



Ministério da Saúde  
Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos

OFÍCIO Nº 1465/2025/ASPAR/MS

Brasília, 12 de novembro de 2025.

A Sua Excelência o Senhor

**Deputado Federal Carlos Veras**

Primeiro-Secretário da Câmara dos Deputados

**Referência: Requerimento de Informação nº 5262/2025**

**Assunto:** Informações acerca do Programa Mais Médicos (PMM), conforme dados da auditoria feita pelo Tribunal de Contas da União (TCU) - Acórdão do Tribunal de Contas da União (TCU) nº 1764/2025, decorrente do Processo TC 026.109/2024-7.

Senhor Primeiro-Secretário,

1. Cumprimentando-o cordialmente, em atenção ao Ofício nº 364/2025, proveniente da Primeira Secretaria da Câmara dos Deputados, referente a o **Requerimento de Informação nº 5262/2025**, de autoria do **Deputado Federal Dr. Frederico (PRD/MG)** por meio do qual são requisitadas informações acerca do Programa Mais Médicos (PMM), conforme dados da auditoria feita pelo Tribunal de Contas da União (TCU) - Acórdão do Tribunal de Contas da União (TCU) nº 1764/2025, decorrente do Processo TC 026.109/2024-7., sirvo-me do presente para encaminhar as informações prestadas pelas áreas técnicas da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, por meio de Nota Informativa 7 (0051740477).
2. Desse modo, no âmbito do Ministério da Saúde, essas foram as informações exaradas pelo corpo técnico sobre o assunto.
3. Sem mais para o momento, este Ministério permanece à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

# ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Ministro de Estado da Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Alexandre Rocha Santos Padilha, Ministro de Estado da Saúde**, em 12/11/2025, às 19:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0051743776** e o código CRC **FCA1A95C**.

**Referência:** Processo nº 25000.177890/2025-34

SEI nº 0051743776

Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos - ASPAR  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900  
Site - saude.gov.br



Ministério da Saúde  
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
Departamento de Gestão e Provimento Profissional para o SUS

NOTA INFORMATIVA Nº 7/2025-DEGEPS/SGTES/MS

**1. ASSUNTO**

1.1. Trata-se do Requerimento de Informação nº 5262/2025 (0051052908) do Deputado Federal Dr. Frederico, no qual solicita informações ao Ministério da Saúde acerca do Programa Mais Médicos - PMM, conforme dados da auditoria feita pelo Tribunal de Contas da União - TCU - Acórdão nº 1764/2025, decorrente do Processo TC 026.109/2024-7.

**2. ANÁLISE**

2.1. Em atenção ao Requerimento, este Departamento de Gestão e Provimento Profissional para o SUS - DEGEPS/SGTES/MS apresenta as seguintes informações, considerando o seu escopo de atuação:

**1) Quais dados e análises foram utilizados para embasar a reformulação do PMM em 2023? Favor trazer resposta pormenorizada.**

2.2. A linha de base adotada para avaliação do desempenho do PMM após as alterações realizadas pela Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023 corresponde à situação imediatamente anterior à publicação da Medida Provisória nº 1.165/2023. Especificamente, foram utilizados dados referentes às competências de 2022 e ao primeiro trimestre de 2023, considerando Índice de Vulnerabilidade Social - IVS dos municípios, indicadores como cobertura das equipes de saúde da família - eSF, número de municípios com déficit de médicos e população exclusivamente dependente do Sistema Único de Saúde.

2.3. A Portaria Interministerial MS/MEC nº 604, de 16 de maio de 2023 definiu a nova execução do Projeto Mais Médicos para o Brasil - PMMB, instituído no âmbito do PMM, com objetivos voltados ao aperfeiçoamento médico na APS, fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família e redução das desigualdades regionais.

2.4. A decisão de aperfeiçoar o Programa Mais Médicos foi uma decisão de gestão, que produziu o ato unipessoal do Presidente da República. A decisão foi baseada, a princípio, no diagnóstico situacional produzido pelo Grupo Técnico de Saúde da Comissão de Transição Governamental 2022, que em seu relatório ([https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2023/01/GT-Saude\\_Relatorio-Final1.pdf](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2023/01/GT-Saude_Relatorio-Final1.pdf)) evidenciou o impacto do desmonte do Programa Mais Médicos para a atenção primária do país. Abaixo, transcreve-se trecho deste relatório:

**Programa Mais Médicos (PMM)**

- Substituição do Programa Mais Médicos (PMM) por um programa que foi incapaz de prover 3.218 vagas de médicos localizadas nas áreas mais vulneráveis do país, acarretando desassistência para populações em situação de pobreza, e diminuição da capacidade de resposta do SUS;
- Fragilizou da supervisão e qualificação dos médicos que atuam no programa que substituiu o PMM;
- Descontinuidade de ações que regulamentavam a abertura de vagas em cursos de medicina e em programas de residência, concentrando vagas de graduação em instituições privadas nos grandes centros, reduzindo vagas de residência médica;
- Interrupção dos editais do Programa Pro-Residência prejudicando a formação de médicos especialistas para as áreas mais demandadas pelo sistema de saúde.
- Diminuição de vagas do FIES e PROUNI nos cursos de Medicina, dificultando o acesso de estudantes do interior e de baixa renda, associado a um aumento

exorbitante das mensalidades e elitização do curso de Medicina;

- Desativação do Cadastro Nacional de Especialistas com prejuízo do papel constitucional do SUS de planejar a formação da força de trabalho para o sistema; e
- Interrupção dos processos de avaliação e acompanhamento responsáveis pelo controle e melhoria da qualidade dos cursos de medicina: extinção da Comissão de Acompanhamento e Monitoramento das Escolas Médicas foi extinta, o Instrumento de Avaliação específico para o curso de Medicina do SINAES e o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino Serviço (COAPES) não foram implementados, e a Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina foi interrompida.

2.5. Com base nesse diagnóstico, a nova gestão do Ministério da Saúde realizou revisão de literatura e diagnósticos que levaram à produção da Nota Técnica nº 4/2023-DGAP/SAPS/MS (0051725826), ainda em março de 2023, propondo a edição da Medida Provisória, entendendo que o problema a ser tratado se enquadrava nos requisitos de “relevância” e “urgência”, pressupostos para utilização em caráter excepcional e emergencial deste ato normativo.

2.6. Ainda cabe salientar que o processo cumpriu os requisitos necessários para edição de tal ato, que foi devidamente analisado e aperfeiçoado dentro do processo legislativo do Congresso Nacional. Cabe aqui destacar a Exposição de Motivos da MP 1.165/2023 (0051725999).

2.7. A Nota Técnica nº4/2023-DGAP/SAPS/MS (0045519767) traz os elementos que embasaram a decisão de aperfeiçoar o Programa Mais Médicos via edição de Medida Provisória.

2.8. O principal deles é o cenário de desassistência encontrado em dezembro de 2022, com queda da cobertura de atenção primária, devido principalmente a escassez de médicos, e consequente piora nos indicadores de saúde do país. Nesse cenário, a alternativa de não tomar nenhuma medida não foi considerada por essa gestão.

2.9. Ademais, como evidencia a Nota Técnica, em dezembro de 2019 foi lançado o Programa Médicos pelo Brasil. Apesar disso, ele foi implantado somente em 2022 e contava, à época, com 5.090 profissionais. O Programa focou na proposição de provimento médicos e ainda necessitava de melhores análises em virtude do tempo recente de implantação. Porém, análises preliminares da atual gestão do Ministério da Saúde destacaram: dos médicos atuando no programa, 17% já atuavam na APS na mesma cidade e só trocaram o vínculo. Outros 37% já estavam na APS e apenas mudaram de cidade, sendo que 27% deles foram para locais com menor vulnerabilidade, o que contradiz a Lei de criação do PMM, que prioriza o provimento para as áreas de mais difícil acesso. Além disso, 738 vagas do Médicos pelo Brasil permaneceram sem preenchimento desde seu primeiro edital, há 11 meses, exatamente nas áreas mais vulneráveis.

2.10. Exemplificando a análise acima, o Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami, responsável pela assistência à Saúde de cerca de 40 mil indígenas yanomamis, possuía 22 vagas para médicos oferecidas pelo Programa Médicos pelo Brasil desde 2022, porém apenas 2 profissionais em atividade. Essa situação ajudou a agravar a crise sanitária que aquele povo viveu no período de 2022/2023. Com a retomada do Mais Médicos, ainda em abril de 2023 foi possível levar 20 médicos ao território.

2.11. Logo, diante da emergência e da desassistência à saúde nos territórios mais vulneráveis do país, da falta de dados mais precisos e ainda de resultados preliminares ruins da alternativa “Programa Médicos pelo Brasil”, e das robustas evidências de eficiência do Programa Mais Médicos, a escolha da gestão foi a retomada e aperfeiçoamento deste último.

**2) Por que o Ministério da Saúde afirmou haver, em 2023, quando da reformulação do PMM, dificuldade de provimento e fixação de médicos na atenção primária à saúde (APS), se os dados oficiais apontam realidade distinta? Favor detalhar.**

2.12. A dificuldade de provimento e fixação de médicos na APS não é um desafio estritamente quantitativo, mas estrutural que envolve questões de concentração regional de médicos (com maior presença em capitais e nas regiões Sul/Sudeste), baixa

permanência e formação incipiente para atuação especializada na APS e no modelo de eSF. Cabe destacar que apenas a análise de dados agregados não reflete a desigualdade territorial e a dificuldade de fixação, sobretudo nas regiões rurais, remotas e periferias urbanas.

**3) Por que não foram realizados levantamentos e análises de diferentes opções de intervenção antes dessa reformulação? Favor trazer resposta pormenorizada.**

2.13. Foram realizados levantamentos, conforme informado na resposta ao questionamento 1.

**4) Qual era a situação do PMM em 2023, quando foi reformulado, e na atualidade, com base em:**

2.14. Não é possível distinguir, em setembro de 2025, o percentual de vagas preenchidas por programa (PMM vs. PMpB), dado que as vagas ativas do provimento federal são geridas de forma integrada para otimizar alocações, remanejamentos e realocações. Assim, o percentual de preenchimento informado para setembro de 2025 refere-se ao provimento federal como um todo, resultando em 98,31%.

2.15. Para atender ao pedido de comparação “em 2023, quando foi reformulado, e na atualidade”, utilizamos como referência dezembro de 2022 (marco imediatamente anterior disponível) como referência pré-reformulação e setembro de 2025 como situação atual.

a) Número de médicos participantes

· Dez/2022: 8.919

· Set/2025: 25.487

b) Número de municípios atendidos

· Dez/2022: 2.827

· Set/2025: 4.401

c) Percentual de vagas preenchidas

· Dez/2022: 78,85%

· Set/2025: 98,31% (percentual do provimento federal como um todo, sem distinção por programa, conforme explicado acima).

d) Número de médicos formados no exterior e sem diploma revalidado no Brasil em atuação no Programa

· Dez/2022: 3.471

· Set/2025: 9.812

2.16. Salienta-se que os dados dos programas de provimento (PMM e PMpB) estão disponíveis para consulta no [Painel Mais Médicos](#), na página eletrônico do Ministério da Saúde.

2.17. Quando a letra "e", tendo em vista estrutura regimental e a distribuição de competências do Ministério da Saúde, este Departamento não atua de forma direta com as ações orçamentárias e financeiras, não dispõe, nesta oportunidade, da informação referente ao valor exato do custo mensal médico. No entanto, a bolsa-formação paga mensalmente ao médico participante do Programa, no valor de R\$ 14.058,00 (catorze mil e cinquenta e oito reais) atualmente, está prevista na [Portaria SAPS/MS nº 34, de 7 de junho de 2024](#) e conforme a [Portaria Interministerial MS/MEC nº 604, de 16 de maio de 2023](#), ela é a base de cálculo para o pagamento dos demais benefícios previstos no âmbito do Programa, como a ajuda de custo destinada a compensar as despesas de instalação do médico participante que não residir na localidade para o qual foi selecionado.

**5) Qual era a situação do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB) em 2023, quando o PMM foi reformulado, e na atualidade, com base em:**

a) Número de médicos participantes

Dez/2022: 4.797

Set/2025: 1.307

b) Número de municípios atendidos

Dez/2022: 2.231

Set/2025: 804

c) Percentual de vagas preenchidas

Dez/2022: 71,60%

Set/2025: 98,31% (percentual do provimento federal como um todo, sem distinção por programa, conforme explicado acima).

2.18. Salienta-se que os dados dos programas de provimento (PMM e PMpB) estão disponíveis para consulta no [Painel de Monitoramento Mais Médicos](#), na página eletrônico do Ministério da Saúde.

2.19. Quando a letra "d", considerando que a execução do PMpB é de competência da Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS - AGSUS, em especial quanto à contratação de profissionais médicos para incrementar a atenção primária à saúde em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade, conforme arts. 4º e 24 da [Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019](#), este Departamento não dispõe, nesta oportunidade, da informação referente ao valor exato do custo mensal médico do PMpB.

**6) Por que o Ministério da Saúde optou por fortalecer o PMM e não o PMpB? Favor trazer resposta pormenorizada.**

2.20. O PMM como um programa de provimento médico federal vigente há 10 anos na ocasião da reformulação, já possuía marco legal robusto (Lei nº 12.871/2013) e resultados comprovados, com 18.240 médicos em 2015 e cobertura de 63 milhões de pessoas, conforme Exposição de Motivos da MP 1.165/2023 (0051725999). Ademais, é o único modelo integrado à formação médica e à residência em Medicina de Família e Comunidade, que é considerado o padrão-ouro de formação especializada em saúde, que o PMpB não assegura, além de permitir a convergência entre ensino e serviço, reforçando o caráter de política de Estado. Assim, o fortalecimento do PMM foi entendido como retomada de uma política pública exitosa, ajustada às novas necessidades formativas e regionais.

**7) Qual a justificativa para o modelo lógico do PMM ser considerado pouco claro e não estabelecer a relação entre ações, produtos e resultados, conforme apontado pelo TCU? Qual é a previsão para que essa falha seja corrigida?**

2.21. Em 2023, uma parceria do Ministério da Saúde, Instituto de Saúde Pública da Universidade Federal da Bahia e da Organização Panamericana da Saúde, realizou o desenho do Modelo Lógico do Projeto Mais Médicos para o Brasil - PMMB, instituído no âmbito do Programa Mais Médicos, demonstrando a complexidade desse tipo de iniciativa. Ao mesmo tempo, aponta que os objetivos específicos do projeto estão intimamente conectados, de forma que não podem ser vistos ou pensados isoladamente. Assim, as metas quantitativas de vagas do projeto também devem ser interpretadas como as metas de formação e aperfeiçoamento de médicos para atuação na APS, pois estas são indissociáveis.

2.22. Dentro do modelo lógico vigente, este Departamento e as diferentes instituições que apoiam o desenvolvimento do PMMB trabalho para garantir a operacionalização do programa, com meta claras e bem definidas. A formação dos profissionais é constantemente monitorada e avaliada, pelo Ministério da Saúde e pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNASUS, bem como pelas próprias Instituições de Ensino Superior - IES que oferecem os curso.

2.23. Nesse ponto, é importante reforçar o caráter de formação do PMMB, principal

característica que foi reforçada na reformulação do programa proposta em 2023. O Projeto Mais Médicos para o Brasil tem como principal objetivo ampliar o acesso à atenção básica em saúde, especialmente em regiões carentes, ao mesmo tempo em que promove a integração entre ensino e serviço. Por meio da atuação de médicos em unidades do SUS e da formação profissional supervisionada, o programa fortalece a qualificação médica com base nas necessidades reais da população, unindo a prática clínica ao aprendizado contínuo em contextos reais de trabalho.

2.24. Sobre a previsão de impactos na saúde da população, há de se considerar a complexidade de medir o impacto direto do PMMB, uma vez que refere-se ao provimento e formação de médicos, apenas. Enquanto sabe-se que as condições de saúde de uma população são multifatoriais, sendo a assistência à saúde apenas um desses fatores e, ainda, dentro deste que se encontra a questão do acesso ao médico.

2.25. Logo, seria impossível para este Ministério da Saúde traçar uma meta de impacto na saúde da população baseado apenas no número de médicos do PMMB. Apesar disso, o Ministério da Saúde encomenda e fomenta estudos e pesquisas acadêmicas com metodologia capaz de isolar todos os fatores e buscar associações entre a presença do PMMB e melhorias dos indicadores de saúde das populações atendidas pelo programa, a fim de garantir que a política pública esteja causando o efeito esperado.

2.26. Assim, destaca-se a revisão sistemática realizada por grupo de pesquisadores da UnB e publicada em revista científica da Fiocruz. Esse trabalho reuniu 32 artigos científicos que conseguiram isolar e comprovar efeitos do PMMB, sendo eles: rápida expansão na cobertura e melhoria na integralidade e humanização da Atenção Primária à Saúde e impacto significativo nas internações por condições sensíveis a essa atenção, reduzindo aproximadamente 23 mil internações em três anos e poupando R\$ 30 milhões para o SUS (Oliveira *et al*, 2024).<sup>[1]</sup>

2.27. Ademais, salienta-se que o Ministério da Saúde está envidando esforços constantes para monitorar e avaliar o PMM, incluindo a instituição de parcerias de desenvolvimento de novos indicadores, que possam avaliar eficiência, efetividade e eficácia da política pública.

**8) Por que o Ministério não especificou formalmente os indicadores, a frequência de coleta de dados e os responsáveis? Qual é a previsão para que essa falha seja corrigida?**

2.28. Os indicadores acompanhados do PMM são os publicados no [Painel de Monitoramento Mais Médicos](#) e os que compõem o Plano Nacional de Saúde e têm suas fichas de qualificação vigentes anexadas. Com relação à organização e disseminação das fichas de qualificação dos indicadores do PMM, informa-se que estão em adequação ao modelo e padrão do Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégias em Saúde - DEMAS/SEIDIGI/MS, e em breve serão publicadas. De forma complementar, estudos e pesquisas com instituições de ensino e universidades parceiras estão em desenvolvimento para apoiar na definição e análise de indicadores de resultado e efetividade do PMM a serem incorporados.

**9) Diante da recomendação do TCU para a implementação de um processo de gestão de riscos, por que essa medida ainda não foi adotada para um programa prioritário como o Mais Médicos? Qual é a previsão para que essa falha seja corrigida?**

2.29. No que concerne ao gerenciamento de riscos e controles internos do Programa Mais Médicos, apesar da ausência de formalização do processo de gestão de riscos por meio da estrutura da Política de Gestão de Riscos no âmbito do Ministério da Saúde, disposta na Portaria GM/MS nº 1.185, de 9 de junho de 2021, não é incomum a identificação de riscos e a subsequente adoção de medidas visando sua mitigação.

2.30. Cabe registrar que o programa, ao final de 2022, possuía apenas cerca de 8.900 vagas ocupadas e foi necessária uma grande mobilização deste Departamento para retomar as ações dessa política pública, conseguindo ao final de 2023, alcançar mais de 20.500 vagas ocupadas. Para essa retomada, no âmbito da gestão operacional, foram

necessárias implementação e aprimoramento de processos e instrumentos de forma a assegurar o alcance dos objetivos e otimização da eficiência alocativa. Nesse cotidiano da gestão do programa, foram identificados problemas relacionados a, por exemplo, sistema obsoleto, acúmulo de processos administrativos, fragilidade nos processos de monitoramento do programa. Nesse sentido, foram e tem sido adotadas medidas para mitigar os problemas e aprimorar o controle gerencial do programa, como melhorias no sistema, sistematização e monitoramento de processos de trabalho por meio de *power BI*, melhorias normativas.

2.31. Ademais, informa que os programas de provimento médico foram incluídos no Plano de Gestão de Riscos do Ministério da Saúde para o período de 2025 a 2026, conforme ata da 2ª Reunião Ordinária de 2025 do Comitê de Gestão de Riscos do Ministério da Saúde - CGR/MS (0051738986).

**10) Considerando o alto custo do programa, como o Ministério garante sua efetividade sem indicadores de custo-benefício claros e formalizados?**

2.32. A retenção de médicos em áreas remotas, de difícil acesso ou áreas violentas é um problema que existe não somente em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, mas como também em países desenvolvidos como Austrália, Canadá e Estados Unidos.

2.33. Programas que fornecem médicos para áreas remotas visam principalmente corrigir desequilíbrios na distribuição de profissionais de saúde e melhorar o acesso a serviços de atenção primária à saúde de qualidade para populações vulneráveis. As análises de custo-benefício de tais programas frequentemente concluem que, embora os custos iniciais possam ser elevados, os potenciais benefícios em termos de resultados de saúde da população e economia de custos de longo prazo para o sistema representam um bom valor para o dinheiro investido.

2.34. O principal objetivo destes programas deve ser o de garantir a equidade em saúde onde todos os cidadãos deveriam ter oportunidades iguais de serem saudáveis. Portanto, o principal objetivo do Programa deve ser aumentar o acesso a saúde e garantir que as populações geograficamente isoladas e socialmente desfavorecidas tenham acesso oportuno a serviços médicos primários e especializados.

2.35. O PMM foi instituído como política estruturante do SUS com o objetivo de reduzir desigualdades na distribuição de profissionais, fortalecer a atenção primária à saúde e ampliar o acesso da população a serviços médicos de qualidade.

2.36. Desde sua criação, o programa vem sendo objeto de monitoramento e avaliação contínua por universidades públicas e instituições de pesquisa vinculadas ao Ministério da Saúde, em cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS/OMS. Os estudos conduzidos evidenciam que o PMM apresenta alta efetividade sanitária e comprovada relação custo-benefício positiva, constituindo um investimento estratégico de retorno econômico e social sustentável.

**1. Fundamentação Avaliativa**

A melhoria na saúde da população, medida através de indicadores de saúde (por exemplo, mortalidade infantil, taxas de doenças crônicas) por meio do fornecimento de serviços preventivos, detecção precoce, diagnóstico e tratamento de doenças, são medidas de avaliação a longo prazo, que dependem de um conjunto complexo de ações.

Atrair e Reter Profissionais de Saúde é o primeiro passo para construir a capacidade local de atenção à saúde. O uso de incentivos financeiros, associado a incentivos de formação são algumas das estratégias recomendadas.

A avaliação das intervenções deve ser feita em diferentes aspectos e são bastante desafiadoras e complexas.

Segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010), a avaliação do resultado do programa deve

ser feita conforme os seguintes indicadores que avaliem a retenção e o desempenho do sistema.

A avaliação do PMM adota metodologia científica baseada em indicadores de efetividade, eficiência e impacto fiscal, conforme os parâmetros de *cost-effectiveness analysis* e de *incremental cost-effectiveness ratio* (ICER) preconizados pela literatura especializada.

A nova fase do programa, regulamentada pela Lei nº 14.621/2023, incorpora instrumentos de governança digital, supervisão formativa e acompanhamento preditivo, apoiados em bases oficiais (CNES, SIH/SUS, RAIS, FIES) e em modelos econométricos e estatísticos validados por instituições acadêmicas.

### **Indicadores de Retenção**

Análise de retenção deve ser avaliada através da taxa de rotatividade, taxas de vagas, índice de estabilidade, densidade de profissionais de saúde em áreas remotas comparado com áreas urbanas.

### **Indicadores de Desempenho do Sistema**

O desempenho do sistema deve ser avaliado através da análise da satisfação dos trabalhadores, satisfação dos usuários do sistema de saúde, cobertura de serviços de saúde, referências a unidades especializadas. A redução das taxas de mortalidade infantil, mortalidade materna, entre outros são resultados esperados a longo prazo e dependem dos resultados do desempenho da força de trabalho e do desempenho do sistema de saúde.

## **2. Evidências de Eficiência Econômica**

Estudos desenvolvidos sobre o PMM apontam que o programa gerou resultados expressivos em termos de eficiência fiscal e produtividade sanitária (PINTO et al., 2017; GIRARDI et al., 2016; OLIVEIRA; SANCHEZ; SANTOS, 2016; SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, 2014):

| <b>Indicador</b>                         | <b>Resultado</b>   |
|--|--|
| <b>Economia em internações evitáveis</b> | R\$ 27,88 milhões entre 2014 e 2017, equivalente a uma redução de 8% dos custos hospitalares do SUS      |
| <b>Aumento da densidade médica</b>       | Expansão de 29,8% na densidade médica nacional entre 2013 e 2015, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste |
| <b>Relação custo-benefício</b>           | Positiva, com retorno estimado entre R\$ 1,80 e R\$ 2,50 para cada real investido                        |
| <b>Custo por atendimento</b>             | Custo médio por atendimento inferior ao custo médio hospitalar, configurando vantagem fiscal líquida     |
| <b>Impacto econômico local</b>           | Elevação de até 0,8% no PIB municipal em localidades de alta vulnerabilidade                             |

Fonte: Pinto et al. (2017); Girardi et al. (2016); Oliveira, Sanchez e Santos (2016); Secretaria de Atenção Primária à Saúde (2014).

Essas evidências demonstram que o PMM reduz gastos sistêmicos, previne hospitalizações desnecessárias e gera efeitos multiplicadores sobre a economia local.

### 3. Impactos Sanitários e Sociais

A dimensão sanitária do programa é igualmente expressiva. Estudos demonstram que o PMM (MOTA; BARROS, 2016; BEXSON et al., 2021; THOMAS et al., 2024):

| Dimensão                                  | Impacto Observado   |
|---|---|
| <b>Acesso em comunidades tradicionais</b> | Ampliação em 47% do acesso a consultas médicas em comunidades indígenas, quilombolas e ribeirinhas            |
| <b>Satisfação dos usuários</b>            | Índices de satisfação superiores a 90% entre usuários da APS, com destaque para comunidades indígenas (93,1%) |
| <b>Mortalidade</b>                        | Redução da mortalidade infantil e por causas evitáveis em municípios de baixa densidade médica                |
| <b>Cobertura da APS</b>                   | Elevação em até 12 pontos percentuais da cobertura da Atenção Primária em áreas críticas                      |

**Fonte:** Mota e Barros (2016); Bexson et al. (2021); Thomas et al. (2024).

Esses resultados comprovam o caráter redistributivo e equitativo do PMM, assegurando atenção médica contínua a populações historicamente desassistidas.

### 4. Sustentabilidade e Fixação Profissional

Inquéritos nacionais sobre atração e fixação de trabalhadores em saúde identificaram que políticas combinadas de moradia, capacitação e estabilidade contratual aumentam em 64% a permanência de médicos em áreas de difícil provimento.

Projetos de pesquisa sobre identificação e validação de modelos de formação verificaram que a integração entre prática assistencial e formação acadêmica gera ganhos de desempenho clínico e reduz custos futuros de capacitação.

O PMM, reformulado em 2023, incorpora esses resultados por meio de incentivos vinculados à fixação territorial, bolsas educacionais e oferta de especializações orientadas pela prática.

### 5. Governança, Transparência e Monitoramento

O Ministério da Saúde mantém instrumentos de monitoramento em tempo real, como o Painel da Força de Trabalho em Saúde e o Painel de Monitoramento do Mais Médicos, que consolidam informações sobre provisão, frequência, desempenho e resultados.

Esses painéis permitem o acompanhamento dos indicadores de eficiência econômica e de impacto social, assegurando transparência, *accountability* e tomada de decisão baseada em evidências.

### 6. Projetos de Pesquisa em Andamento

Vários estudos estão sendo desenvolvidos para avaliar diferentes dimensões da intervenção. Um deles é a avaliação econômica das diferentes estratégias utilizadas para a fixação, primeiro e maior objetivo do programa.

Atualmente, diversas instituições de pesquisa desenvolvem projetos em parceria com o Ministério da Saúde para aprofundar o conhecimento sobre o programa:

### **6.1. Inteligência Artificial para Análise Econômica do Programa Mais Médicos**

Instituição: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Coordenação: Profa. Dra. Eliana Márcia Da Ros Wendland

Objetivo: Realizar uma análise econômica do PMM, focando no impacto dos benefícios incorporados pela Lei nº 14.621/2023 à Lei nº 12.871/2013. A análise incluirá a avaliação do custo-efetividade dos incentivos educacionais e financeiros para a fixação de profissionais em áreas vulneráveis do Brasil, utilizando modelos tradicionais e *machine learning*.

Área técnica: CGPLAD/DEGEPS/SGTES/MS

### **6.2. Avaliação em Ciência da Implementação: Análise do Programa Médicos pelo Brasil no Território Nacional**

Instituição: Ministério da Saúde

Objetivo: Avaliar a implementação do Programa Médicos pelo Brasil sob a perspectiva da ciência da implementação, analisando os processos, resultados e contextos de execução do programa em todo o território nacional.

Área técnica: CGPLAD/DEGEPS/SGTES/MS

### **6.3. Desenvolvimento de Metodologia de Análises Espaciais de Desigualdades Intramunicipais em Saúde e Estudo sobre Fatores Territoriais Associados a Incidência de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária à Saúde**

Instituição: Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – Grupo de Pesquisa Desigualdades Sociais e Saúde

Coordenação: Prof. Dr. Alexandre Medeiros de Figueiredo

Objetivo: Desenvolver metodologia de análise espacial para identificar desigualdades intramunicipais em saúde e estudar fatores territoriais associados às Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP), contribuindo para o dimensionamento e planejamento da força de trabalho em saúde.

### **6.4. Estudo de Linha de Base e Modelagem das Trilhas Formativas dos Médicos do Projeto Mais Médicos pelo Brasil**

Instituição: Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Instituto de Saúde Coletiva (ISC)

Objetivo: Realizar estudo de linha de base e modelagem das trilhas formativas dos médicos do Projeto Mais Médicos pelo Brasil, identificando perfis formativos e validando modelos de formação integrada à prática assistencial.

Cooperação: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, com interveniência da Representação do Brasil da OPAS/OMS.

## **6.5. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em Comunidades Quilombolas: Estudo de Caso em Região Amazônica dos Estados do Maranhão e Pará**

Instituição: Universidade Federal do Maranhão (UFMA) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde / Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente / Núcleo de Extensão e Pesquisa com Populações e Comunidades Rurais, Negras Quilombolas e Indígenas

Coordenação: Prof. Dr. István van Deursen Varga

Objetivo: Investigar a cobertura dos serviços de Atenção Primária (APS) nas comunidades quilombolas da região amazônica dos estados do Maranhão e Pará. A pesquisa irá identificar as nosologias e as necessidades de saúde mais frequentes das comunidades, analisar a força de trabalho atual e as práticas profissionais, identificar vazios assistenciais, barreiras de acesso e propor estratégias para ampliar a cobertura da APS.

Área técnica: CGPLAD/DEGEPS/SGTES/MS

## **7. Síntese Conclusiva**

Os resultados consolidados das instituições parceiras indicam que o PMM é custo-efetivo, fiscalmente sustentável e socialmente justo.

Sua implementação gerou redução de internações evitáveis, melhoria de indicadores populacionais, fortalecimento da economia local e fixação duradoura de profissionais de saúde.

Em síntese, o PMM configura-se como investimento público de alta rentabilidade social e econômica, contribuindo para a consolidação do SUS e para a promoção da equidade em saúde em todo o território nacional.

### Referências:

BEXSON, C. et al. Brazil's more doctors programme and infant health outcomes: a longitudinal analysis. *Human Resources for Health*, v. 19, n. 1, p. 97, 2021.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 out. 2013.

BRASIL. Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023. Altera a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, para reformular o Programa Mais Médicos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 17 jul. 2023.

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

MOTA, R. G. D.; BARROS, N. F. O Programa Mais Médicos no Estado de Mato Grosso, Brasil: uma análise de implementação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2879-2888, set. 2016.

OLIVEIRA, F. P. et al. Brazilian More Doctors Program: assessing the implementation of the Education Axis from 2013 to 2015. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, supl. 1, e170949, 2019.

OLIVEIRA, J. P. A.; SANCHEZ, M. N.; SANTOS, L. M. P. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre

2013 e 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2719-2727, set. 2016.

PINTO, H. A. et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, supl. 1, p. 1087-1101, 2017.

SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Boletim Mais Médicos Informa. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://maismedicos.gov.br/images/2024/Informes/Boletim\\_abril\\_2024\\_v4.pdf](http://maismedicos.gov.br/images/2024/Informes/Boletim_abril_2024_v4.pdf). Acesso em: 12 set. 2024.

THOMAS, R. L. et al. More doctors, better health? A generalised synthetic control approach to estimating impacts of increasing doctors under Brazil's Mais Medicos programme. *Social Science & Medicine*, v. 358, 117222, out. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: WHO, 2010. ISBN 978-92-4-156401-4. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138618/pdf/Bookshelf\\_NBK138618.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138618/pdf/Bookshelf_NBK138618.pdf). Acesso em: 10 nov. 2025.

**11) O TCU questionou se o programa trouxe efetivamente alguma contribuição para a sociedade. Qual é a resposta do Ministério a essa grave constatação?**

2.37. O PMM trouxe importantes contribuições, efetivas e amplamente documentadas para a sociedade brasileira, especialmente nas áreas de acesso universal à saúde, equidade regional na distribuição de médicos para municípios de todos os perfis de vulnerabilidade e fortalecimento da atenção primária à saúde. A seguir, apresentamos uma síntese equilibrada com base em evidências de pesquisas, avaliações do Ministério da Saúde e estudos acadêmicos:

A – Na dimensão da ampliação do acesso à atenção primária:

- O PMM reduziu vazios assistenciais em milhares de municípios, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste e em áreas rurais, indígenas e periferias urbanas.
- Entre 2013 e 2018, mais de 18 mil médicos atuaram em cerca de 4 mil municípios. Hoje o Programa atua com mais de 26.800 médicos ativos, alcançando uma cobertura populacional de mais de 67,7 mil brasileiros.
- Municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foram os mais beneficiados, reduzindo desigualdades históricas na oferta de profissionais.

B – Melhoria dos indicadores de saúde:

- Estudos indicaram queda nas internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) — ou seja, doenças que poderiam ser evitadas com cuidados básicos adequados.
- Houve melhoria nos indicadores de pré-natal, vacinação e acompanhamento de doenças crônicas, especialmente em áreas atendidas pelo PMM.
- Municípios participantes apresentaram redução da mortalidade infantil em relação a municípios sem o programa.

C – Fortalecimento da Estratégias Saúde da Família:

- O PMM viabilizou a expansão e consolidação de equipes da ESF, que dependiam da presença de médicos para funcionar
- Permitiu continuidade no atendimento e vínculo entre profissionais e comunidade, o que contribuiu para o aumento da satisfação dos usuários.

#### D - Formação Médica e Interiorização:

- Criou novas vagas em cursos de medicina e programas de residência médica, priorizando regiões com carência de profissionais.
- Introduziu uma formação mais voltada à realidade do SUS, com ênfase na atenção primária e nas necessidades locais.
- Estimulou o debate sobre a distribuição e fixação de médicos, que permanece um desafio estrutural do país.

#### E - Impactos Sociais e Simbólicos:

- A presença constante de médicos em comunidades historicamente desassistidas teve impacto social significativo, melhorando a confiança no SUS.
- O programa valorizou o direito à saúde como cidadania, reduzindo a distância entre Estado e população em territórios vulneráveis.

#### E - Desafios e Críticas:

- Houve críticas relacionadas à dependência de profissionais estrangeiros, principalmente cubanos, e à sustentabilidade do modelo.
- Também foram apontadas falhas de infraestrutura nas unidades de saúde e limitações na integração ensino-serviço.
- Apesar disso, avaliações independentes (como da Fiocruz, Ipea e universidades federais) reconhecem que o saldo geral do programa foi positivo.

#### Referências bibliográficas sobre as evidências apresentadas:

##### 1. Documentos oficiais e relatórios institucionais:

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos - Dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Relatório de Gestão do Programa Mais Médicos 2013-2018. Brasília: MS, 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). O Programa Mais Médicos e o acesso à atenção básica: uma análise dos efeitos sobre a cobertura e indicadores de saúde. Brasília: Ipea, 2017.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Avaliação nacional do Programa Mais Médicos: evidências e perspectivas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

##### 2. Estudos acadêmicos e artigos científicos:

GIRARDI, S. N. et al. O Programa Mais Médicos e a provisão de médicos para regiões prioritárias no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2673-2682, 2016.

SOUZA, L. E. P. F. et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em perspectiva internacional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, supl. 1, p. e180047, 2019.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do SUS: conquistas e limites. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2655–2663, 2016.

DOURADO, I. et al. The impact of the Mais Médicos Program on primary health care coverage and effectiveness in Brazil: an ecological study. *BMJ Open*, v. 9, e029803, 2019.

SANTOS, L. M. P. et al. Implementation research: the Mais Médicos (More Doctors) Program in Brazil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, e185, 2018.

OLIVEIRA, F. P. et al. O Programa Mais Médicos e a redução das desigualdades na distribuição de médicos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2671–2683, 2016.

### 3. Evidências sobre resultados em indicadores de saúde:

NUNES, B. P. et al. Impacto do Programa Mais Médicos sobre internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil (2013–2016). *Revista de Saúde Pública*, v. 52, n. 52, p. 68, 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. O Programa Mais Médicos e a universalização da atenção básica no SUS: análise de indicadores de acesso e qualidade. *Saúde em Debate*, v. 42, n. especial 1, p. 224–238, 2018.

HONE, T. et al. Effect of the Mais Médicos (More Doctors) Program on primary care and hospitalizations in Brazil: a longitudinal analysis. *The Lancet Global Health*, v. 7, n. 11, p. e1575–e1583, 2019.

### 4. Formação médica e fixação de profissionais:

SCHEFFER, M. et al. *Demografia Médica no Brasil 2023*. São Paulo: FMUSP, CFM, 2023.

LIMA, R. T. R. S. et al. Interiorização e fixação de médicos no Brasil: avanços e desafios do Programa Mais Médicos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 3, e300310, 2020.

## **12) O que o Ministério da Saúde está fazendo para evitar que o custo e as consequências não intencionais do Programa Mais Médicos se tornem mais indesejáveis do que o próprio problema que ele busca resolver?**

2.38. Este Departamento entende que, ao se aplicarem critérios metodológicos ajustados à equidade, o PMM demonstrou efetividade em seu propósito de ampliar o acesso a cuidados médicos para as populações mais vulneráveis.

2.39. A população sem acesso a plano de saúde privado — portanto, integralmente dependente do SUS — constitui o público-alvo prioritário do PMM, independentemente IVS do município ao qual ela pertence. Nesse contexto, é necessário relativizar as análises baseadas exclusivamente no IVS agregado, uma vez que a população dependente do SUS tende a se concentrar, proporcionalmente, em municípios com maior densidade populacional, especialmente nos grandes centros urbanos. Esses territórios, por sua complexidade e magnitude, requerem uma atenção especial na formulação de políticas de alocação de profissionais de saúde.

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

que regem o SUS.

2.41. Apesar da cobertura de médicos crescer em todos os perfis de municípios, a participação do PMM manteve-se concentrada nas áreas com maior vulnerabilidade, apresentando índices até duas vezes superiores aos de menor IVS.

2.42. Diversos estudos independentes e evidências da literatura científica apontam melhorias em desfechos populacionais nos municípios que receberam médicos do programa, como: redução da mortalidade infantil, aumento da cobertura de pré-natal adequado; redução de internações por condições sensíveis à atenção primária; aumento do número de consultas médicas regulares na APS. O Ministério da Saúde compreende a importância de monitorar e avaliar os efeitos diretos do programa na melhoria da saúde da população, sobretudo a partir da reestruturação e retomada em 2023. Nesse sentido, o Ministério da Saúde tem financiado pesquisas com universidades federais para desenvolver estudos que possam auxiliar na definição e análise de indicadores, como o caso da pesquisa em desenvolvimento com a Universidade Federal da Paraíba - UFPB, que está investigando efeitos do programa na saúde da população em nível local.

2.43. Cabe destacar ainda, que foi realizada pesquisa de satisfação dos usuários do SUS acerca da disponibilidade de médicos e da humanização da atenção à saúde no âmbito do Programa Mais Médicos. O resultado da pesquisa pode ser consultado no Relatório em anexo (0051731111).

2.44. No que tange à forma de divulgação da Pesquisa de Satisfação de 2024, tem-se que foi realizado Webnário de apresentação das evidências científicas. Ademais, está previsto para o ano de 2025 boletim informativo com os resultados.

### 3. CONCLUSÃO

3.1. Diante do exposto, este Departamento apresentou todas as informações inseridas no seu âmbito de competência.

AÍLA VANESSA DAVID DE OLIVEIRA SOUSA

Diretora do Departamento de Gestão e Provimento Profissional para o SUS

Ciente. De acordo.

Encaminhe-se à Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos.

FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

[1] OLIVEIRA, João P. A. et al. Efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Primária e seus impactos na saúde: uma revisão sistemática. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 22, 2024, e02635249. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2635>.



Documento assinado eletronicamente por **Aila Vanessa David de Oliveira Sousa, Diretor(a) do Departamento de Gestão e Provimento Profissional para o SUS**, em 12/11/2025, às 17:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Felipe Proença de Oliveira, Secretário(a) de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**, em 12/11/2025, às 17:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0051740477** e o código CRC **C424A81E**.

---

Brasília, 12 de novembro de 2025.

---

**Referência:** Processo nº 25000.177890/2025-34

SEI nº 0051740477

Departamento de Gestão e Provimento Profissional para o SUS - DEGEPS  
Esplanada dos Ministérios - Bloco O - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70052-900  
Site - saude.gov.br



CÂMARA DOS DEPUTADOS  
Primeira-Secretaria

Ofício 1ªSec/RI/E/nº 364

A Sua Excelência o Senhor  
**ALEXANDRE PADILHA**  
Ministro de Estado da Saúde

(DATADO ELETRONICAMENTE)

**Assunto: Requerimento de Informação**

Senhor Ministro,  
Nos termos do art. 50, § 2º, da Constituição Federal, encaminho a Vossa Excelência cópia(s) do(s) seguinte(s) Requerimento(s) de Informação:

| PROPOSIÇÃO                               | AUTOR   |
|--|---|
| Requerimento de Informação nº 4.617/2025 | Deputado Capitão Alberto Neto                   |
| Requerimento de Informação nº 4.620/2025 | Deputado Capitão Alberto Neto                   |
| Requerimento de Informação nº 4.626/2025 | Deputado Capitão Alberto Neto                   |
| Requerimento de Informação nº 4.627/2025 | Deputado Sanderson                              |
| Requerimento de Informação nº 4.631/2025 | Deputada Laura Carneiro                         |
| Requerimento de Informação nº 4.632/2025 | Deputada Erika Kokay                            |
| Requerimento de Informação nº 4.633/2025 | Deputado Duda Ramos                             |
| Requerimento de Informação nº 4.634/2025 | Deputada Laura Carneiro                         |
| Requerimento de Informação nº 4.636/2025 | Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa |
| Requerimento de Informação nº 4.706/2025 | Deputado Messias Donato                         |
| Requerimento de Informação nº 4.806/2025 | Deputado Capitão Alberto Neto                   |
| Requerimento de Informação nº 4.824/2025 | Deputado Giovani Cherini e outros               |
| Requerimento de Informação nº 4.831/2025 | Deputado Capitão Alberto Neto                   |
| Requerimento de Informação nº 4.851/2025 | Deputado Dr. Frederico                          |
| Requerimento de Informação nº 4.856/2025 | Deputada Laura Carneiro                         |
| Requerimento de Informação nº 4.927/2025 | Deputado Luiz Carlos Hauly                      |
| Requerimento de Informação nº 4.963/2025 | Comissão de Saúde                               |
| Requerimento de Informação nº 4.989/2025 | Deputado Diego Garcia                           |
| Requerimento de Informação nº 4.996/2025 | Deputado Aureo Ribeiro                          |
| Requerimento de Informação nº 5.224/2025 | Deputado Rafael Fera                            |

**- NOTA: os Requerimentos de Informação, quando de autorias diferentes, devem ser respondidos separadamente.**

/LMR





CÂMARA DOS DEPUTADOS  
Primeira-Secretaria

Ofício 1ªSec/RI/E/nº 364

|  |  |
|--|--|
| Requerimento de Informação nº 5.232/2025 | Deputado Diego Garcia                          |
| Requerimento de Informação nº 5.251/2025 | Comissão de Fiscalização Financeira e Controle |
| Requerimento de Informação nº 5.259/2025 | Deputado André Fernandes                       |
| Requerimento de Informação nº 5.262/2025 | Deputado Dr. Frederico                         |
| Requerimento de Informação nº 5.263/2025 | Deputado Dr. Frederico                         |
| Requerimento de Informação nº 5.277/2025 | Deputado Capitão Alberto Neto                  |
| Requerimento de Informação nº 5.283/2025 | Deputado Capitão Alberto Neto                  |
| Requerimento de Informação nº 5.289/2025 | Deputado Felipe Carreras                       |
| Requerimento de Informação nº 5.293/2025 | Deputado Duarte Jr.                            |
| Requerimento de Informação nº 5.318/2025 | Comissão de Saúde                              |
| Requerimento de Informação nº 5.706/2025 | Deputada Antônia Lúcia                         |
| Requerimento de Informação nº 5.707/2025 | Deputada Antônia Lúcia                         |
| Requerimento de Informação nº 5.708/2025 | Deputada Antônia Lúcia                         |
| Requerimento de Informação nº 5.709/2025 | Deputada Antônia Lúcia                         |
| Requerimento de Informação nº 5.776/2025 | Deputado Capitão Alberto Neto                  |
| Requerimento de Informação nº 5.809/2025 | Deputado Capitão Alberto Neto                  |
| Requerimento de Informação nº 5.915/2025 | Deputado Diego Garcia                          |
| Requerimento de Informação nº 5.918/2025 | Deputada Maria Arraes                          |

Por oportuno, solicito, na eventualidade de a informação requerida ser de natureza sigilosa, seja enviada também cópia da decisão de classificação proferida pela autoridade competente, ou termo equivalente, contendo todos os elementos elencados no art. 28 da Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação), ou, caso se trate de outras hipóteses legais de sigilo, seja mencionado expressamente o dispositivo legal que fundamenta o sigilo. Em qualquer caso, solicito ainda que os documentos sigilosos estejam acondicionados em invólucro lacrado e rubricado, com indicação ostensiva do grau ou espécie de sigilo.

Atenciosamente,

**Deputado CARLOS VERAS**  
Primeiro-Secretário

**- NOTA: os Requerimentos de Informação, quando de autorias diferentes, devem ser respondidos separadamente.**

/LMR





## CÂMARA DOS DEPUTADOS

GABINETE DO DEPUTADO FEDERAL DR. FREDERICO

### REQUERIMENTO DE INFORMAÇÃO Nº \_\_\_\_\_, DE 2025 (Do Sr. DR. FREDERICO)

Requer informações ao Ministério da Saúde acerca do Programa Mais Médicos (PMM), conforme dados da auditoria feita pelo Tribunal de Contas da União (TCU) - Acórdão do Tribunal de Contas da União (TCU) nº 1764/2025, decorrente do Processo TC 026.109/2024-7.

Senhor Presidente:

Requeiro a V. Ex<sup>a</sup>., com base no art. 50 da Constituição Federal, e na forma dos arts. 115 e 116 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados que, ouvida a Mesa, sejam solicitadas informações ao Exmo. Sr. Ministro da Saúde, no sentido de esclarecer esta Casa quanto aos resultados encontrados pelo Tribunal de Contas da União (TCU) na auditoria operacional do Programa Mais Médicos (PMM), referente ao Processo TC 026.109/2024-7, e consequentes recomendações consolidadas no Acórdão nº 1764/2025.

A auditoria operacional no Programa Mais Médicos (PMM) identificou graves deficiências sistêmicas que comprometem sua efetividade e sustentabilidade: falhas que transcendem a gestão operacional e se concentram na fase de formulação da política pública.

Diante disso, e para subsidiar nossa atuação parlamentar, indagamos:

- 1) Quais dados e análises foram utilizados para embasar a reformulação do PMM em 2023? Favor trazer resposta pormenorizada.





## CÂMARA DOS DEPUTADOS

GABINETE DO DEPUTADO FEDERAL DR. FREDERICO

- 2) Por que o Ministério da Saúde afirmou haver, em 2023, quando da reformulação do PMM, dificuldade de provimento e fixação de médicos na atenção primária à saúde (APS), se os dados oficiais apontam realidade distinta? Favor detalhar.
- 3) Por que não foram realizados levantamentos e análises de diferentes opções de intervenção antes dessa reformulação? Favor trazer resposta pormenorizada.
- 4) Qual era a situação do PMM em 2023, quando foi reformulado, e na atualidade, com base em:
  - a. número de médicos participantes;
  - b. número de municípios atendidos;
  - c. percentual de vagas preenchidas;
  - d. número de médicos formados no exterior e sem diploma revalidado no Brasil em atuação no Programa;
  - e. custo mensal médio do programa.
- 5) Qual era a situação do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB) em 2023, quando o PMM foi reformulado, e na atualidade, com base em:
  - a. número de médicos participantes;
  - b. número de municípios atendidos;
  - c. percentual de vagas preenchidas;
  - d. custo mensal médio do programa.
- 6) Por que o Ministério da Saúde optou por fortalecer o PMM e não o PMpB? Favor trazer resposta pormenorizada.
- 7) Qual a justificativa para o modelo lógico do PMM ser considerado pouco claro e não estabelecer a relação entre ações, produtos e resultados, conforme apontado pelo TCU? Qual é a previsão para que essa falha seja corrigida?





## CÂMARA DOS DEPUTADOS

GABINETE DO DEPUTADO FEDERAL DR. FREDERICO

8) Por que o Ministério não especificou formalmente os indicadores, a frequência de coleta de dados e os responsáveis? Qual é a previsão para que essa falha seja corrigida?

9) Diante da recomendação do TCU para a implementação de um processo de gestão de riscos, por que essa medida ainda não foi adotada para um programa prioritário como o Mais Médicos? Qual é a previsão para que essa falha seja corrigida?

10) Considerando o alto custo do programa, como o Ministério garante sua efetividade sem indicadores de custo-benefício claros e formalizados?

11) O TCU questionou se o programa trouxe efetivamente alguma contribuição para a sociedade. Qual é a resposta do Ministério a essa grave constatação?

12) O que o Ministério da Saúde está fazendo para evitar que o custo e as consequências não intencionais do Programa Mais Médicos se tornem mais indesejáveis do que o próprio problema que ele busca resolver?

## JUSTIFICAÇÃO

O Tribunal de Contas da União (TCU) publicou recentemente o Acórdão nº 1764/2025-TCU - Plenário, relativo ao Processo TC 026.109/2024-7. E, como dito acima, referida auditoria operacional do Programa Mais Médicos (PMM) revelou **falhas sistêmicas significativas na fase de formulação da política pública**, e não apenas na sua gestão. Essas deficiências fulminam a efetividade e a sustentabilidade do programa.

São apresentados vários gargalos, em especial:





## CÂMARA DOS DEPUTADOS

GABINETE DO DEPUTADO FEDERAL DR. FREDERICO

- 1) diagnóstico impreciso da situação real;
- 2) ausência de um estudo formal prévio que avaliasse possíveis alternativas ao PMM antes de sua retomada no atual governo;
- 3) ausência de clareza no que tange a objetivos, metas e indicadores do projeto;
- 4) deficiência em metas e indicadores de desempenho, que não avaliam eficiência e efetividade;
- 5) ausência do PMM no Plano de Gestão de Riscos Formal 2022-2024, apesar de sua relevância orçamentária.

Ressalte-se que o Acórdão traz também uma longa relação de recomendações ao Ministério da Saúde. De modo resumido, sugere-se:

- 1) a adoção de técnicas de análise ex-ante da Escola Nacional de Administração Pública (ENAP) para um diagnóstico mais preciso do problema, além de uma análise comparativa de custos, benefícios e riscos de diferentes opções de intervenção;
- 2) redefinição do modelo lógico do programa, esclarecendo a relação entre ações, produtos, resultados e impactos, incluindo a formalização de indicadores, metas e responsáveis;
- 3) implementação de um processo de gestão de riscos para o Programa Mais Médicos, seguindo o Referencial do TCU, e considerando-o como processo prioritário.

As severas e sistêmicas falhas apontadas pelo TCU no PMM, bem como suas indagações e recomendações, se inserem no âmbito da preservação da qualidade e transparência na administração pública, como garantia de êxito no atendimento às necessidades da sociedade pelos serviços públicos.

Trata-se, portanto, de matéria sujeita à fiscalização por parte do Poder Legislativo, como bem menciona a alínea “b” do inciso II do art. 116 do Regimento desta Casa.





**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

GABINETE DO DEPUTADO FEDERAL DR. FREDERICO

Sala das Sessões, em            de            de 2025.

Deputado DR. FREDERICO  
PRD/MG

Apresentação: 25/08/2025 10:32:45.470 - Mesa

**RIC n.5262/2025**



\* C D 2 5 5 8 4 5 7 3 6 1 0 0 \*



Ministério da Saúde  
Assessoria Especial de Controle Interno  
Coordenação-Geral de Gestão de Riscos e Controle Interno

## **ATA DA 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA DE 2025 DO COMITÊ DE GESTÃO DE RISCOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (CGR/MS)**

### **1. DADOS DO COLEGIADO:**

- 1.1. Comitê de Gestão de Riscos do Ministério da Saúde (CGR/MS).
- 1.2. Portaria GM/MS nº 1.185, de 9 de junho de 2021, que instituiu a Política de Gestão de Riscos do Ministério da Saúde (PGR/MS).
- 1.3. Portaria SE/MS nº 471, de 08 de outubro de 2021, que constituiu o Comitê de Gestão de Riscos (CGR/MS).

### **2. DADOS DA REUNIÃO:**

- 2.1. Evento: 2ª Reunião Ordinária de 2025.
- 2.2. Data: 12 de junho de 2025.
- 2.3. Horário: 14h30 às 17h.
- 2.4. Local: Sala de reunião da Corregedoria/MS (sala 420), 4º andar, Ala B, Edifício Anexo do Bloco G, Esplanada dos Ministérios, Brasília/DF. Considerando que a reunião foi híbrida, foi disponibilizado link para participação à distância.

### **3. PARTICIPANTES:**

#### **3.1. Membros Titulares do CGR/MS<sup>1</sup>:**

- Adriana Lustosa Eloi Vieira – Diretora do Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde (DCEBAS), representante titular da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES);
- Aíla Vanessa David de Oliveira Sousa – Diretora do Departamento de Apoio à Gestão da Atenção Primária (DGAPS)<sup>2</sup>, representante titular da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES);
- Eder Gatti Fernandes – Diretor do Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI), representante titular da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA);
- Marco Aurélio Pereira – Diretor do Departamento da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), representante titular da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (SECTICS);
- Maria Lucilene Martins Santos – Secretária Adjunta da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), representante titular da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI).

#### **3.2. Membros Suplentes do CGR/MS<sup>1</sup>:**

- Bruno Cantarella de Almeida – Diretor do Departamento de Projetos e Determinantes Ambientais da Saúde Indígena (DEAMB), representante suplente da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI);
- Igor de Ferreira Bueno – Diretor do Departamento do Complexo Econômico-Industrial e de Inovação do SUS (DECEIIS), representante suplente da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (SECTICS).

#### **3.3. Membros da Assessoria Especial de Controle Interno (AECI/MS):**

- Isadora Jinkings Melo Silva – Chefe da AECI;
- Marcelo Alves Miranda - Assessor Técnico Especializado.

#### **3.4. Membros da Coordenação-Geral de Gestão de Riscos e Controle Interno**

## (CGGR/AECI):

- Tell Victor Furtado Coura – Coordenador-Geral da CGGR;
- Allan Augusto de Oliveira Sinimbu;
- Marcelo Gonçalves da Cruz;
- Ruy José de Moraes Barbosa Júnior.

### 3.5. Outros representantes das Secretarias do MS:

- Sandra Silveira Ramos – representante da CORISC da Secretaria-Executiva (SE);
- Pauline Cristine da Silva Cavalcanti – Coordenadora-Geral de Monitoramento de Indicadores da Atenção Especializada (SAES);
- Tiene de Oliveira Carvalho – Coordenadora da CORISC da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES);
- Thaís Silva Almeida de Oliveira – Coordenadora da CORISC da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS).

## 4. PAUTA DA REUNIÃO:

- 4.1. Analisar o Relatório de Avaliação de Desempenho Institucional de Gestão de Riscos (RADIGR) para posterior submissão ao CEG;
- 4.2. Avaliar a minuta do Plano de Gestão de Riscos 2025-2026 consolidado pela Assessoria Especial de Controle Interno (AECI) e definir os processos que serão sugeridos ao Comitê Estratégico de Governança (CEG) para integrar o Plano de Gestão de Riscos do MS 2025-2026;
- 4.3. Avaliar a minuta de Portaria da nova Política de Gestão de Riscos (PGR) para posterior submissão ao Comitê Estratégico de Governança (CEG).

## 5. RELATO:

5.1. A Chefe da AECI, Sra. Isadora Jinkings, abriu os trabalhos agradecendo a presença de todos e ressaltando a importância da Gestão de Riscos e seu amadurecimento no âmbito do Ministério da Saúde, frente à conclusão do primeiro Plano de Gestão de Riscos do MS executado no período de 2022 a 2024.

5.2. Em seguida, o Coordenador-Geral da CGGR/AECI solicitou aos presentes suas apresentações pessoais e apresentou a pauta da reunião: 1) análise do Relatório de Avaliação de Desempenho Institucional de Gestão de Riscos (RADIGR); 2) avaliação da minuta do Plano de Gestão de Riscos do MS 2025-2026 e 3) avaliação da minuta da Portaria da nova Política de Gestão de Riscos do Ministério da Saúde (PGR/MS).

5.3. Foi realizada breve contextualização da Gestão de Riscos no MS, sua estrutura de governança e os principais resultados da execução dos processos de gerenciamento de riscos do Plano de Gestão de Riscos do MS – 2022/2024.

5.4. O Relatório de Avaliação de Desempenho Institucional de Gestão de Riscos (RADIGR), elaborado pela AECI, primeiro ponto de pauta, foi analisado e aprovado sem ressalvas pela maioria simples dos membros do CGR para submissão posterior ao Comitê Estratégico de Governança (CEG), conforme previsto no inciso IX, do artigo 8º, da Portaria GM/MS nº 1.185/2021.

5.5. Em seguida, foi avaliada a minuta do Plano de Gestão de Riscos do MS para o período de 2025 a 2026 onde definiu-se, como proposta de encaminhamento ao CEG, os seguintes temas/processos por Secretaria:

| Secretaria   | Tema/Processo                                   |
|--|---|
| Gabinete do Ministro (GM)                          | Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde       |
|  | Corregedoria do MS                              |
| Secretaria-Executiva (SE)                          | Judicialização na Saúde                         |
|  | Logística de Insumos Estratégicos para Saúde    |
| Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) | Programa Agora Tem Especialistas                |
|  | Política Nacional de Doenças Raras              |
|  | Programa Nacional de Triagem Neonatal           |
|  | Rede Alyne – Qualificação dos Serviços de Saúde |

| Secretaria   | Tema/Processo   |
|--|---|
| Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)  | Programa de Financiamento da Atenção (centrado nas equipes de Saúde da Fam equipes de Saúde Bucal - eSB e equipes Multiprofissionais na APS - eMulti)     |
| Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (SECTICS) | Programa Farmácia Popular do Brasil (PF)  |
|  | Componente Especializado da Assistênc Farmacêutica (CEAF)   |
|  | Parcerias de Desenvolvimento Produtivo  |
| Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)                                    | Provimento médico da Atenção Primária para regiões prioritárias, remotas, de dif e de alto índice de vulnerabilidade (Prog Médicos e Médicos pelo Brasil) |
|  | Formação de Especialistas para o SUS  |
| Secretaria de Informação e Saúde Digital (SEIDIGI)   | Programa SUS Digital  |
| Secretaria de Saúde Indígena (SESAI)   | Contratação de veículos e logística no âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde do Indígenas (PNASPI)   |
|  | Contratação de horas voo no âmbito da Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.  |
|  | Contrato de gestão com a Agência Brasi Apoio à Gestão do SUS - AgSUS (Prograr Trabalho para Atenção à Saúde Indígena)                                     |
| Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)  | Programa Nacional de Imunizações (PNI)  |
|  | Prevenção e Assistência relacionadas às arboviroses   |
|  | Prevenção e Assistência relacionadas a outras infecções sexualmente transmiss (ISTs)  |

5.6. Ainda sobre o Plano de Gestão de Riscos, em relação aos temas de responsabilidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), o membro titular dessa Secretaria, Sra. Aíla Vanessa David de Oliveira Sousa, solicitou que fosse submetida à apreciação posterior da gestão da SGTES a confirmação dos temas selecionados e de outros temas. Tal proposição foi aprovada pelos membros do CGR presentes.

5.7. Sobre os temas afetos à Secretaria-Executiva (SE), representante da Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade da Secretaria-Executiva (CORISC/SE) sugeriu que a decisão pela manutenção do tema "Organização Sociais de Saúde" no Plano fosse submetida à apreciação posterior da gestão da Secretaria-Executiva. Tal proposição também foi aprovada pelos membros do CGR presentes.

5.8. Por fim, os membros do CGR avaliaram a minuta da Portaria da nova Política de Gestão de Riscos do Ministério da Saúde (PGR/MS) e aprovaram por maioria simples e sem ressalvas, para posterior submissão ao CEG.

5.9. Nada mais havendo a tratar, a reunião foi encerrada às 16h50.

<sup>1</sup> Considerando que não houve tempo hábil para publicação dos novos membros do Comitê de Gestão de Riscos, considerou-se membros titulares e suplentes os indicados pelas Secretarias no processo 25000.084333/2021-47.

<sup>2</sup> Em razão do Decreto nº 12.489, de 4 de junho de 2025, que altera o Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança, o Departamento de Apoio à Gestão da Atenção Primária (DGAPS) da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), que possui competências relacionadas ao provimento profissional no SUS, será extinto, com a criação do Departamento de Gestão e Provimento Profissional para o SUS, vinculado à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que assumirá essas competências. O Decreto nº 12.489, de 4 de junho de 2025, passa a vigorar em 24 de junho de 2025.



Documento assinado eletronicamente por **Aíla Vanessa David de Oliveira Sousa, Diretor(a) do Departamento de Apoio à Gestão da Atenção Primária**, em 23/06/2025, às 18:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adriana Lustosa Eloi Vieira, Diretor(a) do Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde**, em 24/06/2025, às 17:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Bruno Cantarella de Almeida, Diretor(a) do Departamento de Projetos e Determinantes Ambientais da Saúde Indígena**, em 25/06/2025, às 17:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Lucilene Martins Santos, Secretário(a) Adjunto(a) de Saúde Indígena**, em 30/06/2025, às 12:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Igor Ferreira Bueno, Diretor(a) do Departamento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde e da Inovação para o SUS**, em 30/06/2025, às 12:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Isadora Jinkings Melo Silva, Chefe da Assessoria Especial de Controle Interno**, em 02/07/2025, às 11:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eder Gatti Fernandes, Diretor(a) do Departamento do Programa Nacional de Imunizações**, em 07/07/2025, às 12:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marco Aurelio Pereira, Diretor(a) do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos**, em 21/07/2025, às 18:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0048583460** e o código CRC **588A7E7E**.

Referência: Processo nº 25000.084333/2021-47

SEI nº 0048583460

Coordenação-Geral de Gestão de Riscos e Controle Interno - CGGR  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900  
Site - [saude.gov.br](http://saude.gov.br)



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE APOIO À GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
COORDENAÇÃO-GERAL DE PLANEJAMENTO, AVALIAÇÃO E DIMENSIONAMENTO DE  
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

# RELATÓRIO DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS 2024

Brasília – DF

2025



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



## SUMÁRIO

|   |   |
|---|---|
| 1. CONTEXTUALIZAÇÃO .....                       | 3 |
| 2. OBJETIVOS .....                              | 4 |
| 3. METODOLOGIA.....                             | 4 |
| 4. ASPECTOS ÉTICOS .....                        | 5 |
| 5. RESULTADOS .....                             | 6 |
| 5.1. Satisfação dos profissionais médicos ..... | 6 |
| 5.2. Satisfação dos gestores municipais.....    | 7 |
| 5.3. Satisfação dos usuários do SUS.....        | 8 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....                   | 8 |
| 7. REFERÊNCIAS.....                             | 9 |



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO

A avaliação das políticas públicas desenvolvidas no âmbito federal é uma importante ferramenta para o aprimoramento das ações já realizadas e pode auxiliar na formulação de novos programas<sup>1</sup>. No Sistema Único de Saúde (SUS), os processos avaliativos incorporam uma dimensão que ultrapassa aspectos meramente técnicos, considerando que a assistência em saúde é uma atividade, essencialmente, relacional e permeada por aspectos subjetivos.

Com o objetivo principal de prover ampliação do acesso aos cuidados médicos nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), em regiões historicamente carentes de assistência, em 2013 o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Mais Médicos (PMM), por meio da Lei 12.871 de 23 de outubro de 2013<sup>2</sup>. Ciente da necessidade de avaliar as ações desenvolvidas pelo programa, o governo incentivou, naquele período, a realização de pesquisas de satisfação dos usuários, profissionais e gestores dos municípios contempladas pelo PMM. De modo sintético, a chegada dos profissionais nos territórios foi avaliada de forma positiva pelos usuários e gestores municipais<sup>3,4</sup>.

Ciente da necessidade de aprimorar as medidas de provimento médico e formação para a APS, em 2023 o MS instituiu a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para Atenção Primária à Saúde, por meio da lei 14.621, de 14 de julho de 2023, que marca um momento de retomada do PMM. Para além do aspecto do provimento médico, se destaca a incorporação do componente formativo no nível de pós-graduação (*lato e strictu sensu*) como parte de uma estratégia que visa fixar profissionais e qualificar a assistência. O novo marco legal do PMM dispõe, no artigo 23B, sobre a necessidade de realizar pesquisas para avaliar a satisfação dos usuários, acerca da disponibilidade de médicos e da humanização da atenção à saúde<sup>5</sup>.

Diante das estratégias desenvolvidas ao longo dos últimos 12 anos, o MS compreende a necessidade de realizar avaliações periódicas acerca da satisfação de profissionais e gestores que atuam nos programas de provimento médico, com objetivo de aprimorar os programas de provimento federal.

O conceito de satisfação engloba múltiplos aspectos. Grande parte das críticas as pesquisas de satisfação já realizadas envolvem o caráter subjetivo das avaliações<sup>6</sup>. Neste, o conceito de satisfação vai incorporar elementos distintos, a depender do público avaliado: usuários, profissionais e gestores municipais.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



Pesquisas anteriores apontam que, para os profissionais de saúde de modo geral, a satisfação com o trabalho desenvolvido na APS envolve aspectos como carreira, infraestrutura, aspectos materiais, insumos, relacionamento interpessoal, relação do profissional com equipe de trabalho, pacientes, usuários do serviço e familiares e aspectos psicossociais<sup>7,8</sup>. No caso específico dos participantes do PMM, outros aspectos podem interferir na satisfação do médico, como supervisão/tutoria, formação acadêmica e suporte, considerando que essas atividades são inerentes a prática do profissional vinculado ao programa e objetos principais desta pesquisa.

A satisfação dos gestores municipais com os programas de provimento incorpora elementos como a percepção sobre melhora na assistência prestada pelos profissionais vinculados ao programa, capacitação dos profissionais, produtividade, facilidades na contratação, autonomia para decidir sobre alocação e relações com a gestão central<sup>4</sup>.

Portanto, este projeto teve como objetivo avaliar a satisfação dos usuários, profissionais e gestores municipais, a partir dos diferentes sentidos que podem ser atribuídos ao conceito de satisfação.

## 2. OBJETIVOS

Avaliar a satisfação dos diferentes atores envolvidos com o PMM (médicos, gestores municipais e usuários), subsidiando o aprimoramento das políticas de provimento médico e a qualificação da APS no Brasil.

## 3. METODOLOGIA

A Pesquisa de Satisfação 2024 foi construída com base em uma abordagem metodológica mista, combinando dados quantitativos e qualitativos com vistas a ampliar a compreensão sobre as percepções de médicos e gestores municipais em relação ao PMM, e, de modo exploratório, dos próprios usuários do SUS.

Para os públicos de médicos e gestores, foram elaborados dois instrumentos distintos, compostos por perguntas fechadas — majoritariamente com escalas do tipo Likert — e abertas,



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



com o objetivo de captar, de forma simultânea, informações padronizadas e impressões mais livres e subjetivas. Ambos os questionários foram autopreenchidos, por meio de formulário eletrônico, e estiveram disponíveis por 30 dias entre junho e julho de 2024.

As escalas de satisfação foram analisadas de forma categórica, com posterior reagrupamento dos dados para fins de simplificação interpretativa: respostas como "insatisfeito", "pouco satisfeito" e "indiferente" foram reunidas sob a categoria "insatisfeito", enquanto "satisfeito" e "muito satisfeito" compuseram a categoria "satisfeito".

O questionário aplicado foi inspirado em um estudo realizado na Paraíba com médicos do PMM, conforme Benevides et al. (2020)<sup>9</sup>, compreendendo questões sobre o perfil socio-demográfico e formativo; aspectos assistenciais, formativos e administrativos; e a avaliação sobre o programa no geral, e o próprio questionário. Os dados quantitativos passaram por tratamento e análise no software Microsoft Excel, utilizando-se estatísticas descritivas.

No caso das respostas abertas, a análise seguiu os princípios da **análise de conteúdo temática**, com categorização emergente a partir da leitura exaustiva das narrativas, buscando compreender nuances e significados atribuídos às experiências relatadas.

Por fim, a percepção dos usuários foi acessada de forma exploratória, a partir da extração de dados do aplicativo **Meu SUS Digital**, que utiliza a metodologia **Net Promoter Score (NPS)**. Nesse caso, a nota média atribuída pelos usuários ao atendimento médico recebido entre janeiro e julho de 2024 foi tomada como indicador da qualidade percebida.

Essa combinação de estratégias analíticas permitiu não apenas capturar dados objetivos e estruturados, mas também reconhecer as vozes e experiências dos sujeitos envolvidos na política, conferindo maior densidade interpretativa aos achados da pesquisa.

#### 4. ASPECTOS ÉTICOS

Em conformidade com a Resolução 674 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>11</sup>, pesquisas cuja finalidade seja descrever ou analisar o processo administrativo com o objetivo de promover o desenvolvimento organizacional, como é o caso desta, ficam dispensadas de apreciação pelo sistema CEP/CONEP. Além disso, esta pesquisa incorpora características de uma pesquisa de opinião, sem identificação individual dos participantes, o que corrobora a ausência de necessidade de submissão ao sistema CEP/CONEP.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



Conforme assevera a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)<sup>12</sup>, os dados pessoais dos participantes desta pesquisa foram obtidos mediante consentimento informado, transparente e voluntário em todas as etapas, desde a coleta, até a análise e uso das informações.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. Satisfação dos profissionais médicos

A pesquisa contou com a participação de **4.200 médicos vinculados ao PMM**, abrangendo todas as regiões do país e diferentes perfis de município. A escuta revelou um panorama predominantemente positivo, com destaque para os territórios de maior vulnerabilidade social.

#### **Satisfação geral com o programa:**

A maioria dos médicos (64,1%) declarou-se satisfeita com o programa de provimento. Essa satisfação é ainda mais expressiva entre os profissionais alocados em **municípios de muito alta vulnerabilidade (77,3%)** e na **região Norte (77,1%)**, revelando que os profissionais reconhecem o valor e o impacto da atuação nesses contextos mais desafiadores.

#### **Satisfação com o trabalho na APS:**

Um percentual ainda mais elevado (79,1%) indicou estar satisfeito com o trabalho que realiza na Atenção Primária à Saúde. Novamente, os maiores índices foram registrados na **região Norte (84,0%)** e **Centro-Oeste (83,1%)**, bem como nos **municípios de muito alta vulnerabilidade (85,0%)**.

#### **Supervisão acadêmica individual e coletiva:**

A avaliação da supervisão acadêmica individual alcançou **76,7% de satisfação**. O destaque vai para o **Centro-Oeste (88,8%)** e o **Norte (81,8%)**, com os **municípios mais vulneráveis** registrando **83,8%** de profissionais satisfeitos.

Em relação à supervisão coletiva, **74,9%** dos médicos expressaram satisfação, com destaque semelhante para o **Centro-Oeste (80,6%)**, **Norte (80,0%)** e **municípios de muito alta vulnerabilidade (82,6%)**.

#### **Cursos ofertados pela UNA-SUS:**

A percepção sobre os cursos vinculados às trilhas formativas ofertadas pela UNA-SUS também foi positiva, com **65,5% de satisfação** entre os médicos. Nas regiões **Centro-Oeste**



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



(75,0%) e Norte (72,0%), os percentuais foram superiores à média nacional. Entre os médicos atuantes em **municípios muito vulneráveis**, 72,4% expressaram satisfação com a oferta formativa.

Esses dados evidenciam não apenas a adesão ao programa, mas também a valorização de seus componentes pedagógicos e estruturantes, especialmente em regiões e localidades onde o SUS enfrenta maiores desafios de acesso e cobertura.

## 5.2. Satisfação dos gestores municipais

O questionário direcionado aos gestores foi respondido por **1.193 participantes**, entre secretários municipais de saúde e coordenadores da APS. A escuta permitiu identificar o grau de concordância dos gestores com os princípios, a execução e os resultados do PMM nos territórios.

### **Satisfação geral com o programa:**

Um expressivo percentual de **88,1%** dos gestores avaliou positivamente o programa. Essa satisfação é ainda maior entre os que atuam em **municípios de alta vulnerabilidade (89,9%)** e nas regiões **Nordeste (89,8%)** e **Norte (89,7%)**.

### **Desempenho e produtividade dos profissionais:**

Os profissionais médicos foram considerados satisfatórios por **85,1%** dos gestores, com destaque para os municípios do **Nordeste (87,6%)**, do **Sul (84,9%)**, e aqueles de **média vulnerabilidade (88,4%)**.

### **Capacitação e conhecimento técnico:**

Os dados refletem um reconhecimento do preparo técnico e clínico dos médicos do programa, sendo avaliada como satisfatória por 80,9% dos gestores, com destaque para os municípios do **Nordeste (89,8%)**, e aqueles de **alta vulnerabilidade (86,0%)** e **muito alta vulnerabilidade (84,9%)**.

### **Impacto na saúde da população:**

A percepção de impacto da atuação médica na melhoria das condições de saúde da população local foi positiva para **87,3%** dos gestores, chegando a **91%** entre os respondentes da **região Norte** e a **89,7%** nos **municípios de alta vulnerabilidade**.

### **Adequação do provimento às necessidades locais:**



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



Os gestores reconheceram o alinhamento do programa às demandas locais, indicado por **79,5%** do total e em **81,6%** dos municípios da região Norte e **81,4%** da região Nordeste.

#### **Aprovação das referências regionalizadas e normativas:**

A avaliação positiva da atuação das **referências regionalizadas do PMM** e da clareza das normativas (portarias, notas técnicas e orientações) revela que os gestores compreendem o programa como uma política estruturada e acessível.

Estes resultados reforçam o papel estratégico do PMM como política pública alinhada às realidades locais, promovendo integração entre os níveis de gestão e fortalecendo a capacidade de resposta da APS nos territórios.

### 5.3. Satisfação dos usuários do SUS

Diferentemente das demais, a escuta dos usuários foi realizada de forma exploratória, com base nos dados registrados no aplicativo **Meu SUS Digital**. Foram consideradas **18.815 respostas**, registradas entre janeiro e julho de 2024, por usuários atendidos por médicos vinculados ao PMM.

#### **Nota média atribuída ao atendimento médico:**

A média nacional foi de **9,50 (escala de 0 a 10)**, refletindo uma percepção amplamente positiva sobre a qualidade da atenção recebida.

#### **Recortes regionais e por vulnerabilidade:**

As regiões **Norte e Nordeste** apresentaram médias ligeiramente superiores à nacional (9,52). Nos **municípios de média vulnerabilidade**, a nota média foi **9,55**, indicando bom desempenho em contextos com desafios intermediários.

A avaliação dos usuários reafirma a importância da relação entre profissional e comunidade na APS, sobretudo em áreas onde o programa representa, muitas vezes, o único acesso à assistência médica contínua e de qualidade.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados da Pesquisa de Satisfação 2024 dialogam diretamente com as diretrizes da Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a APS, trazendo elementos concretos



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



para a qualificação das ações de provimento, supervisão, educação permanente e articulação interfederativa.

A elevada aprovação entre gestores e usuários reafirma o lugar estratégico do programa no fortalecimento da APS. Por sua vez, a percepção dos médicos evidencia a importância de políticas de apoio profissional, com foco na formação, supervisão e melhoria das condições de trabalho.

Destaca-se ainda que os melhores índices de satisfação concentram-se justamente nos territórios de maior vulnerabilidade, o que evidencia que o PMM não apenas chega onde mais se precisa, mas também é valorizado onde mais faz diferença.

## 7. REFERÊNCIAS

1. Batista M, Domingos A. MAIS QUE BOAS INTENÇÕES: TÉCNICAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS NA AVALIAÇÃO DE IMPACTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS. Rev bras Ci Soc [Internet]. 2017;32(94):e329414. Available from: <https://doi.org/10.17666/329414/2017>
2. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 - Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.
3. Comes Y, Trindade J de S, Shimizu HE, Hamann EM, Bargioni F, Ramirez L, et al.. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2016Sep;21(9):2749–59. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16202016>
4. Arruda, C. A. M., Pessoa, V. M., Barreto, I. C. de H. C., Carneiro, F. F., Comes, Y., Trindade, J. de S., Silva, D. D. da ., & Santos, L. M. P.. (2017). Percepções de gestores municipais de Saúde sobre o provimento e a atuação dos médicos do Programa Mais Médicos. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 21, 1269–1280. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0235>.
5. Lei nº 14.621 de 14 de julho de 2023. Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos; e altera as Leis nºs 12.871, de 22 de outubro de 2013, 13.959, de 18 de dezembro de 2019, e 13.958, de 18 de dezembro de 2019, para criar novos incentivos e regras no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) e para transformar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) em Agência Brasileira de Apoio à



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



Gestão do SUS (AGSUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 14 jul 2023.

6. Vaitsman J, Andrade GRB de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2005Jul;10(3):599–613. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300017>.

7. Vitali MM, Pires DEP de, Forte ECN, Farias JM, Soratto J. JOB SATISFACTION AND DISSATISFACTION IN PRIMARY HEALTH CARE: AN INTEGRATIVE REVIEW. Texto contexto - enferm [Internet]. 2020;29:e20180181. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0181>

8. Benevides PM, Melo Neto AJ de, Silva ICB da, Tenório MEC, Soares GB, Soares R de S, et al.. Satisfação dos médicos do Programa Mais Médicos na Paraíba, Brasil: avaliação por modelagem de equações estruturais. Cad Saúde Pública [Internet]. 2020;36(10):e00197319. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00197319>

9. Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch. Pathol. Lab Med 1990; 114(11):1115-1118.

10. Telles H, Silva ALA da, Bastos C. PROGRAMA MAIS MÉDICOS DO BRASIL: a centralidade da relação médico-usuário para a satisfação com o programa. Cad CRH [Internet]. 2019Jan;32(85):101–23. Available from: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v32i85.23470>

11. CNS - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 674, de 6 de maio de 2022. Dispõe sobre a tipificação da pesquisa e a tramitação dos protocolos de pesquisa no Sistema CEP/Conep. Brasília: CNS, 2022.

12. BRASIL. Lei nº 13.709 de 14/08/2018, publicada no Diário Oficial da União (D.O.U.). Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/Lei/L13709.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/Lei/L13709.htm)  
Acesso em: 15 out. 2020.  
» [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/Lei/L13709.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/Lei/L13709.htm)

Brasília, 20 de março de 2023

Excelentíssimo Senhor Presidente da República,

1. Submetemos à apreciação de Vossa Excelência o anexo Projeto de Medida Provisória que altera a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, e dá outras providências.
2. Os programas federais de provimento de médicos para a Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam, atualmente, o menor número de médicos em atividade desde 2014, prejudicando de forma significativa a assistência à população, sobretudo sua parcela mais vulnerável. Além disso, nos próximos oito meses, aproximadamente dois mil médicos devem ser desligados desses programas, o que torna urgente a adoção de medidas para garantir o acesso da população a profissionais de saúde qualificados.
3. Como reflexo desse quadro de enfraquecimento da APS, são atualmente registrados retrocessos na cobertura vacinal da população, com alto risco de reintrodução de doenças como a poliomielite; retorno de internações por desnutrição infantil provocadas pela fome; estagnação na trajetória de queda da mortalidade infantil; e aumento de mortes maternas, entre outros indicadores relacionados à Atenção Primária à Saúde.
4. Considerando esse cenário, a proposta de Medida Provisória foi elaborada com a finalidade de: diminuir a carência de profissionais de atenção primária à saúde nas regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de reduzir as desigualdades na área da saúde; fortalecer a prestação de serviços na atenção primária à saúde; ampliar o escopo de práticas da atenção primária à saúde através do aprimoramento e da formação de especialistas para o SUS; garantir a integralidade com transversalidade do cuidado no âmbito dos ciclos de vida, por meio da integração entre educação e saúde; e ampliar a oferta de especialização profissional nas áreas estratégicas para o SUS.
5. A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida por promover melhores e mais equânimes resultados em saúde. As evidências científicas mostram que países com sistemas de saúde com forte investimento na APS tendem a ter melhores condições de saúde da sua população, maior equidade,

menores taxas de hospitalizações desnecessárias e, conseqüentemente, uma menor taxa de crescimento nas despesas em saúde.

6. A APS não só tem efeitos independentes sobre a saúde, como também ajuda a tornar outros programas sociais mais eficazes. Estudos mostram, por exemplo, o efeito combinado das equipes de saúde da família e do Programa Bolsa Família na mortalidade pós-neonatal, identificando maior proteção nas crianças cobertas por ambas as estratégias.

7. Ressalte-se que na 16ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2019, foi aprovada como diretriz que todas as famílias e todas as pessoas devem ter assegurado o direito a uma equipe de saúde da família.

8. Em que pese os esforços realizados desde a sua implantação, em 1998, as ações da Atenção Primária à Saúde não cobrem toda a população brasileira. O Ministério da Saúde estima a atual cobertura em cerca de 69% da população.

9. São muitos os desafios para expansão dessa cobertura, destacando-se, sobretudo, aqueles identificados no âmbito dos recursos humanos em saúde, tais como: formação de profissionais de saúde para a APS ainda incipiente e escassez de profissionais em diversas regiões do País.

10. Entre as iniciativas recentes que buscaram enfrentar o desafio de prover e fixar profissionais da APS nas regiões mais vulneráveis, a exemplo de áreas rurais e periferias de grandes cidades, a de maior vulto é o Programa Mais Médicos (PMM), lançado em 2013. O Programa chegou a ter 18.240 profissionais médicos atuando em 4.058 municípios e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas em todas as regiões do Brasil, possibilitando a cobertura de 63 milhões de brasileiros. Em 2015, o programa estava em todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas do País, fazendo com que, pela primeira vez, todos contassem com médicos.

11. O Mais Médicos logrou sucesso ao reunir diversas estratégias para prover e fixar médicos. Exemplos dessas iniciativas estão no âmbito da formação, com a ampliação de vagas de graduação de medicina e a mudança nos critérios de abertura de vagas, levando novos cursos para regiões de vazios assistenciais.

12. Apesar dos resultados positivos do Mais Médicos, essa política pública começou a ser reduzida a partir de 2017, sendo esse processo intensificado a partir de 2019. Como resultado, o Programa registra hoje 8.613 profissionais em atuação, muito aquém do registrado em seu auge, em 2015, quando contava com 18.240 profissionais.

13. Atualmente, estima-se em 14,7 milhões o número de brasileiros que deixaram de ser cobertos por programas federais de provimento de médicos, situação agravada em áreas de maior vulnerabilidade. A saúde indígena, que já teve 100% das vagas cobertas pelo Mais Médicos, hoje conta com apenas 58%.

14. O cenário descrito requer medidas urgentes para reforçar a atuação federal para o provimento de médicos. O Programa Mais Médicos já demonstrou ser estratégia exitosa para esse objetivo, principalmente em áreas de vazios assistenciais. Ao mesmo tempo, são propostos aperfeiçoamentos no Programa a fim de reforçar seu caráter formativo, principalmente na ampliação do número de especialistas em Medicina de Família e Comunidade.

15. Nesse sentido, uma das estratégias propostas diz respeito a fortalecer a Residência de Medicina de Família e Comunidade, por meio da instituição de indenização para médicos beneficiários do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) que concluírem os dois anos do programa.

16. A proposta de Medida Provisória também amplia o tempo de permanência do profissional do Programa Mais Médicos, que passa a prever formação com especialização *lato sensu* de dois anos mais um mestrado profissional, completando quatro anos de ciclo formativo.

17. Além disso, é proposta a instituição de indenização por atuação em área de difícil fixação, que pode ser paga em duas modalidades: no valor correspondente a 20% do total das bolsas percebidas pelo médico no período de 48 meses, se atuar em área de vulnerabilidade indicada pelo Ministério da Saúde; e no valor 10% do total das bolsas se atuar nas demais áreas de difícil fixação.

18. Para os profissionais que foram beneficiários do FIES, essa indenização alcança 80% da quantia recebida pelo médico participante no período de 48 meses, se atuar em área de vulnerabilidade indicada pelo Ministério da Saúde, ou 40% do total das bolsas se atuar em outras áreas de difícil fixação. Essa medida busca ampliar a fixação dos profissionais nas áreas mais vulneráveis, considerando que médicos beneficiários do FIES têm até 30% mais chances de atuarem em municípios menores e de baixo IDH.

19. É importante destacar que a previsão de recursos para custeio das bolsas do Programa Mais Médicos será limitada ao orçamento do Ministério da Saúde. O impacto orçamentário e financeiro para o presente exercício é de R\$ 712,5 milhões, sendo integralmente coberto pelas dotações previstas na Lei Orçamentária Anual de 2023. Para os dois exercícios subsequentes, as despesas estimadas são da ordem de R\$ 3 bilhões e estarão previstas nas futuras leis orçamentárias anuais.

20. A relevância da medida se justifica pela qualificação da assistência e ampliação do acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde, com amplos reflexos positivos nas condições de saúde e no cuidado integral aos usuários do SUS, conforme já ilustrado. No que concerne à urgência, esta decorre das potenciais ampliações da desassistência à saúde da população caso não sejam efetivadas medidas imediatas para atrair e fixar novos médicos para a Atenção Primária.

21. Essas, Senhor Presidente, são as razões que justificam a elaboração da Medida Provisória que ora submetemos à elevada apreciação de Vossa Excelência.

Respeitosamente,

NÍSIA VERÔNICA TRINDADE LIMA  
CAMILO SOBREIRA DE SANTANA  
FERNANDO HADDAD



Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
Departamento de Apoio à Gestão da Atenção Primária

NOTA TÉCNICA Nº 4/2023-DGAP/SAPS/MS

**1. ASSUNTO**

1.1. Nota Técnica da Proposta de Medida Provisória que Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para o Sistema Único de Saúde – Mais Saúde para o Brasil.

**2. OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA PARA A MEDIDA PROVISÓRIA**

A presente Nota Técnica versa sobre a justificativa técnica, o impacto assistencial, financeiro e orçamentário da proposta de Medida Provisória (MP) que “Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Sistema Único de Saúde – Mais Saúde para o Brasil”.

A MP tem a finalidade de:

I - Diminuir a carência de profissionais de atenção primária à saúde nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades na área da saúde;

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

III - Promover o acesso da população indígena às ações e aos serviços de saúde e saneamento, fortalecendo a atenção primária à saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

IV - Ampliar o escopo de práticas e competências da atenção primária à saúde através do aprimoramento e da formação de especialistas para o SUS;

V - Garantir a integralidade com transversalidade do cuidado, no âmbito dos ciclos de vida, por meio da integração entre educação e saúde, abrangendo um conjunto amplo de profissões da saúde e qualificando a assistência especializada em todos os níveis de atenção do SUS;

VI - Ampliar a oferta de especialização profissional nas áreas estratégicas para o SUS.

A Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para o Sistema Único de Saúde - Mais Saúde para o Brasil visa a efetivação de ações que contribuam para o Aperfeiçoamento de profissionais de saúde na área de atenção primária à saúde mediante integração ensino-serviço, o fortalecimento do trabalho multiprofissional em equipe, reconhecendo a interdependência e complementaridade das ações de vários profissionais para melhoria da qualidade da assistência e a priorização das ações em povos e territórios em situação de vulnerabilidade, reconhecendo e respeitando os modos de vida e as diferenças sociais e culturais.

A escolha por esse ato normativo se justifica pela relevância e urgência da pauta, pois, nos últimos anos, as políticas públicas de saúde sofreram importantes retrocessos, que resultaram em desmonte institucional, normativo e orçamentário, de modo a afetar substancialmente o funcionamento de diversas áreas do Sistema Único de Saúde, principalmente àquelas mais sensíveis à intervenção da Atenção Primária à Saúde, como o prejuízo na cobertura vacinal da população, com alto risco de reintrodução de doenças como a poliomielite; o retorno de internações por desnutrição infantil provocadas pela fome; estagnação na trajetória de queda da mortalidade infantil; e aumento de mortes maternas.

No que se refere aos programas de provimento do Ministério da Saúde, “Mais Médicos” e “Médicos pelo Brasil”, o governo anterior deixou de investir na sua ampliação, tendo como resultado, em 2022, o menor número de médicos em atividade desde 2014, prejudicando de forma significativa a assistência aos municípios e distritos indígenas de todo o País. Além disso, a duração dos contratos dos profissionais em atuação foi diminuída, fazendo com que, nos próximos 8 meses, aproximadamente 2.000 (dois mil) médicos sejam desligados do Programa Mais Médicos, o que torna urgente a adoção de medidas para garantir o acesso da população a profissionais de saúde qualificados.

Este cenário crítico também foi percebido nas políticas de saúde relativas à população indígena, que conta com a previsão do menor orçamento do órgão desde sua criação, tendo sofrido redução de 59% em relação ao orçamento de 2022 e necessita de importante revisão no âmbito assistencial e de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, de modo a garantir a retomada imediata e estratégica de ações que visem a ampliação do acesso à saúde dos povos originários.

**3. REVISÃO DE LITERATURA**

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 define a saúde como direito da sociedade e responsabilidade do Estado, dando as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) conforme a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, o qual tem como princípios e diretrizes a universalidade, a equidade, a integralidade da atenção, a regionalização, a descentralização, a hierarquização e a participação social.

Por seu turno, o inciso III do artigo 200 da Constituição Federal de 1988 confere ao SUS a ordenação da formação de recursos humanos em saúde, cujo mercado de trabalho atualmente compõe-se de mais de 3 milhões de trabalhadores que necessitam de constante qualificação e reivindica aperfeiçoamento dos novos profissionais.

Por sua vez, o artigo 209 da Constituição Federal estabelece a livre oferta de ensino pela iniciativa privada, desde que atendidas às condições de cumprimento das normas gerais da educação nacional, a autorização e avaliação de qualidade pelo Poder Público. A oferta de educação superior de qualidade é fundamental para o processo de desenvolvimento nacional e melhoria da qualidade de vida da população.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida internacionalmente pelo papel que tem em sistemas públicos de saúde em promover melhores resultados em saúde de forma mais equânime. As evidências científicas mostram que países com sistemas de saúde com forte investimento na APS tendem a ter melhor saúde da sua população, maior equidade, menores taxas de hospitalizações desnecessárias e, conseqüentemente, uma menor taxa de crescimento nas despesas em saúde.

Como exemplo de APS, tem-se no Brasil a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que em mais de duas décadas de implantação alcançou importantes resultados. Como exemplos, uma revisão de literatura identificou 18 artigos de boa qualidade sobre ESF e seu impacto na mortalidade infantil, onde 92% mostraram impacto significativo da estratégia na redução da mortalidade infantil. A ESF também mostrou ter impacto na redução na taxa de mortalidade e de internação por doenças cardiovasculares e Acidente Vascular Cerebral (AVC).

A ESF não só tem efeitos independentes sobre a saúde, como também ajuda a tornar outros programas sociais mais eficazes. Estudos mostram, por exemplo, o efeito combinado da ESF e do Programa Bolsa Família na mortalidade pós-neonatal, identificando maior

proteção nas crianças cobertas por ambas as estratégias.

Análises econométricas demonstraram efeitos consistentes nas regiões mais pobres do país. A implementação da ESF esteve associada, além da redução da mortalidade infantil, ao crescimento do emprego em adultos, à redução da fertilidade e do espaço entre os filhos e ao aumento de adolescentes na escola, e consideraram a ESF altamente custo-efetiva para essas regiões.

Compreende-se que a atenção primária à saúde bem estruturada possibilita a resolução de até 85% dos problemas de saúde, contribuindo assim para ordenar as Redes de Atenção à Saúde – RAS e organizar a demanda para outros serviços, tais como os de urgência e emergência e a atenção especializada, além de reduzir à necessidade de encaminhamentos a especialistas, de modo a garantir atendimento, a quem precisa, em tempo oportuno. Essas vantagens tornam um sistema de saúde baseado em APS mais custo-efetivo.

Ressalte-se, ainda, que na 16ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2019, foi aprovada como diretriz que todas as famílias e todas as pessoas devem ter assegurado o direito a uma equipe de saúde da família.

A APS foi organizada no Brasil com um diferencial importante. Suas ações se desenvolvem por meio de uma equipe multidisciplinar, em um território geograficamente definido e com sua respectiva população, tornando-se o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde. Neste sentido, percebe-se o fortalecimento dos princípios da APS no SUS: a universalidade, a acessibilidade, a coordenação, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integração, a responsabilidade, a humanização, a equidade e a participação social. Nenhuma outra iniciativa dentro do SUS alcançou a magnitude dessa política, que hoje é globalmente citada como exemplo de sucesso. Em pesquisa sobre trabalhadores comunitários em saúde e impactos positivos do trabalho desses sobre as Metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), a experiência brasileira alcançou o melhor resultado, obtendo 34 pontos de um total de 36, entre 8 países de 3 regiões.

Outro exemplo do ineditismo da APS brasileira é a inclusão da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. Com a implantação do Programa Brasil Sorridente. No primeiro mandato do Governo Lula, em 2004, as equipes da saúde bucal contribuíram para o processo de reorganização, ampliação e consolidação da APS-ESF no SUS, no avanço da cobertura e acesso aos cuidados em saúde bucal. Esse processo de reorientação do modelo assistencial segundo os princípios da ESF permitiu, entre outros avanços, para a melhora dos indicadores em saúde bucal do país, que em 2010, passou a integrar o grupo de países com baixa prevalência de cárie dentária e segue melhorando seus indicadores, associada a ampliação da cobertura de saúde bucal na APS.

Entretanto, apesar de todos os avanços citados, APS no Brasil ainda não consegue cobrir toda a população brasileira. Em que pese os esforços realizados desde a sua implantação, em 1998, a estimativa do Ministério da Saúde é de que a ESF consiga cobrir hoje cerca de 69% da população. A cobertura de saúde bucal é menor ainda, cerca de 42%.

A dificuldade decorre de uma série de gargalos, em especial no âmbito dos recursos humanos em saúde. Vários problemas podem ser constatados nessa dimensão: formação de profissionais de saúde na graduação de forma incipiente na APS, escassez de profissionais em diversas regiões do país e falta de especialistas na APS em todas as profissões da saúde.

Diversas iniciativas recentes buscaram enfrentar a problemática de prover e fixar profissionais na APS de regiões difíceis, a exemplo de áreas rurais e periferias de grandes cidades. A iniciativa de maior vulto nessa área é o Programa Mais Médicos (PMM), lançado em 2013 no primeiro mandato da Presidenta Dilma, que chegou a ter 18.240 profissionais médicos atuando em 4.058 municípios e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's) em todas as regiões do Brasil, possibilitando a cobertura de ESF de 63 milhões de brasileiros. O último crescimento relevante da Estratégia Saúde da Família ocorreu com o PMM. De dezembro de 2013 a dezembro de 2014 a ESF apresentou um crescimento de 10,8% (mais de 5 vezes o crescimento médio dos quatro anos anteriores).

Há consenso na literatura nacional que um dos méritos do PMM foi de reunir diversas estratégias para prover e fixar médicos. Exemplos dessas iniciativas estão no âmbito da formação, com a ampliação de vagas de graduação de medicina (23.287 novas vagas entre 2013 e 2022) mudança nos critérios de abertura de vagas, levando novos cursos para regiões de vazios assistenciais. Destaca-se ainda os investimentos possibilitados pelo programa para construir, ampliar e reformar Unidades Básicas de Saúde.

No componente de provimento imediato de médicos para a APS, o Mais Médicos se destacou ao permitir, além da atuação de médicos formados no Brasil com vantagens e benefícios, a incorporação de médicos com habilitação para exercício da medicina no exterior. Vale destacar que essa estratégia é utilizada por inúmeros países. O Atlas de Recursos Humanos da OMS mostra a porcentagem de médicos atuando nos países que se graduaram no exterior. Destaca-se na tabela abaixo alguns países para comparação:

| País        | % de médicos que se graduaram no exterior |
|-------------|---|
| Reino Unido | 37  |
| EUA         | 25  |
| Austrália   | 22  |
| Canadá      | 17  |
| Brasil      | 2   |

Fonte: OMS – Atlas dos recursos humanos em saúde. 2020

O PMM permitiu o recrutamento de médicos formados no exterior para atuação exclusiva na APS, mediante supervisão clínica e em programa de formação na Estratégia Saúde da Família. Dessa forma, foi possível prover e fixar médicos em locais de alta vulnerabilidade, ampliando o acesso à saúde da população brasileira.

Ao longo de 10 anos, o PMM alcançou alguns resultados importantes. No período imediatamente anterior ao programa, havia 1.200 municípios com escassez de médicos (21,6% do total de municípios brasileiros). Já em setembro de 2015, após cerca de 2 anos, esse número caiu para 777 (14%). No contexto da saúde indígena, um estudo nacional envolvendo 613 indígenas relatou que 47% afirmaram que a equipe de saúde que atende a comunidade não incluía médico antes do início do PMM. Em 2015, o programa estava em todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) do país, fazendo com que, pela primeira vez, todos contassem com médicos.

A inclusão de médicos nos serviços de APS após a implantação do PMM contribuiu para o acesso aos serviços de saúde. Dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) mostram que em dois anos (janeiro de 2013 – janeiro de 2015), o número de consultas médicas na Estratégia de Saúde da Família aumentou 33% nos municípios que participaram do Programa Mais Médicos. Já naqueles que não estavam no programa, o aumento foi de menos da metade, 15%.

Em mais de mil municípios que aderiram ao Mais Médicos houve um aumento na cobertura de atenção básica de 77,9% para 86,3%, entre 2012 e 2015, e uma queda nas internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), de 44,9% para 41,2% no mesmo período.

Durante o período entre 2013 a 2017 foram publicados em revistas científicas indexadas aproximadamente 1.482 artigos com temáticas relativas ao Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), dentre elas, a questão do provimento foi amplamente abordada por meio de diferentes metodologias de estudo. Tal questão ainda é de essencial relevância sendo que houve resultados positivos do PMMB, com aumento no número de médicos disponíveis, oferta de novas vagas em cursos de medicina, maior disponibilidade de consultas médicas e melhorias na estrutura física e nos processos de trabalho nas unidades básicas de saúde.

Estudo realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) constatou que o PMM foi responsável por reduzir internações por complicações de diabetes e hipertensão em todo o país, nos anos de 2014 e 2015.

Em estudo longitudinal entre os anos de 2007 a 2018 foi observado em 5.565 municípios, que houve um diferença estatística significativa de 24,7% na redução da taxa de mortalidade infantil (crianças menores de um ano por 1000 nascimentos) e de 21,1% da taxa de mortalidade neonatal (óbitos de bebês com menos de 28 anos de vida por 1000 nascimentos), entre os 4.660 municípios que receberam o médicos participantes do Programa Mais Médicos para o Brasil em relação aos que não receberam, especialmente nos municípios que encontravam-se em maior situação de vulnerabilidade.

Apesar dos inúmeros resultados positivos do Programa Mais Médicos, esta política pública começou a sofrer cortes a partir de 2017, sendo esse processo intensificado a partir de 2019. O programa foi gradualmente diminuído nos últimos anos, passando de 18.240 profissionais em seu auge (2015) para 8.613 profissionais hoje.

Em dezembro de 2019 foi lançado o Programa Médicos pelo Brasil. Apesar disso, ele foi implantado somente em 2022 e no momento conta com 5.090 profissionais. O Programa focou na proposição de provimento médicos e ainda necessita de melhores análises em virtude do tempo recente de implantação. Porém, análises preliminares da atual gestão do Ministério da Saúde destacam: dos médicos atuando no programa, 17% já atuavam na APS na mesma cidade e só trocaram o vínculo. Outros 37% já estavam na APS e apenas mudaram de cidade, sendo que 27% deles foram para locais com menor vulnerabilidade, o que contradiz a Lei de criação do PMM, que prioriza o provimento para as áreas de mais difícil acesso. Além disso, 738 vagas do Médicos pelo Brasil permaneceram sem preenchimento desde seu primeiro edital, há 11 meses, exatamente nas áreas mais vulneráveis.

Enquanto isso, milhões de brasileiros seguem desassistidos. Ao final do ano de 2022, somente 13.976 médicos estavam ativos em programas de provimento. Com base nisso, é possível afirmar que 14,7 milhões de brasileiros que tiveram cobertura de programas de provimento não contavam mais com políticas públicas nessa área, sendo a situação agravada em áreas de maior vulnerabilidade. Na saúde indígena, que já teve 100% das vagas cobertas pelo PMM entre 2014 e 2016, hoje conta com apenas 58%.

A desassistência gerada pela descontinuidade do PMM se soma a outras decisões dos últimos anos como a Emenda Constitucional nº 95, que congelou os gastos em saúde e alterações no financiamento da APS que reduziram os recursos e tiveram como consequência a estagnação da ESF. Essa situação ainda ocorreu durante a pandemia de COVID-19, que causou graves impactos nos sistemas de saúde do mundo inteiro, sendo o Brasil um dos países mais afetados.

Os resultados dessas decisões foram desastrosos. Segundo o Relatório Final do Grupo Técnico de Saúde, da Comissão de Transição Governamental 2022, se observa uma piora generalizada em indicadores de saúde. Destaca-se aqui o retorno de registro de internações sensíveis à Atenção Básica por desnutrição infantil provocados pela fome; estagnação na trajetória de queda da mortalidade infantil e aumento de mortes maternas (passou de 54,8 para 107,2 por 100 mil nascidos vivos entre 2019 e 2021); redução da taxa de coberturas vacinais, com altíssimo risco de reintrodução de doenças como a poliomielite.

Por ser a principal porta de entrada no SUS, cabe também à Atenção Primária à Saúde ser espaço de fomento à implementação de políticas e ações intersetoriais de promoção da equidade em saúde, acolhendo e articulando as demandas de grupos em situação de iniquidade no acesso e na assistência à saúde. Em um país ainda tão desigual como o Brasil, a APS e o SUS têm um enorme desafio, por precisam atuar como um amortecedor para mitigar as imensas desigualdades sociais e muitas vezes são o único acesso de populações inteiras ao Estado Brasileiro.

Nesse sentido, uma especial atenção deve ser dada ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, criado por meio da Lei 9.836/1999, que se fundamenta em uma abordagem que considera a cultura indígena, e efetive o acesso a um direito fundamental sem desrespeitar o modo de vida, cultura e tradições desse grupo. Os desafios de prover uma APS de qualidade para essa população passam por reconhecer que o Estado brasileiro tem falhado em garantir os direitos fundamentais desse povo.

A mortalidade infantil entre os povos indígenas é maior do que a média nacional. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2019, a taxa de mortalidade infantil entre a população indígena foi de 23,7 óbitos por mil nascidos vivos, enquanto a média nacional foi de 12,4 óbitos por mil nascidos vivos.

O acesso à saúde pelos povos indígenas é ainda precário. Segundo o Censo Demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apenas 8,3% dos domicílios indígenas tinham acesso à água tratada, enquanto a média nacional era de 83,3%. Além disso, apenas 25,5% dos domicílios indígenas tinham acesso a saneamento básico adequado, enquanto a média nacional era de 60,3%.

A falta de profissionais de saúde qualificados é um problema que afeta a atenção à saúde indígena. Segundo o Ministério da Saúde, em 2019, o número de médicos que atuavam na atenção à saúde indígena era de apenas 1,9 por 10 mil habitantes, enquanto a média nacional era de 2,5 por 10 mil habitantes. Além disso, a distribuição desses profissionais é desigual, com maior concentração nas regiões Sul e Sudeste do país.

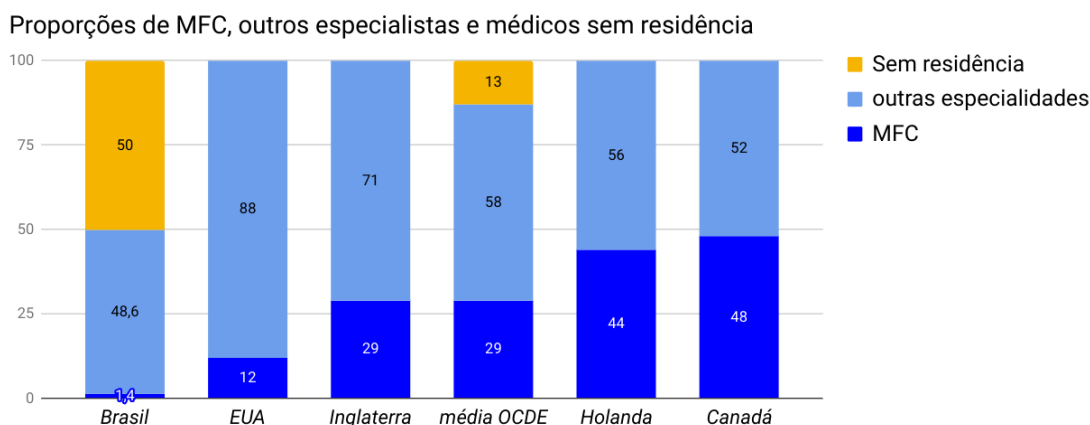
Considerando esse cenário calamitoso, urgem medidas para reforçar os programas de provimento, e, principalmente, prover especialistas em Atenção Primária à Saúde nas mais diversas regiões do país, principalmente nas mais vulneráveis. Recomendações da Organização Mundial da Saúde e experiências internacionais têm demonstrado que a diversificação de iniciativas obtém melhores resultados para o provimento e fixação de profissionais de saúde, sugerindo-se algumas estratégias a seguir.

#### 4. DETALHAMENTO DAS PROPOSTAS DA MEDIDA PROVISÓRIA

##### 4.1. Aprimoramento do Programa Mais Médicos

Entende-se o Programa Mais Médicos como estratégia exitosa para provimento de médicos na APS brasileira, principalmente em áreas de vazios assistenciais. Também se assume que algumas alterações no programa são necessárias a fim de reforçar seu caráter formativo, principalmente na ampliação do número de especialistas em Medicina de Família e Comunidade, para atuar na APS e torná-la mais resolutiva.

O quadro abaixo mostra a distribuição de médicos especialistas nos principais sistemas de saúde do mundo, demonstrando o grave déficit que temos no Brasil, sendo extremamente grave na especialidade de Medicina de Família e Comunidade (MFC):



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

Defende-se a necessidade de reformular as iniciativas que existem de formação e educação permanente na APS em um grande esforço de formar mais especialistas da área, com médicos de família e comunidade para todo o Brasil. Segundo a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), temos cerca de 9 mil médicos especialistas em MFC, quantidade totalmente insuficiente para atender às necessidades do SUS.

Portanto, uma das estratégias propostas na Medida Provisória diz respeito a fortalecer a Residência de Medicina de Família e Comunidade descontando 96% da dívida do FIES para médicos que concluírem os dois anos do programa. Para quem concluir a formação e quiser cursar uma segunda especialidade terá 10% de pontuação adicional na prova de residência;

A Medida Provisória também amplia o tempo de permanência do profissional do PMM. O programa passa a prever formação com especialização lato sensu de 2 anos mais um mestrado profissional, completando 4 anos de ciclo formativo. Esse período, habilita o médico a realizar a prova de título em Medicina de Família e Comunidade, fazendo dele especialista na área.

Além disso, a MP institui a indenização por atuação em área de difícil fixação, que pode ser pago em duas modalidades. Valor em espécie de R\$ 59.455,20 (cinquenta e nove mil, quatrocentos e cinquenta e cinco reais e vinte centavos) e 118.910,40 (cento e dezoito mil, novecentos e dez reais e quarenta centavos) dependendo da área de atuação do médico, sendo o pagamento de 30% do valor pago em 36 meses de participação e os outros 70% restantes pagos quando do cumprimento dos 48 meses de participação no Projeto, recebido após conclusão das etapas educacionais de especialização e mestrado.

Também prevê abatimento de 96% da dívida do FIES para quem concluir 4 anos no Mais Médicos em regiões mais vulneráveis e de difícil fixação e para quem concluir programa de Residência Médica credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica, de que trata a Lei no 6.932, de 7 de julho de 1981, e em especialidades prioritárias definidas em ato do Ministro de Estado da Saúde, de modo a ficarem desobrigados do pagamento de juros e da amortização de financiamento estudantil em medicina pelo Fies enquanto estiverem ativos nos programas de formação acima mencionados. Essas estratégias foram elaboradas para ampliar a atratividade e fixação de médicos brasileiros no programa, pois estudos comprovaram que médicos beneficiários do FIES têm até 30% mais chances de atuarem em municípios menores e de baixo IDH.

Os profissionais formados em outros países também poderão aproveitar o ciclo formativo do programa para se tornarem especialistas em MFC quando revalidar seu diploma no país, ampliando o número de especialistas.

#### 4.2. **Do Componente Atenção Primária à Saúde**

A organização da atenção primária à saúde no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da APS, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Já foi dito que a APS brasileira se caracteriza por seu trabalho multiprofissional. Portanto, a proposta de MP também visa fortalecer o trabalho multiprofissional em equipe, reconhecendo a interdependência e complementaridade das ações de vários profissionais para melhorar a qualidade da assistência. É consenso na literatura que uma equipe multidisciplinar é capaz de avaliar o problema do paciente a partir de diferentes perspectivas para elaborar um diagnóstico minucioso. Assim, a equipe conta com diversas abordagens para selecionar as terapias mais adequadas para o quadro clínico da pessoa.

Cada profissional da saúde que atua na APS precisa desenvolver compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade do ser humano, relacionadas, em seu contexto pessoal, à dinâmica familiar, às suas características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas. Isso requer dos profissionais uma atitude diferenciada, pautada no respeito, na ética e no compromisso com as famílias pelas quais são responsáveis, mediante a criação de vínculo de confiança e de afeto, atuando de forma participativa na construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar.

Esse novo modelo de assistência supõe envolvimento dos integrantes das equipes com a população de seu território de abrangência, para que seja criado um vínculo entre a família e a equipe, de modo que as equipes possam planejar e executar ações que tenham como objetivo resolver os problemas dos usuários.

Entendendo a importância de todas as profissões da saúde na organização e assistência no SUS e reconhecendo que existem carências e vazios assistenciais de outros profissionais e especialistas na APS, esta Medida Provisória também propõe a criação do Componente da Atenção Primária em Saúde da Estratégia Mais Saúde para o Brasil.

Através desse projeto, os dispositivos e mecanismos de formação e provimento instituídos no Programa Mais Médicos podem ser adaptados para as outras profissões da saúde, permitindo o desenvolvimento de competências interprofissionais no âmbito do cuidado multiprofissional.

A reordenação dos recursos humanos na área da Saúde e as medidas para formação de especialistas em Atenção Primária à Saúde visam garantir o acesso a um sistema de saúde universal e de qualidade a toda população brasileira.

O componente da Atenção Primária à Saúde da Estratégia Mais Saúde integrará os diversos profissionais de saúde para atingir as seguintes metas:

- I - universalização da cobertura da estratégia saúde da família;
- II - ampliação do escopo de atuação da atenção primária em saúde;
- III - redução da morbimortalidade materna e infantil;
- IV - redução de desigualdades, com combate integrado à pobreza e à fome;
- V - expansão da cobertura e da resolutividade da saúde bucal;
- VI - integração com a vigilância em saúde;
- VII - recuperação das coberturas vacinais
- VIII - ampliação da integração das diversas áreas da seguridade social com a atenção primária;
- IX - estímulo à promoção de ambiente favorável à inovação e à incorporação tecnológica no âmbito da atenção primária em saúde; e
- X - fortalecimento da gestão do SUS.

#### 4.3. **Programa de Profissionais para a Saúde Indígena (PROPSI)**

A valorização dos sistemas tradicionais indígenas de saúde é um objetivo importante para a garantia da saúde dos povos indígenas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a importância do conhecimento tradicional para a promoção da saúde e o bem-estar das comunidades. Além disso, a valorização desses sistemas pode contribuir para a promoção do respeito à cultura e às tradições dos povos indígenas.

Vale destacar que o Ministério da Saúde, através da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), é responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no Sistema Único de Saúde (SUS). É uma das poucas políticas de execução direta à nível federal e a maior em escala.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena conta com mais de 22 mil profissionais de saúde, sendo que destes, 52% são indígenas, e promove a atenção primária à saúde e ações de saneamento, de maneira participativa e diferenciada, respeitando as especificidades epidemiológicas e socioculturais destes povos.

A criação do Programa de Profissionais para a Saúde Indígena (PROPSI) se apresenta como uma medida importante para ampliar o acesso da população indígena às ações e aos serviços de saúde e saneamento, valorizar os profissionais de saúde e saneamento, ampliar a cobertura e fortalecer a atenção primária à saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, desenvolver a

formação de profissionais de saúde e saneamento para atuação em contexto intercultural e estimular a valorização dos sistemas tradicionais indígenas de saúde.

## 5. IMPACTO FINANCEIRO ORÇAMENTÁRIO DA MEDIDA PROVISÓRIA.

O impacto financeiro orçamentário dessa MP será dividido abaixo em duas tabelas. A primeira estima o impacto para 2023, mostrando também a capacidade de remanejamento de orçamento que a Secretaria de Atenção Primária à Saúde já possui. A seguir, a projeção de impacto de 2024 até 2029.

Os outros itens da Nota Técnica irão detalhar o impacto financeiro orçamentário de cada iniciativa.

### 5.1. Ano de 2023

Importante destacar que, para o ano de 2023, não ocorrerá impacto financeiro relativo à implantação do benefício da indenização por atuação em área de difícil fixação, já que este benefício só será pago a partir de 2026.

| Ações   | Estimativa de beneficiários | Impacto                   |
|---|-----------------------------|---------------------------|
| Projeto Mais Médicos - ampliação de vagas                                 | 5.200                       | R\$ 697.607.680,00        |
| Projeto Mais Médicos - indenização por atuação em área de difícil fixação | 11.200                      | R\$ -                     |
| Projeto Mais Médicos - FIES   | 1.000                       | R\$ 54.951.600,00         |
| Residências em Saúde prioritárias - FIES                                  | 250                         | R\$ 13.737.900,00         |
| Mais Saúde - especializações  | 35.000                      | R\$ 103.915.000,00        |
| PROPSI - especializações  | 4.000                       | R\$ 11.876.000,00         |
| <b>Total</b>  | <b>-</b>                    | <b>R\$ 882.088.180,00</b> |

Em relação ao orçamento de 2023 destinado às ações de provimento, duas alterações importantes vão gerar a possibilidade de remanejamento de recursos. A primeira é a suspensão de novas contratações no Programa Médicos pelo Brasil (via Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária - ADAPS). O segundo é ajuste em relação ao orçamento do Projeto Mais Médicos, que foi programado com "sobra" em relação a projeção de médicos em atividade pela gestão anterior.

| Remanejamento Orçamentário                     | Valor                       |
|--|-----------------------------|
| Saldo Orçamentário Médicos pelo Brasil (ADAPS) | R\$ 787.198.842,34          |
| Saldo Orçamentário Mais Médicos                | R\$ 379.375.600,00          |
| <b>Total</b>                                   | <b>R\$ 1.166.574.442,34</b> |

Logo, conclui-se que os recursos orçamentários para provimento de profissionais já alocados no Ministério da Saúde para o ano de 2023 serão suficientes para cobrir as alterações planejadas pela proposta de MP em questão.

### 5.2. Anos subsequentes (2024 a 2029)

A tabela a seguir estima os impactos da MP para os anos de 2024 a 2029, considerando os efeitos indenização por atuação em área de difícil fixação e também os efeitos da suspensão e aumento do abatimento na dívida do FIES para os médicos. Além disso, prevê ainda as ampliações nas estratégias de formação de especialistas em APS nos diferentes eixos (Mais Saúde, Mais Médicos e PROPSI).

| Ações   | Estimativa de beneficiários (2024 a 2029) | 2024 |
|---|---|------|
| Projeto Mais Médicos - - indenização por atuação em área de difícil fixação | 18000                                     | R\$  |
| Projeto Mais Médicos - FIES   | 1000                                      | R\$  |
| Residências em Saúde prioritárias - FIES                                    | 250                                       | R\$  |
| Mais Saúde - especializações  | 70000                                     | R\$  |
| PROPSI - especializações  | 8000                                      | R\$  |
| Total   | -   | R\$  |

A seguir, o detalhamento de cada uma das ações ou alterações propostas na MP.

## 6. IMPACTO DAS ALTERAÇÕES NO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL.

### a) Indenização por atuação em área de difícil fixação

A MP institui a indenização por atuação em área de difícil fixação, que pode ser um valor em espécie de 10% mil a 20% do total de bolsas recebidas no período de 48 meses de atuação no Projeto (o equivalente a participação completa no ciclo). A porcentagem varia dependendo da área de atuação do médico. O valor será pago em duas etapas: 30% da Bolsa-permanência após o período de 36 meses de participação no Projeto e 70% restantes após o período de 48 meses de participação no Projeto, não sendo devido nenhum outro tipo de valor proporcional por tempo de participação inferior e pago somente quando da conclusão e aprovação das ofertas educacionais.

Logo, a indenização por atuação em área de difícil fixação não tem impacto financeiro imediato. O início do seu pagamento se dará após três anos da publicação dessa MP. Assim sendo, a tabela abaixo projeta o impacto das entradas de profissionais de 2023 a 2026 nas vagas do Projeto Mais Médicos para o Brasil, com impacto a partir de 2026 até 2029. Para efeitos de cálculo, considerou-se as entradas de profissionais a partir das 18 mil vagas autorizadas no Projeto, mais 10 mil vagas de ampliação com contrapartida municipal (bolsa mensal para pelo município). A projeção também considera a finalização dos contratos dos médicos atualmente em atividade, com reposição escalonada por profissionais com direito ao novo benefício.

|  | Valor          | Entrada de médicos no Projeto |       |       |       | Impacto            |                 |
|--|----------------|-------------------------------|-------|-------|-------|--------------------|-----------------|
|  |                | 2023                          | 2024  | 2025  | 2026  | 2026               | 2027            |
| Indenização por atuação em demais localidades      | R\$ 59.455,20  | 10.080                        | 8.100 | 2.700 | 4.320 | R\$ 179.792.524,80 | R\$ 563.992.027 |
| Indenização por atuação em área de difícil fixação | R\$ 118.910,40 | 1.120                         | 900   | 300   | 480   | R\$ 39.953.894,40  | R\$ 125.331.561 |
| Total  | -              | 11.200                        | 9.000 | 3.000 | 4.800 | R\$ 219.746.419,20 | R\$ 689.323.588 |

**b) Suspensão monetária e do abatimento da dívida do FIES para o Projeto Mais Médicos para o Brasil e para a residência médica em áreas estratégicas para o SUS.**

A MP institui Suspensão monetária do contrato de crédito estudantil e nas parcelas de amortização de financiamento em medicina pelo Fies, enquanto o médico participante estiver ativo no projeto 96% (noventa e seis por cento) de abatimento nas parcelas de amortização de financiamento estudantil em medicina pelo Fies ao médico participante que completar 48 (quarenta e oito) meses ininterruptos de participação no Projeto. Vale destacar que os incentivos atuais de abatimento na dívida do FIES para médicos (FIESMED) já possibilitam um abatimento de até 48% para profissionais que permaneçam por 4 anos em atendimento na APS. Logo, a proposta da MP dobra o incentivo.

A área responsável pelo Fies no Fundo Nacional para o Desenvolvimento da Educação (FNDE) estimou o impacto da medida, assumindo com média do valor nominal do curso de graduação em medicina R\$ 633.600,00. Ainda, para efeitos de cálculo, considerou-se o teto de 1.250 beneficiários desta medida, sendo 1.000 ocupantes de vagas no Projeto Mais Médicos e 250 ocupantes de vagas de residência médica em áreas prioritárias para o SUS.

| Benefício         | Beneficiários | IMPACTO RECEITA   |                    |                    |                    |                 |
|-------------------|---------------|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-----------------|
|                   |               | 2023              | 2024               | 2025               | 2026               | 2027            |
| Mais Médicos      | 1000          | R\$ 54.951.600,00 | R\$ 109.903.200,00 | R\$ 164.415.187,20 | R\$ 218.927.174,40 | R\$ 271.680.710 |
| Residência Médica | 250           | R\$ 13.737.900,00 | R\$ 27.475.800,00  | R\$ 41.103.796,80  | R\$ 54.731.793,60  | R\$ 67.920.177  |
| Total             | 1250          | R\$ 68.689.500,00 | R\$ 137.379.000,00 | R\$ 205.518.984,00 | R\$ 273.658.968,00 | R\$ 339.600.888 |

**c) Da supressão do pagamento da cota patronal**

A MP também prevê a extinção da cota patronal sob a bolsa-formação dos programas de provimento do Ministério da Saúde, a partir de 2024.

Tal entendimento decorre da compreensão de que atividades de formação não configuram contraprestação de serviço para fins tributários. Com isso, a cota patronal deixará de ser paga, causando impacto financeiro para o Ministério da Fazenda e desoneração do Ministério da Saúde da ordem de R\$ 535.096.800,00 ao ano, compreendendo o valor de R\$ 3.210.580.800,00 no período de 2024 a 2029.

**4. Impacto orçamentário da Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Atenção Primária à Saúde - Componente de Atenção Primária à Saúde.**

Considerando a proposta de criação da Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Atenção Primária à Saúde - Mais Saúde da Família para o Brasil, a presente MP também visa fortalecer o trabalho multiprofissional em equipe, reconhecendo a interdependência e complementaridade das ações de vários profissionais para melhorar a qualidade da assistência.

No desenho desse Projeto, os Editais para contratação de profissionais de saúde (a exceção dos médicos) utilizarão recursos já previstos na LOA para a Atenção Primária à Saúde (Ação 219A) - transferência de recurso fundo a fundo para municípios. Pela proposta, os 5.570 municípios brasileiros poderão aderir conforme suas necessidades, para contratar até 20 mil novos profissionais de saúde, nas diferentes categorias, para reforçar as ações da APS.

O Ministério da Saúde arcará com a formação profissional, sendo o impacto descrito abaixo:

| <b>Mais Saúde - Componente de Atenção Primária à Saúde</b> |                           |
|--|---------------------------|
| Custo Especialização Mais Saúde ao ano                     | R\$ 2.969,00              |
| Quantidade de Profissionais a serem especializados         | 35.000                    |
| <b>Custo Total Exercício 2023</b>                          | <b>R\$ 103.915.000,00</b> |
| <b>Custo Total 2023 - 2026</b>                             | <b>R\$ 415.660.000,00</b> |

**4. Impacto orçamentário da Programa de Profissionais para a Saúde Indígena (PROPSI)**

A MP propõe instituir o Programa de Profissionais para a Saúde Indígena - PROPSI, com a finalidade de melhoria da prestação de serviços de saúde na atenção primária no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Portanto, entende-se que os recursos de contratação de profissionais de saúde já estão previstos no orçamento do Ministério da Saúde, sendo necessário o acréscimo para as ações de especialização dos profissionais nas categorias de "agente indígena de saúde" e de "agente indígena de saneamento", conforme tabela a seguir:

| <b>Programa de Profissionais para a Saúde Indígena - PROPSI</b> |                          |
|---|--------------------------|
| Custo Especialização Mais Saúde ao ano                          | R\$ 2.969,00             |
| Quantidade de Profissionais a serem especializados              | 4.000                    |
| <b>Custo Total Exercício 2023</b>                               | <b>R\$ 11.876.000,00</b> |
| <b>Custo Total 2023 - 2026</b>                                  | <b>R\$ 47.504.000,00</b> |

O impacto financeiro gerado quando da adoção das estratégias traçadas pela Estratégia se justifica, de forma direta, pela abrangência e relevância de tal medida, uma vez que se dará um salto na formação de especialistas diretamente nas áreas mais necessitadas de profissionais, como já amplamente demonstrado.

**7. CONCLUSÃO**

O Brasil é, sem dúvida, um dos países com maior desenvolvimento na construção de sistemas de saúde em busca da saúde universal, sendo o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes que possui um sistema público de saúde universal e gratuito como o SUS. Porém, a implementação e principalmente a institucionalização de políticas nesse país de dimensão continental ainda exigem muitos esforços.

O SUS é baseado na Atenção Primária à Saúde, sendo o nível mais importante de atenção para garantia do acesso universal e efetivação da integralidade. Logo, necessita de uma atenção maior quanto aos problemas relacionados aos recursos humanos. Isso

porque existe uma insuficiência e escassez de profissionais, bem como despreparo para suprir as condições desse nível de atenção, que abrange uma diversificada e complexa realidade sanitária. Ademais, o SUS enfrenta, atualmente, ameaças à sua consolidação, evidenciadas pelos diversos ataques no plano político, somados ao desmonte ocorrido nos últimos anos.

A formação de profissionais qualificados e comprometidos com a saúde de toda a população é uma diretriz fundamental do SUS. Busca-se com essa proposta de Medida Provisória a ampliação em grande escala de especialistas em APS formados em serviço, reconhecendo a realidade da população brasileira e intervindo para melhoria das condições de saúde.

### Referências Bibliográficas:

1. Artigo "O Programa Mais Médicos e internações evitáveis pela Atenção Primária" - Rede Observatório do Programa Mais Médicos. Acesso em 10/03/2023 no endereço eletrônico redeaps.org.br;
2. Bastos ML, Menzies D, Hone T, Dehghani K, Trajman A. The impact of the Brazilian family health strategy on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. PLoS One. 2017 Aug 7;12(8):e0182336;
3. Bexson, C. et al. Brazil's more doctors programme and infant health outcomes: a longitudinal analysis. Human Resources for Health, v. 19, n. 1, 14 ago. 2021;
4. Collar, J. M.; Almeida Neto, J. B. de; Ferla, A. A. Formulação e impacto do programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. Saúde em Redes, v. 1, n. 2, p. 43-56, out. 2015.;
5. Guanais, FC. The Combined Effects of the Expansion of Primary Health Care and Conditional Cash Transfers on Infant Mortality in Brazil, 1998-2010. American Journal of Public Health: October 2015, Vol. 105, No. S4, pp. S593-S599
6. Kruk et al, Contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries. Social Science & Medicine 70 (2010) 904-911. Macinko et al. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. J Ambul Care Manage. 2009 Apr-Jun;32(2):150-71;
7. Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019 - Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps).
8. Mourão Netto, J. J. et al. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. Revista Panamericana de Salud Pública, p. 1-7, 2018.
9. OPAS. Unidade técnica do programa mais médicos. Estudo quase experimental para avaliação do impacto do programa mais médicos sobre internações por condições sensíveis a atenção primária. Relatório técnico off-print. 2018 Brasília, Brasil;
10. Plano Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Brasil. 2020-2023;
11. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. BMJ. 2014 Jul 3;349;
12. Relatório da 16ª Conferência Nacional de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Brasil. 2019;
13. Russo LX, Silva EN, Rosales C, Rocha TAH, Vivas G. Efeito do Programa Mais Médicos sobre internações sensíveis à atenção primária. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e25.
14. Scheffer, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2023. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023. 344 p. ISBN: 978-65-00-60986-8.
15. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83(3):457-502; Kringos DS, et al. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. Health Aff (Millwood). 2013 Apr;32(4):686-94



Documento assinado eletronicamente por **Wellington Mendes Carvalho, Coordenador(a)-Geral de Provimento Profissional**, em 14/03/2023, às 13:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Maciel de Almeida Lopes, Diretor (a) do Departamento de Apoio à Gestão da Atenção Primária**, em 14/03/2023, às 13:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Nésio Fernandes de Medeiros Junior, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 16/03/2023, às 16:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0032394319** e o código CRC **DCA364C6**.