

Avaliação executiva: Programa Mais Médicos

Vivian Fernandes Rodrigues Barbosa

Rebeca Regina Regatieri

Coletânea de Pós-Graduação, v.5, n.1
Políticas Públicas



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

MINISTROS

José Mucio Monteiro (Presidente)

Ana Arraes (Vice-presidente)

Walton Alencar Rodrigues

Benjamin Zymler

Augusto Nardes

Aroldo Cedraz de Oliveira

Raimundo Carreiro

Bruno Dantas

Vital do Rêgo

MINISTROS-SUBSTITUTOS

Augusto Sherman Cavalcanti

Marcos Bemquerer Costa

André Luís de Carvalho

Weder de Oliveira

MINISTÉRIO PÚBLICO JUNTO AO TCU

Cristina Machado da Costa e Silva (Procuradora-Geral)

Lucas Rocha Furtado (Subprocurador-geral)

Paulo Soares Bugarin (Subprocurador-geral)

Marinus Eduardo de Vries Marsico (Procurador)

Júlio Marcelo de Oliveira (Procurador)

Sérgio Ricardo Costa Caribé (Procurador)

Rodrigo Medeiros de Lima (Procurador)



Instituto Serzedello Corrêa
Escola Superior do Tribunal de Contas da União

DIRETOR GERAL

Fábio Henrique Granja e Barros

**DIRETORA DE RELAÇÕES INSTITUCIONAIS,
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

Flávia Lacerda Franco Melo Oliveira

**CHEFE DO DEPARTAMENTO DE
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

Clémens Soares dos Santos

CONSELHO ACADÊMICO

Maria Camila de Ávila Dourado

Tiago Alves de Gouveia Lins Dutra

Marcelo da Silva Sousa

Rafael Silveira e Silva

Pedro Paulo de Moraes

COORDENADOR ACADÊMICO

Tiago Alves de Gouveia Lins Dutra

COORDENADOR EXECUTIVO

Georges Marcel de Azeredo Silva

PROJETO GRÁFICO E CAPA

Núcleo de Comunicação - NCOM/ISC

Avaliação executiva: Programa Mais Médicos

Vivian Fernandes Rodrigues Barbosa

Monografia de conclusão de curso submetida ao Instituto Serzedello Corrêa do Tribunal de Contas da União como requisito parcial para a obtenção do grau de especialista.

Orientador(a):

Rebeca Regina Regatieri

Banca examinadora:

Roberta da Silva Vieira

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BARBOSA, Vivian F. R. **Avaliação executiva:** Programa Mais Médicos. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Avaliação de Políticas Públicas) – Escola Superior do Tribunal de Contas da União, Instituto Serzedello Corrêa, Brasília DF. 199 fl.

CESSÃO DE DIREITOS

NOME DO AUTOR: Vivian Fernandes Rodrigues Barbosa
TÍTULO: Avaliação executiva: Programa Mais Médicos
GRAU/ANO: Especialista/2020

É concedido ao Instituto Serzedello Corrêa (ISC) permissão para reproduzir cópias deste Trabalho de Conclusão de Curso e emprestar ou vender tais cópias somente para propósitos acadêmicos e científicos. Do mesmo modo, o ISC tem permissão para divulgar este documento em biblioteca virtual, em formato que permita o acesso via redes de comunicação e a reprodução de cópias, desde que protegida a integridade do conteúdo dessas cópias e proibido o acesso a partes isoladas desse conteúdo. O autor reserva outros direitos de publicação e nenhuma parte deste documento pode ser reproduzida sem a autorização por escrito do autor.

Vivian Fernandes Rodrigues Barbosa
vivianfrbarbosa@gmail.com

FICHA CATALOGRÁFICA

Barbosa, Vivian Fernandes Rodrigues
Avaliação executiva: Programa Mais Médicos./ Vivian Fernandes Rodrigues Barbosa. Orientadora: Rebeca Regina Regatieri. -- Brasília, 2020.
199f. : il.

Monografia (Especialização) - Escola Superior do Tribunal de Contas da União, Instituto Serzedello Corrêa. Brasília, 2020.

1. Ciência Política. 2. Políticas Públicas. 3. Avaliação de Políticas Públicas. 4. Políticas públicas de Saúde. I. Rebeca Regina Regatieri.

Avaliação executiva: Programa Mais Médicos

Vivian Fernandes Rodrigues Barbosa

Trabalho de conclusão do curso de pós-graduação lato sensu em Avaliação de Políticas Públicas realizado pela Escola Superior do Tribunal de Contas da União como requisito para a obtenção do título de especialista.

Brasília, 26 de outubro de 2020.

Banca Examinadora:

Prof.^a Rebeca Regina Regatieri
Orientadora
Escola de Economia de São Paulo – Fundação Getúlio Vargas

Prof.^a Roberta da Silva Vieira
Instituto de Política Econômica Aplicada

À minha família, pelo apoio em todos os momentos da minha vida.

Agradecimentos

Ao meu marido, pelo apoio e carinho constantes.

À minha família, pelo incentivo para aprender sempre mais.

À minha orientadora, pela dedicação e apoio, e por não me deixar desanimar durante a realização deste trabalho.

Aos meus colegas de trabalho, pela compreensão e amizade.

Aos professores, pelos novos ensinamentos.

Aos meus colegas de curso, pela troca de experiências e por todo o companheirismo ao longo deste percurso.

Resumo

O Programa Mais Médicos foi proposto pelo governo federal em 2013 com o intuito de fortalecer o Sistema Único de Saúde, visando, dentre outros propósitos, a redução das desigualdades regionais em saúde no país. De acordo com o Ministério da Saúde, o programa fazia parte de um pacto de melhoria do atendimento aos usuários do SUS, com previsão de mais investimentos em infraestrutura nos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões onde há escassez e ausência desses profissionais. Essa avaliação executiva tem por objetivo estabelecer um panorama geral do Programa Mais Médicos e identificar possibilidades de aprimoramento ou pontos que devem ser estudados de forma mais aprofundada. Dentre diversos pontos que podem ser aprimorados, destaca-se a transparência dos dados, tanto de implementação quanto de resultados, assim como dos gastos. Embora muitas informações estejam disponíveis na página oficial do programa, a maior parte delas está desatualizada, a exemplo dos resultados publicados, que remetem ao ano de 2015. O difícil acesso a dados atualizados prejudica a produção de análises e avaliações que poderiam contribuir para o aprimoramento da política pública. Em que pese os avanços significativos derivados da política quanto à redução de desigualdades regionais em saúde e ao fortalecimento da AB, constatou-se a necessidade de aprofundar a análise do desenho e da implementação do programa, assim como rever suas premissas e estratégias à luz das lições aprendidas até o momento. A avaliação do PMM, como a de qualquer outra política pública, é essencial para que o Estado aprenda a produzir políticas cada vez mais eficientes, eficazes e efetivas.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos; política de saúde; avaliação de políticas públicas; avaliação executiva.

Abstract

The “Mais Médicos” Program (PMM) was launched by the federal government in 2013 in order to strengthen the public health system with the objective, among others, of reducing regional health inequalities in the country. According to Brazil’s Ministry of Health, the PMM was part of a pact to improve the services provided by the public health system, as more investments in hospitals and health units infrastructure were expected, in addition to providing more doctors to regions where there was a shortage and absence of these professionals. This executive evaluation aims to describe an overview of the PMM and to identify possible improvements or topics that would benefit of a more in-depth study. Among several points that could be improved, we highlight the data transparency in terms of implementation, results and expenses, for example. Although much information is available on the program’s official website, most of it is out of date, as published results, which refer to 2015. The difficult access to updated data hinders the analyses and evaluations that could contribute to improve the public policy. In spite of the significant advances derived from the policy regarding the reduction of regional health inequalities and the strengthening of primary care, more in-depth studies are needed to evaluate the program’s design and implementation, as well as to review its premises and strategies in light of the lessons learned so far. The PMM evaluation, like the one of any other public policy, is essential for the Government learning process of producing increasingly efficient, effective and effective policies.

Keywords: Programa Mais Médicos; health policy; evaluation of public policies; executive evaluation.

Lista de figuras

Figura 1 - Árvore de Problemas	28
Figura 2 - Perfis dos municípios elegíveis ao PMMB	35
Figura 3 - Modelo lógico implícito do PMM para o.....	38
Figura 4 - Modelo lógico implícito do PMM para o Eixo Formação Médica.....	23
Figura 5 - Modelo lógico implícito do PMM para o Eixo Infraestrutura	18
Figura 6 – Localização geográfica dos municípios com perfil “20% de pobreza” que aderiram ao PMM (2013)	17
Figura 7 - Incremento real na densidade de médicos nos primeiros quatro ciclos do PMMB (set 2013 a set 2014)	20
Figura 8 - Distribuição percentual de médicos do PMM, segundo Grandes Regiões em municípios com perfil “20% pobreza” (2013 e 2017)	25
Figura 10 – Indicadores de acesso dos grupos 20% pobreza e G100 (2013 e 2017)	75
Figura 11– Indicadores de efetividade – 20% pobreza e G100 (2013 e 2017)	76
Figura 12 – Evolução dos indicadores de efetividade (2010-2017)	77
Figura 13 - Distribuição das escolas médicas, segundo natureza administrativa (2018)	83
Figura 14 - Distribuição das vagas de graduação em medicina, segundo natureza administrativa (2018)	84
Figura 15 – Número de bolsas-residência por estado (2019)	86
Figura 16 – Estimativa de percentual de bolsas de residência ociosas por estado (2019)	87

Lista de gráficos

Gráfico 1 – Relação médico para cada mil habitantes por grupo de municípios de distribuição definido pelo PMM, considerando apenas médicos vinculados ao programa (2015)	24
Gráfico 2 - Relação médico para cada mil habitantes por macrorregião, considerando apenas médicos vinculados ao programa (2015)	24
Gráfico 3 – Número de médicos recebidos, conforme perfil do município	26
Gráfico 4 - Evolução do número de vagas autorizadas para o primeiro ano (R1) em programas de residência médica no Brasil (2013-2019)	43
Gráfico 5 – Porcentagem do aumento da média anual de médicos – <i>FTE</i> – nos estabelecimentos da AB, por situação de adesão ao PMM (2012 e 2015).....	71
Gráfico 6 – Estimativa de cobertura populacional da AB no Brasil (2008 e 2014)...	71
Gráfico 7 – Estimativa de cobertura populacional da atenção básica, da ESF no Brasil e das equipes com médicos do PMM entre 2008 e 2015.....	72
Gráfico 8 – Evolução da oferta de profissionais de saúde por mil habitantes – 20% pobreza (2010-2017)	73
Gráfico 9 – Evolução da oferta de profissionais de saúde por mil habitantes – G100 (2010-2017).....	73

Lista de quadros

Quadro 1 – Relação de indicadores acompanhados pela Coordenação Nacional do PMMB (2016).....	39
--	----

Lista de tabelas

Tabela 1 - Proporção de médicos por 1.000 habitantes no Brasil, por unidade da federação (2012)	22
Tabela 2 - Proporção de vagas de graduação em medicina por 10 mil.....	23
Tabela 3 – Indicadores para o Eixo Provimento Emergencial do PMM (2013 a 2019)	15
Tabela 4 – Proposta de Indicadores para o Eixo Provimento Emergencial do PMM	16
Tabela 5 – Indicadores do Eixo Formação Médica do PMM (2013 a 2019).....	15
Tabela 6 – Proposta de Indicadores para o Eixo Formação Médica do PMM (2013 a 2019).....	15
Tabela 7 – Indicadores do Eixo infraestrutura do PMM (2013 a 2019)	15
Tabela 8 – Proposta de indicadores para o Eixo Infraestrutura do PMM	15
Tabela 9 - Perfil dos municípios que aderiram ao PMM (2013-2014)	16
Tabela 10 – Distribuição dos médicos participantes do PMMB por região.....	20
Tabela 11 - Médicos participantes do PMM por perfil de prioridade e vulnerabilidade dos municípios (2013-2014)	21
Tabela 12 – Quantitativo de vagas e disponibilização de médicos nos municípios brasileiros conforme perfil de prioridades realizadas até o 4º ciclo do PMMB (2013-2014).....	22
Tabela 13 – Número de tutores e supervisores do PMMB por unidade da federação (2018)	32
Tabela 14 – Número de vagas autorizadas em cursos de medicina por estado (2013-2018).....	38
Tabela 15 – Proporção de novas vagas por 10 mil habitantes por estado (2018) ...	39
Tabela 16 – Vagas de graduação em medicina autorizadas, segundo localização (2013-2018).....	40
Tabela 17 - Vagas de graduação em medicina autorizadas, segundo natureza administrativa da instituição (2013-2018).....	40
Tabela 18 - Vagas e cursos de medicina, segundo natureza administrativa da escola, por regiões e unidades da federação – Brasil (2018).....	41

Tabela 19 - Número de vagas autorizadas para o primeiro ano (R1) de residência médica, segundo unidades da federação e grandes regiões, 2013-2019	44
Tabela 20 – Situação das obras do eixo infraestrutura em junho de 2015	49
Tabela 21 - Redução das médias de internações por diarreia e gastroenterite nos estados da região Nordeste, por amostra de municípios, entre o 1º ano que antecede a implantação do PMMB (set./12 a ago./13) e o 2º ano de sua vigência (set./14 a ago./15), segundo quantitativo de médicos participantes do PMM e a taxa desses profissionais por 10.000 habitantes.....	78
Tabela 22 - Distribuição de médicos registrados por 1.000 habitantes, segundo unidades da federação e grandes regiões (2011, 2014 e 2018).....	80
Tabela 23 - Distribuição de UBS recenseadas no Pmaq-AB e das UBS com médicos do PMM, segundo tipo de unidade (2015)	89
Tabela 24 - Fontes de financiamento do Eixo Provimento Emergencial.....	99
Tabela 25 - Execução orçamentária e financeira do Eixo Provimento.....	101
Tabela 26 - Execução orçamentária por natureza de despesa – empenho liquidado do Eixo Provimento Emergencial (2013 a 2019).....	15
Tabela 27 - Execução físico-financeira do PMMB	15
Tabela 28 - Fontes de financiamento do Eixo Formação Médica (2013 a 2019)	15
Tabela 29 - Execução orçamentária e financeira do Eixo Formação Médica (2013 a 2019).....	16
Tabela 30 - Execução orçamentária por natureza de despesa – empenho liquidado do Eixo Formação Médica (2013 a 2019)	15
Tabela 31 - Fontes de financiamento do Eixo Infraestrutura (2013 a 2019)	15
Tabela 32 - Execução orçamentária e financeira do Eixo Infraestrutura	16
Tabela 33 - Execução orçamentária por natureza de despesa – empenho liquidado do Eixo Infraestrutura (2013 a 2019).....	15
Tabela 34 - Fontes de financiamento do Eixo Provimento Emergencial – valores nominais (2013 a 2019).....	25
Tabela 35 - Execução orçamentária e financeira do Eixo Provimento Emergencial – valores nominais (2013 a 2019).....	26
Tabela 36 - Execução orçamentária por natureza de despesa – empenho liquidado do Eixo Provimento Emergencial – valores nominais (2013 a 2019)	15

Tabela 37 - Execução físico-financeira do PMMB– valores nominais (2013 a 2019)	15
.....	15
Tabela 38 - Fontes de financiamento do Eixo Formação Médica	15
Tabela 39 - Execução orçamentária e financeira do Eixo Formação Médica – valores nominais (2013 a 2019).....	15
Tabela 40 - Execução orçamentária por natureza de despesa – empenho liquidado do Eixo Formação Médica	15
Tabela 41 - Fontes de financiamento do Eixo Infraestrutura – valores nominais.....	15
Tabela 42 - Execução orçamentária e financeira do Eixo Infraestrutura– valores nominais (2013 a 2019).....	15
Tabela 43 - Execução orçamentária por natureza de despesa – empenho liquidado do Eixo Infraestrutura – valores nominais	15

Lista de abreviaturas e siglas

AB - Atenção Básica

Abem - Associação Brasileira de Educação Médica

Adaps - Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde

AMB - Associação Médica Brasileira

Anasem - Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Andifes - Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior

Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS - Atenção Primária à Saúde

Camem - Comissão de Acompanhamento e Monitoramento de Escolas Médicas

CAU - Conselho de Arquitetura e Urbanismo

Ceaem - Comissão Especial de Avaliação de Escolas Médicas

CFM - Conselho Federal de Medicina

CGSES - Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do DF

CGU - Controladoria Geral da União

CIB - Comissões Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNE - Conselho Nacional de Educação

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica

Coapes - Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde

Conasems - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

Conass - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas

CREA - Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia

CRM - Conselho Regional de Medicina

CSN - Conselho Nacional de Saúde

DAB - Departamento de Atenção Básica

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

Denem - Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina

DF - Distrito Federal

DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EMI – Exposição de Motivos Interministerial (Página 18, referência 5)

Enem - Exame Nacional do Ensino Médio

eSF - equipe de saúde da família

ESF - Estratégia de Saúde da Família

ESPM - (Página 25) Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado

Fies - Fundo de Financiamento Estudantil

Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz

FNS - Fundo Nacional de Saúde

FTE - Full Time Equivalente

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - índice de desenvolvimento humano

IES - Instituições de Ensino Superior

Ifes - instituições federais de ensino superior

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

Inep - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

Ipea - Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas

LOA - Lei Orçamentária Anual

MD - Ministério da Defesa

MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MEC - Ministério da Educação

MFC - Medicina de Família e Comunidade

MP - Medida Provisória

MPOG - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

MRE - Ministério das Relações Exteriores

MS - Ministério da Saúde

ND - não disponível

ObservaRH - Observatório de Recursos Humanos de São Paulo

OCDE - Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OGU - Orçamento Geral da União

OMS - Organização Mundial da Saúde

Opas - Organização Pan-Americana da Saúde

PAB - Piso de Atenção Básica

PAC - Programa de Aceleração do Crescimento

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PITS - Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

PJ - Pessoa jurídica

Pmaq-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMM - Programa Mais Médicos

PMMB - Projeto Mais Médicos para o Brasil

Pnab - Política Nacional de Atenção Básica

PPA - Plano Plurianual

PRMFC - Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

Proadess - Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde

Pró-Residência - Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas

Prouni - Programa Universidade para Todos

Provab - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PROVAB - Profissional da Atenção Básica

PSF - Programa Saúde da Família

Rais - Relação Anual de Informações Sociais

RAP - restos a pagar

Requalifica UBS - Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde

RM - Região Metropolitana

ROPMM - Rede Observatório Programa Mais Médicos

Saps - Secretaria de Atenção Primária a Saúde

SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

Sinaes - Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior

Seres - Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior

Sesu - Secretaria de Educação Superior

SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Siafi - Sistema Integrado de Administração Financeira
Sinapi - Sistema Nacional de Pesquisa de Custos e Índices da Construção Civil
Sisab - Sistema de Informação da Atenção Básica
Sismob - sistema de monitoramento de obras
Sisu - Sistema de Seleção Unificada
SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS
SNIS - Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento
SOF – Secretaria de Orçamento Federal
SUS - Sistema Único de Saúde
TCU - Tribunal de Contas da União
UBS - Unidades Básicas de Saúde
UBSF - Unidade Básica de Saúde Fluvial
UF - Unidade da Federação
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais
UNA-SUS - Universidade Aberta do SUS

Sumário

Agradecimentos	16
Resumo	17
Abstract	18
Lista de figuras	19
Lista de gráficos	20
Lista de tabelas	22
Lista de abreviaturas e siglas	25
Sumário	29
Introdução	15
1. Descrição geral	15
2. Diagnóstico do problema	19
3. Desenho da política	31
3.1. Modelo lógico e indicadores	31
3.1.1. Eixo 1 - Provimento Emergencial de Médicos.....	34
3.1.2. Eixo 2 – Formação médica	16
3.1.3. Eixo 3 – Infraestrutura.....	16
4. Implementação	16
4.1 Eixo 1 - Provimento Emergencial	16
4.1.1 Municípios inscritos no programa.....	16
4.1.2 Médicos recrutados, alocados e designados às regiões prioritárias	18
4.1.3 Médicos aptos a atuar na AB	26
4.1.4 Bolsas, auxílio para instalação, deslocamento do país de origem para o Brasil oferecidos.....	28
4.1.5 Atividades de aperfeiçoamento providas.....	29
4.1.6 Atividades de supervisão e tutoria realizadas	30
4.2 Eixo 2 - Formação Médica	33
4.2.1 Novas diretrizes curriculares para os cursos de medicina aprovadas e implementadas.....	33
4.2.2 Alunos avaliados	34

4.2.3	Ampliação do número de vagas de graduação em regiões prioritárias.....	35
4.2.4	Ampliação do número de vagas de residência médica, principalmente de MFC.....	42
4.2.5	Cadastro criado e implementado.....	45
4.2.6	Currículo da residência em MFC definido e implementado.....	47
4.3	Eixo 3 - Infraestrutura.....	48
4.3.1	UBS construídas, reformadas ou ampliadas	48
4.3.2	UBS fluviais construídas.....	49
5.	Governança.....	51
5.1.	Provimento Emergencial.....	53
5.2.	Formação médica.....	55
5.3.	Infraestrutura	63
6.	Resultados	70
6.1	Provimento Emergencial	70
6.2	Formação médica	79
6.3	Infraestrutura.....	88
7.	Impactos.....	90
8.	Execução das despesas orçamentárias	98
8.1	Eixo Provimento Emergencial	99
8.2	Eixo Formação Médica.....	15
8.3	Eixo Infraestrutura.....	15
9.	Insights sobre eficiência e economicidade do gasto	15
10.	Recomendações	17
11.	Referências	15
	Anexo A – Tabelas de execução das despesas orçamentárias – valores nominais.....	25

Introdução

A Atenção Básica (AB), ou Atenção Primária à Saúde (APS), é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como parte estruturante de sistemas de saúde em diversos países e o Brasil tem buscado alinhar seu sistema de saúde a esse preceito, de modo que, em 2011, a AB foi alçada à condição de prioridade de governo. Ela é a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e deve ordenar o acesso aos demais serviços da rede de saúde, estar presente em todos os municípios e próxima de todas as comunidades, garantindo acesso universal, com qualidade e em tempo oportuno.

A Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) define como modo prioritário de organização da AB no Brasil a Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada como programa na década de 1990 e incrementada em sua expansão e complexidade desde então. Com o aumento da cobertura da ESF ao longo dos anos, fundamentalmente em regiões com maiores desigualdades socioeconômicas, os municípios brasileiros foram consolidando cada vez mais a ESF induzida pelo Ministério da Saúde (MS). Atualmente, a AB segue sendo desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas, especialmente por meio da ESF (RIBAS, 2016).

A década de 1990 também foi marcada por mudanças relacionadas ao processo de descentralização com ênfase na municipalização, com o objetivo de ampliar o acesso à saúde. Foram estabelecidos novos mecanismos de financiamento e houve progressiva transferência de responsabilidades sobre a gerência e a execução direta de serviços a estados e a municípios. Como exemplo desses novos mecanismos, aponta-se: a uniformização gradativa da tabela de pagamentos aos hospitais públicos e privados; a criação e a ampliação de sistemas informatizados e centralizados, que possibilitariam acompanhar a produção e o desempenho dos serviços de saúde das esferas estaduais e municipais, bem como auxiliar a implantação de mecanismos de controle e avaliação; a definição de critérios para a descentralização dos recursos de custeio e de investimento; e a indicação do rumo a ser tomado pelos sistemas de saúde locais (MEDICI apud LEVCOVITZ, 2001). A redistribuição de atribuições, responsabilidades e poderes entre os três entes federativos gerou mudanças na forma do gestor federal exercer suas funções, que

passou a participar de forma significativa na formulação, indução e financiamento da política (RIBAS, 2016).

Na 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2011, foi aprovada como diretriz que todas as famílias e todas as pessoas devem ter assegurado o direito a uma equipe de saúde da família (eSF). No entanto, a expansão da ESF na cobertura da população por ano, entre 2008 e 2013, esteve na ordem de 2,36%¹ e, dentre os entraves ao seu crescimento está a dificuldade dos gestores municipais de atrair e fixar médicos nas eSF. O desafio da fixação de médicos contribui para agravar as desigualdades regionais em saúde, dificultando assim alcançar uma equidade na AB (MACEDO, 2019).

Assim, em 2013, não obstante o avanço brasileiro em relação à expansão e qualificação da AB, o país ainda convivia com muitos vazios assistenciais, correspondentes a localidades que não conseguiram prover e fixar profissionais de saúde na AB, especialmente os médicos, e que não garantiam acesso da população aos serviços básicos de saúde. Além da escassez de médicos, eles estavam mal distribuídos pelo território, de modo que as áreas e as populações mais pobres e vulneráveis eram as que contavam proporcionalmente com menos médicos. Muitas cidades não tinham médico residindo no território do município e grandes contingentes populacionais não contavam com acesso garantido a uma consulta médica.

Em 2012, a média nacional era de 1,83 médicos para cada mil habitantes, sendo que 22 estados da federação estavam abaixo da média nacional (BRASIL, 2015d). Essa proporção era considerada significativamente inferior à necessidade da população e do SUS. Esse cenário levou à proposição do Programa Mais Médicos (PMM), nesse mesmo ano, pelo governo federal, com o intuito de fortalecer o SUS, visando, dentre outros propósitos, a redução das desigualdades regionais em saúde no país. De acordo com o MS, o PMM fazia parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do SUS, com previsão de mais investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões onde há escassez e ausência de profissionais, incluindo médicos estrangeiros, especialmente, cubanos (BRASIL, 2015d). Em novembro de 2018, o governo de Cuba comunicou sua decisão de se retirar do PMM devido às declarações

¹ Conforme dados do MS disponíveis em <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaConsolidado.xhtml>

do presidente eleito Jair Bolsonaro, que anunciou modificações no programa. Com essa decisão, o programa, que à época contava com cerca de 18 mil médicos, perdeu mais de 40% de seus profissionais inscritos.

Em agosto de 2019, o governo enviou ao Congresso Nacional, a Medida Provisória (MP) nº 890 que instituiu o Programa Médicos pelo Brasil, que tem a finalidade de incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade e fomentar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade, no âmbito da atenção primária à saúde no SUS. A medida também autoriza o Poder Executivo federal a instituir a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), responsável por executar tal programa. Essa MP não revogou a lei nº 12.871/2013, que instituiu o PMM².

O PMM enfrenta dificuldades e impasses diversos desde a sua criação em 2013. Nesse sentido, a avaliação do PMM pode especificar quais dificuldades de fato requerem aprimoramentos e quais podem, por exemplo, ser decorrentes apenas da falta de sistematização e divulgação das evidências já existentes. Tem sido veiculada na imprensa a proposta de substituição gradual do PMM pelo Programa Médicos pelo Brasil³. Isso não minimiza a importância de se avaliar o PMM, ao contrário, é fundamental que lições sobre a sua execução sejam apreendidas para que, caso essa substituição efetivamente ocorra, esse novo programa seja implementado considerando o que funcionou e o que não funcionou no PMM. Algumas das recomendações obtidas para o PMM poderão suscitar reflexões, que também podem ser aplicáveis ao novo programa.

Essa avaliação executiva foi elaborada em linha com a publicação da Casa Civil “Avaliação de Políticas Públicas: guia prático de análise *ex post*” e tem o objetivo de avaliar os três eixos do programa: provimento emergencial, formação médica e infraestrutura, para mapear fragilidades e contribuir para o aperfeiçoamento da política. A avaliação oferece subsídios para que possam ser propostas recomendações

² Essa MP revogou os artigos 6º e 7º que tratavam, respectivamente, das modalidades e especialidades das ofertas de vagas dos Programas de Residência Médica e da duração do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade. Já os § 1º e 2º do artigo 9º, que tratavam da avaliação específica para o curso de graduação em medicina, foram revogados pela lei nº 13.530, de 2017.

³ Como referência, essa ideia consta de matéria publicada pela Agência Brasil em 06/08/2019. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-07/programa-medicos-pelo-brasil-vai-substituir-mais-medicos>.

com oportunidades efetivas de aprimoramento e correção de rumos da política em questão.

O volume de estudos acadêmicos dedicados ao PMM é considerável, de modo que selecionar as referências para esse trabalho mostrou-se um desafio. Assim, essa avaliação não se propõe a abordar o programa de forma exaustiva, mas sim contribuir com o debate e apresentar um panorama geral dessa complexa e importante política pública de saúde.

Este trabalho está estruturado em 10 capítulos, sendo que o primeiro apresenta uma breve descrição da política e do contexto em que ela foi criada. O capítulo 2 aborda o diagnóstico que embasou a instituição do PMM e sua árvore de problemas, enquanto o capítulo 3 descreve o modelo lógico implícito em cada eixo do programa, assim como os indicadores acompanhados pelos gestores. O capítulo 4 detalha como ocorreu a implementação do programa e analisa a efetividade da entrega dos produtos previstos no modelo lógico. Já o capítulo 5 aborda a governança estabelecida no âmbito do PMM e descreve os papéis e responsabilidades de cada órgão em sua gestão. Os resultados e impactos alcançados são apresentados nos capítulos 6 e 7, respectivamente, que analisam em que medida os objetivos definidos no modelo lógico foram cumpridos. O capítulo 8 mostra como se deu a execução orçamentária e financeira do programa, enquanto o capítulo 9 faz uma breve análise da eficiência e economicidade do gasto efetuado pela política. As recomendações de aprimoramento do programa e de aprofundamento da sua avaliação são abordadas no capítulo 10, o último desta avaliação.

1. Descrição geral

O PMM foi instituído pela MP nº 621, de 8 de julho de 2013, posteriormente convertida na Lei nº 12.871/2013, com a finalidade de enfrentar o problema da escassez de médicos no SUS. A Exposição de Motivos Interministerial (EMI) que encaminhou o projeto de MP à Presidência da República⁴ estabelece que entre os objetivos da política está suprir déficits de recurso humano médico no SUS, notadamente nas regiões mais vulneráveis no âmbito da AB, para viabilizar a garantia mínima de pelo menos um profissional médico em cada município e a ampliação da cobertura médica.

Três eixos compõem o PMM: o primeiro trata do provimento emergencial de médicos, tanto brasileiros – formados dentro ou fora do país – quanto estrangeiros – intercambistas individuais ou mobilizados por meio de acordos com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas); o segundo se refere à formação médica e se direciona à ampliação de vagas nos cursos de medicina e nas residências médicas, com mudança nos currículos de formação para melhorar a qualidade da atenção à saúde; e o terceiro busca a melhoria da infraestrutura nos serviços de saúde.

O debate acadêmico sobre os problemas associados à distribuição desigual dos profissionais de saúde pelo Brasil iniciou-se na década de 1960 e intensificou-se a partir da década de 1970. Já nesse período, era possível observar a concentração da classe médica nas regiões Sul e Sudeste em função do aumento do número de cursos de medicina, de vagas em residência médica e da concentração populacional e do Produto Interno Bruto (PIB), ambos em especial na região Sudeste.

A constatação, nos anos 1970, de que a distribuição de médicos pelo país estava vinculada à distribuição de renda, levou à criação de programas com o objetivo de levar médicos para o interior do país, como o Projeto Rondon e o Piass (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) no período do regime militar. Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, foram instituídos o Programa de Interiorização do SUS em 1993 e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) no ano 2000.

⁴EMI nº 00024/2013 MS MEC MP. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Mpv/mpv621.htm

O MS e o Ministério da Educação (MEC) desenvolveram políticas que antecederam o programa com ações que iam ao encontro dos três eixos mencionados com o objetivo de atender a necessidade de provimento e fixação de médicos nas diversas regiões do país. Em 2009, foi criado o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência) com o objetivo de apoiar a formação de especialistas em regiões e especialidades prioritárias para o SUS, por meio da Expansão de Programas de Residência Médica, inclusive em Medicina da Família e Comunidade (MFC).

Houve também a ampliação da oferta de bolsas para a residência médica, tendo em vista a importância dessa modalidade para a fixação de profissionais apontada por estudos anteriores. No entanto, essa possibilidade é ofertada para cidades de médio e grande portes, que possuem capacidade instalada compatível com os requisitos da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), não atingindo, dessa forma, os municípios de pequeno porte.

Já em 2011, foi publicada a Portaria Normativa nº 4 do MEC⁵, permitindo a médicos formados com apoio do Fundo de Financiamento Estudantil (Fies) abater sua dívida em função do tempo de atuação em eSF em regiões com maior necessidade de médicos, conforme determinação prévia do MS.

Também em 2011 foi lançado o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), que ofertava a possibilidade de curso de especialização na modalidade integração ensino-serviço em regiões de extrema pobreza e periferias, com incentivo aos participantes mediante acréscimo na pontuação no processo seletivo da residência médica. Na primeira edição do Provab, apesar de demanda significativa dos municípios, somente 381 médicos foram vinculados. Na segunda edição do programa, aderiram 2.838 municípios que solicitaram 13.862 médicos para atuar na AB, sendo que apenas 3.577 médicos foram vinculados ao Provab, para atuação em 1.260 municípios. Em 2015, esse programa foi integrado ao PMM.

Apesar dessas iniciativas - Portaria Normativa nº 4 do MEC e Provab - terem produzido efeito no provimento de médicos para a AB, a quantidade de profissionais foi inferior à demanda que se apresentava, de modo que em 2013 ainda havia um número significativo de vagas ociosas, correspondendo a 74,2% da demanda inicial.

⁵ Essa portaria regulamentou o inciso I do art. 6º-B da Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, incluído pela Lei nº 12.202, de 14 de janeiro de 2010.

A lei que instituiu o PMM fixou um prazo de cinco anos para que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) fossem dotadas de equipamentos e infraestrutura de qualidade. Quando a Lei foi promulgada já havia programa dirigido à qualificação da infraestrutura das UBS: o Programa de Requalificação das UBS (Requalifica UBS), criado em 2011. O orçamento desse programa foi quase triplicado após o lançamento do PMM e se tornou um de seus eixos estruturantes, junto com o Provimento Emergencial e a Formação Médica (BRASIL, 2015d).

Dentre os normativos vigentes relacionados ao programa, além da lei que o institui, merecem destaque: a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.369, de 08 de julho de 2013, que dispôs sobre a implementação do projeto mais médicos para o Brasil, e a Portaria Normativa MEC nº 15, de 22 de julho de 2013, que instituiu a Política Nacional de Expansão das Escolas Médicas. O Decreto nº 8.040, de 08 de julho de 2013, que instituiu o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do Programa Mais Médicos, responsáveis por fixar metas e orientar a formulação, a implementação, o monitoramento e a avaliação do PMM, ficou vigente até dezembro de 2019, quando foi revogado pelo Decreto nº 10.087.

A Lei nº 12.871/2013 autorizou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) a conceder bolsas para ações de saúde, ressarcir despesas, adotar outros mecanismos de incentivo a suas atividades institucionais e promover as ações necessárias ao desenvolvimento do PMM. Assim, a EBSERH atua em regime de colaboração com o MEC na execução do projeto, pagando bolsas aos tutores e supervisores, ressarcindo despesas advindas das atividades de tutoria e supervisão e desenvolvendo ferramentas para gerenciar as informações operacionais do PMMB (BRASIL, 2015d).

Para executar essa política, a lei permite aos Ministérios da Saúde e da Educação firmar acordos e outros instrumentos de cooperação com organismos internacionais, instituições de educação superior nacionais e estrangeiras, órgãos e entidades da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal (DF) e dos Municípios, consórcios públicos e entidades privadas, inclusive com transferência de recursos. Assim, participam da execução dessa política: Opas; Ministério da Defesa (MD); Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG); Ministério das Relações Exteriores (MRE); Ministério da Previdência; Ministério do Trabalho; Casa Civil; Banco do Brasil; Polícia Federal; Receita Federal; secretarias

municipais e estaduais de saúde; médicos (brasileiros e intercambistas); instituições de educação superior públicas e privadas; CNRM; e o Conselho Nacional de Educação – CNE, dentre outros.

2. Diagnóstico do problema

Em quase todas as nações do mundo, independentemente do desenvolvimento econômico ou mesmo do grau de organização de seu sistema de saúde, os profissionais de saúde tendem a se concentrar nas áreas urbanas e mais ricas, de modo que prover acesso a serviços de saúde à população é um desafio. Estudo da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) apud Ribas (2016), realizado em 2013, mostrou que, mesmo com o aumento no número total de médicos, a distribuição desses profissionais mantém um padrão de grande concentração nas capitais e de escassez nas zonas rurais. Porém, o problema tende a ser mais agudo nos países em desenvolvimento, de modo que países de média e baixa renda enfrentam mais dificuldades para combater os vazios assistenciais ocasionados pela escassez desses profissionais (RIBAS, 2016).

Quando do lançamento do PMM, o governo federal já havia elaborado diagnóstico sobre a realidade da medicina no Brasil, que apontou para a importância de distribuir melhor os médicos e formar mais profissionais, tanto na graduação quanto na residência médica. Tal diagnóstico pode ser encontrado no livro “Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros”, publicado pelo MS em 2015.

De acordo com a publicação, não obstante o avanço brasileiro em relação à expansão e à qualificação da AB organizadas pela ESF, em 2013 o país ainda convivia com muitos vazios assistenciais, correspondentes a localidades que não conseguiram prover e fixar profissionais de saúde na atenção básica, especialmente os médicos, e que não garantiam acesso da população aos serviços básicos de saúde.

A presença do médico nas eSF é considerada elemento vital para assegurar uma assistência integral e de qualidade. Observa-se, ainda, que países com baixo índice de médicos por habitantes costumam ter resultados negativos em taxas como expectativa de vida e mortalidades materna e infantil, apontando para uma forte associação entre esses fatores (RIBAS, 2016).

Conforme dito anteriormente, no início de 2011, a AB foi alçada à condição de prioridade de governo e foram identificados dez principais desafios que condicionavam seu desenvolvimento e que deveriam ser levados em conta pelo MS na proposição da nova Pnab:

1. Financiamento insuficiente da AB;

2. Infraestrutura inadequada das UBS;
3. Baixa informatização dos serviços e pouco uso das informações disponíveis para a tomada de decisões na gestão e na atenção à saúde;
4. Necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, aos grupos mais vulneráveis;
5. Necessidade de melhorar a qualidade dos serviços incluindo acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado;
6. Pouca atuação na promoção da saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais;
7. Desafio de avançar na mudança do modelo de atenção e na mudança de modelo e qualificação da gestão;
8. Inadequadas condições e relações de trabalho, mercado de trabalho predatório, déficit de provimento de profissionais e contexto de baixo investimento nos trabalhadores;
9. Necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na AB; e,
10. Importância de ampliar a legitimidade da AB com os usuários e de estimular a participação da sociedade. (BRASIL, 2015d, p. 19)

Percebe-se que a escassez de profissionais médicos nos serviços de saúde já era considerada um problema a ser enfrentado pelo governo mais de dois anos antes do lançamento do PMM. Essa percepção pode ser corroborada no estudo realizado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea) em 2011, que apontou que, para 58,1% dos 2.773 entrevistados, a falta de médicos era o principal problema do SUS. No mesmo estudo, a resposta mais frequente como sugestão de melhoria para o sistema de saúde foi aumentar o número de médicos.

As iniquidades territoriais em saúde e as desigualdades econômicas e sociais inter e intrarregionais podem potencializar a discrepância na distribuição de médicos, além de promover concentração dessa categoria profissional no atendimento de alguns grupos específicos da população. Tais iniquidades tendem a se agravar em função dos diferentes graus de capacidade econômica e administrativa municipais, distâncias geográficas, limitação de profissionais de saúde, entre outros fatores. Assim, muitos municípios acabam apresentando menor aptidão para o provimento e fixação de profissionais de saúde, especialmente médicos. Isso pode agravar as disparidades nos resultados da saúde, pois, quando os recursos e instalações estão distribuídos de

forma desigual pelo país, agrupados em áreas urbanas e mais prósperas, o acesso aos serviços de saúde nas regiões menos favorecidas e em áreas rurais pode ficar mais difícil (MACEDO, 2019).

Em 2012, de acordo com o MS, a proporção de médicos era de 1,83 para cada 1.000 habitantes no Brasil, proporção menor do que a verificada no mesmo ano em outros países latino-americanos com perfil socioeconômico semelhante ou países que têm sistemas universais de saúde, como: Canadá, em que esse indicador era de 2,0; Reino Unido, 2,7; Argentina, 3,2; Uruguai, 3,7; Portugal, 3,9; Espanha, 4,0 e Cuba, 6,7. Cabe ressaltar que a OMS não estipula um parâmetro referencial de médicos por mil habitantes, tendo em vista que o valor depende de fatores contextuais, como questões regionais, socioeconômicas, culturais e epidemiológicas. Todavia, a entidade reconhece a importância desses profissionais para o acesso equitativo aos serviços de saúde, uma vez que os desequilíbrios na distribuição dos mesmos afetam a oferta, a eficiência e a eficácia de tais serviços, bem como a satisfação dos usuários (MACEDO, 2019).

Embora reconheça que não existe proporção ideal de médico por habitante, reconhecida e validada internacionalmente, o diagnóstico elaborado pelo governo toma como referência a proporção de 2,7 médicos por 1.000 habitantes, que é a encontrada no Reino Unido. Esse país foi escolhido por possuir o maior sistema de saúde público de caráter universal orientado pela AB, depois do Brasil.

Além da baixa proporção de médico por mil habitantes, o diagnóstico ressalta a grande desigualdade na distribuição de médicos pelos estados do país, sendo que 22 das 27 unidades federativas possuíam proporção abaixo da média nacional. Em 2012, o estado do Maranhão tinha a menor relação de médicos por mil habitantes (0,58) e o DF tinha o maior indicador (3,46) (BRASIL, 2015d). E, mesmo estados com número de médicos por mil habitantes acima da média nacional apresentavam diferenças regionais em virtude da concentração desses profissionais nas capitais. Nessas, por sua vez, o quadro também era heterogêneo, dada a dificuldade de atrair profissionais para regiões mais periféricas. A Tabela 1, integrante da publicação do MS (BRASIL, 2015d), apresenta a proporção de médicos por 1.000 habitantes para todos os estados e para o DF.

Tabela 1 - Proporção de médicos por 1.000 habitantes no Brasil, por unidade da federação (2012)

Região / Unidade da Federação	Médicos/1.000 habitantes
Região Norte	0,98
Rondônia	1,02
Acre	0,94
Amazonas	1,06
Roraima	1,21
Pará	0,77
Amapá	0,76
Tocantins	1,08
Região Nordeste	1,09
Maranhão	0,58
Piauí	0,92
Ceará	1,05
Rio Grande do Norte	1,23
Paraíba	1,17
Pernambuco	1,39
Alagoas	1,12
Sergipe	1,3
Bahia	1,09
Região Sudeste	2,43
Minas Gerais	1,81
Espírito Santo	1,97
Rio de Janeiro	3,44
São Paulo	2,49
Região Sul	1,87
Paraná	1,68
Santa Catarina	1,69
Rio Grande do Sul	2,23
Região Centro-Oeste	1,89
Mato Grosso do sul	1,54
Mato Grosso	1,1
Goiás	1,45
Distrito Federal	3,46
Brasil	1,83

Fonte: BRASIL, 2015d.

No ano de 2010, a Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (ESPM/FNESC-CON/UFMG apud RIBAS, 2016) publicou um relatório que aponta que a necessidade de médicos é ainda maior em municípios e regiões com índices elevados de necessidades sociais, tais como mortalidade infantil e nível de pobreza. Consta também desse relatório que apenas 2,4% dos municípios não apresentavam escassez médica e 400 municípios não possuíam sequer um médico.

Tal desigualdade no Brasil pode ser explicada, em parte, pelo fato de que os profissionais e os egressos dos cursos de medicina procuram os grandes centros para se fixar porque neles se encontram as melhores oportunidades de emprego, além de

possibilidades de especialização e de qualidade de vida. Os brasileiros que residem nas regiões Sul e Sudeste têm em média duas vezes mais médicos em relação aos habitantes do Norte, Nordeste e Centro-Oeste, com exceção do DF. E aqueles que vivem em capital possuem em média duas vezes mais médicos do que os que moram em outras cidades do mesmo estado (SCHEFFER, 2013).

O diagnóstico elaborado pelo MS aponta o número insuficiente de vagas nos cursos de graduação em medicina como a causa da baixa proporção de médicos por mil habitantes. Apesar do Brasil ter um número absoluto de escolas médicas maior do que outros países, em 2013, a proporção de vagas de ingresso para cada 10.000 habitantes (0,8 vaga a cada 10.000 habitantes) era significativamente inferior a de países como Austrália (1,4), Reino Unido (1,5), Portugal (1,6) e Argentina (3,1). Cabe ressaltar que a distribuição entre os estados não é homogênea, sendo que no Maranhão e na Bahia, por exemplo, a proporção de vagas de ingresso para cada 10.000 habitantes era de 0,39 em 2013. Além de poucas vagas, elas são mal distribuídas pelo território nacional, com uma clara concentração nas maiores e mais ricas cidades, capitais e nas regiões Sudeste e Sul. A Tabela 2 apresenta a proporção de vagas de graduação em medicina por região e unidade da federação registrada em 2013.

Tabela 2 - Proporção de vagas de graduação em medicina por 10 mil habitantes no Brasil, por região e unidade da federação (2013)

Região/UF	Vagas por 10 mil habitantes
Região Norte	0,87
Rondônia	1,11
Acre	0,67
Amazonas	0,76
Roraima	0,68
Pará	0,54
Amapá	0,48
Tocantins	3,02
Região Nordeste	0,61
Maranhão	0,39
Piauí	0,89
Ceará	0,76
Rio Grande do Norte	0,83
Paraíba	1,26
Pernambuco	0,55
Alagoas	0,45
Sergipe	0,74

Bahia	0,39
Região Sudeste	1,07
Minas Gerais	1,31
Espírito Santo	1,44
Rio de Janeiro	1,44
São Paulo	0,79
Região Sul	0,84
Paraná	0,76
Santa Catarina	0,96
Rio Grande do Sul	0,84
Região Centro-Oeste	0,70
Mato Grosso do sul	0,75
Mato Grosso	0,67
Goiás	0,51
Distrito Federal	1,11
Brasil	0,83

Fonte: BRASIL, 2013d. Valores regionais calculados a partir de dados de BRASIL 2013d e IBGE, 2019. Elaboração própria.

Além disso, o país formava menos médicos do que a criação anual de empregos na área nos setores público e privado, agravando a situação a cada ano. De 2002 a 2012, o Brasil formou médicos suficiente para atender apenas 65% da demanda do mercado de trabalho, sendo que o déficit, nesse período, atingiu o índice de 53 mil médicos. Segundo o MS, muitas nações que formam menos médicos do que o necessário para atender à população e à demanda do mercado de trabalho equilibram o déficit recebendo profissionais formados em outros países. No entanto, esse não é o caso do Brasil, onde o processo de autorização do exercício profissional para médicos formados fora do país é considerado um dos mais restritivos do mundo (BRASIL, 2015d).

Assim, configurou-se um cenário em que:

Essa insuficiência de médicos para a ocupação dos postos de trabalho existentes na AB, necessária para a expansão do acesso e da cobertura da população, leva a uma competição entre municípios, que disputam os poucos profissionais disponíveis. Os resultados dessa situação de desequilíbrio ocasionam o comprometimento de recursos do município, além de sua capacidade de pagamento, com posterior descontinuidade dos vencimentos e quebra de compromissos com o médico contratado; redução da carga horária efetivamente praticada pelo profissional, seja porque o gestor “compensa” a remuneração reduzindo a carga horária, seja porque o médico impõe essa condição na sua contratação, gerando uma série de irregularidades e ilegalidades, além de reduzir o acesso da população; alto índice de rotatividade dos médicos, fazendo com que quase a metade não chegue a ficar sequer um ano no mesmo município. (BRASIL, 2015d,

p.24, grifo do autor).

Em 2013, considerando o contingente populacional brasileiro e os parâmetros para o cálculo da cobertura de AB do MS, o Brasil necessitaria de aproximadamente 67 mil médicos para atingir 100% de cobertura de ESF àquela época. Entretanto, havia apenas cerca de 32 mil médicos atuando regularmente nas UBS, o que caracteriza a escassez de médicos como um dos principais obstáculos enfrentados na efetivação do SUS e no fortalecimento da AB (RIBAS, 2016). Tal situação impactou forte e negativamente a legitimidade da ESF junto à população e aos prefeitos, sendo que esses lideraram um movimento no mesmo ano cobrando do governo federal uma solução para o problema.

A formação médica também é apontada no diagnóstico como um dos entraves à expansão e ao fortalecimento da AB. O pouco apoio, tanto dos gestores quanto do meio acadêmico, para uma formação médica voltada para a MFC, essencial para a AB e que teve seu início na década de 1970, contribuiu para dificultar a implantação, a partir de 1994, do Programa Saúde da Família (PSF) de forma robusta, devido à carência de profissionais com essa formação. Em 2012, menos de 10% das vagas na AB eram ocupadas por médicos com alguma pós-graduação específica na área. Debates acadêmicos sobre o assunto apontam ainda que o perfil da formação médica não é voltado para a construção e fortalecimento da atenção à saúde pública, o que dificulta a criação de vínculo entre médico e comunidade e, logo, contribui para aumentar a rotatividade dos profissionais nas eSF⁶ (MACEDO *et al.*, 2019).

A principal modalidade de formação é a residência médica, que corresponde a uma especialização *lato sensu* caracterizada por ser uma modalidade fundamentalmente de treinamento em serviço, essencial para o desenvolvimento de competências necessárias à prática médica, e que se distingue de outros processos de formação por, pelo menos, três dimensões principais: predomínio de atividades práticas; exis-

⁶ Importante destacar que fatores como insatisfação no trabalho, não estruturação da carreira de médico de família, carga horária elevada, excesso de pacientes para uma equipe de saúde, condições deficitárias ou até insalubres das UBS, ausência de meios de comunicação e apoio logístico, bem como interferência política no trabalho das equipes também são apontados como causas para a rotatividade dos profissionais nas eSF.

tência de legislação própria; e certificação do médico para exercer determinada especialidade, sendo esse o principal formato reconhecido pelo Estado brasileiro para tal fim.

Diferente de outras modalidades de formação, em consonância com a prerrogativa constitucional do SUS de ordenar a formação de recursos humanos em saúde, a residência médica é viabilizada basicamente na esfera pública, uma vez que é desenvolvida em serviços na sua maioria públicos (e em uma menor parcela contratados pelo SUS) e financiada por entes públicos, tendo o governo federal papel-chave no pagamento das bolsas (BRASIL, 2015d).

Em que pese todos esses fatores, o Brasil não adota mecanismos de regulação da necessidade e da distribuição de especialistas, a exemplo do praticado em outros países com experiências exitosas de formação ou de sistemas universais de saúde, como Canadá, Espanha e Portugal, onde a residência médica é obrigatória e direciona a composição de especialistas no sistema de saúde. Há estudos que, ao comparar a experiência brasileira com as de outros países, concluem que a existência de um padrão de baixa regulação estatal tanto do trabalho médico, quanto de sua formação no Brasil, especialmente no que diz respeito à medicina da família, resulta numa baixa oferta de profissionais para a ESF e pode afetar a integração das eSF, que constitui elemento central da estratégia (RODRIGUES, 2013).

Além da insuficiência de especialistas e de sua má distribuição, decorrentes inclusive da distribuição de vagas de residência, há a questão da quantidade insuficiente de vagas de residência médica para os egressos de cursos de medicina. A residência é considerada essencial para resolver a questão da distribuição e da formação de especialistas no Brasil também pela sua importância enquanto fator de fixação dos profissionais, ainda mais quando realizada em conjunto com a graduação em uma mesma região de saúde. A residência passou a ser pautada como prioridade pelos gestores do SUS nos âmbitos federal, estadual e municipal e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), o que levou à inclusão do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) na CNRM, responsável pela formulação e pelo desenvolvimento da política de residência.

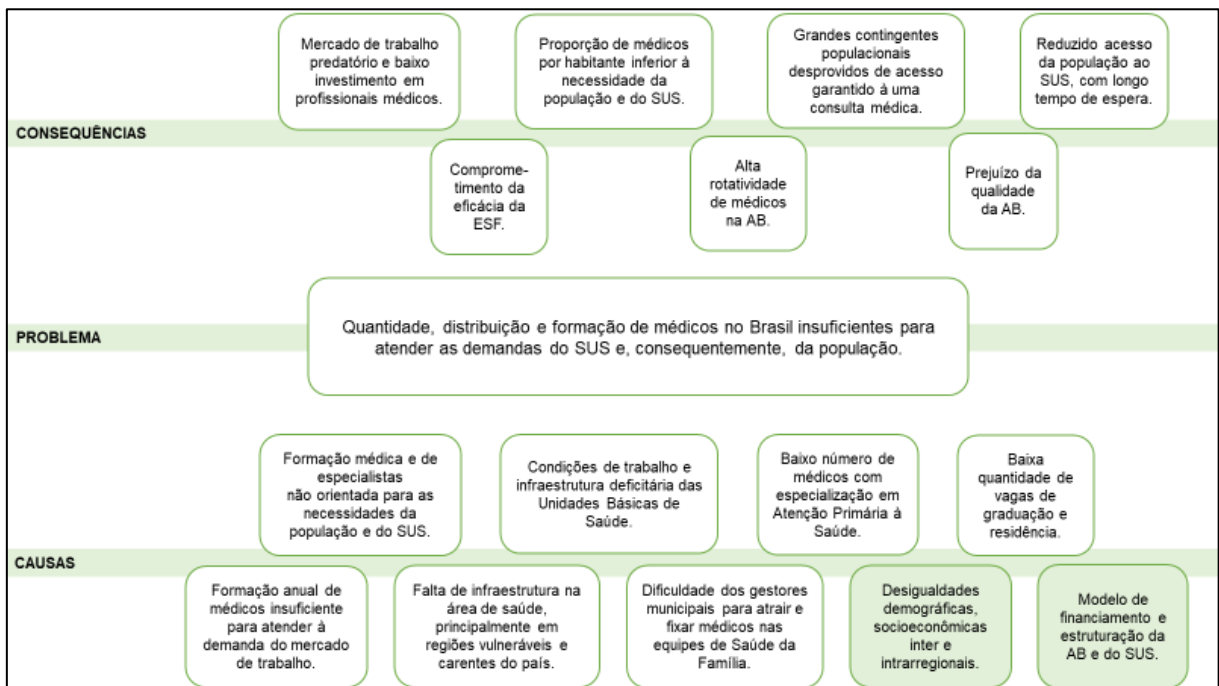
Democratizar o acesso e interiorizar os cursos de medicina e residência médica são fatores apontados como capazes de ajudar na fixação dos médicos (PÓVOA;

ANDRADE, 2006; SEIXAS *et al.*, 2011 apud MACEDO *et al.*, 2019). O local de formação e as oportunidades de atualização e especialização profissional são apontados pela literatura com fatores que podem afetar a escolha dos médicos por um local de trabalho. Adicionalmente, outras questões como a participação do sistema supletivo de atendimento à saúde, as oportunidades de trabalho para cônjuges e os índices de desenvolvimento humano da região podem afetar a escolha pelo local de trabalho dos médicos (ALBUQUERQUE, 2014; BITTAR, 1999; PÓVOA; ANDRADE, 2006 apud MACEDO *et al.*, 2019).

Nesse sentido, a interiorização dos cursos de medicina e residência médica, conjugado com outras estratégias a fim de mitigar os problemas socioeconômicos das regiões, pode favorecer a permanência dos médicos nessas localidades. Os médicos tendem a se fixar naquelas localidades onde o mercado de trabalho apresenta condições mais favoráveis e, ao mesmo tempo, há possibilidades de desenvolver-se profissionalmente, sendo que “o fenômeno da migração de médicos entre as distintas unidades federadas pode acabar anulando, ou mesmo invertendo, o esforço por disponibilizar uma maior oferta de médicos nos estados com maior escassez deste profissional” (SEIXAS *et al.*, 2011, p. 134 apud MACEDO *et al.*, 2019).

Diante do exposto, percebe-se que, quando do surgimento do PMM, havia um número insuficiente de médicos, de vagas de graduação em medicina e de residência médica, e ambos estavam mal distribuídos pelo país. Além disso, havia um importante déficit no resultado da subtração de médicos formados por novos postos de trabalho, agravado pelo fato de o Brasil ser um dos países mais restritivos do mundo à atuação de médicos formados no exterior, sejam eles brasileiros ou estrangeiros. Desse modo, não havia expectativa de reversão desse cenário a curto e médio prazos sem que houvesse medidas indutoras implementadas pelo Estado. A partir desse contexto do macroproblema em questão, elaborou-se a seguinte árvore de problemas do PMM (Figura 1).

Figura 1 - Árvore de Problemas



Fonte: Elaboração própria.

O problema que o PMM buscou resolver foi a quantidade, distribuição e formação de médicos no Brasil insuficientes para atender as demandas do SUS e da população. Para isso, atacou as causas mencionadas na figura acima, exceto as três últimas citadas. A ausência de um plano de carreira para o trabalho no SUS, por exemplo, é uma das críticas ao programa feitas por associações que representam a categoria médica, como a Associação Médica Brasileira (AMB, 2018). Para ela, a solução definitiva para atrair e reter profissionais brasileiros nas áreas com baixa proporção de médicos por mil habitantes, é a criação de uma carreira médica de Estado que valorize o profissional e dê a ele perspectivas seguras e condições de planejar sua vida num longo prazo.

Já o modelo de financiamento do SUS é tema sempre presente na agenda de movimentos sociais e políticos que atuam em defesa desse sistema, que consideram que o setor é subfinanciado, sobretudo devido à falta de recursos nos municípios. A Constituição Federal de 1988 determina que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – financiem o SUS. Municípios e DF devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde e, aos estados, cabe aplicar 12%. Já a União, deve aplicar o montante correspondente

ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, corrigido pela variação do IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo). Alguns movimentos, como o Saúde +10, reivindicam que a União destine pelo menos 10% das receitas correntes brutas para a saúde pública (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2018; FIOCRUZ, s.d.).

A reformulação e o reforço do Piso de Atenção Básica (PAB) também é visto por entidades médicas e representantes dos municípios como essencial para que eles consigam contratar médicos na própria região, sem depender de programas federais. Até 31 de dezembro de 2019, o financiamento da AB era composto pelos PAB Fixo e Variável. O PAB Fixo é obtido multiplicando a população residente do município por um valor *per capita* que varia entre R\$ 23 e R\$ 28 e que se baseia na lógica *per capita* populacional e por adesão de estratégias. Já o PAB variável depende de credenciamento e implantação de estratégias e programas, como ESF, equipes de saúde bucal e agentes comunitários de saúde, entre outros (BRASIL, 2019i). A partir de janeiro de 2020 foi implementado um novo modelo de financiamento de custeio da AB, sendo este um misto de pagamento que busca estimular o alcance de resultados e é composto pelos componentes: capitação ponderada, pagamento por desempenho, incentivos a programas específicos ou estratégicos e provimento de profissionais. Resta saber se essa reformulação será suficiente para amenizar a dificuldade dos municípios de contratar e reter profissionais médicos.

Em 2018, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou atualização do relatório de pesquisa “Demografia Médica no Brasil”, que tem o objetivo de contribuir para a melhoria de informações e evidências relativas à oferta, distribuição, formação, remuneração e desempenho de médicos, de modo a contribuir para políticas públicas que envolvam médicos e força de trabalho em saúde. Esse estudo aponta que ainda faltam consensos na literatura em relação a indicadores, valores de referência (*benchmarking*) ou padrões para diagnósticos de necessidades de médicos, com variabilidade considerável tanto no alcance quanto na qualidade dos dados na comparação entre países. De acordo com os autores,

A densidade de médicos por habitantes tem pouco valor se não for considerada a capacidade nacional de garantir o acesso de toda a população a um sistema de saúde de qualidade e adaptado às necessidades das pessoas. Veja-se a realidade atual do Brasil, onde o desfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e os incentivos regulatórios e públicos ao mercado de planos e seguros privados poderão

acentuar discrepâncias de distribuição e promover maior concentração de médicos para atendimento de clientela específicas. (SCHEFFER, 2018, p. 10-11).

De acordo com o estudo, desde a criação do PMM, houve aumento expressivo do número de novos médicos em razão da abertura em massa de cursos de graduação, bem como um crescimento no número de médicos especialistas, em virtude das políticas e iniciativas de expansão dos programas de residência médica. No entanto, há um grande percentual de vagas não ocupadas, mesmo autorizadas, o que indica a existência de desafios para alcançar a universalização do acesso à residência para todos os recém-graduados.

E em que pese haver transformações em aspectos demográficos da profissão médica, permanece a desigualdade de distribuição de profissionais no território brasileiro, mesmo após os primeiros reflexos do salto quantitativo de médicos devido à abertura de novas escolas na última década. Assim, ainda é um grande problema nacional a escassez ou baixa presença de médicos no interior, nos locais de baixa densidade populacional, nas áreas suburbanas dos grandes centros e em determinados serviços do SUS, como será discutido mais à frente.

Ainda, de acordo com o estudo, 44,5% dos recém-graduados pretendem exercer a Medicina na cidade onde nasceram. Outros 20,4% citaram a cidade onde concluíram a graduação; 12,7%, a mesma cidade onde concluírem a residência médica; e 22,4% pretendem exercer a profissão em outro lugar. Concluem, portanto, que o local de origem seria o principal fixador do médico, não o local onde foi concluída a residência médica. Percebe-se, portanto, que embora o PMM tenha partido de um diagnóstico consistente, ainda há necessidade de aprofundá-lo para compreender de forma mais detalhada as causas e as dinâmicas dos problemas que a política busca enfrentar.

3. Desenho da política

De acordo com o MS, o PMM foi desenhado tendo como foco: déficit de provimento de profissionais médicos; mercado de trabalho predatório e contexto de baixo investimento nos trabalhadores; necessidade de ampliar o acesso ao SUS, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, aos grupos mais vulneráveis; infraestrutura inadequada das UBS; e necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na AB (BRASIL, 2015d). De acordo com o art. 1º da Lei nº 12.871/2013, os objetivos do PMM são:

- I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;
- III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
- VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e
- VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

3.1. Modelo lógico e indicadores

Não foi possível encontrar modelo lógico do PMM publicado pelos órgãos gestores da política. Assim, o modelo apresentado nesta seção foi elaborado com base em docu-

mentos oficiais e estudos publicados sobre o programa, que contribuíram para caracterizá-lo com os insumos necessários, os processos essenciais, os produtos, os resultados e os impactos esperados. Esse modelo elaborado está descrito nas Figuras 3, 4 e 5.

Os processos necessários para o desenvolvimento do programa foram organizados conforme os três eixos de ação apresentados anteriormente. O primeiro eixo, provimento emergencial, reúne os processos de adesão dos municípios ao programa; de seleção, alocação e remuneração dos médicos participantes; de fornecimento de moradia, deslocamento, transporte, alimentação e cadastramento nas equipes de AB; aperfeiçoamento de médicos na área de AB em saúde, mediante integração ensino-serviço; supervisão e tutoria dos médicos participantes; e de coordenação, fiscalização e monitoramento do programa. Já o segundo eixo, formação médica, agrupa os processos relacionados à reestruturação da formação médica; e reordenação das vagas nos cursos de medicina e residência médica, dentre outras atividades. Por fim, o terceiro eixo, que trata da infraestrutura, reúne os processos relacionados ao provimento de condições de ambiência, equipamentos, informatização e de infraestrutura adequadas nas UBS, além do fornecimento de ferramentas de tecnologia e comunicação.

Nos normativos que regem o PMM, não estão (ou foram) estabelecidos claramente quais indicadores seriam utilizados para acompanhar e avaliar o programa. No entanto, foi possível identificar alguns parâmetros norteadores na publicação que marca os dois anos do programa. Segundo o MS, foram desenvolvidas parcerias com instituições de ensino e pesquisa para avaliar os efeitos do PMMB, sendo que uma dessas parcerias teria o objetivo de instituir processos permanentes de avaliação e monitoramento, tendo como resultado a ser alcançado, a produção de um conjunto de indicadores de avaliação projeto⁷. Também foram conduzidas pesquisas acadêmicas e auditorias sobre o programa, especialmente sobre o eixo de provimento emergencial.

⁷ Em 2013, por exemplo, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) foi contratada para coordenar uma pesquisa de avaliação do programa com o objetivo de avaliar a implantação, o desenvolvimento, a consolidação e o impacto das ações lançadas pelo governo federal. Em que pese o estudo já ter sido finalizado, não foi possível localizá-lo no portal em que deveria estar disponível (<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/pesqpm-85>). Outras avaliações oficiais também não foram encontradas para consulta pública.

Em 2014, o Tribunal de Contas da União (TCU) conduziu auditoria operacional do PMM e destacou que os indicadores utilizados pelo MS para verificar a implantação, os resultados e os impactos do programa não contemplavam análises quanto ao papel do PMMB sobre as internações em áreas sensíveis à AB. Segundo essa auditoria, os indicadores de resultado definidos pelo MS referiam-se à evolução das consultas de puericultura, hipertensão, pré-natal e diabetes, mas não havia indicadores de impacto que tratassem da variação das internações sensíveis à AB nessas áreas dos residentes nos respectivos municípios. Recomendou-se à Coordenação do PMMB que, quando da avaliação do projeto, utilizasse indicadores que medissem impacto e efetividade, como o número de internações em áreas sensíveis à AB, nos termos da Portaria SAS/MS nº 221/2008, que estabeleceu a Lista Brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária (BRASIL, 2014e).

O TCU observou ainda a existência de fragilidades no monitoramento do PMMB que permitiam que alguns municípios descumprissem os quesitos normativos do programa mas continuassem a receber profissionais por meio do projeto, inclusive dispositivos referentes à possível substituição de médicos que vinham integrando equipes de AB. Como medida para resolver o problema, recomendou-se à coordenação do PMMB que acompanhasse mensalmente o número de equipes de AB em cada município contemplado e a observância da proibição de substituir os médicos que compunham tais equipes pelos profissionais que participam do projeto (BRASIL, 2014e).

Ainda, segundo informado pelo MS à Controladoria Geral da União (CGU) em auditoria realizada em 2015, há definição de indicadores para avaliar o impacto da política e para subsidiar a gestão do programa, mas eles ainda “não são utilizados em decorrência de dificuldades para focar qual o impacto se almeja atingir e se os resultados obtidos justificariam toda a estrutura e os recursos utilizados” (BRASIL, 2016b, p. 6). Dessa afirmação, depreende-se que a política foi desenhada, implementada e conduzida, ao menos por um intervalo de tempo, sem que houvesse clareza em relação a quais impactos e resultados os produtos do programa deveriam gerar. A elaboração de um modelo lógico anterior à implementação da política certamente teria contribuído para suprir essa lacuna e facilitado o monitoramento e a avaliação do programa.

O referido relatório aponta que foi feita recomendação para que fossem formulados, instituídos e implementados

[...] indicadores de desempenho para o devido acompanhamento e monitoramento das ações e atividades desempenhadas pela Unidade Jurisdicionada – UJ, devendo esses indicadores abranger os aspectos referentes à eficácia e eficiência das atividades e processos realizados, dos produtos e resultados disponibilizados e da efetividade decorrente do uso desses produtos e resultados, de modo a medir o impacto das ações de capacitação dos agentes da saúde pública. (BRASIL, 2016b, p. 14).

3.1.1.Eixo 1 - Provimento Emergencial de Médicos

O eixo de Provimento Emergencial está estruturado em torno do “Projeto Mais Médicos para o Brasil – PMMB”, implementado pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.369/2013, e cuja finalidade é aperfeiçoar médicos na atenção básica em regiões prioritárias para o SUS. Para isso, é ofertado curso de especialização por instituição pública de educação superior e são realizadas atividades de ensino, pesquisa e extensão, com componente assistencial mediante integração ensino-serviço.

As regiões prioritárias para o SUS foram definidas como 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 alterações subsequentes, e que se enquadrassem em pelo menos uma das condições estabelecidas pela Portaria Interministerial ME/MS nº 1.369/2013, art. 4º, inciso III:

- 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/saqi;
- 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.

Entretanto, posteriormente, foram incluídos novos perfis de municípios que poderiam se inscrever no programa, de modo que prevaleceu a classificação apresentada na Figura 2.

Figura 2 - Perfis dos municípios elegíveis ao PMMB

Perfis dos municípios	Descrição
1, 2 e 4 – Demais municípios	Áreas referentes aos 40% dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios dos grupos III e IV do PAB fixo (perfil 1), do grupo II (perfil 2) e do grupo I (perfil 4) conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e disposto na Portaria nº 1.409/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que não se encaixam nos demais perfis;
3 – Capital e Região Metropolitana	Áreas referentes aos 40% dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza das Capitais e Regiões Metropolitanas, conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
5 – G-100	Municípios que estão entre os 100 municípios com mais de 80.000 habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública "per capita" e alta vulnerabilidade social de seus habitantes;
6 – Situações de vulnerabilidade	Áreas referentes aos 40% 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), que não se encaixam nos demais perfis.
7 – 20% de pobreza	Município com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).
8 – DSEI	Área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS)

Fontes: BRASIL, 2018g; OLIVEIRA *et al*, 2016. Elaboração própria.

Feita a classificação, abre-se o edital de municípios para que eles possam aderir voluntariamente ao programa, mediante a assinatura de um Termo de Compromisso com ações e responsabilidades de curto e médio prazos, como garantir condições específicas e funcionamento das UBS e pagamento, nos casos previstos, de benefícios aos médicos como moradia, alimentação e deslocamento, dentre outras. Após assinar o Termo de Compromisso, o município solicita vagas de acordo com as regras definidas pelo PMM, que combinam três tipos de critérios: necessidade da população; cobertura e oferta de serviços já disponíveis no município na AB; e composições de equipes e condições de infraestrutura da UBS para receber o profissional. O número máximo de vagas disponíveis para cada cidade é estabelecido em função dessas regras combinadas com gradações de prioridades entre regiões, municípios e mesmo áreas dentro dos municípios.

Ao fim da inscrição dos municípios é que fica estabelecido o número total de vagas e a distribuição delas e, então, inicia-se a etapa de chamamento dos médicos, feita também por editais. Podem-se inscrever no programa médicos brasileiros ou estrangeiros com registro no Brasil conferido por um Conselho Regional de Medicina (CRM), chamados de médicos participantes, e médicos brasileiros ou estrangeiros formados no exterior e sem registro no Brasil⁸, mas com habilitação para o exercício da medicina no exterior, chamados de médicos intercambistas individuais.

Cabe destacar que a Lei nº 12.871/2013 estabelece uma ordem entre esses perfis para escolha das vagas oferecidas no programa, que são oferecidas primeiramente a médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no país, inclusive os aposentados. Havendo vagas remanescentes, essas são disponibilizadas a médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da medicina no exterior e, depois, a médicos estrangeiros com habilitação para exercício da medicina no exterior.

Por fim, restando vagas disponíveis após essas três chamadas individuais, a Lei autorizou o MS a assinar acordo de cooperação com organismo internacional com o objetivo de trazer médicos para atuação específica no programa, o que foi necessário nos dois primeiros anos. Assim, o Brasil firmou cooperação com a Opas, ligada à OMS. A Opas, por sua vez, estabeleceu cooperação com o governo cubano, que disponibilizou médicos com experiência e formação para atuação na AB. Os médicos que participam do PMM por essa modalidade são chamados de médicos intercambistas cooperados.

Os médicos que não possuem registro no Brasil recebem permissão para exercer a medicina exclusivamente no âmbito das atividades do programa e na localidade específica definida para ele. Todos os intercambistas precisam ser aprovados em módulo de acolhimento, no qual são orientados e avaliados para atuação nos serviços de saúde da AB, para então poderem se dirigir às áreas para as quais foram

⁸ Cabe apontar que o recrutamento de médicos estrangeiros para garantir acesso ao sistema de saúde já foi adotado por países como Reino Unido, Canadá e Austrália, todos com indicadores de relação médico/habitante superiores aos do Brasil e que recorreram a essa medida geralmente com enfoque em áreas remotas. Dados apresentados pela OCDE, em 2009, e pelo *General Medical Council* do Reino Unido, em 2011, citados pela EMI nº 24/2013, demonstram as seguintes proporções de médicos estrangeiros nos respectivos países: 37% no Reino Unido; 25,9% nos Estados Unidos; 22,8% na Austrália e 17,9% no Canadá. Em 2013, o percentual de médicos estrangeiros atuando no Brasil era de 1,79%, conforme dados do CFM.

alocados. Em regra, os profissionais podem permanecer no programa por três anos, prorrogáveis por mais três.

Todos os médicos participantes do programa devem participar das atividades previstas de aperfeiçoamento e ser acompanhados por supervisores e tutores acadêmicos, que também são médicos e que deverão estar ligados a instituições de ensino, hospitais escola, escolas do SUS, programas de residência etc. O governo federal prevê o pagamento de bolsas para todos os médicos cuja inserção ocorre individualmente, inclusive tutores e supervisores, e são garantidos os direitos previstos na legislação para bolsistas em processos de formação. Para os profissionais que atuam por meio do acordo de cooperação, aplicam-se as regras dele, que devem respeitar a legislação nacional e as que disciplinam as cooperações internacionais.

As atividades de aperfeiçoamento são realizadas por instituições públicas de ensino superior por meio da rede da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e por ações de educação permanente por meio de integração ensino-serviço ofertadas por instituições supervisoras que aderiram ao projeto, entre universidades públicas, escolas de governo de saúde pública e programas de residência médica.

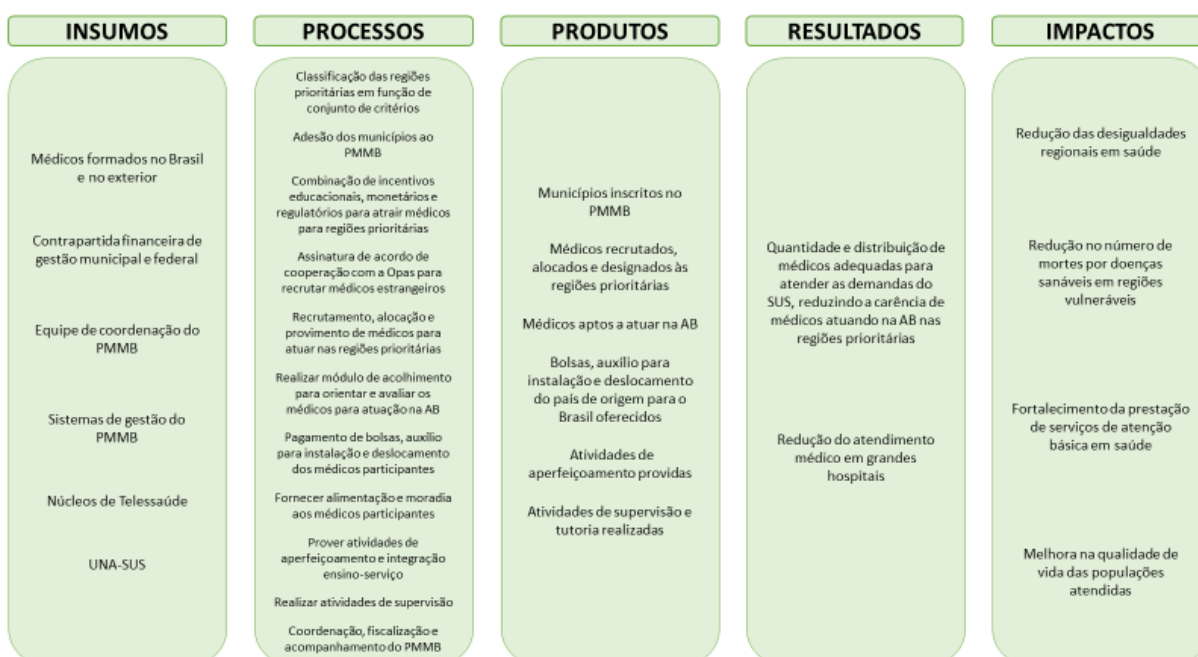
Em relação aos insumos e atividades desse eixo, compete aos governos estaduais e ao DF atuar em cooperação com os demais entes federativos, instituições de educação superior e organismos internacionais em atividades necessárias à execução do projeto no âmbito de sua competência, compor as Comissões Estaduais do Projeto e adotar as providências necessárias para a realização das ações no seu âmbito de atuação.

Já aos municípios e ao DF compete: inserir e cadastrar os médicos em equipes de atenção básica e fornecer condições adequadas para o exercício de suas atividades, conforme exigências e especificações da Pnab; em conjunto com os supervisores, realizar o acompanhamento e a fiscalização das atividades de ensino-serviço, bem como a fiscalização do cumprimento da carga horária semanal; e fornecer moradia, alimentação e água potável aos médicos participantes do projeto.

Demais insumos, atividades e a coordenação do projeto são de competência do governo federal. Insumos e atividades descritas geram os produtos citados no modelo lógico e como resultado, espera-se ter: maior quantidade e melhor distribuição de médicos para atender as demandas do SUS, reduzindo a carência de médicos atuando na AB nas regiões prioritárias; redução do atendimento médico em grandes

hospitais; e redução no número de mortes por doenças evitáveis⁹ em regiões vulneráveis. Esses resultados trariam como impactos, o fortalecimento da prestação de serviços de AB, a melhora na qualidade de vida das populações atendidas e a redução das desigualdades regionais em saúde (Figura 3).

Figura 3 - Modelo lógico implícito do PMM para o Eixo de Provimento Emergencial



Fonte: Elaboração própria.

De acordo com a CGU, o MS “desenvolveu 18 indicadores de avaliação agrupados nas dimensões de acesso (5 indicadores), eficiência (2 indicadores), continuidade (5 indicadores), aceitabilidade (3 indicadores) e 3 indicadores de dimensão genérica. Dentre todos, destaca-se, como o mais relevante, aquele que mede impactos do programa na saúde da população, relacionado às internações sensíveis à atenção básica” (BRASIL, 2018g, p. 15). O Quadro 1 apresenta os indicadores que constam do relatório de auditoria anual de contas e, embora o documento os relacione, eles não estão detalhados e não há divulgação de metas ou valores apurados (BRASIL, 2016b).

⁹ Assim compreendidas as doenças integrantes da Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil, publicada pelo Ministério da Saúde.

Quadro 1 – Relação de indicadores acompanhados pela Coordenação Nacional do PMMB (2016)

DIMENSÃO	CONCEITO	INDICADORES
Acesso	Capacidade de ampliar o acesso da população às ações dos programas de provimento do MS	1. Cobertura populacional estimada por médicos em equipes de AB.
		2. Cobertura potencial do PMM em relação à cobertura total.
		3. Índice de médico geral por mil habitantes
		4. Índice de médico do PMM por mil habitantes
		5. Capacidade das UBS para receber novas equipes
Eficiência	Relação entre o produto da intervenção da gestão e os recursos utilizados (financeiro, humano, material)	6. Nº médicos com acesso regular às ofertas educacionais do PMM
		7. Grau de desempenho dos médicos na especialização
Continuidade	Capacidade dos programas de prestar serviço de forma ininterrupta e coordenada	8. Tempo de permanência dos médicos nos programas
		9. Número absoluto de vagas para reposição
		10. Percentual de ocupação de vagas
		11. Proporção de médicos intercambistas em atividade
NI*	NI*	12. Proporção de médicos cooperados em atividade
		13. Internações por causas sensíveis a AB (Todos os 20 grupos de diagnósticos)
		14. Razão de vagas bloqueadas por processos administrativos
Aceitabilidade	Grau com que as ações/serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e expectativas do público alvo dos programas (gestores, participantes e população)	15. Percentual de redução de equipes AB
		16. Proporção de municípios desistentes do programa
		17. Movimentação de médicos do programa.
		18. Razão da movimentação dos médicos entre perfis de vulnerabilidade (perfil 1, 2 e 3 x 4, 5, 6 e 7).

Fonte: BRASIL, 2016b. Elaborado por: BRASIL, 2016b, p. 49.

O livro publicado pelo MS em 2015 em comemoração aos dois anos do programa apresentou como indicadores para esse eixo: número de municípios que aderiram ao projeto, classificados conforme o perfil; número de médicos participantes por categoria (CRM Brasil, intercambista individual e intercambista cooperado); variação do número de médicos por UF, com e sem o PMM; número de médicos lotados em eSF, ou em equipes de AB admitidas pelo programa, e médicos lotados em UBS;

variação do número de médicos no país (por tempo equivalente a 40 horas ambulatoriais nos estabelecimentos da AB)¹⁰; e estimativa de cobertura populacional da AB.

O indicador “diferença da taxa de crescimento do número de médicos lotados em UBS entre municípios aderidos e não aderidos ao PMMB” deriva da variação no número de médicos, que propunha-se a monitorar eventual substituição de médicos contratados pelos municípios por aqueles vinculados ao projeto, já que a mera substituição de profissionais comprometeria o objetivo de ampliar a cobertura da AB no território nacional.

Esses indicadores, suas metas e seus respectivos valores apurados para os anos de 2013 a 2019, quando disponíveis, estão apresentados na Tabela 3.

Foram encontradas metas apenas para o número de médicos participantes do PMMB e de eSF, ambas fixadas nos planos plurianuais. Inicialmente, o Plano Plurianual (PPA) 2016-2019 estabeleceu a meta de 20.335 para o número de médicos brasileiros e estrangeiros participantes do PMMB até 2019 e de 46.000 para o número de eSF. Porém, ambas foram revistas no ano de 2019 para os valores apresentados na Tabela 3.

É importante ressaltar que o valor do número de médicos participantes do PMMB apresentados nos relatórios de avaliação do PPA de 2013 a 2019 são diferentes daqueles apresentados na Tabela 3. Isso porque essa tabela considera os valores apresentados pelo MS na coletiva de imprensa realizada em 2019 que divulgou o programa Médicos pelo Brasil, uma vez que ela trouxe os valores aferidos para cada categoria de médicos participantes. De acordo os relatórios de avaliação do PPA de 2013 a 2019, os valores apurados foram: 6.658 em 2013; 14.462 em 2014; 18.240 em 2015, 2016 e 2017; 16.001 em 2018; e 14.490 em 2019.

¹⁰ Para isso, o ministério considerou um médico a cada 40h na AB, ou seja, dois médicos que cumpram 20 horas cada um foram contados apenas como um profissional.

Tabela 3 – Indicadores para o Eixo Provimento Emergencial do PMM (2013 a 2019)

Indicador	Componentes do modelo lógico					Valor da linha de base	Meta					Realizado							
	Insumos	Processos	Produtos	Resultados	Impactos		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Percentual de municípios do grupo prioritário que aderiram ao programa	X					0	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	82%	ND	ND	ND	ND
Proporção de municípios desistentes do programa			X			ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Número de médicos participantes - CRM-Brasil			X			0							819	1.846	4.953	4.662	5.344	5.119	10.819
Número de médicos participantes - intercambista individual			X			0	13.200			18.000			2.398	11.429	11.169	10.663	8.605	8.517	-
Número de médicos participantes - intercambista cooperado			X			0							461	1.187	1.455	1.852	3.332	3.320	4.757
Razão da movimentação dos médicos entre perfis de vulnerabilidade				X		ND	ND	ND	ND	ND			ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Número de equipes de Saúde da Família	X	33.633	40.400	45.400	34.715	39.228	40.162	40.097	42.119	42.975	44.472						
Percentual de cobertura populacional das eSF	X	55,08	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	56,32	58,82	61,53	62,61	62,71	64,62	63,91	
Percentual de cobertura populacional da AB	X	67,74	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	69,07	71,59	73,14	74,04	73,88	75,09	74,27	
Cobertura potencial do PMM em relação à cobertura total	X	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Médicos do PMM por mil habitantes	X	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Percentual de redução de equipes AB	X	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Variação no número de médicos (por tempo equivalente a 40 horas na AB)	X	0,80%	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	2,70%	10,50%	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Diferença da taxa de crescimento do número de médicos lotados em UBS entre municípios aderidos e não aderidos ao PMMB	X	-1,1p.p.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0,1p.p.	8,7p.p.	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Fontes: BRASIL, 2013g; 2014d; 2015c; 2015d, 2016a, 2016b, 2017; 2018f, 2019d, 2019h, 2020b; 2020c. Elaboração própria.

Parte da redução verificada nesse indicador foi consequência do resultado das eleições presidenciais de 2018, após o qual o acordo de cooperação entre o governo cubano e o governo brasileiro, intermediado pela Opas, foi rompido por Cuba em virtude das declarações do candidato brasileiro eleito sobre a revisão do acordo firmado. Nesse período, havia 8.517 médicos cubanos em atividade no país e, após o encerramento da parceria, o governo brasileiro vem enfrentando dificuldades para preencher as vagas abertas em locais mais vulneráveis¹¹.

A diminuição da quantidade de médicos atuando na AB dificulta o alcance dos resultados e impactos esperados nesse eixo de ação, conforme o modelo lógico, em especial, o fortalecimento da prestação de serviços de AB, pois reduz o acesso da população a consultas médicas e diagnóstico precoce de doenças e o acompanhamento continuado de pacientes.

Apesar dos avanços obtidos quanto a melhorias na distribuição de médicos no território nacional, alguns estudos têm apontado oportunidades de aperfeiçoar o processo alocativo. Outros afirmam ter encontrado evidências de que houve substituição da oferta regular de médicos das prefeituras pelo provimento federal e que há dependência dos municípios em relação ao programa, de modo que, se o PMM deixasse de existir, eles não conseguiriam prover os médicos sem o suporte do Governo Federal, aumentando a situação de escassez de médicos nestas localidades (GIRARDI *et al*, 2016).

Auditoria conduzida pelo TCU em 2014 corrobora esses achados ao afirmar que “[...] o monitoramento realizado não está sendo efetivo para assegurar que os municípios não substituam médicos que já compunham equipes de atenção básica pelos participantes do Projeto nem que haja redução do número de equipes constituídas. Cabe destacar a existência de indícios de que isso está ocorrendo” (BRASIL, 2014e, p. 60).

A CGU também verificou em auditoria realizada em 2015 que

[...] a SGTES não possui sistemática estabelecida para o monitoramento relacionado à alteração no quantitativo de médicos ocorrida nos municípios após a disponibilização de profissionais do Projeto Mais

¹¹ Em 2019, o Governo Federal criou novo programa, o Médicos pelo Brasil, para substituir o PMM. No entanto, ele ainda não foi operacionalizado.

Médicos. Essa situação dificulta a identificação de indícios de substituição indevida de profissionais médicos com vínculo empregatício por médicos do Projeto. Tal monitoramento poderia permitir, também, a identificação da evolução de médicos nas municipalidades e a efetividade do Projeto. (BRASIL, 2018g, p. 14).

Poderiam ser usados como indicadores para esse eixo, ainda: variação do número de mortes por doenças sanáveis em regiões vulneráveis; variação da quantidade de internações por condições sensíveis à AB; proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal; variação da quantidade de visitas médicas; variação da quantidade de atendimentos de pré-natal, de consultas de maiores de 60 anos e de puericultura. A consolidação dessa proposta está apresentada na Tabela 4.

Tabela 4 – Proposta de Indicadores para o Eixo Provimento Emergencial do PMM

Indicador	Componentes do modelo lógico				
	Insumos	Processos	Produtos	Resultados	Impactos
Taxa de variação do número de mortes por doenças sanáveis em regiões vulneráveis					X
Taxa de variação da quantidade de internações por condições sensíveis à AB				X	
Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal					X
Taxa de variação da quantidade de visitas médicas			X		
Taxa de variação da quantidade de atendimentos de pré-natal			X		
Taxa de variação da quantidade de consultas de puericultura			X		
Taxa de variação da quantidade de consultas de maiores de 60 anos			X		

Fonte: Elaboração própria.

3.1.2. Eixo 2 – Formação médica

De acordo com o Ministério da MS, esse é o eixo mais estruturante e com os efeitos mais significativos em médio e longo prazos, apesar da necessidade e do impacto imediato dos dois outros eixos, pois é o que busca resolver o de *déficit* de provimento de profissionais médicos de forma definitiva. A ideia é que mecanismos de integração

ensino-serviço estejam mais presentes na formação médica (graduação e residência) e que esta esteja voltada para as necessidades de saúde da população, do sistema de saúde e para o cuidado integral. Isso seria feito com o intuito de ampliar o quadro de médicos no país a médio e longo prazos, além de propiciar uma melhoria da capacidade técnica dos médicos para que eles possam atuar em municípios de difícil acesso ou que possuam populações em situação de maior vulnerabilidade na AB (MACEDO *et al.*, 2019).

Para isso, foram estabelecidas mudanças curriculares a serem observadas por todas as escolas médicas e também foi alterada a forma de expansão de vagas de medicina nas Instituições de Ensino Superior (IES) brasileiras. A Lei nº 12.871/2013 estabelece que o CNE deve discutir e aprovar novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de medicina, de modo que todos os cursos de medicina devem se adequar às novas DCN, processo que deve ser objeto de avaliação e auditoria do MEC.

Também foi previsto implementar avaliação de todos os alunos dos 2º, 4º e 6º anos de todos os cursos de medicina para aferir o estado de conhecimentos, habilidades e atitudes em relação ao novo perfil esperado, conforme estabelecido pelas novas DCN, bem como para acompanhar o crescimento e a aquisição de competências por parte dos estudantes. A ideia era que essa avaliação, somada à reorientação de todo o sistema de avaliação do MEC dirigido à medicina, garantisse melhores condições de acompanhar a qualidade da formação no país.

A Lei nº 12.871/2013 havia determinado que em até um ano o CNE discutisse e aprovasse novas DCN, que foram instituídas em junho de 2014 por meio da Resolução de nº 3 do CNE. As novas DCN exigem que, no mínimo, 35% da carga horária total do curso seja em regime de internato e que, no mínimo, 30% seja desenvolvido na AB, coordenada e voltada para a área de MFC, e em serviços de urgência e emergência, ambos do SUS (BRASIL, 2015d). Antes, as diretrizes curriculares não fixavam tempo mínimo para o regime de internato, embora os cursos já aplicassem o percentual de 35%, e também não havia a exigência de que parte desse tempo fosse cumprido na AB.

Importante ressaltar que a Resolução CES/CNE nº 03/2014 fixou prazo de dois anos para a aplicação da avaliação específica dos estudantes do curso de medi-

cina no 2º, 4º e 6º ano com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes. Ainda segundo a Lei nº 12.871/2013, esses exames deveriam ser realizados em âmbito nacional e constar como critérios classificatórios nos processos de seleção para o ingresso em programas de residência médica credenciados pela CNRM.

Para ampliar a oferta de profissionais médicos em áreas prioritárias para o SUS, o PMM buscou mudar a lógica de abertura de vagas de graduação vigente até então, passando o Estado a regular e planejar a demanda em função da necessidade social da oferta da formação médica, tanto para as escolas públicas quanto para as privadas. O objetivo passou a ser a interiorização dos cursos e uma distribuição mais equitativa entre as regiões do Brasil, buscando recuperar o déficit de vagas nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (BRASIL, 2015d). Para tanto, a partir de 2013, a iniciativa de abrir um curso de medicina passou a ser pública e constituída por várias etapas.

Primeiramente, o MS indica as regiões de saúde que têm necessidade de expansão de vagas, com base em parâmetros públicos e pré-estabelecidos, e define os padrões exigidos para proporcionar uma boa formação médica em termos de condições de rede de saúde. Em seguida, o MEC publica um edital de seleção dos municípios para verificar quais têm interesse em receber um curso de medicina e realiza uma avaliação *in loco* que julgará a capacidade deles de receber o curso pretendido. Por fim, é publicada a lista de municípios que poderão sediar novos cursos de medicina.

A meta do PMM para a expansão das vagas em cursos de medicina, era de criar 11,4 mil vagas de graduação, dando prioridade às instituições públicas. Caso elas não tivessem condições de atender à demanda, essa seria suprida pelas instituições privadas. Assim, é aberto edital para as IES privadas concorrerem entre si pelo direito de abrir curso de medicina em cada um dos municípios selecionados na etapa anterior. Dentre os critérios para avaliar as IES, estão contrapartidas oferecidas aos serviços do SUS que serão campo de prática, proposta de integração ensino-serviço e pontuações nas avaliações do MEC.

Entretanto, cabe ressaltar que a abertura de novos cursos e vagas em escolas médicas está suspensa por cinco anos, conforme Portaria nº 328 do MEC, de abril de 2018. De acordo com o Ministro que assinou a portaria, há necessidade de se fazer uma avaliação e adequação da formação médica no país, tendo em vista o grande

número de cursos abertos até então, sendo necessário zelar pela qualidade (AQUINO; CRAIDE, 2018). Essa decisão foi vista como acertada por entidades representativas da classe médica, como CFM, que afirmou haver um número excessivo de vagas abertas em cursos de medicina no país, e AMB, que afirmou que a maioria das novas escolas não tem conseguido garantir uma formação adequada a seus estudantes¹².

A Lei nº 12.871/2013 trouxe ainda a figura do Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (Coapes), que deve ser firmado entre os gestores locais e regionais do SUS e as instituições de ensino responsáveis pela oferta dos cursos de medicina e de programas de residência médica com a finalidade de planejar a formação dos profissionais e definir ações para avançar na integração ensino-serviço, com especial prioridade à ampliação do acesso e da qualidade na AB, dentre outras, estabelecendo relações mais estáveis e transparentes entre gestão do SUS e instituições de ensino (BRASIL, 2015d).

Nesse eixo também estão contidas alterações para a residência médica e para a ordenação da formação de médicos especialistas no Brasil. Essas mudanças foram propostas com o objetivo de formar médicos nas especialidades demandadas por serviços planejados e organizados em função da atenção às necessidades de saúde das pessoas de cada região de saúde. Para isso, o programa buscou alterar o modo vigente de definir onde e em qual especialidade serão abertas novas vagas de residência, independentemente se são custeadas pelo MS, MEC ou por outra instituição.

Para que o Estado tivesse condições de planejar, dimensionar e regular a quantidade e a formação de médicos especialistas, a Lei determinou a criação do Cadastro Nacional de Especialistas, que permitiria unificar e combinar as informações referentes às diversas formas de obter tal titulação¹³. Para isso, associações médicas e o CFM seriam obrigados a informar o cadastro de especialistas, bem como qualquer instituição que ofereça cursos de especialização não caracterizados como residência

¹² Segundo veiculado em <https://agenciabrasil.ebc.com.br/educacao/noticia/2018-04/mec-suspende-criacao-de-novos-cursos-de-medicina-por-5-anos>.

¹³ É considerado especialista: a) o médico que conclui a residência médica em área determinada em seu programa de residência; b) aquele assim reconhecido pelas sociedades de especialidades, com base em critérios múltiplos; c) aquele formado em curso de pós-graduação *lato sensu* oferecido por IES associada ou não às sociedades de especialidades. Cada uma dessas titulações é independente e não necessariamente guardam correspondência entre si.

médica. Esse cadastro permitiria unificar os bancos de dados do MEC, do MS, do SUS e da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Assim, de acordo com o MS, passaria a ser possível:

[...] combinar informações e pactuar nacionalmente critérios para a identificação da necessidade de especialistas para cada região de saúde, levando-se em conta o que já há de especialistas atuando nos serviços públicos e privados de cada região; uma parametrização da necessidade de especialistas em função do modelo de atenção, do perfil demográfico e de morbimortalidade da população regional; e a capacidade instalada para acolher esses profissionais além da demanda gerada pela implantação de serviços. (...) um Cadastro Nacional de Especialistas reunirá, pela primeira vez, informações de todos os especialistas do País, do local em que atuam, do local e modo como se formaram ou foram reconhecidos como tal. Informações determinantes para planejar a formação deles e o investimento em novos serviços de saúde conforme as necessidades do País. (BRASIL, 2015d, pp. 60-61).

Quanto às mudanças estabelecidas pelo PMM relativas à formação de especialistas, uma delas foi a determinação de que até o fim de 2018 deveria haver o mesmo número de vagas de residência médica de acesso direto que o número de egressos dos cursos de graduação em medicina do ano anterior, tendo sido estabelecida a meta de criar 12,4 mil vagas residência até 2018.

Além disso, foram estabelecidas dez especialidades que são de acesso direto, programas de residência para os quais o candidato pode concorrer a uma vaga sem a exigência de já ter concluído outra residência: Genética Médica, Medicina Esportiva, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Geral de Família e Comunidade, Medicina Legal, Medicina Nuclear, Medicina do Trabalho, Medicina do Tráfego, Patologia e Radioterapia. Entretanto, o artigo que tratava dessas especialidades foi revogado em 2019.

Também havia sido estabelecida a MFC como especialidade central na formação da maioria dos especialistas, sendo que a residência nessa especialidade daria acesso às especialidades que não são de acesso direto. A depender da especialidade em questão, o médico deveria fazer um ou dois anos de residência em MFC. A

ideia era que, antes de se especializarem numa área para cuidar de um universo restrito de problemas de saúde, os médicos deveriam se especializar em cuidar adequadamente das necessidades de saúde apresentadas em, aproximadamente, 80% dos casos em que as pessoas procuram os serviços de saúde. Essa parte da lei também foi revogada em 2019.

De acordo com o MS, esse tipo de exigência não é novidade no mundo, sendo que diversos países que têm sistemas públicos efetivos e que se baseiam na AB já adotaram a prática de eleger formações análogas a MFC como a especialidade central de seus sistemas e que, isoladamente, reúne a maior quantidade de especialistas. Essa regra era importante para que o país passasse a contar com alto número de profissionais especialistas nessa área e que atuassem nos serviços do SUS.

Caberia ao MS coordenar a residência em MFC, que deveria acontecer no âmbito da rede saúde-escola e avançar na integração ensino-serviço. Já a definição do currículo caberia ao MEC, devendo ser ouvidos tanto o MS quanto a CNRM.

A lei do PMM também trouxe previsão de que, em até dois anos após sua publicação, o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) deveria instituir uma avaliação anual para os programas de residência, mesmo prazo para a implantação da avaliação de progresso da graduação. A articulação dessas avaliações apontaria para um sistema semelhante ao que hoje está implantado no ensino médio representando pelo Exame Nacional do Ensino Médio (Enem) e seu papel tanto na avaliação quanto no acesso dos estudantes do ensino médio à educação superior por meio do Sistema de Seleção Unificada (Sisu). Entretanto, o artigo que tratava da avaliação dos programas de residência foi alterado pela lei nº 13.530, de 2017, que preservou apenas a avaliação da graduação, mas sem prazo para sua implementação.

Segundo estimativas do MS, ao se somar o número de estudantes de Medicina que deveriam estar nos serviços do SUS desde o início do curso e, em especial, em 30% do tempo do internato, e também quase 100% dos egressos que estariam cursando a residência em MFC – no primeiro ou segundo ano da residência – haveria um número de médicos e especialistas em formação que chegaria a quase o dobro de médicos que atuavam no Eixo Provisório Emergencial em 2017. Com a revogação dos artigos que tratavam da exigência de concluir a residência médica em MFC para

ingressar em programas das demais especialidades, essa previsão não se concretizou.

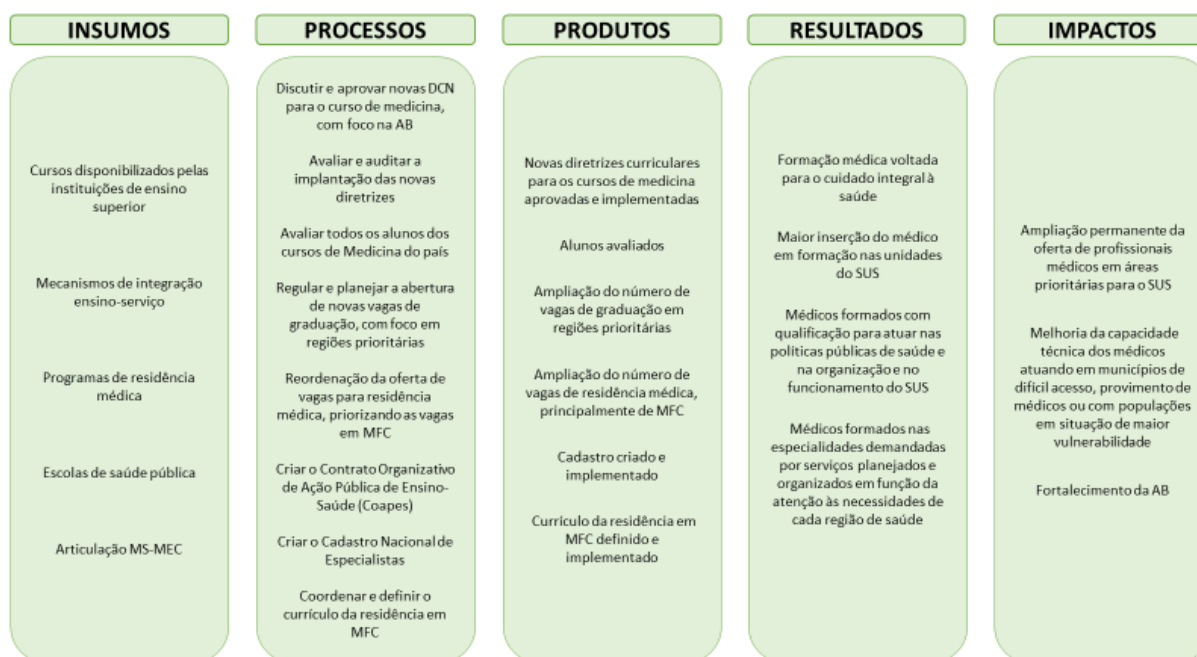
Todos esses insumos e atividades geram os produtos descritos no modelo lógico apresentado na Figura 4 e, como resultados, haveria: mudança na formação médica, com uma educação permanente com a integração ensino-serviço e voltada para o cuidado integral à saúde; maior inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; médicos formados com qualificação para atuar nas políticas públicas de saúde do país e na organização e no funcionamento do SUS; médicos formados nas especialidades demandadas por serviços planejados e organizados em função da atenção às necessidades de saúde das pessoas de cada região de saúde; e maior quantidade de pesquisas aplicadas ao SUS. Todos esses resultados trariam como impactos a ampliação permanente da oferta de profissionais médicos em áreas prioritárias para o SUS, a melhoria da capacidade técnica dos médicos atuando em municípios de difícil acesso, provimento de médicos ou com populações em situação de maior vulnerabilidade e o fortalecimento da AB.

Alguns estudos apontam que o local de formação e as oportunidades de atualização e especialização profissional são fatores que podem afetar a escolha dos médicos por um local de trabalho, de modo que democratizar o acesso e interiorizar os cursos de medicina e residência médica pode ajudar na fixação dos médicos (PÓVOA; ANDRADE, 2006; SEIXAS *et al*, 2011 apud MACEDO *et al*, 2019). Outras questões como a participação do sistema supletivo de atendimento à saúde; as oportunidades de trabalho para os parceiros; e os índices de desenvolvimento humano da região também podem afetar a escolha pelo local de trabalho dos médicos (ALBUQUERQUE, 2014; BITTAR, 1999; PÓVOA; ANDRADE, 2006, apud MACEDO *et al*, 2019).

Assim, a interiorização dos cursos de medicina e residência médica, juntamente com outras estratégias que reduzam os problemas socioeconômicos das regiões poderia favorecer a permanência dos médicos nestas localidades. Isso porque a migração de médicos entre diferentes estados e municípios pode acabar anulando, ou até invertendo, o esforço por disponibilizar uma maior oferta de médicos nos estados com maior escassez deste profissional, uma vez que os médicos tendem a se

fixar naquelas localidades onde o mercado de trabalho apresenta condições mais favoráveis e ao mesmo tempo, possibilidades de desenvolver-se profissionalmente (MA-CEDO *et al*, 2019).

Figura 4 - Modelo lógico implícito do PMM para o Eixo Formação Médica



Fonte: Elaboração própria.

O relatório da Demografia Médica de 2018, em pesquisa realizada com os egressos do curso de medicina encontrou que quatro em cada dez egressos (44,5%) pretendem exercer a profissão na cidade onde nasceram, de modo que o local de origem aparece como principal fixador do médico, seguido pela cidade onde foi concluída a graduação (20,4%) e pela cidade onde foi concluída a residência (12,7%). O mesmo estudo apontou que para 84% dos egressos, as condições de trabalho são o principal determinante para fixação em uma instituição ou cidade, seguida pela qualidade de vida, com 66,2% (SCHEFFER, 2018).

Esses achados corroboram a hipótese de que a interiorização dos cursos de medicina e residência médica é condição necessária, mas não suficiente para melhorar a distribuição de médicos. As características dos subsistemas público e privado de saúde no Brasil e a dupla prática profissional (pública e privada) contribuem para a desigualdade na oferta de médicos, de modo que, com variações locais e regionais,

uma parcela importante dos profissionais concentra-se preferencialmente no atendimento de parcelas restritas da população, o que contribui para perpetuar iniquidades no acesso e na utilização de serviços de saúde (SCHEFFER, 2018).

Assim,

[...] decisões e opções estratégicas dos formuladores de políticas precisam ser bem informadas e baseadas em evidências para combater desequilíbrios na distribuição de médicos. Experiências de outros países apontam que não há solução única ou duradoura, sendo recomendada a associação de medidas regulatórias e incentivos financeiros, desde a formação inicial, passando pelo recrutamento, até a instalação e fixação do profissional no local do trabalho, com iniciativas atentas às características da organização e do financiamento do sistema de saúde. (SCHEFFER, 2018, p. 139).

Como indicadores para avaliar esse eixo, o MS utilizou: evolução das vagas de graduação autorizadas e previsão de expansão; relação vaga de graduação por 10 mil habitantes; proporção de médicos por mil habitantes; e quantidade de vagas de residência médica criadas (BRASIL, 2015d). A quantidade de vagas de graduação em medicina criadas nas instituições federais de ensino superior (Ifes) e a proporção de vagas em programas de residência e egressos dos cursos de graduação eram acompanhados no âmbito do PPA. Esses indicadores, suas metas e seus respectivos valores apurados para os anos de 2013 a 2019, quando disponíveis, estão apresentados na Tabela 5.

De acordo com o MS, a meta assumida pelo PMM é sair dos quase 380 mil médicos antes do seu lançamento e chegar a 600 mil em 2026, quando o Brasil alcançaria o patamar de 2,7 médicos por mil habitantes, o que representaria um aumento de 50% na proporção de médicos em 13 anos. Para isso, a ampliação das vagas de graduação em medicina aumentaria de 0,8 vagas por 10 mil habitantes para 1,34 vaga/10 mil em 2017, o que representa uma meta de abrir 11,5 mil vagas de graduação em cinco anos (BRASIL, 2015d).

Tabela 5 – Indicadores do Eixo Formação Médica do PMM (2013 a 2019)

Indicador	Componentes do modelo lógico					Valor da linha de base	Meta					Realizado								
	Insumos	Processos	Produtos	Resultados	Impactos		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Quantidade de vagas de graduação em medicina autorizadas			X			1.098			11.500			2.620	1.575	2.792	1.482	2.101	3.511	2.163	641	
Quantidade de vagas de graduação em medicina criadas nas Ifes								3.855			ND	ND	702	641	731	0	98	60	0	
Proporção de vagas de graduação em medicina por 10 mil habitantes			X			0,8	ND	ND	ND	ND	1,34	ND	ND	1,01	1,3	1,44	1,66	1,76	2,2	ND
Quantidade de vagas de residência médica criadas			X						12.400			ND	ND	ND	2.993	1.603	2.011	2.240	1.287	ND
Proporção de vagas em programas de residência e egressos dos cursos de graduação em medicina			X				ND	ND	ND		100		ND	ND	69,6	78	83	83,97	83,7	
Quantidade de médicos em atividade			X			356.691	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	399.692	ND	414.831	452.000	ND	
Proporção de médicos por mil habitantes				X		1,85	ND	ND	ND	ND	ND	ND	2,7 em 2026	ND	ND	1,95	ND	2	2,17	ND

Taxa de crescimento das vagas de residência em MFC

X ND ND ND ND ND 40% ND ND ND 19,08 79,22 17,81 10,68 78,53

Fontes: BRASIL, 2013g; 2014d; 2015c; 2015d; 2016a; 2017; 2018a; 2018b; 2019d; 2020b; OLIVEIRA *et al*, 2019; SCHEFFER, 2013, 2015, 2018; SCHEFFER, CASSENOTE, BIANCARELLI, 2011; IBGE, 2019. Elaboração própria.

Embora Brasil, 2015d apresente valores para a proporção de médicos por mil habitantes para os anos de 2012 (1,71), 2013 (1,76), 2014 (1,82) e 2015 (1,87), eles não foram considerados para a Tabela 5, tendo em vista inconsistência com a proporção apresentada na EMI nº 24/2013 para o ano de 2012 (1,8). Os valores realizados para esse indicador e para a quantidade de médicos em atividade da Tabela 5 foram calculados a partir de dados de Scheffer, Cassenote e Biancarelli, (2011), Scheffer (2015), Scheffer (2018) e do IBGE.

Na residência médica, seriam criadas 12.400 novas vagas até 2017, considerando a importância dessa modalidade para a fixação de profissionais. Essa observação teve como base estudo realizado em 2012 pelo Observatório de Recursos Humanos de São Paulo (ObservaRH), que apontou que 86% dos médicos permanecem no local em que cursaram a graduação e a residência médica (apud BRASIL, 2015d).

Poderiam ser usados como indicadores para esse eixo, ainda: distribuição da oferta anual de vagas para a graduação e residência médica; número de municípios com programas de residência médica; taxa de ocupação das vagas de residência médica; taxa de crescimento e ocupação das vagas de residência em MFC; proporção de médicos não vinculados ao PMM por habitante em áreas prioritárias; e quantidade de pesquisas aplicadas ao SUS realizadas. Esses indicadores e seus respectivos valores apurados para os anos de 2013 a 2019, quando disponíveis, estão apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 – Proposta de Indicadores para o Eixo Formação Médica do PMM (2013 a 2019)

Indicador	Componentes do modelo lógico					Valor da linha de base	Realizado						
	Insumos	Processos	Produtos	Resultados	Impactos		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Distribuição da oferta anual de vagas para a graduação e residência médica					X								
Número de municípios com programas de residência médica				X			ND	ND	ND	ND	ND	253	ND

Taxa de ocupação das vagas de R1 (1º ano) nos programas de residência médica	X		ND	ND	69,6	78	83	84	83,6
Taxa de crescimento das vagas de residência em MFC	X		ND	ND	19,08	79,22	17,81	10,68	ND
Taxa de ocupação das vagas de R1 (1º ano) dos programas em MFC	X	32	32	23	26	28	32	ND	27
Proporção de médicos não vinculados ao PMM por habitante em áreas prioritárias									
Quantidade de pesquisas aplicadas ao SUS realizadas	X								

Fontes: BRASIL, 2013g; 2014d; 2015c; 2016a; 2017; 2018a; 2018b; 2019d; 2019f; 2020b; CAMPOS *et al* (2019). Elaboração própria.

3.1.3. Eixo 3 – Infraestrutura

O eixo de infraestrutura converge com as problematizações da literatura ao apontar que a qualificação da infraestrutura das UBS contribui para diminuir a rotatividade de médicos e fixação destes profissionais na AB, pois propicia melhores condições de trabalho para profissionais de saúde, além de poder oferecer mais qualidade no atendimento à saúde da população (GIOVANELLA *et al*, 2016). Neste sentido, este eixo prevê ações para prover condições de ambiência, equipamentos, informatização e de infraestrutura adequadas nas UBS. Tais condições favoreceriam a utilização de algumas ferramentas de comunicação, como Núcleo de Telessaúde, Portal Saúde Baseada em Evidências e Comunidade de Práticas (MACEDO, 2019).

A Lei 12.871/2013 determinou prazo de cinco anos, a contar de sua publicação, para “dotar as Unidades Básicas de Saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura”. De acordo com o MS, como já havia um Programa dirigido à qualificação da infraestrutura das UBS, o Requalifica UBS, o mesmo foi incorporado ao PMM, tornando-se um de seus eixos estruturantes.

O Requalifica UBS define a alocação de recursos aos municípios conforme a apresentação de propostas ligadas à infraestrutura e à modernização das UBS, com o objetivo de melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde e moder-

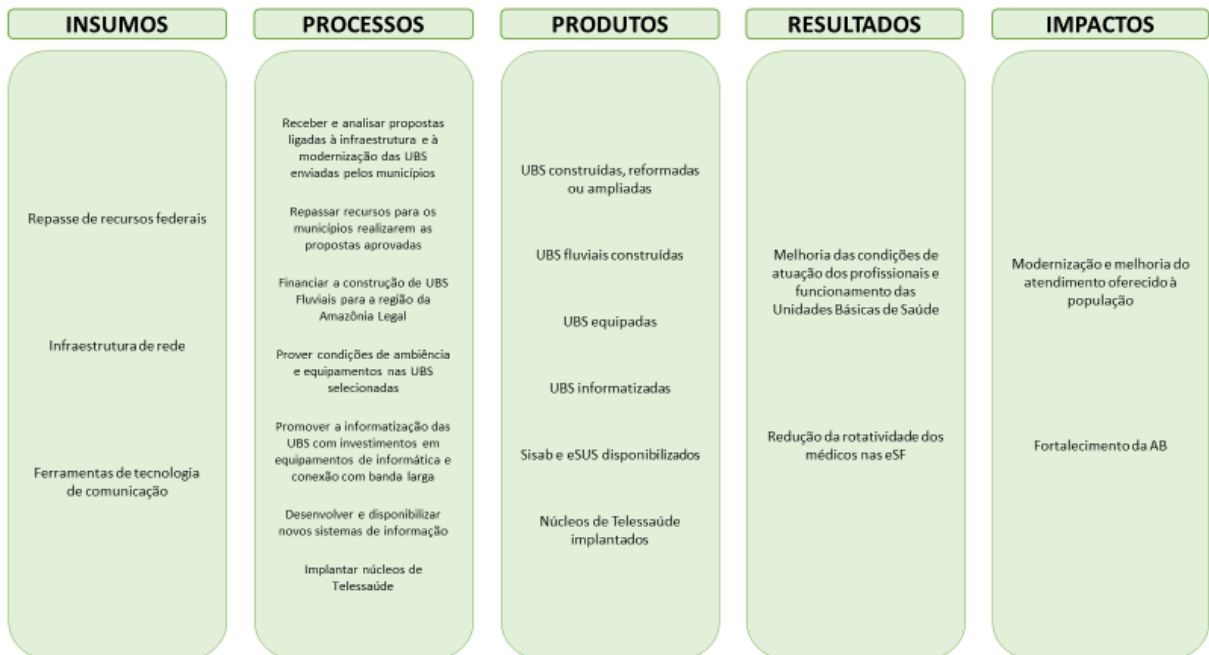
nizar e qualificar o atendimento à população. Para isso repassa recursos para a construção de novas e mais amplas UBS ou para a recuperação e ampliação da estrutura física das UBS já existentes. Promove, também, a informatização das UBS com investimentos em equipamentos de informática, implantação de Telessaúde e conexão com banda larga. Além disso, financia a construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) para a região da Amazônia Legal. Assim, o programa é composto por cinco componentes: construção, reforma, ampliação, informatização e construção de UBS fluviais.

De acordo com o programa, as UBS que já dispunham de metragem adequada, segundo os padrões da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e do então Departamento de Atenção Básica (DAB), e que o gestor não tinha a intenção de construir novos ambientes poderiam aderir ao Componente Reforma. Aquelas que tinham uma dimensão abaixo da mínima exigida ou na qual o gestor almejava construir novos ambientes aderiam ao Componente Ampliação.

Para participar do programa, a gestão municipal deveria preencher um cadastro com informações da UBS, detalhar a obra que pretendia fazer e informar os dados dos responsáveis pelas obras. A partir dos dados da obra, o sistema calculava automaticamente o valor do repasse que seria feito pelo governo federal ao município, respeitando valores piso e teto. Autorizada a proposta, a gestão municipal deveria informar todas as etapas de execução para receber as demais parcelas do repasse. A partir de 2017, o repasse passou a ser feito em parcela única.

Todos esses insumos e atividades geram os produtos descritos no modelo lógico representado na Figura 5 e, como resultado, haveria melhoria das condições de atuação dos profissionais e funcionamento das UBS e redução da rotatividade dos médicos nas eSF. O impacto seria o fortalecimento da AB e a modernização e a melhoria do atendimento oferecido à população. Segundo o MS, essa melhoria poderia ser percebida: na maior agilidade e melhor qualidade do atendimento; no planejamento de ações e programação de consultas em função das necessidades da população e comunidade; na otimização de recursos, evitando procedimentos desnecessários; na agilidade e organização da oferta de insumos e medicamentos; e, na organização das filas de espera e redução do tempo de espera para consultas e procedimentos especializados (BRASIL, 2015d).

Figura 5 - Modelo lógico implícito do PMM para o Eixo Infraestrutura



Fonte: Elaboração própria.

Como já ressaltado, qualificar a infraestrutura é importante por propiciar melhores condições de trabalho e atendimento aos usuários de saúde, contribuindo para reduzir a rotatividade dos médicos nas eSF. Entretanto, há estudos que indicam que UBS em piores condições tem menores chances de participar de programas como Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB), PMM e Requalifica UBS, o que diminui a potencialidade de redução de iniquidades desses programas no acesso aos recursos em saúde (GIOVANELLA *et al*, 2016).

A maior parte dessas UBS está localizada nas regiões Norte e Nordeste, que apresentam historicamente condições mais adversas de acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, os investimentos do Requalifica UBS, atingiram pouco aquelas UBS com infraestrutura em piores condições e estas, por sua vez, não receberam médicos do PMM. Ademais, por estar com eSF incompletas, não puderam participar do Pmaq-AB (GIOVANELLA *et al*, 2016).

Como indicador para esse eixo, o MS apresentou a situação das obras, organizadas conforme o tipo (construção, ampliação, reforma e UBS fluvial) e a fase da execução (não iniciada, em execução e concluída) (BRASIL, 2015d). No âmbito do PPA, era acompanhada a quantidade de obras (ampliação e reforma) apoiadas, a quantidade de novas UBS implantadas e o número de UBS com conectividade de

banda larga. Esses indicadores, suas respectivas metas e valores apurados para os anos de 2013 a 2019, quando disponíveis, estão apresentados na Tabela 7.

Destaca-se que, embora o desenho da política tenha incluído a informatização das UBS, a implantação do Sisab, do eSUS e dos núcleos de Telessaúde, esses produtos estão relacionados a outros programas de governo que estão além do PMM, de modo que essa avaliação limitará seu escopo às ações desenvolvidas no âmbito deste programa e que ficaram restritas ao Requalifica UBS.

Para verificar a eficácia desse eixo na redução da rotatividade de médicos, poderia ser utilizada a quantidade de UBS com eSF e médicos atuando. Já a melhoria do atendimento oferecido à população poderia ser medida pela satisfação dos usuários e pelo tempo das filas de espera, inclusive para consultas e procedimentos especializados, por exemplo. A consolidação dessa proposta está apresentada na Tabela 8.

Tabela 7 – Indicadores do Eixo infraestrutura do PMM (2013 a 2019)

Indicador	Componentes do modelo lógico					Valor da linha de base (2012)	Meta						Realizado							
	Insumos	Processos	Produtos	Resultados	Impactos		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Quantidade de obras (ampliação e reforma) apoiadas			X			5.684		23.000						16.855	15.464	16.801	4.596	5.784	7.010	8.496
Quantidade de novas UBS implantadas			X			437		3.358						1.493	2.096	1.526				
Quantidade de UBS fluvial construídas			X			ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	2	ND	ND	ND	32
UBS com conectividade de banda larga			X			ND	ND	ND	12.251		19.000			1.660	ND	ND	0	0	0	0
Percentual de obras apoiadas concluídas				X		ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	45,6	ND	ND	ND	83

Fonte: BRASIL, 2013g; 2014d; 2015c; 2015d; 2016a; 2017; 2018a; 2018b; 2019d; 2019f; 2019g; 2020b; CAMPOS *et al* (2019). Elaboração própria.

Tabela 8 – Proposta de indicadores para o Eixo Infraestrutura do PMM

Indicador	Componentes do modelo lógico				
	Insumos	Processos	Produtos	Resultados	Impactos
Quantidade de UBS com eSF e médicos atuando.				X	
Satisfação dos usuários com a infraestrutura das UBS					X
Variação do tempo das filas de espera para consultas					X
Variação do tempo das filas de espera para procedimentos especializados					X

Fonte: Elaboração própria.

4. Implementação

No capítulo anterior apresentamos o monitoramento da entrega dos produtos do programa a nível nacional. Analisaremos a distribuição e a heterogeneidade do acesso a esses produtos como forma de identificar se os produtos principais estão efetivamente sendo acessados por quem mais precisa. A análise aqui apresentada decorre, em sua maioria, de dados secundários, uma vez que não foram encontrados dados públicos de implementação da política referentes a todos os anos de sua execução. Diversas fontes deixaram de ser atualizadas ou ficaram indisponíveis, o que prejudica o acompanhamento e a avaliação da política pela sociedade civil.

4.1 Eixo 1 - Provimento Emergencial

4.1.1 Municípios inscritos no programa

De acordo com o MS, todos os municípios puderam se inscrever no projeto, indicando a quantidade de vagas existentes de médicos, tendo sido dada prioridade aos municípios que se enquadravam nos critérios estabelecidos pela Portaria Interministerial nº 1.369/2013. Portanto, o rol de municípios inscritos no PMMB não se restringiu àqueles considerados prioritários. Segundo dados do MS (apud Viacava *et al*, 2020), em 2017, 71,7% dos municípios brasileiros estavam inscritos no PMM, dos quais 97% deles estavam no programa desde 2013. O perfil dos municípios que aderiram ao PMM está descrito na tabela 9.

Tabela 9 - Perfil dos municípios que aderiram ao PMM (2013-2014)

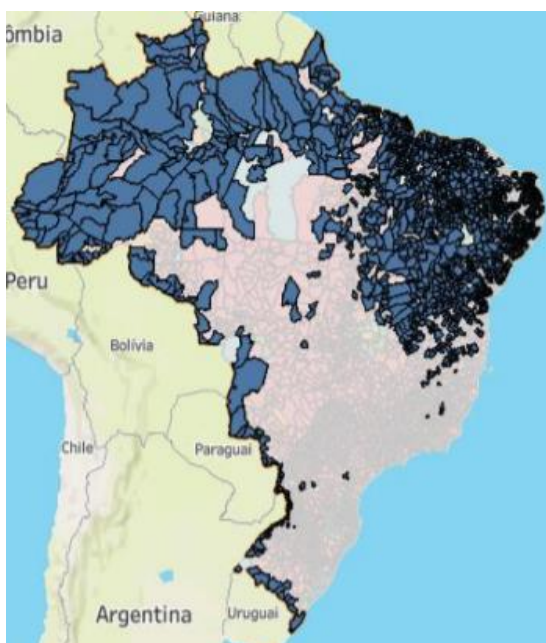
Perfil (em 2013)	Adesão ao PMM*			
	Sim	Não	Total	%
20% pobreza	1.361	347	1.708	79,70%
Capital	27	0	27	100%
Demais localidades	2.106	1.123	3.229	65,20%
G100	94	4	98	95,90%
Região Metropolitana	407	101	508	80,10%
Total	3.995	1.575	5.570	71,70%

*Segundo DAB/MS.

Fonte: VIACAVA *et al*. (2020). Elaboração: VIACAVA *et al*. (2020, p.3).

A Figura 5 mostra a localização geográfica dos municípios mais vulneráveis que aderiram ao PMM. Percebe-se que eles se concentram nas regiões Norte e Nordeste, característica marcante entre os municípios do perfil “20% de pobreza”, e na fronteira nas regiões Centro-Oeste e Sul.

Figura 6 – Localização geográfica dos municípios com perfil “20% de pobreza” que aderiram ao PMM (2013)



Fonte: VIACAVA *et al.* (2020). Elaboração: VIACAVA *et al.* (2020, p.6).

Contudo, auditoria operacional conduzida pelo TCU em 2014 apontou a existência de falhas na distribuição dos médicos do PMMB, caracterizadas pelo não atendimento de municípios carentes. Após comparar a relação dos municípios que receberam médicos do projeto até maio de 2014 com aqueles relacionados pela Portaria Conjunta SGTES/SAS nº 3/2013¹⁴, que relaciona as áreas e regiões definidas como prioritárias para o MS, a equipe de auditoria constatou que 26% dos municípios nela listados não receberam nenhum médico do projeto. Com isso, 592 municípios prioritários não foram atendidos pelo PMMB (BRASIL, 2014e).

De acordo com o TCU,

¹⁴ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2013/poc0003_19_02_2013.html.

[...] a forma como ocorre o processo de seleção dos municípios participantes pode ser apontada como uma das causas para essa má distribuição dos médicos do projeto. Afinal, segundo consta do art. 4º, IV, da Portaria Interministerial nº 1.369/2013, o município deve manifestar seu interesse e indicar as vagas existentes de médicos. Esse procedimento, que é adotado em grande parte das políticas do Ministério da Saúde, respeita a autonomia dos entes da Federação, mas pode direcionar uma grande quantidade de médicos a municípios com melhor capacidade de planejamento e articulação em detrimento de municípios menores e mais carentes.

Outra possível causa seria a inexistência de uma priorização pelo Ministério da Saúde dos municípios que possuem maior carência de médicos e estão situados em áreas de difícil acesso e provimento desse profissional. (BRASIL, 2014, p. 91)

Tendo em vista esses achados, o TCU recomendou ao MS que priorizasse, nos novos ciclos do PMMB, os municípios listados no Portaria Conjunta SGTES/SAS nº 3/2013 que ainda não teriam sido contemplados com a alocação de médicos. Também foi recomendado que o MS passasse a utilizar indicadores que refletissem a disponibilidade de médicos nos municípios, como o número de médicos (SUS e não SUS) por habitante registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), como critério para a distribuição desses profissionais nos novos ciclos do PMMB.

Destaca-se que não foram encontrados dados para os anos mais recentes, em particular, de 2018 e 2019 referentes ao perfil dos municípios que aderiram ao programa. Assim, não foi possível verificar se de fato houve alteração no número de municípios prioritários participantes do PMM.

4.1.2 Médicos recrutados, alocados e designados às regiões prioritárias

Considerando os estudos sobre esse tema, percebe-se que a maior parte dos dados disponíveis sobre a alocação de médicos participantes do PMMB refere-se ao período entre 2013 e 2015. De acordo com Pinto *et al* (2017), a análise da solicitação de médicos feita pelos municípios utilizou como critérios a necessidade, a oferta já disponível e a infraestrutura. Entre 2013 e 2015, a necessidade

[...] foi calculada em função da quantidade de eSF sem médicos somadas àquelas necessárias para cobrir toda a sua população, dando prioridade maior à cobertura da população exclusivamente SUS, isto é, não coberta pela saúde suplementar. Para esse cálculo, estima-se a cobertura populacional que o município já possui por meio de consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e subtrai-se esse quantitativo da população total do município. Desta forma, obtém-se a quantidade de eSF ainda necessária para a população não coberta. Por fim, avalia-se se a estrutura das UBS existentes no município é suficiente para alocação desses profissionais. (Coordenação Nacional do PMMB apud PINTO *et al*, 2017, p. 1090).

Para definir a prioridade de alocação dos médicos, os municípios foram priorizados considerando: percentual de população em condição de extrema pobreza; índice de desenvolvimento humano (IDH); localização em região pobre (como Vale do Jequitinhonha e Semiárido)¹⁵; e critérios utilizados pelo MS para o repasse do PAB Fixo. Dentro dos municípios, além desses critérios, foram priorizadas as periferias de grandes cidades e grupos populacionais indígenas, assentados rurais e quilombolas (PINTO *et al*, 2017).

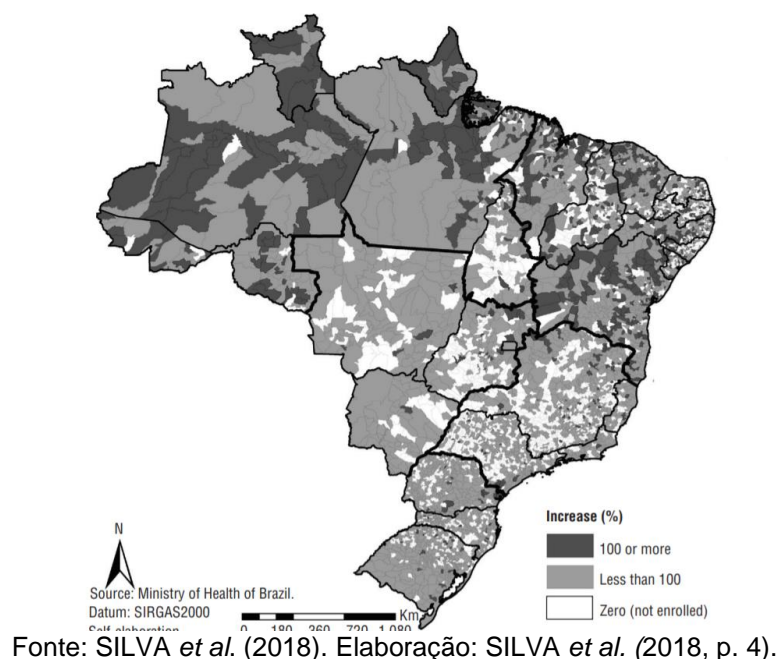
De acordo com o TCU, até 12 de maio de 2014, foram alocados 13.790 médicos participantes em 3.756 municípios e 33 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), localizados nos 27 estados. Segundo informado pelo MS ao TCU, considerando os médicos em atividade na referida data, São Paulo foi o estado que mais recebeu médicos do projeto (2.059 médicos ou 14,9% do total), seguido por Bahia (1.276, 9,3%), Minas Gerais (1.156, 8,4%) e Rio Grande do Sul (1.062, 7,7%). Em relação à distribuição por municípios, São Paulo-SP recebeu a maior quantidade (250 médicos, o que representa 1,81% do total), seguido por Rio de Janeiro- RJ (141), Fortaleza-CE (124), Porto Alegre-RS (121) e Manaus-AM (99) (BRASIL, 2014e).

Silva *et al* (2018) analisou o incremento real na densidade de médicos nos primeiros quatro ciclos do PMMB (setembro de 2013 a setembro de 2014) e concluiu que, em média, a disponibilidade de médicos nos municípios que aderiram ao PMMB

¹⁵ Dizer qual critério usaram para definir região pobre, para além dos exemplos citados.

creceu 76%, sendo que as regiões Norte e Nordeste foram as mais beneficiadas por esse aumento (Figura 7).

Figura 7 - Incremento real na densidade de médicos nos primeiros quatro ciclos do PMMB (set 2013 a set 2014)



Oliveira *et al* (2016), analisou o provimento de médicos pelo PMMB entre 2013 e 2014 a partir de dados do MS e constatou que a distribuição dos profissionais, conforme o perfil, ocorreu como descrito na Tabela 10. Os autores verificaram que a região Nordeste recebeu mais médicos do programa, 4.853, seguida pelo Sudeste, 4.336. Houve, ainda, redução da carência de médicos nas regiões Norte e Nordeste, onde residem cerca de 36% da população, o que evidencia a ocorrência de alguma discriminação positiva, uma vez que elas receberam 6.565 profissionais (46,3% do total).

Tabela 10 – Distribuição dos médicos participantes do PMMB por região (2013-2014)

Perfil dos médicos	Regiões geográficas do Brasil											
	Centro-oeste		Nordeste		Norte		Sudeste		Sul		Total	
Médicos com registro no CRM	134	15,1%	965	20,0%	194	11,3%	395	9,1%	146	6,1%	1.834	12,9%

Intercambista individual	96	10,8%	194	4,0%	130	7,6%	346	8,0%	418	17,6%	1.184	8,4%
Cooperante	660	74,2%	3.694	76,1%	1.388	81,1%	3.595	82,9%	1.813	76,3%	11.150	78,7%
Total	890	100%	4.853	100%	1.712	100%	4.336	100%	2.377	100%	14.168	100%

Fonte: OLIVEIRA *et al.* (2016). Elaboração: OLIVEIRA *et al.*, 2016, pág. 2.724.

Já a Tabela 11 mostra como os médicos participantes do PMM se distribuíram pelos municípios, considerando seus perfis. Percebe-se que os médicos com registro no CRM foram alocados principalmente em municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza (31,3%), assim como um terço dos médicos cooperados (31,7%). Já a maior partes dos intercambistas individuais optou por regiões metropolitanas e capitais. No período analisado, aderiram ao PMMB 2.377 municípios prioritários e vulneráveis, que receberam 11.002 médicos (77,7%). Os “demais municípios”, categoria que engloba em municípios não prioritários ou vulneráveis, receberam 3.166 médicos (22,3%), dos quais 2.825 eram cooperados.

Tabela 11 - Médicos participantes do PMM por perfil de prioridade e vulnerabilidade dos municípios (2013-2014)

Perfil do Município	Regiões geográficas 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	40,0%	3	30,0%	26	70,0%
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 de municípios prioritários e/ou vulneráveis	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%	9	100%	876	100%	3.785	100%

Fonte: OLIVEIRA *et al.* (2016). Elaboração: OLIVEIRA *et al.*, 2016, pág. 2.722.

Oliveira *et al* (2016) ressaltam que o reconhecimento de municípios em situações de vulnerabilidade contribuiu para especificar outras áreas que deveriam ser priorizadas, devido à carência e à dificuldade de reter médicos, mas que os resultados encontrados apontam para possíveis falhas na implementação do PMM.

A primeira trata da criação posterior de um perfil que possibilitou a adesão de 1.408 municípios não prioritários, quando da formulação do programa, correspondente aos “Demais municípios”. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), por meio da Nota Técnica nº 23/2013, corrobora com o posicionamento de que apenas as Capitais, Regiões Metropolitanas, G-100, municípios com 20% ou mais de população vivendo em extrema pobreza e aqueles com alguma das situações de vulnerabilidade descritas eram prioritários para fins do PMM. (...) . A criação do perfil “demais municípios” leva a prejuízo na priorização das regiões vulneráveis. (OLIVEIRA *et al*, 2016, p. 2725).

Os autores ressaltam que a introdução do perfil “demais municípios”, ao permitir a inclusão de mais de mil municípios não-prioritários, influencia os resultados e impactos do PMMB. Isso porque o provimento de médicos em municípios não prioritários nem vulneráveis impacta a capacidade do programa “de reduzir, de modo ainda mais significativo, as desigualdades regionais no acesso à atenção em saúde, o que demanda novos estudos para se verificar os possíveis efeitos em médio prazo” (OLIVEIRA *et al*, 2016, p. 2726).

A segunda falha de implementação apontada pelos autores foi o fato de 22,7% dos municípios prioritários não terem se inscrito no PMMB, conforme já mencionado no item anterior. Auditoria conduzida pela CGU referente aos exercícios 2014 e 2015 do PMMB verificou que a alocação dos médicos não priorizou totalmente o atendimento à demanda dos municípios dos perfis mais vulneráveis. Houve casos de alocação de médicos em municípios menos vulneráveis (perfis de 1 a 5) em detrimento à completude das vagas nos municípios mais vulneráveis (perfis 6 e 7), como mostra a Tabela 12 (BRASIL, 2018g).

Tabela 12 – Quantitativo de vagas e disponibilização de médicos nos municípios brasileiros conforme perfil de prioridades realizadas até o 4º ciclo do PMMB (2013-2014)

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	80,60%	69,80%	68,80%	52%	81,90%	55,00%	55,50%

Fonte: Brasil, 2018g. Elaboração: Brasil, 2018g, p. 11.

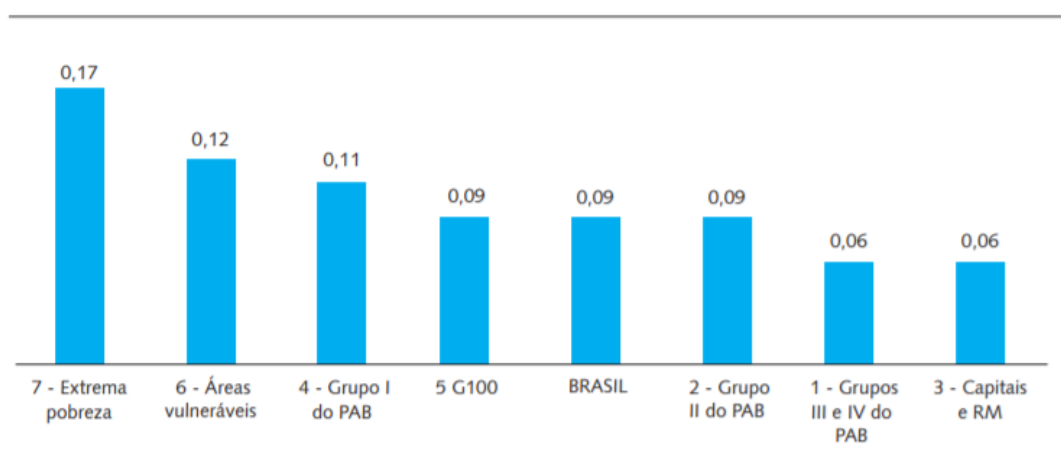
De acordo com a CGU, faltou clareza à metodologia adotada pelo MS quanto ao nível de priorização utilizado para a distribuição dos médicos do PMM, pois “não foi possível determinar o quantitativo e/ou porcentagem esperados de atendimento à demanda dos municípios de maior vulnerabilidade para que os demais entes participantes do Projeto classificados nos perfis subsequentes recebam profissionais” (BRASIL, 2018g, p. 11). Tal indeterminação alcança também os médicos intercambistas cooperados, uma vez que sua lotação é definida pela Coordenação do PMMB. A verificação desse problema indica que há possibilidades de melhorias no processo de alocação de médicos, que foi recomendada pela CGU ao MS.

Como já mencionado, é dever dos municípios participantes do PMMB não substituir os médicos que já compõem equipes de AB pelos participantes do projeto e manter as equipes de AB constituídas com profissionais médicos não participantes do projeto. Entretanto, apenas após recomendação da CGU o MS adotou metodologia que prevê sanções aos entes que descumpram tal determinação, como o remanejamento de até 20% dos médicos e o desligamento do ente do PMMB (BRASIL, 2018g).

Embora o incremento de médicos em todos os municípios inscritos no PMMB devesse ser, no mínimo, igual ao quantitativo de profissionais alocados, segundo a CGU, entre 2012 e 2015, dos 4.068 municípios inscritos, 2.359 aumentaram a quantidade de médicos, 1.168 mantiveram o número e 531 reduziram. Tomando o exercício de 2012 como referência, o aumento de profissionais *Full Time Equivalente* (FTE) nos municípios que aderiram ao projeto foi de 42,14% das vagas disponibilizadas, de modo que a cada 100 médicos alocados pelo PMMB, os municípios dispõem 58 profissionais contratados em outras modalidades. Para o órgão de controle, esse problema decorre de “ausência de prévio planejamento dos mecanismos de monitoramento, avaliação e correção a serem utilizados pela Coordenação Nacional do Projeto no que se refere à evolução do quantitativo de equipes e profissionais médicos nos municípios”. (BRASIL, 2016c, p. 26).

Segundo Pinto *et al* (2017), ao final de 2015, o PMM havia atendo toda a demanda formalizada pelos municípios, de modo que 73% dos municípios do país, em todos os estados, e o DF participavam do PMM, que atendia ainda todos os DSEI. Os autores afirmam que “os critérios adotados imprimiram forte componente de equidade na distribuição dos médicos (...), de modo que a proporção de médicos do PMM nos municípios de extrema pobreza era quase três vezes maior que nas capitais e municípios mais ricos” (PINTO *et al*, 2017, p.1090), conforme demonstra o Gráfico 1.

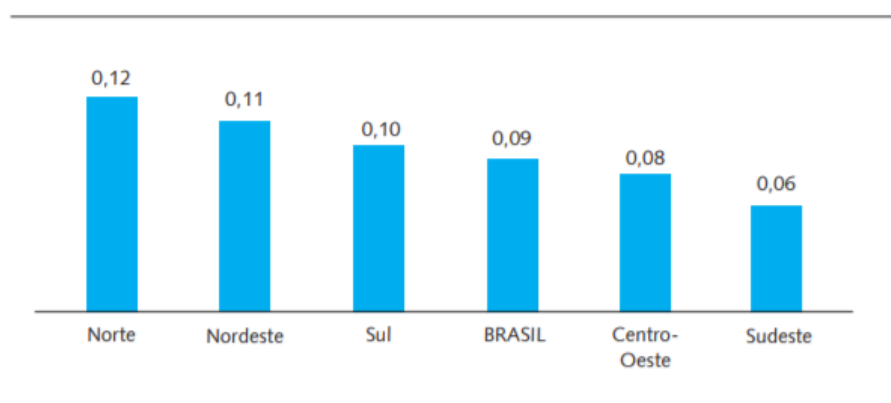
Gráfico 1 – Relação médico para cada mil habitantes por grupo de municípios de distribuição definido pelo PMM, considerando apenas médicos vinculados ao programa (2015)



Fonte: PINTO *et al*, 2017. Elaboração: PINTO *et al*, 2017, p. 1.090.

Quando consideradas as macrorregiões, percebe-se que foram priorizados Norte e Nordeste, conforme apresenta o Gráfico 2.

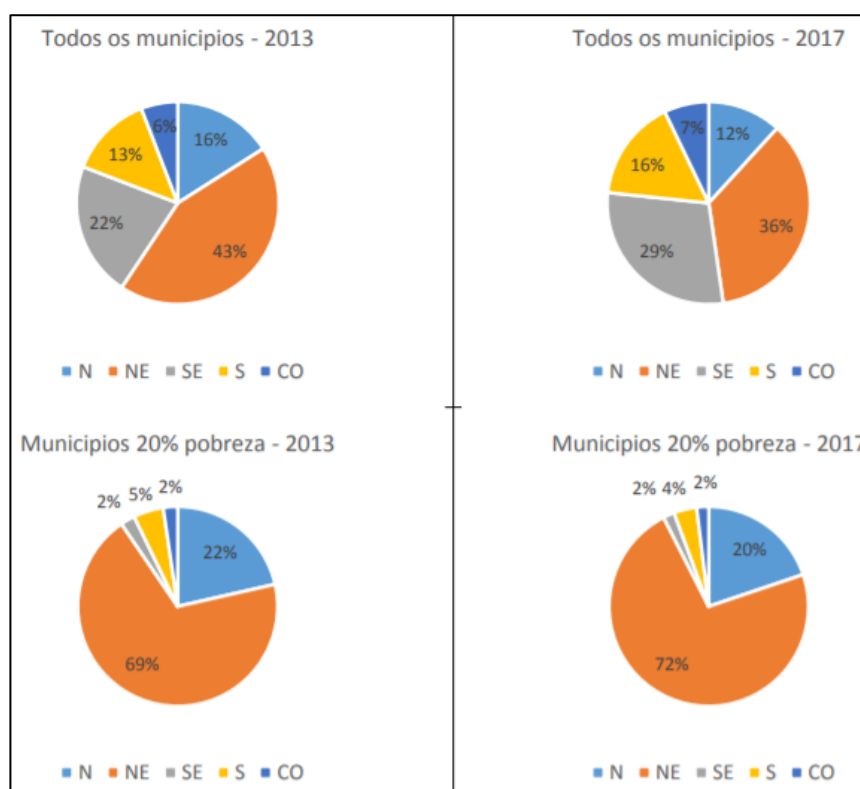
Gráfico 2 - Relação médico para cada mil habitantes por macrorregião, considerando apenas médicos vinculados ao programa (2015)



Fonte: PINTO *et al*, 2017. Elaboração: PINTO *et al*, 2017, p. 1.090.

Viacava *et al* (2020), ao comparar a alocação de médicos do PMMB entre as regiões do país em 2013 e 2017, percebeu que houve redução do percentual alocado no Nordeste e Norte e aumento nas demais regiões. Entretanto, a variação regional dos profissionais foi pequena quando se observam os municípios com perfil “20% de pobreza” (Figura 8).

Figura 8 - Distribuição percentual de médicos do PMM, segundo Grandes Regiões em municípios com perfil “20% pobreza” (2013 e 2017)



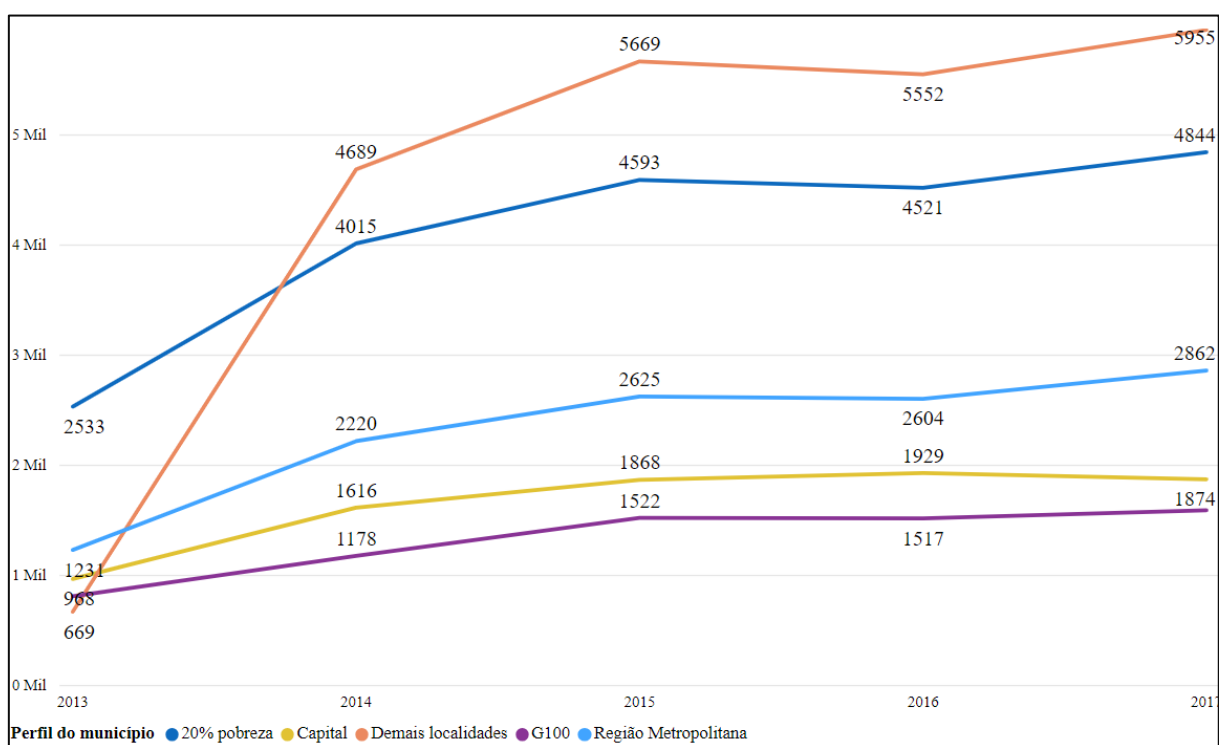
Fonte: VIACAVA *et al*, (2020. Elaboração: VIACAVA *et al*, 2020, p.9.

O Gráfico 3 mostra quantos médicos foram recebidos por cada perfil de município entre 2013 e 2017, segundo dados do painel de indicadores para avaliação e monitoramento do PMM, criado e disponibilizado pela Fiocruz¹⁶. Pela análise do gráfico, percebe-se que os municípios do perfil “Demais localidades”, considerados não-prioritários, foram os que receberam mais médicos do programa.

¹⁶ Disponível em: <https://bigdata-metadados.icict.fiocruz.br/dataset/indicadores-programa-mais-medicos-pmm/resource/859ff169-5fd2-4ad1-ab3c-a4522357d135>

Conforme informado pelo MS ao Senado Federal, em 2017 havia 17.898 vagas para médicos no PMMB, sendo que: 5.332 tinham registro no CRM; 8.247 eram intercambistas cooperados; 3.257 eram intercambistas individuais; e 1.062 postos estavam desocupados. Esses dados, se comparados àqueles apresentados na Tabela 10, demonstram o crescimento da participação dos médicos inscritos no CRM no PMMB, que passou de 13% em 2014 para quase 32% em 2017 (SENADO FEDERAL, 2018).

Gráfico 3 – Número de médicos recebidos, conforme perfil do município (2013-2017)



Fonte: FIOCRUZ, 2020. Elaboração própria.

4.1.3 Médicos aptos a atuar na AB

A Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013 estabelece que, após a homologação do resultado do processo seletivo, os médicos inscritos no CRM já podem atuar nas UBS onde foram lotados. Já os médicos intercambistas, para serem considerados aptos a atuar na AB, devem ser aprovados em módulo de acolhimento e avaliação, formulado pelo MEC e o MS e ofertado por instituições de educação participantes do projeto. Tal módulo deve ser realizado na modalidade presencial e ter duração mínima de 4 semanas (160 horas). Seu conteúdo contempla: legislação aplicada ao sistema

de saúde; funcionamento e atribuições do SUS, especialmente da AB; protocolos clínicos de atendimentos definidos pelo MS; língua portuguesa; e código de ética médica (BRASIL, 2013b).

Em relação à implementação desse produto, foram encontradas apenas informações relativas à auditoria conduzida pelo TCU em 2014 no âmbito do processo nº 005.391/2014-8 e que avaliou as notas do módulo de acolhimento dos ciclos 2.2, 3 e 4. Nesse período, dos 12.517 médicos que completaram o módulo, 401 entraram em recuperação e 42 foram reprovados (oito após nova avaliação e 34 sofreram reprovação direta). O tribunal detectou irregularidades na aprovação e alocação de 95 médicos, porém, considerou pequena sua representatividade. Entretanto, tendo em vista que esses profissionais ou não demonstraram conhecimento suficiente para o exercício da medicina ou não comprovaram o domínio da língua portuguesa, o tribunal demandou a adoção de ações corretivas por parte do MS (BRASIL, 2014e).

Também foram realizadas entrevistas com 114 médicos estrangeiros, 264 pacientes atendidos por intercambistas, 446 profissionais de equipes de saúde e 40 supervisores para avaliar a eficácia do módulo de acolhimento. Dos médicos estrangeiros, 35,09% relataram ter tido dificuldade de comunicação com os pacientes, em algum momento, devido a barreiras linguísticas e 50,34% informaram ter recorrido ao seu supervisor para esclarecer alguma dúvida relacionada ao atendimento (BRASIL, 2014e).

Dentre os pacientes, 56,82% afirmaram não ter tido dificuldade para entender a fala do médico, 31,82% relataram ter sentido um pouco de dificuldade, 2,27% relataram muita dificuldade e 1,14% disseram não ter entendido nada que o médico falou. Já 23,09% dos profissionais das equipes de saúde e 42,50% dos supervisores afirmaram haver barreiras linguísticas que dificultam a prestação de atendimento por parte de médicos estrangeiros. Ainda, 30% dos supervisores relataram haver dificuldades na prestação de atendimento por parte dos médicos estrangeiros devido ao desconhecimento dos protocolos clínicos (BRASIL, 2014e).

Para os auditores, esse quadro pode ter origem em fatores ligados à execução do módulo de acolhimento, como: “falta de controle adequado para garantir que a avaliação tenha seguido as orientações definidas, desorganização na realização das provas de recuperação, falta de controle sobre os médicos aprovados e reprovados no momento da homologação do resultado final dos ciclos do módulo de acolhimento

para posterior alocação nos municípios e desarticulação entre os entes responsáveis pelo processo de acolhimento (instituições de ensino superior) e a Coordenação Nacional do Projeto” (BRASIL, 2014e, p. 37).

4.1.4 Bolsas, auxílio para instalação, deslocamento do país de origem para o Brasil oferecidos

Além da bolsa-formação, os médicos participantes do PMMB tinham direito à ajuda de custo¹⁷, destinada a compensar as despesas de instalação do médico e cujo teto é de três bolsas-formação; e ao custeio de suas despesas com deslocamento, assim como a de seus dependentes legais.

De acordo com auditoria conduzida pela CGU, os recursos destinados a ajuda de custo e bolsa-formação dos médicos com registro no CRM e intercambistas individuais nos anos de 2014 e 2015 correspondeu a R\$ 87.035.024,18, tendo sido identificados pagamentos indevidos no montante de R\$ 2.061.666,32, correspondente a aproximadamente 2,4% do total examinado. Em relação aos pagamentos da ajuda de custo, verificou-se que foram feitos repasses em desacordo com os critérios definidos na Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.369/2013, causando prejuízo ao erário no valor de R\$ 221.965,58 (BRASIL, 2018g).

Também foram observadas fragilidades nos padrões e controles de repasses e na sistemática de restituição de valores recebidos referentes a ajuda de custo e deslocamento quando os médicos se desligavam antes de concluído o prazo de 180 dias estabelecido como carência, de modo que o potencial dano ao erário era de R\$ 804.306,26 (BRASIL, 2016c).

No tocante a bolsa-formação, a referida avaliação da CGU constatou ausência de vinculação entre seus pagamentos e cumprimento da carga horária, condição definida como essencial para a validação e recebimento dos valores, de modo que foram identificados prejuízos no valor de R\$ 1.035.394,48.

¹⁷ A ajuda de custo recebida depende da localização do município em que o médico for alocado, havendo 3 faixas: 1 - municípios situados na região da Amazônia Legal, em região de fronteira e áreas indígenas: ajuda de custo no valor de 3 bolsas; 2 - municípios situados nas regiões Nordeste e Centro-Oeste e na região do Vale do Jequitinhonha-MG: ajuda de custo no valor de 2 bolsas; e 3 - capitais, regiões metropolitanas, DF e municípios não contemplados nas faixas 1 e 2: ajuda de custo no valor de 1 bolsa.

Dentre as diversas recomendações feitas pela CGU ao MS, destaca-se a inclusão e vinculação do pagamento de bolsas à instalação no sistema de gerenciamento do projeto de funcionalidade que possibilite aos gestores municipais comunicar a produção, carga horária e eventuais medidas de compensação adotadas na atuação dos médicos.

No tocante ao acordo realizado com a Opas, constatou-se que não foram adotados controles adequados e suficientes para atestar a realização dos serviços nele incluídos, de forma que não é clara a relação entre os pagamentos efetivados e os serviços prestados. Essa situação, “aliada à deficiência de planejamento e detalhamento dos gastos previstos nos Termos de Ajuste, propiciou o pagamento antecipado de R\$ 316,6 milhões por serviços não comprovados. Também, não se restou demonstrada com clareza adequada a aplicação desse valor em outros serviços e produtos relativos à Cooperação” (BRASIL, 2018g, p. 15). A CGU ressaltou a possibilidade desse valor se constituir em prejuízo ao erário, caso fossem mantidas as práticas do MS.

A partir dessa auditoria da CGU, foram emitidas diversas recomendações ao MS, dentre as quais destacam-se aquelas cujo objetivo era incorporar dados sobre a execução física e financeira do acordo e vincular a assinatura de novos termos à aceitação, pela Opas, dos controles estabelecidos, inclusive a publicização. Também recomendou-se “a apuração de responsabilidade pelas condutas do Diretor e do Coordenador Nacional do Projeto de Cooperação Técnica nº 80 de não elaborarem relatórios detalhados de monitoramento dos serviços e valores executados e de realizarem controle dos gastos de forma genérica” e a demonstração de como se deu a reprogramação e utilização dos R\$ 316,6 milhões, “sob pena de requerer compensação dos valores atualizados dos recursos a serem repassados à OPAS/OMS” (BRASIL, 2018g, p. 15).

4.1.5 Atividades de aperfeiçoamento providas

Todos os médicos participantes do PMMB devem realizar atividades de aperfeiçoamento com integração ensino e serviço, de modo que há sempre uma atuação assistencial na AB e atividades educacionais, como pós-graduação, especialização ou projeto de extensão, dentre outras. Tal aperfeiçoamento tem prazo de 3 anos,

prorrogável por igual período, caso ofertadas outras modalidades de formação. Inicialmente, foi ofertado curso de especialização na modalidade AB.

Em 2015, BRASIL (2018g) constatou 31 casos de profissionais que concluíram a especialização em prazo menor que os 3 anos previstos e permaneciam atuando no PMMB sem realizar nova especialização. De acordo com o órgão de controle, a causa para esse fato aponta para falhas no planejamento do processo de oferta de cursos, pois não foi prevista oferta de novos cursos caso o anterior fosse concluído antes de 3 anos. A situação foi corrigida pelo MS com a reformulação do processo de aperfeiçoamento dos médicos, publicado na Resolução SGTES/MS nº 2, de 26 de outubro de 2015, que incluiu dois ciclos formativos complementares e regulamentou a possibilidade de prorrogação da participação dos profissionais no PMMB.

Destaca-se que não foram encontrados mais estudos e informações sobre a efetividade da entrega desse produto.

4.1.6 Atividades de supervisão e tutoria realizadas

A contratação de supervisores e tutores acadêmicos visa contribuir, dar suporte e orientar o processo de educação permanente dos médicos vinculados ao PMMB. Aos tutores acadêmicos, que devem ser médicos vinculados às instituições de ensino, cabe coordenar a atuação dos supervisores e a orientação acadêmica. Os supervisores, que também são médicos, devem estar ligados a instituições de ensino, hospitais escola, escolas do SUS ou programas de residência e são responsáveis pela supervisão profissional contínua e permanente do médico participante do projeto (BRASIL, 2013a).

Segundo informado pelo MS ao TCU, foi estabelecido o limite máximo de dez médicos participantes para cada supervisor, que deverá realizar visitas mensais e elaborar relatórios periódicos sobre as atividades. Entretanto, esse limite máximo pode ser reduzido em situações especiais, de modo que algumas regiões podem ter menor relação médico/supervisor. Em auditoria realizada em 2014, o TCU observou que 147 supervisores encaminharam relatórios de supervisão relativos a mais de dez médicos, o que contraria o limite estabelecido pelo MS. Em maio de 2014, por exemplo, um supervisor encaminhou relatórios referentes a 19 diferentes médicos (BRASIL, 2015e).

Constatou-se, em 6 de junho de 2014, a existência de 1.522 supervisores ativos e habilitados, que estavam designados a 9.415 médicos. No entanto, o MS informou ao tribunal haver 13.790 médicos inscritos no PMMB no momento analisado, o que implica que pelo menos 4.375 (31,73%) deles não possuíam supervisores indicados no sistema UNA-SUS. Após analisar os planos de trabalho de nove instituições de ensino, verificou-se que em todas elas havia médicos participantes sem vínculo de supervisor e em sete delas havia supervisores com mais de dez médicos. Isso indica que o ato de designar um médico para atuar em determinado município não é, necessariamente, acompanhado de designação de tutor e supervisor responsáveis por acompanhá-lo (BRASIL, 2015e).

Quanto às avaliações encaminhadas pelos supervisores, o tribunal observou ainda que elas são pouco focadas em aspectos clínicos, referindo-se mais a questões operacionais. Em entrevista, alguns supervisores afirmaram que os médicos participantes precisariam ter uma supervisão mais próxima e que esse problema é agravado por dificuldades na comunicação a distância.

Já em relação às atividades de tutoria, o TCU observou que, em 25 de junho de 2014, havia 120 tutores ativos e confirmados para um total de 14.152 médicos participantes. Considerando que a proporção ideal definida pela Coordenação do PMMB é de um tutor para cada dez supervisores e cem médicos participantes, apurou-se que pelo menos 2.152 médicos teriam tutoria deficiente, sendo necessários mais 22 tutores para atingir a proporção prevista. Constatou-se, ainda, que 1.929 médicos não tinham supervisor nem tutor designado (BRASIL, 2015e).

Além disso, a auditoria observou que o plano de trabalho sob responsabilidade dos tutores era superficial, pois não permitia ao tutor detalhar as atividades a serem executadas pelos médicos participantes e supervisores nem a metodologia de acompanhamento. Verificou-se que, na prática, o tutor se concentrava em coordenar os supervisores e a distribuição de médicos participantes entre os supervisores em uma determinada área geográfica, além de interagir com os órgãos gestores do PMMB, desempenhando mais uma função de gestão do que de orientação acadêmica. Cabe ressaltar que de 149 médicos participantes entrevistados pela equipe de auditoria, 86 (57,72%) afirmaram não ter tido acesso ao plano de trabalho contendo as indicações das atividades a serem realizadas e a metodologia de acompanhamento e avaliação (BRASIL, 2015e).

Para o órgão de controle, “eventuais desvios da função do tutor podem estar relacionados com a falta de planejamento da contratação de profissionais especificamente voltados para a gestão administrativa do Projeto. Esses últimos deveriam coordenar os supervisores, evitando que os tutores tivessem que exercer esse papel” (BRASIL, 2015e, p.31). A auditoria afirma, ainda, que a inadequação das atividades de tutoria e supervisão pode gerar falta de envolvimento com os médicos participantes e com o curso de especialização, além de prejudicar a integração ensino-serviço no âmbito do PMMB, comprometendo a eficácia do programa.

De acordo com o MEC, em dezembro de 2014, participavam do PMMB 49 instituições supervisoras, 146 tutores, 1.678 supervisores e 14.462 médicos participantes (BRASIL, 2014a). Já em janeiro de 2018, havia 56 instituições supervisoras, 209 tutores e 1.921 supervisores. Sua distribuição por unidade da federação está apresentada na Tabela 13.

Tabela 13 – Número de tutores e supervisores do PMMB por unidade da federação (2018)

Unidade da Federação	Número de tutores	Número de supervisores
Região Norte	25	225
Rondônia	4	38
Acre	2	14
Amazonas	5	51
Roraima	2	15
Pará	8	74
Amapá	2	15
Tocantins	2	18
Região Nordeste	71	674
Maranhão	8	81
Piauí	4	35
Ceará	16	151
Rio Grande do Norte	4	31
Paraíba	4	44
Pernambuco	11	102
Alagoas	3	28
Sergipe	2	23
Bahia	19	179
Região Sudeste	61	566
Minas Gerais	17	158
Espírito Santo	5	53
Rio de Janeiro	8	75

São Paulo	31	280
Região Sul	31	308
Paraná	11	112
Santa Catarina	12	121
Rio Grande do Sul	8	75
Região Centro-Oeste	21	198
Mato Grosso do sul	2	25
Mato Grosso	3	33
Goiás	8	78
Distrito Federal	8	62
Brasil	209	1.971

Fonte: BRASIL (2018d).¹⁸.

Não foram encontrados mais estudos e informações sobre a efetividade da entrega desse produto

4.2 Eixo 2 - Formação Médica

4.2.1 Novas diretrizes curriculares para os cursos de medicina aprovadas e implementadas

Como informado no item 3.1.2, as novas DCN foram instituídas em junho de 2014 pela Resolução de nº 3 do CNE. Foi previsto que os cursos de graduação em medicina teriam até um ano para iniciar o processo de adequação, que deveria ser concluído até dezembro de 2018, e que o acompanhamento da implantação das novas DCN seria feito por conjunto dos processos de avaliação do MEC, como o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes). A nova estrutura de desenvolvimento curricular deve:

[...] ser orientada pelas necessidades de saúde dos indivíduos e das populações; usar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento, a integração entre os conteúdos e entre ensino, pesquisa e extensão; promover a integração e a interdisciplinaridade; ter as ciências humanas e sociais como eixo transversal na formação de profissional com perfil generalista; garantir o debate de temas novos fundamentais para formação ética do estudante, como a Segurança do Paciente; prever a inserção do aluno nas

¹⁸ Dados extraídos de <http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=59451>. Acesso em 16/06/2020.

redes de serviços de saúde desde as séries iniciais e ao longo do curso de graduação de Medicina, “permitindo ao aluno conhecer e vivenciar as políticas de saúde em situações variadas de vida, de organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional” e interagir “com usuários e profissionais de saúde” “proporcionando-lhe a oportunidade de lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia” (BRASIL, 2015d, p. 81).

O projeto pedagógico do curso deve fortalecer o ensino de áreas estratégicas para o SUS e ser centralizado no ensino da AB organizado e coordenado pela área de conhecimento de MFC. Além disso, no mínimo, 35% da carga horária total do curso deve ser em regime de internato, sendo que pelo menos 30% (760 horas) dele deve ser desenvolvido na AB, coordenada e voltada para MFC, e em serviços de urgência e emergência, ambos do SUS (BRASIL, 2015d).

Os cursos devem, ainda, desenvolver ou fomentar a participação dos profissionais médicos em “Programa Permanente de Formação e Desenvolvimento”, a ser pactuado com os gestores municipais e estaduais de saúde nos Coapes, com o objetivo de melhorar o processo de ensino-aprendizagem nos cenários de práticas do SUS e a qualidade da assistência à população (BRASIL, 2015d).

De acordo com Moreno e Oliveira (2018), até novembro de 2018, a alteração do tempo de internato desenvolvido na AB havia sido parcialmente cumprida e algumas faculdades ainda buscavam mecanismos para adequar sua infraestrutura e logística. Caso descumpra a regra, o curso pode conseguir novo prazo junto ao MEC para implementar as mudanças. Porém, se o novo prazo não for cumprido, a faculdade pode ser punida com medidas cautelares, como a proibição de realizar novos vestibulares e a desativação do curso.

Não foram encontradas mais informações relativas à efetividade da entrega desse produto.

4.2.2 Alunos avaliados

No âmbito do PMM, estava previsto implementar avaliação de todos os alunos dos 2º, 4º e 6º anos de todos os cursos de medicina para aferir o estado de conhecimentos,

habilidades e atitudes em relação ao novo perfil esperado, conforme estabelecido pelas novas DCN, bem como para acompanhar o crescimento e a aquisição de competências por parte dos estudantes. A ideia era que essa avaliação, somada à reorientação de todo o sistema de avaliação do MEC dirigido à medicina, garantisse melhores condições de acompanhar a qualidade da formação no país. O primeiro ciclo da avaliação ocorreu em 2016, conforme informações disponibilizadas na página do Inep¹⁹. Entretanto, o artigo que tratava dessa avaliação foi alterado pela Lei nº 13.530, de 2017, que retirou a obrigatoriedade de os alunos serem avaliados a cada dois anos. Com isso, não ocorreram outros ciclos avaliativos.

4.2.3 Ampliação do número de vagas de graduação em regiões prioritárias

Como já destacado, a expansão das vagas em cursos de medicina priorizava inicialmente as instituições públicas, e caso elas não tivessem condições de atender à demanda, esta seria suprimida pelas escolas privadas. Para orientar a criação de novos cursos de graduação em medicina e o aumento de vagas naqueles já existentes, a Portaria Normativa MEC nº 15, de 22 de julho de 2013 instituiu a Política Nacional de Expansão das Escolas Médicas das Ifes. Segundo o MEC, o processo de expansão das vagas foi conduzido em acordo com as Ifes e teve como critérios: prioridade para implantação de cursos em campus interiorizados; prioridade para regiões onde a proporção de médicos por mil habitantes é menor, em especial as regiões Norte e Nordeste; condições da rede de saúde instalada no município e/ou no seu entorno, de garantir a oferta de cenários de prática para integração ensino-serviço; potencial de instalação ou de ampliação de programas de residência médica de apoio ao curso; e elenco de cursos da área de saúde já instalados ou a serem instalados no campus (BRASIL, 2014a).

Segundo o MS, estava prevista a abertura de 3.615 vagas até 2017 nas Ifes tanto por aumento de vagas em cursos existentes quanto pela abertura de novos cursos em cenários interioranos. Entretanto, de acordo com dados disponibilizados pelo MEC, até 2018, foram autorizadas 2.198 vagas em instituições públicas, das quais 90% foram no interior e 60% foram destinadas a novos municípios.

¹⁹ <http://portal.inep.gov.br/web/guest/anasem>.

O primeiro edital de seleção de municípios para abertura de escolas privadas de medicina foi publicado pelo MEC em dezembro de 2013 e dirigiu-se a municípios de todas as regiões que não eram capitais e que não tinham escola de medicina em seu território. Foram selecionados 39 municípios em 11 estados. Em 2014, foi publicado edital para seleção de instituições privadas interessadas em se instalar nesses municípios, tendo sido recebidas 216 propostas de cerca de 100 instituições. Esse processo durou cerca de três anos e gerou, aproximadamente, 2.460 novas vagas, das quais 205 ainda não haviam sido implementadas em 2018 (BRASIL, 2015d; MORENO, OLIVEIRA, 2018; SENADO FEDERAL, 2018).

Cabe pontuar que, em novembro de 2015 o TCU concedeu medida cautelar para suspender os procedimentos decorrentes desse edital e determinou que o MEC se pronunciasse sobre a adoção de critérios de julgamento da etapa de habilitação não previstos no edital e divulgados somente quando da publicação do resultado preliminar. Em julho de 2016 o tribunal revogou a medida cautelar concedida e permitiu, em caráter excepcional, a continuidade do chamamento público, pois considerou que não ficou comprovado que as falhas do edital ocasionaram manipulação de resultados, vantagens a licitantes, restrição à competitividade ou impacto significativo de resultados do certame (BRASIL, 2016c).

O segundo edital, publicado em 2015, foi dirigido às regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e estabeleceu como critério que só poderiam ser abertas novas escolas em regiões de saúde com menos de 2,7 médicos por mil habitantes e menos de 1,34 vaga por 10 mil habitantes. Ainda, as novas escolas não poderiam ficar a menos de 70 km de outra já existente, mesmo que a região de saúde cumprisse os demais requisitos. Esperava-se que 23 municípios de oito estados recebessem novas escolas, gerando cerca de 1,8 mil novas vagas a partir de 2016. Porém, esse edital foi revogado em dezembro de 2017, por conta de disputas judiciais de instituições desclassificadas na seleção, após selecionar 22 municípios (BRASIL, 2015d; MORENO; OLIVEIRA, 2018).

Em 2017, foi publicado novo edital direcionado a três municípios selecionados em 2013 para os quais não houve proposta selecionada no âmbito do edital de 2014. Ao final de 2018, 155 vagas autorizadas por esse processo ainda aguardavam implementação (MORENO; OLIVEIRA, 2018). Também em 2017 foi publicado novo edital de chamamento de municípios, em substituição ao de 2015 que foi revogado. Foram

selecionados 28 municípios de 11 estados, todos das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e cada um deverá receber um curso de medicina com 50 vagas. O resultado das mantedoras classificadas foi publicado na Portaria nº 924, de 27 de dezembro de 2018.

A Tabela 14 mostra que foram autorizadas 11.511 vagas de cursos de graduação em medicina entre 2013 e janeiro de 2018, conforme dados disponibilizados pelo MEC²⁰. Esse número diverge do total de vagas criadas apresentado na tabela 5 para o mesmo período, pois esta utilizou valores informados nos relatórios de avaliação do PPA e que não estão desagregados por região ou estado.

Cabe destacar que, segundo MEC apud Moreno e Oliveira (2018), apenas cerca de 20% das vagas autorizadas entre 2013 e 2018 seguem os critérios estabelecidos na Lei nº 12.871/2013, segundo as quais as instituições precisam já ter cursos de medicina em outros municípios com bons indicadores de qualidade; ter capital financeiro para a abertura imediata do curso; desenvolver programas de residência médica com o mesmo número de vagas da graduação e oferecer contrapartidas aos SUS local, como formação de profissionais e reforma de equipamentos de saúde. Processos que tiveram início antes da criação do PMM ou autorizações de ampliação de vagas em cursos já existentes não se submetem aos critérios de regulação criados pelo programa.

Pela análise da tabela, percebe-se que São Paulo foi o estado onde foi autorizado o maior número de vagas, 2.501, seguido por Minas Gerais (1.499), Bahia (935), Paraná (848) e Rio Grande do Sul (792). Porém, se for considerada a proporção de novas vagas por 10 mil habitantes, Alagoas assume a primeira posição, seguido por Paraíba, Tocantins, Piauí e Acre. A Tabela 15 mostra a proporção de novas vagas por 10 mil habitantes por estado, em ordem decrescente, considerando a população de 2018.

As Tabelas 16 e 17 mostram como essas vagas autorizadas foram distribuídas entre capital e interior e instituições públicas e privadas. Percebe-se que cerca de 60% das novas vagas autorizadas está no interior e que mais de 80% das novas vagas foram criadas em instituições privadas.

²⁰ <http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/59441-programa-mais-medicos>

Tabela 14 – Número de vagas autorizadas em cursos de medicina por estado (2013-2018)

Região/UF	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Região Norte	152	197	134	80	312	-	875
Rondônia		50		40	25		115
Acre		81					81
Amazonas					243		243
Roraima	52	50		40	25		52
Pará	100	16		40	44		200
Amapá		30					30
Tocantins		20	134				154
Região Nordeste	467	1.092	556	878	497	-	3.490
Maranhão	160		96	49	100		405
Piauí	10	40	180	30	61		321
Ceará	10	100		194			304
Rio Grande do Norte		57	80	55			192
Paraíba	60	185		82	91		418
Pernambuco	97	100		243			440
Alagoas	20	200	80	85			385
Sergipe	50			40			90
Bahia	60	410	120	100	245		935
Região Sudeste	463	878	465	916	1.894	50	4.666
Minas Gerais	190	366	227	198	468	50	1.499
Espírito Santo				70			70
Rio de Janeiro	50	106	88	108	244		596
São Paulo	223	406	150	540	1.182		2.501
Região Sul	236	416	234	167	654	-	1.707
Paraná	40	264	50	167	327		848
Santa Catarina			40		27		67
Rio Grande do Sul	196	152	144		300		792
Região Centro-Oeste	350	209	0	60	94	0	773
Mato Grosso do sul	30	120					150
Mato Grosso	220	29					249
Goiás		60		60	94		214
Distrito Federal	100				60		160
Brasil	1.668	2.792	1.389	2.101	3.511	50	11.511

Fonte: BRASIL (2018c). Elaboração própria.

Tabela 15 – Proporção de novas vagas por 10 mil habitantes por estado (2018)

UF	Novas vagas por 10 mil habitantes
Alagoas	1,16
Paraíba	1,05
Tocantins	0,99
Piauí	0,98
Acre	0,93
Roraima	0,90
Paraná	0,75
Mato Grosso	0,72
Minas Gerais	0,71
Rio Grande do Sul	0,70
Rondônia	0,65
Bahia	0,63
Amazonas	0,60
Maranhão	0,58
Brasil	0,55
Rio Grande do Norte	0,55
São Paulo	0,55
Mato Grosso do sul	0,55
Distrito Federal	0,54
Pernambuco	0,46
Sergipe	0,40
Amapá	0,36
Rio de Janeiro	0,35
Ceará	0,33
Goiás	0,31
Pará	0,23
Espírito Santo	0,18
Santa Catarina	0,09

Fontes: BRASIL, 2018c; IBGE, 2019. Elaboração própria.

Tabela 16 – Vagas de graduação em medicina autorizadas, segundo localização (2013-2018)

Ano	Vagas autorizadas		Total
	Capital	Interior	
2013	475	1.193	1.668
2014	1.188	1.604	2.792
2015	210	1.179	1.389
2016	1.167	934	2.101
2017	1.370	2.141	3.511
2018	0	50	50
Total	4.410	7.101	11.511

Fontes: BRASIL, 2018c; IBGE, 2019. Elaboração própria.

Tabela 17 - Vagas de graduação em medicina autorizadas, segundo natureza administrativa da instituição (2013-2018)

Ano	Vagas autorizadas		Total
	privada	pública	
2013	966	702	1.668
2014	2.151	641	2.792
2015	632	757	1.389
2016	2.101	0	2.101
2017	3.413	98	3.511
2018	50	0	50
Total	9.313	2.198	11.511

Fontes: BRASIL, 2018c; IBGE, 2019. Elaboração própria.

Em novembro de 2017, o país contava com 289 escolas médicas, que ofertavam 29.271 vagas, sendo 35% em escolas públicas e 65% em particulares. Do total das vagas autorizadas, metade está concentrada na região Sudeste. Dessas, porém, somente 25,8% estão nas escolas públicas. Na região Sul, das vagas autorizadas, 33,1% são públicas, no Nordeste, 42,5% e no Norte, 48,4%. A região Centro-Oeste, é a única das regiões com maior participação pública, com 53,4% das vagas autorizadas, revelando, assim, um ensino médico predominantemente privado no País (SCHEFFER, 2018).

Tabela 18 - Vagas e cursos de medicina, segundo natureza administrativa da escola, por regiões e unidades da federação – Brasil (2018)

Região/UF	Natureza administrativa da escola						Total		Vagas por 100 mil habitantes
	Pública			Privada					
	nº	Vagas	%	nº	Vagas	%	nº	Vagas	
Região Norte	13	1.092	48,4	11	1.166	51,6	24	2.258	12,6
Rondônia	1	40	13,3	3	260	86,7	4	300	16,6
Acre	1	80	49,7	1	81	50,3	2	161	19,4
Amazonas	2	242	62,5	1	145	37,5	3	387	9,5
Roraima	1	80	100	0	0	0	1	80	15,3
Pará	4	310	50,8	2	300	49,2	6	610	7,3
Amapá	1	60	100	0	0	0	1	60	7,5
Tocantins	3	280	42,4	4	380	57,6	7	660	42,6
Região Nordeste	41	3.068	42,5	30	4.143	57,5	71	7.211	12,6
Maranhão	4	330	57	2	249	43	6	579	8,3
Piauí	4	240	39,9	3	361	60,1	7	601	18,7
Ceará	4	400	38,6	4	636	61,4	8	1.036	11,5
Rio Grande do Norte	4	280	59,3	1	192	40,7	5	472	13,5
Paraíba	3	265	27,2	6	710	72,8	9	975	24,2
Pernambuco	6	510	45,9	4	600	54,1	10	1.110	11,7
Alagoas	3	210	42,4	2	285	57,6	5	495	14,7
Sergipe	2	160	53,3	1	140	46,7	3	300	13,1
Bahia	11	673	41	7	970	59	18	1.643	10,7
Região Sudeste	34	3.415	25,8	86	9.807	74,2	120	13.222	15,2
Minas Gerais	15	1.405	34	28	2.724	66	43	4.129	19,6
Espírito Santo	1	80	14	4	490	86	5	570	14,2
Rio de Janeiro	5	694	25,4	15	2.039	74,6	20	2.733	16,3
São Paulo	13	1.236	21,3	39	4.554	78,7	52	5.790	12,8
Região Sul	17	1.390	33,1	31	2.807	66,9	48	4.197	14,2
Paraná	7	490	29,4	10	1.177	70,6	17	1.667	14,7
Santa Catarina	3	220	23,3	10	723	76,7	13	943	13,5
Rio Grande do Sul	7	680	42,8	11	907	57,2	18	1.587	14
Região Centro-Oeste	16	1.272	53,4	10	1.111	46,6	26	2.383	15
Mato Grosso do sul	4	268	69,1	1	120	30,9	5	388	14,3
Mato Grosso	4	240	55,7	2	191	44,3	6	431	12,9
Goiás	6	608	53	4	540	47	10	1.148	16,9
Distrito Federal	2	156	37,5	3	260	62,5	5	416	13,7
Brasil	121	10.237	35	168	19.034	65	289	29.271	14,1

Fonte: SCHEFFER (2018). Elaboração: SCHEFFER (2018, p. 57)

De acordo com Pinto *et al* (2019), as mudanças na formação médica estabelecidas pelo PMM mostram que a iniciativa de planejamento e regulação passou a ser

do Estado, de modo que a formação dos médicos e a abertura de escolas se tornaram *policy-oriented*, em vez de *market-oriented*, e que foi criado um modelo de regulação da abertura de vagas privadas.

Produziu-se a inversão de uma prática privada comum em diversos setores: ao invés de a les exigir benefícios para escolher em qual local se instalará, teve que se comprometer e apresentar a melhor proposta de contrapartidas em benefício do SUS. Estava indicado, ademais, que na implantação do curso as DCN teriam que ser cumpridas e que instrumentos previstos na lei, como o Coapes, deveriam obrigatoriamente ser implementados” (PINTO *et al.*, 2019, p. 8).

Por fim, é importante ressaltar que a abertura de novos cursos e vagas em escolas médicas está suspensa por cinco anos, conforme Portaria nº 328, de 05 de abril de 2018, sob o argumento da necessidade de reavaliar e adequar a formação médica no país, pautas defendidas por entidades da classe médica, que desde o início firmaram oposição ao PMM (OLIVEIRA *et al.*, 2017). De acordo com essas entidades, faltam professores em número e qualificação suficiente para atender à nova demanda, o que representa um desafio para expandir a oferta com qualidade e equidade, democratizando o acesso aos cursos de medicina (MORENO; OLIVERA, 2018; SCHEFFER, 2018).

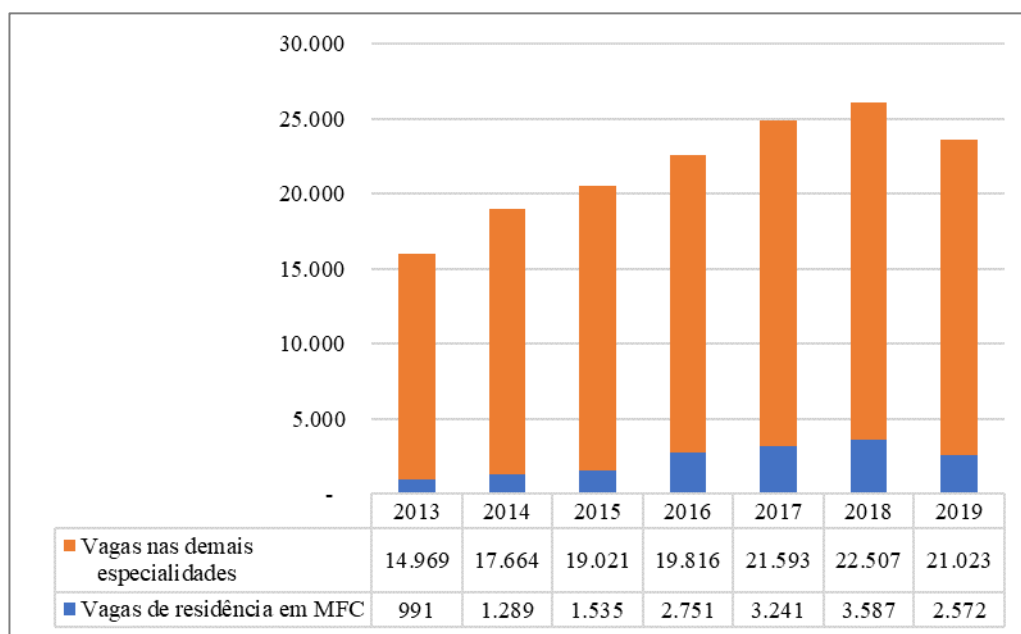
4.2.4 Ampliação do número de vagas de residência médica, principalmente de MFC

Para Pinto *et al.* (2019), a residência médica no Brasil expressa as contradições da relação público-privada e regulatória do SUS. Embora seja quase toda financiada pelo setor público e “ocorra majoritariamente em serviços públicos ou que prestam serviços ao SUS, até a criação do PMM, havia pouca atuação do Estado no planejamento e regulação de quais vagas de especialidades e em quais localidades deveriam ser abertas” (PINTO *et al.*, 2019, p. 9). De acordo com os autores, países como Canadá, Espanha e Portugal, que também valorizam e investem nesse tipo de formação, regulam e direcionam a composição de especialistas no sistema de saúde.

A Lei nº 12.871/2013 estabeleceu a realização de um a dois anos de residência em MFC como pré-requisito para os demais programas de residência, exceto aqueles de acesso direto. No entanto, essa exigência passaria a valer apenas quando

a oferta anual de vagas de residência fosse equivalente ao número de egressos dos cursos de graduação em medicina do ano anterior, o que era esperado até 2018, com a criação de 12.400 vagas. O Gráfico 4 mostra a evolução do número de vagas autorizadas para o primeiro ano (R1) em programas de residência em MFC e nas demais especialidades entre 2013 e 2019.

Gráfico 4 - Evolução do número de vagas autorizadas para o primeiro ano (R1) em programas de residência médica no Brasil (2013-2019)



Fontes: BRASIL, (2018a, 2018b, 2019f); BARRETO *et al.* (2019), MORENO; OLIVEIRA (2018). Elaboração própria.

Os valores apresentados no gráfico 4 para os anos de 2014 a 2018 correspondem aos disponibilizados pela CNRM. Já os valores para o ano de 2019 foram informados pelo MEC em audiência pública na Câmara dos Deputados. É possível que o decréscimo de vagas entre 2018 e 2019 seja derivado da diferença de fontes. Entretanto, de acordo com Scheffer (2018), o número de vagas autorizadas é dinâmico, conforme solicitações formalizadas pelas instituições e aceitas pela CNRM. Ainda, o autor elaborou um retrato da residência médica em 2017 a partir de dados da CNRM e encontrou discrepâncias nos dados, que podem ser decorrentes de questões administrativas ou legais, mas não descarta a possibilidade de haver falhas no registro de dados e de informações sobre a ocupação de vagas.

A Tabela 19 apresenta o número de vagas autorizadas para o primeiro ano de residência médica e a relação de vagas por 100 mil habitantes, segundo unidades da federação e grandes regiões para os anos de 2013, 2015, 2017 e 2019. Todos os estados tiveram crescimento no número de vagas no período analisado. Já quando considerada a relação de vagas por 100 mil habitantes, verifica-se que apenas no Amapá incorreu em redução, que foi de 11%. Tocantins registrou a maior taxa de crescimento, 219%, seguido por Rondônia (211%), Alagoas (180%), Roraima (167%) e Espírito Santo (156%). Nas regiões Norte e Nordeste, as vagas cresceram 58% e 63%, respectivamente, taxas maiores do que as registradas nas demais regiões do país. Quando considerara a relação vaga por 100 mil habitantes, percebe-se que, embora as regiões Sul e Sudeste ainda registrem os maiores valores (13,39 e 14,82, respectivamente), a diferença entre elas e as regiões Norte e Nordeste diminuiu ao longo do período em questão.

Tabela 19 - Número de vagas autorizadas para o primeiro ano (R1) de residência médica, segundo unidades da federação e grandes regiões, 2013-2019

Região/UF	Vagas de residência autorizadas				Relação vaga de residência por 100.000 habitantes			
	2013	2015	2017	2019	2013	2015	2017	2019
Região Norte	605	804	921	956	3,56	4,59	5,13	5,19
Rondônia	36	71	90	112	2,08	4,02	4,98	6,30
Acre	47	52	56	66	6,05	6,47	6,75	7,48
Amazonas	188	221	238	225	4,94	5,61	5,86	5,43
Roraima	42	46	44	112	8,61	9,1	8,42	18,49
Pará	221	300	344	356	2,76	3,66	4,11	4,14
Amapá	34	37	36	35	4,63	4,83	4,51	4,14
Tocantins	37	77	113	118	2,5	5,08	7,29	7,50
Região Nordeste	2.410	3.218	3.602	3.918	4,32	5,69	6,29	6,87
Maranhão	87	145	167	167	1,28	2,1	2,39	2,36
Piauí	63	114	143	120	1,98	3,56	4,44	3,67
Ceará	551	613	677	695	6,28	6,88	7,51	7,61
Rio Grande do Norte	156	194	205	207	4,62	5,64	5,85	5,90
Paraíba	140	231	283	331	3,58	5,82	7,03	8,24
Pernambuco	637	801	840	915	6,92	8,57	8,87	9,57
Alagoas	106	141	215	297	3,21	4,22	6,37	8,90
Sergipe	83	140	148	158	3,78	6,24	6,47	6,87
Bahia	587	839	924	1028	3,9	5,52	6,02	6,91
Região Sudeste	9.231	11.852	12.505	13.097	10,93	13,82	14,38	14,82
Minas Gerais	1.625	2.224	2.551	2.559	7,89	10,66	12,08	12,09

Espírito Santo	160	304	317	410	4,17	7,74	7,89	10,20
Rio de Janeiro	2.106	2.379	2.398	2.474	12,87	14,37	14,34	14,33
São Paulo	5.340	6.945	7.239	7.654	12,23	15,64	16,05	16,67
Região Sul	1.233	1.619	3.877	4.013	11,04	14,39	13,08	13,39
Paraná	887	1.215	1.372	1.535	8,07	10,88	12,12	13,42
Santa Catarina	411	605	690	733	6,2	8,87	9,86	10,23
Rio Grande do Sul	1.233	1.619	1.815	1.745	11,04	14,39	16,03	15,34
Região Centro-Oeste	1.142	1.348	1.527	1.611	7,62	8,73	9,62	9,89
Mato Grosso do sul	187	217	278	324	7,23	8,18	10,25	11,66
Mato Grosso	111	153	182	210	3,49	4,69	5,44	6,03
Goiás	293	380	441	437	4,55	5,75	6,51	6,23
Distrito Federal	551	598	626	640	19,75	20,52	20,60	21,23
Brasil	15.919	20.661	22.432	23.595	7,92	10,1	10,80	11,23

Fontes: BRASIL (2019f), IBGE (2019), OLVEIRA *et al* (2019), SCHEFFER (2018). Elaboração própria.

De acordo com o MS, a expansão das vagas de residência médica é acompanhada de investimento em estrutura e de políticas de formação de preceptores. Entre 2012 e 2014, cursos para preceptoría, envolvendo instituições como a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), formaram 3.650 profissionais e novos cursos deveriam formar mais de 7 mil preceptores até 2017 (BRASIL, 2015d).

Parte do investimento em infraestrutura desse eixo foi incluída na peça orçamentária do governo federal como relacionado à implantação de hospitais universitários. Como será visto no capítulo 9, parte desses produtos previstos, como os hospitais universitários da Universidade Federal de Roraima e do Acre e a maternidade escola da Universidade Federal da Bahia não foram iniciados.

4.2.5 Cadastro criado e implementado

O Cadastro Nacional de Especialistas foi regulamentado pelo Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015, e deveria constituir a base de informação pública oficial na qual são integradas as informações referentes à especialidade médica de cada profissional constantes nas bases de dados da CNRM, do CFM, da AMB e das sociedades de especialidades a ela vinculadas, bem como outras informações provenientes desses órgãos e entidades que fossem relevantes para o planejamento das políticas de saúde e de educação e relativas à formação acadêmica e à atuação dos profissionais.

De acordo com esse decreto, MEC e MS deveriam adotar o cadastro como fonte de informação para a formulação das políticas públicas de saúde destinadas a:

- I - subsidiar o planejamento e a formação de recursos humanos da área médica no Sistema Único de Saúde - SUS e na saúde suplementar;
- II - dimensionar o número de médicos, suas especializações, suas áreas de atuação e a distribuição deles no território nacional, de forma a garantir o acesso ao atendimento médico da população brasileira de acordo com as necessidades do SUS;
- III - estabelecer as prioridades de abertura e de ampliação de vagas de formação de médicos e especialistas no País;
- IV - conceder estímulos à formação de especialistas para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS;
- V - garantir à população o direito à informação sobre a modalidade de especialização do conjunto de profissionais da área médica em exercício no País;
- VI - subsidiar as Comissões Intergestores de que trata o art. 14-A da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na pactuação, na organização e no desenvolvimento de ações e serviços de saúde integrados a redes de atenção à saúde;
- VII - propor a reordenação de vagas para residência médica; e
- VIII - orientar as pesquisas aplicadas ao SUS.”

Compor, gerir e atualizar o Cadastro Nacional de Especialistas, bem como garantir a proteção das informações sigilosas é competência da SGTES/MS. Para a formação desse cadastro, CNRM, CFM, AMB, sociedades de especialidades a ela vinculadas, MEC e instituições de ensino superior deveriam disponibilizar suas bases de dados atualizadas ao MS de forma permanente e sempre que houver solicitação. Base de dados dos sistemas de informação em saúde do SUS e da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS também foi utilizada para formação do cadastro.

O Decreto nº 8.516/2015 ainda prevê consulta específica livre ao cidadão denominada “Lista de Especialistas” que deve conter o rol de profissionais médicos por estado. Ainda, deve ser livre o acesso às informações do cadastro pelos órgãos e entidades públicas e privadas, pelos profissionais médicos e pela sociedade civil, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, e das diretrizes da Política de

Segurança da Informação nos órgãos e nas entidades da administração pública federal.

O Cadastro Nacional de Especialistas foi implementado e diversas publicações do endereço eletrônico do MS citam seus dados. De acordo com Senado Federal (2018), o cadastro está fora do ar em decorrência de pressões das entidades de regulação profissional e das sociedades médicas. Não é possível acessar o endereço disponibilizado no portal do MS (www.cne.saude.gov.br), de modo que não está claro se o cadastro ainda existe e é utilizado, ainda que o decreto que o regulamentou não tenha sido expressamente revogado.

4.2.6 Currículo da residência em MFC definido e implementado.

A regulamentação dos requisitos mínimos dos programas de residência médica em MFC foi estabelecida na Resolução CNRM nº1, de 25 de maio de 2015, que estipulou prazo de 30 dias para a Câmara Técnica Temática de Atenção Básica/Saúde Coletiva propor matriz de competência a ser homologada pela Secretaria Executiva da CNRM. Também foi estipulado prazo de dois anos para os programas de residência em MFC já em funcionamento se adequarem à nova matriz.

Em agosto de 2019 foi publicada a nova matriz de competências de MFC, aprovada em plenária da CNRM em dezembro de 2017, com o objetivo de estabelecer formal e organizadamente princípios, fundamentos, procedimentos e finalidades de formação em MFC. O início da construção dessa matriz foi oficina realizada em 2014 pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), que divulgou novo currículo baseado em competências para servir de guia para os programas de residência nessa especialidade ainda em 2015. Essa oficina foi realizada pela SBMFC, com apoio do MS e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, e contou com a participação de consultores canadenses, vinculados à Universidade de Toronto, e de especialistas brasileiros, tendo passado ainda por consulta pública (BARREIROS; BRANDÃO, 2019).

O objetivo geral da nova matriz é “formar e habilitar médicos na área da Medicina de Família e Comunidade a adquirir as competências para ser resolutivo em cenários de prática que contemplem os atributos da atenção primária à saúde, sendo eles, acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural” (BRASIL, 2019e).

4.3 Eixo 3 - Infraestrutura

4.3.1 UBS construídas, reformadas ou ampliadas

Qualificar a infraestrutura da AB é importante por propiciar melhores condições de trabalho e atendimento aos usuários de saúde, além de ser um dos fatores que contribui para aumentar a rotatividade dos médicos nas eSF (MACEDO *et al.*, 2019). Além disso, UBS em piores condições tem menores chances de participar de programas como Pmaq-AB e PMM, o que contribui para enfraquecer o potencial de redução de iniquidades desses programas (GIOVANELLA *et al.*, 2016).

A maior parte das UBS em piores condições está localizada nas regiões Norte e Nordeste, que apresentam historicamente condições mais adversas de acesso aos serviços de saúde. De acordo com Giovanella *et al.* (2016), os investimentos do Requalifica UBS atingiram pouco aquelas UBS com infraestrutura em piores condições e estas, por sua vez, não receberam médicos do PMM.

Segundo o MS, toda a demanda de reforma e ampliação de UBS solicitada pelos municípios foi autorizada, sendo que até 2015 havia sido destinado aproximadamente R\$ 1 bilhão à execução dessas obras em 9,8 mil UBS. Em relação ao componente construção, até então, havia sido autorizada a construção de aproximadamente mil unidades no âmbito do programa que, somadas àquelas autorizadas em antes de 2011, somavam 2,4 mil UBS e um investimento de R\$ 656 milhões (BRASIL, 2015d).

Após a criação do PMM, foi realizada nova etapa de adesão ao Requalifica UBS e todas as solicitações que respeitaram as regras do programa também foram atendidas, de modo que o número de reformas e ampliações passou para 15,3 mil UBS e o de construções para 7,9 mil. Também as UBS Fluviais atingiram o número de 45. Com isso, o orçamento do programa passou para 4,9 bilhões de reais destinados a financiar mais de 23 mil obras em mais de 4,9 mil municípios do Brasil (BRASIL, 2015d).

Até 2013, o projeto da menor UBS financiada pelo MS, para apenas uma eSF, passou de 200 m² de área construída para, no mínimo, 300 m² e o recurso repassado para sua construção dobrou de valor, chegando a R\$ 400 mil. No caso da maior UBS, para quatro equipes, o tamanho passou para quase 600 m² e os valores para quase

R\$ 800 mil. Esse espaço inclui sala de espera, sala de observação e de procedimentos, sala de reuniões, copa e sanitários para os profissionais, consultórios para todos os profissionais de nível superior, consultório multifuncional extra, espaço de acolhimento, além do que já era previsto anteriormente para farmácia, sala de vacinas e demais ambientes de esterilização, sanitários para os usuários, almoxarifado, arquivo, gerência (BRASIL, 2015d).

Em junho de 2015, a situação de execução e conclusão das obras financiadas pelo Requalifica UBS era a apresentada na Tabela 20.

Tabela 20 – Situação das obras do eixo infraestrutura em junho de 2015

Tipo de obra	Não iniciada		Execução		Concluídas		Total
	N	%	N	%	N	%	N
Construção	618	7,8	5.703	72,2	1.577	20	7.898
Ampliação	508	6,8	3.003	40,1	3.984	53,2	7.495
Reforma	498	6,4	2.281	29,2	5.027	64,4	7.806
UBS Fluvial	28	62,2	15	33,3	2	4,4	45
Total	1.652	7,1	11.002	47,3	10.509	45,6	23.163

Fonte: BRASIL (2015d).

Já em junho de 2019, das 32.623 obras iniciadas, 26.407 estavam vigentes, 2.027 estavam em cancelamento, 2.623 foram canceladas pelo MS e 1.566 foram canceladas pelo ente. Dentre as obras vigentes, 9.496 eram do tipo construção, 8.857 eram de reforma e 8.054 eram obras de ampliação de UBS. Quanto ao estágio, 83% estavam concluídas, 11% estavam em execução e 6% em ação preparatória. Até então, o total de recursos repassados no âmbito do programa já ultrapassava 5,4 bilhões de reais (BRASIL, 2019g).

4.3.2 UBS fluviais construídas

As UBS fluviais foram incluídas no Requalifica UBS em 2013 e atendem às populações ribeirinhas da Amazônia Legal e do Pantanal sul mato-grossense, funcionando 20 dias por mês em área delimitada para atuação, incluindo o deslocamento fluvial até as comunidades e o atendimento à população.

Até 2015, haviam sido contemplados convênios para a construção de 45 unidades. Em 2019, esse número estava em 104, estando 102 convênios vigentes e 2 cancelados. Dentre os vigentes, 32% estavam concluídos, 54% estavam em execução e 14% em ação preparatória. Até então, os recursos repassados somavam quase 158 milhões de reais (BRASIL, 2019g).

5. Governança

O arranjo institucional do PMM foi estruturado, incorporando as dimensões da intersetorialidade, das relações federativas, da territorialidade e da participação de atores não estatais (LOTTA *et al.*, 2016). Os órgãos responsáveis pela coordenação da política são o MS e o MEC. O MS é responsável pela coordenação geral do programa, pelas atividades da residência em MFC no âmbito da rede saúde-escola e pelo Requalifica UBS. Já o MEC é responsável pela autorização do funcionamento dos cursos de medicina, com consulta ao MS conforme será descrito mais à frente, pela regulamentação das mudanças curriculares dos programas de graduação e de residência médica e pela avaliação específica para os cursos de graduação em medicina. Os dois ministérios atuam de forma conjunta para coordenar as ações referentes aos Coapes e ao PMMB.

O Decreto nº 8.040, de 08 de julho de 2013, instituiu o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do PMM e definiu que a coordenação de ambos compete ao MS, além de terem em sua composição representantes do MEC, da Casa Civil da Presidência da República e do então MPOG²¹. Ao Comitê Gestor, instância de caráter deliberativo, foram delimitadas as competências de fixar metas e orientar a formulação, a implementação, o monitoramento e a avaliação do PMM. Já ao Grupo Executivo, vinculado ao Comitê Gestor, restou assegurar, monitorar e avaliar a execução das ações a serem desenvolvidas no âmbito do PMM, com base nas orientações emitidas pelo Comitê Gestor.

O referido Decreto foi revogado pelo Decreto nº 10.087, de 5 de novembro de 2019, e não foi editado outro normativo instituindo um novo Comitê Gestor, provavelmente pela intenção do governo de substituir o PMM pelo Programa Médicos pelo Brasil. Com essa alteração, não ficou claro quem assumiu as funções antes desempenhadas pelo comitê.

Entidades como Conass, Conasems, Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes), Abem e entidades associativas nacionais médicas e de estudantes de medicina, dentre outros órgãos e entidades especialistas em assuntos afetos ao tema, poderiam participar das reuniões mediante

²¹ Este Ministério passou a integrar o Ministério da Economia a partir de 2019.

convite do Grupo Executivo. Não foi possível encontrar atas ou notícias que confirmassem a participação dessas entidades em reuniões a convite do Grupo Executivo, uma vez que não foram encontradas divulgações das atas ou outros registros das reuniões, de modo que sua transparência poderia ser aprimorada. O que se verifica, é a ocorrência de eventos e seminários sobre o programa que contaram com a participação de universidades, Conass e Conasems, dentre outros, como o seminário de avaliação dos três anos do PMM, realizado em 2016 e promovido pela Opas.

Segundo Lotta *et al.* (2016), não houve espaço para participação de atores não governamentais no desenho e implementação do PMM. Já das etapas de monitoramento e avaliação, além dos entes governamentais, participou também a Rede Observatório do Programa Mais Médicos (ROPMM)²², que conta com universidades e instituições de pesquisa. Pode-se considerar sua criação como um avanço no sentido de ampliar a participação, mas um avanço relativo, visto que a participação é restrita (LOTTA *et al.*, 2016).

Os autores afirmam ainda que o programa não avançou na construção de novas instituições participativas, baseando-se apenas naquelas já existentes no SUS, como: Comissão Intergestores Tripartite (CIT); Comissões Intergestores Bipartite (CIB); conferências federal, estaduais e municipais; e conselhos de saúde. Assim, argumenta-se que há pouca participação estruturada dentro do programa, mas ampla participação via canais institucionais do SUS.

Pelos normativos do programa, bem como pelos produtos de atividades de controle interno e externo já mencionados nesse trabalho que tiveram o PMM como objeto, percebe-se que, ao menos até 2015, havia certa transparência e prestação de contas em relação à gestão da política. Embora houvesse diversas controvérsias associadas ao PMM, como pagamentos antecipados feitos a Opas e os valores recebidos pelos médicos cubanos, boa parte da informação referente ao programa era pública. Entretanto, após esse ano, as informações foram deixando de ser atualizadas.

²² Rede científica composta por pesquisadores de instituições de ensino e pesquisa de todas as regiões do País no formato de estudos multicêntricos integrados. Participantes: Universidade Federal (UF) do Rio Grande do Sul, UF da Paraíba, UF do Mato Grosso do Sul, UF da Fronteira Sul, UF do Pará, Fiocruz Manaus, Escola do Grupo Hospitalar Conceição, UF de Ciências de Saúde de Porto Alegre, UF de Minas Gerais, UF de São Carlos, UF de São Paulo, UF de Campina Grande e UF de Santa Maria, Instituto Federal do Rio Grande do Sul.

No sítio oficial do programa, por exemplo, os dados de resultado e impacto datam de 2015, em que pese o programa continuar em execução.

5.1. Provimento Emergencial

O eixo de provimento emergencial foi regulamentado pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.369, de 2013. De acordo com ela, o PMMB seria executado por meio de instrumentos de articulação interfederativa, cooperação com instituições de educação superior, programas de residência médica, escolas de saúde pública e mecanismos de integração ensino-serviço. Assim, o PMMB é executado em cooperação com: órgãos e entidades da administração pública, direta e indireta, da União, dos Estados, do DF e dos Municípios e com consórcios públicos; instituições de educação superior brasileiras, programas de residência médica, escolas de saúde pública e outras entidades privadas, mediante termo de compromisso; e com instituições de educação superior estrangeiras e organismos internacionais, mediante instrumentos específicos.

Essa portaria também constituiu a Coordenação do PMMB, composta por: três representantes do MS, sendo pelo menos um da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), responsável por presidir a coordenação; e três representantes do MEC, sendo pelos menos um da Secretaria de Educação Superior (Sesu/MEC). A Coordenação poderia convidar representantes de outros órgãos e entidades, públicas e privadas, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, para cooperar com ela.

A Coordenação do PMMB tinha como competência coordenar, monitorar e avaliar as ações pertinentes ao projeto, subsidiar o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do PMM, bem como promover a articulação entre os órgãos e entidades, instituições de educação superior estrangeiras e organismos internacionais participantes das ações do projeto. Ela também é responsável por avaliar e aprovar as manifestações de interesse em aderir ao projeto apresentadas pelos municípios elegíveis, recomendar e solicitar aos órgãos e entidades públicas a expedição de atos normativos essenciais ao disciplinamento e operação do projeto e deliberar acerca da exclusão de entes federativos, órgãos, entidades, instituições e organismos e desligamento de médicos participantes do PMMB.

Essa Coordenação também tinha a competência para definir, em conjunto com o UNA-SUS e as instituições públicas de educação superior, o módulo de acolhimento e avaliação oferecido aos médicos intercambistas e o curso de especialização em AB à saúde e às demais atividades de pesquisa, ensino e extensão que são oferecidos no âmbito do projeto e a respectiva metodologia de acompanhamento e avaliação.

A definição dos municípios em que os médicos participantes desenvolverão as atividades de ensino, pesquisa e extensão, bem como a constituição das Comissões Estaduais do PMMB, que são instâncias de coordenação, orientação e execução das atividades necessárias à execução do projeto no âmbito da respectiva unidade da federação, também são competências dessa coordenação.

A celebração dos termos de adesão e compromisso a serem firmados com DF, Municípios e médicos participantes do projeto são de competência do MS. Já aqueles a serem firmados com as instituições de educação superior, programas de residência médica e escolas de saúde pública participantes do projeto estão a cargo do MEC.

O acordo com a Opas foi materializado pelo MS com a assinatura, em abril de 2013, do 80º Termo de Cooperação Técnica – Ampliação do Acesso da População Brasileira à Atenção Básica em Saúde, que tinha como objeto o “desenvolvimento de estratégias e processos de ampliação do acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial aos serviços de atenção básica em saúde, por meio de ações articuladas para atender as necessidades de populações selecionadas, contribuindo para a implementação do Sistema” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p. 02).

No âmbito do MEC, a Sesu atua de modo a mediar a relação entre as instituições que realizam as atividades de supervisão e tutoria e a gestão federal do PMMB. Essa secretaria também faz a articulação com instituições parceiras, como UNA-SUS e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) para possibilitar o acompanhamento e monitoramento eletrônicos das ações de supervisão e para apoiar o ministério nos processos logísticos de deslocamento de tutores e supervisores às unidades em que os médicos do programa estavam atuando. À EBSEH cabe apoiar o MEC nos processos de pagamento de bolsas a tutores e supervisores (ALMEIDA, MACEDO e SILVA, 2019). Cabe ressaltar que o apoio logístico para o deslocamento de supervisores e tutores

do Grupo Especial de Supervisão, responsável pela supervisão em áreas indígenas e em regiões com dificuldade de acesso nos estados do Pará, Amazonas, Roraima e Acre foi provido pelo MD.

Diante do exposto, percebe-se que foi criada uma estrutura de governança que, em tese, permitia avaliar, direcionar e monitorar a gestão do PMM. No entanto, as falhas apresentadas no capítulo de implementação indicam que os mecanismos utilizados poderiam ser aprimorados. Um exemplo é que, embora existissem normativos que buscavam evitar a substituição de médicos já atuantes em eSF nos municípios, o que indica que o MS estava preocupado em coibir essa prática, sua ocorrência na magnitude aferida pelos estudos já mencionados aponta fragilidades em controles internos e no monitoramento do PMMB que poderiam comprometer o alcance dos benefícios desejados, uma vez que não se verificaria o crescimento esperado do número de eSF, o que, por sua vez, prejudicaria o fortalecimento da AB. Além disso, a redução da oferta regular de médicos pelos municípios e sua substituição pela do programa caracterizam uma distorção que gera um quadro de insegurança assistencial em função da dependência dos municípios em relação ao provimento federal (SENADO FEDERAL, 2018).

5.2. Formação médica

Em 22 de julho de 2013, o MEC publicou a Portaria Normativa nº 15, que instituiu a Política Nacional de Expansão das Escolas Médicas das Ifes. Essa política tinha por objetivos criar novos cursos de graduação em medicina e aumentar a quantidade de vagas naqueles já existentes. A competência para autorizar tais ações nas instituições privadas foi atribuída à Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior (Seres). Já a criação de vagas na rede federal é atribuição da Sesu, a quem ainda cabe assegurar, com o aporte dos recursos necessários, a implantação e o funcionamento satisfatório dos cursos de medicina criados com base na referida portaria, bem como o cumprimento pelas Ifes dos requisitos de qualidade definidos na Portaria Normativa MEC nº 02, de 1º de fevereiro de 2013, que estabeleceu os procedimentos e o padrão decisório para analisar os pedidos de autorização dos cursos de graduação em medicina.

Conforme o artigo 3º da Lei 12.871/2013, cabe ao Ministro da Educação autorizar o funcionamento de curso de graduação em medicina, por instituição de educação superior privada, precedida de chamamento público, bem como dispor sobre:

- I - pré-seleção dos municípios para a autorização de funcionamento de cursos de medicina, ouvido o Ministério da Saúde;
- II - procedimentos para a celebração do termo de adesão ao chamamento público pelos gestores locais do SUS;
- III - critérios para a autorização de funcionamento de instituição de educação superior privada especializada em cursos na área de saúde;
- IV - critérios do edital de seleção de propostas para obtenção de autorização de funcionamento de curso de medicina; e
- V - periodicidade e metodologia dos procedimentos avaliatórios necessários ao acompanhamento e monitoramento da execução da proposta vencedora do chamamento público.

A Seres/MEC faz a pré-seleção de municípios conforme os procedimentos estabelecidos em Portaria Normativa²³, observando: i) relevância e necessidade social da oferta de curso de medicina; ii) estrutura de equipamentos públicos; iii) cenários de atenção na rede; e, iv) programas de saúde existentes e disponíveis no município de oferta do curso, segundo informações fornecidas pelo MS.

Para definir a relevância e a necessidade social da oferta de curso, as portarias normativas definiram como critérios: demanda social por profissionais médicos na região de saúde e unidade da federação, observado o respectivo número de médicos por mil habitantes; demanda social por vagas de graduação em medicina na unidade da federação, considerando o respectivo número de vagas de curso por dez mil habitantes; impacto esperado com a ampliação do acesso à educação superior na região de saúde e unidade da federação; articulação com a necessidade de outros cursos na área de saúde; e coerência com as políticas públicas da saúde na região de saúde e unidade da federação.

Para analisar os demais pontos, o MEC receberia informações do MS relativas a cenários de atenção na rede, programas de saúde existentes e disponíveis na região de saúde e no município de oferta do curso, que seriam analisados a partir dos seguintes indicadores: número de leitos do SUS por aluno; existência de equipes multiprofissionais de atenção domiciliar; número de alunos por equipe de AB; existência de

²³ A Portaria Normativa nº 18, de 7 de dezembro de 2017, é a que está em vigor, mas os editais anteriores seguiram o disposto nas Portarias Normativas nº 13, de 9 de julho de 2013, e nº 5, de 1º de abril de 2015.

leitos de urgência e emergência ou Pronto Socorro; grau de comprometimento dos leitos do SUS para utilização acadêmica; existência de programas de residência nas especialidades prioritárias, conforme legislação em vigor; adesão pelo município Pmaq-AB; existência de Centro de Atenção Psicossocial; e hospital de ensino ou unidade hospitalar com potencial para ser certificado como hospital de ensino.

É possível que outros municípios da mesma região de saúde, bem como gestores estaduais, ofertem sua rede como cenário de prática, desde que celebrem termo de parceria com o gestor local do SUS do município pré-selecionado para ofertar curso de medicina. Caso não existam programas de residência médica nas áreas prioritárias no município, ou eles sejam insuficientes, a Seres/MEC disciplinará a respeito de obrigação específica para abertura de vagas pela instituição de educação superior privada vencedora do edital de seleção.

Para participar da pré-seleção, o município deve aderir ao chamamento público e aqueles pré-selecionados recebem comissões de especialistas designadas pela Seres/MEC para verificação de requisitos e garantir que as condições necessárias à implantação do curso de medicina são cumpridas. Após essa verificação, o município celebra Termo de Compromisso com a secretaria para efetivar sua inclusão no edital de mantenedoras para autorização de funcionamento de curso de medicina. Esse termo deve prever o regramento da estrutura dos equipamentos públicos, cenários de atenção na rede e programas de saúde por meio do Coapes.

Os municípios que não obtiverem resultado satisfatório na verificação *in loco* a ser realizada pelas comissões de especialistas poderão ser considerados excluídos do processo de seleção ou selecionados condicionado ao saneamento de pendências, a critério da Seres/MEC. Apenas os municípios pré-selecionados que tiverem cursos de medicina autorizados por iniciativa do sistema estadual de ensino ou em função da expansão da rede federal são excluídos deste processo de seleção.

Os editais de pré-seleção dos municípios seguiram os parâmetros estabelecidos nas portarias, indicando que os critérios mencionados foram de fato aplicados. Porém, os resultados dos editais divulgam apenas a relação de municípios selecionados, não sendo possível saber quantos se inscreveram ou por que não foram selecionados. A Portaria nº 646, de 2 de dezembro de 2013, que divulgou o resultado do

primeiro edital estabeleceu em seu artigo 3º que os pareceres da Seres/MEC referentes à pré-seleção dos municípios poderiam ser acessados apenas pelo gestor municipal, dispositivo que não aparece nas demais portarias.

Finalizada a seleção dos municípios, abre-se edital para chamamento público das mantenedoras de instituições de ensino superior e seleção de propostas apresentadas para autorização de funcionamento de cursos de medicina. Dentre os critérios estabelecidos pela Seres/MEC estão: habilitação jurídico-financeira, que inclui regularidade jurídica, fiscal e normativa e capacidade econômico-financeira; critérios de qualidade e experiência regulatória; e análise e classificação das propostas, incluindo dimensão didático-pedagógica, corpo docente, instalações físicas da instituição de ensino superior, contrapartida ao município, qualificação de hospital de ensino e implantação de residência médica.

Cabe ressaltar que a habilitação para autorização de funcionamento de graduação em medicina precisa observar o oferecimento, pela instituição de educação superior privada, de contrapartida à estrutura de serviços, ações e programas de saúde do SUS do município e/ou na região de saúde do curso. De acordo com a Portaria Normativa MEC nº 16, de 25 de agosto de 2014, as modalidades de contrapartida são: formação para os profissionais da rede de atenção à saúde²⁴; construção e/ou reforma da estrutura dos serviços de saúde; aquisição de equipamentos para a rede de atenção à saúde; e pagamento de bolsas de residência médica em programas de MFC e, no mínimo, dois outros das áreas prioritárias.

Por fim, cabe ressaltar que a Portaria MEC nº 328/2018 suspendeu o protocolo de pedidos de aumento de vagas e de novos editais de chamamento público para autorização de cursos de graduação em medicina por cinco anos.

Para monitorar a implantação e a oferta satisfatória dos cursos autorizados, a Portaria Normativa MEC nº 15/2013 previu a constituição da Comissão Especial de Avaliação de Escolas Médicas (Ceaem), ligada à Seres/MEC. Para tanto, a Ceaem deve realizar avaliações *in loco* dos cursos, tanto na fase de execução dos projetos de implantação quanto após o início da oferta, em periodicidade anual, até a emissão do ato de reconhecimento do curso.

²⁴ Conforme o art. 35 da Resolução CNE/CES nº 03, de 20 de junho de 2014.

Com a mesma finalidade, mas no âmbito da SESu/MEC, foi instituída a Comissão de Acompanhamento e Monitoramento de Escolas Médicas (Camem) pela Portaria MEC nº 306, de 26 de março de 2015. Essa comissão é presidida por um representante da SESu e é composta por um grupo de docentes especialistas em educação nas profissões da saúde, convidados pela SESu/MEC e nomeados em portaria específica. A Camem tem por objetivos participar dos processos de avaliação relacionados aos cursos de graduação, com vistas a auxiliar os procedimentos regulatórios; realizar visitas de avaliação *in loco* na fase de execução dos projetos de implantação dos cursos, sendo ao menos duas visitas por semestre até a emissão do ato autorizativo dos novos cursos; realizar visitas periódicas de acompanhamento e monitoramento *in loco* nos novos cursos de medicina criados, até a emissão do ato regulatório de reconhecimento dos cursos; dentre outros.

Como já mencionado, o Coapes deve ser firmado entre os gestores locais e regionais do SUS e as instituições de ensino responsáveis pela oferta dos cursos de medicina e de programas de residência médica com a finalidade de planejar a formação dos profissionais e definir ações para avançar na integração ensino-serviço. As diretrizes para sua celebração foram estabelecidas pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.127, de 04 de agosto de 2015, e deverão conter, obrigatoriamente: definição dos serviços de saúde que serão campo de atuação das instituições de ensino; definição das atribuições dos serviços de saúde e das instituições formadoras, em relação à gestão, assistência, ensino, educação permanente, pesquisa e extensão; definição do processo de designação dos preceptores da rede de serviços de saúde e sua relação com a instituição responsável pelo curso de graduação ou programa de residência; e previsão da elaboração de planos de atividades de integração ensino-serviço-comunidade para cada serviço de saúde.

O processo de contratualização deve envolver todas as instituições de ensino interessadas e todos os gestores municipais, estaduais e federal responsáveis pela rede utilizada como campo de prática no território objeto do contrato, sendo coordenado por um dos gestores municipais. Cada município pode ser coordenador de um único Coapes, mas pode ser parte contratante de outros que utilizem seu território enquanto cenário de prática. Assim, os municípios com mais de uma instituição de ensino e/ou programa de residência em seu território devem celebrar um Coapes envolvendo todas as instituições e/ou programas, podendo ser incorporados ao contrato

termos aditivos específicos de pactuação entre os gestores do SUS e cada instituição e/ou programa.

Uma vez celebrado o contrato, deve ser constituído o Comitê Gestor Local do Coapes, que deve acompanhar sua execução e avaliar a integração ensino-serviço-comunidade. Tal comitê é composto por representantes dos segmentos envolvidos, como professores, estudantes, gestores, profissionais de saúde e membros do controle social em saúde, preferencialmente do segmento dos usuários.

Dentre outras, são competências do MEC relativas ao Coapes: aperfeiçoar o sistema atual de avaliação da educação superior em relação aos cursos de graduação na área da saúde e programas de residência em saúde, priorizando a dimensão da avaliação voltada à formação para o SUS; desenvolver estratégias de apoio técnico junto aos estados, municípios e instituições de ensino no processo de desenvolvimento do Coapes; induzir e apoiar as Ifes nos processos de integração ensino-serviço-comunidade; realizar medidas de articulação junto ao sistema federal de educação para implementação das DCN; definir, em conjunto com o MS, diretrizes de pactuação, monitoramento e avaliação da execução dos Coapes; e incluir os Conselhos de Saúde nas iniciativas de pactuação, monitoramento e avaliação da execução dos contratos.

Já ao MS, compete: priorizar os incentivos previstos nas políticas e programas federais para estados e municípios que aderirem ao Coapes e que estejam envolvidos nas ações de integração entre ensino, serviço e comunidade; promover a formação de preceptores no serviço de saúde, apoiando ações de valorização profissional; desenvolver estratégias de apoio técnico junto aos estados, municípios e instituições de ensino no processo de pactuação e desenvolvimento do Coapes; induzir e apoiar estados e municípios para a gestão das atividades de integração ensino-serviço; definir, em conjunto com o MEC, diretrizes de pactuação, monitoramento e avaliação da execução dos Coapes, com a participação dos Conselhos de Saúde em todas as suas instâncias; dentre outras.

Já as competências das instituições de ensino e dos programas de residência em saúde inclui: participar e manter representação no Comitê Gestor Local do Coapes; contribuir de forma corresponsável com a gestão dos serviços de saúde, definindo conjuntamente metas e ações para melhoria dos indicadores de saúde loco-regionais e da atenção prestada; garantir a participação dos profissionais de saúde no

planejamento e avaliação das atividades que serão desenvolvidas em parceria com os serviços de saúde; supervisionar efetivamente as atividades desenvolvidas pelos estudantes; acordar, junto à gestão municipal, estadual, federal e do DF, medidas que mantenham a promoção da atenção contínua, coordenada, compartilhada e integral, respeitando-se a relação estudante-usuário de serviço de saúde/docente/preceptor, de modo a evitar a descontinuidade do atendimento, a superlotação do serviço e prejuízos à atenção à saúde ao usuário do SUS; contribuir com a rede de serviços do SUS através de contrapartidas²⁵; dentre outras.

Compete à gestão em saúde estadual e municipal: mobilizar o conjunto das instituições de ensino e municípios como campo de prática no seu território para discussão e organização da integração entre ensino, serviço e comunidade, com vistas à celebração de um único contrato; definir critérios equânimes relativos à inserção das instituições de ensino nos cenários de prática nos quais serão desenvolvidas as atividades acadêmicas, priorizando as instituições de ensino públicas, conforme preceitos do SUS; definir de forma articulada com as instituições de ensino os critérios para seleção de profissionais dos serviços de saúde para desenvolvimento das atividades de supervisão/tutoria/preceptoria; disponibilizar as instalações e equipamentos nas redes de atenção à saúde para o desenvolvimento das atividades acadêmicas teóricas e práticas dos cursos de graduação e de programas de residência em saúde; dentre outras.

Ao controle social em saúde, compete: participar do processo de fortalecimento da integração entre ensino, serviço e comunidade, quando do desenvolvimento de iniciativas de contratualização, monitoramento e avaliação da execução dos Coapes, em todas as suas etapas e níveis de execução; apresentar as demandas dos usuários e dos profissionais de saúde que atuam no SUS; monitorar as condições de estruturação e reestruturação da rede de serviços para atender as demandas relativas à presença de estudantes e docentes; monitorar a transparência pública da contrapartida institucional das instituições de ensino nos campos de prática dos estudantes; dentre outras.

²⁵ As formas de contrapartida, estabelecidas pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.127/2015, são: oferta de processos formativos para os trabalhadores e gestores da rede; oferta de residência em saúde; desenvolvimento de pesquisas e novas tecnologias, a serem estipulados nos Planos de Atividade de Integração Ensino Serviço; e, nos casos das instituições privadas, investimento na aquisição de equipamentos, material permanente e outros bens

A Portaria Interministerial MEC/MS nº 10, de 20 de agosto de 2014, instituiu também a Comissão Executiva e o Comitê Nacional dos Coapes, sendo que as deliberações da Comissão Executiva devem ser precedidas de consulta ao Comitê Nacional. A Comissão Executiva auxilia o MEC e o MS na execução das ações necessárias para assegurar a pactuação dos contratos e é composta por um representante da Sesu/MEC, um da Seres/MEC, um da SGTES/MS e um da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), sendo coordenada conjuntamente pelos membros da Sesu/MEC e da SGTES/MS.

Dentre as competências da Comissão Executiva estão: definir padrão e diretrizes de contratualização entre as instituições de ensino superior e as gestões estaduais e municipais de saúde; definir sistema de avaliação e monitoramento da execução dos Coapes; instituir comitês locais de integração ensino-serviço; definir o aperfeiçoamento do sistema de avaliação de cursos de graduação, programas de residência médica e atividades de integração ensino-serviço; e propor a disciplina da utilização da rede de atenção à saúde pelas instituições de ensino superior. A Comissão Executiva também define indicadores e metas, obrigatórios e facultativos, para avaliar a celebração e a implementação dos Coapes.

Além dos integrantes da Comissão Executiva, compõem o Comitê Nacional: Inep, EBSEH, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS), CNS, Conass, Conasems, Abem e Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem), cada um com um membro.

A Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (Anasem), foi instituída pela Portaria MEC nº 982, de 25 de agosto de 2016, e sua implementação foi feita pelo Inep, que constituiu um comitê técnico de avaliação da formação médica para tal. A participação do estudante seria obrigatória, uma vez que a avaliação seria componente curricular obrigatório e condicionaria a diplomação. A inscrição seria responsabilidade da instituição de ensino e os resultados da avaliação deveriam servir de referencial de qualidade do ensino médico e poderiam constituir modalidade única ou complementar aos processos de seleção para residência.

O Cadastro Nacional de Especialistas foi regulamentado pelo Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015. Compilar, gerir e atualizar o cadastro, bem como garantir a proteção das informações sigilosas é competência da SGTES/MS. Para a

formação do cadastro, CNRM, CFM, AMB, sociedades de especialidades a ela vinculadas, MEC e instituições de ensino superior deveriam disponibilizar suas bases de dados atualizadas ao MS de forma permanente e sempre que houver solicitação.

É importante ressaltar que, embora o cadastro tenha sido retirado do ar, o decreto que o regulamentou não foi expressamente revogado, de modo que permanecessem as obrigações e direitos por ele estabelecidos.

5.3. Infraestrutura

O Requalifica UBS é acompanhado pela Secretaria de Atenção Primária a Saúde²⁶ (Saps) do MS. Cada um de seus componentes é disciplinado por portaria específica, embora os processos tenham a mesma essência.

O componente ampliação, segundo a Portaria MS nº 339, de 4 março de 2013, refere-se a ampliações de UBS implantadas em imóvel próprio do município ou DF ou a ele cedido por outro ente federativo, que tenha metragem inferior a 153,24 m² ou, desde que seja ampliada a oferta de serviços, metragem superior a 153,24 m². O total de recursos a serem repassados por estado ou DF relativos a esse componente são definidos em ato normativo específico do MS, sendo que o percentual de população em situação de extrema pobreza, o Produto Interno Bruto (PIB) "per capita" do respectivo ente federativo e a necessidade de intervenções com base nos diagnósticos de infraestrutura disponíveis no MS são os critérios de prioridade utilizados para definir tal montante.

Já o componente reforma é definido pela Portaria MS nº 341, de 4 de março de 2013, e é composto pelos grupos de serviços: demolições e retiradas; infraestrutura; estrutura; alvenaria; cobertura; esquadrias; instalações hidrossanitárias, elétricas e especiais; rede lógica; pisos; revestimentos; vidros; pinturas; e limpeza da obra. Podem ser financiadas as reformas de UBS implantadas em imóvel próprio do município ou DF ou a ele cedido por outro ente federativo, que possua documentação regular e cuja metragem seja superior a 153,24 m².

A ambos os componentes aplicam-se as regras descritas a seguir. Para pleitear sua habilitação, o ente federativo deve cadastrar sua proposta perante o MS para

²⁶ O Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, alterou a estrutura organizacional do MS, extinguindo a Secretaria de Atenção à Saúde e criando a Secretaria de Atenção Primária a Saúde.

fins de cálculo do valor do montante de recursos financeiros correspondentes à ampliação da respectiva UBS e obtenção do formato da pré-proposta, que, após ser finalizada, deve ser enviada à respectiva CIB para validação. Na pré-proposta a ser enviada pelos estados e municípios à CIB, deverá ser incluído o plano de ampliação ou reforma de UBS, composto pelas ações, metas e responsabilidades de cada ente federativo. No caso do DF, a pré-proposta deve ser apresentada ao Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do DF (CGSES/ DF).

Após validarem as propostas, as CIB e o CGSES/DF devem enviar a Saps/MS, a listagem das propostas contempladas dos entes federados com os respectivos valores pactuados. Compete ao MS aprovar, total ou parcialmente, a listagem das propostas recebidas e seus respectivos valores, utilizando-se em sua avaliação, para fins de autorização e priorização, os mesmos critérios destacados anteriormente, mas relativos apenas aos municípios. Já para selecionar as propostas, o MS utiliza como critério: entes federativos ou região dos municípios com elevada proporção de população em extrema pobreza; e desempenho do ente federativo na execução das obras do programa.

Após análise e aprovação da lista de propostas, o MS publica ato normativo específico de habilitação do município ou do DF para o recebimento do incentivo financeiro. Até 2016, o valor do incentivo recebido era igual para todas as regiões do país e dependia apenas do tipo da UBS. A partir de 2017, os valores passaram a variar também a depender da região, sendo o custo por m² calculado com base nos índices do Sistema Nacional de Pesquisa de Custos e Índices da Construção Civil (SINAPI).

Em 2019, no caso do componente ampliação, o valor mínimo era de R\$ 66.208,00 (região Nordeste) e o valor máximo de R\$ 1.076.000,00 (região Sudeste). No caso do componente reforma, o valor mínimo era de R\$ 66.208,00 (região Nordeste) e o máximo, de R\$ 645.579,00 (região Sudeste).

Caso o custo final da ampliação seja superior ao incentivo financeiro, a diferença de valores deve ser custeada pelo próprio município ou DF. Caso o custo final seja inferior, a diferença pode ser utilizada para o acréscimo quantitativo de ações de ampliação dirigidas exclusivamente à mesma UBS contemplada.

Uma vez publicada a habilitação, o repasse dos recursos é realizado pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) ao respectivo Fundo Municipal de Saúde ou ao Fundo de Saúde do DF em parcela única, a partir de 2017. Até 2016, o repasse era

feito em duas parcelas, sendo a primeira equivalente a 20% do valor total aprovado e a segunda, a 80% do valor total. Para receber a segunda parcela, o ente federativo deveria inserir no sistema de monitoramento de obras (Sismob) e o MS aprovar: a respectiva Ordem de Início de Serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (CREA) ou Conselho de Arquitetura e Urbanismo (CAU), devidamente ratificada pelo gestor local e encaminhada à CIB através de ofício; fotos correspondentes às etapas de execução da obra; e demais informações requeridas pelo Sismob.

A partir de 2013, o prazo para a emissão da ordem de início de serviço e para a conclusão da obra, e sua inserção no Sismob, era de 9 e 18 meses, respectivamente. Municípios e DF deveriam atualizar as informações no Sismob, ao menos, a cada 60 dias. Caso isso não ocorresse, a Saps/MS providenciaria a suspensão do repasse de recursos do Requalifica UBS e de outros programas ou estratégias instituídos e financiados, por meio do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), pelo MS. Regularizada a situação, o FNS providenciava a regularização das transferências dos recursos. Com a mudança da forma de repasse, a falta de informação passou a ocasionar a impossibilidade de aprovação de novas propostas dentro do programa, podendo a vedação ser estendida para outros investimentos, conforme pactuação tripartite.

Caso os prazos de execução e conclusão das obras sejam descumpridos, o ente federativo beneficiário fica sujeito: à devolução imediata dos recursos financeiros repassados pelo FNS e não executados no âmbito do programa, acrescidos da correção monetária prevista em lei; e ao disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos repassados pelo FNS para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado. Porém, ainda que esteja em situação de irregularidade, o ente pode participar do processo de seleção de novas propostas, mas para estar apto à habilitação, deverá estar com as obras contempladas em curso monitoradas e com informações atualizadas no sistema até o mês anterior à publicação da lista contendo as propostas habilitadas.

Após o término da ampliação da UBS, o ente federativo assume a manutenção preventiva da unidade pelo prazo mínimo de cinco anos como condição para continuar no programa e, depois desse prazo, para receber eventuais novos recursos

financeiros. Como condição para continuar apto ao financiamento e receber eventuais novos recursos financeiros, o ente beneficiário deve informar o início, andamento, conclusão e posteriores manutenções preventivas da obra, além de outras informações requeridas pelo Sismob.

A Portaria MS nº 340, de 4 de março de 2013, definiu quatro portes de UBS a serem financiadas por meio do componente construção, bem como os valores mínimos de área física e quantidade de ambientes, conforme o respectivo porte da UBS. O porte da unidade é estabelecido conforme a destinação e aptidão para abrigar uma, duas, três ou quatro equipes de AB, cada uma com número de profissionais compatível. O valor do incentivo financeiro destinado pelo MS para o financiamento da construção de UBS, em 2019, variava entre: R\$ 726 mil e R\$ 1,042 milhão na região Norte; R\$ 663 mil e R\$ 951 mil na região Nordeste; R\$ 750 mil e R\$ 1,076 milhão na região Sudeste; R\$ 746 mil e R\$ 1,071 milhão na região Sul; e R\$ 725 mil e R\$ 1,041 milhão na região Centro-Oeste.

Para selecionar as propostas cadastradas, o MS considera os seguintes critérios: entes incluídos no Programa Minha Casa Minha Vida; entes ou região dos municípios com elevada proporção de população em extrema pobreza; e desempenho do ente na execução das obras do Requalifica UBS. Após análise e aprovação da proposta, o MS edita portaria específica de habilitação do ente federativo contemplado para o recebimento do financiamento previsto.

A partir de 2017, o repasse dos recursos passou a ser feito em parcela única, mas até 2016, era feito em três parcelas, sendo a primeira e a terceira equivalentes a 20% do valor total aprovado e a segunda, a 60%. A primeira parcela era recebida após a publicação da portaria de habilitação. Para receber a segunda parcela, o ente federativo deveria inserir no Sismob e o MS aprovar: a respectiva Ordem de Início de Serviço, assinada por profissional habilitado pelo CREA ou CAU, devidamente ratificada pelo gestor local e encaminhada à CIB através de ofício; fotos correspondentes às etapas de execução da obra; e demais informações requeridas pelo Sismob. A terceira parcela era liberada após a conclusão da edificação da unidade e a inserção no sistema do respectivo atestado de conclusão, assinado por profissional habilitado pelo CREA ou CAU, ratificado pelo gestor local e encaminhado à CIB através de ofício, além das fotos correspondentes às etapas de execução e à conclusão da obra e demais informações requeridas pelo Sismob.

O prazo para a emissão da ordem de início de serviço e sua inserção no Sis-mob era de 15 meses para as propostas habilitadas em 2013 e de nove meses para aquelas habilitadas a partir de 2014. Para a emissão do atestado de conclusão de edificação da unidade e sua inserção no sistema, o prazo era de 18 meses. E após o pagamento da terceira parcela, o prazo para o início do funcionamento da unidade era de 90 dias.

As demais obrigações dos entes federativos já citadas para os componentes ampliação e reforma, bem como as penalidades também se aplicam ao componente construção.

A Portaria nº 381, de 6 de fevereiro de 2017, fixou os seguintes prazos para todas as obras: etapa de ação preparatória - prazo máximo de 270 dias, prorrogáveis por igual período; etapa de início de execução da obra – prazo máximo de 90 dias, prorrogáveis por mais 90 dias; etapa de execução e conclusão da obra - prazo máximo de 270 dias, prorrogáveis por igual período; etapa de entrada em funcionamento - a prazo de 90 dias, prorrogáveis por mais 90 dias.

Para a Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), o MS instituiu um componente construção próprio, estabelecido pela Portaria MS nº 290, de 28 de fevereiro de 2013, e aplica-se aos estados e municípios da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-grossense. O valor máximo destinados pelo MS para o financiamento da construção de cada UBSF é de R\$ 1.889.450,00 e é possível aderir ao projeto de referência ofertado pelo MS ou apresentar projeto próprio para construção da embarcação, que deve ser aprovado pelo ministério.

Para pleitear sua habilitação, o ente federativo deve apresentar uma pré-proposta que demonstre a necessidade da construção da UBSF, utilizando informações como: número de comunidades ribeirinhas e habitantes a serem beneficiados pela UBSF, percentual da população rural (ribeirinha) em que o acesso a elas se dá apenas por meio fluvial, distância das comunidades beneficiadas da sede do município, densidade demográfica e PIB per capita do município. Esse documento deve ser encaminhado à respectiva CIB, que, após validação, envia a listagem das propostas contempladas ao MS, a quem compete aprova-la, total ou parcialmente. Para isso, o ministério utiliza como critérios para fins de autorização e priorização: municípios ou região dos municípios com elevada proporção de população em extrema pobreza e/ou número absoluto ou proporção de população rural (ribeirinha) beneficiada pela UBSF,

baixa densidade demográfica e valor do PIB per capita. A lista de propostas aprovadas é publicada pelo MS em ato normativo específico que habilita o estado ou município ao recebimento do incentivo financeiro.

Caso o ente opte pelo projeto ofertado pelo MS, ele pode escolher entre receber o recurso para viabilização da construção da UBSF ou receber a doação da embarcação de referência, a qual depende da respectiva disponibilidade administrativa e financeira.

O repasse dos recursos é realizado pelo FNS ao fundo estadual ou municipal de saúde e era feito em três parcelas até 2016, sendo a primeira equivalente a 30% do valor total aprovado, a segunda, a 60% e a terceira, a 10%. A primeira parcela era transferida após a publicação da portaria de habilitação e a segunda, mediante a apresentação do projeto da embarcação e da ordem de início de serviço inserida no Sismob. Já a terceira parcela era liberada mediante emissão de parecer técnico-favorável pela Saps/MS após certificação de conclusão da embarcação. A partir de 2017, o repasse passou a ser feito em parcela única.

A partir de 2013, foi fixado prazo de nove meses para a apresentação do projeto e inserção da ordem de início de serviço no Sismob e de 18 meses para a conclusão da obra e registro da informação no sistema. Posteriormente, o primeiro prazo foi prorrogado para 30 de agosto de e o segundo para 30 de junho de 2016.

Com o término da construção da UBSF, o ente assume a manutenção preventiva da unidade como condição para continuar no programa e receber eventuais novos recursos. Ao contrário do estabelecido para os demais componentes, a Portaria MS nº 290/2013 não fixa prazo mínimo para a realização dessa manutenção.

Como condição para continuar apto ao financiamento e receber eventuais novos recursos financeiros, o ente beneficiário deve informar o início, andamento, conclusão e posteriores manutenções preventivas da obra, além de outras informações requeridas pelo Sismob, sendo que a atualização das informações deve ser feita, no mínimo, a cada 30 dias. Na eventualidade do ente alimentar e/ou atualização as informações no sistema por 60 dias consecutivos, ocorre a suspensão do repasse de recursos desse programa, bem como de outros programas/estratégias financiados pelo Requalifica UBS até o saneamento dessa irregularidade.

Na hipótese da não aplicação dos incentivos ou do descumprimento por parte do município das metas propostas e dos compromissos assumidos, os respectivos

incentivos deverão ser devolvidos ao FNS, devidamente corrigidos. Essa determinação decorrerá das fiscalizações promovidas pelos órgãos de controle interno, compreendendo os componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), em cada nível de gestão, e a CGU.

6.Resultados

6.1 Provimento Emergencial

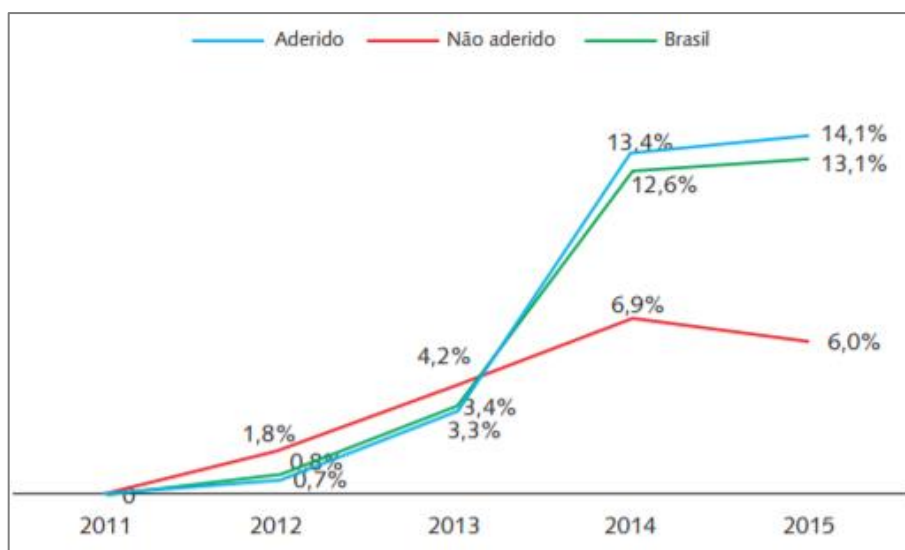
Como exposto na seção 3.1, os formuladores da política fixaram como meta para esse eixo apenas a quantidade de médicos participantes do programa, que deveria alcançar 13.200 até 2015 e 18.000 até 2019. De acordo com o relatório de avaliação do PPA referente ao ano de 2015, pode-se afirmar que a primeira meta foi atingida, pois nesse ano o programa chegou a contar com 18.240 médicos participantes. A segunda meta não foi alcançada, uma vez que em 2019 havia 14.490 médicos inscritos no PMM. Como também já mencionado, parte da redução verificada nesse indicador foi consequência do rompimento do acordo de cooperação entre o governo cubano e o governo brasileiro, intermediado pela Opas.

Embora o número de eSF tenha crescido no período, não foi na magnitude da meta estipulada de 40.400 até 2015 e 45.400 em 2019. Segundo os relatórios de avaliação do PPA referentes aos anos de 2015 e 2019, havia 40.162 eSF em atuação em 2015 e 44.472 em 2019, sendo que a justificativa para o não alcance da meta era “ausência ou insuficiência na articulação de atores para implementação da meta; insuficiência de ações de divulgação; insuficiência de quadro de pessoal, de treinamento e/ou capacitação” (BRASIL, 2020b, p.81). Entretanto é plausível que a substituição de médicos que já atuavam em eSF nos municípios por médicos do programa tenha contribuído para que a meta não fosse alcançada.

Quanto aos indicadores de cobertura das eSF e da AB, conforme exposto na Tabela 3, eles registraram crescimento entre 2012 e 2018 e diminuição em 2019. É possível que a redução verificada nesse ano seja consequência do menor número de médicos participantes do PMMB.

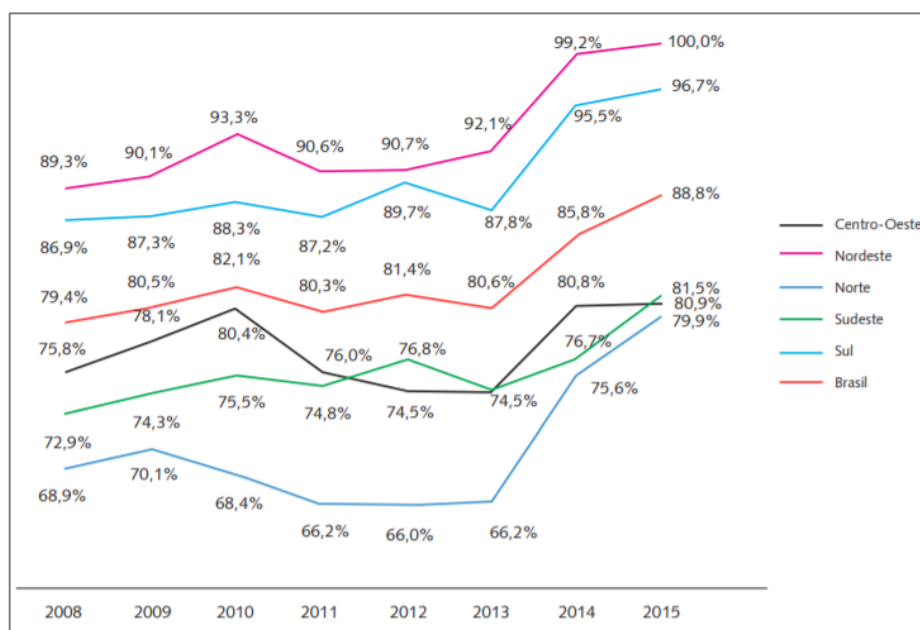
Para avaliar os resultados do provimento de médicos alcançados até 2015, Pinto *et al.* (2017) realizou análise documental, análise de bancos de dados oficiais e revisão de literatura. De acordo com os autores, o aumento da quantidade de médicos na AB (medido em horas), das coberturas da AB e da ESF, do número de eSF e do número de municípios com eSF são evidências da ampliação da cobertura de AB desde a implantação do PMMB. Os valores observados pelos autores para esses indicadores estão descritos nos Gráficos 5, 6 e 7.

Gráfico 5 – Porcentagem do aumento da média anual de médicos – FTE – nos estabelecimentos da AB, por situação de adesão ao PMM (2012 e 2015)²⁷.



Fonte: PINTO *et al.*, 2017. Elaboração: PINTO *et al.*, 2017, p. 1093.

Gráfico 6 – Estimativa de cobertura populacional da AB no Brasil (2008 e 2014)²⁸.

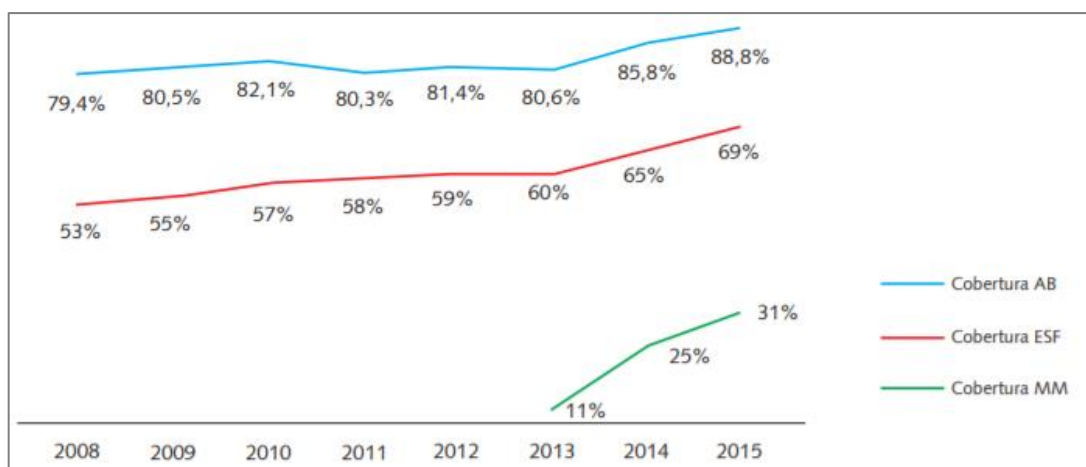


Fonte: PINTO *et al.*, 2017. Elaboração: PINTO *et al.*, 2017, p. 1094.

²⁷ Os autores categorizaram os municípios conforme adesão ou não ao PMM e adotaram o ano de 2011 como base.

²⁸ Por considerarem que o algoritmo utilizado pelo DAB/MS para medir a cobertura nacional de AB e da ESF não é adequado para essa análise, os autores construíram um algoritmo que aplica como média o parâmetro de 3.450 pessoas por eSF. Para as pessoas cobertas por serviços que não são da ESF, utilizou-se o parâmetro adotado pelo DEMAS/MS para os Contratos Organizativos de Ação Pública, que equipara 60 horas de carga horária médica numa equipe de AB não eSF à cobertura proporcionada por uma eSF

Gráfico 7 – Estimativa de cobertura populacional da atenção básica, da ESF no Brasil e das equipes com médicos do PMM entre 2008 e 2015.



Fonte: PINTO *et al.*, 2017. Elaboração: PINTO *et al.*, 2017, p. 1095.

De acordo com Pinto *et al.* (2017), relatório produzido pela ROPMM identificou aumento: do escopo de práticas (variedade de ações e serviços oferecidos) desenvolvido pelas equipes e nas UBS com médicos do programa; da oferta de procedimentos coletivos e de visitas domiciliares; e do número de consultas no Brasil, em especial, nos municípios participantes do programa, onde o crescimento foi de 33%, frente a 15% nos demais quando comparados os meses de janeiro de 2013 e janeiro de 2015. Para os autores, isso demonstra que o PMM ampliou e qualificou o acesso à AB.

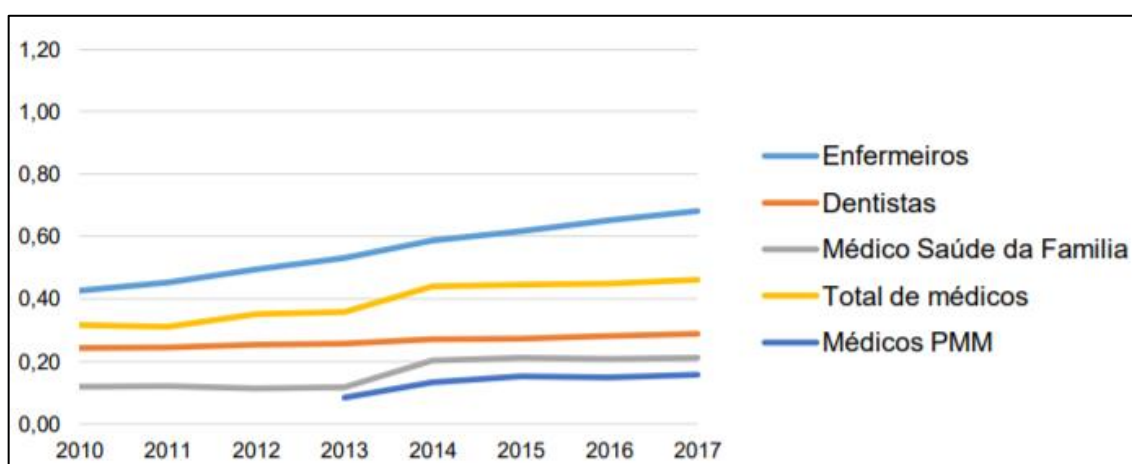
Embora ressaltem que menos de três anos seja tempo insuficiente para captar os efeitos em indicadores de saúde, Pinto *et al.* (2017) afirmam que o relatório produzido pela ROPMM também identificou redução nas internações hospitalares por causas sensíveis à AB, analisadas a partir do Sistema de Informação Hospitalar, tanto no Brasil quanto nas regiões e em agregados de municípios. Embora a taxa de internação por condições sensíveis à AB já estivesse em queda no país, a pesquisa mostrou que, nos municípios participantes do PMMB, essa redução foi 4% maior que nos demais municípios, considerando as internações de dezembro de 2013 e dezembro de 2014 (ROPMM apud PINTO *et al.*, 2017).

A mesma pesquisa apontou que nos municípios participantes do programa em que a cobertura populacional da ESF ficou entre 17% e 36%, a redução nas internações sensíveis à AB foi de 5,8% a mais que nos demais municípios; já naqueles com cobertura maior que 36%, a redução chegou a 8,9% no mesmo período. De acordo

com o relatório, isso poderia ser efeito do aumento efetivo da cobertura e da ampliação da resolubilidade da AB (ROPMM apud PINTO *et al.*, 2017).

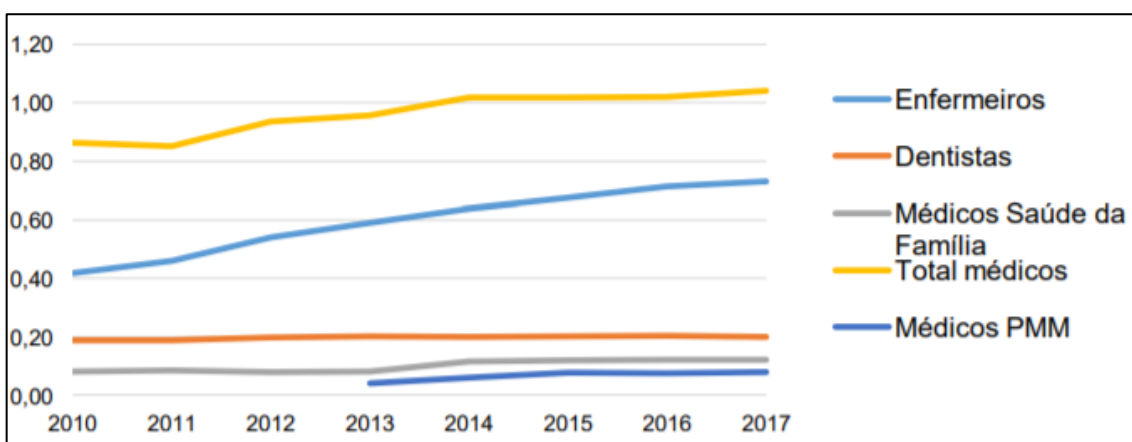
Viacava *et al.* (2020) analisa os possíveis efeitos do PMM no desempenho dos serviços de saúde dos municípios dos grupos mais vulneráveis (“20% pobreza” e G100) que aderiram ao programa, considerando o período entre 2013 e 2017. A evolução da incorporação de profissionais disponíveis ao SUS nos dois grupos observada ao longo da década de 2010, está representada nos Gráficos 8 e 9.

Gráfico 8 – Evolução da oferta de profissionais de saúde por mil habitantes – 20% pobreza (2010-2017)



Fonte: VIACAVA *et al.*, 2020. Elaboração: VIACAVA *et al.*, 2020, p. 10.

Gráfico 9 – Evolução da oferta de profissionais de saúde por mil habitantes – G100 (2010-2017)



Fonte: VIACAVA *et al.*, 2020. Elaboração: VIACAVA *et al.*, 2020, p. 10.

Os autores utilizam a definição de acesso estabelecida pelo Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde (Proadess), qual seja: a capacidade do sistema

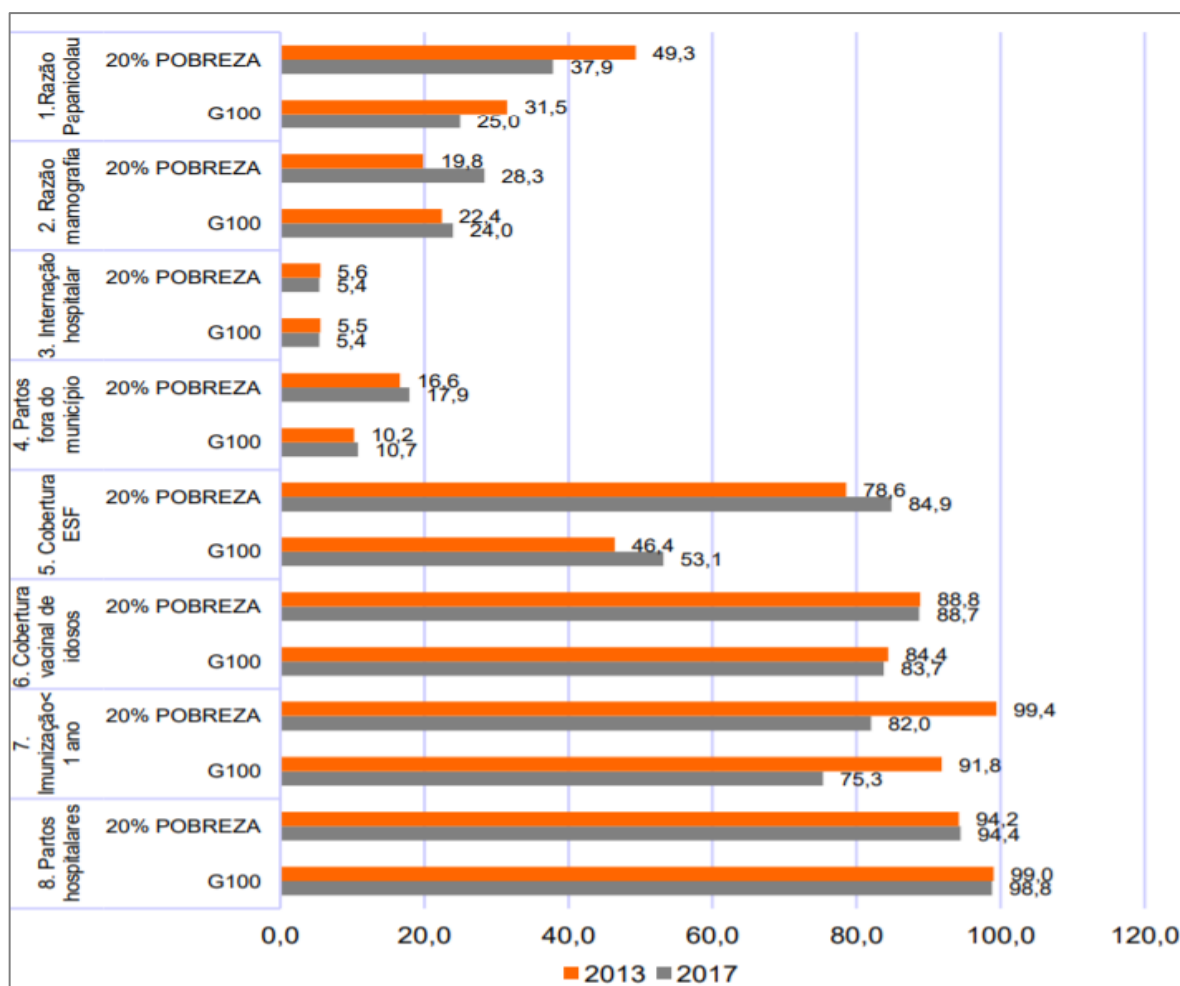
de saúde de prover o cuidado e o serviço necessários, no momento certo e no lugar adequado. A Figura 10 mostra os valores aferidos por indicadores de acesso para 2013 e 2017 nos grupos de municípios avaliados. Observa-se que, nos municípios do grupo “20% pobreza” que aderiram ao PMM, houve diminuição na razão de Papanicolaou, aumento na razão de mamografia, aumento na cobertura por ESF e redução na cobertura vacinal de menores de um ano. Os autores observaram as mesmas tendências para os municípios incluídos no G100. Importante salientar que esses indicadores não estão diretamente associados ao programa, pois outros fatores podem determinar essa tendência²⁹.

Para avaliar a efetividade do sistema de saúde Viacava *et al.* (2020) utilizaram indicadores que consideram: mortes evitáveis como medida do resultado de cuidado; incidência de algumas doenças evitáveis por meio de ações do sistema de saúde; e internações evitáveis sensíveis à qualidade da AB. Nos municípios do grupo “20% pobreza”, notou-se aumento da mortalidade por diabetes (20 a 79 anos) e diminuição no percentual de internações por condições sensíveis à AB, especialmente no caso da internação por insuficiência cardíaca (40 anos ou mais), gastroenterite (1 a 4 anos) e asma (15 anos ou mais). Nos municípios do G100, notou-se aumento da mortalidade por hipertensão (50 a 64 anos), diminuição das taxas de internação pelas mesmas causas observadas no outro grupo e aumento nas internações por pneumonia bacteriana em adultos (Figura 11).

A Figura 12 permite comparar a evolução dos indicadores de efetividade ao longo do período 2010-2017 para os dois grupos de municípios e para o Brasil. Percebe-se que a taxa de óbitos por hipertensão foi maior nos municípios do G100, enquanto os municípios “20% pobreza” registraram maiores percentuais de internações por condições sensíveis à AB e queda nos casos de internações por gastroenterite e asma (VIACAVA *et al.*, 2020).

²⁹ Os efeitos diretos do programa sobre os indicadores de resultado e impacto do programa serão discutidos no próximo capítulo.

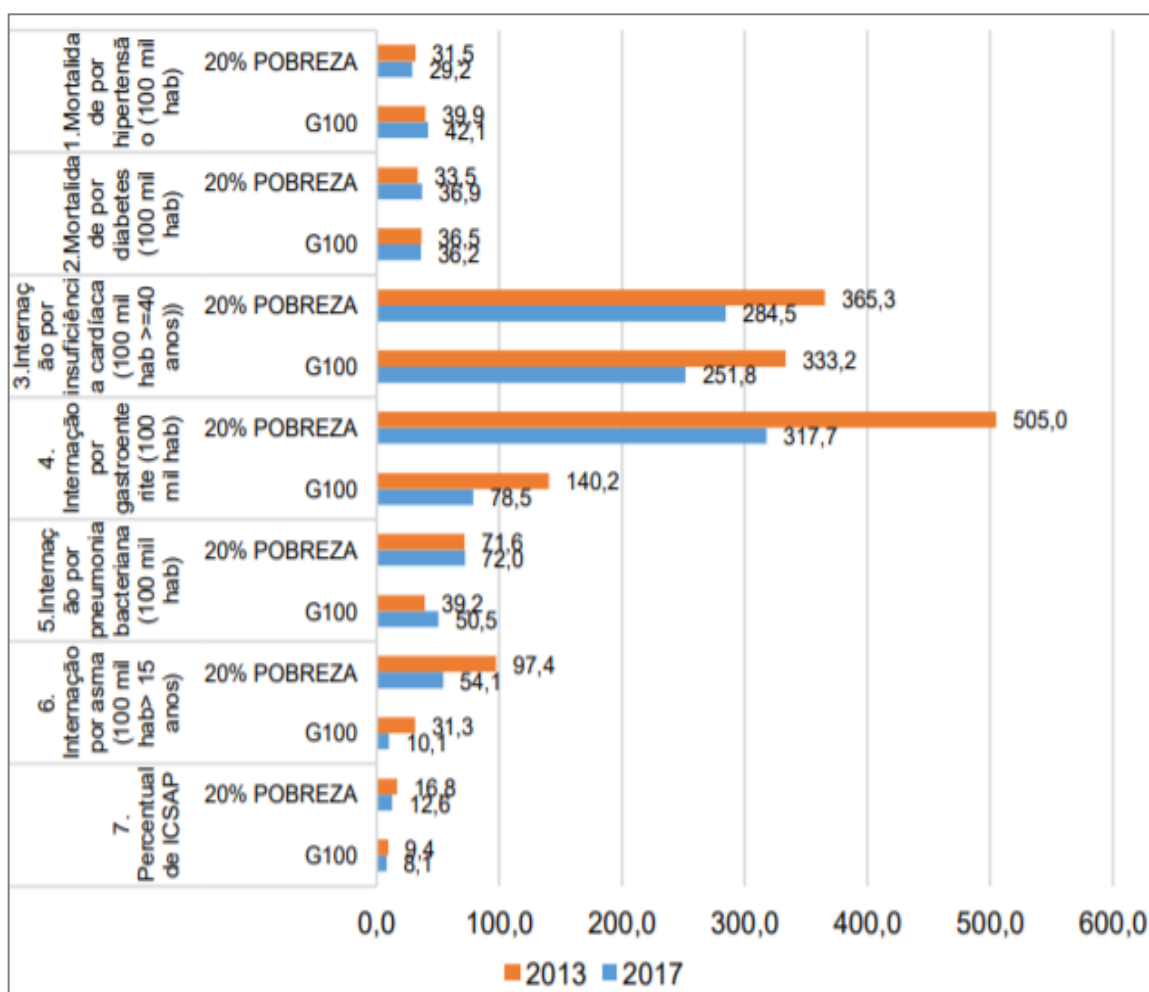
Figura 9 – Indicadores de acesso³⁰ dos grupos 20% pobreza e G100 (2013 e 2017)



Fonte: VIACAVA *et al*, 2020. Elaboração: VIACAVA *et al*, 2020, p. 19.

³⁰ Os indicadores, em ordem, são: 1. Razão entre o número de exames citopatológicos (exame de Papanicolau) em mulheres de 25 a 64 e um terço da população de mulheres nesta faixa etária, na população residente; 2. Razão entre o número de procedimentos de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade e a metade da população de mulheres na mesma faixa etária, na população residente; 3. Taxa de internação hospitalar no SUS padronizada por sexo e idade, por 1.000 habitantes; 4. Percentual de nascidos vivos de parto hospitalar fora do município de residência da mãe; 5. Percentual da população coberta pela ESF; 6. Percentual de pessoas de 60 anos ou mais de idade vacinadas contra gripe/influenza, em relação ao total da população idosa; 7. Percentual de crianças menores de 1 ano vacinadas com a terceira dose de imunobiológico contra Difteria, Coqueluche, Tétano, Haemophilus Influenzae B - H1b e Hepatite B; e 8. Percentual de partos hospitalares no total de partos, na população residente.

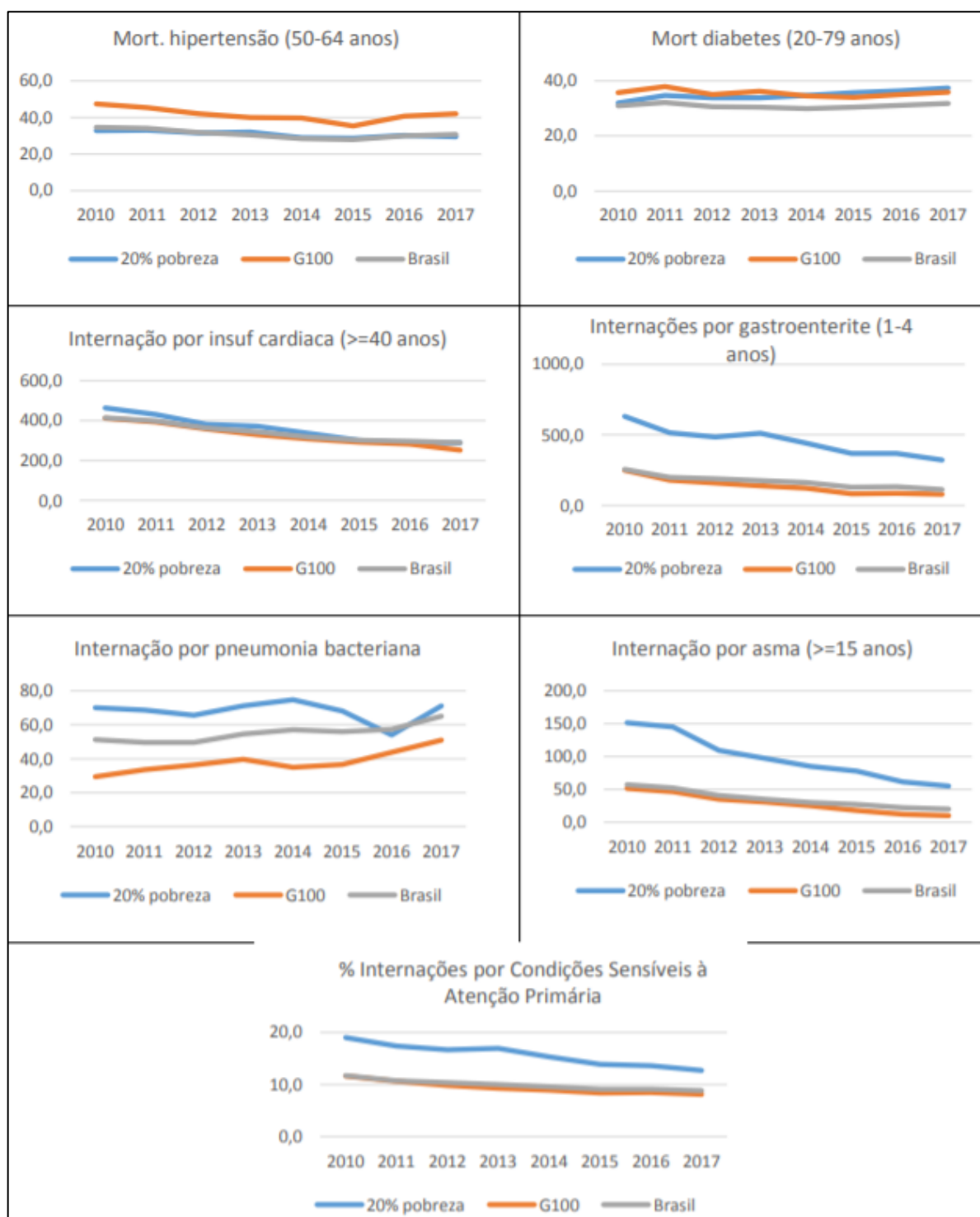
Figura 10– Indicadores de efetividade³¹ – 20% pobreza e G100 (2013 e 2017)



Fonte: VIACAVA *et al.*, 2020. Elaboração: VIACAVA *et al.*, 2020, p. 22.

³¹ Os indicadores são, em ordem: 1. Taxa de mortalidade por hipertensão na população residente de 50 a 64 anos de idade, por 100 mil habitantes. 2. Taxa de mortalidade por diabetes por 100 mil habitantes entre 20 e 79 anos de idade. 3. Taxa de internação hospitalar por insuficiência cardíaca de residentes de 40 anos ou mais de idade, por 100 mil habitantes. 4. Taxa de internação hospitalar por gastroenterite de residentes de 1 a 4 anos de idade, por 100 mil habitantes. 5. Taxa de internação hospitalar por pneumonia bacteriana de residentes de 18 anos ou mais de idade, por 100 mil habitantes. 6. Taxa de internação hospitalar por asma de residentes de 15 anos ou mais de idade, por 100 mil habitantes. 7. Percentual de internações hospitalares pagas pelo SUS, por todas as condições sensíveis à AB em relação ao número total de internações hospitalares pagas pelo SUS.

Figura 11 – Evolução dos indicadores de efetividade (2010-2017)



Fonte: VIACAVA *et al.*, 2020. Elaboração: VIACAVA *et al.*, 2020, p. 24.

Já Gonçalves *et al.* (2016), ao utilizar a taxa de internações por condições sensíveis à AB para analisar a efetividade do incremento de profissionais do PMMB na região Nordeste, encontrou que o programa influenciou na redução das internações

por diarreia e gastroenterite, que diminuíram 35%, em média, no período investigado, havendo diferenças importantes entre os estados. Ao analisar a porcentagem de redução média ajustada pela população, para o período 2012-2015, os autores apontam que 4 estados apresentaram desempenho menor do que 10%, o que pode sugerir que também sejam necessários outros ajustes no processo de trabalho na AB, além do aumento da oferta de médicos, que permitam melhorar o desempenho na porta de entrada do sistema (Tabela 21). Os autores utilizaram métodos quantitativos para analisar os resultados do PMMB a partir de dados sobre distribuição e provimento de médicos nos estados, e internações por diarreia e gastroenterite no período de setembro de 2012 a agosto de 2015.

Tabela 21 - Redução das médias de internações por diarreia e gastroenterite nos estados da região Nordeste, por amostra de municípios, entre o 1º ano que antecede a implantação do PMMB (set./12 a ago./13) e o 2º ano de sua vigência (set./14 a ago./15), segundo quantitativo de médicos participantes do PMM e a taxa desses profissionais por 10.000 habitantes.

Estados	Internações por Diarreia e Gastroenterite						Redução das médias de internação		Médicos do PMM	
	1º ano (set/12 a ago/13)			3º ano (set/14 a ago/15)			Redução %	Redução % ajustada	nº	Taxa por 10.000 hab.
	Média	dp	Média padron.	Média	dp	Média padron.				
PI	578,3	155	2,2	393,5	99,6	1,5	32	18.3	312	1,2
PE	945,1	253,5	1,2	403,5	98,8	0,5	57,3	17.3	650	0,8
RN	305	169	1,3	147,7	58,7	0,6	51,6	16.9	240	1
PB	349,8	162,5	1,4	224,8	60,9	0,9	35,7	13.3	241	1
BA	2.033,6	253,5	1,5	1.338,8	275,9	0,9	34,2	13.0	1298	0,9
AL	203,7	90,4	0,9	127	39,9	1	37,6	8.4	186	0,8
MA	978,8	285,2	1,6	820,1	154,2	1,4	16,2	6.8	629	1
CE	656,8	270,1	0,8	466,5	172,7	0,6	29	5.8	996	1,2
SE	41,8	19,3	0,2	40,8	12,2	0,2	2,6	0.2	153	0,8

Fonte: GONÇALVES *et al.*, 2016. Elaboração: GONÇALVES *et al.*, 2016, p. 2821.

Viacava *et al.* (2020) ressalta que diversas questões relativas ao desempenho do sistema de saúde devem ser analisadas com mais cautela, tendo em vista as limitações dos indicadores apresentados.

No caso da cobertura vacinal, a redução na cobertura vem ocorrendo sistematicamente em todo o país, o que pode estar associado desde à falta de imunobiológicos até à organização do sistema assistencial e ao registro no sistema. Nos municípios do grupo “20% pobreza” com até 20.000 habitantes, a cobertura em 2017 foi maior (92%) do que no

conjunto e nesse caso a melhor situação seria possivelmente decorrente da maior cobertura pelo PMM. A diminuição no indicador razão de Papanicolau, que também ocorre em outros municípios, vem sendo muitas vezes explicada pela dificuldade de associar a coleta que é feita no município e o exame do material, que nem sempre é feito no mesmo município da coleta. Quanto ao aumento da razão de mamografia no grupo “20% pobreza”, é bastante provável que decorra de aumento na oferta de mamógrafos ao longo do período. Como no caso da imunização de crianças menores de 1 ano, as taxas de mamografia e Papanicolau demonstram uma melhoria importante no acesso aos serviços de saúde nos municípios de menor porte populacional (VIACAVA *et al.*, 2020, p. 32).

Segundo os autores, a efetividade do PMM pode ser constatada pela diminuição de internações por condições sensíveis à AB (como insuficiência cardíaca) e da internação por gastroenterite no grupo “20% pobreza”. Quanto aos diferentes valores registrados para a mortalidade por diabetes e hipertensão nos dois grupos, é possível que eles estejam associados “às diferentes características socioeconômicas dos municípios de cada grupo e também ao maior acesso da população aos serviços e o consequente aumento de diagnósticos de doenças crônicas” (VIACAVA *et al.*, 2020, p. 32).

Para os autores, os resultados encontrados indicam que o PMM teve desempenho satisfatório nos municípios mais vulneráveis, sendo necessário verificar possíveis alterações na sua continuidade ocasionadas pela restrição na oferta de médicos a partir de 2018, uma vez que tal redução afeta, especialmente, “os municípios pequenos e remotos, nos quais muitas vezes a presença de médicos e enfermeiros do PMM significou as primeiras oportunidades de atenção regular à saúde” (VIACAVA *et al.*, 2020, p. 33). A concretização desse cenário possibilitaria alterações nas tendências de melhorias encontradas no estudo, sendo necessário elaborar alternativas para garantir atenção à saúde nesses municípios.

6.2 Formação médica

Segundo Scheffer (2018), em janeiro de 2018, havia mais de 452 mil médicos em atuação no Brasil, de modo que a proporção de profissionais por mil habitantes chegou a 2,18. No entanto, a categoria continua tendo distribuição desigual pelo território nacional, quadro amenizado pelo PMM. Para uma solução definitiva, o programa

propôs ampliar e reordenar o número de vagas de graduação em medicina e de programas de residência médica e estabelecer novos parâmetros para a formação médica. A Tabela 22 mostra a proporção de médicos por mil habitantes para cada unidade da federação verificada em 2011, 2014 e 2018.

Tabela 22 - Distribuição de médicos registrados por 1.000 habitantes, segundo unidades da federação e grandes regiões (2011, 2014 e 2018)³²

Região/UF	2011	2014	2018
Região Norte	0,98	1,09	1,16
Rondônia	1,11	1,32	1,52
Acre	1,03	1,13	1,16
Amazonas	1,1	1,15	1,19
Roraima	1,32	1,49	1,56
Pará	0,83	0,91	0,97
Amapá	0,96	1,01	1,05
Tocantins	1,28	1,51	1,67
Região Nordeste	1,19	1,3	1,41
Maranhão	0,68	0,79	0,87
Piauí	1,00	1,17	1,2
Ceará	1,11	1,26	1,4
Rio Grande do Norte	1,39	1,5	1,65
Paraíba	1,3	1,51	1,68
Pernambuco	1,51	1,64	1,73
Alagoas	1,17	1,28	1,36
Sergipe	1,36	1,54	1,66
Bahia	1,21	1,26	1,35
Região Sudeste	2,61	2,75	2,81
Minas Gerais	1,97	2,15	2,3
Espírito Santo	2,11	2,24	2,4
Rio de Janeiro	3,57	3,75	3,55
São Paulo	2,58	2,7	2,81
Região Sul	2,03	2,18	2,31
Paraná	1,82	1,96	2,09
Santa Catarina	1,89	2,07	2,26
Rio Grande do Sul	2,31	2,46	2,56
Região Centro-Oeste	1,99	2,2	2,36
Mato Grosso do sul	1,63	1,42	2,04
Mato Grosso	1,23	1,85	1,63
Goiás	1,65	1,83	1,97
Distrito Federal	4,02	4,28	4,35
Brasil	1,95	2,09	2,18

³² Essa tabela considera o número de registros médicos, que é maior do que o número de médicos, uma vez que um mesmo profissional pode estar inscrito em mais de uma unidade federativa.

Fontes: SCHEFFER; CASSENOTE; BIANCARELLI (2011), SCHEFFER (2015, 2018).

Pinto *et al.* (2019) ressalta que, embora haja divergência entre os critérios utilizados pelos estudos oficiais que dão base às projeções e planejamento do MEC e do MS e a série de estudos “Demografia Médica”, do CFM, a maior discordância entre esses atores está na definição da quantidade necessária de médicos para o país. A meta de 2,7 médicos por mil habitantes estabelecida pelo PMM é considerada elevada pelas entidades médicas. Porém, após as medidas implementadas pelo PMM, a proporção de profissionais calculada pelo CFM só atingiu o patamar de 2,18 médicos por mil habitantes e de 1,4 vaga de graduação em medicina por dez mil habitantes, quadro que situa o Brasil ainda distante da meta do próprio PMM.

Oliveira *et al.* (2019) analisa dados da implantação do eixo formação médica e avalia os resultados obtidos no período de 2013 a 2015. Os autores concluem que o PMM contribuiu para a expansão da graduação; para o aumento de vagas em instituições públicas e privadas; para a interiorização da formação; para a expansão e regulação da residência médica e para a qualificação da formação médica. Com isso, espera-se que o programa contribua para ampliar a oferta de profissionais médicos em áreas prioritárias para o SUS e para a melhoria da capacidade técnica dos médicos atuando em municípios de difícil acesso, o que, conseqüentemente, melhora a qualidade de vida da população, sobretudo àquelas em situação de maior vulnerabilidade.

Embora fosse observado crescimento das vagas de graduação em medicina há algumas décadas, ele se acelerou a partir de 2003 e, especialmente, após a criação do PMM em 2013, sendo que a expansão média anual após o programa é 3,5 vezes maior do que a registrada entre 2003 e 2012. De acordo com Oliveira *et al.* (2019), a expansão regulada pelo PMM priorizou a abertura de cursos em regiões com menor relação médico por habitante, fortalecendo a interiorização e a redução das desigualdades regionais, tendo um componente de equidade, já que as regiões Norte e Nordeste, com maior necessidade social e menor capacidade de atrair e fixar profissionais, tiveram prioridade na implantação de novos cursos, principalmente em *campi* interiorizados (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Como mostrou a Tabela 6, o PMM assumiu como meta criar 11.500 vagas de graduação até 2017, das quais 3.855 seriam em Ifes, e mais 2.620 até 2019. Em que pese terem sido criadas mais de 14 mil vagas de graduação no período analisado,

cerca de 12 mil foram criadas em instituições privadas, não tendo sido alcançada a meta relativa às escolas públicas.

Como exposto na seção 4.2, em 2018, todas as regiões do país haviam ultrapassado o patamar de uma vaga por dez mil habitantes e, desde 2013, as regiões que apresentavam as menores taxas registraram maior crescimento proporcional, de modo que as diferenças regionais foram reduzidas. Segundo Oliveira *et al.* (2019), entre 2013 e 2015, houve importante expansão pública com componente de interiorização a partir do programa de expansão federal, contratação de professores e investimento em infraestrutura. Entretanto, a maior parte das vagas criadas nesse mesmo período foi em instituições privadas.

De acordo com Pinto *et al.* (2019), com a expansão de vagas já promovida, o Brasil atingirá a meta programada, ainda que não em todas as regiões de saúde, e poderá chegar a três médicos por mil habitantes até 2030. Os autores ressaltam que 23 dos 34 países da OCDE já atingiram esse patamar e muitos continuam expandindo as vagas de graduação. Ainda, o sistema de saúde brasileiro teria características que demandariam maior quantidade de médicos que os países europeus com sistemas universais.

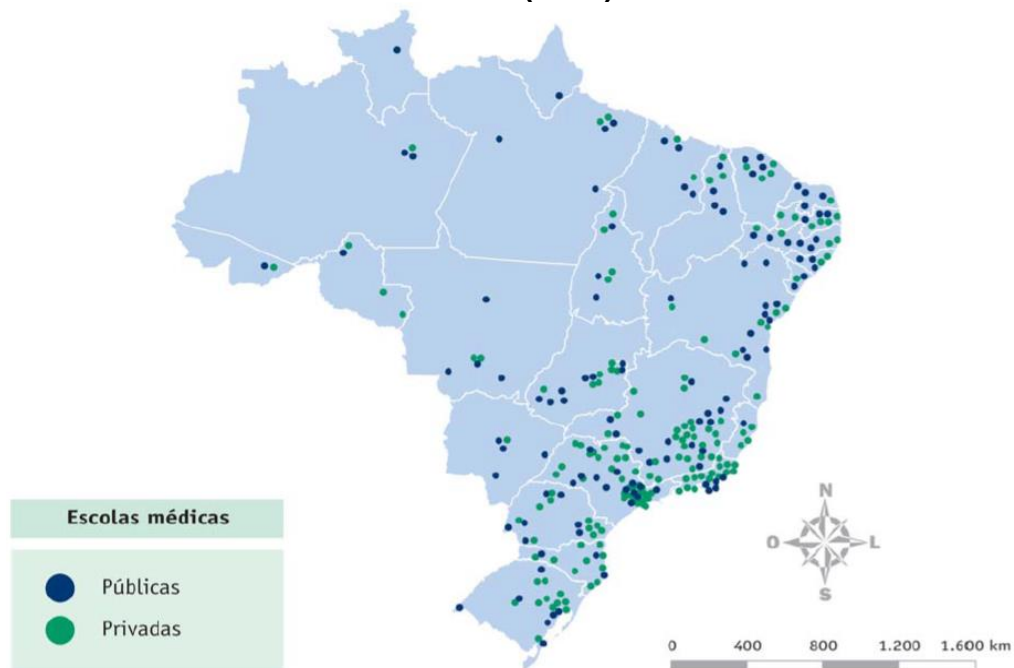
De acordo com Scheffer (2018), o maior número de cursos e vagas de medicina está nas regiões Sudeste, Sul e no litoral do Nordeste, sendo que nas regiões Sul e Sudeste há mais vagas de instituições privadas, nas regiões Norte e Centro-Oeste, mais cursos e vagas públicas e na região Nordeste, há um equilíbrio (SCHEFFER, 2018).

A Figura 13 mostra a distribuição das escolas médicas no país, segundo natureza administrativa em 2018.

Ainda em 2018, 12.589 (43%) das vagas eram oferecidas por 33% dos cursos e estavam nas capitais, enquanto havia 16.682, no interior. Na região Norte 75,6% das vagas estão nas capitais, enquanto no Nordeste são 61,7%. Já nas regiões Sudeste e Sul, que possuem polos econômicos regionais importantes, cerca de 70% das vagas estão no interior. Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Minas Gerais e São Paulo possuem, respectivamente, 92,3%, 77,1%, 75,6% e 70% das vagas no interior, enquanto Acre, Amazonas, Roraima e Amapá concentram todas as vagas nas capitais (SCHEFFER, 2018).

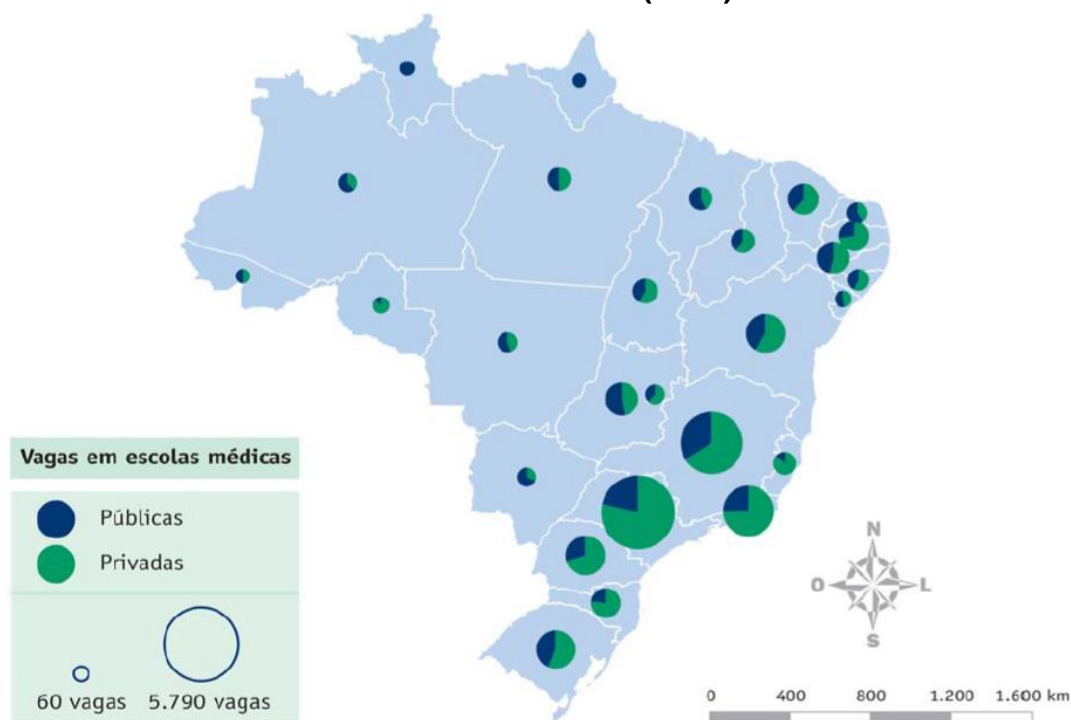
A Figura 14 mostra a distribuição das vagas de graduação em medicina, segundo natureza administrativa em 2018.

Figura 12 - Distribuição das escolas médicas, segundo natureza administrativa (2018)



Fonte: SCHEFFER, 2018. Elaboração: SCHEFFER, 2018, p.59.

Figura 13 - Distribuição das vagas de graduação em medicina, segundo natureza administrativa (2018)



Nota: A área dos círculos é proporcional ao número de vagas no estado, e sua divisão em azul e verde corresponde ao percentual de vagas públicas e privadas em cada estado.
Fonte: SCHEFFER, 2018. Elaboração: SCHEFFER, 2018, p.59.

Diante do exposto, compreendem-se os desafios de um processo de expansão predominantemente privado, no qual são levantados questionamentos sobre uma formação médica efetivamente comprometida com as necessidades sociais e a democratização do acesso ao ensino superior.

Sobre a qualificação da formação médica no PMM, até 2015, foi possível identificar os avanços assinalados nos elementos normativos, mas não foi possível identificar quais efeitos foram produzidos no âmbito das universidades e da relação da formação com os serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Oliveira, Santos e Shimizu (2019) analisa as representações sociais de estudantes de medicina sobre o trabalho na AB no contexto de implantação das DCN. Para tanto, 149 estudantes de medicina de cursos públicos tradicionais e novos³³ responderam a um questionário sociodemográfico e a um roteiro de evocação livre. Os estudantes dos cursos novos relacionaram o trabalho na AB a termos como 'vínculo',

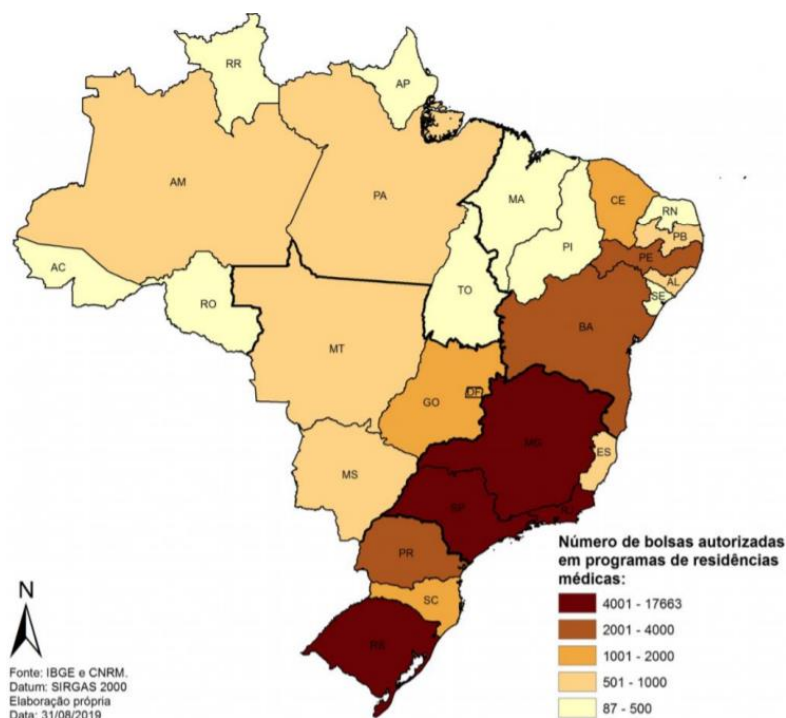
³³ Os autores identificam as escolas tradicionais como aquelas anteriores à implantação das novas DCN. E as escolas novas são aquelas criadas após a aprovação das novas diretrizes.

‘responsabilidade’, ‘comunidade’ e ‘cuidado’, termos que demonstram maior vivência e aprendizado na AB. Nas escolas ‘tradicionais’, os termos mais destacados foram ‘desvalorizado’ e ‘precariedade’, o que sugere que esses estudantes não tiveram uma vivência contínua na AB. Os autores destacam ainda a necessidade de observar o comportamento dessas experiências de maneira mais ampla, inclusive em mecanismos de avaliação, de modo a possibilitar novas conclusões sobre o tema.

Quanto à meta de criar 12.400 vagas de residência médica para universalizar o acesso, como já apontado nas seções 3.2 e 4.2, foram criadas cerca de 10 mil vagas no período, de modo que ela também não foi cumprida. O relatório de avaliação do PPA 2018 apontou a necessidade de se adotar medidas de gestão, de avaliação da estratégia da política pública e, conseqüentemente, eventual necessidade de revisão da meta ou de seus atributos. Já em 2019, o não alcance da meta foi justificado pela incompatibilização entre a programação orçamentária e financeira e o dimensionamento da meta (BRASIL, 2020b).

Em debate na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados em 2019, o MEC afirmou que das 63,2 mil vagas autorizadas para todos os anos de residência média, 21,5 mil (33%) estavam ociosas, nível que tem se mantido estável ao longo dos anos, segundo o ministério. Contudo, o órgão apontou que, se todas as vagas ociosas fossem ocupadas, não haveria orçamento suficiente no órgão para o pagamento de bolsas – que são em parte financiadas pelo MEC, em parte pelo MS (BRASIL, 2019b). Esse fato mostra a necessidade de se repensar a estratégia da política pública. A Figura 15 mostra a distribuição do número de bolsas autorizadas para todos os anos (R1 a R6) em programas de residência médica no país em 2019.

Figura 14 – Número de bolsas-residência por estado (2019)



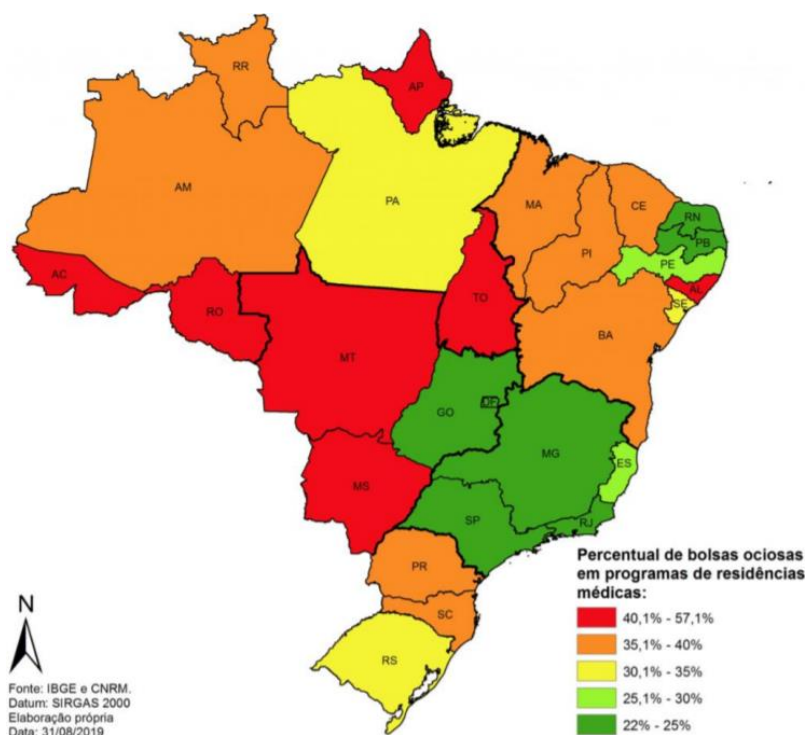
Fonte: CAMPOS *et al.*, 2019. Elaboração: CAMPOS *et al.*, 2019, p. 41.

Cabe ressaltar que a expansão de vagas de residência médica com ênfase em MFC foi prevista considerando que esta se tornaria a formação base no país, uma vez que para ingressar em qualquer programa (com exceção de nove especialidades), o médico precisaria cursar um ou dois anos de residência em MFC. Se a determinação legal tivesse sido cumprida, estima-se que, em 2019, a AB receberia aproximadamente 16,5 mil médicos residentes de 1º ano, número que poderia chegar a 25 mil até 2024, mais do que o eixo provimento emergencial já teve (18.240). Assim, fica evidente o efeito pretendido do PMM no provimento de médicos para avançar rumo à universalização do acesso da população à AB (PINTO *et al.*, 2019).

Segundo Pinto *et al.* (2019), para cumprir a determinação legal, o Governo Federal expandiu 6.750 vagas de residência de 2013 a 2016 e lançou neste mesmo ano o Programa Nacional de Formação de Preceptores, com oferta de mil vagas no primeiro ano e meta de dez mil, até 2019. O governo ainda ofertou bolsa-formação adicional específica para os residentes e preceptores em MFC e exigiu metas de expansão da residência em MFC, tanto para as antigas e novas les quanto para os municípios participantes do PMM.

Como exposto no item 4.2, no período analisado, houve redução das desigualdades regionais quanto à distribuição de vagas de residência, como mostrou a Tabela 19. Entretanto, a taxa de ocupação das vagas é aspecto que merece exame mais aprofundado, sobretudo aquelas de programas de residência em MFC, tendo em vista a importância da especialidade para consolidação da AB. Segundo dados da CNRM, em 2017, o número de vagas autorizadas em programas de MFC representava cerca de 14% do total, porém cerca de 60% das vagas autorizadas não foram preenchidas. A Figura 16 mostra a estimativa do percentual de bolsas de residência ociosas para todos os anos (R1 a R6) no país em 2019.

Figura 15 – Estimativa de percentual de bolsas de residência ociosas por estado (2019)



Fonte: CAMPOS *et al.*, 2019. Elaboração: CAMPOS *et al.*, 2019, p.44

De acordo com Campos *et al.* (2019), o número total de vagas de residência autorizadas no país é de 56.255, sendo 40.333 ocupadas, de modo que a taxa média de ociosidade das vagas em 2019 era de 29,3% e Amapá, Roraima, Alagoas e Mato Grosso do Sul registram os maiores índices. Os autores relatam ter encontrado inconsistências de parte de dados obtidos do SisCNRM em função do preenchimento incompleto e inadequado por parte de algumas comissões de residência médica.

Storti, Oliveira e Xavier (2017) analisou os programas de residência em MFC e a expansão de suas vagas em Curitiba (PR), Florianópolis (SC), Palmas (TO), Recife (PE), Rio de Janeiro (RJ) e São Bernardo do Campo (SP). De acordo com os autores, a ocupação das vagas no ano de 2014 em todos os municípios estudados foi igual ou superior a 50%, valor acima da taxa de ocupação nacional, que foi de 26,5% no mesmo ano. Em 2015, apenas Curitiba apresentou ocupação inferior a 50%.

Segundo Feuerwerker (2001) *apud* Storti, Oliveira e Xavier (2017, p. 1.305), a ociosidade das vagas ocorre em função do estímulo para determinadas especialidades, considerando a importância histórica da prática e as consequências da especialização crescente na formação médica. Porém, investimentos em ferramentas de trabalho e ambiência na AB, planos de cargos, carreiras e salários e a valorização da formação do médico de família e comunidade no trabalho da ESF são elementos que favorecem a ocupação.

6.3 Infraestrutura

Como apresentado na Tabela 7, o Requalifica UBS tinha como meta apoiar 23 mil obras de ampliação e reforma e implantar 3.358 UBS até 2015, passando de 36.892 UBS em 2011 para 40.250 até 2015. Até 2015, haviam sido ampliadas ou reformadas 16.801 UBS, enquanto o número de UBS implantadas passou para 41.309, segundo Brasil (2016a).

Para o período 2016-2019, a meta era apoiar 8.533 obras no âmbito do programa e foram realizadas 8.496, sendo que a justificativa para o não alcance da meta foi a alteração ou instituição de normativos legais que impactaram a meta, conforme Brasil (2020b).

De acordo com o MS, em 2015, o processo de informatização e conexão das UBS estava em franco crescimento, sendo que a inclusão de mais de 14 mil UBS no Plano Nacional de Banda Larga já estava com conexão autorizada e que a implantação Sisab, incluindo a estratégia eSUS, com ou sem prontuário eletrônico, já havia sido iniciada em 4.028 municípios (BRASIL, 2015d). Porém o valor realizado da meta de custear a conectividade de banda larga de 19 mil UBS até 2019, foi zero, sendo a justificativa para esse fato a descontinuidade da estratégia da política pública durante

o período do PPA 2016-2019, incluindo alterações nas prioridades de governo (BRASIL, 2020b).

Percebe-se que, embora tenha representado avanços, o eixo infraestrutura não alcançou a meta prevista na Lei 12.871/2013, de dotar, em cinco anos, as UBS com qualidade de equipamentos e infraestrutura. Considerando que a insuficiente qualidade da infraestrutura afeta a fixação de médicos e que infraestrutura é um dos eixos do PMM, Giovanella *et al.* (2016) analisa a inserção de médicos do PMM segundo características da estrutura das UBS de atuação e discute potencialidades do programa na melhoria da provisão de médicos na AB³⁴.

A Tabela 23 apresenta a distribuição de UBS recenseadas no Pmaq-AB e das UBS com médicos do PMM, segundo tipo de unidade. Percebe-se que UBS com profissionais do PMM apresentam uma distribuição pelos tipos de UBS mais positiva do que o conjunto de UBS do país. Entre as UBS com profissionais do PMM, 65,6% se concentram nas tipologias B e A (as melhores), enquanto no país, a concentração nesses tipos é de 55,8%. Entre as UBS com profissionais do PMM, 6,9% correspondem aos tipos D e E (mais precárias), enquanto no total de UBS do censo, esta proporção é de 15%.

A última coluna da Tabela 23 mostra que 31,7% das UBS do país receberam médicos PMM e que as UBS melhor classificadas receberam médicos do PMM em maior proporção. Das 1.916 UBS classificadas como tipo E em 2012, 161 (8,4%) receberam médicos do PMM, e das 3.930 do tipo D, 686 (17,5%) receberam profissionais do programa. Por outro lado, das 1.874 UBS classificadas como tipo A em 2012, 760 (40,6%) receberam médicos do PMM (GIOVANELLA *et al.*, 2016).

Tabela 23 - Distribuição de UBS recenseadas no Pmaq-AB e das UBS com médicos do PMM, segundo tipo de unidade (2015)

Tipo de UBS	Total de UBS recenseadas (1)			UBS com médicos do PMM (2)			% UBS com médicos do PMM (2/1)
	n	%	% acumulada	N	%	% acumulada	
A	1.874	4,8	4,8	760	6,2	6,2	40,6
B	19.801	51	55,8	7.297	59,4	65,6	36,8

³⁴ Trata-se de um estudo transversal com base em dados secundários do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB) ciclos 1 e 2, do PMM e do Requalifica UBS. As UBS recenseadas no PMAQ-AB Ciclo 1 foram classificadas, segundo tipologia previamente elaborada, em cinco grupos hierarquizados de A (melhores) a E (reprovadas) (GIOVANELLA *et al.*, 2016).

B	11.291	29,1	84,9	3.380	27,5	93,1	29,9
D	3.930	10,1	95	686	5,6	98,7	17,5
E	1.916	4,9	100	161	1,3	100	8,4
Total	38.812	100		12.284	100		31,7

Fonte: GIOVANELA *et al.*, 2016. Elaboração: GIOVANELA *et al.*, 2016, p. 2702.

Giovanella *et al.* (2016) afirma ainda que o PMM, junto ao PMAQ-AB e o Requalifica UBS, converge para qualificar equipes e UBS. Além disso, a implantação do PMM proporcionou importante aumento do aporte financeiro para a AB nos últimos cinco anos, sendo que os gastos federais com AB expandiram de cerca de 11 bilhões, em 2011, para 15 bilhões, em 2015.

Entretanto, o trabalho de GIRARDI *et al.* (2016), mostra que, entre os motivos apresentados pelos médicos para não realizar procedimentos e atividades relacionadas à saúde dos pacientes na UBS, está a falta de materiais e a infraestrutura inadequada, citadas por 87,3% dos participantes. Além de afetar o acesso a serviços de saúde, a infraestrutura que envolve o conjunto de atividades, funções e ações que um profissional pode exercer com segurança é considerado fator importante para a escolha do local de atuação pelo médico e para sua permanência nos serviços.

7. Impactos

Este capítulo apresenta meta-análise de avaliações de impacto cujo objeto foi o PMM, em especial o PMMB. Não foram encontradas avaliações de impacto para os eixos formação e infraestrutura relativas aos indicadores citados no modelo lógico

apresentado anteriormente. Cabe ressaltar que a avaliação de impacto tem por objetivo verificar a existência denexo causal entre os resultados do programa e as alterações nas condições sociais da população, de modo a demonstrar que os efeitos encontrados estão causalmente relacionados aos produtos oferecidos pela política. Dentre suas contribuições está a resposta para se as mudanças observadas na situação se devem-se à política pública em questão ou a outros fatores, estando relacionada ao alcance efetivo dos objetivos definidos pela intervenção (RAMOS; SCHABBACH, 2012).

Os resultados relativos à distribuição dos médicos apresentados no capítulo anterior permitem afirmar que houve aumento na oferta de médicos na AB no período do PMMB, o que pode ter contribuído para reduzir o número de municípios com escassez desses profissionais e, conseqüentemente, as desigualdades entre os municípios. Uma sinalização de que essa redução pode ter ocorrido é que houve maior participação relativa dos médicos do PMMB nas regiões Norte e Nordeste, como apontado no capítulo 6, bem como nos municípios de menor porte, sendo que “quanto menor o município, maior é a participação relativa desses médicos. Nas capitais e regiões metropolitanas, os médicos do PMMB representam 7% do total de médicos que atuam na APS, enquanto nos municípios de menor porte, com menos de 10 mil habitantes, eles representam 22,2% dos médicos da APS” (SENADO FEDERAL, 2018, p. 70).

Vieira, Costa e Lopes (2017) avaliam os possíveis impactos do aumento da oferta de médicos na AB promovido pelo PMM nos indicadores de saúde, considerando o período 2011-2016 e utilizando o método de diferenças em diferenças a partir de dados longitudinais dos municípios. Foram analisados os seguintes indicadores: i) nascidos vivos com pelo menos 7 consultas pré-natal; ii) nascidos vivos com menos de 2.500; iii) internações por condições sensíveis a AB (ICSAB) em menores de 1 ano; iv) ICSAB em maiores de 1 ano e menores de 4 anos; v) ICSAB em maiores de 5 anos e menores de 14 anos; vi) ICSAB em maiores de 15 anos; e menores de 49 anos; vii) ICSAB em maiores de 50 anos; viii) ICSAB total por mil; ix) internações em menores de 1 ano por diarreia aguda; x) internações em menores de 1 ano por infecção respiratória aguda; xi) internações por problemas nutricionais em menores de 1 ano; xii) internações em menores de 5 anos por diarreia aguda; xiii) internações em menores

de 5 anos por infecção respiratória aguda; e, xiv) internações por problemas nutricionais em menores de 5 anos. O resultado encontrado pelos autores mostrou que a presença de um município no programa não teve efeito estatisticamente significativo na variação desses indicadores, mesmo quando foram considerados efeitos heterogêneos conforme características municipais, como níveis de renda e saneamento, ou relacionados à quantidade de médicos alocados pelo programa.

Os autores ressaltam que a ausência de resultados significativos na redução das ICSAB pode estar relacionada ao provável aumento nos diagnósticos com recomendação de internação. Já indicadores não relacionados a internações, como baixo peso ao nascer, obtiveram resultados mistos e se mostraram sensíveis a variações na definição de variável de tratamento e aos indicadores de resultado analisados. Ainda, o estudo encontrou que “a presença de médicos cooperados aumenta a quantidade de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal para cada 1.000 habitantes” e verificou, também, “heterogeneidades na resposta ao tratamento nos municípios da região Nordeste e nos municípios com maior desigualdade de renda com efeito significativo na presença de médicos cooperados” (VIEIRA; COSTA; LOPES, 2017, p. 18).

Santos (2018) analisa o impacto do PMMB sobre indicadores estratégicos de saúde, explorando as heterogeneidades do impacto, a partir de bases de dados do MS, como o Datasus, do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), do Censo Escolar do Inep e dados populacionais do IBGE. Para isso, a autora primeiro apresenta a distribuição e o perfil dos profissionais participantes do PMMB utilizando estatísticas descritivas.

Em seguida, Santos (2018) estima a probabilidade de municípios participarem do programa e terem as vagas solicitadas preenchidas utilizando modelos *probit* e *logit* multinomial. A autora conclui que as chances de municípios classificados no perfil “20% de pobreza”, considerados prioritários pelo PMM, solicitarem médicos e participarem do programa são menores do que as dos municípios da categoria “Demais Localidades”, que não são prioritários. Já os municípios do perfil G100 possuem chances maiores de participar e receber médicos e, por fim, os municípios em região metropolitana apresentam probabilidades menores de preenchimento de todas as vagas solicitadas (SANTOS, 2018).

A justificativa para esses achados apresentada pela autora é que, por serem municípios com perfil de pobreza, é provável que os municípios classificados no perfil “20% de pobreza” tenham estrutura administrativa precária e que isso interfira na sua candidatura ao programa e consequente pleito das vagas, além de impor limitações a suas condições de oferecer as contrapartidas de traslado, moradia e alimentação dos médicos. Ainda que esses municípios solicitem os médicos, suas chances de recebê-los seriam reduzidas devido à ausência de candidaturas de profissionais para municípios desse perfil, tendo em vista a postura do MS de não fixar prioridade entre os municípios (SANTOS, 2018). Essa explicação para o viés de seleção negativo é bastante plausível, sendo um dos aspectos do programa que precisam ser aprimorados para que seus objetivos de fato sejam cumpridos.

Para mensurar o efeito do PMMB sobre indicadores estratégicos de saúde relativos à cobertura, acesso e resolubilidade da AB para o período 2012-2015, Santos (2018) utilizou o método de diferença em diferenças com *propensity score matching*. A autora não identificou efeitos do programa sobre: número de consultas médicas realizadas na AB, número de nascidos vivos de mãe sem consultas do tipo pré-natal, mortalidade neonatal e mortalidade neonatal tardia. No número de nascidos vivos com 1 a 6 consultas durante o pré-natal, verificou-se uma diminuição de 3,6 pontos percentuais e um aumento de 4,13 pontos percentuais na categoria de 7 ou mais consultas, ambos estatisticamente significantes.

O estudo de Santos (2018) aponta que houve aumento na cobertura das eSF, com maior número de visitas domiciliares realizadas pelos médicos, e queda na taxa de mortalidade geral, todos de pequena magnitude, mas estatisticamente significantes. Quando o modelo foi aplicado apenas aos municípios da categoria “Demais Localidades”, a autora encontrou evidências de que o PMMB reduziu as internações por condições sensíveis, mas também com coeficiente estimado de pequena magnitude, embora estatisticamente significativa. No grupo de tratamento analisado, o índice caiu de 35,6% em 2012 para 32,6% em 2015 e, no grupo de controle, a variação foi de 35,22% para 32,74% (SANTOS, 2018).

Por fim, Santos (2018) conclui que o PMMB atingiu seu objetivo de aumentar o provimento de médicos, mas não alterou sua concentração em algumas regiões nem conseguiu inseri-los em todas as regiões consideradas prioritárias e, ainda, que os

impactos na saúde da população são incipientes, mostrando a necessidade de aprimoramento e redirecionamento de algumas ações do programa.

Mattos e Mazetto (2018) avaliaram o impacto do PMMB sobre indicadores de saúde de municípios brasileiros, considerando o período 2010-2015, a partir da metodologia de diferença em diferenças com *propensity score matching* e utilizando dados do MS, do IBGE, da Secretaria do Tesouro Nacional (Finanças do Brasil – Finbra), do Ministério do Trabalho (Relação Anual de Informações Sociais – Rais) e do Inep.

Os autores usaram a abordagem de diferenças em diferenças devido ao fato de levar em conta que variações no programa ocorridas ao longo tempo, como a adesão de novos municípios ou o fato de algum deles deixar de receber médicos do projeto. Tendo em vista a necessidade de criar uma amostra de municípios de controle e de tratamento comparáveis, o estudo utilizou *propensity score matching*. Assim, optaram por uma estratégia em que a trajetória das variáveis do município participante em análise seja semelhante à dos não-participantes no período anterior ao tratamento. (MATTOS; MAZETTO, 2018).

Os autores concluem que, embora o programa ainda não tenha produzido efeitos significativos sobre indicadores de mortalidade, houve efeitos positivos estatisticamente significantes particularmente na quantidade de consultas (7,7%), diagnósticos (12,4%), encaminhamentos (13,1%), exames (7,5%) e visitas domésticas (32,2%) e reduziu internações (8,4%). Para a inexistência de efeitos sobre mortalidade, os autores ponderam que a explicação pode ser a possível subnotificação de mortes no período anterior à implementação do programa, uma vez que a escassez de médicos em um município pode impossibilitar que o reconhecimento legal da morte de uma pessoa ocorra e o atestado de óbito seja emitido³⁵.

Santos (2018) aponta a ocorrência de choques exógenos, como o surto de vírus zika e microcefalia que ocorreu no Brasil no período e aumentou as taxas de mortalidade em geral, mortalidade infantil e de idosos na região norte como possível explicação para o resultado contraintuitivo de o programa não ter tido efeitos sobre os indicadores de mortalidade.

Ainda segundo Mattos e Mazetto (2018), os resultados encontrados demonstram que o PMM atingiu seu objetivo de ampliar o acesso à saúde, como demonstrado

³⁵ Sem que o médico ateste a morte, o cartório não pode emitir o atestado de óbito.

pelos indicadores de AB e morbidade, representados pelas internações, mas ainda não gerou redução em indicadores de mortalidade, como era esperado. Esse resultado pode ser porque o efeito do programa nesses indicadores tenha um componente de longo prazo que não pôde ser capturado pelos modelos utilizados e pelo período analisado. Outro motivo é que o simples provimento de médicos, sozinho, pode não gerar efeitos positivos sobre a saúde da população, sendo necessário avaliar também a qualidade do atendimento médico e a efetividade do tratamento orientado.

Macedo e Ferreira (2020) avaliam os efeitos do PMM a partir de métodos quase-experimentais, inclusive de diferenças em diferenças, considerando os anos de 2012, 2015 e 2017, antes e após a implementação do programa em dois momentos, em função da disponibilidade dos dados. Variáveis relacionadas a visitas médicas e encaminhamentos, por exemplo, estavam disponíveis nas bases de dados oficiais somente até o ano de 2015, enquanto outras como cobertura populacional e internações por condições sensíveis à AB, estavam disponíveis até o ano 2017.

A análise dos autores considerou um grupo de 791 municípios vulneráveis em termos socioeconômicos e de saúde (572 do grupo de tratamento e 209 municípios vulneráveis que não aderiram ao programa em nenhum momento) e comparou os efeitos do PMMB na redução das desigualdades de médicos, ampliação da cobertura, resolubilidade da AB e redução da desigualdade regional em saúde. Os resultados indicaram uma expansão de médicos na AB de 0,49 pontos percentuais, o que possibilitou ampliar a taxa de cobertura populacional das eSF em 25,6 pontos percentuais e as visitas domiciliares realizadas por médicos em 33,4 pontos percentuais.

Quanto aos indicadores de resolubilidade, em que pese os resultados mostrem que o PMMB contribuiu para sua melhoria ao reduzir os encaminhamentos para atendimento especializado, internação hospitalar e urgência e emergência, nenhum apresentou significância estatística. Para os autores, as evidências apontam, em parte, para o fortalecimento da prestação de serviços de saúde, mas permanecem inconclusivos os efeitos nos resultados de saúde (MACEDO; FERREIRA, 2020).

Por fim, os autores ressaltam que, além dos resultados apresentados serem de curto prazo,

[...] eles foram controlados por fatores relacionados à infraestrutura municipal de prestação de serviços de saúde, recursos humanos e materiais e por questões sociais como acesso à água, nível educacional e de vulnerabilidade social que afetam os indicadores de saúde

analisados. Em muitos desses indicadores de controle, houve retrações, como a respeito da diminuição da infraestrutura de serviços de saúde. Em outros, houve pouco avanço, como melhoria da vulnerabilidade social e acesso à água. Questões que figuram como determinantes sociais e podem comprometer os resultados da saúde. (MACEDO; FERREIRA, 2020, p. 214)

Hone *et al.* (2020) utilizou o método de diferenças em diferenças e modelos de regressão longitudinal (painel) para comparar a oferta de médicos na AB, e seus efeitos sobre mortes evitáveis, antes e após a introdução do PMM entre os municípios que receberam o programa e municípios que não o fizeram. Para isso, foi utilizado um conjunto de dados em painel de 5.565 municípios brasileiros ao longo do período 2008–2017.

O estudo encontrou que o impacto do PMM na densidade de distribuição de médicos foi estatisticamente significativa, embora heterogêneo, de modo que ela aumentou mais em municípios não-prioritários (aumento relativo de 14%) do que em municípios prioritários (aumento relativo de 10%). Os autores encontraram ainda que a introdução do PMM foi associada a reduções na taxa de mortes evitáveis estatisticamente significativa em municípios prioritários, mas não em municípios não-prioritários. O aumento ocasionado pelo PMM na densidade de médicos ainda foi associado a uma modesta redução total de 1,4% nas mortes evitáveis, também estatisticamente significativa (HONE *et al.*, 2020).

Segundo os autores, esses resultados ocorreram porque os municípios não-prioritários receberam mais médicos do programa do que os municípios prioritários e esses ainda substituíram médicos não vinculados ao programa por aqueles do PMMB. O estudo conclui que a alocação generalizada de médicos do PMM para áreas não-prioritárias e os efeitos da substituição local prejudicaram a magnitude do impacto do programa, inclusive contribuindo para reduções relativamente modestas nas taxas de mortalidade por doenças evitáveis (HONE *et al.*, 2020).

Diante de todo o exposto nessa seção, percebe-se que avaliar o impacto do eixo provimento emergencial do PMM não é tarefa fácil e que os resultados variam

conforme o método utilizado e o período considerado, de modo que a realização de novas avaliações de impacto poderia ser benéfica³⁶.

O que é possível afirmar, diante de todo o exposto, é que o PMM aumentou a oferta de médicos na AB, ampliando sua cobertura e o acesso a ela, levando à redução de desigualdades regionais em saúde, nesse aspecto. De três estudos que analisaram indicadores de mortalidade, dois concluíram que o programa contribuiu para reduzi-los, ainda que em magnitude menor do que a esperada, o que indica que a política é necessária e foi efetiva em alguma medida. Contudo, é preciso entender porque o impacto foi menor do que o esperado e o que é possível fazer para corrigir o problema. A hipótese de que a alocação de médicos em municípios não prioritários pode ter contribuído para que isso acontecesse merece uma análise mais aprofundada, pois além de indicar que os recursos podem ser melhor alocados, também pode fornecer outros insights importantes para o aprimoramento da política. Ressalta-se, ainda, que como dois estudos concluíram que o programa reduziu internações e dois não, esse ponto poderia ser objeto de novas avaliações de impacto.

É desejável que sejam realizadas avaliações de impactos dos demais eixos do programa. Em relação ao eixo formação médica, o fato de diversos produtos previstos terem sido modificados ou descontinuados dificulta sua avaliação, mas é possível verificar ao menos a hipótese de que a ampliação das vagas de graduação aumentou a proporção de médicos por habitantes nas localidades ou regiões em que foram criadas. Também seria desejável avaliar o impacto na formação médica das novas DCN e da ampliação do tempo de internato realizado na AB.

Quanto ao eixo infraestrutura, ainda que a quantidade de obras realizadas e de municípios beneficiados torne complexa a identificação de possíveis grupos de controle, é possível que sejam encontradas estratégias para avaliar seu impacto.

³⁶ Em termos de robustez, as avaliações realizadas utilizam metodologias com validade interna (nível de inferência de causalidade do programa) semelhante. Métodos de diferenças em diferenças assumem como hipótese de identificação que as tendências entre os grupos de tratamento e controle são as mesmas antes e depois do tratamento, controlando, assim, pelas variáveis não observáveis. A adição do *propensity score* melhora a inferência de causalidade pois permite controlar também pelas variáveis observáveis, quando essas determinam a participação na política. Os métodos com aleatorização, ou que simulam a aleatorização, como no caso da regressão em descontinuidade, possuem maior validade interna. Isso reforça a necessidade de se planejar as avaliações das políticas desde a sua formulação, prática raramente adotada no Brasil.

8. Execução das despesas orçamentárias

De acordo com a Lei nº 12.871, de 2013, as despesas decorrentes da execução do PMM devem correr à conta de dotações destinadas ao MS, MEC e MD, mas não estabelece quais ações deverão comportar os gastos do programa. O Parecer nº 03, de 2018, apresentado na Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal afirma que

[...] a extração de informações referentes ao programa do orçamento federal não é tarefa trivial. Isso porque a peça orçamentária da União foi reformulada, nos últimos anos, por um processo de agregação de programações de tal monta que reduziu substancialmente a capacidade de a lei orçamentária servir como fonte de efetiva consulta a respeito do plano de atuação do governo federal. Com isso, torna-se mais complexo o acompanhamento da execução orçamentária e financeira e prejudica-se a fiscalização das políticas públicas por parte do Congresso Nacional e da sociedade (SENADO FEDERAL, 2018, p. 93).

Além dessa questão, existem, pelo menos, 22 ações orçamentárias relacionadas aos três eixos do programa, de modo que compilar os dados para este capítulo mostrou-se um grande desafio. Soma-se a isso, o fato que, quando da criação do PMM, suas despesas foram executadas em ações orçamentárias que já constavam da “Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2013” e que já suportavam outras despesas dos ministérios envolvidos. Assim, os gastos com o programa foram discriminados em atributos gerenciais que não constam formalmente da lei orçamentária, como o “plano orçamentário” (SENADO FEDERAL, 2018).

As informações apresentadas neste capítulo consolidam os valores identificados no Orçamento Geral da União (OGU) ou nos “planos orçamentários” como afetos ao PMM e foram obtidas no Siga Brasil, sistema de informações sobre orçamento público federal gerenciado pelo Senado Federal a partir dos dados do Sistema Integrado de Administração Financeira (Siafi).

Assim, despesas que possivelmente estavam vinculadas ao programa, mas cuja relação não estava expressa no OGU ou nos planos orçamentários não foram utilizadas na construção das tabelas deste capítulo. Desse modo, é possível que as

execuções orçamentárias referentes aos eixos formação médica e infraestrutura aqui apresentadas estejam subestimadas. Reforça-se a crítica de que falta transparência na divulgação e consolidação dos dados de execução do programa, incluso no que se refere a execução orçamentária e financeira. É fundamental que os gestores organizem e divulguem os dados do programa, para que haja monitoramento, avaliação e controle também por parte da sociedade civil.

8.1 Eixo Provimento Emergencial

O PMMB é financiado por recursos do OGU, conforme apresentado na tabela abaixo. Nela estão apresentadas as dotações autorizadas para cada um dos ministérios envolvidos na execução do projeto para os anos de 2013 a 2019.

Tabela 24 - Fontes de financiamento do Eixo Provimento Emergencial (2013 a 2019)

Fontes de financiamento da política				
Ano	Recursos do OGU – Ministério da Saúde	Recursos do OGU – Ministério da Educação	Recursos do OGU – Ministério da Defesa	Total de recursos
2013	758.254.998,50	6.745.661,13	-	765.000.659,64
2014	3.433.272.464,63	92.373.382,44	37.741.124,82	3.563.386.971,89
2015	2.977.069.171,23	160.964.813,38	33.085.719,28	3.171.119.703,89
2016	3.190.437.944,45	136.689.888,18	13.675.437,56	3.340.803.270,19
2017	3.556.289.765,08	146.086.859,01	13.296.149,24	3.715.672.773,33
2018	2.802.351.957,64	137.558.030,23	3.105.901,44	2.943.015.889,31
2019	2.706.556.430,77	110.023.889,69	7.258.262,79	2.823.838.583,25
TOTAL	19.424.232.732,29	790.442.524,06	108.162.595,14	20.322.837.851,49

Nota: Valores nominais, disponibilizados no anexo, foram corrigidos pelo IPCA divulgado pelo IBGE.
Fonte: Siga Brasil, 2020. Elaboração própria.

Os municípios deveriam custear as despesas com alimentação e moradia ou provê-las diretamente aos médicos participantes, porém esse custo não foi incluído na Tabela 24 em virtude da dificuldade de obter tais informações.

A maior parte das despesas do MS é referente ao pagamento das bolsas dos médicos participantes. No entanto, elas também envolvem a ajuda de custo, destinada a compensar as despesas de instalação, e o curso de especialização para os médicos

participantes. Segundo informado pelo MS ao TCU, em 2013 foram celebrados convênios com dez instituições de educação no valor total de R\$ 101.800.000,00 prevendo a abertura de 23.400 vagas no programa (BRASIL, 2014e).

Já no âmbito do MEC, as despesas são destinadas principalmente às bolsas de supervisores e tutores. A partir de 2017, no entanto, parte dos gastos está identificada como destinada à residência médica. Em que pese ser provável que essas despesas sejam destinadas a aspectos do eixo formação, tendo em vista a dificuldade em verificar a precisão no detalhamento da despesa e seu volume pouco significativo se comparado ao total, optou-se por registrá-las nesse eixo.

As despesas do MD são destinadas ao apoio logístico provido por esse ministério na recepção, hospedagem, transporte e distribuição de médicos e supervisores em áreas de difícil cobertura, como nos estados do Amazonas e Pará³⁷ (SALOMAO, 2015).

A execução orçamentária e financeira do PMMB, apresentada na Tabela 25, foi superior a 90% em todos os anos, exceto em 2018, quando o valor liquidado correspondeu a 88% do valor autorizado. Os níveis de pagamento também são elevados, gerando parcela de restos a pagar (RAP) inferior a 7%, em média, embora crescente ao longo do tempo. Considerando-se que mais da metade do valor autorizado tem caráter discricionário, a execução orçamentária e financeira desse eixo pode ser considerada satisfatória.

A Portaria Interministerial nº 1.369, de 2013, estabeleceu que as atividades do PMMB, no âmbito do MS, seriam custeadas com dotações orçamentárias referentes à ação “20YD - Educação e Formação em Saúde”, vinculada ao programa “2015 – Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS)”. No entanto, segundo informado pelo MS ao TCU, após o início da execução do PMMB, percebeu-se que a descrição dessa ação não estava condizente com o novo programa, uma vez que parte dos profissionais estrangeiros não ficaria no país após o término do curso, de modo que sua contribuição para o aperfeiçoamento do SUS ficaria restrita ao período em que estivessem vinculados ao programa. Assim, o MS solicitou à Secretaria de Orçamento Federal - SOF, em agosto de 2013, que fosse alterado o cadastro de outra ação, a “20AD - Piso da Atenção Básica Variável - Saúde da Família”, a qual seria

³⁷ Conforme Portaria nº 41/GM-MD, de 6 de janeiro de 2020 (disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-41/gm-md-de-6-de-janeiro-de-2020-237058162>) e

mais adequada à execução das despesas do PMMB, por ser uma ação que agrega as principais iniciativas na área de atenção básica à saúde³⁸. Com isso, a ação 20AD passou a concentrar a maior parte das despesas do MS com o PMMB.

Tabela 25 - Execução orçamentária e financeira do Eixo Provimento Emergencial (2013 a 2019)

Ano	Valor autorizado	Empenho liquidado	Pago	RAP pago	RAP Inscritos
Ação 20YD - Educação e formação em saúde					
2013	-	-	-	-	-
2014	594.989.230,06	570.163.255,68	570.163.255,68	10.433.767,46	20.703.922,61
2015	395.623.017,87	359.810.381,79	359.810.381,79	11.587.069,10	26.345.820,08
2016	-	-	-	41.147.042,08	47.556.720,36
2017	-	-	-	-	6.226.171,22
2018	-	-	-	-	6.001.390,22
2019	-	-	-	-	137.258,32
Soma	990.612.247,93	929.973.637,47	929.973.637,47	63.167.878,65	106.971.282,81
Ação 20AD - Piso de atenção básica variável - saúde da família					
2013	758.254.998,50	697.968.377,19	697.968.377,19	-	-
2014	2.838.283.234,57	2.793.482.576,80	2.793.482.576,80	42.551.527,50	49.020.457,30
2015	2.581.446.153,36	2.540.684.749,33	2.540.684.749,33	5.769.180,43	33.863.266,97
2016	-	-	-	17.101.281,58	41.336.046,19
2017	-	-	-	7.524.777,77	17.114.106,23
2018	-	-	-	3.676.244,20	3.676.244,20
Soma	6.177.984.386,43	6.032.135.703,32	6.032.135.703,32	76.623.011,48	145.010.120,90
Ação 214U - Implementação do Programa Mais Médicos					
2016	3.190.437.944,45	2.940.937.977,61	2.940.443.786,06	-	-
2017	3.556.289.765,08	3.366.053.273,99	3.364.162.955,76	153.998.194,19	233.861.636,04
2018	2.802.351.957,64	2.476.748.197,32	2.373.122.122,35	228.648.756,58	234.674.897,48
2019	2.706.556.430,77	2.679.532.978,51	2.512.022.044,70	226.998.231,94	411.786.365,04
Soma	12.255.636.097,94	11.463.272.427,44	11.189.750.908,87	609.645.182,70	880.322.898,55
Ação 20GK - Fomento às ações de graduação, pós-graduação, ensino, pesquisa e extensão					
2013	6.745.661,13	1.767.857,49	1.767.857,49	-	-
2014	92.373.382,44	86.859.499,11	78.846.034,10	1.307.743,17	1.307.743,17
2015	160.964.813,38	130.773.636,88	130.443.603,74	7.240.635,88	8.383.373,54
2016	136.689.888,18	120.018.887,00	119.689.982,78	11.113.931,16	16.598.321,40
2017	146.086.859,01	123.272.320,93	122.158.843,54	9.868.168,41	18.583.478,16
2018	7.326.023,22	6.125.201,33	5.818.129,78	16.287.029,27	27.529.681,42
2019	11.155.244,01	8.778.484,74	8.553.622,98	782.768,59	7.209.411,95
Soma	561.341.871,37	477.595.887,48	467.278.074,41	46.600.276,49	79.612.009,62
Ação 00QC - Concessão de bolsas do Programa Mais Médicos					

³⁸ Conforme acórdão 360/2017 do TCU, disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/> documento/acordao-completo/2749220133.PROC/%2520DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NU-MACORDAOINT%2520desc/1/%2520?uid=9c210610-e320-11ea-9af1-3fc8037ace1c.

2018	130.232.007,01	106.291.877,45	105.914.661,57	-	-
2019	98.868.645,68	77.664.194,56	77.337.097,73	19.489.655,72	20.448.841,92
Soma	229.100.652,69	183.956.072,01	183.251.759,30	19.489.655,72	20.448.841,92
Ação 2000 - Administração da unidade					
2014	37.741.124,82	22.854.613,95	22.597.148,59	-	-
2015	33.085.719,28	4.850.470,07	2.657.751,10	2.371.252,38	2.599.881,71
2016	13.675.437,56	9.025.565,98	8.619.954,88	3.574.186,37	3.822.945,71
2017	13.296.149,24	4.634.173,14	4.624.114,87	3.529.979,65	3.954.700,26
2018	3.105.901,44	2.025.981,87	1.802.663,62	302.385,77	374.767,58
2019	7.258.262,79	5.540.120,35	5.528.577,27	1.037.383,60	1.262.359,41
Soma	108.162.595,14	48.930.925,36	45.830.210,33	10.815.187,78	12.014.654,67
Total	20.322.837.851,49	19.135.864.653,08	18.848.220.293,69	826.341.192,82	1.244.379.808,48

Nota: Valores nominais, disponibilizados no anexo, foram corrigidos pelo Índice de Nacional Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) divulgado pelo IBGE.

Fonte: Siga Brasil, 2020. Elaboração própria.

Em 2016, com a entrada em vigor de um novo PPA, foi inserida na lei orçamentária a ação “214U – Implantação do Programa Mais Médicos”, também vinculada ao programa “2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Com isso, a despesa do MS com o PMMB passou a ser dispendida nesta ação.

Já no âmbito do MEC, a mesma portaria estabeleceu que as atividades do PMMB seriam custeadas com dotações orçamentárias provenientes da ação “4005 - Apoio à Residência em Saúde”, vinculada ao programa “2032 - Educação Superior - Graduação, Pós-Graduação, Ensino, Pesquisa e Extensão”. Porém, mesmo com essa atribuição expressa, nos dados extraídos do Siga Brasil referentes a essa ação não havia nenhum identificador que relacionasse ao projeto a despesa incorrida. Como os recursos dessa ação também se destinam a despesas não relacionadas ao PMMB, como despesas com gestão hospitalar e bolsas de residência médica, optou-se por não incluí-los nas tabelas de execução orçamentária desta seção.

Pelos dados extraídos do Siga Brasil, percebe-se que ao menos parte do pagamento das bolsas destinadas a tutoria e supervisão utilizaram recursos da ação “20GK - Fomento às ações de graduação, pós-graduação, ensino, pesquisa e extensão”. Em 2018, no âmbito do MEC, foi criada a ação orçamentária “00QC – Concessão de Bolsas do Programa Mais Médicos”, vinculada ao programa “2080 – Educação de qualidade para todos”, especificamente para amparar essas despesas. As despesas do MD estão todas incluídas na ação “2000 – Administração da unidade”.

A execução orçamentária pela ótica de natureza e elemento de despesa, em termos de empenho liquidado, está apresentada na Tabela 26. Entre 2013 e 2019, foram alocados R\$ 19,13 bilhões para custeio de despesas correntes do programa, sendo cerca de 39% referentes aos elementos auxílio financeiro a estudantes e pessoas físicas e 49%, a contribuições para a Opas.

Auxílio a pessoas físicas	51.624.527,81	761.257.014,80	491.152.821,61	357.595.856,43	190.558.610,14	96.220.772,16	179.812.218,86	2.128.221.821,81
Residência médica	-	-	-	42.044.376,77	101.272.026,66	25.214.957,25	1.666.043,56	170.197.404,24
Residência multiprofissional em saúde	-	-	-	-	431.519,80	575.384,78	443.077,36	1.449.981,95
Auxílio a participantes de curso de formação	35.462.235,95	336.609.157,98	107.027.006,04	-	-	55.458,77	-	479.153.858,75
Auxílio de avaliação educacional	-	-	-	-	383.573,15	415.940,81	-	799.513,96
Outros serviços de terceiros - Pessoa Física	-	-	-	12.853,74	-	-	-	12.853,74
Outros serviços de terceiros - Pessoa Jurídica	-	79.618.681,15	30.505.535,93	34.563.719,53	27.849.330,59	18.345.318,62	2.458.565,30	193.341.151,13
Passagens e despesas com locomoção	1.832.944,34	6.109.454,37	2.821.786,55	3.303.675,09	3.355.335,16	3.096.352,92	2.548.430,78	23.067.979,21
Sentenças judiciais	-	-	-	-	1.035.916,06	1.365.013,01	754.730,71	3.155.659,78
Serviços de tecnologia da informação e comunicação - PJ	-	-	-	-	-	-	16.394,87	16.394,87
Soma de outras despesas correntes	699.736.234,68	3.468.576.323,96	3.035.712.272,27	3.069.843.649,92	3.493.956.006,98	2.591.158.057,77	2.771.412.825,44	19.130.395.371,03
Total	699.736.234,68	3.473.359.945,55	3.036.119.238,07	3.069.982.430,59	3.493.956.006,98	2.591.191.257,97	2.771.515.778,16	19.135.860.892,00

Nota: Valores nominais, disponibilizados no anexo, foram corrigidos pelo IPCA divulgado pelo IBGE.

Fonte: Siga Brasil (2020). Elaboração própria.

A Tabela 27 apresenta a execução físico-financeira do PMMB. Para sua construção, foi considerado o número de médicos participantes já apresentado na Tabela 3 do capítulo 3 e os valores pagos correspondem à despesa paga somada aos restos a pagar pagos.

Tabela 27 - Execução físico-financeira do PMMB

Ano	Número de médicos participantes	Valores pagos (R\$ milhão)	Custo médio anual	Custo médio mensal
2013	3.678	699.736.234,68	190.249,11	15.854,09
2014	14.462	3.519.382.053,32	243.353,76	20.279,48
2015	17.577	3.060.564.623,76	174.123,26	14.510,27
2016	17.177	3.141.690.164,90	182.900,98	15.241,75
2017	17.281	3.665.867.034,19	212.132,81	17.677,73
2018	16.956	2.735.571.993,15	161.333,57	13.444,46
2019	15.576	2.851.749.382,52	183.086,12	15.257,18

Nota: Valores nominais, disponibilizados no anexo, foram corrigidos pelo IPCA divulgado pelo IBGE.
Fonte: BRASIL, 2019h; Siga Brasil, 2020. Elaboração própria.

8.2 Eixo Formação Médica

O Eixo Formação Médica é financiado por recursos do OGU destinados ao MEC, conforme exposto na Tabela 28. Nela estão apresentadas as dotações autorizadas para os anos de 2013 a 2018. No ano de 2019, não foram autorizados recursos do OGU para as ações tratadas nesta seção.

Tabela 28 - Fontes de financiamento do Eixo Formação Médica (2013 a 2019)

Fontes de financiamento da política	
Ano	Recursos do OGU – Ministério da Educação
2013	33.700.222,16
2014	395.701.722,97
2015	357.645.152,88
2016	191.821.211,15
2017	59.399.820,19
2018	155.684,75
TOTAL	1.038.423.814,10

Nota: Valores nominais, disponibilizados no anexo, foram corrigidos pelo IPCA divulgados pelo IBGE.
Fonte: Siga Brasil (2020). Elaboração própria.

Apesar de o PMM estabelecer como prioridade a reordenação da oferta de vagas para residência médica e a coordenação da residência em MFC, parte das despesas do governo federal com bolsas de residência médica utilizam recursos do programa Pró-Residência, vinculado ao MS. Por ser outro programa de governo, esses gastos não compõem esta seção. Já as bolsas relativas à residência em MFC utilizam recursos das ações 20GK e 214U e, como já mencionado, foram incluídas na seção anterior, tendo em vista a dificuldade de identificar as dotações orçamentárias destinadas especificamente a esse gasto.

Assim, as despesas incluídas nesta seção tiveram por objeto a reestruturação e expansão de instituições federais de ensino superior e de hospitais universitários a elas vinculados. A execução orçamentária e financeira das ações desse eixo, apresentada na Tabela 29, foi de 20,97%, em média. Os níveis de pagamento em relação ao total autorizado também são baixos, tendo atingido 2,70% em 2013, e gerando parcelas substanciais de restos a pagar.

Tabela 29 - Execução orçamentária e financeira do Eixo Formação Médica (2013 a 2019)

Ano	Valor autorizado	Empenho liquidado	Pago	RAP pago	RAP Inscritos
Ação 20RX - Reestruturação e modernização de instituições hospitalares federais					
2013	14.041.759,23	-	-	-	-
2014	187.313.138,93	36.171.606,33	33.958.326,38		
2015	44.117.093,61	40.449.886,77	35.029.217,26	10.039.383,70	51.359.241,22
2016	17.949.017,97	-	-	14.184.975,81	24.346.469,46
2017	-	-	-	14.892.440,61	18.457.192,92
2018	-	-	-	3.101.620,31	3.422.269,96
2019	-	-	-	126.311,97	299.873,15
Soma	263.421.009,75	76.621.493,11	68.987.543,64	42.344.732,41	97.885.046,72
Ação 4086 - Funcionamento e gestão de instituições hospitalares federais					
2013	19.658.462,92	3.847.447,27	908.241,56	-	-
2014	-	-	-	11.976.108,35	16.694.170,77
2015	-	-	-	1.965,36	4.047.999,23
2016	-	-	-	-	3.575.190,36
2017	-	-	-	-	3.472.833,79
2018	-	-	-	-	3.347.455,45
Soma	19.658.462,92	3.847.447,27	908.241,56	11.978.073,70	31.137.649,59
Ação 8282 - Reestruturação e expansão de instituições federais de ensino superior					
2014	107.744.858,28	24.643.082,27	22.937.188,50	-	-
2015	244.967.711,08	32.874.185,13	21.430.254,68	19.994.163,19	26.114.044,42

2016	113.294.257,53	22.787.524,73	22.007.355,65	36.298.265,30	49.410.949,30
2017	48.502.855,63	9.501.661,05	8.982.911,52	52.568.563,11	67.666.713,79
2018	155.684,75	45.597,95	45.597,95	30.002.386,98	41.239.982,32
2019	-	-	-	2.909.998,18	9.733.382,45
Soma	514.665.367,28	89.852.051,13	75.403.308,31	141.773.376,75	194.165.072,28
Ação 14IM - Implantação do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora					
2014	100.643.725,76	390.250,65	390.250,65	-	-
2015	27.126.050,80	-	-	61.277,45	30.974.644,07
2016	17.949.017,97	43.866,40	43.866,40	-	36.376.304,78
2017	-	-	-	302.110,90	52.727.395,51
2018	-	-	-	-	50.532.595,28
2019	-	-	-	487.522,89	48.446.470,87
Soma	145.718.794,54	434.117,05	434.117,05	850.911,24	219.057.410,50
Ação 156W - Implantação do Hospital Universitário da Universidade Federal de Roraima					
2015	9.538.831,05	-	-	-	-
2016	8.974.508,99	-	-	-	-
Soma	18.513.340,04	-	-	-	-
Ação 156X - Implantação do Hospital Universitário da Universidade Federal do Tocantins					
2015	9.538.831,05	649.984,00	649.984,00	-	-
2016	8.974.508,99	242.504,08	242.504,08	63.919,68	63.919,68
2017	-	-	-	-	-
Soma	18.513.340,04	892.488,07	892.488,07	63.919,68	63.919,68
Ação 156Y - Implantação do Hospital Universitário Júlio Bandeira da Universidade Federal de Campina Grande					
2015	178.853,08	160.975,64	9.302,02	-	-
2016	6.730.881,74	143.592,14	8.400,14	159.468,29	159.468,29
2017	-	-	-	3.109.350,76	3.109.350,76
Soma	6.909.734,82	304.567,79	17.702,16	3.268.819,05	3.268.819,05
Ação 157A - Implantação do Hospital Universitário da Universidade Federal do Acre					
2015	3.755.914,73	-	-	-	-
Ação 157B - Implantação do Hospital Universitário da Universidade Federal do Amapá					
2015	4.948.268,61	-	-	-	-
2016	6.730.881,74	1.629.006,42	1.629.006,42	3.533.712,91	3.533.712,91
2017	-	-	-	2.043.481,31	2.509.470,01
2018	-	-	-	-	449.165,30
2019	-	-	-	430.619,60	430.622,52
Soma	11.679.150,35	1.629.006,42	1.629.006,42	6.007.813,82	6.922.970,74
Ação 157C - Implantação da maternidade escola da Universidade Federal da Bahia					
2015	3.150.000,00	-	-	-	-
Ação 157D - Implantação do Hospital Universitário da Universidade Federal de Goiás					
2015	4.888.650,91	-	-	-	-
2016	-	-	-	3.477.622,23	4.599.435,86
2017	-	-	-	-	1.089.696,46
2018	-	-	-	1.050.355,58	1.050.355,58
Soma	4.888.650,91	-	-	4.527.977,81	6.739.487,89
Ação 157E - Implantação do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro					

2015	1.251.971,58	881.037,79	488.819,32	-	-
2016	-	-	-	711.735,09	718.003,79
2017	-	-	-	-	6.089,22
2018	-	-	-	-	5.869,39
Soma	1.251.971,58	881.037,79	488.819,32	711.735,09	729.962,40
Ação 157G - Implantação do Hospital Universitário da Universidade Federal de Uberlândia					
2015	3.577.061,64	3.546.958,97	2.472.097,10	-	-
2016	11.218.136,23	9.107.999,22	9.107.999,22	1.020.176,32	1.020.176,32
2017	10.896.964,56	9.499.313,32	9.381.694,10	138.174,58	2.049.718,10
2018	-	-	-	1.459.424,57	3.303.097,06
2019	-	-	-	286.982,49	1.767.553,27
Soma	25.692.162,43	22.154.271,51	20.961.790,42	2.904.757,96	8.140.544,74
TOTAL	1.037.817.899,38	196.616.480,14	169.723.016,95	214.432.117,51	568.110.883,60

Nota: Valores nominais, disponibilizados no anexo, foram corrigidos pelo IPCA divulgado pelo IBGE.
Fonte: Siga Brasil (2020). Elaboração própria.

Pelo exposto na tabela, percebe-se que produtos previstos na peça orçamentária, como os hospitais universitários da Universidade Federal de Roraima e do Acre e a maternidade escola da Universidade Federal da Bahia não foram iniciados.

A execução orçamentária pela ótica de natureza e elemento de despesa, em termos de empenho liquidado, está apresentada na tabela 30. Entre 2013 e 2019, foram liquidados mais de R\$ 152 milhões referentes a despesas de investimento, destacando-se os elementos “equipamentos e material permanente” e “obras e instalações”. Dos cerca de R\$ 52 milhões destinados a despesas correntes, mais de 65% foram destinados a “locação de mão-de-obra” e “material de consumo”.

Para esse eixo, não foi possível calcular a execução físico-financeira, pois as despesas aqui apresentadas não podem ser vinculadas diretamente aos produtos previstos no modelo lógico ou aos indicadores apresentados no capítulo 3. Como já mencionado, despesas com residência médica, por exemplo, são apresentadas no orçamento como vinculadas ao Pró-residência, ainda que a ampliação de vagas tenha relação com o PMM. Não é possível determinar a que produtos ou indicadores as despesas com reestruturação, modernização, funcionamento e gestão de instituições hospitalares federais e com reestruturação e expansão de instituições federais de ensino estão relacionadas.

Tabela 30 - Execução orçamentária por natureza de despesa – empenho liquidado do Eixo Formação Médica (2013 a 2019)

GND	ELEMENTO	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Investi- mentos	Despesas de exercícios anteriores	-	-	-	440.881,36	136.016,75	-	-	576.898,11
	Equipamentos e material permanente	-	27.997.206,61	13.363.517,54	9.468.074,76	4.258.159,37	-	-	55.086.958,29
	Material de consumo	-	-	-	-	273.295,87	-	-	273.295,87
	Obras e instalações	-	32.467.445,88	34.806.726,34	24.181.148,31	4.680.176,13	-	-	96.135.496,66
	Outros serviços de terceiros - pessoa jurídica	-	740.286,77	281,40	89.331,49	154.012,92	-	-	983.912,57
Soma de despesas de investimentos		-	61.204.939,25	48.170.525,28	34.179.435,92	9.501.661,05	-	-	152.479.663,39
Outras despesas correntes	Despesas de exercícios anteriores	-	-	4.327.316,52	2.498.340,65	68.941,99	-	-	6.894.599,16
	Diárias – civil	-	-	4.703,12	-	-	-	-	4.703,12
	Indenizações e restituições	-	-	61.967,23	289,35	228.679,24	787,77	-	291.723,58
	Locação de mão-de-obra	1.018.424,88	-	3.238.686,00	3.242.495,05	8.274.691,86	-	-	15.774.297,81
	Material de consumo	2.412.578,94	-	13.786.193,14	2.292.405,63	135.020,58	2.296,39	-	18.628.494,68
	Obrigações tributárias e contributivas	-	-	1.637,44	0,00	1.127,15	-	-	2.764,59
	Outros serviços de terceiros - pessoa física	-	-	23.024,76	13.343,03	-	-	-	36.367,79
	Outros serviços de terceiros - pessoa jurídica	416.443,45	-	8.937.454,77	908.558,85	790.852,50	18.401,18	-	11.071.710,74
	Passagens e despesas com locomoção	-	-	11.520,05	-	-	1.491,50	-	13.011,55
Serviços de tecnologia da informação e comunicação - PJ	-	-	-	-	-	22.621,11	-	22.621,11	
Soma de outras despesas correntes		3.847.447,27	-	30.392.503,02	8.955.432,57	9.499.313,32	45.597,95	-	52.740.294,13
Total		3.847.447,27	61.204.939,25	78.563.028,30	43.134.868,48	19.000.974,38	45.597,95	-	205.219.957,52

Nota: Valores nominais, disponibilizados no anexo, foram corrigidos pelo IPCA divulgado pelo IBGE.

Fonte: Siga Brasil (2020). Elaboração própria.

As despesas apresentadas na Tabela 29 referentes ao Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro englobaram apenas a aquisição de material permanente. Em relação às demais, pode-se afirmar que: apenas que o Hospital Universitário Júlio Bandeira e o Hospital Universitário da Universidade Federal do Amapá foram implantados, sendo que este apenas parcialmente e para combate à covid-19. As obras do Hospital Universitário da Universidade Federal de Uberlândia foram retomadas esse ano e têm previsão de conclusão para 2022 e as do Hospital Universitário da Universidade Federal de Goiás foram concluídas em 2020, após 18 anos de seu início, mas ainda é necessário equipá-lo. A implantação do Hospital Universitário da Universidade Federal do Tocantins ainda está na etapa de elaboração do projeto básico e a obra do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora está paralisada.

8.3 Eixo Infraestrutura

O Eixo Infraestrutura é financiado por recursos do OGU destinados ao MS, conforme apresentado na tabela abaixo. Esses recursos estão vinculados ao programa “2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Tabela 31 - Fontes de financiamento do Eixo Infraestrutura (2013 a 2019)

Fontes de financiamento da política	
Ano	Recursos do OGU – Ministério da Saúde
2013	1.198.323.732,82
2014	1.777.622.814,66
2015	991.270.210,08
2016	503.428.034,17
2017	282.738.526,77
2018	52.553.106,43
2019	15.665.503,73
TOTAL	4.821.601.928,64

Nota: Valores nominais, disponibilizados no anexo, foram corrigidos pelo IPCA divulgado pelo IBGE.
Fonte: Siga Brasil (2020). Elaboração própria.

Embora a Lei nº 12.871, de 2013, expresse “dotar as Unidades Básicas de Saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura, a serem definidas nos planos plurianuais”, posteriormente, o MS passou a considerar apenas o Requalifica UBS

como representante desse eixo. Por essa razão, despesas referentes aos programas de informatização das UBS e de telessaúde, embora definidas no PPA, não foram incluídas nessa seção. Foram consideradas despesas desse eixo apenas as relativas a obras de construção, reforma, adequação e ampliação ou vinculadas ao plano orçamentário “Programa de Requalificação de UBS”.

A execução orçamentária e financeira das ações desse eixo está representada na Tabela 32. É possível perceber que a média de liquidação da despesa autorizada no período em questão foi de 69,23%. No entanto, esse índice teve tendência decrescente no período, tendo caído de 75%, em média, nos anos 2013 e 2014, para 47% em 2018. No ano de 2019, foram pagos apenas restos a pagar.

Tabela 32 - Execução orçamentária e financeira do Eixo Infraestrutura (2013 a 2019)

Ano	Valor autorizado	Empenho liquidado	Pago	RAP pago	RAP Inscritos
2013	903.868.041,73	673.632.106,21	673.632.106,21	0,00	0,00
2014	1.472.790.652,61	1.102.541.647,59	1.102.541.647,59	287.048.908,33	529.065.075,59
2015	854.279.480,28	521.550.527,94	521.550.527,94	59.699.567,82	220.367.612,26
2016	471.768.130,45	329.353.559,73	329.353.559,73	33.284.428,25	171.991.464,77
2017	261.786.911,22	108.269.326,71	108.269.326,71	4.139.299,52	136.235.745,76
2018	35.603.902,94	13.693.624,96	13.693.624,96	57.411.947,20	275.202.829,53
2019	15.665.503,73	-	-	49.696.874,85	139.444.011,55
Soma	4.015.762.622,96	2.749.040.793,15	2.749.040.793,15	491.281.025,97	1.472.306.739,45
Ação 8581 - Estruturação da rede de serviços de atenção básica de saúde					
2013	19.518.045,33	429.555,67	429.555,67	-	-
2014	19.794.296,24	-	-	1.229.739,06	27.777.603,08
2015	12.102.391,90	-	-	18.829.387,86	23.987.553,03
2016	-	-	-	2.135.194,32	5.469.386,46
2017	-	-	-	54.484,82	2.752.303,74
2018	-	-	-	195.366,14	2.600.420,63
2019	-	-	-	-	1.892.085,35
Soma	51.414.733,47	429.555,67	429.555,67	22.444.172,21	64.479.352,29
Ação 8577 - Piso de atenção básica fixo					
2013	274.937.645,75	214.654.683,67	214.654.683,67	-	-
2014	285.037.865,81	250.189.183,27	250.189.183,27	24.407.211,87	56.652.863,78
2015	124.888.337,90	81.056.232,89	78.191.431,11	33.748.252,11	60.081.632,20
2016	31.659.903,72	22.850.614,34	22.850.614,34	22.213.328,46	53.148.207,22
2017	20.951.615,55	8.508.932,09	8.508.932,09	3.470.207,22	33.076.934,21
2018	-	-	-	3.074.045,29	39.658.824,48
2019	-	-	-	3.756.277,72	21.376.991,35
Soma	737.475.368,73	577.259.646,25	574.394.844,47	90.669.322,67	263.995.453,24

Ação 219A - Piso de atenção básica em saúde					
2018	16.949.203,49	11.230.317,70	11.230.317,70	-	-
2019	-	-	-	1.829.495,55	5.482.794,01
Soma	16.949.203,49	11.230.317,70	11.230.317,70	1.829.495,55	5.482.794,01
Total	4.821.601.928,64	3.337.960.312,77	3.335.095.510,99	606.224.016,40	1.806.264.338,98

Nota: Valores nominais, disponibilizados no anexo, foram corrigidos pelo IPCA divulgado pelo IBGE.
Fonte: Siga Brasil (2020). Elaboração própria.

As Portarias MS nº 339 e nº 340, de 4 de março de 2013, fixaram as ações orçamentárias 12L5 e 8581 como fonte de recursos para os componentes ampliação e construção do Requalifica UBS. Já a Portaria MS nº 341, de 4 março de 2013, estabeleceu as ações orçamentárias 8577 e 8581 como fontes de recursos para o componente reforma. Logo, as mesmas ações orçamentárias podem ser usadas para custear componentes distintos do programa, sendo difícil destacar a destinação da despesa tomando por base apenas as informações registradas em sistema. Cabe destacar que as obras custeadas pela ação 12L5 fazem parte do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) do governo federal.

A execução orçamentária pela ótica de natureza e elemento de despesa, em termos de empenho liquidado, está apresentada na Tabela 33. Entre 2013 e 2019, foram liquidados mais de R\$ 3,3 bilhões, dos quais R\$ 2,7 bilhões são referentes a despesas de investimentos. Como os recursos do Requalifica UBS são transferidos do orçamento da seguridade social para o Fundo Nacional de Saúde e daí destinados aos municípios, os elementos de despesa predominantes são “auxílios” e “auxílios - fundo a fundo” em despesas de investimento, e “contruibuições” e “contribuições – fundo a fundo” em outras despesas correntes.

Também não foi possível calcular a execução físico-financeira para esse eixo. Primeiramente porque os dados disponibilizados pelo MS referentes às obras conduzidas no âmbito do Requalifica UBS não estão separados por categoria (ampliação, construção e reforma) nem por ano de conclusão. Além disso, a soma das quantidades informadas anualmente nos relatórios de avaliação do PPA é superior ao total de obras declarado pelo MS, provavelmente porque uma obra pode ter duração superior a um exercício financeiro. Por fim, há despesas do programa que ocorreram em anos não considerados neste capítulo, como 2012.

Tabela 33 - Execução orçamentária por natureza de despesa – empenho liquidado do Eixo Infraestrutura (2013 a 2019)

GND	ELEMENTO	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Investi- mentos	Despesas de exercícios an- teriores	-	-	-	836.872,96	944.621,52	-	-	1.781.494,49
	Auxílios - Fundo a fundo	674.061.661,9	-	-	-	-	-	-	674.061.661,88
	Auxílios	-	1.102.541.647,59	521.550.527,94	328.516.686,77	107.324.705,19	13.693.624,96	7.799.911,63	2.081.427.104,08
Soma de despesas de investimentos		674.061.661,88	1.102.541.647,59	521.550.527,94	329.353.559,73	108.269.326,71	13.693.624,96	7.799.911,63	2.757.270.260,45
Outras despesas correntes	Despesas de exercícios an- teriores	168.879.403,02	87.398.495,89	19.079.170,29	3.967.206,59	1.366.010,32	-	-	280.690.286,10
	Contribuições	45.775.280,65	-	61.977.062,60	18.883.407,75	7.142.921,77	11.230.317,70	-	145.008.990,47
	Contribuições - Fundo a fundo	-	162.790.687,38	-	-	-	-	-	162.790.687,38
Soma de outras despesas correntes		214.654.683,67	250.189.183,27	81.056.232,89	22.850.614,34	8.508.932,09	11.230.317,70	-	588.489.963,95
Total		888.716.345,55	1.352.730.830,87	602.606.760,83	352.204.174,07	116.778.258,80	24.923.942,66	7.799.911,63	3.345.760.224,40

Nota: Valores nominais, disponibilizados no anexo, foram corrigidos pelo IPCA divulgado pelo IBGE.

Fonte: Siga Brasil (2020). Elaboração própria.

De acordo com o MS, até junho de 2019, havia sido repassado aos municípios para a execução de obras de ampliação, reforma ou construção de UBS o valor de R\$5.413.663.057,80, número bastante superior ao apresentado na tabela 31. Em relação às UBS fluviais, foi repassado o total de R\$ 157.931.184,45 para a execução de 104 obras, das quais 32 estão concluídas (BRASIL, 2019g).

9. Insights sobre eficiência e economicidade do gasto

Considerando que não foi possível calcular a execução físico-financeira para os eixos Formação médica e Infraestrutura, como já explicado nos itens 8.2 e 8.3, cabe falar de eficiência e economicidade apenas para o eixo Provimento Emergencial.

Como apontado na seção 4, a CGU constatou que a gestão do PMM realizou controle dos gastos de forma genérica, o que pode ter levado ao pagamento antecipado de R\$ 316,6 milhões à Opas por serviços não comprovados. Isso mostra que havia espaço para melhorar a eficiência do programa com a adoção de mecanismos simples de monitoramento dos serviços e valores executados.

Além disso, a inclusão do perfil “Demais Localidades” aumentou o custo do programa sem gerar os impactos esperados, como mostrou o capítulo 7. Esse também é um ponto que demonstrar ser possível aumentar a eficiência da política, tendo em vista o custo de cada médico participante do programa e o volume de profissionais designados aos municípios desse perfil.

Como apresentado na Tabela 27, o custo médio de cada médico participante do PMMB foi superior a R\$ 14 mil por mês, exceto em 2018, quando foi de R\$ 13.444,46. Esse custo inclui todas as despesas do programa, como pagamento de bolsas, cursos de especialização, ajuda de custo e passagens, dentre outros.

O PMMB foi uma política inovadora no país, de modo que é difícil comparar seu custo por produto com o de outras políticas consideradas de excelência. Em 2013, era oferecida uma bolsa ao médico vinculado ao Provab no valor de R\$ 8 mil³⁹, que corrigidos pelo IPCA, equivalem a cerca de R\$ 11,2 mil em 2019. Nesse mesmo ano, o valor da bolsa formação recebida pelos participantes do PMM era de R\$ 12.386,50. Considerando que a dificuldade do Provab de atrair inscritos contribuiu para a criação do PMM, a bolsa oferecida nesse programa parece estar alinhada aos valores praticados em políticas semelhantes no país.

Também em 2019, o valor da bolsa para residência médica financiada pelo MS era de R\$ 3.330,49. Se utilizado esse parâmetro, o programa não parece ser econômico. Contudo, como já mencionado na seção 2, a residência é considerada a

³⁹ Segundo informações disponíveis em <http://www.blog.saude.gov.br/servicos/31906-entenda-como-funciona-o-provab> e consultadas em 18 de outubro de 2020.

principal modalidade de formação médica e corresponde a uma especialização *lato sensu* que se distingue de outros processos de formação por certificar o médico para exercer determinada especialidade. Logo, ela é atrativa para os egressos de medicina, o que a torna um parâmetro inadequado para a política em questão.

Ainda em 2019, o governo federal anunciou o Programa Médicos pelo Brasil, que pagaria aos médicos, durante a realização de curso de especialização, o valor de R\$ 12 mil mensais líquidos, com gratificação de R\$ 3 mil adicionais para locais remotos (rurais e intermediários) e de R\$ 6 mil adicionais para DSEIs, além de localidades ribeirinhas e fluviais. Após a aprovação no curso, os profissionais poderão ser contratados via CLT e, além do salário, farão jus à gratificação por desempenho que pode variar entre 11% e 30% do salário, de modo que a remuneração inicial pode chegar a R\$ 21 mil.

Embora seja difícil comparar o custo dos dois programas, uma vez que são estruturados de forma diferente (o PMM prevê o pagamento de bolsa para supervisão e tutoria e o Médicos pelo Brasil prevê o pagamento de gratificações), em uma análise superficial, o custo do PMM parece ser inferior ao do novo programa proposto pelo governo.

Um indicador de retorno econômico da política pode ser a economia gerada com a redução de internações hospitalares. Como já mencionado no capítulo 7, Mattos e Mazetto (2018) afirmam que o PMMB contribuiu para que as internações fossem reduzidas em 4,6%. Considerando que uma internação típica custa, em média, R\$ 1.612,74 e que o total dispendido com internações no país em 2015 foi de R\$ 18.264.959.463,54, os autores estimam que só a redução das internações gerou uma economia de cerca de R\$ 840.188.135,32 nesse ano, cerca de um terço do orçamento do programa no período, se considerada a despesa apresentada na Tabela 27.

10. Recomendações

Essa avaliação executiva teve por objetivo analisar brevemente o PMM e identificar possibilidades de aprimoramento ou pontos que devem ser estudados de forma mais aprofundada. Talvez por ter gerado muita polêmica quando de seu lançamento, esse programa foi objeto de inúmeros estudos, de modo que diversos de seus aspectos já foram objeto de pesquisas acadêmicas.

Pelo exposto no capítulo 2, percebe-se que o diagnóstico do PMM foi elaborado de forma consistente e embasou um desenho de política bastante complexo, em especial o de seu eixo mais estruturante, formação médica. O contexto predatório do mercado de trabalho para profissionais médicos devido à quantidade insuficiente de formados anualmente para atender à demanda tornava difícil para os gestores municipais atrair e fixar médicos nas eSF. Com isso, havia vazios assistenciais e reduzido acesso da população ao SUS. Somava-se a isso, a infraestrutura inadequada das UBS, principalmente em regiões vulneráveis e carentes do país, e a formação médica e de especialistas não orientada para as necessidades da população e do SUS. Esses fatores resultaram em um cenário de quantidade, distribuição e formação de médicos insuficientes para atender as demandas do SUS e da população.

Para resolver a questão de forma definitiva, foi elaborada uma política que buscava melhorar a infraestrutura da AB, ampliar a quantidade de vagas de graduação e de residência médica, assim como melhorar a distribuição dessas vagas, e reorientar a formação médica para atender às necessidades do sistema de saúde pública. Enquanto essas ações não dessem resultado, seria necessário contar com um contingente de profissionais que suprisse a demanda em caráter temporário.

No entanto, é notório que a realização de uma avaliação *ex ante* do desenho do PMM, com o desenvolvimento de um modelo lógico completo e definição de indicadores de monitoramento e avaliação da política, teria trazido muitos benefícios para sua implementação, favorecendo o alcance de resultados e impactos. Como já apontado nessa avaliação, a metodologia adotada pelo MS quanto ao nível de priorização utilizado para distribuir os médicos do programa não era clara e não determinou quantitativo esperado de atendimento à demanda dos municípios de maior vulnerabilidade para então atender aos demais, o que é um exemplo de falha de desenho que poderia

ter sido antecipada por uma análise mais aprofundada quando da elaboração da política.

A implementação do programa, em todos os seus eixos, também pode ser aprimorada. De acordo com Pinto *et al.* (2019), pode-se considerar que o PMM está em etapa inicial de implementação e em processo de reformulação de objetivos. No eixo provimento emergencial, como já pontuado, é possível aprimorar os processos de inscrição dos municípios e de alocação de médicos em municípios prioritários e mais vulneráveis. É desejável que o MS desenvolva instrumentos para apoiar a inscrição desses municípios, estimulando sua manifestação de interesse e sua indicação de vagas existentes de médicos. Também é importante avaliar a necessidade de manter o perfil “demais municípios”, uma vez que ele permite a inclusão de municípios não-prioritários, o que aumenta as despesas do programa sem, necessariamente, contribuir para o alcance de seus resultados e impactos, em especial a redução das desigualdades regionais em saúde.

As evidências de que houve substituição da oferta regular de médicos das prefeituras pelo provimento federal e de que há dependência dos municípios em relação ao programa é outro aspecto que merece análise mais aprofundada, tendo em vista suas potenciais consequências indesejadas e negativas. Embora alguns ajustes básicos possam ser propostos, como: o monitoramento mensal do número de médicos e de equipes de AB em cada município contemplado e a observância da proibição de substituir os médicos que compõem tais equipes pelos profissionais que participam do PMMB, como já recomendado pelo TCU e pela CGU; e o monitoramento do indicador “diferença da taxa de crescimento do número de médicos lotados em UBS entre municípios aderidos e não aderidos ao PMMB”, proposto pelo próprio MS⁴⁰.

Para solucionar a dependência dos municípios em relação ao programa, talvez seja necessário avaliar o modelo de financiamento e estruturação da AB e do SUS, principalmente tendo em vista a situação financeira de boa parte dos municípios

⁴⁰ Já há exigência, inclusive feita pelo TCU, do acompanhamento desses indicadores. Em tese, seu acompanhamento seria feito a partir de informações constantes do Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP), preenchido pelos gestores municipais, e do CNES. Há previsão de punição para os municípios que não cumpram o requisito de não substituir profissionais, mas, antes de 2017, não há evidências de que ela foi aplicada. Em 2017, alguns municípios foram “excluídos” do programa, conforme Portaria MS nº 407, de 18 de dezembro de 2017, que apenas divulga a relação de municípios descredenciados do PMMB em atendimento à recomendação da Procuradoria Geral da República (PGR). Não foi encontrado o parecer da PGR que recomendou esse descredenciamento.

vulneráveis, em especial daqueles com menos de 20 mil habitantes, que por vezes têm a maior parte de suas receitas oriunda de transferências dos Estados e da União.

No aspecto financeiro, como apontado pela CGU e já pontuado no capítulo 4, cabe destacar o potencial prejuízo ao erário causado pela falta de controles adequados e suficientes para atestar a realização dos serviços incluídos no acordo de cooperação com a Opas e que podem ter propiciado o pagamento antecipado de R\$ 316,6 milhões por serviços não comprovados.

Como destacado no capítulo 7, o PMM aumentou a oferta de médicos na AB, ampliou sua cobertura e o seu acesso, o que levou à redução de desigualdades regionais em saúde, nesse aspecto. Avaliações de impacto também mostraram que, em alguma medida, o programa trouxe melhoras nos indicadores de saúde, ainda que em magnitude menor do que a esperada, o que indica que foi efetivo. Mas ainda é preciso compreender porque o impacto da política foi menor do que o esperado e o que é possível fazer para corrigir o problema. Também é desejável conduzir novas avaliações para verificar o impacto do PMM sobre indicadores de resolubilidade da AB, como o número de internações por condições sensíveis à AB.

No que tange ao eixo formação médica, em que pese seu sucesso em deslocar a lógica de abertura de cursos de graduação de *market-oriented* para *policy-oriented*, como afirma *Pinto et al.* (2019), e em ampliar o número de vagas de graduação nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, “é nele que se observa a maior lentidão dos avanços e são registrados reveses sinalizadores da falta de apoio do governo ao PMM e do enfraquecimento da AB” (Senado Federal, 2018, p. 89), sendo necessário reavaliar suas premissas e estratégias.

Também são necessários mais estudos para avaliar se as ações nele concluídas produziram o impacto desejado. A avaliação do impacto desse eixo, inclusive, é tarefa tão relevante quanto complexa, tendo em vista as inúmeras intervenções ocorridas no processo de sua implementação. A interrupção da expansão de vagas em instituições públicas, a supressão das avaliações dos cursos de graduação e dos programas de residência médica previstos na lei nº 12.871/2013 e a exclusão do Cadastro Nacional de Especialistas são fatores que podem comprometer os objetivos de médio e longo prazo do programa e que precisam ser analisados (*PINTO et al.*, 2019).

Ainda, é preciso avaliar se o predomínio de vagas de graduação em instituições privadas influencia a formação dos profissionais e se procedem as críticas, feitas pela

classe médica, a respeito da qualidade do ensino e do processo de avaliação do MEC. Também é preciso verificar se as vagas autorizadas foram implementadas e ocupadas, uma vez que o acesso da população a esses cursos pode ser dificultado pelo valor das mensalidades cobradas⁴¹. Além disso, como mostrou a Tabela 18, embora todas as regiões tenham ultrapassado o patamar de uma vaga por dez mil habitantes, ainda persistem diferenças intrarregionais, a exemplo dos estados do Pará, Amapá, Amazonas e Maranhão, que ainda possuem menos de uma vaga para cada dez mil habitantes.

As taxas de ociosidade das vagas de residência, em especial em MFC, são mais um indício da necessidade de revisar e reformular o eixo formação à luz das lições aprendidas com sua implementação e da mudança de perspectiva. Como a obrigatoriedade de concluir a residência em MFC para ter acesso às demais especialidades foi revogada, é preciso definir nova estratégia para preencher os postos de trabalho disponíveis no sistema público de saúde de forma mais perene, sem depender do provimento emergencial indefinidamente.

Quanto ao eixo infraestrutura, faltam informações que possibilitem avaliar seus resultados, impactos e até sua relação custo-benefício, de modo que a análise avance apenas até a entrega dos produtos.

Destaca-se a necessidade de maior transparência dos dados, tanto de implementação quanto de resultados e de gastos. Embora muitas informações estejam disponíveis na página oficial do programa, a maior parte delas está desatualizada, a exemplo dos resultados publicados, que remetem ao ano de 2015. O difícil acesso a dados atualizados prejudica a produção de análises e avaliações que poderiam contribuir para o aprimoramento da política pública, além de prejudicar seu acompanhamento pela sociedade.

O PMM é uma iniciativa importante para o enfrentamento das desigualdades regionais em saúde e, embora haja espaço para ser aprimorada, ela contribuiu para o fortalecimento da AB e do SUS. O debate e a produção científica criados a sua volta demonstraram o interesse da sociedade pelo assunto e são fundamentais para que a política esteja em constante evolução e gere os benefícios esperados. A avaliação do

⁴¹ Também poderiam ser estudadas as possibilidades de articulação dessas vagas com os programas do governo federal de acesso ao ensino superior privado, como Fies e Programa Universidade para Todos (ProUni).

PMM, como a de qualquer outra política pública, é essencial para que o Estado aprenda a produzir políticas cada vez mais eficientes e que entreguem os benefícios e resultados desejados.

11.Referências

ALMEIDA, Erika Rodrigues de; MACEDO, Harineide Madeira; SILVA, José Carlos da. Gestão federal do Programa Mais Médicos: o papel do Ministério da Educação. **Interface**, Botucatu, v. 23, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000600205&lng=en&nrm=iso. Acesso: em 13 jun. 2020.

AQUINO, Yara; CRAIDE, Sabrina. MEC suspende criação de novos cursos de medicina por 5 anos. **Agência Brasil**, Brasília, 2018. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/educacao/noticia/2018-04/mec-suspende-criacao-de-novos-cursos-de-medicina-por-5-anos>. Acesso em: 23 abr. 2020.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Soluções emergenciais para a crise no Mais Médicos**. São Paulo, 2018. Disponível em: <https://amb.org.br/noticias/solucoes-emergenciais-para-a-crise-no-mais-medicos/>. Acesso em: 03 mar. 2020.

BARREIROS, Bárbara; BRANDÃO, Isabel. Matriz de Competências de Medicina de Família e Comunidade é publicada pelo MEC. **SBMFC**, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/matriz-de-competencias-de-mfc>. Acesso em: 12 out. 2020.

BARRETO, Danyella da Silva et al. Programa Mais Médicos e residências de Medicina de Família e Comunidade: estratégias articuladas de ampliação e interiorização da formação médica. **Interface**, Botucatu, v. 23, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000600504&lng=en&nrm=isso. Acesso em 23 set. 2020.

BRASIL. Decreto nº 8.040, de 8 de julho de 2013. Institui o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do Programa Mais Médicos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 jul. 2013a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D10087.htm#art1. Acesso em: 16 dez. 2019.

BRASIL. Decreto nº 10.087, de 05 de novembro de 2019. Declara a revogação, para os fins do disposto no art. 16 da Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, de decretos normativos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 de novembro de 2019a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/decreto-n-10.087-de-5-de-novembro-de-2019-226227673>. Acesso em: 20 mar. 2020.

BRASIL. Lei nº 12.202, de 14 de janeiro de 2010. Altera a Lei no 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior – FIES. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jan. 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12202.htm. Acesso em: 01 mar. 2020.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a lei 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 out. 2013b. Disponível

em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em: 16 dez. 2019.

BRASIL. MEC afirma que um terço das vagas de residência médica estão ociosas. **Agência Câmara de Notícias**. Brasília, DF, 2019b. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/573483-mec-afirma-que-um-terco-das-vagas-de-residencia-medica-estao-ociosas>. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 jul. 2013c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2011-2014/2013/Mpv/mpv621.htm. Acesso em: 16 dez. 2019.

BRASIL. Medida Provisória nº 890, de 1 de agosto de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 ago. 2019c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2019-2022/2019/Mpv/mpv890.htm. Acesso em: 16 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Defesa. Portaria nº 41, de 06 de janeiro de 2020. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2020a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-41/gm-md-de-6-de-janeiro-de-2020-237058162>. Acesso em 10 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Economia. **PPA 2016-2019: Relatório Anual de Avaliação – ano base 2018**. Brasília, DF, 2019d. Disponível em: https://www.camara.leg.br/internet/comissao/index/mista/orca/ppa/ppa_2016_2019_avaliacao2018/Relatorio.pdf. Acesso em: 09 jun 2020.

BRASIL. Ministério da Economia. **PPA 2016-2019: Relatório Anual de Avaliação – ano base 2019**. Brasília, DF, 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/arquivos/2020>. Acesso em: 09 jun 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **A democratização e expansão da educação superior no país 2003-2014**. Brasília, DF, 2014a. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16762-banco-social-sesu-2003-2014&Itemid=30192. Acesso em: 15 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Edital nº 3, de 22 de outubro de 2013. Primeiro edital de pré-seleção de municípios para implantação de curso de graduação em medicina por instituição de educação superior privada. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2013d. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=14474-edital-mec3-pre-sel&category_slug=outubro-2013-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Evolução do número vagas de Residência Médica autorizadas no Brasil: 2014 a 2018** (Medicina de Família e Comunidade R1). MEC, Brasília, 2018a. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=103121-evolucao-de-vagas-2014-2018-mfc&category_slug=novembro-2018-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 28 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Evolução do número de vagas de Residência Médica autorizadas no Brasil: 2014 a 2018** (Todas as Especialidades R1). MEC, Brasília, 2018b. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=103131-evolucao-de-vagas-2014-2018-especialidades&category_slug=novembro-2018-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 28 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Expansão da graduação em medicina**. MEC, Brasília, 2018c. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/59441-programa-mais-medicos>. Acesso em: 18 jun. 2020

BRASIL. Ministério da Educação. **Lista de instituições supervisoras por estado e região e seus respectivos tutores e supervisores**. MEC, Brasília 2018d. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=59451>. Acesso em: 16 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Matriz de competências em Medicina de Família e Comunidade**. Brasília, DF, 2019e. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/matriz-de-competencias-de-mfc/>. Acesso em: 12 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria Normativa nº 15, de 22 de julho de 2013**. Institui a Política Nacional de Expansão das Escolas Médicas. Brasília, DF, 2013d. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-normativa-n-15-de-22-de-julho-de-2013-30798113>. Acesso em 02 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria Normativa nº 16, de 25 de agosto de 2014**. Estabelece os parâmetros para a contrapartida a ser oferecida ao Sistema Único de Saúde - SUS para implantação e funcionamento de cursos de graduação em Medicina, por instituição de educação superior privada. Brasília, DF, 2014b. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=9&data=26/08/2014>. Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria nº 306, de 26 de março de 2015**. Brasília, DF, 2015a. Disponível em: http://download.in.gov.br/do/secao1/2015/2015_03_27/DO1_2015_03_27.pdf?%20arg1=j8fGEAaoR7EF9UOz4FLdhw&arg2=1601953620. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria nº 328, de 5 de abril de 2018**. Dispõe sobre a suspensão do protocolo de pedidos de aumento de vagas e de novos editais de chamamento público para autorização de cursos de graduação em Medicina e ins-

titui o Grupo de Trabalho para análise e proposição acerca da reorientação da formação médica. Brasília, DF, 2018e. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/9362390/do1-2018-04-06-portaria-n-328-de-5-de-abril-de-2018-362386. Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Residência Médica**. 2019f. 28 slides. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/arquivos-de-eventos/audiencia-publica-2019/apresentacao-aldira-ap-20-08-19-residencia-medica>. Acesso em 15 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 10, de 20 de agosto de 2014**. Institui a Comissão Executiva dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde e o Comitê Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde. Brasília, DF, 20 ago. 2014c. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16239-portaria-interministerial-10-seres-pdf&category_slug=agosto-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 17 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.127, de 04 de agosto de 2015**. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 4 ago. 2015b. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/23/COAPES-PORTARIA-INTERMINIS-TERIAL-N1.127%20-DE-04%20DE-AGOSTO-DE-2015.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.369, de 08 de julho de 2013**. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília, DF, 8 jul. 2013e. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html. Acesso em: 21 nov. 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Plano Mais Brasil PPA 2012-2015**: Relatório Anual de Avaliação: ano base 2012. vol II. Brasília, DF, 2013f. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento/plano-plurianual-ppa/ppa-2012-2015>. Acesso em: 17 set 2020.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **PPA 2016-2019**: Relatório Anual de Avaliação – ano base 2016. Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/economia/pt-br/arquivos/planejamento/arquivos-e-imagens/secretarias/arquivo/spi-1/ppa-2016-2019/rel_anual_de_avaliacao_ppa_2016_2019_volume_i.pdf/view. Acesso em: 23 jun 2020.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **PPA 2016-2019**: Relatório Anual de Avaliação – ano base 2017. Brasília, DF, 2018f. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento/planejamento-e-assuntos-economicos/plano-plurianual>. Acesso em: 23 jun 2020.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Relatório Anual de Avaliação do PPA 2012-2015**: ano base 2013. vol II. Brasília, DF, 2014d. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento/plano-plurianual-ppa/ppa-2012-2015>. Acesso em: 22 jun 2020.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Relatório Anual de Avaliação do PPA 2012-2015**: ano base 2014. vol II. Brasília, DF, 2015c. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento/plano-plurianual-ppa/ppa-2012-2015>. Acesso em: 22 jun 2020.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Relatório Anual de Avaliação do PPA 2012-2015**: ano base 2015. vol II. Brasília, DF, 2016a. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento/plano-plurianual-ppa/ppa-2012-2015>. Acesso em: 22 jun 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **E-gestor Atenção Básica**. 2020c. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>. Acesso em: 25 ago 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Infraestrutura na Atenção Primária**. 2019g. 15 slides. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cindra/arquivos/18-06-2019-4>. Acesso em 20 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Médicos pelo Brasil**. 2019h. 14 slides. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45640-18-mil-vagas-para-medicos-pelo-brasil>. Acesso em 13 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. FAQ do Novo Modelo de Financiamento de Custeio da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF, 2019i. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/FAQNovoFinanciamento.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 381, de 6 de fevereiro de 2017**. Dispõe sobre as transferências, fundo afundo, de recursos financeiros de capital ou corrente, do Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios destinados à execução de obras de construção, ampliação e reforma. Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20792104/do1-2017-02-07-portaria-n-381-de-6-de-fevereiro-de-2017-20791958. Acesso em: 12 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa mais médicos – dois anos**: mais saúde para os brasileiros. Brasília, DF, 2015d. Disponível em: http://maismedicos.gov.br/images/PDF/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf. Acesso em: 20 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União. Secretária Federal de Controle Interno. **Relatório de auditoria anual de contas, nº 201600675**. Brasília, DF, 2016b. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/mais->

[medicos/Relatorio-de-Auditoria-Anual-de-Contas-n201600675-SGTES-Exercicio-2015.pdf](#). Acesso em: 12 nov. 2019.

BRASIL. Secretária Federal de Controle Interno. **Relatório de avaliação da execução de programa de governo, nº 86, Programa Mais Médicos**. Brasília, DF: Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União, 2018g.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **TCU autoriza criação de vagas em cursos de medicina no programa Mais Médicos**. Brasília, DF, 2016c. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/tcu-autoriza-criacao-de-vagas-em-cursos-de-medicina-no-programa-mais-medicos.htm>. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão nº 331/2015**. Plenário. Auditoria operacional. Fiscalização de Orientação Centralizada – FOC. Programa Mais Médicos. Projeto Mais Médicos para o Brasil. Avaliação da eficácia do programa. Falhas detectadas. Determinações. Recomendações. Autorização para realização de monitoramento. Relator: Min. Benjamin Zymler, 04 de março de 2015. 2015e. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-com-pleto/331%252F2015/%2520/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMA-CORDAOINT%2520desc/0/%2520?uuid=c9aa0f60-a9bd-11ea-8572-a31b67ca846f>. Acesso em: 08 jun. 2020.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Processo nº 005.391/2014-8**. Relatório de auditoria Auditoria Operacional realizada na forma de Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC), com o objetivo de avaliar a eficácia do Programa Mais Médicos, sobretudo quanto ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília: Tribunal de Contas da União, 2014e. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/processo/539120148/%2520/DTAUTUACAOORDENACAO%2520desc%252C%2520NUMEROCOMZEROS%2520desc/0/%2520?uuid=153fcd00-adda-11ea-ae61-13200b283a64>. Acesso em: 16 dez. 2019.

CAMPOS, Vanessa Dalva Guimaraes *et al.* Recorte demográfico da residência médica brasileira em 2019. **Revista Consensus**, [S. l.], v. 32, jul./ago./set., 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/recorte-demografico-da-residencia-medica-brasileira-em-2019>. Acesso em: 20 set. 2020.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: [https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Financiamento%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)%20\(2018\).pdf](https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Financiamento%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS)%20(2018).pdf). Acesso em: 16 fev. 2020.

FIOCRUZ. **Financiamento**. Rio de Janeiro, [s.d.]. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/financiamento>. Acesso em: 16 fev. 2020.

FIOCRUZ. **Plataforma de Ciência de Dados aplicada à Saúde**. 2020. Disponível em: <https://bigdata-metadados.icict.fiocruz.br/dataset/indicadores-programa-mais>

medicos-pmm/resource/859ff169-5fd2-4ad1-ab3c-a4522357d135. Acesso em: 17 set 2020.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2697-2708, 2016.

GIRARDI, Sábado Nicolau *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, 2016.

GONÇALVES, Rogério Fabiano *et al.* Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2016, vol. 21, n. 9, pp. 2815-2824. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2815.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2020.

HONE, Thomas; *et al.* Impact of the Programa Mais médicos (more doctors Programme) on primary care doctor supply and amenable mortality: quasi-experimental study of 5565 Brazilian municipalities. **BMC Health Services Research**, vol. 20, n. 873, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05716-2>. Acesso em: 10 out. 2020.

IBGE. **População residente enviada ao Tribunal de Contas da União - Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação - 2001-2019**. 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=downloads>. Acesso em: 21 set. 2020.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 ago. 2020.

LOTTA, Gabriela, Spanghero; GALVÃO, Maria Cristina, Costa, Pinto; FAVARETO, Arilson da Silva. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersetorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2761-2772, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902761&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2020.

MACEDO, Alex dos Santos. **Os arranjos institucionais e as capacidades estatais no Programa Mais Médicos**. Orientador: Marco Aurélio Marques Ferreira. Tese (Doutorado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2019a.

MACEDO, Alex dos Santos *et al.* O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos.

Cad. **EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 14, jul. 2016. Edição especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cebape/v14nspe/1679-3951-cebape-14-spe-00593.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2020.

MACEDO, Alex dos Santos *et al.* Programa Mais Médicos: análise lógica à luz da modelagem de políticas públicas. **Meta: Avaliação**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 32, p. 406-437, maio/ago. 2019b. Disponível em: <http://revistas.cesgranrio.org.br/index.php/metaavaliacao/article/view/1792/pdf>. Acesso em: 13 mar. 2020.

MACEDO, Alex dos Santos; FERREIRA, Aurélio Marques. Efeitos do Programa Mais Médicos (PMM) nos resultados da Atenção Básica à saúde. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 195-222, 2020.

MATTOS, Enlison; MAZETTO, Débora. **Avaliação do impacto do Programa Mais Médicos nos indicadores básicos de saúde**. Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2018.

MOREIRA, Alessandra de Cássia Gonçalves *et al.* Programa mais médicos: análise a partir de um modelo lógico. **Revista Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 28, n. 03/04, p. 291-302, mar. 2018.

MORENO, Ana Carolina; OLIVEIRA, Elida. Cursos de medicina têm até dia 31 para adequar estágio ao Mais Médicos. **G1**. Disponível em: <https://g1.globo.com/educacao/guia-de-carreiras/noticia/2018/12/04/cursos-de-medicina-tem-ate-dia-31-para-adequar-estagio-ao-mais-medicos.ghtml>. Acesso em: 11 set. 2020.

OLIVEIRA, Felipe Proença de; SANTOS, Leonor Maria Pacheco; SHIMIZU, Helena Eri. Programa Mais Médicos e diretrizes curriculares nacionais: avanços e fortalecimento do sistema de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000100514&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 ago. 2020.

OLIVEIRA, Felipe Proença de *et al.* O Programa Mais Médicos e o reordenamento da formação da residência médica com enfoque na Medicina de Família e Comunidade. **Interface**, Botucatu, v. 23, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000600204&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 out. 2020.

Oliveira, Francirley dos Santos. **Programa Mais Médicos: avaliação do modelo regulatório de abertura do curso de medicina como instrumento indutor de melhorias nos serviços médicos em regiões prioritárias**. Dissertação (Pós Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, DF, 2019.

OLIVEIRA, João Paulo Alves; SANCHEZ, Mauro Niskier; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.

9, p. 2719-2727. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902719&lng=en&nrm=iso&tlng=pt&ORIGINAL-LANG=pt. Acesso em: 29 set 2020.

PINTO, Hêider Aurélio O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médica. *Interface*, Botucatu, v. 23, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000600400&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 ago. 2020.

PINTO, Hêider Aurélio *et al.* Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. *Interface*, Botucatu, v. 21, p. 1087-1101, 2017. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/icse/2017.v21suppl1/1087-1101/pt>. Acesso em: 10 jun. 2020.

RAMOS, Marília Patta; SCHABBACH, Letícia Maria. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 5, p. 1271-1294, out. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122012000500005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 out. 2020.

RIBAS, Antonio Neves. **Programa Mais Médicos: uma avaliação dos resultados iniciais referentes ao eixo do provimento emergencial a partir da teoria da avaliação de programas.** Orientador: Joaquim José Soares Neto. 2016. 119 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Sociedade e Cooperação Internacional) - Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida et al. Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n.4, p. 1147-1166, dez. 2013.

SALOMAO, Ana Paula. Grupo de supervisão acadêmica fará visitas no Pará e Amazonas. **MEC**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/ultimas-noticias/12-acoes-programas-e-projetos-637152388/21449-grupo-de-supervisao-academica-fara-visitas-no-para-e-amazonas>. Acesso em: 15 ago 2020.

SANTOS, Fernanda Julyanna Silva dos. **O Programa Mais Médicos: uma avaliação do impacto sobre indicadores de saúde do Brasil.** 2018. Tese (Pós Graduação em Administração), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2018.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco; COSTA, Ana Maria; GIRARDI, Sábado Nicolau. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, p. 3547-3552, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n11/1413-8123-csc-20-11-3547.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2020.

SCHEFFER, Mário (coord.). **Demografia Médica no Brasil.** São Paulo, SP: CFM, Cremesp, 2013. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografi-amedicanobrasil_vol2.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020

SCHEFFER, Mário (coord.). **Demografia Médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015, 284 páginas.

SCHEFFER, Mário (coord.). **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018. Disponível em: <http://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.

SCHEFFER, Mário. Para muito além do Programa Mais Médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2664-2666, set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2664.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2020.

SCHEFFER, Mário; CASSENOTE, Alex; BIANCARELLI, Aureliano (coord). **Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades**. v. 1. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2011.

SENADO FEDERAL. Comissão de Assuntos Sociais. **Parecer nº 3/2018/DF**. Avaliação de Políticas Públicas – Programa Mais Médicos. Brasília: Senado Federal, 21 fev. 2018. Disponível em: <http://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento/download/33801e3c-3549-46db-a2f5-885890b16b73>. Acesso em: 16 dez. 2019.

SENADO FEDERAL. **Siga Brasil**. Brasília: Senado Federal [s.d]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil>. Acesso em: 26 jun 2020.

SILVA, Everton Nunes da *et al.* Cost of providing doctors in remote and vulnerable areas: Programa Mais Médicos in Brazil. **Rev Panam Salud Publica**. 2018, n. 42. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.11>. Acesso em: 29 set 2020.

VIACAVA, Francisco *et al.* Panorama do Programa Mais Médicos (PMM) a partir do desempenho dos serviços de saúde no período 2013-2017. **Boletim Informativo do PROADESS nº 6**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://www.proadess.iciict.fiocruz.br/Boletim_n6_PROADESS_PMM_abril%202020.pdf. Acesso em: 17 set 2020.

VIEIRA, Roberta da Silva; COSTA, Joana Simões de Melo Costa; LOPES, Daniel A. Feitosa. Maior oferta de médicos melhora indicadores de saúde? Evidências a partir do Programa Mais Médicos. In: **Encontro Nacional de Economia**, n. 45, 2017, Natal. Disponível em: <http://www.anpec.org.br/novosite/br/45-encontro-nacional-de-economia--trabalhos-selecionados>. Acesso em: 15 out. 2020

Anexo A – Tabelas de execução das despesas orçamentárias – valores nominais

Tabela 34 - Fontes de financiamento do Eixo Provimento Emergencial – valores nominais (2013 a 2019)

Ano	Recursos do OGU – Ministério da Sa- úde	Recursos do OGU – Ministério da Educa- ção	Recursos do OGU – Ministério da De- fesa	Total de recursos
2013	540.000.000,00	4.804.000,00	-	544.804.000,00
2014	2.601.713.461,00	70.000.000,00	28.600.000,00	2.700.313.461,00
2015	2.496.800.000,00	134.997.517,00	27.748.238,00	2.659.545.755,00
2016	2.844.000.000,00	121.847.235,00	12.190.472,00	2.978.037.707,00
2017	3.263.560.000,00	134.061.975,00	12.201.700,00	3.409.823.675,00
2018	2.668.003.125,00	130.963.298,00	2.957.000,00	2.801.923.423,00
2019	2.687.758.221,00	109.259.726,00	7.207.851,00	2.804.225.798,00
TOTAL	17.101.834.807,00	705.933.751,00	90.905.261,00	17.898.673.819,00

Fonte: Siga Brasil (2020). Elaboração própria.

Tabela 35 - Execução orçamentária e financeira do Eixo Provimento Emergencial – valores nominais (2013 a 2019)

Ano	Valor autorizado	Empenho liquidado	Pago	RAP pago	RAP Inscritos
Ação 20YD - Educação e formação em saúde					
2013	0	0	0	0	0
2014	450.879.301,00	432.066.325,22	432.066.325,22	7.906.646,95	15.689.309,46
2015	331.800.000,00	301.764.759,09	301.764.759,09	9.717.810,53	22.095.638,29
2016	-	-	-	36.679.035,83	42.392.710,67
2017	-	-	-	-	5.713.674,84
2018	-	-	-	-	5.713.674,84
2019	-	-	-	-	136.305,00
Soma	782.679.301,00	733.831.084,31	733.831.084,31	54.303.493,31	91.741.313,10
Ação 20AD - Piso de atenção básica variável - saúde da família					
2013	540.000.000,00	497.066.190,70	497.066.190,70	0	0
2014	2.150.834.160,00	2.116.884.487,91	2.116.884.487,91	32.245.294,55	37.147.411,09
2015	2.165.000.000,00	2.130.814.340,30	2.130.814.340,30	4.838.480,02	28.400.349,51
2016	-	-	-	15.244.316,19	36.847.516,68
2017	-	-	-	6.905.388,86	15.705.388,54
2018	-	-	-	3.499.999,70	3.499.999,70
Soma	4.855.834.160,00	4.744.765.018,91	4.744.765.018,91	62.733.479,32	121.600.665,52
Ação 214U - Implementação do Programa Mais Médicos					
2016	2.844.000.000,00	2.621.592.318,66	2.621.151.789,55	-	-
2017	3.263.560.000,00	3.088.982.492,58	3.087.247.772,58	141.322.102,48	214.611.724,95
2018	2.668.003.125,00	2.358.009.282,98	2.259.351.192,91	217.687.002,31	223.424.241,24
2019	2.687.758.221,00	2.660.922.458,36	2.494.574.960,72	225.421.630,64	408.926.329,91
Soma	11.463.321.346,00	10.729.506.552,58	10.462.325.715,76	584.430.735,43	846.962.296,10
Ação 20GK - Fomento às ações de graduação, pós-graduação, ensino, pesquisa e extensão					
2013	4.804.000,00	1.259.000,00	1.259.000,00	0	0
2014	70.000.000,00	65.821.612,00	59.749.055,86	991.000,00	991.000,00
2015	134.997.517,00	109.676.866,00	109.400.074,73	6.072.556,14	7.030.944,14
2016	121.847.235,00	106.986.476,64	106.693.286,93	9.907.110,17	14.795.970,61
2017	134.061.975,00	113.125.375,68	112.103.552,23	9.055.887,41	17.053.811,69
2018	6.974.803,00	5.831.550,26	5.539.200,17	15.506.205,38	26.209.868,41
2019	11.077.766,00	8.717.514,35	8.494.214,35	777.331,92	7.159.339,45
Soma	483.763.296,00	411.418.394,93	403.238.384,27	42.310.091,02	73.240.934,30
Ação 00QC - Concessão de bolsas do Programa Mais Médicos					
2018	123.988.495,00	101.196.090,10	100.836.958,50	-	-
2019	98.181.960,00	77.124.783,00	76.799.958,00	19.354.291,60	20.306.815,83

Soma	222.170.455,00	178.320.873,10	177.636.916,50	19.354.291,60	20.306.815,83
Ação 2000 - Administração da unidade					
2014	28.600.000,00	17.319.090,57	17.123.984,85	-	-
2015	27.748.238,00	4.067.978,60	2.228.995,22	1.988.715,28	2.180.461,48
2016	12.190.472,00	8.045.512,90	7.683.945,62	3.186.078,59	3.407.826,07
2017	12.201.700,00	4.252.719,29	4.243.488,95	3.239.415,56	3.629.176,03
2018	2.957.000,00	1.928.853,35	1.716.241,30	287.888,96	356.800,68
2019	7.207.851,00	5.501.641,81	5.490.178,90	1.030.178,52	1.253.591,78
Soma	90.905.261,00	41.115.796,52	38.486.834,84	9.732.276,91	10.827.856,04
Total	17.898.673.819,00	16.838.957.720,35	16.560.283.954,59	772.864.367,59	1.164.679.880,89

Fonte: Siga Brasil (2020). Elaboração própria.

Tabela 36 - Execução orçamentária por natureza de despesa – empenho liquidado do Eixo Provimento Emergencial – valores nominais (2013 a 2019)

GND	ELEMENTO	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Investimentos	Equipamentos e material permanente	-	3.625.000,00	341.312,93	123.710,98	-	31.608,53	102.237,67	4.223.870,11
Soma de despesas de investimentos		-	3.625.000,00	341.312,93	123.710,98	-	31.608,53	102.237,67	4.223.870,11
	Auxílio financeiro a estudantes	-	-	354.905.064,43	559.536.905,77	959.067.996,89	1.153.157.083,75	2.135.190.113,88	5.161.857.164,72
	Auxílio financeiro a pesquisadores	-	1.780.000,00	2.935.500,00	3.465.917,01	3.716.961,00	3.713.690,00	3.867.783,00	19.479.851,01
	Contribuições	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ceará	-	-	-	1.012.605,00	-	-	-	1.012.605,00
	Opas	435.000.000,00	-	1.492.309.240,00	1.655.967.325,00	1.740.681.035,00	937.286.456,00	-	6.261.244.056,00
	Contribuições - fundo a fundo	-	-	-	-	-	-	-	-
Outras despesas correntes	Opas	-	1.728.671.166,48	-	-	-	-	-	1.728.671.166,48
	Despesas de exercícios anteriores	-	25.251,00	75.948.919,58	6.037.669,44	3.556,80	1.206.540,36	12.976,65	83.234.913,83
	Diárias - civil	-	-	13.492,28	48.672,02	3.451,50	-	-	65.615,80
	Diárias - militar	-	250.545,06	189.901,95	356.410,55	94.859,80	248.472,45	364.016,35	1.504.206,16
	Indenizações e restituições	-	-	2.099,40	3.074,16	-	-	-	5.173,56
	Locação de mão-de-obra	-	-	25.871,33	38.168,23	-	-	-	64.039,56
	Material de consumo	-	818.823,45	778.019,21	3.602.653,82	1.689.530,94	531.789,80	1.527.482,66	8.948.299,88
	Obrigações tributárias e contributivas	-	-	89.243.882,22	116.419.457,63	202.959.331,93	232.466.313,16	424.805.980,14	1.065.894.965,08

Outros auxílios financeiros a pessoas físicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Auxílio a pessoas físicas	36.765.000,00	576.876.039,72	411.918.667,14	318.765.835,10	174.873.111,81	91.607.808,26	178.563.344,91	1.789.369.806,94	
Residência médica	-	-	-	37.478.932,24	92.935.997,11	24.006.115,49	1.654.472,16	156.075.517,00	
Residência multiprofissional em saúde	-	-	-	-	396.000,00	547.800,00	440.000,00	1.383.800,00	
Auxílio a participantes de curso de formação	25.254.838,35	255.080.418,59	89.761.108,43	-	-	52.800,00	-	370.149.165,37	
Auxílio de avaliação educacional	-	-	-	-	352.000,00	396.000,00	-	748.000,00	
Outros serviços de terceiros - Pessoa Física	-	-	-	11.458,00	-	-	-	11.458,00	
Outros serviços de terceiros - Pessoa Jurídica	-	60.334.563,20	25.584.297,08	30.810.572,11	25.556.961,71	17.465.817,34	2.441.489,50	162.193.700,94	
Passagens e despesas com locomoção	1.305.352,35	4.629.708,20	2.366.568,01	2.944.941,14	3.079.146,62	2.947.909,25	2.530.730,82	19.804.356,39	
Sentenças judiciais	-	-	-	-	950.646,44	1.299.572,30	749.488,78	2.999.707,52	
Serviços de tecnologia da informação e comunicação - PJ	-	-	-	-	-	-	16.281,00	16.281,00	
Soma de outras despesas correntes	498.325.190,70	2.628.466.515,70	2.545.982.631,06	2.736.500.597,22	3.206.360.587,55	2.466.934.168,16	2.752.164.159,85	16.834.733.850,24	
Total	498.325.190,70	2.632.091.515,70	2.546.323.943,99	2.695.448.211,98	3.113.749.850,12	2.466.965.776,69	2.752.266.397,52	16.838.957.720,35	

Fonte: Siga Brasil (2020). Elaboração própria.

Tabela 37 - Execução físico-financeira do PMMB– valores nominais (2013 a 2019)

Ano	Número de médicos participantes	Valores pagos (R\$ milhão)	Custo médio anual	Custo médio mensal
2013	3.678	498.325.190,70	135.488,09	11.290,67
2014	14.462	2.666.966.795,34	184.412,03	15.367,67
2015	17.577	2.566.825.731,31	146.033,21	12.169,43
2016	17.177	2.800.545.562,88	163.040,44	13.586,70
2017	17.281	3.364.117.608,07	194.671,47	16.222,62
2018	16.956	2.604.424.689,23	153.599,00	12.799,92
2019	15.576	2.831.942.744,65	181.814,51	15.151,21

Fonte: BRASIL, 2019h; Siga Brasil, 2020. Elaboração própria.

Tabela 38 - Fontes de financiamento do Eixo Formação Médica – valores nominais (2013 a 2019)

Fontes de financiamento da política	
Ano	Recursos do OGU – Ministério da Educação
2013	24.000.000,00
2014	299.860.413,00
2015	299.948.831,00
2016	170.992.050,00
2017	54.510.428,00
2018	148.221,00
TOTAL	849.459.943,00

Fonte: Siga Brasil (2020). Elaboração própria.

Tabela 39 - Execução orçamentária e financeira do Eixo Formação Médica – valores nominais (2013 a 2019)

Ano	Valor autorizado	Empenho liquidado	Pago	RAP pago	RAP Inscritos
Ação 20RX - Reestruturação e modernização de instituições hospitalares federais					
2013	10.000.000,00	0	0	0	0
2014	141.944.783,00	27.410.628,22	25.733.417,83	-	-
2015	37.000.000,00	33.924.397,28	29.378.205,42	8.419.802,09	43.073.823,99
2016	16.000.000,00	8.183.512,22	8.101.250,71	12.644.681,36	21.702.775,72
2017	-	-	-	13.666.595,44	16.937.921,40

2018	-	-	-	2.952.924,12	3.258.201,36
2019	-	-	-	125.434,68	297.790,40
Soma	204.944.783,00	69.518.537,72	63.212.873,96	57.809.437,69	85.270.512,87

Ação 4086 - Funcionamento e gestão de instituições hospitalares federais

2013	14.000.000,00	2.740.003,73	646.814,65	-	0
2014	-	-	-	9.075.423,70	12.650.743,35
2015	-	-	-	1.648,30	3.394.964,61
2016	-	-	-	-	3.186.973,56
2017	-	-	-	-	3.186.973,56
2018	-	-	-	-	3.186.973,56
Soma	14.000.000,00	2.740.003,73	646.814,65	9.077.072,00	25.606.628,64

Ação 8282 - Reestruturação e expansão de instituições federais de ensino superior

2014	81.648.413,00	18.674.381,23	17.381.665,07	-	-
2015	205.448.831,00	27.570.829,13	17.973.065,73	16.768.648,55	21.901.253,33
2016	100.992.050,00	20.313.111,07	19.617.657,69	32.356.769,92	44.045.595,70
2017	44.510.428,00	8.719.548,46	8.243.498,89	48.241.473,88	62.096.846,73
2018	148.221,00	43.411,92	43.411,92	28.564.028,87	39.262.877,53
2019	-	-	-	2.889.786,98	9.665.779,88
Soma	432.747.943,00	75.321.281,81	63.259.299,30	128.820.708,20	176.972.353,17

Ação 14IM - Implantação do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

2014	76.267.217,00	295.729,62	295.729,62	-	-
2015	22.750.000,00	-	-	51.392,00	25.977.727,38
2016	16.000.000,00	39.103,11	39.103,11	-	32.426.335,38
2017	-	-	-	277.243,17	48.387.232,27
2018	-	-	-	-	48.109.989,09
2019	-	-	-	484.136,83	48.109.989,09
Soma	115.017.217,00	334.832,73	334.832,73	812.772,00	203.011.273,21

Ação 156W - Implantação do Hospital Universitário da Universidade Federal de Roraima

2015	8.000.000,00	-	-	-	-
2016	8.000.000,00	-	-	-	-
Soma	16.000.000,00	-	-	-	-

Ação 156X - Implantação do Hospital Universitário da Universidade Federal do Tocantins

2015	8.000.000,00	545.126,75	545.126,75	-	-
2016	8.000.000,00	216.171,45	216.171,45	56.978,88	56.978,88
2017	-	-	-	672.922,00	672.922,00
Soma	16.000.000,00	761.298,20	761.298,20	729.900,88	729.900,88

Ação 156Y - Implantação do Hospital Universitário Júlio Bandeira da Universidade Federal de Campina Grande

2015	150.000,00	135.006,60	7.801,39	-	-
------	------------	------------	----------	---	---

2016	6.000.000,00	128.000,00	7.488,00	142.152,21	142.152,21
2017	-	-	-	2.853.410,00	2.853.410,00
Soma	6.150.000,00	263.006,60	15.289,39	2.995.562,21	2.995.562,21
Ação 157A - Implantação do Hospital Universitário da Universidade Federal do Acre					
2015	3.150.000,00	-	-	-	-
Ação 157B - Implantação do Hospital Universitário da Universidade Federal do Amapá					
2015	4.150.000,00	-	-	-	-
2016	6.000.000,00	1.452.118,59	1.452.118,59	3.150.000,00	3.150.000,00
2017	-	-	-	1.875.275,72	2.302.907,38
2018	-	-	-	-	427.631,66
2019	-	-	-	427.628,76	427.631,66
Soma	10.150.000,00	1.452.118,59	1.452.118,59	5.452.904,48	6.308.170,70
Ação 157C - Implantação da maternidade escola da Universidade Federal da Bahia					
2015	3.150.000,00	-	-	-	-
Ação 157D - Implantação do Hospital Universitário da Universidade Federal de Goiás					
2015	4.100.000,00	-	-	-	-
2016	-	-	-	3.100.000,00	4.100.000,00
2017	-	-	-	-	1.000.000,00
2018	-	-	-	1.000.000,00	1.000.000,00
Soma	4.100.000,00	-	-	4.100.000,00	6.100.000,00
Ação 157E - Implantação do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro					
2015	1.050.000,00	738.906,30	409.961,61	-	-
2016	-	-	-	634.450,39	640.038,39
2017	-	-	-	-	5.588,00
2018	-	-	-	-	5.588,00
Soma	1.050.000,00	738.906,30	409.961,61	634.450,39	651.214,39
Ação 157G - Implantação do Hospital Universitário da Universidade Federal de Uberlândia					
2015	3.000.000,00	2.974.753,57	2.073.291,44	-	-
2016	10.000.000,00	8.118.995,02	8.118.995,02	909.399,12	909.399,12
2017	10.000.000,00	8.717.393,98	8.609.456,38	126.800,98	1.880.999,14
2018	-	-	-	1.389.457,63	3.144.741,78
2019	-	-	-	284.989,27	1.755.276,84
Soma	23.000.000,00	19.811.142,57	18.801.742,84	2.710.647,00	7.690.416,88
TO-TAL	849.459.943,00	170.941.128,25	148.894.231,27	213.143.454,85	515.336.032,95

Fonte: Siga Brasil (2020). Elaboração própria.

Tabela 40 - Execução orçamentária por natureza de despesa – empenho liquidado do Eixo Formação Médica
– valores nominais (2013 a 2019)

GND	ELEMENTO	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Investimen- tos	Despesas de exercícios anteriores	-	-	-	393.007,67	124.820,77	-	-	517.828,44
	Equipamentos e material permanente	-	21.216.116,71	11.207.677,31	8.439.971,28	3.907.656,44	-	-	44.771.421,74
	Material de consumo	-	-	-	-	250.800,00	-	-	250.800,00
	Obras e instalações	-	24.603.637,45	29.191.607,36	21.555.406,18	4.294.935,63	-	-	79.645.586,62
	Outros serviços de terceiros - pessoa jurídica	-	560.984,91	236,00	79.631,31	141.335,62	-	-	782.187,84
Soma de despesas de investimentos		-	46.380.739,07	40.399.520,67	30.468.016,44	8.719.548,46	-	-	-
Outras des- pesas cor- rentes	Despesas de exercícios anteriores	-	--	3.629.221,65	2.227.055,01	63.267,15	-	-	5.919.543,81
	Diárias – civil	-	-	3.944,40	-	-	-	-	3.944,40
	Indenizações e restituições	-	-	51.970,50	257,93	209.855,91	750,00	-	262.834,34
	Locação de mão-de-obra	725.282,97	-	2.716.212,07	2.890.404,42	7.593.575,09	-	-	13.925.474,55
	Material de consumo	1.718.145,78	-	11.562.165,69	2.043.481,72	123.906,60	2.186,30	-	15.449.886,09
	Obrigações tributárias e contributivas	-	-	1.373,28	-	1.034,37	-	-	2.407,65
	Outros serviços de terceiros - pessoa física	-	-	19.310,34	11.894,16	-	-	-	31.204,50
	Outros serviços de terceiros - pessoa jurídica	296.574,98	-	7.495.639,43	809.901,78	725.754,86	17.519,00	-	9.345.390,05
	Passagens e despesas com locomoção	-	-	9.661,60	-	-	1.420,00	-	11.081,60
	Serviços de tecnologia da informação e comunicação - PJ	-	-	-	-	-	21.536,62	-	21.536,62
Soma de outras despesas correntes		2.740.003,73	-	25.489.498,96	7.982.995,02	8.717.393,98	43.411,92	2.094.472,16	44.973.303,61
Total		2.740.003,73	46.380.739,07	65.889.019,63	38.451.011,46	17.436.942,44	43.411,92	2.094.472,16	170.941.128,25

Fonte: Siga Brasil (2020). Elaboração própria.

Tabela 41 - Fontes de financiamento do Eixo Infraestrutura – valores nominais
(2013 a 2019)

Fontes de financiamento	
Ano	Recursos do OGU – Ministério da Saúde
2013	853.400.000,00
2014	1.347.072.000,00
2015	831.355.712,00
2016	448.762.632,00
2017	259.465.400,00
2018	50.033.634,00
2019	15.556.700,00
TOTAL	3.805.646.078,00

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Siga Brasil (2020).

Tabela 42 - Execução orçamentária e financeira do Eixo Infraestrutura– valores nominais (2013 a 2019)

Ano	Valor autorizado	Empenho liquidado	Pago	RAP pago	RAP Inscritos
Ação 12L5 - Construção e ampliação de unidades básicas de saúde – UBS					
2013	643.700.000,00	479.734.836,00	479.734.836,00		
2014	1.116.072.000,00	835.499.505,33	835.499.505,33	217.523.956,07	400.922.368,70
2015	716.464.712,00	437.412.530,00	437.412.530,00	50.068.665,64	184.817.289,30
2016	420.540.561,00	293.590.265,72	293.590.265,72	29.670.194,37	153.315.542,98
2017	240.238.380,00	99.357.326,66	99.357.326,66	3.798.580,33	125.021.738,89
2018	33.897.000,00	13.037.132,64	13.037.132,64	54.659.534,87	262.009.205,23
2019	15.556.700,00	7.745.737,86	7.745.737,86	49.351.708,47	138.475.512,33
Soma	3.186.469.353,00	2.166.377.334,21	2.166.377.334,21	405.072.639,75	1.264.561.657,43
Ação 8581 - Estruturação da rede de serviços de atenção básica de saúde					
2013	13.900.000,00	305.913,00	305.913,00		
2014	15.000.000,00			931.888,95	21.049.702,46
2015	10.150.000,00			15.791.778,06	20.117.813,51
2016	-			1.903.341,41	4.875.485,86
2017	-			50.000,00	2.525.752,68
2018	-			186.000,00	2.475.752,68
2019	-				1.878.944,00
Soma	39.050.000,00	305.913,00	305.913,00	18.863.008,42	52.923.451,19
Ação 8577 - Piso de atenção básica fixo					
2013	195.800.000,00	152.868.796,66	152.868.796,66		
2014	216.000.000,00	189.591.875,57	189.591.875,57	18.495.640,04	42.931.203,34

2015	104.741.000,00	67.980.013,44	65.577.369,54	28.303.889,17	50.389.094,32
2016	28.222.071,00	20.369.350,01	20.369.350,01	19.801.264,67	47.377.038,50
2017	19.227.020,00	7.808.534,24	7.808.534,24	3.184.563,19	30.354.264,29
2018	-	-	-	2.926.671,08	37.757.522,70
2019	-	-	-	3.730.188,74	21.228.518,86
Soma	563.990.091,00	438.618.569,92	436.215.926,02	76.442.216,89	230.037.642,01
Ação 219A - Piso de atenção básica em saúde					
2018	16.136.634,00	10.691.919,92	10.691.919,92		
2019	-	-		1.816.788,91	5.444.713,62
Soma	16.136.634,00	10.691.919,92	10.691.919,92	1.816.788,91	5.444.713,62
Total	3.805.646.078,00	2.615.993.737,05	2.613.591.093,15	502.194.653,97	1.552.967.464,25

Fonte: Siga Brasil (2020). Elaboração própria.

Tabela 43 - Execução orçamentária por natureza de despesa – empenho liquidado do Eixo Infraestrutura – valores nominais
(2013 a 2019)

GND	ELEMENTO	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Investimen- tos	Despesas de exercí- cios anteriores	-	-	-	746.000,00	866.866,66	-	-	1.612.866,66
	Auxílios - Fundo a fundo	480.040.749,00	-	-	-	-	-	-	480.040.749,00
	Auxílios	-	835.499.505,33	437.412.530,00	292.844.265,72	98.490.460,00	13.037.132,64	7.745.737,86	1.685.029.631,55
Soma de despesas de investimentos		480.040.749,00	835.499.505,33	437.412.530,00	293.590.265,72	99.357.326,66	13.037.132,64	7.745.737,86	2.166.683.247,21
Outras des- pesas cor- rentes	Despesas de exercí- cios anteriores	120.269.405,16	66.230.060,55	16.001.264,88	3.536.422,19	1.253.569,57	-	-	207.290.722,35
	Contribuições	32.599.391,50	-	51.978.748,56	16.832.927,82	6.554.964,67	10.691.919,92	-	118.657.952,47
	Contribuições - Fundo a fundo	-	123.361.815,02	-	-	-	-	-	123.361.815,02
Soma de outras despesas correntes		152.868.796,66	189.591.875,57	67.980.013,44	20.369.350,01	7.808.534,24	10.691.919,92	-	449.310.489,84
Total		632.909.545,66	1.025.091.380,90	505.392.543,44	313.959.615,73	107.165.860,90	23.729.052,56	7.745.737,86	2.615.993.737,05

Fonte: Siga Brasil (2020). Elaboração própria.

Missão

Aprimorar a Administração Pública em benefício da sociedade por meio do controle externo

Visão

Ser referência na promoção de uma Administração Pública efetiva, ética, ágil e responsável