municípios classificados como “demais localidades”, isto é, que não se enquadram em nenhum dos perfis definidos como prioritários.

Tabela 8. Participação dos municípios no PMMB, por perfil. 2013-2016.

Tipo de município	Nº	%
20% pobreza	1.312	51
Região Metropolitana	393	83
Capital	10	100
G100	80	92
DSEI	34	100
Demais localidades	1.982	86

Fonte: elaboração própria com base em dados apresentados por Santos (2018).

Segundo Oliveira et al., no período de 2013 a 2014, 68% dos municípios brasileiros aderiram ao PMMB (3.785 municípios); outros 44 municípios tiveram sua adesão cancelada, 376 desistiram e 1.365 não se inscreveram.

Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9): 2695-2706, 2016.

GIRARDI, SN; VAN STRALEN, ACS; CELLA, JN; WAN DER MASS, L; CARVALHO, CL; FARIA, EO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9): 2673-2682, 2016.

OLIVEIRA, JPA; SANCHEZ, MN; SANTOS, LMP. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9): 2717-2725, 2016.

PEREIRA, L; SANTOS, L; SANTOS, W; OLIVEIRA, A; RATTNER, D. Mais Médicos program: provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013-2014. *Rural remote health*; 16(1):3616, 2016.

SANTOS, F.J.S. *O programa mais médicos: uma avaliação dos impactos sobre indicadores de saúde do Brasil*. Tese (Doutorado em Administração). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Administração. Natal-RN. 2018. 156f.

Apesar da alta taxa de adesão ao Programa, foi constatado que 699 municípios elegíveis, ou seja, 22,7% dos municípios considerados prioritários, segundo os critérios do Ministério da Saúde, não se inscreveram ou cancelaram sua inscrição no PMMB, estando tais municípios distribuídos da seguinte forma: 450 da Região Nordeste; 52 da Norte; 101 da Sudeste; 75 da Sul; e 21 da Centro-Oeste. Quanto ao perfil de prioridade ou vulnerabilidade, esses municípios foram classificados da seguinte forma: 374 eram municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza; uma era capital (Cuiabá); cinco municípios do G100; 133 municípios de regiões metropolitanas; e 186 municípios com alguma das situações de vulnerabilidade.

Análise feita por Oliveira et al. (2016) sobre o perfil dos municípios contemplados pelo PMMB entre 2013 e 2014, excluindo-se os DSEIs, aponta na mesma direção do trabalho de Santos, conforme pode ser observado a partir dos dados apresentados na Tabela 9.

É possível constatar que, entre os municípios que aderiram ao PMMB, 2.377 (62,8%) atendiam a algum dos critérios de prioridade ou vulnerabilidade e 1.408 (37,2%) não atendiam a nenhum critério, por isso foram considerados como “demais municípios”.

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

A análise de Oliveira et al. (2016) mostrou que as regiões Sudeste e Sul foram as que apresentaram o maior número absoluto de municípios categorizados como “demais municípios” – ou seja, que não atendiam aos critérios de prioridade inicialmente estabelecidos –, com 592 e 570 municípios, respectivamente. A Região Centro-Oeste foi a que apresentou a maior

participação relativa desses municípios, quase 70%. No entanto, municípios não prioritários de todas as regiões do País receberam médicos pelo Projeto.

Tabela 9 – Perfil dos municípios participantes do Programa Mais Médicos por região geográfica. Brasil, 2013 e 2014.

Perfil do município	Regiões do Brasil											
	Centro-Oeste		Nordeste		Norte		Sudeste		Sul		Total	
20% de pobreza	32	10,8%	978	74,2%	221	60,9%	55	5,9%	48	5,5%	1.334	35,2%
G-100	9	3,1%	36	2,7%	14	3,9%	22	2,4%	12	1,4%	93	2,5%
Capital	3	1,0%	9	0,7%	7	1,9%	4	0,4%	3	0,3%	26	0,7%
Região Metropolitana	21	7,1%	39	3,0%	5	1,4%	113	12,1%	198	22,6%	376	9,9%
Vulnerabilidade	27	9,2%	222	16,8%	107	29,5%	147	15,8%	45	5,1%	548	14,5%
Total municípios prioritários/	92	31,2%	1.284	97,4%	354	97,5%	341	36,5%	306	34,9%	2.377	62,8%
Demais municípios	203	68,8%	34	2,6%	9	2,5%	592	63,5%	570	65,1%	1.408	37,2%
Total geral de municípios	295	100%	1.318	100%	363	100%	933	100%	876	100%	3.785	100%

Fonte: tabela reproduzida de Oliveira *et al.*, 2016.

A Tabela 10 mostra o quantitativo de vagas disponíveis até o 4º ciclo do Projeto nos municípios, de acordo com o perfil de prioridade, e evidencia o percentual atendido. Note-se que as áreas que concentram o maior número de vagas são as de perfil 3 – capitais e regiões metropolitanas – e as de perfil 7 – de extrema pobreza. Também é importante observar que o número de vagas solicitadas é bem menor que o número de vagas disponíveis em todos os perfis de municípios, o que indica que parte considerável dos municípios não chega a pleitear o preenchimento das vagas.

É digno de nota que os municípios de maior vulnerabilidade – perfis 6 (vulneráveis) e 7 (extrema pobreza) – são justamente aqueles que tiveram o menor percentual de atendimento de suas necessidades. Do total de vagas

solicitadas por esses municípios, apenas pouco mais da metade foi efetivado (55%).

Tabela 10 – Quantitativo de vagas e disponibilização de médicos nos municípios brasileiros conforme perfil de prioridades, até o 4º ciclo do Programa.

Item	Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 4	Perfil 5	Perfil 6	Perfil 7
Vagas necessárias para atingimento da meta de cobertura	11.108	7.578	38.764	7.729	8.712	6.999	15.830
Vagas solicitadas até 4º ciclo	1.884	2.057	7.060	3.385	2.120	2.851	9.053
Vagas efetivadas	1.518	1.435	4.855	1.762	1.736	1.569	5.023
Percentual de vagas efetivadas em razão das solicitadas	80,6%	69,8%	68,8%	52,0%	81,9%	55,0%	55,5%

Fonte: Relatório de Auditoria Anual de Contas nº 201600675.

Ao estimar a probabilidade de os municípios participarem do Programa, Santos (2018), da mesma forma que outros pesquisadores, concluiu que os municípios classificados no perfil de 20% de pobreza, apesar de serem considerados como prioritários, possuem chances menores de solicitarem médicos e, por conseguinte, de participarem do Programa. Isso, segundo a autora, pode ser resultado de uma estrutura administrativa precária, que limita a capacidade do município de pleitear vagas dentro do Programa, por não ter condições de oferecer as contrapartidas exigidas, como a garantia de moradia e alimentação aos médicos participantes.

Como o objetivo do PMMB é reduzir a carência de médicos, de modo a garantir à população o acesso aos serviços de saúde, faz-se necessário que o Programa atenda a todos os municípios prioritários para o SUS. Para tanto, seria



SF/20731.20289-10

importante o MS ou CONASS e CONASEMS prestar assessoramento aos municípios prioritários para que eles participem.

Em estudo conduzido pela OPAS¹⁴ sobre a produção científica relativa ao Programa Mais Médicos, são apontados alguns pontos críticos do Programa que merecem a atenção dos formuladores da política no sentido de serem corrigidos. O texto informa que:

Em que pese os pontos positivos destacados, os estudos alertam para questões críticas e, talvez, mais difíceis de serem superadas. Com relação à escassez de médicos, por exemplo, há fortes indícios da alocação em EqSF [equipe de saúde da família] existentes (GIRARDI et al., 2016b; GIOVANELLA et al., 2016), sugerindo efeitos complementar e substitutivo no provimento emergencial, além da manutenção de um quadro de insegurança assistencial pela dependência dos municípios em relação à provisão federal de médicos (GIRARDI et al., 2016b); evidências da manutenção de iniquidades distributivas desfavoráveis para determinadas regiões (Norte e Nordeste) e municípios (de menor porte) mais vulneráveis (GIRARDI et al., 2016b; NOGUEIRA et al., 2016); menor participação de unidades de saúde com pior infraestrutura (GIOVANELLA et al., 2016; SOARES NETO et al., 2016); e demonstrando que, **em situações críticas e de baixa capacidade administrativa e de gestão, o PMM teve menor impacto.** (p. 40-41) [Grifos nossos]

Essa recomendação demonstra a necessidade de forte participação da União na política de formação, provimento e financiamento de médicos em municípios, em especial na atenção básica.

5. Situação atual do PMMB

Como os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde na página da internet do Programa Mais Médicos estão absolutamente desatualizados e não

¹⁴ Organização Pan-Americana da Saúde. *Programa Mais Médicos no Brasil. Panorama da Produção Científica*. Brasília : OPAS; 2017

há dados oficiais sobre a situação atual do Projeto Mais Médicos para o Brasil, lançaremos mão de dados coligidos a partir de matérias jornalísticas sobre o tema, para tentar esboçar um quadro da atual situação do Projeto, especialmente após a saída dos médicos cubanos.

No final de 2018, após declarações do recém-eleito presidente do Brasil, Jair Bolsonaro, contra a cooperação com o Governo de Cuba para que médicos cubanos atuassem no âmbito do PMMB, o governo daquele país decidiu retirar os seus médicos do território nacional. O que Essa atitude do Presidente da República deixou desassistidas as populações de diversos municípios. Mais de oito mil médicos cubanos deixaram o País de forma repentina, o que causou temor quanto aos impactos negativos que adviriam para a saúde de populações em situação de vulnerabilidade. O mais grave foi o governo federal não ter uma atitude rápida que evitasse ou remediasse essa situação.

Em nota sobre o Programa Mais Médicos, publicada em 14 de novembro de 2018, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) manifestou preocupação sobre o desligamento do governo cubano do Projeto Mais Médicos para o Brasil, “em face de possíveis e futuras alterações em seus termos e condições”. Na nota, a entidade afirma que:

Interessa demonstrar que o desacordo entre os governos do Brasil e de Cuba pode causar impactos sociais e sanitários de relevância. Em que pese os cerca de 8.500 médicos cubanos serem uma parte dos profissionais inseridos atualmente no Programa Mais Médicos, eles estão alocados em 2.885 municípios do país, em geral localizados em áreas vulneráveis e com baixos índices de fixação profissional. Destes, 1.575 municípios possuem menos de vinte mil habitantes e, assim como 75% das aldeias indígenas, só contam com os profissionais cubanos na atenção primária à saúde, conforme dados da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)¹⁵.

¹⁵ CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Nota do Conass sobre o Programa Mais Médicos*. 14 nov 2018. Disponível em <https://www.conass.org.br/nota-do-conass-sobre-o-programa-mais-medico/> Acesso em 3 fev 2020.

Desde o final de novembro de 2018, o Ministério da Saúde tem lançado sucessivamente diversos editais para inscrição de novos médicos para provimento nas vagas deixadas pelos médicos cubanos. O primeiro edital lançado, em novembro de 2018, em caráter emergencial, ofertava 8.517 vagas, que antes eram ocupadas por médicos da cooperação com Cuba, em 2.824 municípios e 34 distritos sanitários indígenas. As vagas, por estado, são apresentadas na Tabela 11, conforme divulgado pela Agência Saúde¹⁶ do Ministério da Saúde.

No entanto, como foi largamente noticiado pela mídia nacional, além dos vários problemas ocorridos na inscrição dos médicos, uma parte considerável não chegou a se apresentar para assumir o cargo no município.

Tabela 11 – Número de vagas do PMMB, por estado. Novembro, 2018.

UF	VAGAS MUNICÍPIOS	VAGAS DSEI	TOTAL
AC	89	15	104
AL	123	5	128
AM	230	92	322
AP	67	9	76
BA	834	19	853
CE	439	4	443
DF	21	0	21
ES	213	0	213
GO	202	0	202
MA	449	20	469
MG	597	6	603

¹⁶ AGÊNCIA SAÚDE. **Médicos com registro no Brasil terão 8.517 vagas do Mais Médicos.** Disponível em <https://saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44706-profissionais-formados-no-brasil-terao-8-517-vagas-do-mais-medicos> Acesso em 4 fev 2020.

MS	104	11	115
MT	96	36	132
PA	497	29	526
PB	124	4	128
PE	423	13	436
PI	199	0	199
PR	452	6	458
RJ	228	0	228
RN	139	0	139
RO	151	12	163
RR	43	29	72
RS	630	0	630
SC	246	12	258
SE	94	0	94
SP	1.406	0	1.406
TO	89	10	99
BRASIL	8.185	332	8.517

Fonte: Agência Saúde, 11 de novembro de 2018.

É difícil fazer um balanço da real situação do PMMB na atualidade. São muitos os editais de inscrição de novos médicos, para os quais não se conta com um balanço final, além de não haver transparência e disponibilidade das informações atualizadas. Sabe-se que, apesar de grande número de médicos se inscrever, muitos têm inscrição pendente e outros tantos milhares homologados não chegam a assumir o posto.

De acordo com o Secretário da Atenção Primária do Ministério da Saúde, Erno Harzheim, em audiência pública realizada na Câmara dos Deputados em 2019 para discutir a sustentabilidade do Programa Mais

Médicos¹⁷, havia, até a data da audiência, pouco mais de 14 mil médicos ativos no Programa. Com a abertura do 18º ciclo do edital, a expectativa era de que 2.149 vagas fossem ocupadas. Ainda assim, segundo o Secretário, 4.139 postos de trabalho ainda ficariam abertos.

Além dos editais de inscrição de novos médicos, há também os editais de prorrogação do prazo para os médicos já atuantes no Projeto. Em fevereiro de 2019, o Ministério da Saúde lançou edital¹⁸ para renovar os contratos de 352 médicos que integravam os 9º e 10º ciclos do Programa Mais Médicos para o Brasil, que estavam na iminência de encerrar suas atividades no Projeto e que atuavam em municípios com população em extrema pobreza e com altos índices de vulnerabilidade social e nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (perfis 4 a 8).

Ficaram de fora do edital as 347 vagas de 181 municípios, principalmente capitais e regiões metropolitanas, que fazem parte dos perfis de 1 a 3, o que foi fortemente questionado pelos gestores de saúde mediante suas entidades representativas – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

Segundo dados do Ministério da Saúde, a taxa de ocupação das vagas nos municípios classificados com perfil de prioridade de um a três era de 83%, enquanto a taxa de ocupação das vagas nos municípios de perfis quatro a oito – de maior vulnerabilidade – era de 76%.

¹⁷ Disponível em: <https://www.conasems.org.br/sustentabilidade-do-programa-mais-medicos-e-discutida-na-camara-dos-deputados/> Acesso em 7 fev 2020.

¹⁸ Disponível em: <https://www.conasems.org.br/mais-medicos-ms-renovara-contratos-de-medicos-que-atuam-em-areas-de-maior-vulnerabilidade/> Acesso em 7 fev 2020.

De acordo com a conselheira Francisca Valda, na audiência pública da CDH, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Recomendação nº 17, de 12 de abril de 2019.

Recomenda ao Ministério da Saúde: 1. Que garanta o provimento das Áreas do Perfil 1, 2 e 3 do PMMB, em que permanecem vazios assistenciais; 2. Que os novos editais contemplem profissionais formados no exterior, caso os profissionais brasileiros não preencham a totalidade das vagas; e 3. Que promovam a renovação de contrato para profissionais do PMMB que queiram permanecer no referido Programa.

Dados mais atualizados divulgados em matéria jornalística do Jornal El País, publicada em 17 de fevereiro de 2020¹⁹, informam que existem atualmente menos 3.942 médicos ativos no PMMB em relação a novembro de 2018, quando Cuba rompeu o acordo de cooperação com o Brasil. Segundo o jornal, o déficit ocorre principalmente em função do fechamento de vagas em cidades metropolitanas e por desistência dos médicos substitutos, nos demais municípios.

Segundo a matéria, até novembro de 2018, atuavam no PMMB 18.240 médicos. Atualmente estão em atividade no Projeto 14.298 médicos, o que representa uma redução de 21,6% dos médicos participantes. No entanto, oficialmente, o Governo reconhece apenas 757 vagas em aberto, por conta da desistência de profissionais que as assumiram após a saída dos cubanos ou da liberação de outros que tiveram contratos finalizados. Segundo a matéria, o Governo pretende preencher essas vagas com a reincorporação de médicos cubanos que permaneceram no País após o fim do convênio.

¹⁹ EL PAÍS. *Municípios perdem um quinto dos médicos financiados pelo Governo federal após saída de cubanos*. 17 fev 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-02-17/municipios-brasileiros-perdem-um-quinto-dos-medicos-financiados-pelo-governo-federal-apos-saida-de-cubanos.html> Acesso em 17 fev 2020.

Assim, não estão sendo contabilizados os 3.185 postos de trabalho que foram fechados por mudança no foco do programa pela gestão Bolsonaro, que excluiu as cidades de maior porte, como as capitais e regiões metropolitanas (perfis 1 a 3).

6. Indicadores da efetividade do PMMB

Na audiência pública da CDH, a Professora Leonor Pacheco reportou os resultados obtidos da “Pesquisa de Implementação: rumo à cobertura universal de saúde com mais médicos no Brasil”, conduzida pela Universidade de Brasília, sobre a efetividade do Programa.

Esse é um estudo quase-experimental, em que se compararam dois grupos de municípios: i) o grupo de intervenção, constituído por 1.450 municípios aderidos ao Programa; e ii) o grupo controle, composto por 258 municípios não aderidos. A cobertura e o acesso à saúde nos dois grupos de comparação foram estudados.

Os principais resultados reportados foram:

- A cobertura de Saúde da Família, nos municípios aderidos passou de 77,9% em 2012, para 86,3% em 2015, enquanto nos municípios não aderidos ela quase não sofreu alteração (passou de 95% para 94%).
- As internações por causas sensíveis à Atenção Básica nos municípios aderidos diminuíram de 44,9%, em 2012, para 41,2% em 2015, mas não se alteraram nos municípios não aderidos ao Programa (passaram de 45% para 46%).

Importante também relatar os dados apresentados pelo ex-Ministro da Saúde Arthur Chioro, na audiência pública da CDH, em que ele apresentou os seguintes resultados de estudo conduzido pela Fundação Getúlio Vargas, em 2018, sobre o Programa Mais Médicos:

- Sob a ótica fiscal: a ampliação do número de médicos no atendimento básico evitou 521 mil internações hospitalares em 2015, gerando uma economia equivalente a um terço do orçamento do programa naquele ano (economia de R\$ 840 milhões, correspondente a 33% dos R\$ 2,6 bilhões destinados ao Programa no período).
- Redução consistente de 4,6% das internações em geral e 5,9% das relacionadas a doenças infecto-parasitárias, em 2015.

7. **Avaliação da satisfação de usuários, profissionais e gestores**

Na audiência pública realizada no âmbito da CDH, em 2019, para debater sobre o Programa Mais Médicos, a Professora Leonor Pacheco reportou dados de estudo conduzido pela Universidade de Brasília²⁰, que avaliou a satisfação de usuários e profissionais de saúde sobre o Programa.

O estudo da Universidade de Brasília pesquisou 263 usuários de 50 Equipes de Saúde da Família (ESF), de 32 municípios remotos, com baixa densidade de médicos e mais de 20% da população em pobreza extrema, das cinco regiões do Brasil.

No que tange à satisfação dos usuários, os principais resultados foram:

- os usuários, de modo geral, relataram que o PMM aumentou a satisfação com a APS;
- muitos declararam que pela primeira vez na vida tiveram acesso a uma consulta médica;
- as narrativas de usuários mostraram satisfação com a atenção, o respeito, a disponibilidade e a sensibilidade dos médicos, com o tratamento humanizado, ou seja, com a dignidade no cuidado;

²⁰ ARRUDA CAM, et al. Percepções de gestores municipais de Saúde sobre o provimento e a atuação dos médicos do Programa Mais Médicos. *Interface Comun Saúde, Educ* 2017; 21(supl1):1269-80.

- os serviços conseguiram organizar os horários, a demanda espontânea, e a visita domiciliar e diminuir o tempo de espera pela consulta.

Com relação à percepção dos profissionais de saúde sobre a integralidade nas práticas da ESF, os principais achados do estudo foram:

- Os profissionais que compõem as ESF afirmam que o PMM colaborou para a atenção à saúde com maior qualidade e integralidade, tanto pela ampliação do acesso das pessoas, como pela efetiva disponibilidade que tinham para atender às necessidades da população.
- Melhorou o acolhimento, vínculo e respeito, devido à valorização da condição humana dos usuários; houve o resgate da clínica: tempo dedicado, escuta atenta, exame físico minucioso.
- No interior das equipes, os médicos se integraram ao processo de trabalho multiprofissional, fortalecendo a Atenção Primária à Saúde.

Já em relação aos gestores, o estudo apontou que eles identificaram como contribuições dos médicos do PMM: o atendimento minucioso e exame físico completo; a utilização racional de medicamentos; o cumprimento do horário de trabalho; a responsabilidade no acompanhamento; o respeito ao paciente e humanização do cuidado; a melhoria da rotina da APS (pré-natal e visitas domiciliares); a diminuição das hospitalizações e o melhor acesso à rede; a ênfase na Medicina preventiva e na vigilância em saúde.

Pesquisa de opinião do Datafolha sobre o Programa Mais Médicos²¹, realizada no período de 18 a 19 de dezembro de 2018, entrevistou presencialmente 2.077 pessoas com idade a partir de 16 anos, em 130

²¹ Disponível em: <http://datafolha.folha.uol.com.br/opiniaopublica/2019/01/1985750-49-avaliam-que-saude-publica-ira-piorar-apos-saida-de-medicos-cubanos.shtml> Acesso em 7 fev 2020.

municípios. A margem de erro máxima da pesquisa é de 2 pontos percentuais para mais ou para menos, considerando-se um nível de confiança de 95%.

Segundo essa pesquisa, o Programa Mais Médicos é de conhecimento da maioria dos brasileiros adultos: 85% declararam que o conhecem ou já ouviram falar dele. A taxa de conhecimento sobre o programa cresce conforme aumenta o grau de escolaridade, a renda familiar mensal e o porte do município de residência do entrevistado.

Quatro em cada dez pessoas (39%) foram ou já tiveram algum parente atendido por médico estrangeiro do Programa Mais Médicos. O índice é mais alto entre os moradores das regiões Centro-Oeste e Norte (46%) e aumenta conforme diminui a renda familiar mensal (19% entre os mais ricos ante 43% entre os mais pobres) e o porte do município de residência do entrevistado (29% entre os municípios com mais de 500 mil habitantes e 44% entre os moradores de municípios com até 50 mil habitantes).

Sobre a recente saída dos médicos cubanos do Programa, 49% avaliam que a saúde pública do País irá piorar; 38% que irá melhorar; 8% que ficará igual; e 5% não opinaram.

Não nos foi possível agregar estudos ou informações sobre os demais eixos do programa, quais sejam: Estruturação da rede e formação, por conta da ausência dessas informações sistematizadas.

8. Síntese das avaliações sobre a implementação do PMMB

Neste tópico, sistematizamos as principais conclusões dos estudos acadêmicos e das análises de órgãos governamentais, como a auditoria da Controladoria Geral da República (CGU), a respeito da política de provimento de médicos no País no âmbito do Programa Mais Médicos.



As seguintes conclusões a respeito do PMMB são formuladas pelo estudo da OPAS²², a partir da revisão de estudos científicos:

- Diversos aspectos positivos apontam para melhoria relativa da equidade: aumento da relação médico/habitante em localidades negligenciadas, como áreas rurais, quilombos, DSEIs e municípios com populações abaixo da linha da pobreza ou distantes dos grandes centros; diminuição do número de municípios com escassez de médicos na APS; redução da carência de médicos nas regiões Norte e Nordeste.
- Convergência de investimentos entre diferentes programas direcionados para a APS (PMM, PMAQ-AB²³ e Requalifica UBS), o que fortalece as possibilidades de modificação efetiva na qualidade da atenção prestada na APS.
- Questões críticas: indícios da alocação em equipes de saúde da família (EqSF) existentes, sugerindo anulação dos possíveis efeitos do provimento emergencial; manutenção de um quadro de insegurança assistencial pela dependência dos municípios em relação à provisão federal de médicos; manutenção de iniquidades distributivas desfavoráveis para determinadas regiões (Norte e Nordeste) e municípios (de menor porte) mais vulneráveis.
- Menor participação de unidades de saúde com pior infraestrutura, demonstrando que, em situações críticas e de baixa capacidade administrativa e de gestão, o PMM teve menor impacto.

²² Organização Pan-Americana da Saúde. *Programa Mais Médicos no Brasil. Panorama da Produção Científica*. Brasília : OPAS; 2017.

²³ Programa Nacional de Melhoria e da Qualidade da Atenção Básica



- Grande número de municípios que aderiram ao Programa e que não se enquadravam nos critérios.
- O PMM apresentou resultados positivos na garantia de acesso à saúde por meio da ampliação da frequência semanal dos médicos nas UBS, facilidade no agendamento de consultas na APS, aumento das visitas domiciliares, acompanhamento oportuno de pessoas com doenças crônicas, maior adesão aos tratamentos, participação dos médicos no planejamento das agendas, fortalecimento das relações de equipe e articulação entre os profissionais, além do estabelecimento de vínculo com os usuários, elementos presentes em serviços de atenção primária à saúde resolutivos e de alta qualidade.
- Identificou-se realização de ações de prevenção e promoção da saúde, antes inexistentes, e características positivamente diferenciadas das práticas clínicas, evidenciadas pelo maior tempo de consulta, pela adequada atenção dispensada pelo médico e pela melhor organização da agenda de marcação de consulta, segundo percepção dos usuários.
- Destacaram-se mudanças na organização dos serviços em função da presença rotineira dos médicos nas UBS, com aumento da demanda por consultas, exames e medicamentos, que esbarravam nas insuficiências de retaguarda terapêutica.
- Abandono do governo federal das estratégias de estruturação da rede de atenção básica e da formação profissional, cancelando inclusive editais de credenciamento de novas faculdades de medicina. Esses dois eixos seriam os responsáveis para que o eixo provimento fosse sendo desidratado.

As análises feitas pela CGU, a partir de auditoria realizada, revelam-se convergentes, em muitos pontos, com o que os estudos da área acadêmica já

assinalaram sobre as fortalezas e fragilidades do PMM. Reproduzimos abaixo parte do relatório da CGU, que contém análise sobre o critério de alocação dos médicos de acordo com a prioridade do município.

As análises da CGU apontam para **ausência de clareza da metodologia adotada, quanto ao nível de priorização utilizado para a distribuição dos profissionais do projeto.** Não foi possível determinar o quantitativo e/ou porcentagem esperados de atendimento à demanda dos municípios de maior vulnerabilidade para que os demais entes participantes do Projeto classificados nos perfis subsequentes recebam profissionais. Essa indeterminação também envolve os médicos intercambistas cooperados, que têm sua lotação definida pela Coordenação Nacional do Projeto.

Assim, em que pese **o Projeto ter alcançado uma grande quantidade de municípios de alta vulnerabilidade, e nesse sentido, ter correspondido às expectativas que lhe deram origem, o critério de alocação de médicos não correspondeu, estritamente, ao previamente estabelecido, havendo, portanto, a possibilidade de melhorias.**

Lembramos, ao analisar os comentários da CGU, que o SUS é de gestão tripartite e o PMM foi elaborado, negociado e aprovado nas instâncias de participação (CNS) e de gestão (CIT), e dentre essas negociações a adesão é uma das características típicas da democracia interna do SUS. Portanto, o MS dependeu exclusivamente da adesão dos municípios, em que pese os critérios estabelecidos tenham ficado claros e à disposição.

9. Execução orçamentária do Programa Mais Médicos

Subsídios acerca da adequação financeira e orçamentária

Os seguintes dados sobre a execução orçamentária do Programa Mais Médicos, que inclui todas as despesas, como provimento, concessão de bolsas, entre outras, estão apresentados na tabela abaixo.



Orçamento do Programa Mais Médicos (R\$)				
Ano	PLOA	LOA aprovada	LOA + Créditos	Empenhado
2014	2.392.090.332	2.387.090.332	3.000.173.874	2.810.196.137
2015	3.165.096.348	3.164.924.586	2.959.494.586	2.731.328.226
2016	3.298.708.299	3.276.452.725	3.149.029.757	3.086.568.669
2017	3.335.007.824	3.534.753.288	3.464.334.103	3.443.019.220
2018	3.496.007.561	3.495.904.582	2.924.654.856	2.921.404.873
2019	3.706.871.560	3.706.421.560	2.470.918.677	2.408.208.918
2020	2.627.055.719			

Fonte: Siop. Consulta em 12-12-2019.

Por essa tabela, pode-se perceber, que à partir de 2018 o governo já iniciou uma tendência de desfinanciamento do programa. Segue abaixo análises realizadas pelos convidados das audiências públicas.

Apresentações em Audiência Pública do Programa Mais Médicos na Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa - CDH.

- 1) Apresentação da Professora Leonor Pacheco Santos, do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília – UNB

Esta apresentação discorreu sobre a distribuição e a densidade de médicos por 1.000 habitantes, avaliação da satisfação dos usuários, percepção da integralidade pelos profissionais de saúde, avaliação de gestores sobre a atuação médica, custos do provimento de médicos e efetividade/impacto do Programa Mais Médicos na saúde em municípios com mais de 20% de pobreza absoluta.

No tópico sobre custo do provimento de médicos em áreas vulneráveis esclareceu que o Programa Mais Médicos alocou 14.462 médicos para áreas remotas e vulneráveis em 3.785 municípios (68% do total) e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas. O custo anual estimado de US\$ 1,1 bilhão abrangeu a bolsa e o deslocamento dos médicos, a educação continuada

e a supervisão/orientação. O financiamento foi centralizado no nível federal (92,6%). O custo anual do Programa Mais Médicos por médico foi de R\$179.019,00 (US\$ 76.200,00), ou de R\$ 14.922,50 por mês, e pode ser considerado relativamente moderado em comparação com os benefícios potenciais para a saúde da população (câmbio a 2,35).

2) Apresentação da Doutora Francisca Valda da Silva, Representante do Conselho Nacional de Saúde - CNS.

Esta apresentação discorreu sobre o desafio de implantar a Atenção Básica em Saúde (ABS) em um País continente com 5.570 municípios como estratégia para mudança do modelo hegemônico centrado na doença e no hospital. O Programa Mais Médicos recebeu a adesão de 4.058 municípios, numa cobertura a 63 milhões de brasileiros. A palestrante apresentou os dados de execução orçamentária constantes da tabela a seguir.

PROGRAMA MAIS MÉDICOS EMPENHADO - 2017 A 2019

Ação orçamentária 214U - Implementação do Programa Mais Médicos

ANO	EMPENHADO PREÇOS CORRENTES	FATOR IPCA 2019	EMPENHADO - A PREÇOS DE 2019	DIFERENÇ A - ANUAL	DIFERENÇA - ACUMULADA
2017	3.263.444.329	1,0756	3.510.068.175	-	-
2018	2.790.368.601	1,0375	2.895.138.834	-614.929.341	-
2019	2.300.236.000	1	2.300.236.000	-594.902.834	1.209.832.175

A palestrante alegou, concluindo, que numa avaliação/percepção do Conselho Nacional de Saúde, o Programa Mais Médicos, em face ao desafio do acesso universal, obteve êxito em seus objetivos até meados de 2018, quando avançou no provimento de médicos em municípios/regiões de alta vulnerabilidade, com a ampliação da cobertura da Atenção Básica de Saúde -

ABS, inclusive para a população indígena, com mais de 70% dos municípios brasileiros atendidos pelo projeto, beneficiando 63 milhões de brasileiros.

Execução orçamentária do Programa Mais Médicos de 2014 a 2020.

A Ação 214U - Implementação do Programa Mais Médicos tem como objetivo ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar. Visa formar recursos humanos na área médica para o Sistema único de Saúde (SUS). A partir do exercício de 2020 será substituída pela Ação 21BG – Formação e Provisão de Profissionais para a Atenção Básica de Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde e o nome será Programa Médicos pelo Brasil – PMB.

Ressalte-se que para o exercício de 2020 está prevista também, no âmbito do Ministério da Educação, a Ação 00QC – Concessão de Bolsas do Programa Mais Médicos.

A pesquisa a seguir, realizada no SIAFI em 17.01.2020, apresenta os seguintes dados sobre a execução orçamentária do Programa Mais Médicos de 2014 a 2020, que deverá ser utilizada para confrontação com os dados anteriormente apresentados.

EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS DE 2014 A 2020

ANO	AÇÃO	AUTORIZADO	EMPENHADO	PAGO
2014	20AD - PISO DE ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL - SAÚDE DA FAMÍLIA	2.150.834.160	2.143.496.309	2.116.884.488
2015	20AD - PISO DE ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL - SAÚDE DA FAMÍLIA	2.165.000.000	2.158.196.490	2.130.814.340
2016	214U - IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS	2.844.000.000	2.835.763.515	2.621.151.790
2017	214U - IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS	3.263.560.000	3.263.444.328	3.087.247.773

	MÉDICOS			
2018	214U - IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS	2.790.586.337	2.790.368.601	2.345.507.800
2019	214U - IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS	2.788.236.000	2.788.106.601	2.583.838.358
2020	21BG - FORMAÇÃO E PROVISÃO DE PROFISSIONAIS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE	3.493.000.000	-	-
2020	00QC - CONCESSÃO DE BOLSAS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO	69.880.217	-	-
2020	00QC - CONCESSÃO DE BOLSAS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - PROGRAMAÇÃO CONDICIONADA	48.094.622	-	-

Valores em R\$

Fonte: Siga Brasil (dados de 17/01/2020)



SF/20731.20289-10

10. Programa Médicos Pelo Brasil

Há que ressaltar que o atual Governo Federal decidiu dar outro rumo político e técnico às ações para o provimento de serviços médicos nas localidades carentes, por meio da instituição do Programa Médicos pelo Brasil.

O início da estruturação do novo modelo deu-se com a edição da Medida Provisória (MPV) nº 890, de 1º de agosto de 2019, cuja Exposição de Motivos, argumentava que os objetivos do Programa eram:

[...] a promoção do acesso universal e igualitário da população às ações e serviços do SUS, especialmente nos locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade; o fortalecimento da atenção primária à saúde, com ênfase na saúde da família; a valorização dos médicos da atenção primária à saúde, sobretudo no âmbito da saúde da família; o incremento da provisão de médicos em locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade; o incremento da formação de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade; e a consolidação da presença de médicos na atenção primária à saúde do SUS.

Segundo o Ministério da Saúde, a meta seria aumentar a quantidade atual de seis mil Médicos de Família e Comunidade no Brasil para 45 mil médicos.

A MPV nº 890, de 2019, foi transformada na Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019, que institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS).

A Lei nº 13.958, de 2019, divide-se em quatro capítulos. O Capítulo I apresenta as disposições preliminares da norma legal. Primeiro, cuida da instituição do Programa Médicos pelo Brasil, com as seguintes finalidades: i) incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade; e ii) fomentar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo, concede autorização para o Poder Executivo federal instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS).

O mesmo capítulo apresenta também as definições utilizadas na norma legal. A atenção primária à saúde é definida segundo os conceitos clássicos do tema, em conformidade com a legislação já vigente e priorizando a saúde da família.

Os locais de difícil provimento serão dispostos em ato do Ministro de Estado da Saúde e incluirão: a) Municípios de pequeno tamanho populacional, baixa densidade demográfica e distância relevante de centros urbanos, conforme classificação estabelecida pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); b) Distritos Sanitários Especiais Indígenas, comunidades remanescentes de quilombos ou comunidades ribeirinhas, incluídas as localidades atendidas por unidades fluviais de saúde.

Os locais de alta vulnerabilidade também serão dispostos em ato do Ministro de Estado da Saúde e abrangerão as localidades com alta proporção de pessoas cadastradas nas equipes de saúde da família e que recebam benefício financeiro do Programa Bolsa Família, benefício de prestação continuada ou benefício previdenciário no valor máximo de dois salários mínimos.

O Capítulo II trata do Programa Médicos pelo Brasil. Reafirma suas finalidades, já descritas, e detalha os objetivos, quais sejam: i) promover o acesso universal, igualitário e gratuito da população às ações e aos serviços do SUS, especialmente nos locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade; ii) fortalecer a atenção primária à saúde, com ênfase na saúde da família e na humanização da atenção; iii) valorizar os médicos da atenção primária à saúde, principalmente no âmbito da saúde da família; iv) aumentar a provisão de médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade; v) desenvolver e intensificar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade; e vi) estimular a presença de médicos no SUS.

O mesmo capítulo determina que o programa será executado pela Adaps, sob a orientação técnica e a supervisão do Ministério da Saúde. Também atribui ao Ministério da Saúde competência para definir e divulgar: i) a relação dos Municípios aptos a serem incluídos no programa; ii) os procedimentos e os requisitos para a adesão dos municípios ao programa; iii) a relação final dos municípios incluídos no programa e o quantitativo de médicos da Adaps que atuarão em cada município; e iv) as formas de participação dos usuários do programa na avaliação dos serviços prestados e do cumprimento de metas. E também estabelece que a inclusão do município ocorrerá por meio de termo de adesão, do qual constarão suas obrigações no âmbito do programa.

O Capítulo III trata da Adaps, autorizando sua criação como um serviço social autônomo, na forma de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública, com a finalidade de

promover, em âmbito nacional, a execução de políticas de desenvolvimento da atenção primária à saúde, com ênfase: i) na saúde da família; ii) nos locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade; iii) na valorização da presença dos médicos na atenção primária à saúde no SUS; iv) na promoção da formação profissional, especialmente na área de saúde da família; e v) na incorporação de tecnologias assistenciais e de gestão relacionadas com a atenção primária à saúde.

O capítulo citado estabelece as competências da Adaps – observadas aquelas do Ministério da Saúde –, quais sejam: i) prestar serviços de atenção primária à saúde no âmbito do SUS, em caráter complementar à atuação dos entes federativos, especialmente nos locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade; ii) desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão que terão componente assistencial por meio da integração entre ensino e serviço; iii) executar o Programa Médicos pelo Brasil, em articulação com o Ministério da Saúde e em consonância com o Plano Nacional de Saúde; iv) promover programas e ações de caráter continuado para a qualificação profissional na atenção primária à saúde; v) articular-se com órgãos e entidades públicas e privadas para o cumprimento de seus objetivos; vi) monitorar e avaliar os resultados das atividades desempenhadas no âmbito de suas competências; vii) promover o desenvolvimento e a incorporação de tecnologias assistenciais e de gestão relacionadas com a atenção primária à saúde; e viii) firmar contratos, convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres com órgãos e entidades públicas e privadas, inclusive com instituições de ensino, para o cumprimento de seus objetivos.

O mesmo Capítulo III lista os itens que constituem as receitas da Adaps e elenca as instâncias que integram a estrutura organizacional da Agência – composta por Conselho Deliberativo, Diretoria-Executiva e Conselho Fiscal,

cujas competências serão definidas em regulamento –, além de esclarecer e o número e a origem dos representantes que as integrarão.

O Conselho Deliberativo, instância de deliberação superior da Adaps, será composto por doze representantes – com mandatos de dois anos, permitida a recondução – assim distribuídos: a) seis do Ministério da Saúde; b) um do Conselho Nacional de Secretários de Saúde; c) um do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; d) um da Associação Médica Brasileira; e) um do Conselho Federal de Medicina; f) um da Federação Nacional dos Médicos; e g) um do Conselho Nacional de Saúde. Os Conselheiros prestarão seus serviços de forma não remunerada e, em suas deliberações, o voto de qualidade, em caso de empate, será de um dos representantes do Ministério da Saúde.

O órgão de gestão da Adaps é a Diretoria-Executiva, composta por três membros – dos quais um será designado Diretor-Presidente e os demais serão denominados Diretores – eleitos pelo Conselho Deliberativo para um mandato de dois anos, permitidas duas reconduções. Os Diretores receberão remuneração compatível com a de mercado e não superior ao teto remuneratório dos servidores da administração pública federal.

Já o Conselho Fiscal, responsável pela fiscalização das atividades de gestão, é composto por dois representantes do Ministério da Saúde e um representante indicado em conjunto pelos conselhos e entidades que integram o Conselho Deliberativo. Os Conselheiros Fiscais serão indicados para mandatos de dois anos, permitida uma recondução, e prestarão seus serviços de forma não remunerada.

O capítulo também estabelece as regras que orientam o contrato de gestão, a supervisão e a própria gestão da Adaps, destacando-se o dispositivo segundo o qual é vedada a contratação de pessoa jurídica para executar,



diretamente ou mediante intermediação, ações de assistência à saúde no âmbito do Programa Médicos pelo Brasil.

A Seção V do Capítulo III trata da execução do programa. Ela determina que a Adaps realizará a contratação de profissionais médicos – selecionando médicos de família e comunidade e tutores médicos – para incrementar a atenção primária à saúde em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade. A contratação de médicos e tutores será realizada por meio de processos seletivos públicos, cujas fases detalha, respeitados os princípios da Administração Pública e levando em consideração o conhecimento necessário para o exercício das atribuições de cada função.

Os requisitos para inscrição no processo seletivo são ter registro em Conselho Regional de Medicina e, para o tutor – que será selecionado por meio de prova escrita, de caráter eliminatório e classificatório –, ser especialista em medicina de família e comunidade ou em clínica médica.

Para o médico que atuará nas localidades, após a prova inicial escrita, será oferecido curso de formação, com duração de dois anos, seguido de prova final escrita para habilitação do profissional como especialista em medicina de família e comunidade, ressaltando-se que as três etapas terão caráter eliminatório e classificatório. Nesse contexto, a lei teve o cuidado de explicitar que a prova inicial escrita versará sobre conteúdo limitado às Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e não poderá exigir do candidato conhecimentos médicos especializados incompatíveis com o nível de graduação.

O curso de formação consistirá em especialização realizada por instituição de ensino parceira, com avaliações semestrais intermediárias e prova final de conclusão do curso, e abrangerá atividades – supervisionadas pelo tutor – de ensino, pesquisa e extensão, além do componente assistencial, mediante



integração entre ensino e serviço, exclusivamente na atenção primária à saúde no âmbito do SUS.

Durante o curso de formação, o candidato – que será enquadrado como segurado obrigatório do Regime Geral de Previdência Social na condição de contribuinte individual – perceberá bolsa-formação, mas os valores recebidos não caracterizarão contraprestação de serviços e as atividades do curso não constituirão vínculo empregatício de qualquer natureza.

A lei estabelece também que: i) a remuneração dos profissionais médicos será regulamentada em ato da Adaps, aprovada pelo Conselho Deliberativo da Agência, e será acrescida de incentivo financeiro diferenciado e variável, de modo a incentivar o provimento de médicos nos Municípios e localidades mais distantes dos centros urbanos ou com maior vulnerabilidade; ii) não será aberto novo processo seletivo enquanto houver candidato aprovado, dentro do número de vagas ofertadas, em processo seletivo anterior com prazo de validade não expirado.

O Capítulo IV traz as disposições finais. O Ministério da Saúde poderá firmar contratos, convênios, acordos e outros instrumentos congêneres com órgãos e entidades públicas e privadas, inclusive com instituições de ensino. No quesito recursos humanos, a Lei dispõe que os servidores do Ministério da Saúde poderão ser cedidos à Adaps, sem prejuízo da remuneração, por meio de autorização do Ministro de Estado da Saúde, independentemente do exercício de cargo de direção ou de gerência, pelo período de até dois anos, contado da data de instituição da Adaps, com ônus ao cedente, e após decorridos os dois anos, com ônus ao cessionário, observado o disposto no art. 61 da Lei nº 13.844, de 2019 (que rege a cessão para o exercício de cargo em comissão em serviços sociais autônomos feita por meio de contrato de gestão).

Outra disposição final da lei: caso seja admitido em programa de residência médica da especialidade clínica médica (medicina interna), na forma



do art. 2º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, o médico aprovado na prova final escrita do Programa Médicos pelo Brasil será beneficiado com a redução de um ano na duração do referido programa de residência (desde que as atividades desenvolvidas ao longo do curso de formação sejam compatíveis com os requisitos mínimos do componente ambulatorial desse programa de residência) e a adaptação das atividades da residência para que o beneficiado possa cumprir os requisitos mínimos do componente hospitalar do programa; não obstante, a lei faculta ao médico residente o direito de dispensar tais benefícios.

Há que ressaltar que o texto da Lei nº 13.958, de 2019, aprovado pelo Congresso Nacional continha três dispositivos que acabaram vetados pelo Presidente da República, destacando-se, nessa atuação do Governo Federal, a imposição de veto ao art. 33, que dispunha sobre mudança no processo de revalidação de diplomas obtidos em universidades estrangeiras (ver o item 13 deste Relatório).

11. Alterações no Programa Mais Médicos

Destaca-se que a lei do Programa Médicos pelo Brasil implementou alteração importante na lei do Programa Mais Médicos, como fruto da negociação e articulação política resultante das discussões ocorridas na Comissão Mista da MPV nº 890, de 2019, que deram destaque à difícil situação humanitária dos médicos cubanos desligados do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) após a ruptura do acordo de cooperação, situação assim explicada no relatório do Senador Confúcio Moura:

[...] é importante registrar a excepcionalidade da situação dos médicos intercambistas cubanos que exerciam suas atividades no âmbito do Projeto e decidiram permanecer no Brasil após a rescisão do Convênio de Cooperação entre a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde Pública de Cuba para o fornecimento de mão de obra ao Projeto.

A vinda desses médicos ao País, na condição de participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, foi viabilizada pelo 3º Termo de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação Técnica para o desenvolvimento de ações vinculadas ao Projeto

intitulado Ampliação do acesso da população brasileira à atenção básica em saúde, firmado entre o governo federal e a OPAS. Registre-se, portanto, que nunca houve um contrato direto entre o Ministério da Saúde e esses profissionais.

Eles eram contratados pela Sociedad Mercantil Cubana Comercializadora de Servicios Médicos Cubanos S.A., submetida ao Ministério da Saúde Pública de Cuba, que por sua vez estabeleceu convênio com a OPAS. Destarte, por ausência de previsão contratual, não foi possível mantê-los no Projeto após a ruptura unilateral do convênio por iniciativa do governo do país caribenho.

Em função da situação humanitária difícil em que se encontram esses profissionais e da sua importância para a atenção à saúde nas localidades mais carentes, foram inúmeros os apelos de parlamentares para sua reincorporação ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. Em atendimento a essas demandas, proponho o estabelecimento de regra excepcional e transitória no Projeto, para que os médicos cubanos que exerciam suas atividades por ocasião da ruptura do convênio com a OPAS possam ser admitidos diretamente pelo Ministério da Saúde, na condição de médicos intercambistas, sem a intermediação de qualquer entidade. [...]

Assim, foi incluído na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, o art. 23-A, cujo caput estabelece que será reincorporado ao PMMB, pelo prazo improrrogável de dois anos, o médico intercambista que atender cumulativamente aos seguintes requisitos: i) comprovar que estava no exercício de suas atividades no PMMB no dia 13 de novembro de 2018; ii) ter sido desligado do PMMB em virtude da ruptura do acordo de cooperação entre o Ministério da Saúde Pública de Cuba e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde para a oferta de médicos para esse Projeto; e iii) ter permanecido no território nacional até a data de publicação da MPV nº 890, de 2019, na condição de naturalizado, residente ou com pedido de refúgio.

Outra alteração implementada na lei que instituiu o Programa Mais Médicos foi a revogação de seus arts. 6º e 7º, que previam quais seriam as especialidades de Residência Médica consideradas para fins de cumprimento da meta de ampliação de vagas de Residência Médica naquele Programa, bem como estabeleciam o Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade.



Essas determinações resultavam na existência de programas de residência médica de acesso direto: genética médica, medicina do trânsito, medicina do trabalho, medicina esportiva, medicina física e reabilitação, medicina legal, medicina nuclear, patologia e radioterapia. E também em programas de residência médica que teriam, como pré-requisito para acesso, a realização de um ou dois anos de residência em medicina geral de família e comunidade: medicina interna (clínica médica), pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral, psiquiatria e medicina preventiva e social.

Em seu relatório, o Senador Confúcio Moura clareou as implicações dessas determinações para manifestar sua concordância com a alteração imposta na lei do PMM, nos seguintes termos:

O art. 6º da Lei do Mais Médicos dispunha que, para fins de cumprimento dessa meta de universalização, seria considerada a oferta de vagas em programas de residência em medicina geral e de família e comunidade e em programas de residência médica de acesso direto. Estes incluíam as seguintes especialidades: genética médica, medicina do trânsito, medicina do trabalho, medicina esportiva, medicina física e reabilitação, medicina legal, medicina nuclear, patologia e radioterapia.

O art. 7º daquela Lei determinava que o programa de residência médica em medicina geral e de família e comunidade, com duração mínima de dois anos, teria o seu primeiro ano como requisito para o ingresso em programas de residência de determinadas especialidades médicas: clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral, psiquiatria e medicina preventiva e social. Para os demais programas sem acesso direto, o requisito mínimo seria fixado em um ou dois anos pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Na prática, esses dispositivos determinavam a quase obrigatoriedade de cursar pelo menos um ano do programa de residência em medicina de família e comunidade para a grande maioria dos egressos dos cursos de graduação em medicina. A nosso ver, a medida era exagerada, pois a demanda por esse tipo de especialista é grande, mas não a ponto de necessitar a conversão de quase todos os médicos do País em especialistas na área.

A medida tinha por objetivo forçar o médico recém-formado a trabalhar em áreas carentes, sem a necessidade de criação de vínculo celetista ou estatutário para atraí-lo. O lado negativo da medida – agora revogada pela MPV – era o prolongamento excessivo do tempo de formação profissional do médico, já bastante longo nos moldes atuais.

Por fim, afora essas alterações, o art. 37 da Lei nº 13.958, de 2019, deixa claro que ela não altera a execução do Projeto Mais Médicos para o Brasil [...], nem as demais normas sobre o tema.

12. Projeto Mais Médicos Para o Brasil versus Programa Médicos Pelo Brasil

Durante a apreciação da MPV nº 890, de 2019, na Comissão Mista, houve a apresentação de emenda para determinar que fosse feito o monitoramento por parte do Ministério da Saúde e da Adaps da migração dos médicos do Programa Mais Médicos para o Programa Médicos pelo Brasil. Entretanto, conforme assinalou o Relator, Senador Confúcio Moura, os dois Programas são independentes e não está previsto um processo de migração de um para o outro. No Relatório por ele apresentado, esse tema é abordado nos seguintes termos:

É importante ressaltar que a MPV nº 890, de 2019, não prevê a descontinuação do Programa Mais Médicos nem do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Em reunião mantida com o Ministro de Estado da Saúde, Sua Excelência garantiu que os contratos vigentes serão cumpridos e há previsão de lançamento de novos editais. Inclusive, neste momento, cerca de 700 médicos recém incorporados ao Projeto encontram-se em fase final de capacitação em Brasília, concluindo o módulo de acolhimento. Deverão ser enviados aos municípios nas próximas semanas.

Em todo caso, é natural que haja uma substituição paulatina dos profissionais do Projeto por aqueles contratados pelo novo programa, a depender de como se dará a execução deste na prática, da adesão dos médicos etc. Como o critério de alocação dos profissionais do novo programa – menos sensível a pressões políticas – não é exatamente o mesmo do Projeto, é esperado que haja alguma variação no número de médicos destinados a determinados municípios.

A principal diferença entre os dois programas diz respeito ao fato de o Médicos pelo Brasil exigir dos candidatos o registro no CRM, enquanto a “fórmula” idealizada pelo PMMB visou a permitir o exercício da Medicina com registro fornecido pelo Ministério da Saúde.



Por um lado, a exigência de registro no CRM poderia ser interpretada como positivo do Médicos pelo Brasil, por afastar os questionamentos técnicos e jurídicos concernentes ao exercício ilegal da Medicina no País.

Por outro lado, essa pode ser a principal fraqueza do programa, pois, durante os debates sobre a MPV nº 890, de 2019, os gestores de estados e municípios mais carentes apresentaram sua convicção de que dificilmente o Médicos pelo Brasil vai conseguir “fixar” os profissionais nas localidades mais distantes e desvalidas, tendo em vista que o mercado para os médicos com registro no CRM continuará a lhes oferecer muitas oportunidades mais vantajosas. Desse ponto de vista, os selecionados só permanecerão nos locais onde tiverem sido alocados enquanto não conseguirem vagas em programas de residência médica ou colocações melhores em cidades mais bem localizadas ou mais prósperas. A ausência de políticas de revalidação de diplomas mais ágeis, dificultam também o processo de fixação de médicos no interior.

Segundo os especialistas presentes aos debates da MPV, uma grande falha da proposta foi a falta de previsão de uma carreira de Médico de Estado, antiga e importante reivindicação de gestores e sanitaristas. Se houvesse uma carreira estruturada, os jovens recém-formados poderiam vislumbrar um futuro, com progressividade e mobilidade para cargos em localidades melhores, após o cumprimento de período mínimo nas localidades piores, o que atribuiria maior atratividade ao Programa Médicos pelo Brasil.

Há que ressaltar que essa estruturação já existe há longo tempo em muitas carreiras de Estado, a exemplo das de juízes, promotores e fiscais da Receita Federal. Não à-toa, esse tema foi objeto de muitas emendas apresentadas à MPV, como esclareceu o relatório do Senador Confúcio Moura:

As Emendas nos 127, 134, 168, 185, 201, 222, 240, 258, 270, 294, 328, 352 e 357 estabelecem a necessidade de criação de carreira no âmbito da Adaps para os médicos contratados pelo regime celetista, de modo a gerar atratividade e previsibilidade para os ingressantes sobre sua progressão da vida profissional. As

Emendas são positivas e podem ser acatadas parcialmente, para obrigar a Adaps a organizar os médicos participantes celetistas em carreiras, cujo detalhamento será feito pela própria entidade. [...]

[...]

As Emendas nos 306 e 308 estabelecem a criação da carreira interfederativa de médicos, organizada nos três níveis da federação. Considerando que a criação de cargos e funções públicas é matéria de iniciativa privativa do Poder Executivo, há aqui argumentos para se entender pela inconstitucionalidade das Emendas, nos termos do art. 61, § 1º, inciso II, alínea “a”, da Constituição Federal. [...]

Espera-se, portanto, que a Adaps possa, de fato, estruturar uma carreira atrativa e justa para estimular os jovens médicos brasileiros a oferecerem seus serviços à população das localidades mais carentes e vulneráveis do País.

Outra falha seria o não fortalecimento do processo de formação e fixação dos profissionais em áreas remotas. Fica evidente a necessidade de abertura de novas vagas de cursos de medicina, com incentivos aos médicos formados para que estes fiquem nas localidades com maiores dificuldades de fixação de profissionais. O Programa Médicos pelo Brasil não aponta nenhuma alternativa para esse processo.

13. Revalidação de diplomas de Medicina

Como dito anteriormente, um dos dispositivos vetados da lei do Programa Médicos pelo Brasil foi o art. 33, que incluía no art. 48 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, um § 4º, para estender a competência de revalidar os diplomas de graduação expedidos por instituições estrangeiras, no caso dos requerentes aprovados no Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida), às instituições de educação superior habilitadas a aplicar o Exame.

Ressalte-se que o tema do Revalida foi objeto de amplos debates durante os trabalhos da Comissão Mista da MPV nº 890, de 2019, com foco no



enorme problema apontado tanto por especialistas quanto por Parlamentares de vários Estados do País, sobretudo das regiões Norte, Centro-Oeste e Sul.

O problema diz respeito ao cenário que aponta hoje a existência de milhares de jovens brasileiros cursando Medicina em diferentes países da América do Sul e também em Cuba. Essa situação foi gerada pela seguinte realidade: os cursos nessas universidades estrangeiras são mais baratos que aqueles disponibilizados por universidades brasileiras privadas e de muito mais fácil acesso que os oferecidos pelas nossas universidades públicas.

Tais jovens – grande parte deles nascidos e criados em estados brasileiros distantes e carentes e possivelmente dispostos a voltar aos seus locais de nascimento quando estiverem graduados e tecnicamente aptos para suprir a carência de profissionais médicos dessas localidades – não estarão legalmente habilitados para exercer a medicina no Brasil enquanto não tiverem seus diplomas revalidados. Ocorre que o processo de revalidação, hoje conduzido somente pelas universidades públicas, tem sido moroso demais e não tem atendido à elevada demanda de estrangeiros e brasileiros formados no exterior.

Além disso, o Revalida – que poderia acelerar o procedimento – teve sua última edição em 2017. O Governo Federal apontou o alto custo do exame como uma das razões para a descontinuidade de sua realização. No mês de setembro de 2020 é que foi lançado novo edital.

Esse quadro suscitou a demanda para o estabelecimento de regras que deem previsibilidade e continuidade à realização do Revalida e que flexibilizem e facilitem o processo da revalidação dos diplomas de Medicina obtidos em universidades estrangeiras.

O relatório do Senador Confúcio Moura apresentou o debate sobre o Revalida que ocorreu na Comissão Mista da MPV nº 890, de 2019, e embasou



as determinações por ele incluídas no Projeto de Lei de Conversão (PLV), nos seguintes termos:

As Emendas nºs 5, 13, 41, 79, 129, 173, 190, 203, 227, 245, 263, 276, 299, 312, 313, 350 e 366 propõem a realização obrigatória, com periodicidade anual ou semestral, do exame nacional de revalidação de diplomas médicos expedidos por instituições estrangeiras, conhecido como Revalida.

A instituição do Revalida em lei, objeto dessas Emendas, foi colocada como uma reivindicação legítima e unânime nas manifestações de convidados e de parlamentares nas Audiências Públicas. Como se sabe, o Revalida foi criado pela Portaria Interministerial – MEC e MS – nº 278, de 17 de março de 2011, com o objetivo de verificar a aquisição de conhecimentos, habilidades e competências requeridas para o exercício profissional adequado aos princípios e necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), em nível equivalente ao exigido dos médicos formados no Brasil (art. 2º).

A proposta de instituir o Revalida por lei, convém registrar, não é nova, pois foi objeto de projetos de lei na Câmara dos Deputados e no Senado Federal. A proposição em estágio mais avançado de tramitação é o Projeto de Lei (PL) nº 4.067, de 2015, na origem apresentado como Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 138, de 2012, de iniciativa do Senador Paulo Davim. Remetido pelo Senado à Câmara em 2015, a proposição, que mantém as linhas gerais atualmente adotadas pelo Revalida, recebeu parecer favorável, com emendas de redação, da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) e da Comissão de Educação (CE). A proposição encontra-se atualmente na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC), aguardando decisão sobre o relatório favorável do Deputado Hiran Gonçalves, que também relatou a matéria na CSSF.

Nos termos da mencionada portaria interministerial, o Revalida não é obrigatório para o processo de revalidação dos diplomas médicos e nem substitui esse processo, que é feito somente por universidades públicas, nos termos do § 2º do art. 48 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional – lei conhecida como LDB. Contudo, a aprovação no exame confere significativo impulso ao processo de revalidação dos diplomas.

A criação do exame buscou oferecer maior agilidade ao processo de revalidação dos diplomas médicos, principalmente devido às dificuldades burocráticas interpostas pela maioria das universidades públicas na condução do processo, inclusive como reflexo das desconfianças apresentadas por entidades de profissionais médicos quanto à procedência de parte dos diplomas estrangeiros.

Além da criação do Revalida, cumpre também registrar a relevância da Resolução nº 3, de 22 de junho de 2016, da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (CES/CNE), e da Portaria Normativa do MEC nº 22, de 13 de dezembro de 2016, que, igualmente, buscaram instituir maior agilidade nos processos de



revalidação de diplomas de graduação, bem como de reconhecimento de diplomas de mestrado e de doutorado, expedidos por instituições estrangeiras, em todas as áreas do conhecimento e de formação profissional, inclusive com a criação de procedimentos simplificados, com prazos mais curtos.

Tal agilidade foi conferida aos processos de revalidação dos diplomas obtidos em cursos de instituições estrangeiras acreditados no âmbito da avaliação do Sistema de Acreditação Regional de Cursos Universitários do Mercosul – Sistema Arcu-Sul –, bem como daqueles oriundos de cursos ou programas estrangeiros indicados em lista específica produzida pelo MEC e disponibilizada por meio da Plataforma Carolina Bori e daqueles expedidos por cursos ou programas estrangeiros que tenham recebido estudantes com bolsa concedida por agência governamental brasileira nos últimos seis anos.

No que tange ao Revalida, sua última edição ocorreu em 2017; desde então, ele não foi mais aplicado devido a restrições orçamentárias. De acordo com informação apresentada pelo Ministro da Educação, na audiência pública realizada pela Comissão Mista em 3 de setembro de 2019, o exame custa, em média, por volta de seis mil a dez mil reais. Embora se compreenda que esses valores onerem sobremaneira o orçamento público, é preciso olhar para a situação tanto dos milhares de médicos à espera da oportunidade de terem seus diplomas revalidados e poderem exercer a profissão no Brasil quanto da população que, em diversas localidades do País, carece de assistência médica por falta de profissionais.

As soluções que apresentamos no PLV buscam traduzir ao máximo as sugestões apresentadas pelas emendas e também pelas manifestações dos parlamentares e de representantes de diversas entidades durante as Audiências Públicas. Embora tenha havido amplo consenso sobre alguns aspectos da matéria, em outros ainda permaneceram posições que carregam algum grau de divergência, o que nos levou a fazer as escolhas mais razoáveis para favorecer as demandas dos médicos formados no exterior e, ao mesmo, tempo, assegurar a qualidade dos serviços a serem prestados à população por esses profissionais.

Algumas emendas e sugestões que nos foram apresentadas concernem a detalhamentos que não devem constar em lei. Elas abordam questões que, decerto, merecerão a atenção das autoridades competentes, bem como das entidades médicas e das universidades, em momento posterior, quando da regulamentação da matéria. Entre esses temas, pode-se destacar os procedimentos para a realização dos exames e as orientações relativas a seus conteúdos, salvo pela referência às Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCNM).

Assim, mantivemos o Revalida em duas etapas: a primeira constituída por exame escrito, a ser aplicado pela Administração Pública federal; a segunda caracterizada por exame de habilidades clínicas, a cargo das instituições de ensino que assinarem termo de adesão com a União. Estendemos essa prerrogativa para as instituições de ensino com cursos de medicina aprovados pelo Poder



Público. Entendemos que os estabelecimentos aptos a formar médicos podem igualmente colaborar com a aplicação da segunda etapa do Revalida, observados os critérios definidos em regulamento. Em consequência dessa mudança, alteramos também o art. 48 da LDB para permitir que as instituições habilitadas a colaborar com a aplicação da segunda etapa do Revalida possam dar sequência, exclusivamente para os profissionais aprovados no exame, aos procedimentos de revalidação dos diplomas, o que tenderá a agilizar esse processo.

O PLV determina, ainda, que o Revalida seja aplicado semestralmente, o que tornará mais previsível e célere o processo de revalidação de diplomas por meio desse exame. Reafirmamos, ainda, nosso compromisso contrário ao estabelecimento de limitação das oportunidades de prestação do Revalida pelos candidatos não aprovados. Ao mesmo tempo, sugerimos que o candidato reprovado na segunda etapa do Revalida permaneça habilitado à sua realização nas duas edições seguintes do exame, sem necessidade de se submeter à primeira etapa.

Finalmente, para contornar o obstáculo orçamentário, fica estabelecido que os custos da realização dos exames serão arcados pelos próprios candidatos, de acordo com o regulamento.

Quando da apreciação do PLV pela Câmara dos Deputados, manteve-se somente a inclusão do art. 33 no texto que originou a lei do Programa Médicos pelo Brasil, mas o Congresso Nacional mobilizou-se para aprovar, na mesma data, a Lei nº 13.959, de 18 de dezembro de 2019, que institui o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida).

O art. 1º institui o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida), com a finalidade de incrementar a prestação de serviços médicos no território nacional e garantir a regularidade da revalidação de diplomas médicos expedidos por instituição de educação superior estrangeira e o acesso a ela.

Art. 2º esclarece que o Revalida tem os objetivos de: i) verificar a aquisição de conhecimentos, habilidades e competências requeridas para o exercício profissional adequado aos princípios e às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), em nível equivalente ao exigido nas Diretrizes

Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina no Brasil; e ii) subsidiar o processo de revalidação de diplomas de que trata o art. 48 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

O § 3º do art. 2º determina que o Revalida, referenciado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e coordenado pela Administração Pública federal, compreenderá, garantida a uniformidade da avaliação em todo o território nacional, duas etapas: exame teórico (inciso I) e exame de habilidades clínicas (inciso II).

O § 4º esclarece que o Revalida será aplicado semestralmente, na forma de edital a ser publicado em até sessenta dias antes da realização do exame escrito.

O § 5º dispõe sobre o custeio do Revalida, que observará as seguintes regras: os custos da realização do Revalida serão cobrados dos inscritos, nos termos do regulamento (inciso I); o valor cobrado para a realização da primeira etapa do exame será limitado ao equivalente a 10% do valor mensal da bolsa vigente do médico-residente, nos termos do art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981 (inciso II); e o valor cobrado para a realização da segunda etapa do exame será limitado ao equivalente ao valor mensal da bolsa vigente do médico-residente, nos termos da lei acima mencionada (inciso III).

O § 6º salienta que o candidato reprovado na segunda etapa do Revalida permanecerá habilitado à realização do exame nas duas edições seguintes, sem necessidade de se submeter novamente à primeira etapa.

E o § 7º do art. 2º ressalta que a participação do candidato na etapa de habilidades clínicas tem como pré-requisito sua aprovação na etapa teórica.

Há que ressaltar que o Presidente da República, além do art. 33 da Lei do Programa Médicos pelo Brasil, resolveu vetar também o art. 3º da lei do Revalida, ambos com redação e propósito idênticos: alteravam a LDB para



estender a competência de revalidar diplomas às instituições habilitadas a aplicar o Revalida.

Outros dispositivos vetados na Lei do Revalida foram os §§ 1º e 2º do art. 2º. O § 1º dizia que o Revalida será implementado pela União e acompanhado pelo Conselho Federal de Medicina, facultada a participação de instituições de educação superior públicas e privadas que tenham curso de Medicina com avaliação 4 e 5 no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), nos termos de regulamento.

O § 2º estabelecia que as instituições de educação superior públicas e privadas interessadas em participar do Revalida firmarão ato de adesão voluntária, cujos critérios serão definidos em regulamento do Poder Executivo federal.

As razões alegadas para o veto de tais dispositivos – para ambas as leis – foram as mesmas: [...] ao possibilitar que as instituições de ensino superior privadas passem a revalidar os diplomas dos candidatos aprovados no Exame, retira do poder público a governabilidade da revalidação. A proposta traz riscos à qualidade do exame, já que instituições sem uma estrutura adequada e com critérios de avaliação mais flexíveis para a aplicação do exame de habilidades clínicas [...] poderão aprovar a revalidação de diplomas de formados em Medicina sem a qualidade exigida para a atuação desses profissionais.

Com esses vetos, mantém-se o monopólio das universidades públicas do Brasil sobre o processo de revalidação de diplomas obtidos em universidades estrangeiras, o que perpetua a morosidade do processo e impossibilita a participação de brasileiros graduados no exterior nas seleções que venham a ser iniciadas no âmbito do Programa Médicos pelo Brasil. Isso parece reforçar a importância do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que oferece a possibilidade de esses profissionais atuarem em localidades carentes enquanto aguardam o processo de revalidação de seus diplomas.



14. Considerações finais

Concluimos este trabalho chamando atenção para a visão do Conselho Nacional de Saúde (CNS) – apresentada pela conselheira Francisca Valda em nossa audiência pública – acerca do PMMB. A apresentação, que buscou enfatizar a defesa veemente do programa por parte dessa importante instância de controle social, destacou os aspectos históricos e contextuais que antecederam a criação do programa, com ênfase no enorme desafio de implantar a Atenção Básica em Saúde – em um País-continente com 5.570 municípios – como estratégia para a mudança do modelo hegemônico centrado na doença e no hospital, num cenário em que a força (econômica e política) do País impulsionava a concentração de renda, as desigualdades sociais e o modelo biomédico e privatista de alta densidade tecnológica.

Outro aspecto salientado foi a realidade econômica do País, na qual o SUS envolveu a situação de subfinanciamento crônico para a de desfinanciamento, a partir da aprovação da Emenda Constitucional nº 95, de 2016, quadro associado ainda à pouca eficiência no gasto público.

Assim, o PMMB permitiu a ampliação do acesso em áreas de alta vulnerabilidade por meio da provisão emergencial e melhoria da estrutura das unidades de saúde, com investimento na infraestrutura e qualificação do processo de trabalho.

Para o CNS, o programa obteve êxito em seus objetivos até meados de 2018, quando avançou no provimento de médicos em municípios/regiões de alta vulnerabilidade, com ampliação da cobertura da atenção primária à saúde, inclusive para a população indígena, com mais de 70% dos municípios brasileiros atendidos pelo projeto e beneficiando 63 milhões de brasileiros.



No entanto, com o encerramento do convênio OPAS/Brasil/Cuba, que resultou na saída de 8,47 mil médicos cubanos que estavam em serviço de relevância pública em 1.575 municípios, a situação retrocedeu em diversos municípios com populações de alta vulnerabilidade.

Para ampliar e aprimorar o Programa, o CNS aprovou a **Recomendação nº 17, de 12 de abril de 2019**, no sentido de que o Ministério da Saúde garantisse o provimento de médicos nas Áreas do Perfil 1, 2 e 3 do PMMB, em que permanecem vazios assistenciais.

Além disso, a 16ª Conferência Nacional de Saúde resultou nas seguintes deliberações (Resolução nº 617/2019) referentes ao PMMB:

- Garantir e ampliar o PMMB expandindo a cobertura dos municípios 100% e priorizando os territórios com maior população e mais vulneráveis, assegurando um cuidado integral dos usuários do SUS.
- Garantir a permanência do PMMB em todos os municípios e macrorregiões, incluindo populações indígenas, quilombolas e classes minoritárias, seguindo o número mínimo de médicos preconizados pela OMS, tanto quanto para as suas especialidades. E que a ociosidade dos médicos seja avaliada anualmente.
- Manter e fortalecer o Programa de Residência Médica/PMMB em parceria com as universidades para benefício da comunidade e defesa da qualidade da formação das(os) profissionais em atuação, ampliando a cobertura territorial e consequente aumento qualitativo da atenção e do quantitativo da população atendida.
- Assegurar a continuidade do PMMB e consolidá-lo nas diversas regiões de saúde dos estados brasileiros, com a ampliação do número de vagas para os municípios de pequeno porte, garantindo infraestrutura, recursos humanos e financiamento, conforme a necessidade, os indicadores e o PIB dos municípios e levando em conta não somente a análise per capita, como também a análise de vulnerabilidade e oferta do profissional médico.
- Aumentar a proporção de recursos públicos investidos na ABS, garantindo a ampliação de estrutura e a cobertura populacional, instituindo a responsabilidade sanitária com envolvimento do controle social, com intuito para [sic] atender as necessidades específicas, de cada região de saúde, mantendo o financiamento do PMMB, em capitais com perfil 3 que apresentam áreas de perfil 4 a 7.

Queremos ressaltar como ponto crítico do Programa Mais Médicos, observado em todas os seus eixos de atuação, a falta de transparência do Programa durante os últimos anos, em especial em 2019, que não disponibiliza dados atualizados para viabilizar o acompanhamento e monitoramento do Programa, o que dificulta um controle social mais efetivo.

A mesma crítica recai sobre o novo programa criado pelo atual Governo – o Médicos pelo Brasil. Questões relevantes e que poderão impactar profundamente a forma de atuação na atenção básica, a exemplo da agência criada para selecionar os profissionais que integrarão o programa e do plano de carreira, não estão claramente definidas, o que gera grande insegurança nos gestores e profissionais de saúde.

Além disso, é necessário destacar a opção feita pela política atual do Governo Federal de excluir os municípios dos perfis 1 a 3 – capitais e regiões metropolitanas – do âmbito do PMMB, o que certamente trará sérios prejuízos às populações vulneráveis que existem nesses territórios e que ficarão desassistidas.

Diante da suposta substituição indevida de profissionais médicos com vínculo empregatício das equipes de PSF por médicos do Projeto, a CGU, em 2018, recomendou à Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) a adoção de sistemática para o monitoramento do total de médicos que atuam nos municípios participantes, com destaque para a avaliação da alteração no quantitativo de médicos ocorrida após a disponibilização de profissionais do Projeto. Essa iniciativa poderia identificar e sanar tais distorções.

Durante o ano de 2019, o governo federal abandonou os dois eixos mais estruturantes do PMM, o da estruturação e o de formação. Não foi apresentado pelo Ministério da Saúde durante a audiência pública e nem foi possível encontrar os dados atualizados em nenhum sítio eletrônico oficial do governo.

Jamais será possível abandonar o provimento emergencial, sem a estruturação da rede, da formação de mais profissionais e de uma possível carreira para os profissionais do SUS.

Por outro lado, o governo não vem priorizando o processo de revalidação de diplomas de médicos formados em outros países. Que poderiam fixar definitivamente esses profissionais em nosso país.

Outro ponto que devemos nos preocupar é que o orçamento da união para a Saúde está em situação alarmante, em especial após a aprovação da EC 95, o teto dos gastos. Ressaltamos, conforme apontado por Moretti “que o Brasil é caso único no mundo de sistema universal em que os gastos públicos representam menos da metade dos gastos totais de saúde. A exigência de redução das despesas nos próximos anos para ajuste ao teto seguirá convertendo subfinanciamento crônico em desfinanciamento do SUS”. Não haverá qualquer margem para novos programas como seria o caso do Médicos pelo Brasil.

Em anexo seguirão vários trabalhos de avaliação do Programa em análise, gentilmente cedidos pela Professora Doutora Leonor Pacheco, que subsidiaram esse relatório e que poderão ser aprofundados pelos cidadãos brasileiros.

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

