

GRUPO I – CLASSE V – Plenário
TC nº 005.391/2014-8.

Natureza: Relatório de Auditoria.

Órgãos: Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Governo do Distrito Federal – GDF, Prefeituras Municipais dos Estados da Bahia, de Minas Gerais, de Pernambuco, de São Paulo, do Ceará, do Maranhão, do Pará e do Rio Grande do Norte.

Advogado constituído nos autos: não há.

SUMÁRIO: AUDITORIA OPERACIONAL. FISCALIZAÇÃO DE ORIENTAÇÃO CENTRALIZADA – FOC. PROGRAMA MAIS MÉDICOS. PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL. AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DO PROGRAMA. FALHAS DETECTADAS. DETERMINAÇÕES. RECOMENDAÇÕES. AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE MONITORAMENTO.

RELATÓRIO

I – INTRODUÇÃO

I.1. Apresentação

Trata-se de relatório de auditoria operacional executada sob a forma de Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC), na modalidade relatório único, realizada no Programa Mais Médicos, sobretudo no projeto Mais Médicos para o Brasil, tendo como foco o período compreendido entre junho de 2013 e março de 2014.

2. O trabalho recebeu o Registro Fiscalis nº 156/2014 e foi coordenado pela Secretaria de Controle Externo da Saúde (Secex Saúde), com o apoio das Secretarias de Controle Externo dos Estados da Bahia, do Maranhão, do Pará, do Rio Grande do Norte e de São Paulo. Buscou-se, prioritariamente, avaliar a eficácia do programa.

3. A implementação do Programa Mais Médicos, em especial do Projeto Mais Médicos para o Brasil, provocou discussões na sociedade civil sobre a vinda de profissionais estrangeiros. Nesse contexto, foi questionada a existência de supostas ofensas ao ordenamento jurídico pátrio, notadamente quanto aos princípios da legalidade, dos valores sociais do trabalho, do concurso público, da unicidade do regime dos servidores, da capacidade de acesso ao ensino superior, da vedação ao trabalho obrigatório, do exercício ilegal da profissão, da reciprocidade, da isonomia e da autonomia universitária.

4. Tais questionamentos chegaram ao TCU e foram abordados no TC nº 026.701/2013-8, tendo sido analisadas em especial as seguintes supostas irregularidades que alegadamente existiriam na Medida Provisória nº 621/2013:

- ofensa ao princípio da legalidade;
- descaracterização da urgência ou emergência para adoção da medida provisória;
- mitigação do princípio do concurso público e precarização das relações de trabalho no

SUS;

- vedação do trabalho obrigatório;
- exercício ilegal da medicina e imperativa necessidade de revalidação do diploma;
- falta da necessária proficiência na língua portuguesa;
- necessidade não atendida de reciprocidade ou equiparação;

- ausência de tratamento igualitário dos pacientes;
- descumprimento do ordenamento jurídico pátrio em relação ao acordo de cooperação

firmado com a Organização Panamericana de Saúde (Opas).

5. Por meio do Acórdão nº 3.141/2013 – Plenário, o TCU julgou improcedentes as arguições de ilegalidade da aplicação da MP nº 621/2013, de mitigação do princípio do concurso público e de precarização das relações de trabalho. Além disso, o Tribunal não se manifestou sobre aspectos alheios às suas competências, que estão previstas nos arts. 70 e 71 da Constituição Federal. Por fim, esta Corte decidiu que temas residuais relacionados à legalidade e à legitimidade do 3º Termo de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação Técnica firmado com a OPAS serão avaliados em processo de acompanhamento (TC nº 027.492/2013-3).

6. A compatibilidade do “Mais Médicos” com o ordenamento jurídico pátrio foi ainda objeto de duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI), que se encontram em tramitação no Supremo Tribunal Federal:

- a) ADI nº 5.035, impetrada pela Associação Médica Brasileira;
- b) ADI nº 5.037, ajuizada pela Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais

Universitários Regulamentados.

7. A atuação do Tribunal de Contas da União ficou focada em aspectos contábeis, financeiros, orçamentários, operacionais e patrimoniais do programa, especialmente quanto aos aspectos da legalidade, legitimidade, eficiência, eficácia e economicidade. Os aspectos de legalidade, legitimidade e economicidade serão avaliados no processo de acompanhamento acima citado (TC nº 027.492/2013-3), já aqueles relacionados com a eficácia constituem o objeto da presente FOC.

8. Considerando a magnitude dos recursos humanos, financeiros e logísticos envolvidos, optou-se por priorizar a análise da alocação de profissionais em municípios prioritários do SUS, por meio da integração ensino-pesquisa e do intercâmbio médico internacional.

9. O Acórdão nº 3.614/2013 - Plenário determinou a continuidade do Acompanhamento realizado no TC nº 027.492/2013-3, sobretudo quanto aos seguintes aspectos:

- a) Inserção do Programa Mais Médicos no Plano Plurianual (PPA) e na Lei Orçamentária Anual (LOA) (itens 9.1.1 e 9.1.2 desse Acórdão);
- b) Pagamentos semestrais antecipados realizado à OPAS (item 9.2.1);
- c) Medidas adotadas em caso de não correspondência entre os valores transferidos e os serviços prestados (item 9.2.2);
- d) Prestação de Contas dos valores repassados à OPAS a título de taxa de administração (item 9.2.3);
- e) Programa e Ação utilizados para execução do projeto (item 9.2.4);
- f) Valores recebidos a título de ajuda de custo pelos profissionais (item 9.2.5);
- g) Período estimado relativo ao pagamento das bolsas aos médicos cubanos (item 9.2.6);
- h) Contratação de assessores internacionais e consultorias especializadas (item 9.2.7).

10. O mesmo Acórdão também determinou à SecexSaúde que, nas próximas etapas do Acompanhamento, verifique se os supervisores e tutores estão cumprindo de forma adequada suas atribuições e avalie o impacto do Projeto Mais Médicos para o Brasil sobre a formação de recursos humanos da área médica para atuarem no âmbito do SUS.

11. Ainda no que tange ao Programa Mais Médicos, foi protocolada, no dia 12/2/2014, representação subscrita por deputados federais, com pedido de medida cautelar, pleiteando que o TCU determinasse ao Governo brasileiro que se abstinhasse de realizar novos desembolsos à OPAS por intermédio do 3º Termo de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação. No mérito, foi solicitado que a execução do citado Termo fosse considerada irregular.

12. Essa representação, que foi regularmente autuada e passou a constituir o TC nº 003.771/2014-8, teve por fulcro relatos de uma médica cubana que havia desistido de participar do

projeto “Mais Médicos”. Essa médica teria relatado que:

a) não teria sido informada pelo governo cubano sobre o valor das bolsas e da ajuda de custo concedidas pelo Governo brasileiro com base no art. 19 da Lei nº 12.871/2013;

b) teria sofrido restrição à sua liberdade de ir e vir, prevista no art. 5º, XV, da Constituição Federal do Brasil.

13. Anexas a essa representação, foram apresentadas cópias do Contrato Individual para a Prestação de Serviços Profissionais, firmado pela médica cubana com uma sociedade anônima até então desconhecida, a *Sociedad Mercantil Cubana Comercializadora de Servicios Médicos Cubanos*, e do Inquérito Civil nº 707/2013, instaurado pela Coordenadoria da Defesa dos Interesses Individuais Homogêneos, Coletivos e Difusos da Procuradoria Regional do Trabalho da 1ª Região (cópias desses documentos foram juntadas no TC nº 027.492/2013-3 – pp. 1 a 11 da peça 56).

14. A análise dessa representação e do respectivo pedido de cautelar está sendo feita no TC nº 003.771/2014-8. Por meio de despacho, determinei, no dia 28/2/2014, a oitiva do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação e da Organização Pan-Americana de Saúde, para que se manifestassem sobre os fatos elencados. Tais oitivas foram realizadas e respondidas, sendo que neste momento aguarda-se a análise pela unidade técnica dos esclarecimentos prestados pelos responsáveis.

15. Posteriormente, em 5/3/2014, foi publicado no Diário Oficial da União 43 (seção 3, p. 80) o extrato do 4º Termo de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação Técnica para o desenvolvimento de ações vinculadas ao projeto “*de ampliação do acesso da população brasileira à atenção básica em saúde*”, no valor de R\$ 973.946.600,00 (novecentos e setenta e três milhões, novecentos e quarenta e seis mil e seiscentos reais). O referido termo foi objeto de nova diligência ao Ministério da Saúde, realizada no dia 10/3/2014. Em resposta, aquele órgão encaminhou cópia do documento em tela, do respectivo plano de trabalho e do parecer jurídico que embasou a celebração desse termo.

I.2. Objetivos e escopo desta auditoria

16. A presente fiscalização decorreu de Proposta de Ação de Controle formulada pela Secretaria de Controle Externo da Saúde (Secex Saúde), que foi acolhida por mim por meio de despacho (peça 5 do TC nº 004.690/2014-1), *verbis*:

“A fiscalização em tela integrará a linha de ação VI.9 - Intensificar ações de controle na área de saúde, em especial na avaliação da capacidade instalada, da terceirização de gestão e dos mecanismos de contratação de pessoal”.

Considerando a relevância do tema e tendo em vista que a proposta da Secex Saúde encontra-se em conformidade com as orientações contidas na Resolução TCU nº 257/2013, autorizo a realização desta Fiscalização de Orientação Centralizada.”

17. A presente auditoria operacional teve por objetivo avaliar a eficácia do Programa Mais Médicos, sobretudo quanto ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. Ressalta-se que alguns fatores foram preponderantes para que o escopo da auditoria se limitasse à avaliação das atividades relativas a esse Projeto, que constitui um dos três grandes eixos do Programa Mais Médicos.

18. O Projeto em tela visa promover, nas regiões consideradas prioritárias pelo SUS, o aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante a integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional.

19. Cumpre destacar que os demais eixos do Programa Mais Médicos, consistentes na reordenação da oferta de cursos de medicina e das vagas para residência e no estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica, têm caráter reformador e mais abrangente, com uma projeção de implementação a médio e longo prazos, o que influi consequentemente no monitoramento dessas ações.

20. O controle desses outros eixos do Programa em tela não traria grandes benefícios neste

momento, haja vista o estado incipiente de implementação de ambos. Uma análise mais rica poderá ser feita em momento posterior, quando esse Programa contará com mais tempo de implementação e ações mais concretas já deverão ter sido realizadas no que concerne a esses outros eixos. Por outro lado, o Projeto Mais Médicos para o Brasil apresenta um caráter mais imediato, pois os médicos estão sendo alocados nos municípios e já iniciaram suas atividades.

21. Foi preciso restringir a avaliação somente à eficácia do projeto, o que se fará pela análise do atingimento das metas anteriormente definidas, tendo em vista que o projeto também se encontra em fase inicial. Nesse contexto, vários médicos começaram a desempenhar suas atividades há poucos meses enquanto outros profissionais ainda não estavam nos municípios de destino quando da realização desta auditoria, apesar de já terem participado do módulo de acolhimento.

22. Uma análise da efetividade do projeto, nesse momento inicial de sua implementação, mostra-se inviável. Há necessidade de aguardar um tempo mínimo para que os resultados pretendidos se façam presentes e possam ser mensurados, o que somente deve ocorrer a médio e longo prazos. Dessa forma, a análise dos impactos produzidos pelo projeto em comparação aos objetivos propostos ainda não pode ser realizada e deve ser programada para um momento futuro, quando tal avaliação será viável e trará benefícios relevantes.

23. O presente trabalho também não busca analisar a economicidade e a eficiência do Projeto, tendo em vista a necessidade de redução de escopo e diante do fato de que vários aspectos de caráter financeiro do Programa Mais Médicos, inclusive aqueles relativos aos repasses realizados para a OPAS, estão sendo averiguados no âmbito do processo de Acompanhamento, conforme foi deliberado no Acórdão nº 3.614/2013 - Plenário (TC nº 027.492/2013-3).

24. Assim, esta auditoria se limitou a avaliar a eficácia do Projeto Mais Médicos para o Brasil, por meio da verificação das atividades desenvolvidas no período de julho de 2013 a março de 2014. Os objetivos desta fiscalização se refletiram nas seguintes questões formuladas na respectiva matriz de planejamento:

1ª Questão: Houve o fortalecimento da prestação de serviços de atenção básica em saúde nos municípios participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil?

2ª Questão: A distribuição dos profissionais considerou a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde?

3ª Questão: Em que medida o Projeto Mais Médicos para o Brasil tem cumprido o seu papel de aperfeiçoar médicos na atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS?

4ª Questão: Quais são os mecanismos de controle do Projeto exercidos pelo Ministério da Saúde e pela Coordenação Nacional do Projeto?

5ª Questão: Os municípios visitados estão oferecendo aos médicos participantes moradia com condições mínimas de habitabilidade, bem como alimentação e água potável?

I.3. Critérios utilizados

25. Os critérios fundamentais para a realização desta auditoria foram os preceitos da Lei nº 12.871/2013, que instituiu o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS).

26. No intuito de avaliar a forma e o grau do avanço das atividades do projeto, utilizou-se como referência a Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 8/7/2013, que dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

27. Outros normativos que tratam de pontos específicos do projeto ou que fundamentam suas ações também serviram de base para o trabalho, a saber:

- Decreto nº 8.126, de 22/10/2013: dispõe sobre a emissão do registro único e da carteira de identificação para os médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil;

- Portaria Conjunta SGTES/MS-SESU/MEC nº 1, de 21/1/2014: dispõe sobre o Módulo

de Acolhimento e Avaliação de Médicos Intercambistas nas ações educacionais e de aperfeiçoamento desenvolvidas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil;

- Portaria SGTES/MS nº 30, de 12/2/2014: dispõe sobre o cumprimento das obrigações de oferta de moradia, deslocamento, alimentação e água potável pelo Distrito Federal e pelos Municípios aos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil;

- Portaria Conjunta SGTES-SAS/MS nº 3, de 19/2/2013: estabelece critérios para a definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe da saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias;

- Portaria SAS/MS nº 221, de 17/4/2008: publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária;

- Resolução SGTES/MS nº 1, de 12/2/2014: dispõe sobre a aplicação de penalidades no caso de ausência injustificada das atividades do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

28. Utilizaram-se também como critérios gerais para fundamentar a opinião da equipe de auditoria os preceitos constitucionais e os princípios básicos do SUS, que asseguram o acesso universal igualitário da população aos serviços de saúde. Também foram consideradas outras normas editadas pelo Ministério da Saúde sobre serviços de atenção básica em saúde.

29. Os parâmetros utilizados são explicitados nos capítulos que descrevem as constatações da auditoria, servindo como referência para demonstrar a diferença entre o que esses critérios preconizam e a situação encontrada.

I.4. Metodologias utilizadas e limitações encontradas

30. Esta Auditoria Operacional foi realizada por meio de uma Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC) e contou com a participação de seis Secretarias de Controle Externo do Tribunal. A coordenação ficou a cargo da Secex Saúde e as seguintes secretarias estaduais participaram do trabalho: Secex-BA, Secex-MA, Secex-PA, Secex-RN e Secex-SP.

31. As Secex estaduais escolhidas para participar deste trabalho estão localizadas nos estados que mais receberam médicos nos dois primeiros ciclos do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Além disso, algumas dessas secretarias são coordenadoras regionais da saúde no âmbito do TCU.

32. Foram abordadas duas frentes: análise de dados constantes de sistemas e estudos de casos. No que se refere à análise de dados, os trabalhos se concentraram nos sistemas do Ministério da Saúde a seguir relacionados:

a) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): foram levantados dados concernentes aos municípios participantes do projeto que dizem respeito ao quantitativo de médicos, ao número de vínculos profissionais dos supervisores e dos médicos participantes portadores de registro nos Conselhos Regionais de Medicina (CRM), à carga horária semanal de trabalho dos supervisores e dos médicos participantes portadores de CRM, ao quantitativo de equipes de saúde da família e às Unidades Básicas de Saúde (UBS) visitadas:

b) Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab): as análises foram realizadas por meio do aplicativo “*Sistema de Tabulações em Saúde (Tabnet)*” e abrangeram as consultas médicas realizadas na atenção básica. Além das informações existentes no Siab, foram utilizados dados constantes do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), também disponíveis no Tabnet, para verificar o quantitativo das internações hospitalares.

c) Sistema da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS): foram consultados dados referentes à especialização oferecida aos médicos participantes do projeto (cadastro de tutores e supervisores, relatório de supervisão e planos de trabalho elaborados pelos tutores).

33. Os estudos de caso foram realizados por meio de visitas a municípios de oito estados da Federação, com o intuito de entrevistar os diversos atores envolvidos no Projeto, além de coletar

dados locais.

34. Primeiramente, a Secex Saúde realizou uma auditoria piloto no município de Aparecida de Goiânia (GO), nos dias 3 e 4/4/2014. Naquela oportunidade, foi realizada uma sondagem sobre as atividades a serem realizadas na execução desta auditoria operacional, foram coletados dados e testados roteiros de entrevista. Em seguida, foi realizado um *workshop* na sede do TCU em Brasília, contando com a participação das Secex estaduais, com o objetivo de finalizar a matriz de planejamento da auditoria, acertar os papéis de trabalho, inclusive roteiros de entrevista, e selecionar os municípios a serem visitados.

35. A amostra selecionada foi composta pelos seguintes estados: Bahia, Ceará, Maranhão, Minas Gerais, Pará, Pernambuco, São Paulo e Rio Grande do Norte. Minas Gerais e Pernambuco foram visitados, respectivamente, por equipes da Secex-SP e da Secex-RN, enquanto o Ceará ficou a cargo da Secex Saúde e da Secex-MA. Os demais estados ficaram sob a responsabilidade da respectiva Secex estadual.

36. Na fase de execução, que ocorreu entre os dias 14/4 e 23/5/2014, as equipes das Secex participantes entraram em contato com representantes das Comissões Estaduais do Projeto Mais Médicos para o Brasil, das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e das Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios que receberam médicos até o segundo ciclo desse projeto. Optou-se por esse critério de seleção porque esses médicos entraram em atividade há mais tempo, entre outubro e dezembro de 2013 (1º e 2º ciclo respectivamente). Já nos demais ciclos, os médicos começaram suas atividades a partir de janeiro de 2014.

37. A seleção dos municípios que compuseram a amostra também levou em consideração as condições dispostas no art. 4º, III, da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013 para o enquadramento como regiões prioritárias para o SUS.

38. Procurou-se escolher em cada estado ao menos um município que se enquadrasse em cada uma das alíneas do citado art. 4º, III, da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013. A exceção ficou por conta dos Distritos Especiais Indígenas (DSEI), que foram excluídos da amostra devido à dificuldade logística de deslocamento e ao prazo escasso para a execução desta auditoria.

39. Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas (questões abertas e fechadas) com os seguintes atores envolvidos no projeto: tutores, supervisores, médicos participantes, servidores responsáveis pelas UBS, profissionais da equipe de saúde e pacientes. Os tutores e supervisores entrevistados foram responsáveis pela tutoria ou supervisão dos médicos participantes alocados nas unidades visitadas. Além disso, as equipes de auditoria preencheram roteiros de observação direta relativos às unidades básicas de saúde e às moradias de médicos do Projeto oferecidas diretamente pelos municípios.

40. Os dados obtidos nas entrevistas foram posteriormente tabulados pela equipe da Secex Saúde, que realizou uma análise consolidada das respostas obtidas durante a fase de campo. Ao todo, foram visitadas 130 unidades básicas de saúde em 41 municípios distribuídos pelos estados componentes da amostra. Durante essas visitas, foram entrevistados 149 médicos participantes, 102 servidores responsáveis pelas UBS, 446 profissionais das equipes de saúde da família, 315 pacientes, 17 tutores e 40 supervisores. Todos os modelos de roteiro de entrevista e ofício de requisição, bem como a lista dos municípios visitados constam dos apêndices ao relatório elaborado pela unidade técnica.

41. Algumas limitações ao trabalho devem ser mencionadas. Primeiramente, o prazo disponível para a realização desta auditoria interferiu na definição do escopo, na seleção da amostra (número de estados, municípios e UBS a serem visitados) e nas questões a serem tratadas. Ainda assim, cabe destacar que a meta de UBS visitadas foi quase duplicada.

42. Outra importante limitação teve origem nos sistemas do Ministério da Saúde (MS) usados para consulta e coleta de dados. Ao analisar a prestação de serviços da atenção básica após a chegada de profissionais do Projeto Mais Médicos para o Brasil, as equipes de auditoria identificaram duas inconsistências nos dados constantes do Sistema de Informação da Atenção

Básica (Siab). Inicialmente, detectou-se a duplicidade de dados de produção (número de consultas médicas, solicitação de exames e visitas domiciliares), que gerou a existência de diversos municípios com produção idêntica nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2013. A segunda inconsistência foi a presença de dados mensais de produção (por exemplo, quantidade de consultas) destoantes da tendência do município avaliado. Considerando a relevância dessas constatações, os problemas identificados foram tratados como achados de auditoria e detalhados em capítulo específico deste relatório.

43. Houve demora na elaboração e entrega das respostas a diversos Ofícios de Requisição encaminhados às Secretarias Municipais de Saúde (SMS), o que atrasou a análise dos dados. Ademais, algumas informações apresentavam inconsistências, especialmente em relação à produção das UBS (número de consultas, solicitações de exames e visitas domiciliares). Detectou-se, também, duplicidade de valores de produção em meses diferentes, a exemplo do que foi verificado no Siab em nível nacional. Houve casos, por exemplo, de meses seguidos com exatamente a mesma quantidade de consultas médicas ou visitas domiciliares. Esse fato levou à necessidade de desconsiderar parte dos dados coletados.

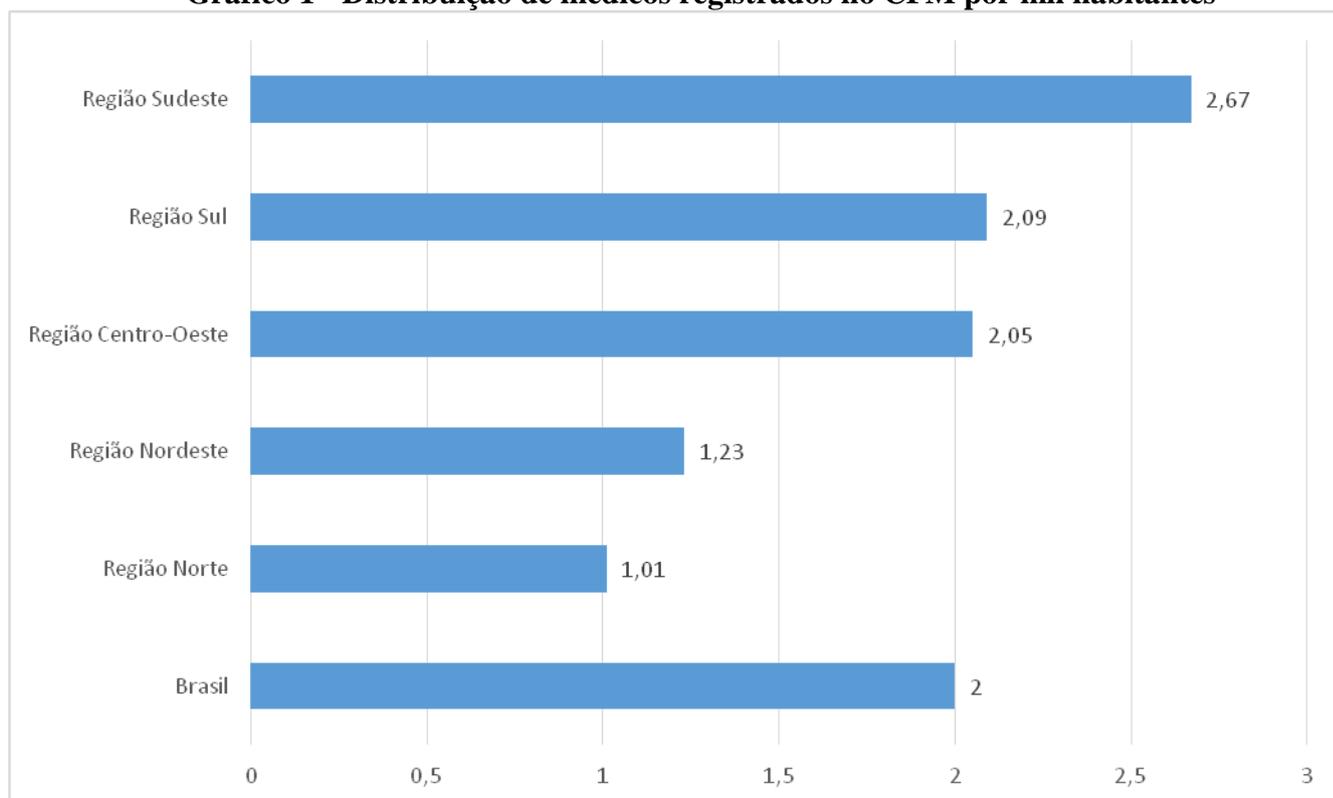
II - VISÃO GERAL

II.1. A carência e a desigualdade na distribuição dos médicos no País

44. Conforme dados da Organização Mundial de Saúde - OMS (*Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013*, Genebra: *WHO Library*, 2013, p. 120-127, disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/es/index.html>), o Brasil possui 1,7 médicos por mil habitantes. Já as Américas e a Europa possuem 2 e 3,3 médicos por mil habitantes, respectivamente. Apesar de a OMS não estabelecer um parâmetro ideal para essa proporção, observa-se que o Brasil possui uma quantidade de médicos por mil habitantes inferior a de países como Canadá (2,0), Reino Unido (2,7), Uruguai (3,7), Espanha (3,9) e Cuba (6,7).

45. Aduz-se que o Brasil apresenta uma distribuição muito desigual dos médicos nas suas regiões. Segundo afirmado pelos Conselhos Federal de Medicina - CFM e Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP, na obra conjunta “*Demografia Médica no Brasil, volume 2, Cenários e indicadores de distribuição*”, existe uma concentração de médicos em determinadas regiões e nas capitais dos estados.

46. Considerando os profissionais registrados no CFM, as regiões Norte e Nordeste dispõem de um quantitativo de médicos por habitante bem menor que o índice nacional, como se observa no gráfico a seguir.

Gráfico 1 - Distribuição de médicos registrados no CFM por mil habitantes


Fonte: CFM (Demografia Médica no Brasil, 2013).

47. Quando se analisa os dados por unidade da Federação e por capital dessas unidades, a desigualdade na distribuição dos médicos fica ainda mais acentuada. Segundo os dados do CFM (2013), o Distrito Federal apresenta a maior proporção de médicos por mil habitantes (4,09), seguido pelo Rio de Janeiro (3,62) e por São Paulo (2,64). Os três estados com as menores proporções são o Maranhão (0,71), o Pará (0,84) e o Amapá (0,95). Cabe destacar ainda que a maioria das unidades federadas (21 das 27) conta com uma proporção menor que o índice nacional, conforme se observa na tabela a seguir.

Tabela 1 – Distribuição de médicos registrados no CFM por mil habitantes

Unidade Federada/Brasil	Médicos registrados (CFM) por mil habitantes
Distrito Federal	4,09
Rio de Janeiro	3,62
São Paulo	2,64
Rio Grande do Sul	2,37
Espírito Santo	2,17
Minas Gerais	2,04
Brasil	2,00
Santa Catarina	1,98
Paraná	1,87
Goiás	1,73
Mato Grosso do Sul	1,69
Pernambuco	1,57
Rio Grande do Norte	1,43
Sergipe	1,42

Paraíba	1,38
Roraima	1,38
Tocantins	1,36
Mato Grosso	1,26
Bahia	1,25
Alagoas	1,24
Rondônia	1,19
Ceará	1,16
Amazonas	1,12
Acre	1,08
Piauí	1,05
Amapá	0,95
Pará	0,84
Maranhão	0,71

Fonte: CFM (Demografia Médica no Brasil, 2013).

48. Cumpre destacar ainda que “*embora os números do total do estado sejam inflados pelos da capital, a divisão entre sede do estado e conjunto do território expõe diferenças gritantes. Os grandes centros atraem mais profissionais.*” (CFM & CREMESP. Demografia Médica no Brasil – Volume II: cenários e indicadores de distribuição. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013, p. 35).

49. Essa disparidade pode ser observada, por exemplo, nas três capitais com maiores quantitativos de médicos em relação ao número de habitantes, como se observa a seguir:

Tabela 2 - Quantidade de médicos por mil habitantes nas capitais e nos estados

Vitória (ES) e Espírito Santo	11,61 e 2,17, respectivamente
Porto Alegre (RS) e Rio Grande do Sul	8,73 e 2,37, respectivamente
Florianópolis (SC) e Santa Catarina	7,72 e 1,98, respectivamente

50. Essa disparidade também foi detectada nos dois estados com as piores proporções de médicos por mil habitantes, Maranhão (0,71) e Pará (0,84), cujas capitais possuem índices muito superiores aos estaduais: São Luís (2,88) e Belém (3,44).

II.2. O Projeto Mais Médicos para o Brasil

51. O Programa Mais Médicos foi criado, pela Medida Provisória nº 621, de 8/7/2013, posteriormente convertida na Lei nº 12.871, de 22/10/2013, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS). De uma forma mais detalhada, pode-se dizer que seus objetivos são:

- a) diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- b) fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;
- c) aprimorar a formação médica no país e proporcionar maior experiência prática;
- d) ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- e) fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
- f) promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;

g) aperfeiçoar o conhecimento dos médicos para atuarem nas políticas públicas de saúde do país, na organização e no funcionamento do SUS;

h) estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

52. O Programa Mais Médicos prevê a implementação de três grandes ações, que possuem caráter mais paliativo, como no caso do Projeto Mais Médicos para o Brasil (art. 2º, III, da Lei nº 12.871/2013), ou mais reformador a médio e longo prazos. Exemplos desse último tipo de ação são a mudança nos parâmetros de formação médica e a ampliação do quantitativo de vagas dos cursos de medicina e das residências médicas (art. 2º, I e II, da Lei nº 12.871/2013).

53. Depreende-se que o Projeto Mais Médicos representa uma das três grandes vertentes do Programa em tela e busca promover a especialização de médicos em saúde da família e alocá-los na rede de atenção básica em regiões prioritárias para o SUS.

54. Em relação a essas questões, a unidade técnica frisou que:

a) essa ação imediata pode suavizar a carência de médicos em regiões desatendidas ou que enfrentam dificuldades para fixar médicos;

b) é preciso que a atenção governamental se volte também para as outras áreas do Programa, para que tal ação tenha consistência no longo prazo. É preciso mitigar o risco de que a população beneficiada pela maior presença de médicos em áreas antes deficitárias de atendimento, após três ou seis anos de Projeto, volte ao estado anterior de desassistência;

c) dessa forma, é necessário avaliar o nível de implementação das outras duas grandes ações do Programa, que consistem na reordenação da oferta de cursos de medicina e das vagas de residência e no estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no país. Caso contrário, corre-se o risco de, ao final da especialização, cuja duração é de três anos podendo ser prorrogada por mais três, não se ter configurado uma nova realidade médica brasileira;

d) nesse contexto, o nível de implementação dessas duas outras ações está sendo objeto de diligências realizadas pela unidade técnica junto ao Ministério da Saúde, no âmbito do processo de acompanhamento do Programa Mais Médicos (TC nº 027.492/2013-3).

55. O Projeto Mais Médicos para o Brasil foi disciplinado pelos artigos 13 a 22 da Lei nº 12.871/2013 e regulamentado pela Portaria Interministerial dos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC) nº 1.369, de 8/7/2013. Consoante disposto nesses normativos, esse Projeto visa aperfeiçoar médicos na atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS, mediante a oferta de curso de especialização ministrado por instituição pública de educação superior e a realização de atividades de ensino, pesquisa e extensão, que terão componente assistencial mediante a integração ensino-serviço.

56. Os objetivos específicos desse Projeto são os seguintes:

a) aprimorar a formação médica no Brasil, assegurando maior experiência prática;

b) ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, aperfeiçoando o seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

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

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

e) aperfeiçoar o conhecimento dos médicos sobre as políticas públicas de saúde do Brasil e a organização e o funcionamento do SUS.

57. Em conformidade com o art. 5º da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, o Projeto Mais Médicos para o Brasil será executado por meio de instrumentos de articulação interfederativa. Está prevista a cooperação com instituições de educação superior, programas de residência médica e escolas de saúde pública, além da utilização de mecanismos de integração ensino-serviço. Serão realizadas ações voltadas para o aperfeiçoamento, na área da atenção básica à saúde em regiões prioritárias para o SUS, de:

a) médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no Brasil;

b) médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras com habilitação para o exercício da medicina no exterior, por meio de intercâmbio internacional;

c) profissionais de saúde formados em instituições de educação superior brasileiras, por meio de intercâmbio internacional.

58. A operacionalização do projeto inicia-se com a adesão de municípios, do Distrito Federal e de instituições de ensino superior, além da pré-inscrição dos médicos.

59. A Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013 define quais são as regiões prioritárias para o SUS e direciona a seleção dos municípios participantes e a alocação dos médicos do projeto. Consoante disposto no art. 4º, III, desse normativo, tais regiões correspondem às áreas de difícil acesso ou provimento de médicos e àquelas que possuam populações em situação de maior vulnerabilidade, definidas com base nos critérios estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 1.377, de 13/06/2011, e que se enquadrem em pelo menos uma das seguintes condições:

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

b) o município estar entre os 100 (cem) que possuem mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes e apresentam os mais baixos níveis de receita pública "per capita" e alta vulnerabilidade social;

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

d) o município estar em área referente aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza; (redação dada pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.493, de 18 de julho de 2013).

60. Conforme informado pelo Ministério da Saúde (p. 22 da peça 106), todos os municípios puderam se inscrever no projeto, indicando a quantidade de vagas existentes de médicos. Foi conferida prioridade aos municípios que se enquadravam nos critérios acima citados.

61. A seleção dos médicos participantes foi realizada por meio de chamamento público (editais publicados pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES do Ministério da Saúde - MS) ou da celebração de instrumentos de cooperação com instituições de educação superior estrangeiras ou organismos internacionais (art. 18 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013).

62. O art. 13, § 1º, da Lei nº 12.871/2013 estabelece que a seleção dos médicos e a ocupação das vagas observarão a seguinte ordem de prioridade:

a) médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, inclusive os aposentados;

b) médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para o exercício da medicina no exterior;

c) médicos estrangeiros com habilitação para o exercício da medicina no exterior.

63. No âmbito desse Projeto foi criada a figura do médico intercambista, que é o "médico formado em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para o exercício da Medicina no exterior" (art. 13, § 2º, II, da Lei nº 12.871/2013). Assim, participam do Projeto o médico intercambista e aquele formado em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado.

64. Após a homologação do resultado da seleção, o médico inscrito no Conselho Regional de Medicina (CRM) segue diretamente para exercer suas atividades na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde foi lotado. Já o médico intercambista passa por um módulo de acolhimento com duração de quatro semanas, executado na modalidade presencial e com carga horária mínima de 160 horas. Segundo o art. 16, § 2º, da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, "será

aplicada avaliação para certificar que os médicos intercambistas possuam conhecimentos em língua portuguesa em situações cotidianas da prática médica no Brasil durante a execução do Módulo”.

65. Nos termos do art. 16, *caput* e § 3º, da Lei nº 12.871/2013, o Ministério da Saúde emitirá um número de registro único para o médico intercambista participante do projeto e a respectiva carteira de identificação, habilitando-o para exercer as atividades de ensino, pesquisa e extensão exclusivamente relativas ao âmbito do projeto sob comento.

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

67. Segundo consta do art. 15, II e III, da Lei nº 12.871/2013, o supervisor (médico responsável pela supervisão contínua e permanente da atuação do médico participante) e o tutor acadêmico (docente médico que será responsável pela orientação acadêmica do médico participante) também integram a equipe do programa.

68. Em consonância com o disposto na Portaria Interministerial nº 1.369/2013, alterada pela Portaria Interministerial nº 339, de 7/3/2014, serão concedidas bolsas nas seguintes modalidades e valores:

a) bolsa-formação aos médicos participantes no valor mensal de R\$ 10.482,93 (dez mil, quatrocentos e oitenta e dois reais e noventa e três centavos);

b) bolsa-supervisão aos médicos supervisores no valor mensal de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais);

c) bolsa-tutoria aos tutores acadêmicos no valor mensal de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

69. Segundo o Ministério da Saúde (peça 108), até 12/5/2014, foram alocados 13.790 médicos participantes em 3.756 municípios e 33 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), localizados em todas as 27 unidades federadas. Desses profissionais, 1.554 possuem registro em algum Conselho Regional de Medicina (médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no país); 1.080 são intercambistas individuais (médicos formados em instituições estrangeiras, exceto os médicos selecionados por meio do Termo de Cooperação Técnica firmado com a Organização Pan-Americana da Saúde - Opas), sendo 422 médicos brasileiros, e 11.156 são médicos intercambistas cubanos selecionados por meio do Termo de Cooperação Técnica celebrado com a Opas (peça 72).

70. Aduz-se que, em 16/5/2014, havia 1.448 médicos supervisores e 106 tutores acadêmicos (pp. 1 a 23 da peça 114).

II.3. Legislação aplicável

71. A Constituição Federal de 1988 dispõe que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, direito esse que deve ser garantido mediante a implementação de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

72. Por sua vez, o art. 198 da Carta Magna determina que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único. Entre as competências atribuídas ao Sistema Único de Saúde (SUS) pela nossa Lei Maior está a de ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (art. 200, III). Essa competência foi regulamentada pelo art. 6º, III, da Lei nº 8.080, de 19/09/1990.

73. Nesse contexto, consoante exposto anteriormente, a Lei nº 12.871, de 22/10/2013, resultante da conversão da Medida Provisória nº 621, de 8/7/2013, instituiu o Programa Mais

Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS.

74. O Projeto Mais Médicos para o Brasil foi implementado pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013 e regulamentado pelos seguintes normativos:

a) Decreto nº 8.126, de 22/10/2013: dispõe sobre a emissão do registro único e da carteira de identificação para os médicos intercambistas;

b) Portaria GM/MS nº 2.477, de 22/10/2013: dispõe sobre a emissão do número de registro único para os médicos intercambistas;

c) Portaria SGTES/MS nº 30, de 12/2/2014: dispõe sobre o cumprimento pelo Distrito Federal e pelos Municípios das obrigações de oferta de moradia, deslocamento, alimentação e água potável aos médicos participantes.

II.4. Aspectos orçamentários e financeiros

75. A execução das atividades do Projeto Mais Médicos para o Brasil é custeada por dotações orçamentárias consignadas aos Ministérios da Saúde e da Educação, conforme disposto no art. 36 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, com a redação conferida pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.025/2013.

76. No Ministério da Saúde, são utilizadas as ações 20YD - Educação e Formação em Saúde e 20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família, que estão dentro do Programa 2015 - Aperfeiçoamento do SUS. No Ministério da Educação, é utilizada a ação 4005 - Apoio à Residência Saúde, que compõe o Programa 2032 - Educação Superior - Graduação, Pós-Graduação, Ensino, Pesquisa e Extensão.

77. Considerando os valores da bolsa-formação dos médicos participantes, a quantidade de médicos que ingressaram em cada ciclo e as diferentes datas de início das atividades nas unidades de saúde, estima-se que foram pagos, até junho de 2014, diretamente pelo Ministério da Saúde, aproximadamente R\$ 146 milhões para médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no Brasil (CRM-Brasil) e para médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras (exceto os médicos selecionados por meio da Opas). Até o final de 2014, esse valor poderá chegar a cerca de R\$ 315 milhões. Considerando-se o prazo do projeto sem prorrogação (36 meses), estima-se que será necessário dispendir mais de R\$ 1 bilhão para realizar todos esses pagamentos.

78. Além do pagamento das bolsas, o Ministério da Saúde concede ajuda de custo destinada a compensar as despesas de instalação do médico participante e poderá custear despesas com deslocamento dos médicos e de seus dependentes legais, em conformidade com o disposto no art. 19, § 1º e 2º, da Lei nº 12.871/2013.

79. O cálculo do valor pago a título de ajuda de custo levou em consideração os seguintes parâmetros:

a) pagamentos realizados apenas para os médicos intercambistas individuais, ou seja, com exceção dos médicos contratados por meio da Opas;

b) pagamentos para os médicos selecionados até o quinto ciclo do Projeto, num total de 1.128 profissionais;

c) pagamentos efetuados com base no menor valor da ajuda de custo (correspondente a uma bolsa-formação).

80. Observados esses critérios, estima-se que já foram gastos cerca de R\$ 11 milhões para efetivar esse tipo de pagamento. Cabe ressaltar que apenas o médico participante que residir no município para o qual foi selecionado não tem direito a receber essa ajuda de custo. Assim sendo, médicos formados no Brasil também podem ter esse direito.

81. Os gastos com o pagamento de bolsas atingirão aproximadamente R\$ 59 milhões até o final de 2014 para supervisores e R\$ 5 milhões para tutores. Considerando o prazo inicial sem prorrogação, deverão ser dispendidos até o final do projeto cerca de R\$ 198 milhões em bolsas-

supervisão e R\$ 19 milhões em bolsas-tutoria.

82. Outro desembolso no âmbito do Projeto Mais Médicos se refere à oferta do curso de especialização para os médicos participantes. Conforme foi informado pelo Ministério da Saúde (pp. 32 a 35 da peça 105), foram celebrados convênios com dez instituições de educação no valor total de R\$ 101.800.000,00 (cento e um milhões e oitocentos mil reais) prevendo a abertura de 23.400 vagas (entre R\$ 3 mil e R\$ 5 mil por matrícula).

83. Os 3º e 4º Termos de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação Técnica celebrados pela Organização Pan-Americana da Saúde – Opas e pelo Ministério da Saúde, que permitiram o ingresso de médicos cubanos no projeto, preveem a transferência de R\$ 510.957.307,00 (quinhentos e dez milhões, novecentos e cinquenta e sete mil, trezentos e sete reais) em 2013 (3º Termo de Ajuste) e R\$ 973.946.600,00 (novecentos e setenta e três milhões, novecentos e quarenta e seis mil e seiscentos reais) em 2014 (4º Termo de Ajuste). Conforme consulta realizada ao Sistema Integrado de Administração Financeira – Siafi, foram pagos para a Opas, até 21/5/2014, cerca de R\$ 1,2 bilhão, sendo R\$ 435 milhões em 2013 e o restante em 2014.

84. A unidade técnica ressaltou que:

a) no dia 18/8/2014, foi publicado no Diário Oficial da União o extrato do 5º Termo de Ajuste, no valor de R\$ 1.175.973.740,00 (um bilhão, cento e setenta e cinco milhões, novecentos e setenta e três mil, setecentos e quarenta reais - peça 164);

b) segundo o documento oficial da OPAS denominado *Informe Financeiro Del Director e Informe Del Auditor Externo – 1 de enero del 2013 – 31 de diciembre del 2013*, pp. 108 a 109), uma das principais fontes do aumento de 65% verificado nos ingressos de recursos financeiros gerados pelas contribuições voluntárias em 2013 (uma das fontes de financiamento da Opas) foram os valores provenientes da execução do Projeto Mais Médicos. Além disso, os desembolsos para subvenções e transferências aumentaram 234,8% em 2013, também devido à execução do Projeto Mais Médicos (p. 110);

c) houve uma diminuição no valor do incentivo financeiro destinado ao custeio das Equipes de Saúde da Família (ESF), que contam com profissionais médicos integrantes de programas nacionais de provimento e fixação em áreas de difícil acesso ou de atendimento a populações de maior vulnerabilidade econômica ou social;

d) a Portaria GM/MS nº 978, de 16/05/2012, previa um incentivo financeiro mensal aos municípios de R\$ 10.695,00 (dez mil, seiscentos e noventa e cinco reais) para cada Equipe de Saúde da Família implantada na modalidade 1 e de R\$ 7.130,00 (sete mil, cento e trinta reais) para cada ESF na modalidade 2;

e) a modalidade 1 se referia às equipes que atuavam nos municípios constantes do Anexo I da Portaria GM/MS nº 822, de 17/04/2006. Já a modalidade 2 dizia respeito às ESF que atuavam, nos municípios constantes do Anexo da Portaria GM/MS nº 90, de 17/1/2008, atendendo populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos, respeitado o número máximo de equipes, e às equipes que atuavam em Municípios e áreas prioritizadas para o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci), definidos na Portaria GM/MS nº 2.920, de 3/12/2008;

f) atualmente, a Portaria GM/MS nº 1.834, de 27/08/2013, define que, nos casos em que a equipe conta com profissional médico do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica - Provac ou do Projeto Mais Médicos, o incentivo financeiro mensal destinado ao custeio é de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais). Dessa forma, dependendo do tipo de equipe que recebeu médico do Projeto Mais Médicos (modalidade 1 ou 2), houve uma redução de R\$ 6.695,00 (seis mil, seiscentos e noventa e cinco reais) no valor mensal recebido pelos municípios para cada ESF modalidade 1 e de R\$ 3.130,00 (três mil, cento e trinta reais) para cada ESF modalidade 2;

g) a redução do incentivo financeiro também ocorreu no que concerne às Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) e às Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF). A Portaria GM/MS nº 2.490, de 21/10/2011, definia como valor de incentivo mensal de custeio a ser repassado

aos municípios por ESFR implantada a quantia vigente para o incentivo das ESF modalidade 1 (R\$ 10.695,00 – dez mil, seiscentos e noventa e cinco reais), adicionada ao montante relativo ao custeio de transporte da equipe a comunidades ribeirinhas dispersas na área descrita, no valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais). Esse mesmo normativo definia, como valor do incentivo mensal de custeio para as ESFF, R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) para equipes sem profissionais de saúde bucal e R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para equipes com profissionais de saúde bucal;

h) contudo, a Portaria GM/MS nº 1.834/2013 reduziu esses valores nos casos em que essas equipes contam com profissional médico do Provac ou do Projeto Mais Médicos, ao estabelecer o custeio mensal de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) para as ESFR, de R\$ 34.000,00 (trinta e quatro mil reais) para ESFF sem profissionais de saúde bucal, e de R\$ 44.000,00 (quarenta e quatro mil reais) para ESFF com profissionais de saúde bucal. Portanto, a redução foi de R\$ 6.695,00 (seis mil, seiscentos e noventa e cinco reais) para as ESFR e de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) para as ESFF;

i) assim sendo, observa-se que ocorre uma compensação parcial dos recursos que a União vem dispendendo no âmbito do Projeto Mais Médicos com a diminuição dos valores transferidos do Piso de Atenção Básica Variável aos municípios que receberam médicos do projeto.

II.5. Principais Responsáveis pela implementação do Projeto Mais Médicos

85. O Ministério da Saúde, as unidades federadas e diversos órgãos e entidades estão envolvidos na implementação do Projeto Mais Médicos, como, por exemplo, o Ministério da Educação (MEC), as instituições de ensino superior, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

86. O Ministério da Saúde, especialmente por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), é o principal gestor do projeto, sendo responsável, entre outras atribuições, pela formalização da adesão de municípios, do Distrito Federal e dos estados ao projeto e pela seleção dos médicos participantes.

87. Por meio da sua Secretaria-Executiva, esse Ministério celebrou Termo de Cooperação Técnica com a Opas, cujos 3º e 4º Termos de Ajuste preveem as ações de provimento de médicos cubanos.

88. Segundo o art. 16, § 1º, da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, a formulação do módulo de acolhimento e avaliação dos médicos intercambistas é uma responsabilidade compartilhada entre os Ministérios da Educação e da Saúde. Ademais, nos termos do art. 22, §§ 1º e 3º, da referida Portaria, compete ao Ministério da Saúde pagar as bolsas-formação aos médicos participantes e arcar com as ajudas de custo e as despesas de deslocamento dos dependentes dos participantes.

89. Ao Ministério da Educação (MEC), por meio da Secretaria de Educação Superior (Sesu), compete celebrar os termos de cooperação com as instituições públicas de educação, as escolas de saúde pública e outras entidades privadas participantes do projeto, na forma disposta no art. 38 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013. Aduz-se que o MEC participa da Coordenação do Projeto, do Comitê Gestor e do Grupo Executivo. Por fim, esse ministério contribui para o financiamento do projeto, mediante a dotação Funcional Programática nº 12.364.2032.4005.0001 - Apoio à Residência Saúde.

90. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH atua em regime de colaboração com o Ministério da Educação na execução do projeto, nos termos do art. 23 da Lei nº 12.871/2013. Atualmente, essa empresa paga bolsas aos tutores e supervisores, ressarcе despesas advindas das atividades de tutoria e supervisão e desenvolve ferramentas para gerenciar as informações operacionais do projeto (p. 6 da peça 76).

91. A participação dos municípios e do Distrito Federal depende de celebração de termo de adesão e compromisso, por meio do qual, em conformidade com o disposto no art. 11 da Portaria

Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, esses entes se comprometem a:

- não substituir os médicos que já compõem as equipes de atenção básica pelos participantes deste projeto;
- manter, durante a execução do projeto, as equipes de atenção básica atualmente constituídas por profissionais médicos não participantes do projeto;
- oferecer moradia para o médico participante do projeto, em consonância com os critérios estabelecidos no edital;
- garantir alimentação adequada e fornecimento de água potável;
- aderir ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, do Ministério da Saúde, caso conte com infraestrutura inadequada para executar as ações do projeto.

92. Aduz-se que, nos termos do art. 10 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, compete aos municípios e ao Distrito Federal, caso participem do projeto:

- inserir os médicos em equipes de atenção básica nas modalidades previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), nos termos da Portaria GM/MS 2.488/2011, em regiões prioritárias para o SUS, respeitando os critérios de distribuição estabelecidos no projeto;
- prover as condições necessárias para o exercício das atividades dos médicos, tais como ambientes adequados com segurança e higiene, e fornecer os equipamentos necessários, as instalações sanitárias e as mínimas condições de conforto;
- acompanhar e fiscalizar, em conjunto com o supervisor, a execução das atividades de ensino-serviço, inclusive quanto ao cumprimento da jornada de 40 horas semanais prevista para os médicos participantes.

93. Segundo o art. 12 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, compete às instituições públicas de educação superior brasileiras, às escolas de saúde pública e às demais entidades privadas participantes do projeto:

- monitorar e acompanhar as atividades executadas pelos médicos participantes, supervisores e tutores acadêmicos no âmbito do projeto;
- coordenar o desenvolvimento acadêmico do projeto;
- indicar os tutores acadêmicos e selecionar os supervisores do projeto;
- ofertar os módulos de acolhimento e avaliação para os médicos intercambistas;
- ofertar curso de especialização e atividades de pesquisa, ensino e extensão aos médicos participantes, os quais contarão com um componente assistencial que será provido por meio da integração ensino-serviço.

94. A participação da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS no Projeto Mais Médicos para o Brasil decorre da celebração dos 3º e 4º Termos de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação Técnica, que tiveram como signatários essa entidade e o Ministério da Saúde. Entre as atribuições da OPAS, cabe citar:

- avaliar a seleção dos médicos aptos para participar no projeto, nos termos definidos pela Coordenação do Projeto;
- adotar os procedimentos necessários para que o pagamento aos médicos participantes seja efetivado;
- comprovar o recolhimento referente à cobertura securitária e à seguridade social dos médicos participantes;
- elaborar, em conjunto com o Ministério da Saúde, planos de ação contendo a projeção de recursos necessários para o seu financiamento;
- realizar as ações administrativas necessárias para executar esses planos;
- monitorar mensalmente a execução desses planos.

95. O art. 13, § 3º, da Lei nº 12.871/2013 estabelece que a coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil ficará a cargo dos Ministérios da Educação e da Saúde. Em atendimento a esse dispositivo legal, o art. 7º, I e II, da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013 detalhou a composição da Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, a quem compete:

- enviar aos CRM respectivos a relação de médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dos respectivos números de registro único, em conformidade com o art. 16, § 4º, da Lei nº 12.871/2013;
- coordenar, monitorar e avaliar as ações pertinentes ao projeto;
- definir, em conjunto com o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e as instituições públicas de educação superior brasileiras, o conteúdo do módulo de acolhimento e avaliação que será oferecido aos médicos intercambistas no âmbito do Projeto;
- definir, em conjunto com o UNA-SUS e as instituições públicas de educação superior brasileiras, o conteúdo do curso de especialização em atenção básica à saúde e das demais atividades de pesquisa, ensino e extensão que serão oferecidos no âmbito do projeto, além das respectivas metodologias de acompanhamento e avaliação;
- constituir Comissões Estaduais do Projeto Mais Médicos para o Brasil, na forma disposta no art. 8º da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013.

96. As Comissões Estaduais do Projeto Mais Médicos para o Brasil constituem instâncias de coordenação, orientação e execução das atividades necessárias à execução do projeto no âmbito da respectiva unidade da federação, em consonância com o disposto no art. 8º, § 1º, da Portaria Interministerial MS/MEC 1.369/2013.

II.6. Distribuição dos médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil

97. Conforme já exposto, foram alocados 13.790 médicos participantes em 3.756 municípios e 33 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), localizados em todas as 27 unidades federadas.

98. Segundo dados apresentados pelo Ministério da Saúde relativos aos médicos que estavam em atividade em 12/5/2014 (peça 108), São Paulo foi o estado que mais recebeu médicos do projeto (2.059 médicos, que representam 14,9% do total desses profissionais). Em seguida, vieram os estados da Bahia (1.276 médicos, 9,3% do total), de Minas Gerais (1.156, 8,4% do total) e do Rio Grande do Sul (1.062, 7,7% do total) na lista dos que foram mais contemplados, conforme apresentado no gráfico a seguir.

Brasília - DF	67	0,49%
Belo Horizonte - MG	65	0,47%
Macapá - AP	62	0,45%
Rio Branco - AC	59	0,43%
Ponta Grossa - PR	58	0,42%
Porto Velho - RO	56	0,41%
Guarulhos - SP	51	0,37%
Goiânia - GO	49	0,36%
Recife - PE	48	0,35%

Fonte: Ministério da Saúde (peça 108).

III – FALHAS DETECTADAS

III.1. Supervisão inadequada

100. A unidade técnica identificou evidências de fragilidades na supervisão dos médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, tendo destacado os seguintes pontos:

100.1) conforme disposto no art. 15, I e II, da Lei nº 12.871/2013, os médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil terão supervisão profissional contínua e permanente a ser realizada por um médico supervisor. Nos termos do § 3º do art. 15 dessa Lei, a atuação e a responsabilidade dos supervisores são limitadas, exclusivamente, à atividade de supervisão médica;

100.2) na apresentação sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil (p. 17 da peça 135) que o Ministério da Saúde encaminhou ao TCU, consta que foi estabelecido o limite máximo de dez médicos para cada supervisor, que deverá realizar visitas mensais e elaborar relatórios periódicos. Essa informação foi também apresentada na “Orientação para os Gestores Municipais”, que foi elaborada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde (p. 8 da peça 120);

100.3) de acordo com a Nota Informativa GF Saúde/PFDC nº 1/2013 (peça 140), emitida pelo Ministério da Saúde, esse limite máximo pode ser reduzido em situações especiais, como, por exemplo, as verificadas na Amazônia Legal;

100.4) mesmo em outras regiões do País, esse limite pode ser reduzido. Assim, por exemplo, um edital para seleção de Supervisores no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, editado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (MG), fixou, em seu item 2.9, o máximo de 6 médicos para cada supervisor (p. 2 da peça 141);

100.5) o Conselho Federal de Medicina e os 27 Conselhos Regionais alertaram que os supervisores podem ser corresponsabilizados em caso de (p. 1 da peça 142):

- denúncia ou constatação de dano a paciente por ação ou omissão, caracterizada por imperícia, imprudência ou negligência;
- indicação de procedimento, mesmo com a participação de vários médicos, que resulte em dano;
- não uso em favor do paciente de todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance;
- acobertamento de conduta antiética em desfavor do paciente;

100.6) a esse respeito, Despacho da Exma. Presidenta da República, de 12/9/2013, aprovou o Parecer LA – 05 (p. 4 da peça 143) e adotou para os fins do art. 41 da Lei Complementar nº 73/1993, o Parecer nº 51/2013/DECOR/AGU/CGU e o Despacho do Consultor-Geral da União nº 916/2013. Esses documentos estabelecem que, por falta de previsão legal expressa, os supervisores não são corresponsáveis civilmente pelos atos praticados no exercício da sua profissão pelos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Aduziram que qualquer ilação

no sentido de que haveria possibilidade de responsabilização qualificaria medida inibidora e constrangedora da prática médica, tal como foi concebida no Programa Mais Médicos para o Brasil;

100.7) contudo, tendo em vista o disposto no art. 15, § 3º, da Lei nº 12.871/2013, a unidade técnica entendeu que, se um determinado ato médico causar dano e se for comprovada falha na supervisão médica, essa conduta poderá dar ensejo à responsabilização do médico supervisor;

100.8) os médicos intercambistas do Projeto Mais Médicos para o Brasil, contratados com base na Lei nº 12.871/2013, podem participar do programa mesmo sem possuírem diplomas revalidados, consoante estabelecem os arts. 13, § 2º, II, e 16 dessa Lei. Em contrapartida, devem ter sua atuação supervisionada, nos termos do art. 15, I, desse diploma legal. Se essa supervisão não ocorre e também não existe a revalidação do diploma, pode estar ocorrendo o exercício ilegal da medicina;

100.9) o art. 15, II e III, da Lei nº 12.871/2013 estabeleceu novas atribuições para os tutores e supervisores do Projeto Mais Médicos, as quais, por serem privativas dos médicos, devem ser fiscalizadas pelos conselhos respectivos;

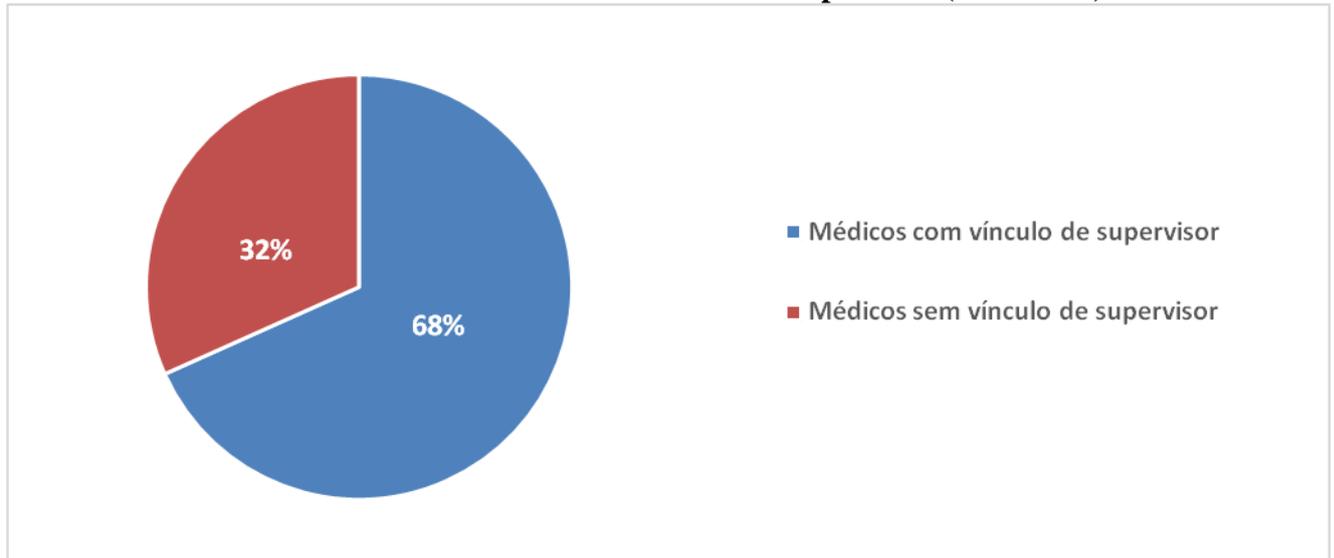
100.10) no caso de acúmulo da supervisão médica com outras atividades remuneradas, não existe um parâmetro que defina qual é a jornada de trabalho máxima permitida. O art. 37, XVI, da Constituição Federal apenas estabelece a necessidade de compatibilidade de horário para acúmulo de cargos, empregos e funções públicos. Atualmente, este Tribunal entende que não há uma jornada máxima nas acumulações legais, haja vista a inexistência de disposição legal nesse sentido. Assim, nessa hipótese, a compatibilidade de horários deve ser observada em cada caso. Frise-se que, além de existir essa compatibilidade, não pode haver prejuízo para o desempenho das atividades. (Acórdão nº 1.176/2014 - 1ª Câmara, nº 2.880/2013 - Plenário, nº 2.375/2013 – Plenário e nº 8.094/2012 - 2ª Câmara);

100.11) visando aferir a eficácia da supervisão médica, demandou-se do Ministério da Educação, por meio do item 8 do Ofício de Requisição nº 11-156/2014 - TCU/SecexSaúde, de 5/5/2014 (p. 3 da peça 33), a relação dos supervisores integrantes do projeto e os médicos a eles vinculados. Esse órgão não apresentou as informações demandadas, uma vez que foi encaminhada apenas uma relação formal de tutores e supervisores, sem os vínculos solicitados. Na resposta ao Ofício de Requisição, o Ministério da Educação informou que não atendeu à demanda do TCU porque *“a informação sistematizada (...) não permite a apresentação da informação conforme quadro proposto, uma vez que ele implica na vinculação permanente de um tutor a um supervisor e a um médico”* (p. 5 da peça 49). Ou seja, não seria possível verificar a quantidade de vínculos de médicos por supervisores nem identificar possíveis déficits de supervisão;

100.12) cabe destacar que a Secex Saúde não determinou que o Ministério da Educação vinculasse de modo permanente os médicos a tutores e supervisores, mas demandou a apresentação da situação momentânea, de forma a identificar possíveis fragilidades na supervisão. Em decorrência dessa carência de informações, as análises ficaram focadas em dados fornecidos pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), extraídos no dia 6/6/2014 (às 14:06:29). A obtenção dessas informações foi viabilizada pelo acesso concedido por meio do Ofício nº 18/UNA-SUS/2014 (peça 48);

100.13) observou-se a existência de 1.522 supervisores ativos e habilitados. Por meio de cruzamentos de dados referentes ao link *“Relatório de Supervisão”*, constatou-se que havia 9.415 médicos com supervisores designados. Em se considerando que, na relação de médicos integrantes do programa disponibilizada pelo Ministério da Saúde, é informado que 13.790 médicos participam do Projeto Mais Médicos, tem-se que pelo menos 4.375 (31,73%) deles não possuem supervisores indicados no sistema UNA-SUS;

Gráfico 3 - Médicos com vínculos de supervisor (UNA-SUS).



Fonte: UNA-SUS.

100.14) por meio do cruzamento dos Cadastros de Pessoa Física (CPF) dos médicos citados nos relatórios de supervisão com os CPF dos supervisores que emitiram esses relatórios, observou-se que 147 supervisores encaminharam relatórios de supervisão relativos a mais de dez médicos. A título exemplificativo, pode-se citar que, no mês de maio de 2014, um supervisor encaminhou relatórios referentes a 19 diferentes médicos (o que supera o teto de 10 médicos por supervisor);

100.15) após analisar os planos de trabalho de nove Instituições de Ensino Superior (SESBA/BA, ESP-VS/CE, UFMA/MA, UFSJ/MG, UFPA/PA, UPE/PE, UFRN/RN, CSSM/SP e FUABC/SP) para o mês de abril de 2014 (peça 112), identificou-se que em todas essas instituições existem diversos médicos participantes sem vínculo de supervisor e que em sete delas há supervisores com mais de dez médicos (apenas UFRN e FUABC não extrapolam o limite);

100.16) ademais, ao se comparar os CPF dos médicos participantes do Programa, que constam da planilha encaminhada pelo Ministério da Saúde em 21/5/2014, com os dados disponíveis no sistema UNA-SUS no dia 6/6/2014, observou-se a seguinte situação:

I - Médicos Integrantes do 1º ciclo do Programa:

- 9,8% não possuem supervisor cadastrado no sistema;
- 39,6% tiveram o primeiro relatório de supervisão encaminhado entre novembro e dezembro de 2013;
- 38,7% tiveram o primeiro relatório de supervisão encaminhado entre janeiro e fevereiro de 2014;
- 7,6% tiveram o primeiro relatório de supervisão encaminhado entre março e abril de 2014;
- 2,6% tiveram o primeiro relatório de supervisão encaminhado entre maio e junho de 2014;
- 1,4% não possuem relatórios de supervisão encaminhados;
- 0,4% possuem relatórios apenas parciais.

II - Médicos Integrantes do 2º ciclo do Programa:

- 12,1% não possuem supervisor cadastrado no sistema;
- 14,5% tiveram o primeiro relatório de supervisão encaminhado entre novembro e dezembro de 2013;
- 53% tiveram o primeiro relatório de supervisão encaminhado entre janeiro e

fevereiro de 2014;

- 13,4% tiveram o primeiro relatório de supervisão encaminhado entre março e abril

de 2014;

- 5,6% tiveram o primeiro relatório de supervisão encaminhado entre maio e junho

de 2014;

- 0,9% não possuem relatórios encaminhados;

- 0,5% possuem relatórios apenas parciais.

III - Médicos Integrantes do 3º ciclo do Programa:

- 41,9% não possuem supervisor cadastrado no sistema;

- 1,1% tiveram o primeiro relatório de supervisão encaminhado em fevereiro de

2014;

- 29,7% tiveram o primeiro relatório de supervisão encaminhado entre março e abril

de 2014;

- 24,4% tiveram o primeiro relatório de supervisão encaminhado entre maio e junho

de 2014;

- 1,9% não possuem relatórios encaminhados;

- 0,9% possuem relatórios apenas parciais.

IV - Médicos Integrantes do 4º ciclo do Programa:

- 66% não possuem supervisor cadastrado no sistema;

- 1,8% tiveram o primeiro relatório de supervisão encaminhado entre março e abril

de 2014;

- 28,8% tiveram o primeiro relatório de supervisão encaminhado entre maio e junho

de 2014;

- 2,1% não possuem relatórios encaminhados;

- 1,3% possuem relatórios apenas parciais.

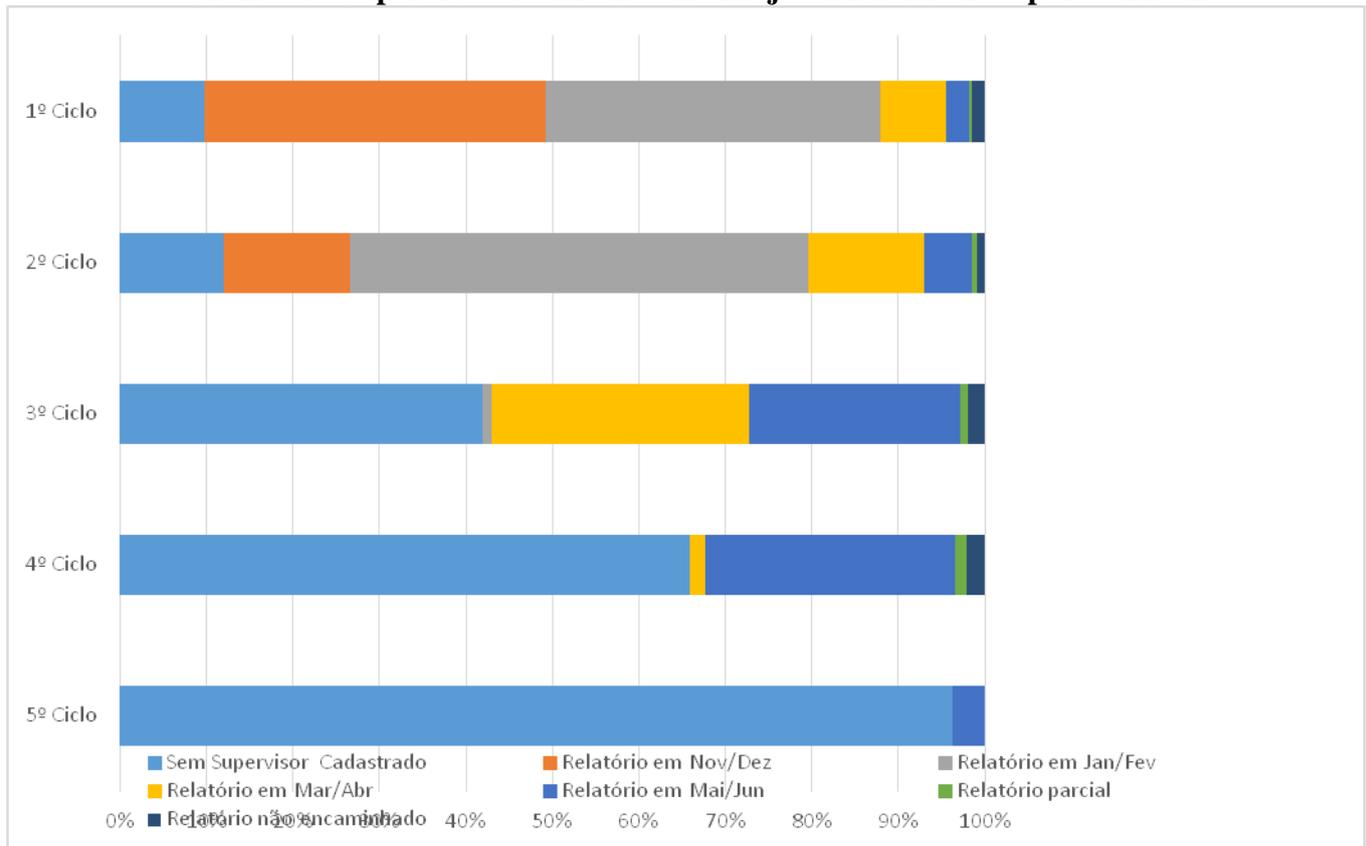
V - Médicos Integrantes do 5º ciclo do Programa:

- 96,3% não possuem supervisor cadastrado no sistema;

- 3,7% tiveram o primeiro relatório de supervisão encaminhado entre maio e junho.

100.17) a supervisão das atividades dos médicos integrantes do Projeto Mais Médicos está resumida na tabela abaixo:

Gráfico 4 - Supervisão dos Médicos no Projeto Mais Médicos para o Brasil.

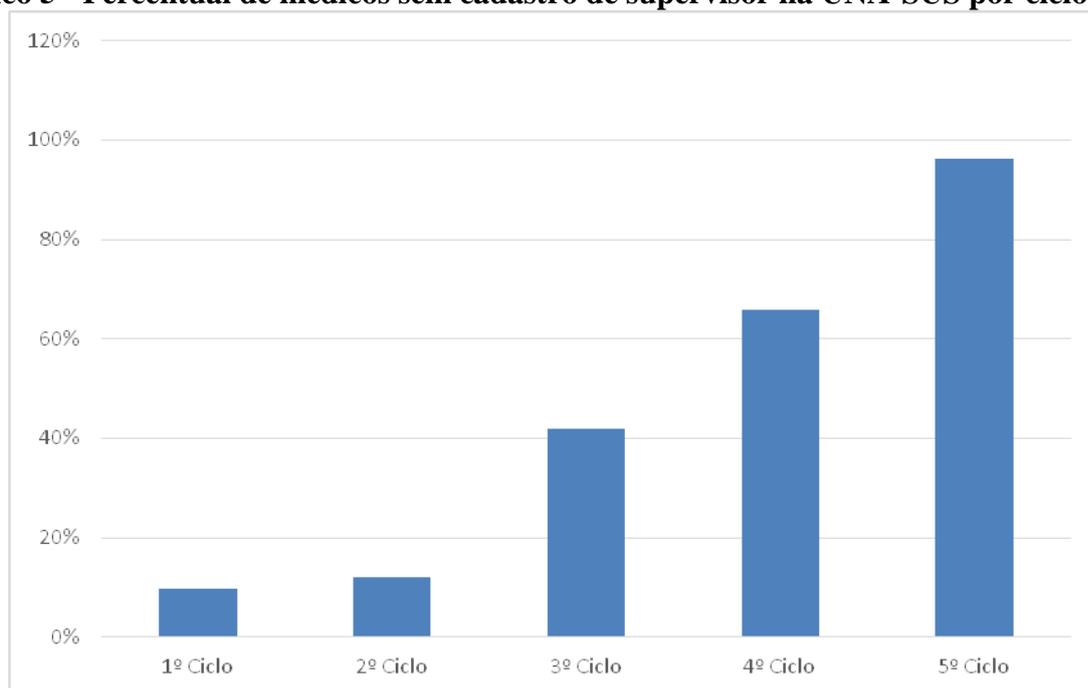


Fonte: Ministério da Saúde e UNA-SUS.

100.18) as datas de entrada dos médicos nos respectivos ciclos foram definidas pelo Ministério da Saúde visando melhor operacionalizar o programa. Os 1º e 2º ciclos contemplaram homologações de médicos pelas Portarias nº 2, de 25/9/2013 e nº 5, de 3/10/2013. Já os 3º, 4º e 5º ciclos contemplaram homologações referentes às Portarias nº 10, de 27/12/2013; nº 2, de 10/1/2014; nº 4, de 17/1/2014; nº 7, de 25/2/2014, e 12, de 14/4/2014;

100.19) com fulcro nesses dados, depreende-se que a potencial falta de supervisores não se restringe a médicos recentemente integrados ao programa, pois existem médicos do 1º ciclo, os quais integram o programa desde outubro de 2013, que até 6/6/2014 não possuíam supervisores cadastrados no sistema UNA-SUS. Além disso, observa-se que, em alguns casos, o encaminhamento do relatório de supervisão ocorreu de forma significativamente intempestiva;

100.20) a quantidade de médicos para os quais não foram identificados cadastros de supervisor na UNA-SUS apresenta uma trajetória crescente, como se observa no gráfico a seguir. Ademais, essa falha ocorreu em todos os ciclos de forma expressiva.

Gráfico 5 - Percentual de médicos sem cadastro de supervisor na UNA-SUS por ciclo.


Fonte: UNA-SUS.

100.21) as avaliações encaminhadas pelos supervisores são pouco focadas em aspectos clínicos e se referem mais ao controle de absenteísmo, à estrutura das unidades, à composição das equipes, aos serviços de apoio e aos aspectos educacionais (pp. 1 a 96 da peça 144). Um dos supervisores chegou a informar, em entrevista, que sente dificuldade para relatar situações reais relacionadas à supervisão médica nos relatórios da UNA-SUS, o que o levou a criar um Diário de Campo, onde pode registrar informações úteis. Ou seja, o atual modelo do relatório dos supervisores pode carecer de efetividade para uma supervisão médica propriamente dita, o que favorece a realização de uma simples supervisão de caráter administrativo;

100.22) cabe ressaltar que, nas entrevistas, 17,7% dos médicos admitiram que a falta de conhecimento de protocolos clínicos atrapalhou a prestação do atendimento e 50,3% desses profissionais admitiram ter entrado em contato com o supervisor para tirar dúvidas sobre atendimento. Essa questão também foi levantada pelos supervisores, sendo que 34,3% desses últimos afirmaram que os médicos estrangeiros enfrentam dificuldades para prestar atendimento devido ao desconhecimento de protocolos clínicos. Ademais, houve relatos de que alguns profissionais enfrentam problemas para definir o nome dos medicamentos e a dosagem correta. Finalmente, foi apontada a carência de conhecimento sobre o perfil epidemiológico do município em que os médicos estão desenvolvendo suas atividades, o qual é diferente daquele encontrado nos respectivos países de origem;

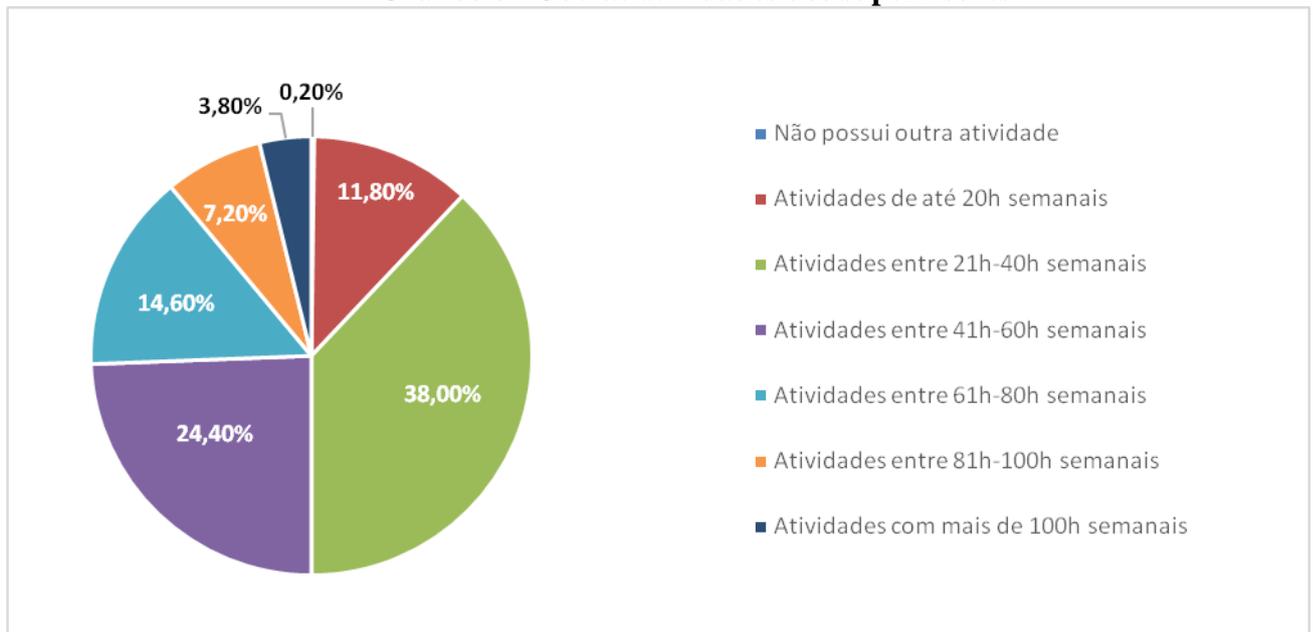
100.23) alguns supervisores afirmaram que os médicos participantes precisariam ter uma supervisão mais próxima, como ocorre na residência médica. Esse problema se agrava devido a dificuldades na comunicação a distância e ao fato de que alguns médicos intercambistas não dominam as tecnologias relacionadas com essa forma de comunicação;

100.24) o Conselho Federal de Medicina, por sua vez, informou que os Conselhos Regionais estão impossibilitados de fiscalizar as atividades dos supervisores do programa, pois o Ministério da Saúde se negaria a informar os nomes dos tutores e supervisores do Programa “Mais Médicos” e os endereços dos locais onde os médicos intercambistas desenvolvem suas atividades, o que teria motivado o ajuizamento da Ação Ordinária nº 5017613-48.2014.404.7100/RS (p. 1 da peça 144);

100.25) cabe frisar que os supervisores podem carecer de tempo para executar sua

função, pois aproximadamente 97,2% desses profissionais que foram entrevistados afirmaram exercer outra atividade profissional. Essa percepção foi corroborada por ocasião do cruzamento dos CPF dos supervisores ativos com dados do Cadastro Brasileiro de Ocupações (CBO) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES), que foram encaminhados pelo Ministério da Saúde, quando se observou que grande parte dos supervisores exercem diversas atividades, o que implica dizer que eles acumulam uma grande carga horária semanal. Dos 1.263 supervisores analisados, 0,2% não exercem outra atividade; 11,8% exercem atividades de até 20 h semanais; 38% atividades entre 21 h e 40 h semanais; 24,4% atividades entre 41 h e 60 h semanais; 14,6% atividades entre 61 h e 80 h semanais; 7,2% atividades entre 81 h e 100 h semanais; 3,8% atividades entre 101 h e 200 h semanais, conforme se observa no gráfico abaixo:

Gráfico 6 - Outras atividades dos supervisores.



Fonte: CNES e UNA-SUS.

100.26) quando foram considerados os supervisores registrados como ativos no sistema da UNA-SUS e os dados do CNES relativos ao dia 16/7/2014, foi possível identificar pelo menos 37 médicos que desempenham outras atividades com carga horária semanal superior a cem horas, além da supervisão exercida no projeto (pp. 1 a 37 da peça 146);

100.27) cabe ressaltar, ainda, que os modelos de relatório de supervisão disponibilizados pela UNA-SUS e adotados pelo governo são pouco focados em atividades clínicas. Assim sendo, atribuem aos supervisores atividades mais afetas aos tutores, como a de selecionar as modalidades de recursos pedagógicos que o médico utiliza (p. 6 da peça 144);

100.28) é necessário que a indicação de um médico para participar do programa venha acompanhada de uma designação inicial dos tutores e supervisores responsáveis por acompanhá-lo, mas não existem evidências de que isso ocorre. Diante disso, alguns médicos exercem atividades sem supervisão enquanto outros recebem uma supervisão eminentemente formal;

100.29) os Conselhos de Medicina encontram dificuldades para fiscalizar e responsabilizar os supervisores que, eventualmente, não cumpram adequadamente suas atribuições. Além disso, em alguns casos, os supervisores acumulam diversas atividades e podem carecer de tempo para realizar uma efetiva supervisão sobre as atividades médicas;

100.30) nesse contexto, existe o risco de que alguns médicos atendam à população sem terem o diploma de medicina revalidado e sem uma supervisão adequada, o que viola o disposto na

Lei nº 12.871/2013;

100.31) tais questões podem comprometer a eficácia do programa, razão pela qual faz-se necessário propor determinações e recomendações para o aperfeiçoamento do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Primeiramente, é necessário determinar à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação do Ministério da Saúde que verifique, juntamente com as instituições de ensino, a compatibilidade de horários dos supervisores do Projeto Mais Médicos para o Brasil que exercem outras atividades ocupacionais, tendo em vista que o art. 37, inciso XVI, alínea “c” da Constituição Federal estabelece que nos casos de acúmulo de funções deve haver compatibilidade de horários. Aduz-se que esse é o entendimento desta Corte, como se observa no item 9.3.1 do Acórdão nº 1.599/2014 – Plenário;

100.32) adicionalmente, cabe recomendar à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação do Ministério da Saúde que, no ato de designação do médico para atuar em determinado município, designe o supervisor para acompanhá-lo, nos termos do art. 15, I, II e III, da Lei nº 12.871/2013, tendo em vista que a participação do médico no Projeto Mais Médicos para o Brasil visa também ao aperfeiçoamento médico supervisionado;

100.33) cabe ainda recomendar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que regulamente a carga horária dos supervisores em caso de acúmulo com outras funções além da supervisão;

100.34) com o intuito de aprimorar os relatórios emitidos pelos supervisores e, conseqüentemente, aperfeiçoar a supervisão médica exercida no âmbito do projeto, é importante recomendar à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação do Ministério da Saúde que revise a estrutura dos Relatórios de Supervisão Médica dos profissionais integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, desenvolvida pela Universidade Aberta do SUS, de modo a ter maior foco em atividades clínicas;

100.35) de modo complementar, cabe cientificar a Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil de que o agente que designar um médico para atuar em determinado município, com base nos arts. 13, II, e 16 da Lei nº 12.871/2013, sem designar supervisor para assisti-lo, em conformidade ao disposto no art. 15, I e II, dessa Lei, pode ser responsabilizado por autorizar a prática ilegal da medicina;

100.36) cabe, ainda, dar ciência à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil de que os Conselhos de Medicina devem ter acesso aos nomes dos profissionais que exercem as funções de supervisor e tutor, sob pena de restringir indevidamente a competência desses Conselhos, a qual está prevista nos arts. 21, XXIV, e 22, XVI, da Constituição Federal, notadamente no que diz respeito à inspeção do exercício profissional. Afinal, nos termos dos incisos II e III do art. 15 da Lei nº 12.871/2013, tais profissionais devem ser médicos;

100.37) dentre os benefícios esperados caso essas propostas de encaminhamento sejam acolhidas, pode-se mencionar a expectativa de melhoria das atividades de supervisão médica, a fixação de responsabilidades dos supervisores, o fornecimento de condições para que os Conselhos Regionais e Federais de Medicina exerçam suas atribuições e a definição de parâmetros mais precisos para a jornada de trabalho dos supervisores.

III.2. Tutoria Inadequada

101. A unidade técnica identificou evidências de fragilidades na tutoria no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, tendo destacado os seguintes pontos:

101.1) conforme disposto no art. 15, III, da Lei nº 12.871/2013, o tutor acadêmico é o docente médico que será responsável pela orientação acadêmica. Nessa mesma linha, a Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013 prevê que o tutor acadêmico corresponde ao docente médico responsável pela orientação acadêmica e pelo planejamento das atividades do supervisor (art. 4º, VII). Já o art. 12 da referida portaria determina que as instituições públicas de educação superior brasileiras, as escolas de saúde pública e as outras entidades privadas participantes do

Projeto devem indicar os tutores (art. 12, IV) e acompanhar as atividades executadas por eles (art. 12, II);

101.2) os tutores farão a uma bolsa, no valor mensal de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), consoante disposto nos arts. 19, III, da Lei nº 12.871/2013 e 22, III, da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013. Em contrapartida, eles executarão as seguintes atividades, que foram descritas no art. 14 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013:

- coordenar as atividades acadêmicas da integração ensino-serviço, atuando em cooperação com os supervisores e os gestores do SUS;
- indicar, em plano de trabalho, as atividades a serem executadas pelos médicos participantes e supervisores e a metodologia de acompanhamento e avaliação;
- monitorar o processo de acompanhamento e avaliação a ser executado pelos supervisores, garantindo sua continuidade;
- integrar as atividades do curso de especialização e de integração ensino-serviço;
- relatar à instituição pública de ensino superior à qual está vinculado a ocorrência de situações nas quais seja necessária a adoção de providências pela instituição;
- apresentar relatórios periódicos sobre a execução de suas atividades à instituição pública de ensino superior à qual está vinculado e à Coordenação do Projeto;

101.3) de acordo com o § 3º do art. 15 da Lei nº 12.871/2013, a atuação e a responsabilidade dos tutores são limitadas, exclusivamente, às questões acadêmicas;

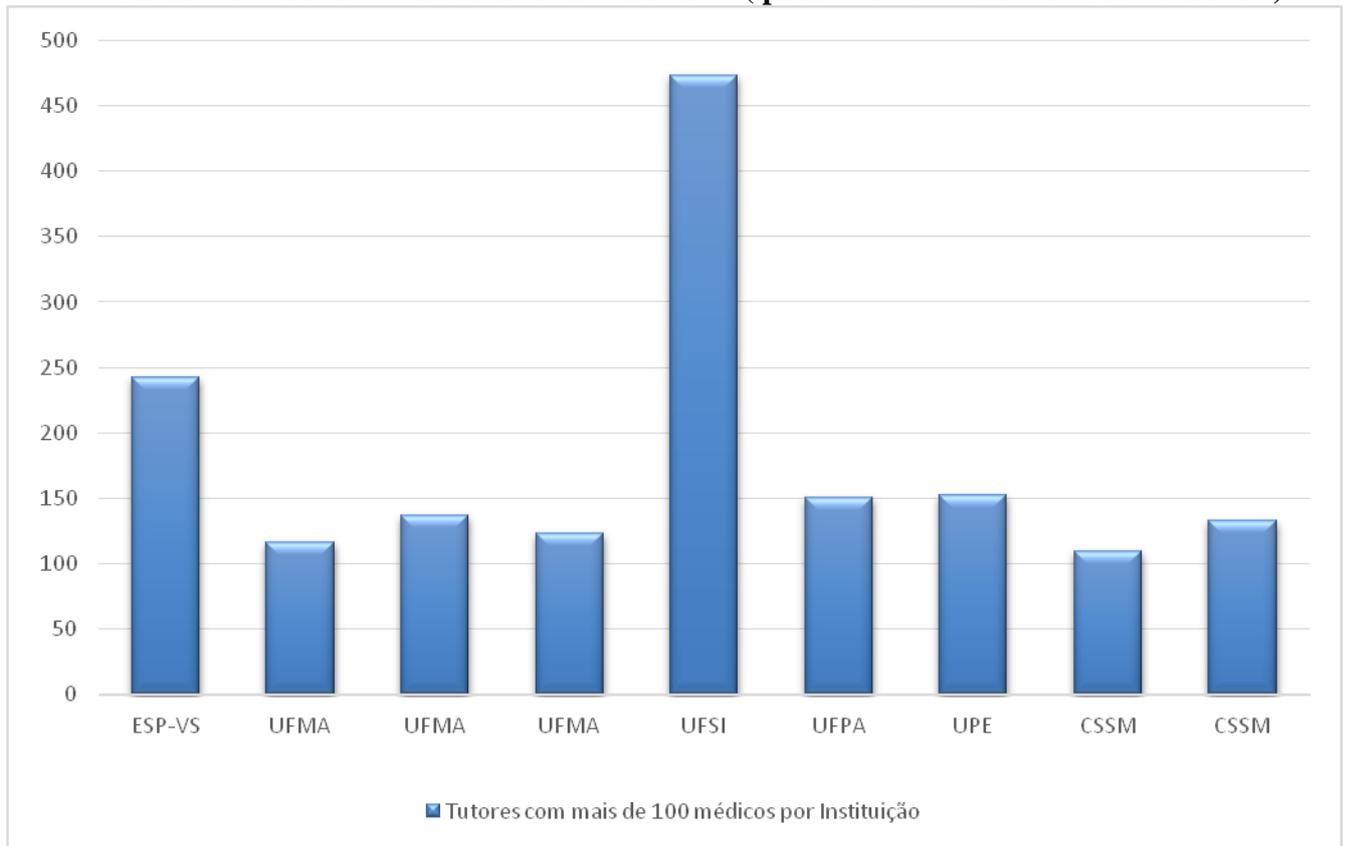
101.4) com base em relatório da UNA-SUS, extraído em 25/6/2014, verificou-se que existiam 120 tutores ativos e confirmados para um total de 14.152 médicos ativos no Projeto (peça 136). De acordo com a Coordenação Nacional do Projeto Mais Médicos (p. 17 da peça 135), a proporção ideal seria de um tutor para cada dez supervisores e cem médicos participantes. Tendo por base essa relação, os 120 tutores cadastrados na UNA-SUS realizariam a tutoria adequada de 12.000 médicos participantes. Assim sendo, 2.152 médicos estariam com uma tutoria deficiente e seriam necessários mais 22 tutores para atingir a proporção preconizada pelo modelo;

101.5) por meio do Ofício nº 126/2014 - GAB/Sesu/MEC (p. 5 da peça 49), a Secretaria do Ensino Superior do Ministério da Educação - Sesu/MEC afirmou que não era possível apresentar a informação solicitada pela equipe de auditoria (indicação de quais supervisores e médicos estavam sob a responsabilidade de cada tutor), uma vez que não havia uma vinculação permanente de um tutor a um supervisor. Esse fato obsta o correto controle da distribuição do trabalho entre os tutores e os supervisores;

101.6) contudo, um exame mais detalhado da quantidade de médicos participantes sob responsabilidade de cada tutor foi possível por meio da análise das relações nominais de tutores, supervisores e médicos participantes apresentadas por algumas universidades conveniadas ao Projeto. Essas relações foram encaminhadas anexas à resposta da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde - SGTES/MS ao Ofício de Requisição nº 11-156/2014 - TCU/SecexSaúde (peça 112);

101.7) com base nessas informações, foi elaborado um quadro (pp. 1 e 2 da peça 134), no qual verifica-se que nove tutores tiveram sob sua responsabilidade mais de cem médicos (média de 182 médicos por tutor). Merece ser destacado que a representatividade desses tutores com número excessivo de médicos é baixa (nove de um total de 120 tutores). Entretanto, a amostra de médicos presentes nessas listas também é pequena, somente 5.048 médicos, perante o total de 14.152 cadastrados no site da UNA-SUS, o que leva a crer que mais tutores podem estar acumulando um número excessivo de médicos participantes.

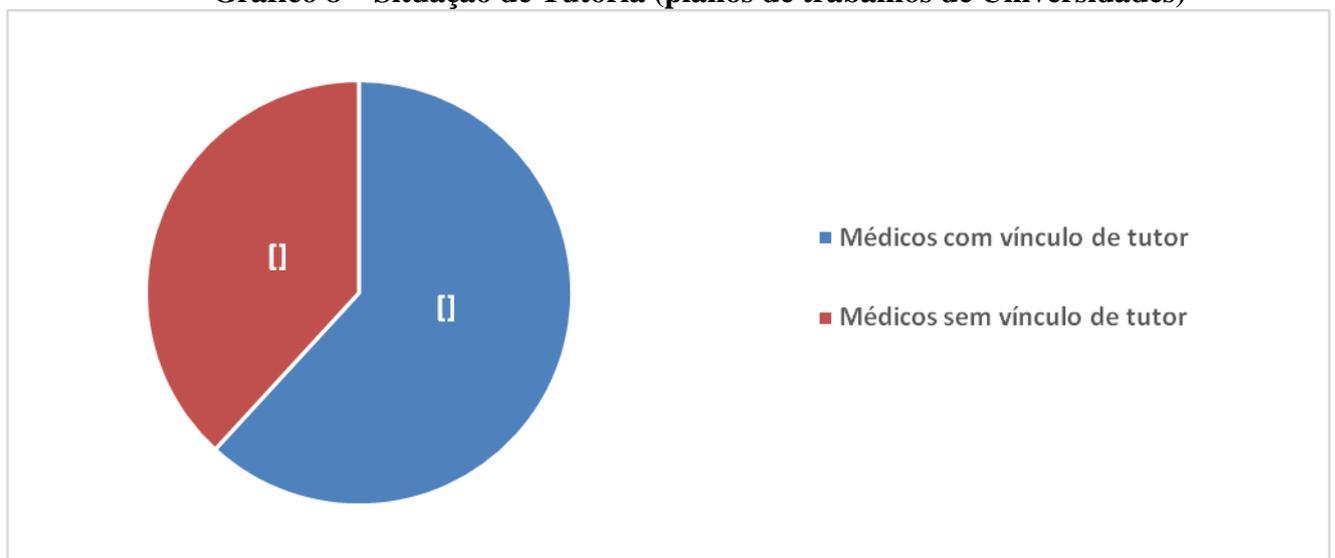
Gráfico 7 – Tutores com mais de 100 médicos (planos de trabalhos de Universidades)



Fonte: planos de trabalho de Universidades, conforme resposta do Sese/MEC (peça 134).

101.8) no mesmo quadro, constata-se que 1.929 médicos não têm supervisor nem tutor relacionados nas listas fornecidas pelas Universidades. Conseqüentemente, esses médicos poderiam estar sem supervisão nem tutoria. Esse dado é ainda mais preocupante quando se vê que, em alguns casos, o percentual de médicos sem tutor nem supervisor vinculado é bastante elevado, atingindo, por exemplo, 44,63% (FUABC-SP), 51,49% (CSSM-SP) e 55% (SESBA-BA).

Gráfico 8 – Situação de Tutoria (planos de trabalhos de Universidades)



Fonte: planos de trabalho de Universidades, conforme resposta do Sese/MEC (peça 112).

101.9) uma causa provável para o número insuficiente de tutores reside no planejamento inadequado da quantidade necessária desses profissionais. Já no que se refere aos médicos sem tutores vinculados, a causa pode estar relacionada ao não cadastramento de tutores no sistema da UNA-SUS ou ao grande lapso de tempo que decorre entre a contratação de tutores e o respectivo cadastramento no sistema;

101.10) o número insuficiente de tutores gera o acúmulo de médicos por tutor, a precarização da tutoria, prejuízos para a orientação acadêmica e, até mesmo, a ausência de tutoria para vários médicos participantes do projeto. Nesse contexto, cabe:

- dar ciência à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil de que a existência de um número insuficiente de tutores prejudica a orientação acadêmica dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, em afronta ao disposto no art. 15, III, da Lei nº 12.871/2013;

- recomendar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que estude a criação de mecanismos que possibilitem a consulta, no site da UNA-SUS, à relação direta e nominal de tutores, supervisores e médicos participantes, a fim de conferir maior transparência ao Projeto Mais Médicos para o Brasil;

- recomendar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, juntamente com a UNA-SUS, que atualize constantemente a lista nominal de tutores e respectivos supervisores e médicos participantes, de modo que não haja médicos sem tutores e supervisores vinculados;

101.11) espera-se que o atendimento a essas recomendações colabore para o aumento do número de tutores, para que a proporção de um tutor para dez supervisores e cem médicos seja respeitada, para que haja uma tutoria adequada dos participantes do Projeto e para aumentar a transparência do Projeto, por meio da publicação no site da UNA-SUS da relação nominal dos tutores, supervisores e médicos participantes;

101.12) observou-se, ainda, na presente auditoria, que o plano de trabalho sob responsabilidade dos tutores é muito superficial, servindo basicamente para detalhar mensalmente a lista de supervisores e médicos que se encontra sob a responsabilidade de cada um deles. Cumpre destacar que, entre as atribuições dos tutores descritas no art. 14, II, da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, está a de indicar no plano de trabalho as atividades a serem executadas pelos médicos participantes e supervisores e a metodologia de acompanhamento e avaliação;

101.13) contudo, observou-se nos planos de trabalho encaminhados pela SGTES/MS, extraídos do sistema da UNA-SUS (pp. 1 a 54 da peça 133), que a estrutura desses documentos é bastante simplificada, estando dividida em três itens:

- dados gerais: identificação do tutor;
- objetivos e atribuições do tutor acadêmico: atribuições padronizadas do tutor, na forma de orientações gerais, são exatamente as mesmas em todos os planos de trabalho;

- atividades a serem desenvolvidas pelos supervisores; lista nominal com a relação direta dos médicos participantes, tutores e supervisores. Há ainda a justificativa para os casos em que a proporção de 10 médicos para cada supervisor não foi alcançada;

101.14) nota-se que esse plano de trabalho está muito simplificado e engessado, não permitindo ao tutor detalhar as atividades a serem executadas pelos participantes e supervisores e a metodologia de acompanhamento, em desacordo com o art. 14, II, da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013. Sobre esse ponto, a SESU/MEC informou que os planos de trabalho foram desenhados de maneira a facilitar as atividades dos tutores, no sentido de relacionar todos os médicos alocados no território coberto pela respectiva Instituição Superiora e organizar as visitas a esses médicos (p. 7 da peça 49). Isso corrobora o entendimento de que tal instrumento se destina precipuamente a facilitar a distribuição dos médicos sob responsabilidade de cada supervisor e tutor, cuidando em caráter secundário da apresentação das atividades a serem executadas pelos supervisores e médicos participantes do Projeto;

101.15) os tutores entrevistados informaram que detalhavam no plano uma série de

atividades, tais como: consultas, visitas domiciliares, reuniões e palestras com as equipes e a comunidade. Entretanto, essas informações não constam dos planos de trabalho apresentados;

101.16) a inadequação do plano de trabalho pode estar ligada a uma elaboração ineficaz desse instrumento, em desacordo com o art. 14, II, da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013. Cabe destacar que dessa inadequação decorre a elaboração de planos de trabalho superficiais e focados apenas na distribuição de médicos para cada supervisor e tutor, sem indicar, de fato, as atividades a serem executadas pelos médicos participantes e supervisores nem a metodologia de acompanhamento e avaliação. Em consequência, cumpre recomendar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que, juntamente com a UNA-SUS, estude uma maneira de aprimorar o plano de trabalho, de forma a torná-lo compatível com os preceitos do art. 14, II, da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013. Além disso, os tutores devem ser orientados quanto ao seu correto preenchimento;

101.17) a equipe de auditoria constatou, ainda, que a atuação do tutor não tem sido adequada no que concerne à orientação acadêmica dos médicos participantes, a qual deve observar o disposto no art. 15 da Lei nº 12.871/2013. O art. 14 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013 define uma série de atribuições para o tutor acadêmico, tais como:

- coordenar as atividades acadêmicas de integração ensino-serviço, em cooperação com os supervisores e gestores do SUS;
- indicar, em plano de trabalho, as atividades a serem executadas pelos médicos participantes e pelos supervisores e a metodologia de acompanhamento e avaliação;
- monitorar o processo de acompanhamento e avaliação a ser executado pelos supervisores, garantindo sua continuidade;
- integrar as atividades do curso de especialização às atividades de integração ensino-serviço;
- relatar à instituição pública de ensino superior à qual está vinculado a ocorrência de situações nas quais seja necessária a adoção de providências pela instituição;
- apresentar relatórios periódicos da execução de suas atividades no Projeto para a instituição pública de ensino superior à qual está vinculado e para a Coordenação do Projeto;

101.18) na prática, o tutor se concentra em coordenar a distribuição de médicos participantes entre os supervisores em uma determinada área geográfica. Adicionalmente, dedica-se a atividades administrativas, servindo de ligação entre os supervisores e a Coordenação do Projeto. Diferentemente do que dispõe o art. 14 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, ele não coordena atividades acadêmicas de integração ensino-serviço, não indica as atividades desenvolvidas pelos médicos participantes e pelos supervisores em plano de trabalho, não explicita a metodologia de acompanhamento e avaliação nem relaciona as atividades do curso de especialização àquelas concernentes à integração ensino-serviço. Assim sendo, ele coordena os supervisores e interage com os órgãos gestores do Projeto, desempenhando mais uma função de gestão do que de orientação acadêmica;

101.19) sobre essa questão, a Sesu/MEC informou, por meio do Ofício nº 126/2014 - GAB/Sesu/MEC, que o tutor acadêmico é responsável pela orientação acadêmica e pelo planejamento das atividades do supervisor, trabalhando em parceria com as Coordenações Estaduais do Projeto. Nessa condição, ele deve coordenar atividades acadêmicas de integração ensino-serviço, atuando em cooperação com os supervisores e os gestores do SUS. Para isso, deve realizar reuniões periódicas com os supervisores e participar das reuniões da Comissão estadual do projeto (p. 6 da peça 49);

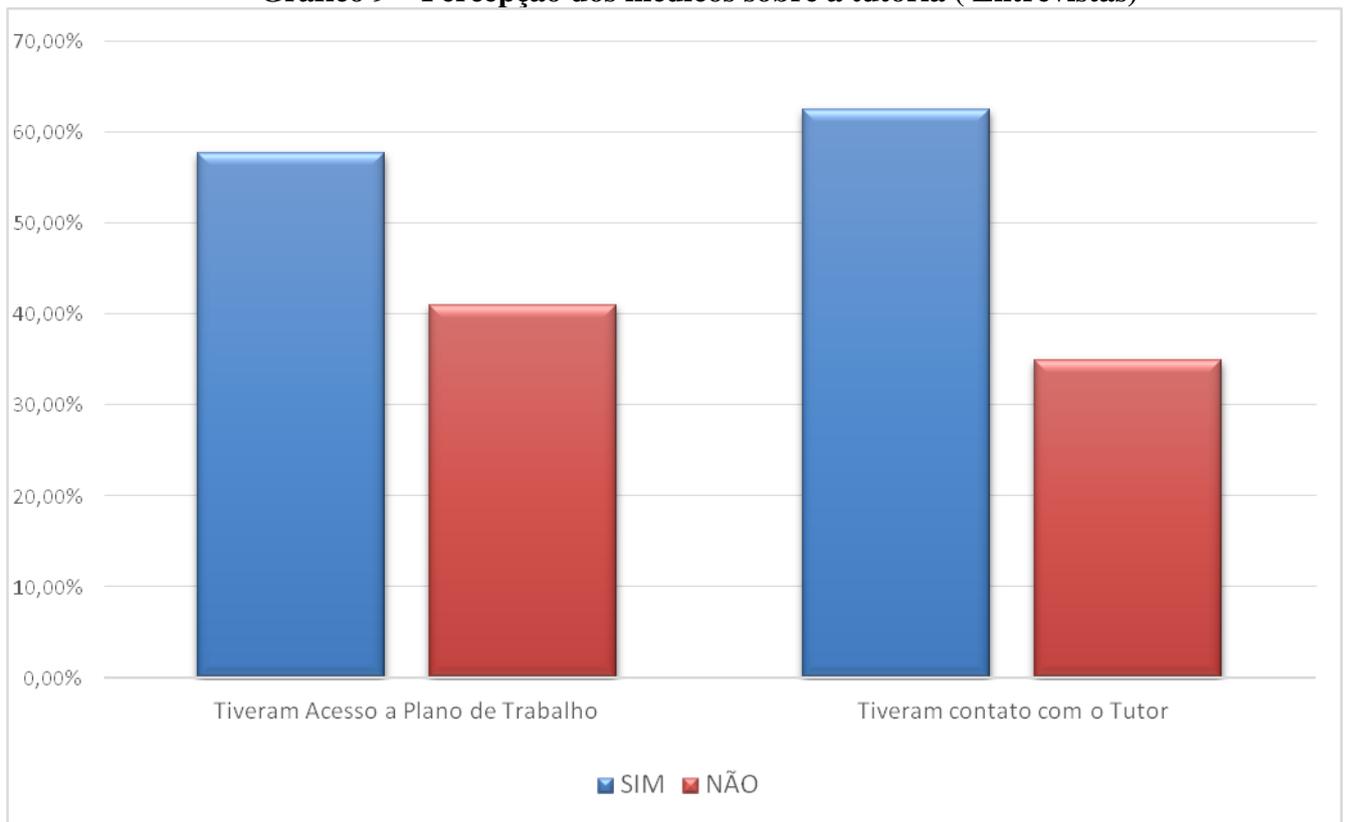
101.20) a orientação acadêmica está a cargo do tutor responsável pelo curso de especialização à distância, ofertado pelas dez Instituições de Ensino Superior conveniadas ao Projeto, por meio da Rede da UNA-SUS, como pode ser verificado nas ementas dos cursos de especialização informadas pela SGTES/MS em resposta ao Ofício de Requisição nº 10-156/2014 - TCU/SECEXSAUDE (pp. 9 a 28 da peça 65). Esse profissional, que está vinculado ao curso

oferecido, não se confunde com aquele previsto no art. 15, III, da Lei nº 12.871/2013;

101.21) com espeque nessas considerações, conclui-se que o tutor que somente desenvolve o plano de trabalho e se dedica à coordenação dos supervisores, inclusive no que concerne à validação das bolsas-supervisão, que depende do envio dos relatórios de supervisão, realiza atividades aquém daquelas previstas em lei. Importa destacar que o gestor público somente pode atuar conforme os critérios de oportunidade e conveniência nos atos discricionários, situações nas quais a lei concedeu, explícita ou implicitamente, essa liberdade. Nos atos vinculados, quando a lei determina os elementos do ato, não é oferecida ao gestor público a possibilidade de adotar observando tais critérios. Ademais, conforme esclarecido no Acórdão nº 1.043/2014 - Plenário, uma vez constatado que um ato vinculado viola norma legal ou que estão ausentes as condições de validade do ato discricionário, esta Corte possui competência para determinar as providências necessárias para corrigir esse ato;

101.22) as entrevistas realizadas com médicos participantes demonstraram a existência de um certo distanciamento entre esses profissionais da saúde e os tutores responsáveis pelos planos de trabalho. Dos 149 médicos entrevistados, 86 (57,72%) afirmaram que não tiveram acesso ao plano de trabalho contendo as indicações das atividades a serem realizadas e a metodologia de acompanhamento e avaliação, enquanto 61 (40,94%) disseram que já tiveram acesso a ele. Ademais, 52 (34,90%) responderam que não tiveram contato com o tutor, contra 93 (62,42%) que responderam que já tiveram esse contato;

Gráfico 9 – Percepção dos médicos sobre a tutoria (Entrevistas)



Fonte: Entrevistas com gestores

101.23) eventuais desvios da função do tutor podem estar relacionados com a falta de planejamento da contratação de profissionais especificamente voltados para a gestão administrativa do Projeto. Esses últimos deveriam coordenar os supervisores, evitando que os tutores tivessem que exercer esse papel;

101.24) a utilização de tutores em função distinta da preconizada na Lei nº 12.871/2013 também gera a falta de envolvimento com os médicos participantes e com o curso de especialização em si. Adicionalmente, prejudica a integração entre ensino-serviço no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Em virtude disso, mostra-se imperioso determinar à Coordenação desse Projeto que, no prazo de sessenta dias, crie mecanismos para que os tutores responsáveis por elaborar os planos de trabalho se dediquem, de fato, à orientação acadêmica no âmbito da especialização e à integração ensino-serviço, conforme estabelece o art. 14 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013.

III.3. Fragilidades no Módulo de Acolhimento permitiram a aprovação e a efetiva atuação de médicos que não atingiram os critérios mínimos de suficiência de desempenho previstos na Portaria Conjunta MS-MEC nº 1, de 21/1/2014

102. A equipe de auditoria detectou algumas inconsistências no módulo de acolhimento realizado pelos médicos intercambistas, que não respeitou os critérios definidos na Portaria Conjunta MS/MEC nº 1, de 21/1/2014, a qual dispõe especificamente sobre esse módulo.

103. A Medida Provisória 621, de 8/7/2013, que instituiu o Programa Mais Médicos, não tratava especificamente do módulo de acolhimento do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Contudo, essa MP estabelecia que o médico intercambista deveria possuir conhecimentos de língua portuguesa (art. 9º, § 1º, III).

104. Já a Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 8/7/2013, que dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, contém um capítulo específico sobre o módulo de acolhimento e avaliação dos médicos intercambistas. Essa norma determina que tal módulo seja executado na modalidade presencial, com carga horária mínima de 120 (cento e vinte) horas, e contemple conteúdo relacionado à legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, funcionamento e atribuições do SUS, notadamente no que concerne à atenção básica em saúde, e à Língua Portuguesa (art. 16, *caput*).

105. Posteriormente, a Lei nº 12.871, de 22/10/2013 estabeleceu que o primeiro módulo do curso de especialização, denominado módulo de acolhimento, teria a duração de 4 (quatro) semanas, sendo executado na modalidade presencial, com carga horária mínima de 160 (cento e sessenta) horas. O referido módulo contemplaria um conteúdo relacionado à legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, ao funcionamento e às atribuições do SUS, notadamente da Atenção Básica em saúde, aos protocolos clínicos de atendimentos definidos pelo Ministério da Saúde, à língua portuguesa e ao código de ética médica (art. 14, § 3º).

106. Em resposta ao Ofício de Requisição nº 11-156/2014 - TCU/SecexSaúde (peça 33), a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (Sesu/MEC) apresentou o Ofício nº 126/2014 - GAB/Sesu/MEC, por meio do qual encaminhou as notas dos médicos intercambistas (individual e cooperado) obtidas no módulo de acolhimento nos eixos de língua portuguesa e saúde, com discriminação daqueles que entraram em recuperação, dos que foram aprovados e daqueles reprovados (p. 4 da peça 49 e pp. 1 a 168 da peça 111).

107. Nesse ofício, a Sesu/MEC informou ainda que:

“Em decorrência da conversão da Medida Provisória nº 621/2013 na Lei nº 12.871/2013, houve mudança na redação do dispositivo que rege a avaliação inicial dos médicos intercambistas, estabelecendo a avaliação no Eixo Saúde, não prevista no texto original da MP. Desta forma, houve mudanças na metodologia de aplicação das provas, bem como na sistematização das notas dos intercambistas. Considerando o exposto, informamos que as notas sistematizadas disponíveis para o 1º e 2º Módulos estão disponíveis apenas no formato de conceito (resultado) para avaliação do Eixo Língua Portuguesa.”

108. A Medida Provisória nº 621/2013 não tratava do módulo de acolhimento, prevendo apenas a necessidade de o médico intercambista ser dotado de conhecimentos da língua portuguesa.

Por outro lado, a Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, publicada na mesma data que a MP nº 621/2013 (8/7/2013), já trazia a primeira regulamentação do Módulo de Acolhimento, que deveria contemplar conteúdos relacionados à legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, funcionamento e atribuições do SUS, notadamente da atenção básica em saúde, e Língua Portuguesa. Apesar dessa primeira regulamentação sobre o conteúdo desse módulo, ainda não havia, de fato, critérios mais específicos acerca da aprovação, recuperação e reprovação dos participantes. Tal detalhamento só veio com o advento da Portaria Conjunta MS/MEC nº 1, de 21/1/2014, que dispôs mais especificamente sobre o Módulo de Acolhimento, definindo os eixos de Língua Portuguesa e de Competência em Saúde (art. 9º, I e II) e tratando dos conceitos de suficiência (suficiente, insuficiente, parcialmente suficiente, art. 13) e das situações de aprovação, recuperação e reprovação (arts. 14 a 17).

109. A Portaria Conjunta MS/MEC nº 1/2014 dispõe sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação de Médicos Intercambistas nas ações educacionais e de aperfeiçoamento desenvolvidas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, determinando que a partir das notas das avaliações dos eixos de Língua Portuguesa e Saúde são gerados conceitos que definem a aprovação do médico no Módulo de Acolhimento e Avaliação, devendo ser observados os seguintes critérios (art. 13):

- I - Suficiente: nota maior ou igual a 5,0;
- II - Parcialmente Suficiente: nota entre 3,0 e 5,0;
- III - Insuficiente: nota menor ou igual a 3,0.

110. A referida Portaria definiu, ainda, que o médico intercambista:

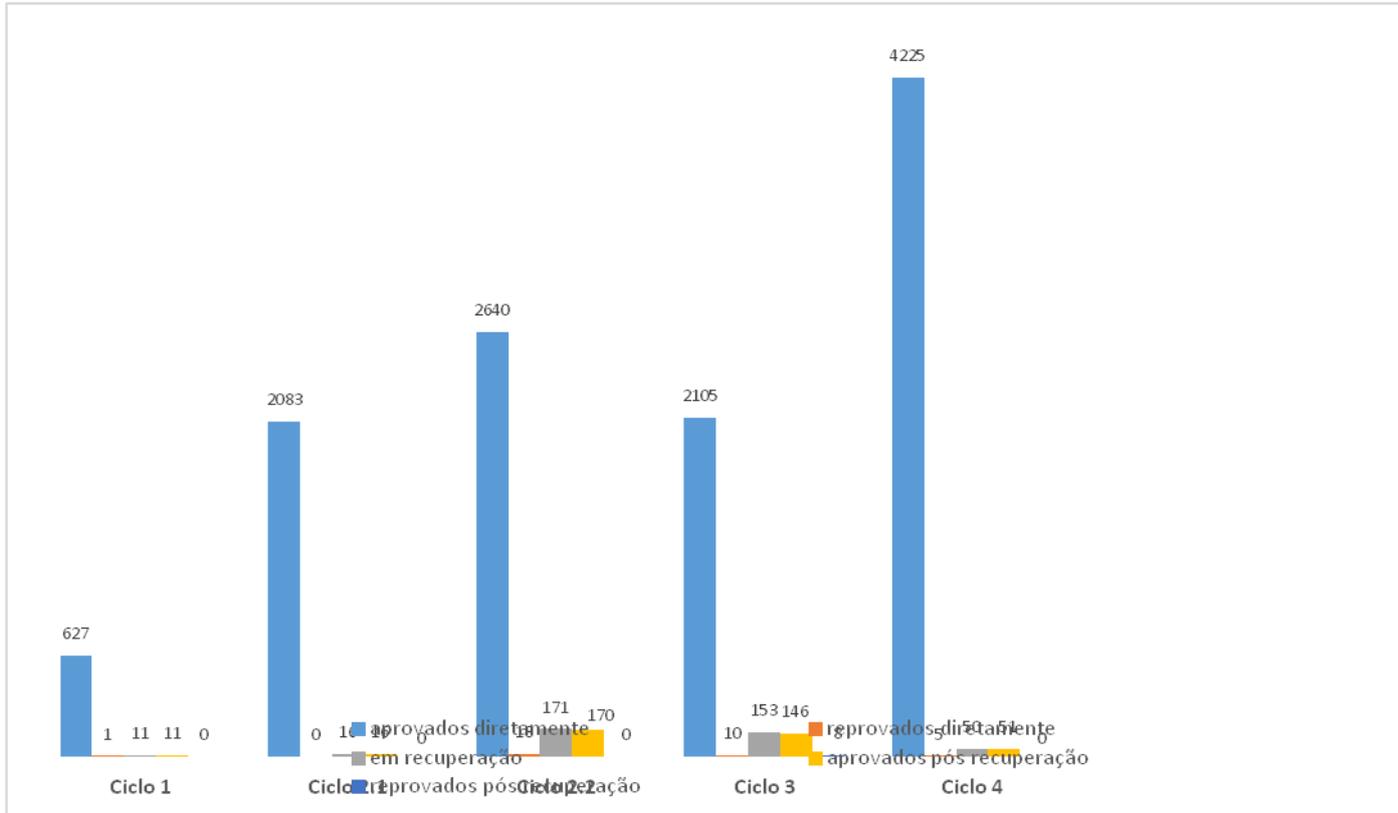
- será aprovado se obtiver conceito suficiente nos eixos de Língua Portuguesa e de Saúde (art. 14);

- deverá realizar recuperação e ser submetido à nova avaliação, se obtiver conceito parcialmente suficiente em apenas um dos eixos (art. 15). Na avaliação da recuperação, será aprovado se obtiver conceito suficiente (art. 17);

- será reprovado se obtiver conceito insuficiente em qualquer dos eixos ou parcialmente suficiente em ambos os eixos (art. 16).

111. A Portaria em tela foi publicada em janeiro de 2014. Assim sendo, só foram avaliadas as notas dos ciclos 2.2, 3 e 4 do módulo de acolhimento, que ocorreram após essa publicação. À primeira vista, o resultado geral apresentado pelos dados da Sesu/MEC pode ser considerado satisfatório, na medida em que dos 12.517 médicos informados, apenas 401 entraram em recuperação (3,20%) e somente 42 foram reprovados (0,34%). Dos que entraram em recuperação apenas oito foram reprovados após nova avaliação (2%), sendo que os 34 restantes sofreram reprovação direta, sem passar por recuperação. O gráfico a seguir apresenta o aproveitamento geral dos médicos intercambistas que participaram dos ciclos 1, 2.1, 2.2, 3 e 4 do módulo de acolhimento:

Gráfico 10 - Aproveitamento dos médicos nos ciclos 1, 2.1, 2.2, 3 e 4 do Módulo de Acolhimento.



Fonte: Ministério da Saúde (peça 49, p. 4 e peça 111, p. 1-168).

112. Não obstante esse quadro aparentemente muito favorável, a equipe de auditoria empreendeu uma análise pormenorizada das notas obtidas em cada eixo pelos aprovados, pelos que entraram em recuperação e pelos reprovados, observando os parâmetros de suficiência e as situações de aprovação, recuperação e reprovação definidas na Portaria Conjunta MS/MEC nº 1/2014. Ademais, fez-se um comparativo com a lista de médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil que estavam em atividade até 12/5/2014, a qual foi fornecida pela SGTES/MS em resposta ao Ofício de Requisição nº 10-156/2014 - TCU/SecexSaúde (peça 72).

113. A partir dessa análise, a unidade técnica destacou que:

113.1) 46 médicos que estão em atividade deveriam ter sido reprovados diretamente, porque obtiveram conceito insuficiente em um dos eixos, ou seja, tiraram notas menores ou iguais a 3,0 (pp. 1 e 2 da peça 137). Um desses profissionais obteve nota 3,0 no eixo de Língua Portuguesa, entrou em recuperação e, na prova respectiva, conseguiu nota 3,75 (conceito parcialmente suficiente). Assim sendo, ele deveria ter sido reprovado na recuperação. Importa destacar que 45 desses 46 médicos receberam conceito insuficiente no eixo relativo à saúde, o que demonstra que não apresentaram conhecimento mínimo para exercer a medicina no âmbito desse projeto. Tal constatação se torna ainda mais grave quando se considera que esses médicos não revalidaram os respectivos diplomas;

113.2) em seus comentários à versão preliminar do relatório elaborado pela equipe de auditoria, o Ministério da Saúde alegou que, desses 46 médicos, 29 realizaram o ciclo 2.2 do módulo de acolhimento em período anterior à publicação da Portaria Conjunta MS/MEC nº 1/2014 (p. 8 da peça 151, p. 8). Assim sendo, não seria cabível utilizar o conceito “insuficiente” para os casos em que as notas obtidas por eles foram menores ou iguais a três. O Ministério acrescentou que o manual instrutivo vigente recomendava a condução do processo de recuperação nesses casos. Contudo, não foi apresentado o referido manual;

113.3) em relação aos médicos que realizaram o módulo de acolhimento em período posterior ao início de vigência desse normativo (ciclos 3 e 4), o Ministério da Saúde argumentou que: *“Nos ciclos 3 e 4, apesar de terem ocorrido após a publicação da Portaria Conjunta, foi considerado ainda como critério o preconizado no manual instrutivo, visto o período de adaptação/adequação.”* (p. 8 da peça 151). Entretanto, a Portaria Conjunta MS/MEC nº 1/2014 não dispõe sobre período de adaptação e seu art. 25 deixa claro o início da vigência das regras dispostas nessa nova norma. Diante dos fatos expostos, mantém-se a constatação inicialmente apontada em relação a esses 46 médicos participantes, que deveriam ter sido reprovados diretamente, por terem obtido conceito insuficiente em um dos eixos do módulo;

113.4) o Ministério da Saúde reconheceu que a médica D. L. S. J. (p. 1 da peça 137), que obteve nota dois no eixo saúde, deveria ter sido reprovada diretamente. Entretanto, ela foi indevidamente encaminhada para a fase de recuperação, na qual teria apresentado um desempenho satisfatório. Ainda segundo o Ministério, o desempenho na recuperação aliado ao ônus decorrente do desligamento dessa participante foram levados em consideração, o que fundamentou a decisão de considerar o resultado da recuperação como uma reavaliação e não provocar uma descontinuidade das ações de ensino-serviço (p. 9 da peça 151);

113.5) em que pese essas alegações, deve-se levar em conta que essa médica não atingiu os requisitos mínimos definidos pela Portaria Conjunta MS/MEC nº 1/2014 para ser aprovada no módulo de acolhimento. Cabe lembrar que essa etapa do Projeto serve como um primeiro filtro de seleção daqueles aptos ou não a participarem do projeto. Ademais, é mais um dos pilares elencados pela lei, juntamente com a tutoria e a supervisão, para compensar a ausência de revalidação de diploma dos médicos formados em instituição de ensino superior estrangeira. Por fim, não é recomendável conferir a essa médica um tratamento diferente daquele dispensado aos outros profissionais que, por não terem conseguido o mínimo exigido, nem sequer ingressaram na fase de recuperação;

113.6) outros 46 médicos que estão em atividade foram encaminhados para a fase de recuperação de forma regular, porém, na prova correspondente a essa fase obtiveram conceitos parcialmente suficientes, o que implica dizer que deveriam ter sido aprovados. Dito de outra forma, suas notas variaram de 3,0 a 4,9, quando precisariam ser superiores a 5,0. Em todos os casos, a recuperação se deu no eixo de Língua Portuguesa (pp. 3 e 4 da peça 137). Em relação a essa constatação, o Ministério da Saúde argumentou que, na avaliação das provas de recuperação no eixo de Língua Portuguesa dos módulos relativos aos Ciclos 2.2 e 3, foi utilizada uma escala de notas que possuía a pontuação máxima de 6 pontos (peça 161). Tal procedimento seria compatível com o modelo previsto na Portaria Conjunta MEC/MS nº 1/2014, uma vez que foi realizada a conversão da pontuação para a escala de 0 a 10. A fim de corrigir esse erro, o Ministério da Saúde encaminhou uma nova planilha de notas (peça 160);

113.7) cumpre ressaltar que a utilização de uma escala reduzida (0 a 6) está em desacordo com o preconizado pela Portaria Conjunta MEC/MS nº 1/2014, conforme informado pelo próprio Ministério da Saúde. Ademais, o argumento de que houve a utilização dessa escala para os ciclos 2.2 e 3 não merece prosperar, haja vista que em consulta à planilha encaminhada inicialmente para a equipe de auditoria, pode-se visualizar diversos médicos participantes que fizeram os ciclos 2.2 e 3 do módulo de acolhimento com notas superiores a 6,0, tanto na primeira avaliação (pp. 51 a 112 da peça 111) quanto na recuperação (pp. 163 a 167 da peça 111). Por fim, cabe destacar que não foram colacionadas aos presentes autos as provas realizadas pelos referidos médicos, com a utilização dessa escala de 0 a 6, tampouco foi apresentado o mencionado manual instrutivo que dispunha sobre a utilização dessa escala reduzida. Diante disso, a equipe entendeu que subsiste a aprovação indevida desses 46 médicos após as respectivas fases de recuperação;

113.8) outros 43 médicos em atividade entraram em recuperação de forma regular, pois obtiveram conceito parcialmente suficiente apenas no eixo de saúde, no entanto, fizeram a prova de recuperação no eixo de Língua Portuguesa, obtendo por fim a aprovação. A inconsistência, nesse

caso, é a realização de nova prova em eixo distinto daquele no qual o médico entrou em recuperação (pp. 5 e 6 da peça 137). Esta constatação também foi contestada pelo Ministério da Saúde (p. 6 da peça 151), o qual alegou que, ao revisar as provas de recuperação desses médicos, identificou que esses profissionais realizaram a recuperação nos eixos corretos, havendo, assim, apenas um erro na inserção das notas na planilha. Nesse ponto, diante da apresentação das provas realizadas pelos médicos no eixo da saúde (peças 156 a 160), a equipe de auditoria considerou que a suposta irregularidade foi afastada;

113.9) um médico que se encontra em atividade foi aprovado diretamente, apesar de ter obtido no eixo de Língua Portuguesa nota 4,74, o que deveria ter acarretado o seu ingresso na fase de recuperação nesse eixo (p. 7 da peça 137). Além disso, um médico entrou em recuperação no eixo saúde, porém seu nome não consta da lista de aprovados nem na de reprovados após a recuperação. Assim sendo, não se sabe se ele fez a prova de recuperação e qual foi sua nota. Apesar disso, tal médico encontra-se em atividade (p. 7 da peça 137). Em relação a essas duas supostas irregularidades, o Ministério da Saúde afirmou que essas notas foram revistas pela Comissão Pedagógica do Ministério da Educação, que teria chegado às seguintes conclusões:

- no primeiro caso, a nota no eixo da saúde teria passado de 4,74 para 5,0;
- no segundo caso, apesar de não ter sido computada a nota, o participante teria sido aprovado na nova avaliação com nota 7,5;

113.10) não foi acostada aos presentes autos nenhuma documentação que evidenciasse tais alterações de nota, como as provas realizadas ou as resoluções e portarias da Comissão Pedagógica do Ministério da Educação que revisaram as notas desses participantes. Logo, não foram descaracterizadas as inconsistências detectadas;

113.11) por fim, cabe frisar que uma médica participante que se encontra em atividade entrou em recuperação em Língua Portuguesa, fez novamente a prova nesse eixo e foi reprovada (p. 7 da peça 137). Ao todo, foram detectadas irregularidades na aprovação e alocação de 95 médicos, conforme exposto acima. Considerando apenas o universo dos 9.752 médicos que participaram dos ciclos 2.2, 3 e 4, a representatividade dos que foram aprovados de forma irregular é pequena, cerca de 0,97%. Todavia, a gravidade da inconsistência demanda a adoção de ações corretivas por parte do Ministério da Saúde, pois tais profissionais ou não demonstraram conhecimento suficiente para o exercício da medicina ou não comprovaram o domínio do idioma, além de terem sido dispensados de revalidar o diploma no país. A tabela a seguir resume as situações dos médicos que foram aprovados de forma irregular:

Tabela 3 - Situações de médicos que foram aprovados de forma irregular no módulo de acolhimento

Médicos em atividade que deveriam ter sido reprovados		
Quantidade de médicos	Quantidade de médicos	Discriminação
93	46	Médicos que deveriam ter sido reprovados diretamente por terem obtido conceito insuficiente em um dos eixos (pp. 1 e 2 da peça 137)
	46	Médicos que entraram em recuperação de forma regular, porém, deveriam ter sido reprovados na prova de recuperação, pois conseguiram conceito parcialmente suficiente (pp. 3 e 4 da peça 137)
	1	Médica que ficou em recuperação em Língua Portuguesa, fez a prova e foi reprovada (p. 7 da peça 137)
Médicos em atividade que fizeram recuperação de forma irregular ou não a fizeram		

Quantidade de médicos	Quantidade de médicos	Discriminação
2	1	Médico que foi aprovado diretamente embora devesse ter entrado em recuperação (p. 7 da peça 137)
	1	Médico que entrou em recuperação, mas não está relacionado na lista de aprovados ou reprovados após a recuperação (p. 7 da peça 137)
95	TOTAL	

Fonte: Ministério da Saúde (peça 49, p. 4 e peça 111, p. 1-168).

114. No que concerne às entrevistas realizadas, a equipe de auditoria destacou que:

114.1) dos 114 médicos estrangeiros entrevistados, 40 (35,09%) relataram que em algum momento houve dificuldade de comunicação no atendimento aos pacientes, devido a barreiras linguísticas, enquanto 72 (63,16%) responderam que não houve essa dificuldade. No que se refere a eventuais dificuldades em relação às competências da área de saúde, dos 149 médicos participantes entrevistados, 75 (50,34%) disseram que já precisaram esclarecer alguma dúvida relacionada ao atendimento com seu supervisor, enquanto 70 (46,98%) responderam que não houve essa necessidade;

114.2) foram entrevistados 264 pacientes que foram atendidos por médicos intercambistas (individuais e cooperados). Dentre esses entrevistados, 150 (56,82%) relataram que não tiveram nenhuma dificuldade para entender o que o médico havia lhe falado, 84 (31,82%) relataram ter tido um pouco de dificuldade, 6 (2,27%) relataram muita dificuldade e apenas 3 (1,14%) afirmaram não ter entendido nada que o médico lhe falou. Dos 446 profissionais das equipes de saúde entrevistados, 103 (23,09%) afirmaram que há dificuldades na prestação de atendimento por parte de médicos estrangeiros devido a barreiras linguísticas e 271 (60,76%) disseram que não existe essa dificuldade. Cabe ressaltar que, para 63 (14,13%) a pergunta não se aplicava, pois não havia médicos estrangeiros nas respectivas unidades de saúde;

114.3) dos 40 supervisores entrevistados, 19 (47,50%) salientaram a existência de dificuldades para a prestação de atendimento pelos médicos participantes e 17 (42,50%) afirmaram não haver tais dificuldades. Em relação ao atendimento proporcionado por médicos estrangeiros, 17 (42,50%) supervisores responderam que há dificuldades na prestação de atendimento por parte de médicos estrangeiros devido a barreiras linguísticas e 19 (47,50%) disseram que não existem tais dificuldades. Em relação a dificuldades na prestação de atendimento por parte dos médicos estrangeiros devido ao desconhecimento dos protocolos clínicos, 12 (30%) supervisores responderam que havia dificuldades e 23 (57,50%) ressaltaram que tais dificuldades não existiam;

114.4) esse quadro pode ter origem em uma série de fatores ligados à execução do módulo de acolhimento, tais como: falta de controle adequado para garantir que a avaliação tenha seguido as orientações definidas, desorganização na realização das provas de recuperação, falta de controle sobre os médicos aprovados e reprovados no momento da homologação do resultado final dos ciclos do módulo de acolhimento para posterior alocação nos municípios e desarticulação entre os entes responsáveis pelo processo de acolhimento (instituições de ensino superior) e a Coordenação Nacional do Projeto;

114.5) as inconsistências detectadas possibilitaram a aprovação e posterior entrada em exercício de médicos que demonstraram possuir conhecimentos insuficientes em Língua Portuguesa ou na área de saúde. Isso vai totalmente contra o objetivo do módulo de acolhimento, que visa avaliar se os médicos formados no exterior podem exercer a medicina de forma regular no país, com domínio razoável do idioma. Tal fato é ainda mais preocupante quando se lembra que esses médicos não passaram pela revalidação do diploma no país e, por via de consequência, podem gerar riscos para a saúde da população atendida. Também deve ser sopesado o fato de que estão recebendo supervisão e tutoria precárias, conforme demonstrado acima. Diante disso, cabe

determinar à Coordenação Nacional do Projeto Mais Médicos para o Brasil que, no prazo de 60 dias, em atendimento aos arts. 13 a 17 da Portaria Conjunta MS/MEC nº 1, de 21/1/2014:

- promova a revisão das avaliações e, se for o caso, o desligamento dos médicos que se encontram em atividade, embora devessem ter sido reprovados no módulo de acolhimento, os quais estão relacionados na tabela constante do relatório da equipe de auditoria (Tabela 3, p. 44);

- apresente um plano de ação para realizar a prova de recuperação do módulo de acolhimento dos médicos participantes que se encontram em atividade apesar de terem realizado a recuperação de forma irregular ou não a terem realizado quando era preciso, os quais foram relacionados na tabela constante do relatório da equipe de auditoria (Tabela 3, p. 44), promovendo o desligamento daqueles que forem reprovados;

114.6) ademais, visando evitar que tais inconsistências persistam, cumpre recomendar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que, nos próximos módulos de acolhimento, altere os sistemas de controle e avaliação, em atendimento ao disposto nos arts. 13 a 17 da Portaria Conjunta MS/MEC nº 1, de 21/1/2014;

114.7) por fim, cabe recomendar à Coordenação Nacional do Projeto Mais Médicos para o Brasil e à Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação que melhorem a articulação entre o resultado do módulo de acolhimento e a homologação do resultado final das convocações de médicos participantes do projeto, de modo a evitar que médicos com desempenho insuficiente no módulo de acolhimento e sem o diploma revalidado entrem em exercício na rede de atenção básica do SUS.

III.4. Falhas na distribuição dos médicos do projeto

115. Após analisar a distribuição dos médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, a equipe de auditoria apontou a existência de falhas, caracterizadas pelo não atendimento de municípios carentes e por dificuldades para reter médicos integrantes das Equipes de Saúde da Família (ESF). Conforme disposto na Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, o Projeto Mais Médicos para o Brasil tem a finalidade de aperfeiçoar médicos na atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS.

116. Esse normativo define que regiões prioritárias para o SUS (art. 4º, III) são áreas de difícil acesso e provimento de médicos ou que possuam populações em situação de maior vulnerabilidade. Tais áreas são definidas com base nos critérios estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 1.377, de 13/6/2011, e devem se enquadrar em pelo menos uma das seguintes condições, que foram definidas pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013 (art. 4º, III, “a” a “d”):

a) ter o município 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS);

b) estar entre os cem municípios com mais de 80.000 habitantes com os mais baixos níveis de receita pública “*per capita*” e alta vulnerabilidade social de seus habitantes;

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

d) estar nas áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios (redação alterada pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.493, de 18/7/2013).

117. Por sua vez, o art. 2º da Portaria GM/MS nº 1.377/2011 estabelece que as áreas e regiões com carência e dificuldade de retenção de médicos integrantes de equipes de saúde da família oficialmente cadastradas serão definidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde com base em modelo que leve em conta determinados indicadores, bem como que caberá à Secretaria de Atenção à Saúde – SAS publicar a relação dessas áreas e regiões. Essa relação foi publicada no Anexo I da Portaria Conjunta da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e da SAS nº 3, de 19/2/2013.

118. Após comparar a relação dos municípios que receberam médicos do projeto até

12/5/2014 (dados fornecidos pelo Ministério da Saúde - peça 108) com aqueles relacionados pela Portaria SGTES/SAS nº 3/2013, a equipe de auditoria constatou que 592 municípios listados nessa portaria não receberam nenhum médico do projeto (peça 130). Assim sendo, verificou-se que 26% dos municípios dessa relação (592 de 2.282) não foram atendidos. Os demais 1.690 municípios da lista sob comento foram atendidos pelo projeto e receberam 4.524 médicos (até 12/5/2014), o que representava 33% de todos os médicos do projeto.

119. A equipe de auditoria ressaltou os seguintes aspectos desse achado:

119.1) a forma como ocorre o processo de seleção dos municípios participantes pode ser apontada como uma causa para essa má distribuição dos médicos do projeto. Afinal, segundo consta do art. 4º, IV, da Portaria Interministerial nº 1.369/2013, é necessário que o município manifeste seu interesse e indique as vagas existentes de médicos (resposta ao Ofício de Requisição nº 10-156/2014 – pp. 6 e 7 da peça 65). Esse tipo de critério, presente em grande parte das políticas do Ministério da Saúde, respeita a autonomia dos entes, mas pode direcionar uma grande quantidade de médicos a municípios com melhor capacidade de planejamento e articulação, em detrimento dos municípios menores. Outro ponto negativo é a inexistência de uma priorização pelo Ministério da Saúde dos municípios que possuem maior carência de médicos e estão situados em áreas de difícil acesso e provimento desse profissional;

119.2) nesse contexto, ocorre o não atendimento e a preterição de municípios com carência e dificuldade de retenção do profissional médico, o que implica dizer que a população desassistida é prejudicada. Por via de consequência, cabe recomendar ao Ministério da Saúde que priorize, nos novos ciclos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, os municípios listados no Anexo I da Portaria Conjunta SGTES/SAS nº 3, de 19/2/2013 que ainda não foram contemplados com a alocação adequada de médicos;

119.3) adicionalmente, cumpre recomendar ao Ministério da Saúde que, nos novos ciclos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, utilize como um dos critérios para a distribuição dos médicos indicadores que reflitam a disponibilidade desses profissionais nos municípios, como, por exemplo, o número de médicos (SUS e não SUS) por habitante registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

III.5. Indícios de que médicos participantes acumulam atividades com carga horária excessiva

120. Conforme disposto no art. 21 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, as ações de aperfeiçoamento dos médicos participantes serão realizadas com carga horária semanal de quarenta horas no curso de especialização e nas atividades que envolvem ensino, pesquisa e extensão, com componente assistencial na modalidade integração ensino-serviço nas unidades básicas de saúde dos municípios participantes. O cumprimento dessa carga horária está detalhado em um documento informativo do Ministério da Saúde (p. 1 da peça 120), segundo o qual o médico participante deverá atuar durante 32 horas semanais em atividades práticas na unidade de saúde e 8 horas nas demais atividades de ensino, pesquisa e extensão (curso de especialização e outros processos formativos).

121. Segundo disposto nos arts. 10, VI, e 15, IV, ambos da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, os municípios participantes devem, em conjunto com os supervisores, acompanhar e fiscalizar a execução das atividades de ensino-serviço, inclusive quanto ao cumprimento da carga horária prevista para os médicos participantes.

122. Em relação a essa questão, a equipe de auditoria ressaltou que:

122.1) consoante registrado no CNES, alguns médicos cumpriam uma carga horária total (no âmbito do projeto e fora dele) igual ou superior a cem horas, o que pode ser um indício de descumprimento da carga horária avençada no projeto em tela;

122.2) apesar de a participação dos médicos nesse projeto não ser considerada um vínculo empregatício, há a necessidade de cumprir a jornada estabelecida. Desse modo, caso haja a

acumulação de atividades por parte dos médicos participantes que possuem registro nos Conselhos Regionais de Medicina, os quais podem exercer a medicina fora do projeto, deve existir a compatibilidade de horário;

122.3) este Tribunal já admitiu como limite máximo, nos casos de acumulação de cargos ou empregos públicos, a jornada de trabalho de sessenta horas semanais (Acórdão nº 57/2007 - 2ª Câmara). Entretanto, houve mudanças na jurisprudência em relação a esse limite. Atualmente, o TCU entende que não há uma jornada máxima para as acumulações legais, haja vista a inexistência de disposição legal nesse sentido. Assim, a compatibilidade de horários deve ser observada em cada caso. Frise-se que, além de existir essa compatibilidade, não pode haver prejuízo para o desempenho das atividades. (Acórdãos nº 1.176/2014 - 1ª Câmara, nº 2.880/2013 - Plenário, nº 2.375/2013 – Plenário e nº 8.094/2012 - 2ª Câmara);

122.4) visando definir um ponto de corte a partir do qual a jornada seria considerada excessiva e configuraria um indício de prejuízo para as atividades do projeto, a equipe de auditoria levou em conta o limite anteriormente utilizado por este Tribunal (sessenta horas semanais). Assim, buscou verificar a existência de médicos participantes portadores de registro nos Conselhos Regionais de Medicina com uma jornada semanal maior ou igual a cem horas (sessenta horas semanais somadas às quarenta horas semanais do projeto). Cabe destacar que, diferentemente de outras atividades médicas, como plantões em unidades hospitalares, o exercício das atividades do projeto na Unidades Básicas de Saúde ocorre, na grande maioria dos casos, no horário comercial;

122.5) a partir de informações extraídas da base de dados do CNES e constantes dos registros nos Conselhos Regionais de Medicina (peça 72), a equipe identificou os profissionais e as respectivas cargas horárias semanais. Após esse procedimento, realizou-se a confirmação, no portal do CNES, dos profissionais que possuíam carga horária semanal igual ou maior que cem horas semanais (incluindo as atividades do Projeto Mais Médicos). Cabe ressaltar que o cadastro das atividades do projeto no CNES não está sendo realizado de maneira uniforme pelos municípios. Em alguns casos, nem mesmo existia o cadastro da atividade do projeto;

122.6) a equipe constatou que 48 médicos participantes portadores de registro nos Conselhos Regionais de Medicina possuem uma carga horária semanal igual ou maior que cem horas semanais (peça 132), o que pode indicar o descumprimento da carga horária do projeto. Caso seja confirmada a incompatibilidade de horários ou o prejuízo para o desempenho das atividades, sua causa poderá ser o controle inadequado da carga horária pelos municípios participantes e pelos supervisores;

122.7) diante do acima exposto, cabe determinar à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) que, considerando o disposto no art. 37, XVI, “c”, da Constituição Federal e no art. 21 da Portaria Interministerial nº 1.369/2013, realize, conjuntamente com os municípios, nos casos de acúmulo de funções por médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, a verificação da compatibilidade de horários, bem como da ausência de prejuízo para o desempenho das respectivas atividades, especialmente no que concerne aos casos identificados no presente trabalho (peça 132). Se for o caso, deverão ser aplicadas as penalidades previstas no art. 26 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013.

III.6. Ações frágeis de avaliação e monitoramento

123. Conforme disposto no art. 8º, I, da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, compete à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil monitorar e avaliar as ações pertinentes a esse projeto.

124. Deve ser avaliado o cumprimento do disposto no art. 11 da Portaria Interministerial nº 1.369, em especial os seguintes pontos:

a) obrigatoriedade de os municípios não substituírem os médicos que já integram equipes de atenção básica pelos participantes do Projeto;

b) dever de manter, durante a execução do Projeto, as equipes de atenção básica atualmente constituídas com profissionais médicos não participantes do projeto;

c) compromisso de adesão ao Requalifica UBS em caso de infraestrutura inadequada para a execução das ações do Projeto.

125. Cabe considerar ainda que, segundo consta dos parágrafos 11 a 20 da Exposição de Motivos da Medida Provisória nº 621/2013, o Projeto Mais Médicos Para o Brasil foi instituído em decorrência do quadro de extrema gravidade em que alguns estados se encontram, quadro esse caracterizado por uma acentuada falta de médicos. Logo, é razoável avaliar e monitorar se a implementação desse programa alterou essa realidade.

126. Ademais, consoante exposto nos arts. 1º, II, e 2º, III, da Lei nº 12.871/2013, o principal objetivo do Programa Mais Médicos é fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País. Nesse contexto, a Portaria nº 221/2008, em observância à Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), estabeleceu a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, que deve ser utilizada para avaliar o desempenho do sistema de saúde na Atenção Básica.

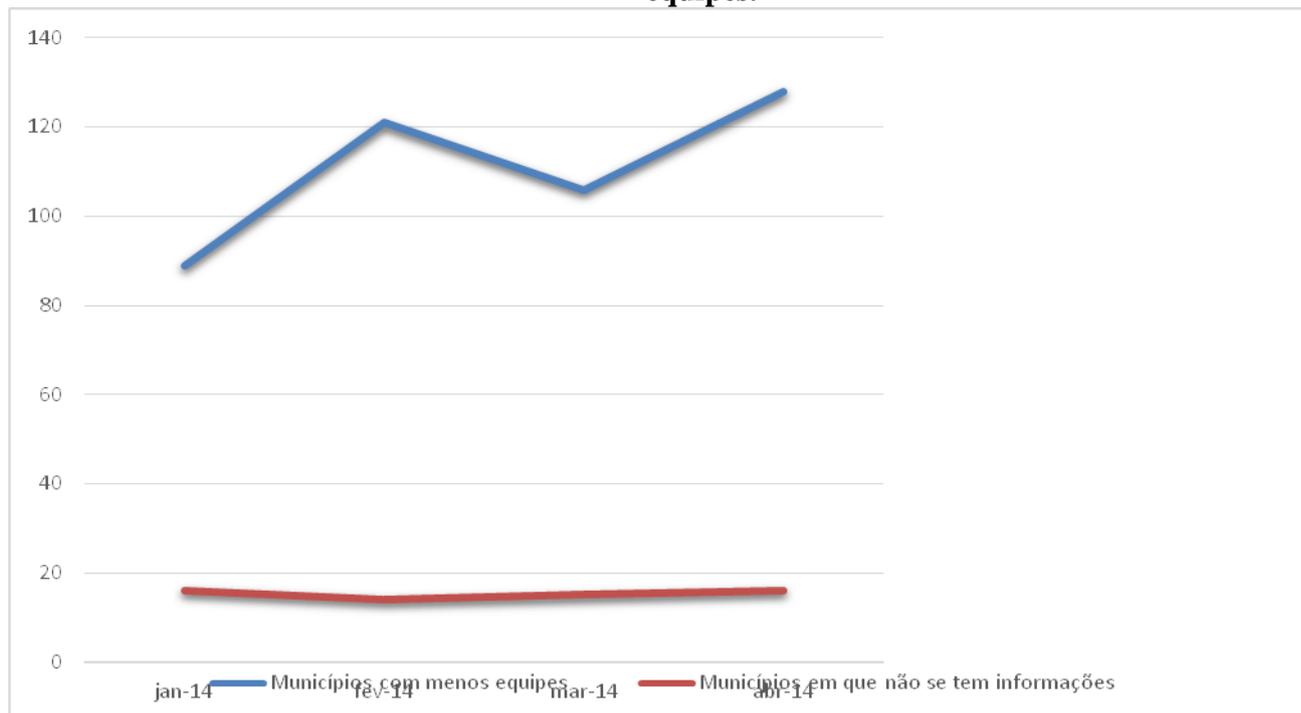
127. Com base em tais parâmetros, de modo a verificar a eficácia das ações de avaliação atualmente existentes, a unidade técnica solicitou ao Ministério da Saúde (itens 2 e 3 do Ofício de Requisição nº 10-156/2014 - TCU/SecexSaúde, de 16/4/2014) que encaminhasse os relatórios das atividades de coordenação, monitoramento e avaliação, bem como os indicadores utilizados.

128. O Ministério da Saúde encaminhou um documento que não avalia as ações implementadas, mas apresenta uma visão geral do objeto e dos resultados esperados (pp. 1 a 3 da peça 105). Dos quinze indicadores apresentados, apenas três foram aferidos (municípios atendidos, razão entre municípios atendidos e municípios inscritos e razão entre vagas atendidas e vagas solicitadas).

129. Cabe ressaltar que aquele órgão não realizou nenhuma análise crítica. Assim, por exemplo, não se avaliou se os municípios substituíram médicos que já compunham equipes de atenção básica por participantes do Projeto nem se houve redução do número de equipes constituídas. Essas avaliações eram especialmente necessárias porque a SecexSaúde, utilizando dados do sistema Tabnet/Datasus e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, constatou a existência de casos em que o número de equipes cadastradas foi reduzido.

130. Dos 2.143 municípios que receberam profissionais do Projeto Mais Médicos no ano de 2013, pelo menos 127 deles possuíam, em abril de 2014, menos equipes de atenção básica.

Gráfico 11 - Evolução do número de municípios participantes do projeto com menos equipes.



Fonte: Ministério da Saúde (peça 108) e CNES.

131. Em determinados casos, a redução na quantidade de equipes pode ser justificada por contingências diversas, mas é necessário que o Ministério da Saúde monitore essa questão, com vistas a garantir o cumprimento das normas que regem o Programa em tela.

132. O Conselho Federal de Medicina (peças 86, 87 e 88) denunciou que pelo menos oito médicos foram substituídos por profissionais do Projeto Mais Médicos para o Brasil, nos Estados do Maranhão, de Tocantins, da Bahia, de Minas Gerais, de Mato Grosso, do Acre e de Sergipe. Além disso, nos seus trabalhos de campo, a unidade técnica identificou outros cinco casos de substituição indevida de médicos, que teriam ocorrido em Minas Gerais, no Rio Grande do Norte e em São Paulo.

133. Conforme dados constantes do CNES fornecidos pelas respectivas Secretarias Municipais de Saúde, alguns profissionais substituídos atuavam continuamente nos municípios contemplados. Portanto, não se tratava de profissionais de outras cidades, que, após algum tempo de exercício profissional, decidiram deixar os respectivos locais de trabalhos nos municípios. Por exemplo, uma das profissionais possivelmente substituídas havia ingressado na equipe no município de Pau dos Ferros/RN em 1/10/2008.

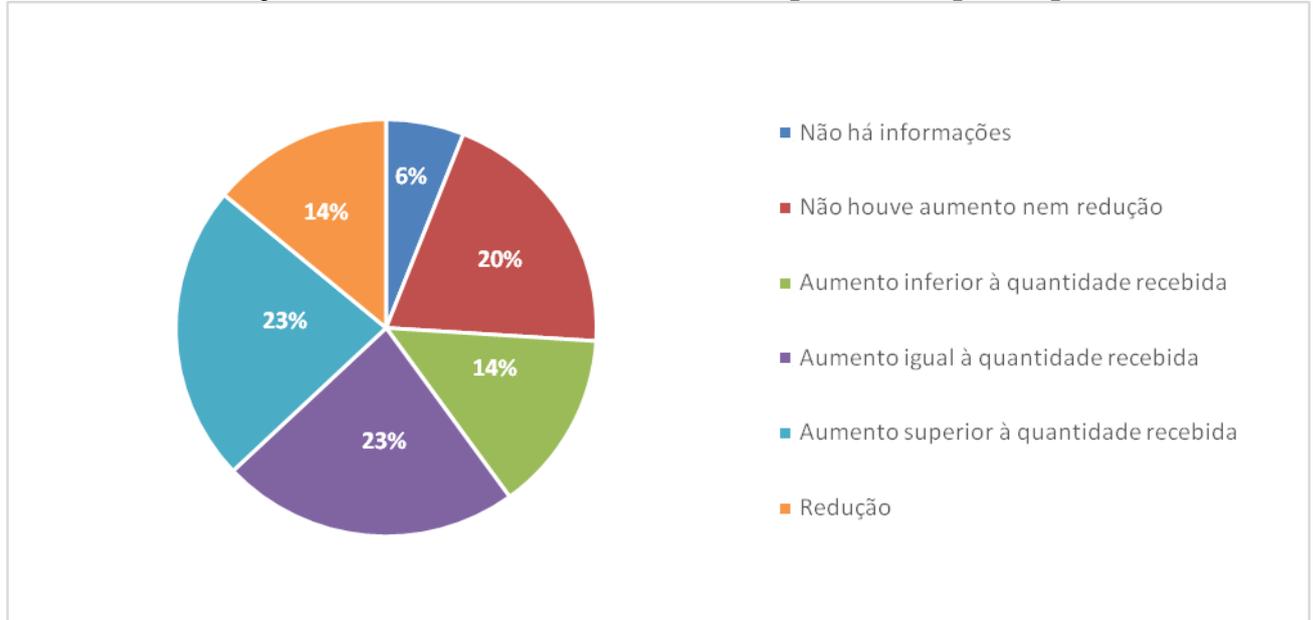
134. A unidade técnica comparou dados, fornecidos pelo Ministério da Saúde, relativos aos 1.174 municípios que receberam profissionais do Projeto Mais Médicos com a variação do quantitativo de médicos verificada entre agosto de 2013 e abril de 2014. A equipe de auditoria constatou que:

- a) em 161 desses municípios (14% da amostra), houve redução do número de médicos;
- b) em 239 municípios (20% da amostra), não houve nem aumento nem redução da quantidade de médicos;
- c) em 168 municípios (14% da amostra), houve aumento na quantidade de médicos, mas esse incremento foi inferior ao número de profissionais recebidos por meio do Projeto Mais Médicos;
- d) em 268 municípios (23% da amostra), o incremento de médicos foi exatamente igual à quantidade desses profissionais recebidos do Projeto;

e) em 268 municípios (23% da amostra), houve um aumento do número de médicos superior à quantidade desses profissionais recebidos do Projeto;

f) em 70 municípios (6% da amostra), foi impossível fazer essa análise pois as bases de dados encontravam-se incompletas.

Gráfico 12 - Variação do Número de Médicos nos Municípios contemplados pelos 1º e 2º ciclos



Fonte: Ministério da Saúde (peça 108) e CNES.

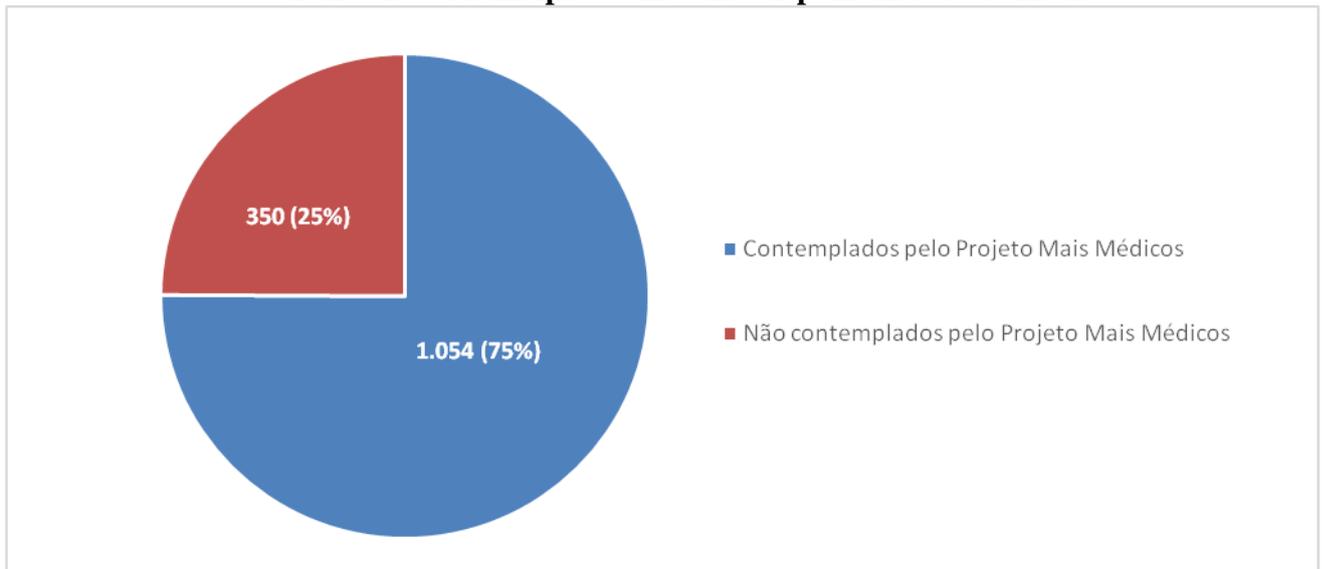
135. A unidade técnica aduziu que:

135.1) em 49% dos casos, houve redução do número de médicos ou o incremento desse número foi inferior à quantidade de profissionais recebidos, o que pode sinalizar a substituição de médicos ou a diminuição no respectivo quantitativo em decorrência de outros fatores. Cabe registrar que essa tendência pode ter sido revertida nos últimos ciclos do programa, mas não existem ações de avaliação e monitoramento que demonstrem isso;

135.2) de acordo com dados do CNES, dentre os 25% municípios com piores indicadores de médicos por habitante em julho de 2013, em 31,0% deles a proporção não havia melhorado em abril de 2014 e em outros 7,4% houve uma diminuição ainda maior de profissionais;

135.3) após analisar dados relativos a 1.404 municípios que possuíam até 3,04 médicos atendendo pelo SUS para cada 10.000 habitantes, constatou-se que 1.054 (75%) deles foram contemplados pelo Projeto Mais Médicos, considerando os cinco ciclos desse projeto, e outros 350 (25%) não foram contemplados. Estes números estão refletidos no Gráfico 13 abaixo:

Gráfico 13 – Municípios com baixa disponibilidade de médicos

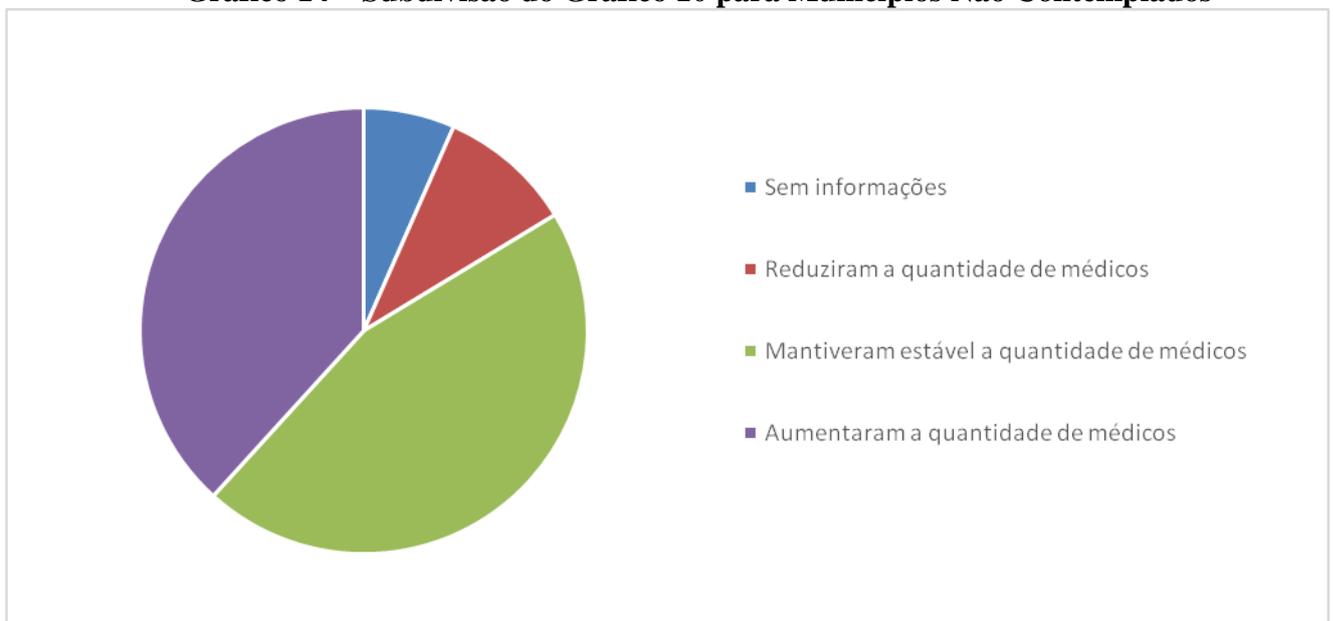


Fonte: Ministério da Saúde (peça 108) e CNES.

135.4) os municípios que não receberam profissionais do Projeto Mais Médicos apresentaram um pequeno incremento no quantitativo de médicos. Contudo, mesmo nos municípios contemplados e que apresentavam baixa disponibilidade de médicos, observou-se 557 casos (52,85% do total) em que a disponibilidade desses profissionais foi reduzida ou houve um incremento inferior à quantidade de médicos recebidos, como se observa nos Gráficos 14 e 15 a seguir;

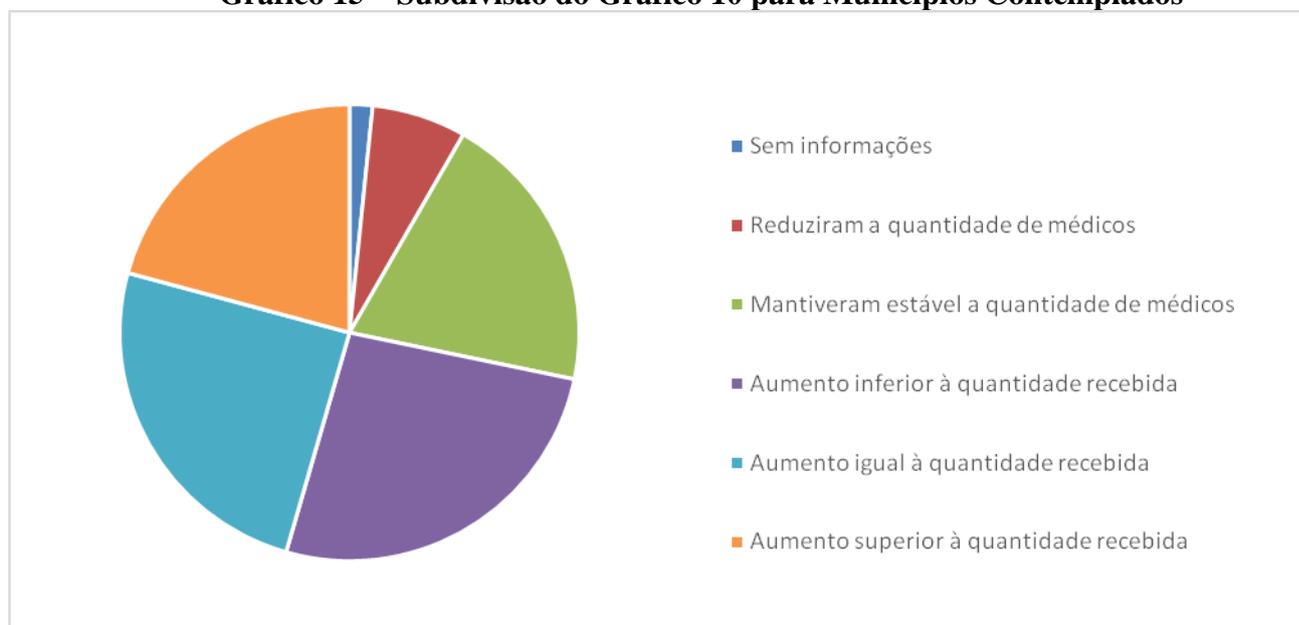
135.5) cumpre ressaltar que esses dados podem ter sido afetados pelo registro no CNES de vínculos médicos (relativos ao número de contratos cujo objeto é a prestação de serviços médicos) e não da quantidade de médicos. Ademais, essas informações podem ter sofrido alterações no exercício de 2014, quando muitos profissionais integraram-se ao programa sob exame. Contudo, essas informações inegavelmente apontam tendências, cuja continuidade deve ser analisada quando estiver sendo planejado o futuro desse programa;

Gráfico 14 – Subdivisão do Gráfico 10 para Municípios Não Contemplados



Fonte: Ministério da Saúde (peça 108) e CNES.

Gráfico 15 – Subdivisão do Gráfico 10 para Municípios Contemplados



Fonte: Ministério da Saúde (peça 108) e CNES.

136. Ademais, cabe destacar que os indicadores utilizados pelo Ministério da Saúde para verificar a implantação, os resultados e os impactos do programa não contemplam análises sobre o papel do Projeto Mais Médicos sobre as internações em áreas sensíveis à atenção básica.

137. Os indicadores de resultado definidos pelo Ministério da Saúde referem-se à evolução das consultas de puericultura, hipertensão, pré-natal e diabetes (p. 1 da peça 105). Contudo, os indicadores de impacto não tratam da variação das internações sensíveis à atenção básica nessas áreas dos residentes nos respectivos municípios, o que vai de encontro ao disposto no art. 2º da Portaria 221/2008 – SAS/MS.

138. Note-se que se, por exemplo, os indicadores de resultado apontarem um aumento do número de consultas de hipertensão num determinado município e dados do Sistema de Internações Hospitalares (SIH) apontarem que os residentes nesse mesmo município tiveram menos internações devido à hipertensão essencial (CID I10) e à doença cardíaca hipertensiva (I11), constata-se que essas consultas tiveram um impacto positivo para o SUS. Contudo, se os dados indicarem que o número de consultas em um município aumentou e o quantitativo de internações de residentes nesse município também cresceu, haverá necessidade de avaliar se esse incremento na quantidade de consultas efetivamente contribuiu para a melhoria do desempenho do sistema de saúde, pois o fortalecimento de ações de atenção básica tende a diminuir o volume de internações.

139. A unidade técnica ressaltou ainda que:

a) não foi possível analisar a efetividade do programa sob comento, nem mesmo utilizando indicadores pontuais, tais como o que se refere à variação das internações sensíveis à atenção básica. Afinal, as medidas implementadas no âmbito do programa em tela tendem a apresentar efeitos positivos no médio e no longo prazos, considerando o tipo de atendimento oferecido, que inclui, além da abordagem curativa, a prevenção e a promoção da saúde;

b) conforme manifestação do Coordenador-Geral de Sistemas de Informação da Secretaria de Atenção à Saúde (p. 1 da peça 139), cujo teor foi confirmado pela equipe de auditoria no transcorrer dos seus trabalhos, uma parte dos dados coletados ainda está sujeita a pequenas variações. Ainda assim, as informações sobre o comportamento das internações em áreas sensíveis

à atenção básica devem ser monitoradas, com vistas a identificar fragilidades e, se for o caso, promover o aperfeiçoamento do programa;

c) diversas ações podem ser avaliadas e monitoradas. De acordo com o Ministério da Saúde (p. 1 da peça 105), esse monitoramento é feito em conjunto com o Ministério da Educação e a Subchefia de Articulação e Monitoramento da Casa Civil da Presidência da República. Contudo, a equipe constatou que não foi bem definido o papel de cada órgão nesse processo, que inclui o acompanhamento das obrigações previstas no art. 11 da Portaria Interministerial nº 1.369/2013;

d) além disso, os indicadores utilizados estão mais focados na abrangência do programa do que nos seus impactos na área de atenção básica em saúde;

e) as fragilidades detectadas no monitoramento permitem que alguns municípios descumpram os quesitos normativos do Programa, inclusive no que concerne à possível substituição de médicos que vinham integrando equipes de atenção básica, mas continuem a receber profissionais por meio do Projeto Mais Médicos. Com isso, existe o risco de desvirtuamento do principal objetivo do projeto, que é fortalecer a atenção básica nos municípios assistidos;

f) diante do exposto, propõe-se recomendar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que as ações de avaliação do programa contemplem análises específicas sobre os tópicos tratados no art. 11 da Portaria Interministerial nº 1.369/2013. Nesse sentido, deve haver o acompanhamento mensal do número de equipes de atenção básica em cada município contemplado e da observância da proibição de substituir os médicos que compunham tais equipes pelos profissionais que participam do projeto;

g) ademais, cabe recomendar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que, quando da avaliação do referido Projeto, utilize indicadores que mensurem os respectivos impacto e efetividade. Assim, por exemplo, pode ser monitorado, com base no Sistema de Informação Hospitalar Descentralizada, o número de internações em áreas sensíveis à atenção básica, nos termos da Portaria nº 221/2008 – SAS/MS, que estabeleceu a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária;

h) espera-se que o atendimento a essas recomendações enseje uma melhor distribuição de responsabilidades entre os Ministérios da Saúde e da Educação e a Subchefia de Articulação e Monitoramento da Casa Civil da Presidência da República, induza à utilização de indicadores mais focados na evolução quantitativa e qualitativa das internações em áreas sensíveis à atenção básica e contribua para a criação de mecanismos aptos a dificultar a substituição de médicos e a redução do número de equipes de atenção básica.

III.7. Inconsistência em dados de produção do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB

140. A unidade técnica apontou a existência de inconsistências nos dados constantes do Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab. O referido sistema, que substituiu em 1998 o Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – Sipacs, permite o acompanhamento das atividades realizadas pelas equipes de saúde da família, inclusive no que concerne aos respectivos resultados. Por meio do Siab, são obtidas informações sobre o cadastro das famílias, suas condições de moradia e saúde, a situação do saneamento básico, a produção e a composição das equipes de saúde da família.

141. Os dados necessários para alimentar o Siab são coletados pelas equipes de saúde da família, por meio de fichas e relatórios padronizados. As secretarias municipais de saúde são responsáveis pela digitação, consolidação e envio mensal dos dados para o Departamento de Informática do SUS (Datusus) – p.1 da peça 116.

142. Esse sistema é um importante instrumento de monitoramento das ações da estratégia Saúde da Família. No entanto, cabe destacar que a Portaria GM/MS nº 1.412, de 10/7/2013, instituiu o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), o qual está

progressivamente substituindo o Siab.

143. Consoante disposto no art. 2º dessa última norma, a operacionalização do Sisab será feita por meio da estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB).

144. De acordo com o Ministério da Saúde, a implantação do novo sistema de informação está prejudicando a representatividade das informações coletadas pelo Siab e sua utilização para o monitoramento das políticas da Atenção Básica (p. 3 da peça 67). Contudo, a unidade técnica optou pela utilização dessas informações, uma vez que esse sistema ainda estava sendo utilizado por grande parte dos municípios, em especial no período abrangido pela presente avaliação (correspondente, em sua maior parte, ao segundo semestre de 2013). Além disso, quando da realização desta auditoria, ainda não era possível acessar os dados alimentados no Sisab, que passava por um processo de adaptação e melhoria.

145. Após analisar os dados de produção do Siab, a fim de verificar o comportamento da atenção básica após a chegada de médicos do Projeto Mais Médicos, a unidade técnica apontou as seguintes inconsistências:

a) existência de municípios cujos registros indicavam uma quantidade realizada idêntica para cada um dos seguintes tipos de procedimentos:

- consulta médica de pacientes que residiam fora da área de abrangência;
- solicitação médica de exames de patologia clínica, radiodiagnóstico e ultrassonografia obstétrica;
- encaminhamento para atendimento especializado, internação hospitalar, urgência e emergência;
- visita realizada por médico;

b) essas inconsistências foram observadas nos meses de outubro de 2013 (em 628 municípios), novembro de 2013 (em 605 municípios) e dezembro de 2013 (em 565 municípios). É importante ressaltar que esse problema pode estar presente em outros meses, bem como em outros procedimentos, que não chegaram a ser objeto de análise neste trabalho;

c) ao ser questionado sobre esse problema, o Coordenador Geral de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica informou (peça 115) que se tratava de um erro na importação dos dados para o portal do Departamento de Informática do SUS (Datusus), que teria sido causado por quedas do servidor no momento da realização desse processo. Após a detecção desse erro pela equipe de auditoria, foi realizada, ainda durante o presente trabalho, uma nova “carga” desses dados (peça 115), que saneou essa inconsistência para os meses e procedimentos citados acima;

d) posteriormente, um novo problema nos dados do Siab foi detectado. Desta vez, identificou-se a presença de dados mensais de produção (exemplo: quantidade de consultas) que destoavam da tendência observada naquele município. Como exemplo desse erro, no Município de Vitória da Conquista - BA (peça 131), estava registrado, para o procedimento consulta médica em residentes de sessenta anos ou mais, a seguinte produção: 1.886 (dezembro de 2013), 2.397 (janeiro de 2014), 160.904 (fevereiro de 2014), 2.492 (março de 2014). Observa-se que a produção do mês de fevereiro é mais de setenta vezes maior que a média dos demais meses considerados (dezembro, janeiro e março). Cabe destacar que não foi realizado procedimento específico para detecção dessa inconsistência, uma vez que esse achado não está relacionado com as questões de auditoria. Desse modo, esse tipo de erro pode ter ocorrido em outros municípios ou em outros tipos de procedimentos;

e) o Diretor do Departamento de Atenção Básica (DAB), em resposta ao questionamento da equipe de auditoria sobre essa nova inconsistência (p. 2 da peça 116), asseverou que não foi encontrado erro no processamento dos dados enviados ao Datusus e concluiu que os valores destoantes são provenientes de erros na coleta, consolidação ou digitação das informações por técnicos das secretarias municipais de saúde. Informou, também, que o DAB suspende o

repassa dos recursos correspondentes ao Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável) quando identifica ausência ou inconsistências dos dados. Por fim, ressaltou que o Siab encontra-se em fase de substituição por um novo sistema de informação, o e-SUS Atenção Básica, que propiciará maior segurança quanto à qualidade da informação;

f) a ausência no sistema de críticas capazes de detectar e permitir a correção tempestiva das inconsistências detectadas neste trabalho pode ser apontada como uma das causas dessas falhas. Outra causa é a inexistência de um adequado acompanhamento pelo Ministério da Saúde dos dados constantes do Siab;

g) a presença dessas falhas ocasiona a utilização de dados inconsistentes quando do monitoramento e da avaliação de políticas públicas, o que pode prejudicar a fidedignidade dos resultados dessas ações;

h) cumpre destacar que, recentemente, foram divulgadas notícias a respeito do aumento da produção da atenção básica em diversos estados, que decorreria do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Este suposto incremento foi calculado com base em dados do novo sistema (Sisab) e do Siab. Portanto, considerando a identificação neste trabalho de inconsistências nos dados desse último sistema, podem ter sido utilizados dados errôneos nesses cálculos;

i) considerando os problemas encontrados e a substituição do sistema de informação utilizado no âmbito da atenção básica, cabe determinar à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) que, no exercício das suas competências dispostas no Decreto nº 8.065, de 7/8/2013 (art. 2º, II, alíneas “a” e “d”; art. 15, III; art. 34, XVI, XVII e parágrafo único, e art. 38), no caso de transferência de dados do Siab para o Sisab, corrijam ou excluam previamente eventuais inconsistências presentes no Siab, inclusive quanto à existência de dados duplicados ou de produção mensal destoantes da tendência de produção dos municípios;

j) além disso, considerando a necessidade de prevenir a ocorrência desses erros no novo sistema de informação, cumpre recomendar à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) que implementem mecanismos no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) que possibilitem identificar e corrigir inconsistências nos dados de produção;

k) a implementação dessas deliberações possibilitará o incremento da veracidade e confiabilidade dos dados de produção da atenção básica presentes nos Sistemas de Informação da Atenção Básica (Siab) e de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab);

l) cabe recomendar, ainda, ao Ministério da Saúde que somente divulgue novos resultados do Projeto Mais Médicos para o Brasil que utilizem os dados do Siab ou do Sisab após a correção e exclusão de inconsistências nos dados desses sistemas. Espera-se, assim, que os dados de produção utilizados para mensurar e divulgar os resultados do Projeto Mais Médicos para o Brasil sejam mais confiáveis;

m) por fim, considerando a complexidade dos problemas detectados, propõe-se que seja apresentado a este Tribunal pelas unidades que foram objeto dessas deliberações, no prazo de noventa dias, plano de ação com vistas a implementar as determinações propostas acima.

III.8. Variação da produção da Atenção Básica em municípios participantes

146. Apesar de os dados constantes do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) ou fornecidos pelas próprias Unidades Básicas de Saúde (UBS) apontarem, em sua maioria, para um aumento da produção de consultas médicas realizadas na atenção básica após a chegada de médicos dos 1º e 2º ciclos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, em 25% dos municípios analisados que receberam esses médicos, houve uma diminuição no número de consultas.

147. Com o objetivo de verificar o comportamento da produção da atenção básica após a entrada em exercício de médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, a equipe de auditoria

comparou a quantidade de consultas médicas na atenção básica registradas no Siab no período de dezembro de 2012 a abril de 2013 (período anterior ao projeto) com o de dezembro de 2013 a abril de 2014 (após o início da atuação dos médicos do projeto).

148. Para realizar essa comparação, a unidade técnica dividiu os municípios em três grupos: todos os municípios com dados disponíveis no Siab, aqueles que receberam médicos no 1º e 2º ciclos e os que não receberam médicos nesse período.

149. A unidade técnica ressaltou que:

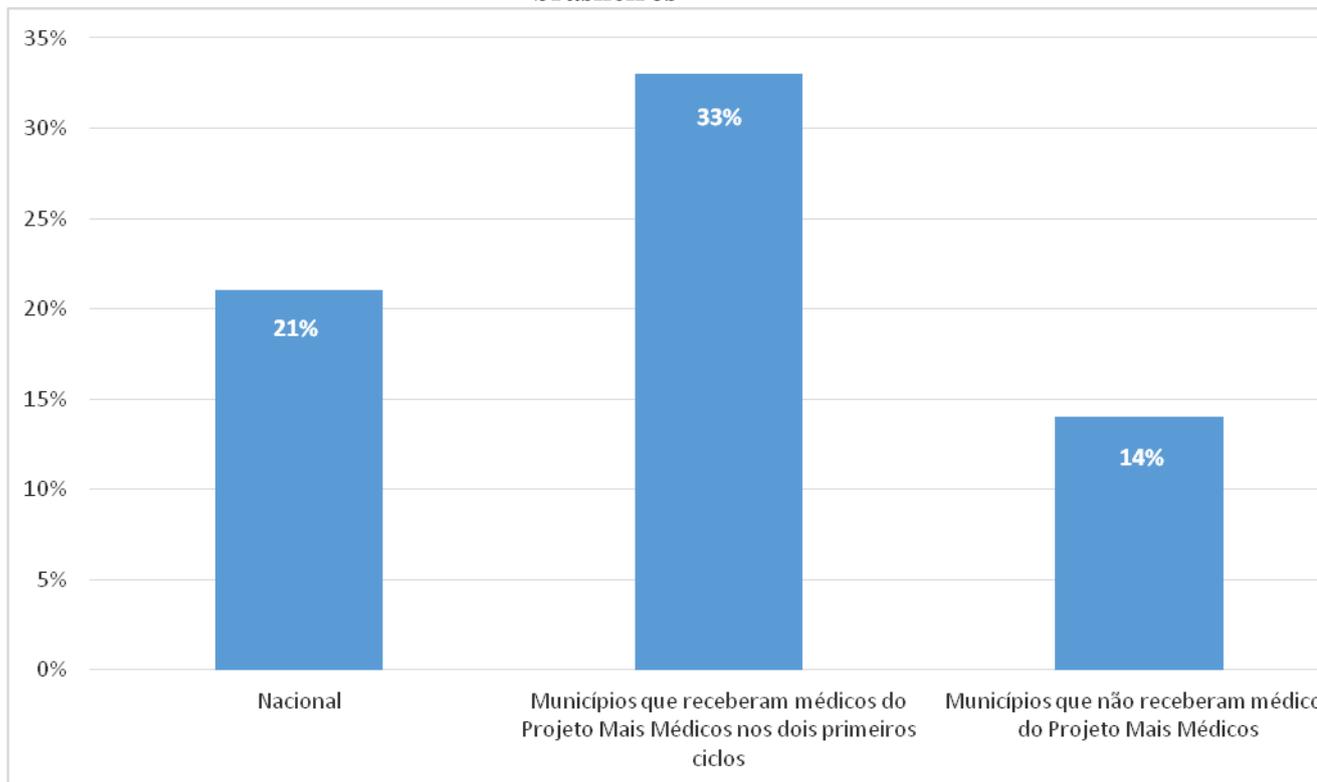
149.1) foram escolhidos tais ciclos devido à disponibilidade de dados do Siab e às datas de início das atividades dos médicos nos municípios;

149.2) buscou-se uma metodologia de exclusão dos dados que apresentavam inconsistências. Assim, foram eliminados os dados mensais de produção que se encontravam acima do terceiro quartil mais de dez vezes a diferença entre o primeiro e o terceiro quartis. Esse critério é semelhante ao aplicado por Mafra quando avaliou o impacto da atenção básica em indicadores de internação hospitalar (MAFRA, Fábio. *O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil*. Brasília, 2010. PP. 43 e 44);

149.3) após a eliminação dos dados mensais de produção que apresentavam inconsistências, foram excluídos da análise municípios que não possuíam dados de produção de pelo menos três meses para cada um dos períodos analisados (dezembro de 2012 a abril de 2013 e dezembro de 2013 a abril de 2014), uma vez que a utilização de apenas dois meses de produção para cada período poderia prejudicar a fidedignidade dessa comparação;

149.4) após esse tratamento dos dados, o número inicial de 5.596 municípios foi reduzido para 4.562, em relação aos quais foi calculada a média mensal das consultas para cada período analisado e para cada tipo de procedimento. A partir desses dados, chegou-se à média mensal de consultas para cada município antes (de dezembro de 2012 a abril de 2013) e após a chegada de médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil (de dezembro de 2013 a abril de 2014);

149.5) com base nos dados relativos a 1.837 municípios dos 2.116 municípios que receberam médicos nos 1º e 2º ciclos, apurou-se que houve um aumento médio de 33% na média mensal de consultas. Esse incremento ficou próximo do que foi observado nos 4.562 municípios avaliados em todo o país, que atingiu 21%, e foi maior que o constatado nos municípios que não receberam médicos, que alcançou 14%;

Gráfico 16 – Aumento médio mensal de consultas na atenção básica em municípios brasileiros


Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab.

Nota: Comparação realizada entre os períodos de dezembro de 2012 a abril de 2013 (período anterior ao Projeto Mais Médicos para o Brasil) e dezembro de 2013 a abril de 2014 (período após a entrada de médicos do 1º e 2º ciclo do Projeto Mais Médicos para o Brasil).

149.6) contrariamente ao que era esperado, não se observou um aumento de produção em todos os municípios que receberam médicos do projeto nos dois primeiros ciclos. Em 25% desses municípios, houve uma diminuição e, em 1% deles, não houve variação percentual, apesar de terem sido alocados 1.157 médicos nos 1º e 2º ciclos desses municípios;

149.7) houve aumento da produção de consultas em 60% dos municípios que não receberam médicos nos dois primeiros ciclos e diminuição em 39%. Considerados todos os municípios do Brasil, houve incremento da produção em 65% e redução em 33%;

149.8) as causas para a diminuição da quantidade de consultas em 25% dos municípios participantes do projeto (1º e 2º ciclo) são de difícil determinação a partir do escopo limitado da presente auditoria, uma vez que requerem análises minuciosas dos casos encontrados. Contudo, três possibilidades podem ser aventadas: redução do número de médicos que atendem na atenção básica nesses municípios, substituição de médicos anteriormente existentes pelos profissionais recém chegados e diminuição da produção dos médicos que lá estavam;

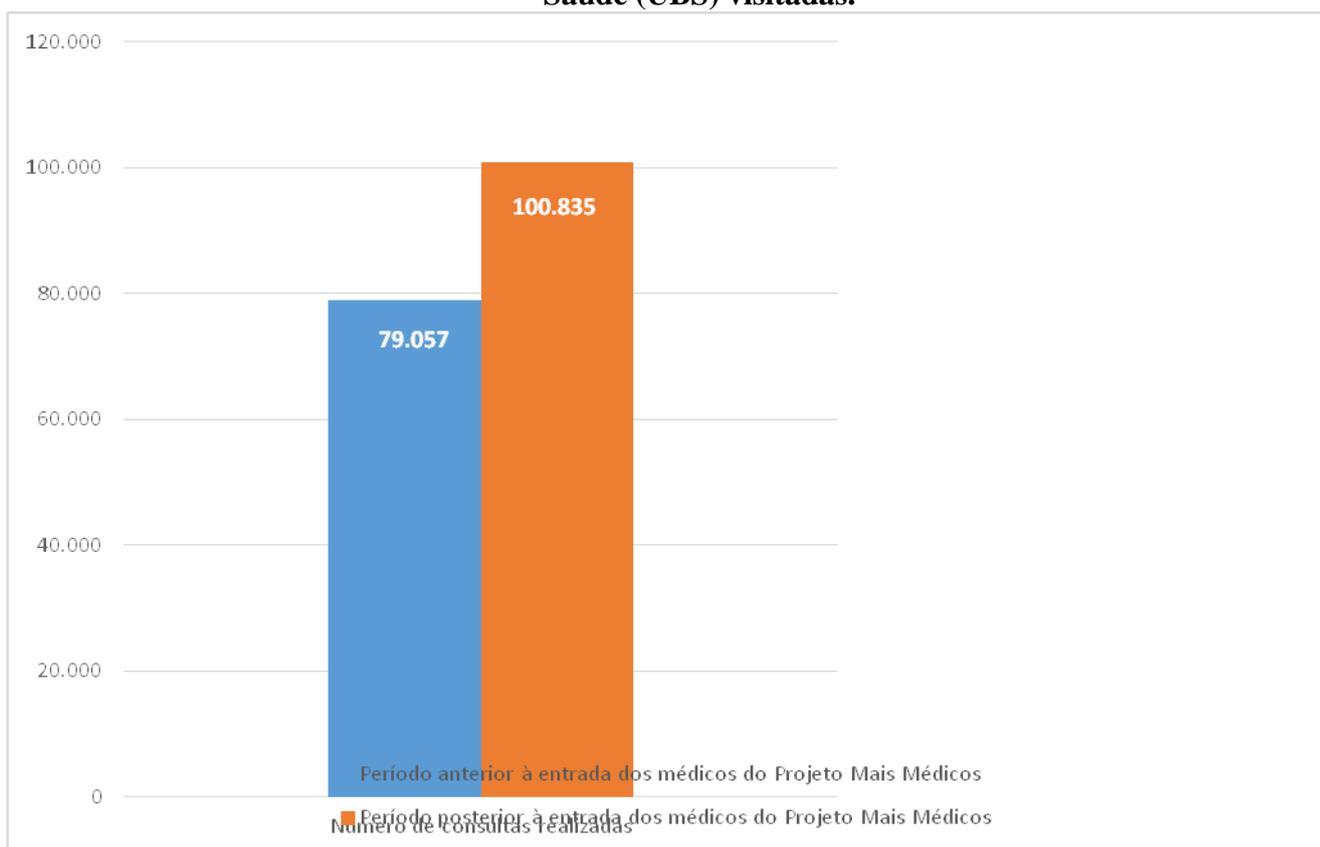
149.9) a redução ou a manutenção do número de consultas caracteriza o não fortalecimento da prestação de serviços de atenção básica em saúde no País, o que vai de encontro ao disposto no art. 1º, I, da Lei que instituiu o Programa Mais Médicos e caracteriza o não atingimento do objetivo principal desse programa. Assim sendo, cabe recomendar ao Ministério da Saúde que avalie os motivos que levaram à diminuição da quantidade de consultas em 466 municípios que receberam médicos do Projeto Mais Médicos do Brasil (1º e 2º ciclo), tomando as medidas cabíveis para que tal quadro seja revertido e para que o objetivo de fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País seja atendido, conforme preconizado o art. 1º, I, da Lei nº 12.871/2013;

149.10) além de verificar a evolução da quantidade de consultas após a chegada de médicos do projeto utilizando os dados do Siab, realizou-se também um exame com base em informações prestadas pelas secretarias municipais de saúde. De um total de 130 Unidades Básicas de Saúde - UBS visitadas, foram analisados os dados relativos a consultas médicas realizadas em 52 UBS e de visitas médicas efetivadas em 29 UBS. Os períodos escolhidos para comparação foram os meses de dezembro de 2012 a fevereiro de 2013 e dezembro de 2013 a fevereiro de 2014, devido à ausência de dados finais de produção de março em muitas dessas UBS;

149.11) foram incluídas nesse exame apenas as UBS que possuíam dados de produção para todos os meses analisados e nas quais os médicos do projeto iniciaram as atividades até a data de 15/12/2013. A data de início das atividades foi informada pelos próprios médicos, durante entrevista realizada com eles. Em caso de dúvidas, os dados foram complementados por meio de consultas realizadas no CNES;

149.12) constatou-se um aumento de 28% na quantidade de consultas médicas (79.057 entre dezembro de 2012 e fevereiro de 2013 e 100.835 entre dezembro de 2013 e fevereiro de 2014). Além disso, houve um incremento de 32% nas visitas domiciliares realizadas por médicos (1.400 entre dezembro de 2012 e fevereiro de 2013 e 1.841 no período de dezembro de 2013 e fevereiro de 2014). Os gráficos a seguir apresentam esses resultados.

Gráfico 17 - Quantidade de consultas médicas realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) visitadas.

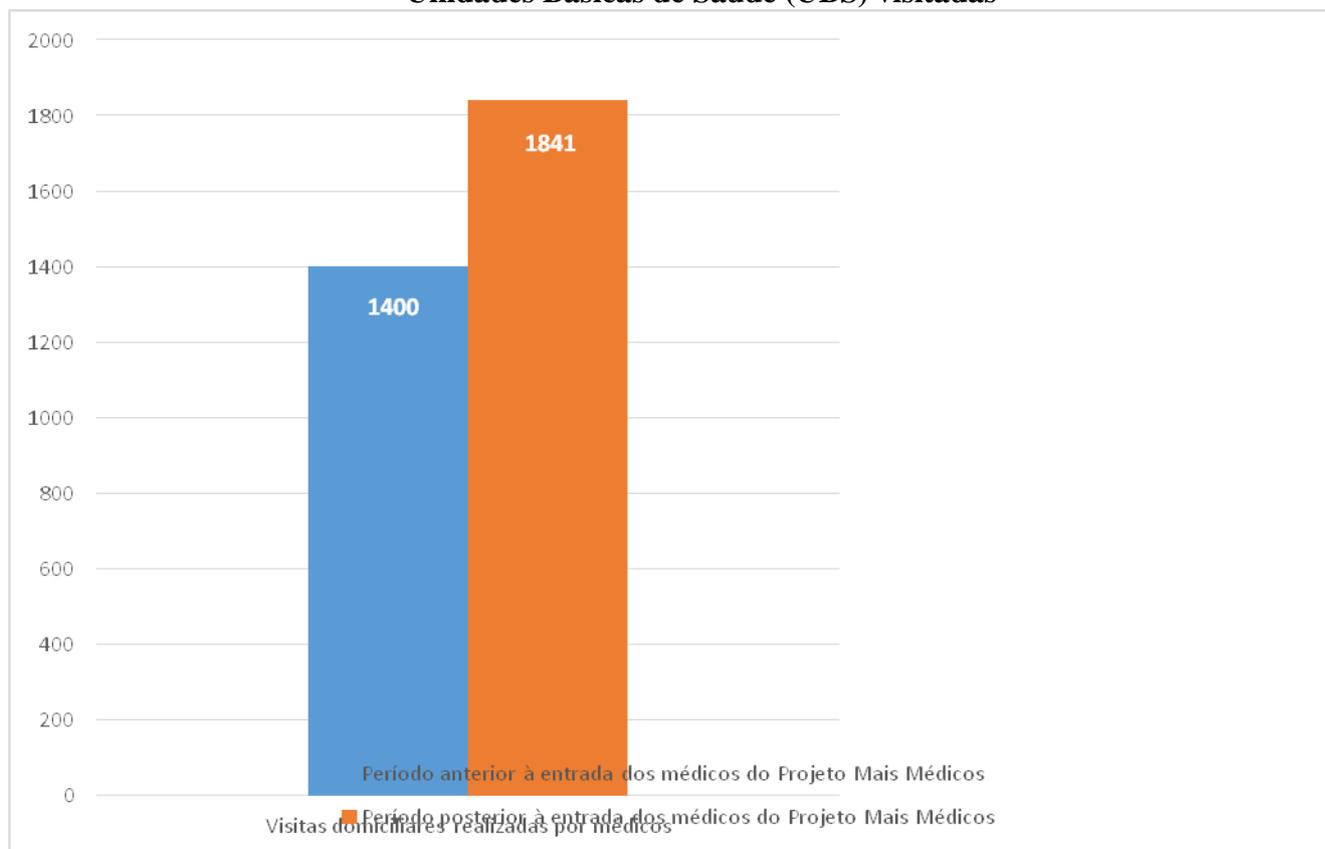


Fonte: Secretarias Municipais de Saúde.

Notas: 1. Dados de 52 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

2. Comparação realizada entre os períodos de dezembro de 2012 a fevereiro de 2013 (período anterior ao Projeto Mais Médicos para o Brasil) e dezembro de 2013 a fevereiro de 2014 (período posterior à entrada de médicos do 1º e 2º ciclo do Projeto Mais Médicos para o Brasil).

Gráfico 18 - Quantidade de visitas domiciliares realizadas por médicos lotados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) visitadas



Fonte: Secretarias Municipais de Saúde.

Notas: 1. Dados de 29 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

2. Comparação realizada entre os períodos de dezembro de 2012 a fevereiro de 2013 (período anterior ao Projeto Mais Médicos para o Brasil) e dezembro de 2013 a fevereiro de 2014 (período após a entrada de médicos do 1º e 2º ciclo do Projeto Mais Médicos para o Brasil).

149.13) nas unidades visitadas, 275 dos 308 (89,28%) pacientes que responderam ao questionário afirmaram que, depois da chegada dos médicos do projeto, ficou mais rápido marcar uma consulta na unidade de saúde. Já 99 dos 101 (98,01%) profissionais responsáveis pelas UBS que responderam ao questionário corroboraram essa impressão;

149.14) ao serem questionados sobre a evolução do acesso aos serviços de saúde após a chegada dos médicos do projeto, 281 dos 446 (63%) profissionais que responderam a essa pergunta afirmaram que esse acesso melhorou muito, 141 (31,61%) avaliaram que melhorou e 24 (5,38%), que ficou inalterado;

149.15) o aumento do horário de atendimento médico foi relatado por 143 profissionais dos 443 que responderam a esse questionamento (32,27%). Já o aumento no número de consultas foi afirmado por 401 dos 444 (90,31%) profissionais que responderam a essa pergunta;

149.16) conclui-se que os dados de produção das UBS visitadas acompanharam os resultados encontrados nas entrevistas realizadas em campo, que apontam para uma melhoria do acesso à atenção básica nessas unidades de saúde.

III.9. Cumprimento inadequado, por alguns municípios visitados, das obrigações de fornecimento de moradia e alimentação aos médicos participantes

150. A partir de documentos fornecidos pelas secretarias municipais de saúde e de dados colhidos em entrevistas e por meio de observação direta, a equipe de auditoria constatou que alguns

municípios visitados não estavam cumprindo adequadamente suas obrigações em relação ao fornecimento de moradia e alimentação aos médicos participantes do projeto.

151. O art. 11 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013 estabelece que a participação dos municípios e do Distrito Federal na execução do projeto será formalizada por intermédio da celebração de termo de adesão e compromisso. Ademais, o referido termo deverá conter, entre outras cláusulas, a obrigação de esses entes federados oferecerem moradia para o médico participante do projeto (inciso III) e garantirem alimentação adequada e água potável (inciso IV).

152. A Portaria SGTES/MS nº 30, de 12/2/2014, regulamenta o cumprimento das obrigações de oferta de moradia, deslocamento, alimentação e água potável pelo Distrito Federal e pelos municípios aos médicos participantes do projeto. O art. 9º dessa norma dispõe que o ente federado deverá assegurar o fornecimento de alimentação ao médico participante, mediante a entrega de recursos pecuniários ou de alimentos *in natura*. Se houver o repasse de dinheiro vivo, o ente federativo deverá adotar como parâmetros mínimo e máximo os valores de R\$ 500,00 (quinhentos reais) e R\$ 700,00 (setecentos reais), conforme disposto no art. 10 desse normativo.

153. Consoante consta no art. 3º, I, II e III, da Portaria SGTES/MS nº 30/2014, o Distrito Federal e os municípios deverão adotar algumas das seguintes modalidades de fornecimento de moradia: cessão de imóvel, entrega de numerário ou acomodação em hotel ou pousada. Ainda segundo consta dessa norma, o ente federado pode adotar como referência para o pagamento de aluguel de imóvel os valores mínimo e máximo de R\$ 500,00 (quinhentos reais) e R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais). Aduzo que o gestor distrital ou municipal pode adotar valores superiores a esse limite, que sejam adequados à realidade do mercado imobiliário local. Nessa hipótese, deverá haver a comprovação do custo da locação por meio de três cotações de custo no mercado imobiliário do município ou do Distrito Federal.

154. A Portaria SGTES/MS nº 30/2014 estabelece também que a oferta de moradia aos médicos participantes deverá atender a condições mínimas de habitabilidade e segurança, bem como o perfil do município e padrão médio da localidade (art. 4º), sendo critérios para aferição de condições mínimas de habitabilidade: infraestrutura física e sanitária do imóvel em boas condições, disponibilidade de energia elétrica e abastecimento de água (art. 5º, incisos I ao III, e § 1º).

155. A unidade técnica salientou que:

155.1) o fornecimento de alimentação aos médicos do projeto estava em desacordo com os normativos em cinco dos quarenta e um municípios visitados (Caucaia - CE, Goiana - PE, Extremoz - RN, Breves - PA e Viçosa do Ceará - CE). Conforme informações apresentadas pelas Secretarias Municipais de Saúde, em três municípios visitados (Caucaia - CE, Goiana - PE e Extremoz - RN) o valor pago aos médicos para assegurar a alimentação é menor que o parâmetro mínimo da Portaria SGTES/MS nº 30/2014;

155.2) no município de Caucaia - CE, em conformidade com o disposto na Lei Municipal nº 2.498, de 27/11/2013, era pago aos médicos do projeto o valor mensal de R\$ 375,00 (trezentos e setenta e cinco reais) a título de ajuda de custo de alimentação (peça 124). Por seu turno, a Secretaria Municipal de Saúde de Goiana - PE, por meio do Ofício nº 0305/2014 - GAB-SESAU (p. 5 da peça 125), informou o pagamento de auxílio para alimentação aos médicos do projeto no valor de R\$ 371,00 (trezentos e setenta e um reais). Do mesmo modo, a Secretaria Municipal de Saúde de Extremoz - RN (p. 5 da peça 126) também informou que pagava aos médicos do projeto o valor de R\$ 371,00 (trezentos e setenta e um reais);

155.3) no município de Breves - PA, um médico do projeto relatou para a equipe de auditoria que recebia um crédito de R\$ 600,00 (seiscentos reais) para ser utilizado em um supermercado indicado pelo Prefeitura. Essa modalidade de auxílio, além de não estar prevista na Portaria SGTES/MS nº 30/2014, impede que o médico participante escolha livremente onde adquirirá e pode ser um indicativo de direcionamento de despesa;

155.4) o município de Viçosa do Ceará - CE paga aos médicos do projeto R\$ 450,00

(quatrocentos e cinquenta reais) mensais para alimentação, valor menor que o parâmetro mínimo definido pelo Ministério da Saúde. No entanto, cabe ressaltar que, além desse valor, é fornecido almoço *in natura* durante a semana aos profissionais (p. 1 da peça 31 e p. 43 da peça 32);

155.5) em quatro dos quarenta e um municípios visitados pela equipe de auditoria (Currais Novos - RN, Capitão Poço - PA, Breves - PA e Apodi - RN), a oferta de moradia a médicos participantes estava em desacordo com o disposto na Portaria SGTES/MS nº 30/2014. Em Currais Novos - RN, médicos do projeto relataram que, apesar de o fornecimento de moradia pelo município ser atualmente na modalidade de recurso pecuniário, os profissionais foram impedidos de deixar o imóvel disponibilizado pela prefeitura quando a oferta de moradia era realizada na modalidade de imóvel físico. O gestor municipal alegou ter alugado a casa por três anos e argumentou que pagaria uma multa caso os médicos se retirassem da casa antes do término do prazo contratado. Cabe ressaltar que esses profissionais reclamaram da distância e da acessibilidade do imóvel em tela. Mais uma vez, uma prefeitura opta pelo procedimento que lhe é mais conveniente, mesmo que tal opção impeça que o médico participante escolha livremente o imóvel que melhor lhe atenda;

155.6) a equipe de auditoria, por meio de observação direta, constatou, nos municípios de Capitão Poço - PA, Breves - PA e Apodi - RN, que moradias fornecidas pelos municípios não apresentavam boas condições de infraestrutura física e sanitária. Em Capitão Poço - PA, o banheiro do imóvel disponibilizado para dois médicos cubanos apresentava condições precárias e seu forro estava infestado por cupins. Além disso, esse imóvel não apresentava condições adequadas de segurança, uma vez que a fechadura da porta de entrada estava quebrada;

155.7) em Breves - PA, a equipe de auditoria colheu relatos de médicos do projeto que informaram habitar de forma improvisada na sede do Conselho Municipal de Saúde, imóvel no qual não havia cozinha. No município de Apodi - RN, médicas contaram à equipe de auditoria que o apartamento disponibilizado pelo município foi inundado durante uma chuva;

155.8) a insatisfação dos médicos participantes em decorrência do não cumprimento das obrigações de fornecimento de alimentação e moradia pelos municípios também foi relatada por uma instituição supervisora (Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes – p. 3 da peça 127). Ademais, no Relatório de Primeiras Impressões elaborado por médicos participantes do município de Caucaia – CE, foi relatado o não pagamento dos auxílios alimentação e moradia (peças 128 e 129);

155.9) as seguintes causas podem ser apontadas para o inadequado cumprimento das obrigações pelos municípios:

- falta de recursos financeiros suficientes para adimplir suas obrigações;
- ausência de divulgação adequada pelo Ministério da Saúde da Portaria SGTES/MS nº 30, de 12/02/2014, que estabeleceu novos valores para o fornecimento de alimentação na modalidade de recurso pecuniário. Anteriormente, o art. 10 da Portaria SGTES/MS nº 23, de 1º/10/2013, estabelecia como parâmetro mínimo o valor de R\$ 371,00 (trezentos e setenta e um reais), que coincidia com o que era pago em Extremoz - RN e Goiana - PE e estava bem próximo do encontrado em Caucaia - CE (R\$ 375,00 – trezentos e setenta e cinco reais);
- existência de falhas no acompanhamento pelo Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional e das Comissões Estaduais do Projeto Mais Médicos para o Brasil, do cumprimento das obrigações municipais.

155.10) como efeito dessas falhas, pode ser citada a existência de médicos participantes do projeto recebendo alimentação inadequada ou residindo em moradias que não apresentavam as condições mínimas de habitabilidade e segurança;

155.11) assim sendo, cabe recomendar ao Ministério da Saúde que crie um canal de comunicação que possibilite aos médicos participantes apresentar denúncias ou reclamações, especialmente em relação ao cumprimento das obrigações municipais, que foram estabelecidas nos normativos do projeto;

155.12) cumpre recomendar, ainda, que a Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil crie mecanismos de controle e monitoramento permanentes do cumprimento das respectivas obrigações pelos municípios participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, nos termos do art. 11 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013 e dos arts. 3º, 4º e 5º da Portaria SGTES/MS nº 30, de 12/2/2014;

155.13) a implementação dessas duas recomendações permitirá a identificação, pelo Ministério da Saúde, de municípios que não estão cumprindo suas obrigações, de modo a possibilitar a adoção das providências cabíveis e o saneamento das falhas detectadas. Especificamente no que concerne aos casos de cumprimento inadequado das obrigações municipais acima relatados, propõe-se determinar à Coordenação Nacional do Projeto Mais Médicos para o Brasil que entre em contato com os municípios envolvidos e adote as providências cabíveis para garantir a alimentação e a oferta de moradia adequadas para os médicos do projeto. Adicionalmente, essa Coordenação deverá acompanhar a regularização dessa situação.

III.10. Elevado aporte de recursos para capacitar profissionais que não permanecerão no país

156. Verificou-se que um elevado montante de recursos foi destinado à especialização de estrangeiros no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

157. Conforme preceitua o art. 13 da Lei nº 12.871/2013, o Projeto Mais Médicos para o Brasil será oferecido a médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País (inciso I) ou àqueles formados em instituições de educação superior estrangeiras, por meio de intercâmbio médico internacional (inciso II).

158. O art. 15 dessa norma dispõe que integra o Projeto Mais Médicos para o Brasil o médico participante, que será submetido ao aperfeiçoamento profissional supervisionado. Tal aperfeiçoamento ocorrerá mediante a oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e envolverá atividades de ensino, pesquisa e extensão, que terão componente assistencial mediante a integração ensino-serviço (art. 14, *caput*).

159. A Lei nº 12.871/2013 dispõe, ainda, que a seleção e a ocupação das vagas do Projeto observarão a seguinte ordem: médicos formados em instituições de ensino superior - IES brasileiras ou com diplomas revalidados no país, médicos brasileiros formados em IES estrangeiras com habilitação para o exercício da medicina no exterior e médicos estrangeiros com habilitação para o exercício da Medicina no exterior (art. 13, § 1º).

160. O art. 16 dessa Lei estabelece que os médicos intercambistas exercerão a Medicina exclusivamente no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão do Projeto, sendo dispensada, para tal fim, nos três primeiros anos de participação no Projeto, a revalidação de seus diplomas.

161. Em 12/5/2014, 11.814 médicos intercambistas individuais estrangeiros ou cooperados estavam em atividade (informação prestada pela SGTES/MS em resposta ao item 6 do Ofício de Requisição nº 10-156/2014 – TCU - SecexSaúde - peça 72). Considerando os gastos com tutores e supervisores e os custos do curso a distância (informações prestadas pela SGTES em resposta ao item 13 do Ofício de Requisição nº 10-156/2014 – TCU - SecexSaúde - pp. 32 e 33 da peça 105), o dispêndio total com a especialização somente para os médicos estrangeiros ficará em R\$ 242.782.748,72 (duzentos e quarenta e dois milhões, setecentos e oitenta e dois mil, setecentos e quarenta e oito reais e setenta e dois centavos – p. 3 da peça 138). Cabe destacar que não foram levados em consideração os valores relativos às bolsas-formação nem os gastos com ajuda de custo e deslocamento dos médicos.

162. A unidade técnica destacou que:

162.1) os médicos estrangeiros não revalidaram os respectivos diplomas e não podem exercer a medicina fora do âmbito do Projeto. Ademais, após o término do Programa em tela, eles deverão retornar ao seu país de origem para exercer a medicina, tentar revalidar o diploma ou

pleitear um visto de permanência para exercer outra atividade no Brasil;

162.2) apesar de o Projeto priorizar a escolha de brasileiros, constatou-se que a imensa maioria dos médicos (85,67%) são estrangeiros. Cumpre destacar que, no dia 12/5/2014, 80,9% dos médicos participantes haviam sido contratados por intermédio da OPAS. Isso quer dizer que o Governo Federal investirá cerca de R\$ 240 milhões no prazo de três anos para especializar profissionais que, ao final do projeto, têm grandes chances de deixar o país e não aplicar aqui os conhecimentos adquiridos;

162.3) a promoção do aperfeiçoamento de médicos na atenção básica em saúde representa um dos grandes objetivos macro do Programa Mais Médicos. Nesse contexto, é preciso encontrar uma forma de direcionar esse esforço governamental para a capacitação do profissional brasileiro, que tende a permanecer aqui;

162.4) o risco de incorrer em gastos significativos e ineficazes aumenta quando se observa que foram contratadas 23.400 vagas de pós-graduação junto a Instituições de Ensino Superior participantes do Projeto Mais Médicos, por meio de Termos de Cooperação/Convênio celebrados com o Ministério da Saúde no âmbito da Rede UNA-SUS (conforme informado pela SGTES/MS em resposta ao Ofício de Requisição nº 10-156/2014 - TCU/SecexSaúde – p. 33 da peça 105). Se for mantida a porcentagem observada durante a auditoria, de 85% de estrangeiros, seriam ao todo 19.890 médicos oriundos de outros países e os gastos com a especialização desses participantes atingiriam R\$ 408.748.000,00 (quatrocentos e oito milhões e setecentos e quarenta e oito mil reais – p. 5 da peça 138);

162.5) avalia-se que uma possível causa para esse risco de um gasto ineficaz foi a falta de uma avaliação adequada dos benefícios para o país que advirão da especialização oferecida a médicos estrangeiros por meio do Projeto Mais Médicos para o Brasil;

162.6) diante do acima exposto, cabe recomendar ao Ministério da Saúde que reavalie a necessidade e os benefícios de oferecer cursos de especialização para os profissionais que provavelmente não permanecerão no Brasil após o término do projeto.

IV. Análise dos comentários dos gestores

163. A SecexSaúde diligenciou os Ministérios da Saúde (peça 147) e da Educação (peça 148) para que tais órgãos apresentassem até o dia 6/8/2014 os seus comentários relativos ao Relatório desta Auditoria Operacional, antes de sua apreciação pelo Tribunal, em obediência ao Manual de Auditoria Operacional do TCU.

164. O Ministério da Saúde encaminhou o Ofício nº 1.953/2014 - AECI/GM/MS (peça 151), no dia 8/8/2014, por meio do qual contestou as informações relativas à supervisão e à tutoria inadequadas e às fragilidades detectadas no Módulo de Acolhimento. Já o Ministério da Educação encaminhou o Ofício nº 209/2014 - GAB/Sesu/MEC (peça 155), no dia 15/8/2014, no qual manifestou sua concordância com as manifestações do Ministério da Saúde.

165. Em seguida, no dia 22/8/2014, o Ministério da Educação enviou a Nota Técnica nº 98/2014 - DDES/Sesu/MEC (pp. 3 a 6 da peça 163), por intermédio da qual buscou reforçar os argumentos anteriormente apresentados pelo Ministério da Saúde.

166. Os comentários relativos às fragilidades detectadas no Módulo de Acolhimento já foram analisados neste relatório.

167. No que concerne aos comentários dos gestores sobre a supervisão e a tutoria inadequadas, a unidade técnica salientou que:

167.1) o Ministério da Saúde asseverou que (p. 5 da peça 151):

“(…) entendemos que todos os médicos intercambistas estão habilitados para o exercício da medicina por terem cumprido os requisitos para participação, como descrito nos arts. 15, § 1º, e 16, caput e § 2º, da Lei instituidora do Projeto e por estarem vinculados ao aperfeiçoamento previsto no Projeto, pela Especialização em Saúde da Família, já que todos os

médicos estão vinculados ao Sistema Universidade Aberta do SUS.”

167.2) o art. 15, I, da Lei nº 12.871/2013 estabelece que os médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil serão submetidos a um aperfeiçoamento profissional supervisionado. Essa supervisão é definida no inciso II desse mesmo artigo como sendo um processo contínuo e permanente, que observará uma programação a ser elaborada por um profissional médico. Contudo, a presente auditoria identificou casos em que os médicos participantes não possuem supervisor cadastrado, ou seja, estaria ocorrendo um aperfeiçoamento médico sem a supervisão definida na Lei nº 12.871/2013. O fato de os médicos estarem vinculados ao Sistema Universidade Aberta do SUS não supre essa lacuna;

167.3) o Ministério da Saúde também afirmou que (p. 5 da peça 151):

“(...) destacamos ainda que nos aspectos do relatório, em especial nos itens 3 e 4, em que se põe sob dúvida a legitimidade da atuação dos médicos intercambistas, tendo em vista o não ‘acompanhamento integral de tutores e supervisores’, tem-se uma incompreensão das ferramentas de aprendizado de que se utilizam o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação para o aperfeiçoamento do profissional no âmbito do Projeto e que não se limitam ao acompanhamento fisicamente presencial do tutor e do supervisor, no que mais discorreremos adiante, em complementação ao já exposto em Nota Técnica remetida a este Tribunal.”

167.4) é imperioso destacar que não se questionou a forma como está ocorrendo o acompanhamento integral pelos tutores e supervisores. O que foi constatado é que alguns participantes não possuem nenhum tipo de acompanhamento no que se refere à supervisão e à tutoria. São situações diversas. Uma coisa é um médico participante ter um tutor e um supervisor que o acompanhem presencialmente uma vez por mês. Esse caso pode suscitar dúvidas sobre a efetividade do acompanhamento, mas ele existe. Contudo, a situação é diferente quando não existe nenhum supervisor ou tutor que o acompanhe. Cumpre destacar que o legislador brasileiro abriu uma exceção para que médicos sem o diploma revalidado atuem no Brasil, mas, em contrapartida, estabeleceu a necessidade de haver uma supervisão médica e uma tutoria acadêmica. Se a supervisão e a tutoria não ocorrem, tem-se um potencial desrespeito à legislação pátria, que pode ensejar a responsabilização de agentes que autorizaram (ou se omitiram) quanto a sua prática;

167.5) os Ministérios da Saúde e da Educação acrescentaram que (p. 9 da peça 151 e pp. 3 e 4 da peça 163):

MANIFESTAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE:

“Cabe destacar ainda que o papel do supervisor é estritamente pedagógico, ou seja, não desempenha função vinculada ao exercício ético profissional do médico em corresponsabilização. Assim o que está previsto na Lei nº 12.871/2013, art. 15, § 3º, destacando a atuação e responsabilidade do médico supervisor e do tutor acadêmico concerne às atividades de caráter educacional.”

MANIFESTAÇÃO DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO:

“O papel destes tutores e supervisores é eminentemente pedagógico, voltado ao desenvolvimento de atividades de educação permanente direcionadas aos médicos participantes do projeto, bem como o acompanhamento do aprendizado do médico nos outros eixos educacionais do programa (especialização, projeto de intervenção, etc), e nas atividades de integração ensino-serviço.”

167.6) o art. 15, § 3º, da Lei nº 12.871/2013 expressamente estabelece que *“a atuação e a responsabilidade do médico supervisor e do tutor acadêmico, para todos os efeitos de direito, são limitadas, respectiva e exclusivamente, à atividade de supervisão médica e à tutoria acadêmica”*. Nesse sentido, as palavras *“respectiva”* e *“exclusivamente”* deixam explícito que as atividades dos médicos supervisores e tutores são distintas, sendo que as dos tutores possuem um caráter mais educacional (tutoria acadêmica) e as dos supervisores de cunho mais prático (supervisão médica). Em nenhum momento, o legislador definiu que a supervisão médica é uma atividade de caráter

“estritamente pedagógico”;

167.7) o Ministério da Saúde aduziu que (p. 10 da peça 151):

“Reforçamos ainda que, além da especialização e da tutoria e supervisão, outras atividades e ferramentas educacionais estão à disposição dos médicos, isso significa dizer que o médico participante não necessariamente precisa ou deve estar sob acompanhamento presencial de tutor ou supervisor para que esteja em aperfeiçoamento, porque o Projeto envolve outras atividades de ensino, pesquisa e extensão e se complementa com diversas ferramentas educacionais do SUS, em especial o Telessaúde e o Portal Saúde em Evidências (...)”

167.8) o acompanhamento presencial é uma exigência presente na Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, cujo art. 15, I, determina que uma das atribuições do supervisor é realizar visita periódica para acompanhar as atividades dos médicos participantes. Ademais, o próprio Ministério da Saúde estabeleceu, na apresentação sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil (p. 17 da peça 135), uma periodicidade mínima mensal para esse acompanhamento efetuado pelo supervisor. Da mesma forma, no Informe “*Orientação para os Gestores Municipais*”, elaborado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde (p. 8 da peça 120), foi definida a necessidade de acompanhamento presencial;

167.9) o acompanhamento presencial regular não se confunde com os diversos instrumentos de aperfeiçoamento disponíveis no âmbito do projeto. A Lei nº 12.871/2013 determina que o aperfeiçoamento profissional seja supervisionado, o que acarreta a obrigatoriedade da vinculação de todos os médicos participantes a um tutor e a um supervisor. Note-se que, consoante relatado anteriormente, essa vinculação não foi constatada na prática em relação a um percentual dos médicos participantes;

167.10) o Ministério da Educação ponderou que (pp. 4 e 5 da peça 163):

“(.) há um intervalo necessário para a estabilização dos médicos na base territorial definitiva em que irão atuar, superando os momentos de remanejamento, alterações de distribuição e outras medidas administrativas a cargo do Ministério da Saúde, dos municípios e das coordenações estaduais do projeto. Também há necessidade de um período para a ambientação do médico junto a sua equipe de saúde e para o fornecimento de parâmetros que auxiliarão a tutoria do programa a designar quantos supervisores serão necessários para acompanhar uma determinada região dentro do território de sua instituição supervisora, bem como o perfil de médico mais adequado para garantir a supervisão daquele participante do projeto especificamente. Temos estabelecido, para atividades de controle e monitoramento de nosso núcleo gestor vinculado à DDES/Sesu/MEC, um período em torno de 60 a 90 dias para a instituição supervisora vincular um supervisor especificamente a um médico e iniciar as atividades de visitação, salvo exceções e situações muito específicas.”

167.11) a adequação do perfil do médico ao município, às questões logísticas relativas à sua base territorial e à definição do tutor e do supervisor que o acompanharão deveria ocorrer após o fim do módulo de acolhimento e antes que o médico entrasse em atividade, não posteriormente a sua alocação ao município. Tais fatos indicam que está ocorrendo um planejamento deficiente da distribuição de tais profissionais.

V. Conclusão

168. A título de conclusão, a unidade técnica destacou que:

168.1) a presente auditoria visou avaliar a eficácia do Projeto Mais Médicos para o Brasil. O marco formal inicial do projeto, a Medida Provisória nº 62, de 8/7/2013, convertida posteriormente na Lei nº 12.871/2013, previu a adoção de uma série de medidas voltadas para atingir seus objetivos, as quais começaram a ser implementadas em meados de 2013. A avaliação dessas ações mostrou que boa parte delas deve ser aperfeiçoada, adaptada ou, em alguns casos, reestruturada;

168.2) foram identificadas fragilidades na execução das atividades de supervisão dos médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, dentre as quais podem ser citadas as seguintes:

- uma grande quantidade de médicos não possui supervisores indicados no sistema UNA-SUS;
- existem problemas de tempestividade na emissão dos relatórios de supervisão dos médicos participantes;
- o conteúdo das avaliações encaminhadas pelos supervisores é pouco focado em aspectos clínicos, referindo-se mais a aspectos administrativos;
- grande parte dos supervisores exerce outras atividades com elevada carga horária semanal, o que pode prejudicar a supervisão médica exercida no âmbito do projeto.

168.3) diante disso, foram formuladas propostas de encaminhamento no sentido de aprimorar o processo de supervisão, tais como, determinar a obrigatoriedade de indicação do supervisor no ato de designação do médico participante e recomendar o aprimoramento da estrutura do Relatório de Supervisão Médica;

168.4) foram constatados problemas relativos à tutoria exercida no âmbito do projeto, quais sejam:

- há uma quantidade insuficiente de tutores, tendo em vista o quantitativo que seria necessário para respeitar a proporção que foi idealizada entre o número de tutores e o de médicos participantes. Isso prejudica a orientação acadêmica no âmbito da especialização;
- o plano de trabalho desenvolvido pelo tutor é muito superficial, pois não foram detalhados todos os itens preconizados na Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013;
- a atuação do tutor não tem sido suficiente para atender ao que se espera da orientação acadêmica dos médicos participantes. Essa atuação tem sido marcadamente administrativa, uma vez que vem sendo conferida maior ênfase à coordenação dos supervisores que à orientação acadêmica propriamente dita. Tal procedimento contraria o disposto no art. 15, da Lei 12.871/2013.

168.5) em virtude disso, propôs-se determinar que sejam criados mecanismos para que os tutores se dediquem à orientação acadêmica, em cumprimento a suas atribuições legais;

168.6) verificou-se a existência de falhas no módulo de acolhimento destinado aos médicos intercambistas participantes do projeto. Tais falhas permitiram a entrada em atividade de 95 médicos que, ao final do referido módulo, deveriam ter sido reprovados ou encaminhados para o processo de recuperação, uma vez que não atenderam aos critérios mínimos exigidos nos eixos de língua portuguesa e saúde, que foram estabelecidos na Portaria Conjunta MS/MEC nº 1/ 2014. Isso representa um risco para a saúde da população, que está sendo atendida por médicos que não demonstraram ter conhecimento suficiente para tanto. Para correção dessas inconsistências, propôs-se determinar a revisão da situação dos médicos identificados no presente relatório, com o conseqüente desligamento do projeto ou sua participação em um processo de recuperação. Ademais, no intuito de evitar que tais falhas se repitam, foram propostas mudanças nos sistemas de controle e avaliação do módulo de acolhimento;

168.7) foram detectadas falhas na distribuição de médicos do projeto, caracterizadas pelo não atendimento adequado às necessidades de municípios listados em normativo do Ministério da Saúde como sendo localidades com carência e dificuldades de retenção de profissional médico integrante de Equipe de Saúde da Família (ESF). A fim de aprimorar o atendimento dessa população hoje parcialmente desassistida, por meio da alocação de novos médicos do projeto, foi proposta recomendação no sentido de priorizar os municípios listados nesse normativo;

168.8) verificou-se, por meio da análise de dados do CNES, a existência de médicos participantes do projeto, com registro nos Conselhos Regionais de Medicina, com carga horária semanal igual ou superior a cem horas. Tal constatação pode ser um indício de descumprimento da carga horária prevista no projeto, uma vez que dificilmente o profissional consegue cumprir uma carga horária excessiva. Diante dessa situação, foi proposta determinação no sentido de verificar a

compatibilidade de horários e a ausência de prejuízo para o desempenho das atividades, com o objetivo de corrigir essas possíveis irregularidades;

168.9) foram constatadas fragilidades nas ações de avaliação e monitoramento dos impactos proporcionados pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil, tais como:

- o monitoramento realizado não está sendo efetivo para assegurar que os municípios não substituam médicos que já compunham equipes de atenção básica pelos participantes do Projeto nem que haja redução do número de equipes constituídas. Cabe destacar a existência de indícios de que isso está ocorrendo;

- os indicadores do Ministério da Saúde utilizados para verificar a implantação, os resultados e os impactos do programa não contemplam ações cruciais, tais como a avaliação da evolução das internações em áreas sensíveis à atenção básica;

- os indicadores utilizados são mais focados na abrangência do programa que nos seus impactos na área de atenção básica em saúde;

- há pouca articulação entre os agentes públicos no acompanhamento das obrigações previstas no art. 11 da Portaria Interministerial nº 1.369/2013;

168.10) com fulcro nessas observações, foram propostas recomendações no sentido de aprimorar o processo de avaliação e monitoramento do projeto, inclusive com a melhoria dos indicadores utilizados;

168.11) foram identificadas inconsistências nos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab, como, por exemplo, municípios com idêntica produção mensal de procedimentos (consultas médicas, solicitação de exames e encaminhamentos) e dados mensais de produção destoantes em relação às respectivas tendências (muitas vezes acima da média dos demais meses). A primeira inconsistência foi corrigida pelo Ministério da Saúde, entretanto, a segunda não foi equacionada. Segundo o Departamento de Atenção Básica - DAB/SAS/MS, os valores destoantes seriam provenientes de erros na coleta, consolidação ou digitação dos dados por técnicos das secretarias municipais de saúde;

168.12) a existência dessas falhas e, principalmente, seu não saneamento ocasionam a utilização de dados inconsistentes no monitoramento e na avaliação de políticas públicas, o que pode levar a conclusões inverídicas. Tal fato se torna ainda mais preocupante porque recentemente foram divulgadas notícias a respeito do aumento de produção da atenção básica em diversos estados, o qual foi relacionado ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. Considerando que esse levantamento levou em conta dados do Siab e do novo sistema que o substituirá (Sisab), podem ter sido utilizadas informações errôneas nas análises cujos resultados foram divulgados pela imprensa. Diante disso, foram propostas deliberações com o fito de melhorar a confiabilidade dos dados existentes nos sistemas de informação da atenção básica, os quais fundamentam a análise e a divulgação de resultados do Projeto Mais Médicos para o Brasil;

168.13) os dados extraídos do Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab e os fornecidos pelas Unidades Básicas de Saúde – UBS indicam um aumento da quantidade de consultas médicas realizadas na atenção básica após a entrada de médicos do 1º e 2º ciclos do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Contudo, em 25% dos municípios analisados que receberam esses médicos houve uma diminuição desse quantitativo. As causas dessa redução são difíceis de especificar e requerem investigações mais profundas por parte do Ministério da Saúde. Considerando que esse resultado negativo vai contra o objetivo de fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País, foi proposta recomendação para que o Ministério da Saúde avalie os motivos que levaram à diminuição da produção nesses municípios;

168.14) alguns municípios visitados não estavam cumprindo adequadamente suas obrigações em relação ao fornecimento de moradia e alimentação aos médicos participantes do projeto. Isso pode decorrer de fatores como falhas no acompanhamento por parte da Coordenação Nacional e das Comissões Estaduais do projeto, insuficiência de recursos financeiros e falta de divulgação adequada da Portaria SGTES/MS nº 30, de 12/2/2014, que trata especificamente dessas

obrigações municipais. A fim de regularizar essa situação, foi proposta determinação à Coordenação do Projeto Mais Médicos do Brasil para que ela entre em contato com os municípios em questão, demande a adoção das providências cabíveis e acompanhe o saneamento dos problemas identificados;

168.15) será aportado um elevado montante de recursos destinados à especialização de estrangeiros no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Cabe ressaltar que esses profissionais não poderão continuar a exercer a medicina no país após o término de sua participação no Projeto, a não ser que sejam aprovados no processo de revalidação do diploma. Assim sendo, cumpre reavaliar a necessidade e os benefícios da oferta de curso de especialização para médicos estrangeiros;

168.16) a concepção desse Programa abarca atividades paliativas (como o Projeto Mais Médicos para o Brasil, que promove o aperfeiçoamento de médicos na atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS) e outras de efeitos mais duradouros (que pretendem mudar os parâmetros de formação médica no país e ampliar a quantidade de vagas do curso de medicina e de residência médica). Caso não haja uma atuação estatal que dê prosseguimento a essas outras duas ações de caráter mais duradouro, há o risco de que os resultados alcançados por meio do Projeto Mais Médicos para o Brasil sejam somente temporários. Nessa hipótese, a população atualmente beneficiada pela maior presença de médicos em áreas que apresentavam déficits de atendimento pode voltar ao estado anterior de desassistência, após três ou seis anos de Projeto;

168.17) até o encerramento da presente auditoria haviam sido alocados 13.790 médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil em 3.756 municípios e 33 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), localizados em todas as 27 unidades federadas. O aumento de médicos no Sistema Único de Saúde é uma ação desejável. Ademais, a alocação de médicos em lugares onde há dificuldade para fixar esses profissionais é uma demanda antiga. Assim, a chegada desses médicos é um ponto positivo do projeto sob comento;

168.18) foram realizadas ações que envolveram recursos volumosos em um curto espaço de tempo. Somente à Opas já foram pagos, desde o início do projeto até meados de maio de 2014, cerca de R\$ 1,2 bilhão de reais, a título de contrapartida pela contratação dos médicos cooperados. No caso da contratação de médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no Brasil (CRM-Brasil) e aos demais médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras estima-se que foram despendidos, até junho de 2014, aproximadamente R\$ 146 milhões. Algumas das fragilidades identificadas neste trabalho podem decorrer dessa rapidez na contratação e alocação dos médicos, até porque pode não ter havido um investimento adequado para assegurar a adequada implementação dos controles que são necessários;

168.19) as propostas formuladas a seguir têm potencial para melhorar os controles do projeto e, por via de consequência, podem reduzir os riscos de que sejam prestados à população serviços de má qualidade, incrementar a confiabilidade das informações contidas nos bancos de dados do SUS e conferir maior transparência às ações e aos resultados atingidos pelo projeto.

VI. Proposta de encaminhamento

169. Diante do acima exposto, a equipe de auditoria propôs:

169.1) com base no art. 43, I, da Lei nº 8.443/1992 e no art. 250, II, do Regimento Interno do TCU, determinar à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação do Ministério da Saúde que:

169.1.1) verifique, juntamente com as instituições de ensino, a compatibilidade de horários dos supervisores do Projeto Mais Médicos para o Brasil que exerçam outras atividades ocupacionais, tendo em vista que o art. 37, XVI, “c”, da Constituição Federal estabelece que nos casos de acúmulo de funções deve haver compatibilidade de horários, informando ao TCU em 180 dias os resultados obtidos;

169.1.2) verifique, juntamente com os municípios, a compatibilidade de horários, bem como a ausência de prejuízo no desempenho das respectivas atividades, nos casos de acúmulo de funções por médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, especialmente nos casos identificados no presente trabalho, tendo em vista o disposto no art. 37, XVI, “c”, da Constituição Federal e no art. 21 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, aplicando, se for necessário e conveniente, as penalidades previstas no art. 26 dessa Portaria Interministerial e informando ao TCU em 180 dias os resultados obtidos;

169.2) com base no art. 43, I, da Lei nº 8.443/1992 e no art. 250, II, do Regimento Interno do TCU, determinar à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), ambas do Ministério da Saúde, que, antes de transferir dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) para o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), corrijam ou excluam inconsistências eventualmente detectadas no Siab, em especial aquelas relativas a dados duplicados ou a informações de produção mensal destoantes da tendência dos municípios (que foram percebidas pela equipe de auditoria quando da análise das séries históricas mensais), informando ao TCU em 180 dias os resultados obtidos;

169.3) com base no art. 43, I, da Lei nº 8.443/1992 e no art. 250, II, do Regimento Interno do TCU, determinar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que:

169.3.1) desenvolva, no prazo de 60 dias, mecanismos para aperfeiçoar os instrumentos que orientam a atuação dos tutores, de modo que eles se dediquem à orientação acadêmica no âmbito da especialização e à integração ensino-serviço, exercendo assim as atribuições definidas no art. 14 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013;

169.3.2) promova, no prazo de 60 dias, em atendimento ao disposto nos arts. 13 a 17 da Portaria Conjunta MS/MEC nº 1, de 21/1/2014, a revisão das avaliações e, se for o caso, o desligamento dos médicos que deveriam ter sido reprovados no módulo de acolhimento, mas se encontram em atividade;

169.3.3) apresente, no prazo de 60 dias, em atendimento ao disposto nos arts. 13 a 17 da Portaria Conjunta MS/MEC nº 1, de 21/1/2014, plano de ação para realizar a prova de recuperação do módulo de acolhimento dos médicos participantes que se encontram em atividade apesar de terem realizado a recuperação de forma irregular ou não a terem realizado quando era necessário, promovendo o desligamento daqueles que forem reprovados;

169.3.4) notifique, no prazo de 60 dias, os municípios de Caucaia - CE, Goiana - PE, Extremoz - RN, Breves - PA e Viçosa do Ceará – CE sobre as irregularidades, identificadas nesta auditoria, relacionadas ao não cumprimento adequado da garantia de fornecimento de alimentação aos médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil e acompanhe a regularização dessa situação;

169.3.5) notifique, no prazo de 60 dias, os municípios de Currais Novos - RN, Capitão Poço - PA, Breves - PA e Apodi – RN sobre as irregularidades, identificadas nesta auditoria, relacionadas à oferta inadequada de moradia aos médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil e acompanhe a regularização dessa situação;

169.4) com base no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, recomendar ao Ministério da Saúde que:

169.4.1) somente divulgue novos resultados do Projeto Mais Médicos para o Brasil, apurados com base nos dados constantes do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) ou do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), após a correção ou exclusão de inconsistências eventualmente detectadas nesses dados, em especial no que concerne a informações sobre a produção mensal que destoem da tendência verificada a partir da análise das séries históricas mensais, com vistas a reduzir o risco de serem divulgadas informações incorretas;

169.4.2) priorize, nos novos ciclos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, os municípios listados no Anexo I da Portaria Conjunta SGTES/SAS nº 3, de 19/2/2013, que ainda não tenham sido contemplados adequadamente com médicos do projeto;

169.4.3) utilize, nos novos ciclos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, como um dos

critérios para a distribuição dos médicos, indicadores que reflitam a disponibilidade desses profissionais nos municípios, como, por exemplo, o número de médicos (SUS e não SUS) por habitante registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);

169.4.4) avalie os motivos que levaram à diminuição da quantidade de consultas em 466 municípios que receberam médicos do Projeto Mais Médicos do Brasil (1º e 2º ciclos) e adote as medidas cabíveis para que tal quadro seja revertido, com o objetivo de fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País, conforme preconizado no art. 1º, I, da Lei nº 12.871/2013;

169.4.5) estabeleça um canal de comunicação que possibilite aos médicos participantes encaminhar denúncias ou reclamações, especialmente em relação ao cumprimento das obrigações municipais;

169.4.6) reavalie a necessidade e os benefícios de oferecer cursos de especialização para os médicos estrangeiros, que não permanecerão no Brasil após o término do Projeto Mais Médicos para o Brasil;

169.5) com base no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, recomendar à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação do Ministério da Saúde que:

169.5.1) modifique a estrutura dos Relatórios de Supervisão Médica dos profissionais integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, de modo que esses documentos passem a ter foco nas atividades clínicas;

169.5.2) torne obrigatório, no ato de designação do médico participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil para atuar em determinado município, a definição do nome do respectivo supervisor, nos termos do art. 15, I, II e III, da Lei nº 12.871/2013;

169.6) com base no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, recomendar à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP e à Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, ambas do Ministério da Saúde, que implementem mecanismos no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) que identifiquem e corrijam eventuais inconsistências nos dados de produção;

169.7) com base no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, recomendar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que:

169.7.1) regulamente a carga horária dos médicos supervisores, dedicando especial atenção aos casos em que ocorre a acumulação das atividades de supervisão médica com o exercício de outras funções;

169.7.2) estude a criação de mecanismos que possibilitem a consulta no site da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) da relação nominal de médicos participantes e respectivos tutores e supervisores, a fim de dar maior transparência ao Projeto Mais Médicos para o Brasil;

169.7.3) promova, juntamente com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), a atualização constante da lista nominal de médicos participantes e respectivos tutores e supervisores, de modo a evitar que haja médicos sem tutores ou supervisores vinculados;

169.7.4) estude, juntamente com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), uma sistemática para aprimorar o plano de trabalho, de forma a torná-lo compatível com os preceitos do art. 14, II, da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013;

169.7.5) estude, juntamente com a Secretaria de Educação Superior (Sesu) do Ministério da Educação, uma forma de vincular a homologação do resultado final das convocações de médicos participantes do projeto à aprovação no módulo de acolhimento, com o fito de evitar que médicos com desempenho insuficiente naquele módulo e sem o diploma revalidado entrem em exercício na rede de atenção básica do SUS;

169.7.6) crie mecanismos de controle e monitoramento que contemplem análises específicas sobre os tópicos tratados no art. 11 da Portaria Interministerial nº 1.369/2013, inclusive no que concerne ao acompanhamento mensal do número de equipes de atenção básica que se

encontram em atividade em cada município contemplado, à proibição da substituição dos médicos que integram tais equipes por participantes do projeto e às obrigações municipais referentes à garantia de alimentação e à oferta de moradia adequada, que foram regulamentadas pela Portaria SGTES/MS nº 30, de 12/2/2014;

169.7.7) inclua, entre os indicadores utilizados para avaliar o Projeto Mais Médicos para o Brasil, aqueles que mensurem os respectivos impacto e efetividade, como, por exemplo, o relativo ao número de internações em áreas sensíveis à atenção básica;

169.8) dar ciência à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil sobre as seguintes impropriedades:

169.8.1) o agente que designar um médico para atuar em determinado município, com base nos arts. 13, II, e 16 da Lei nº 12.871/2013, sem designar supervisor para assisti-lo, nos termos do art. 15, II, dessa Lei, pode vir a ser responsabilizado por ter autorizado a prática ilegal da medicina;

169.8.2) negar aos Conselhos de Medicina o acesso aos dados dos profissionais que exercem as funções de supervisores ou tutores, os quais, nos termos do art. 15, II e III, da Lei nº 12.871/2013, devem ser médicos, sendo uma forma de restringir a competência prevista nos arts. 21, XXIV, e 22, XVI, da Constituição Federal, notadamente quanto à inspeção profissional;

169.8.3) a existência de um número insuficiente de tutores prejudica a orientação acadêmica dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, em afronta ao disposto no art. 15, III, da Lei nº 12.871/2013;

169.9) com base no art. 43, I, da Lei nº 8.443/1992 e no art. 250, II, do Regimento Interno do TCU, determinar ao Ministério da Saúde, ao Ministério da Educação e à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que remetam a este Tribunal, no prazo de 90 dias, plano de ação contendo o cronograma de implementação das medidas adotadas para atender as deliberações acima e corrigir os problemas identificados;

169.10) encaminhar cópia do Acórdão que vier a ser adotado pelo Tribunal, bem como do Relatório e do Voto que o fundamentarem, e do inteiro teor da instrução elaborada pela unidade técnica para os Ministros de Estado da Saúde e da Educação, o Coordenador Nacional do Projeto Mais Médicos para o Brasil, o Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, o Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, o Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, o Secretário de Educação Superior do Ministério da Educação, o Secretário Executivo da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), o Presidente da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados e o Presidente da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal;

169.11) restituir os autos à SecexSaúde para a programação do monitoramento da implementação das deliberações do Acórdão que vier ser proferido neste processo.

170. O titular da SecexSaúde manifestou sua concordância com essa proposta (peça 168).

É o Relatório.

VOTO

I – INTRODUÇÃO

I.1. Considerações iniciais

Trata-se de relatório de auditoria operacional executada sob a forma de Fiscalização de

Orientação Centralizada (FOC) no Programa Mais Médicos, em especial no Projeto Mais Médicos para o Brasil, no período compreendido entre junho de 2013 e março de 2014.

2. A implementação do Programa Mais Médicos provocou discussões na sociedade civil, principalmente no que concerne à vinda de profissionais estrangeiros. Foi questionada a existência de supostas ofensas ao ordenamento jurídico pátrio, notadamente quanto à observância dos princípios da legalidade, dos valores sociais do trabalho, do concurso público, da unicidade do regime dos servidores, da capacidade de acesso ao ensino superior, da vedação ao trabalho obrigatório, do exercício ilegal da profissão, da reciprocidade, da isonomia e da autonomia universitária.

3. Tais questionamentos foram abordados no TC nº 026.701/2013-8. Por meio do Acórdão nº 3.141/2013 – Plenário, o TCU julgou improcedentes as arguições de ilegalidade da aplicação da MP nº 621/2013, de mitigação do princípio do concurso público e de precarização das relações de trabalho. Além disso, o Tribunal não se manifestou sobre aspectos alheios às suas competências, que estão previstas nos arts. 70 e 71 da Constituição Federal. Por fim, esta Corte decidiu que temas residuais relacionados à legalidade e à legitimidade do 3º Termo de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação Técnica firmado com a OPAS serão avaliados em processo de acompanhamento (TC nº 027.492/2013-3).

4. A compatibilidade do “Mais Médicos” com o ordenamento jurídico pátrio foi ainda objeto das Ações Diretas de Inconstitucionalidade nº 5.035 (impetrada pela Associação Médica Brasileira) e pela ADI nº 5.037 (ajuizada pela Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados), que se encontram em tramitação no Supremo Tribunal Federal.

5. Considerando a magnitude dos recursos humanos, financeiros e logísticos envolvidos, foi priorizada a análise da alocação de profissionais em municípios prioritários do SUS, da integração ensino-pesquisa e do intercâmbio médico internacional.

6. Ainda no que tange ao Programa Mais Médicos, foi protocolada representação subscrita por deputados federais, com pedido de medida cautelar, pleiteando que o TCU determinasse ao Governo brasileiro que se abstinhasse de realizar novos desembolsos à OPAS por intermédio do 3º Termo de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação. No mérito, foi solicitado que a execução do citado Termo fosse considerada irregular.

7. Essa representação, que foi regularmente autuada e passou a constituir o TC nº 003.771/2014-8, teve por fulcro relatos de uma médica cubana que havia desistido de participar do projeto “Mais Médicos”. Neste momento, aguarda-se a análise pela unidade técnica dos esclarecimentos prestados pelos responsáveis.

I.2. Objetivos e escopo desta auditoria

8. A presente fiscalização visou aferir a eficácia do Programa Mais Médicos, sobretudo no que concerne ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. O Projeto em tela visa promover, nas regiões consideradas prioritárias pelo SUS, o aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante a integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional.

9. A limitação do escopo desta auditoria à avaliação das atividades relativas a esse Projeto, que constitui um dos três grandes eixos do Programa Mais Médicos, deveu-se ao fato de que os demais eixos do Programa Mais Médicos, consistentes na reordenação da oferta de cursos de medicina e das vagas para residência e no estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica, têm caráter reformador e mais abrangente, devendo ser implementados a médio e longo prazo.

10. Assim sendo, o controle desses outros dois eixos do Programa em tela não traria grandes benefícios neste momento, haja vista o estado incipiente de implantação de ambos. Uma análise mais rica poderá ser feita em momento posterior, quando esse Programa contará com mais tempo de atividade e ações mais concretas já deverão ter sido realizadas no que concerne a esses

outros eixos. Por outro lado, o Projeto Mais Médicos para o Brasil apresenta um caráter mais imediato, pois os médicos estão sendo alocados nos municípios e já iniciaram suas atividades.

11. Foi preciso restringir a avaliação somente à eficácia do projeto, o que se fará pela análise do atingimento das metas anteriormente definidas, tendo em vista que as respectivas atividades também se encontram na sua fase inicial. Nesse contexto, vários médicos começaram a desempenhar suas atividades há poucos meses enquanto outros profissionais ainda não estavam nos municípios de destino quando da realização desta auditoria, apesar de já terem participado do módulo de acolhimento (última fase de preparação para o início dos atendimentos médicos).

12. Uma análise da efetividade do projeto, nesse momento inicial de sua implementação, mostra-se inviável. Há necessidade de aguardar um tempo mínimo para que os resultados pretendidos se façam presentes e possam ser mensurados, o que somente deve ocorrer a médio e longo prazos. Dessa forma, a análise dos impactos produzidos pelo projeto em comparação aos objetivos propostos ainda não pode ser realizada e deve ser programada para um momento futuro, quando tal avaliação será viável e trará benefícios relevantes.

13. O presente trabalho também não busca analisar a economicidade e a eficiência do Projeto, tendo em vista que vários aspectos de caráter financeiro do Programa Mais Médicos, inclusive aqueles relativos aos repasses realizados para a OPAS, estão sendo averiguados no âmbito do processo de Acompanhamento anteriormente mencionado neste Voto (TC nº 027.492/2013-3).

14. Assim, esta auditoria se limitou a avaliar a eficácia do Projeto Mais Médicos para o Brasil, por meio da verificação das atividades desenvolvidas no período de julho de 2013 a março de 2014. Os objetivos desta fiscalização se refletiram nas seguintes questões formuladas na respectiva matriz de planejamento:

1ª Questão: Houve o fortalecimento da prestação de serviços de atenção básica em saúde nos municípios participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil?

2ª Questão: A distribuição dos profissionais considerou a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde?

3ª Questão: Em que medida o Projeto Mais Médicos para o Brasil tem cumprido o seu papel de aperfeiçoar médicos na atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS?

4ª Questão: Quais são os mecanismos de controle do Projeto exercidos pelo Ministério da Saúde e pela Coordenação do Projeto?

5ª Questão: Os municípios visitados estão oferecendo aos médicos participantes moradia com condições mínimas de habitabilidade, bem como alimentação e água potável?

I.3. Metodologias utilizadas

15. Esta Auditoria Operacional foi realizada por meio de uma Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC) e contou com a participação de seis Secretarias de Controle Externo do Tribunal. A coordenação ficou a cargo da Secex Saúde e as seguintes secretarias estaduais participaram do trabalho: Secex-BA, Secex-MA, Secex-PA, Secex-RN e Secex-SP. Essas secretarias foram escolhidas porque estão localizadas nos estados que mais receberam profissionais nos dois primeiros ciclos do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

16. Foram analisados dados constantes de sistemas informatizados e realizados estudos de casos. Foram visitados municípios localizados em oito estados da Federação, com o intuito de entrevistar representantes das Comissões Estaduais do Projeto Mais Médicos para o Brasil, das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e das Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios que receberam médicos até o segundo ciclo desse projeto. Optou-se por esse critério de seleção porque esses médicos entraram em atividade há mais tempo, entre outubro e dezembro de 2013, quando do início dos 1º e 2º ciclos, respectivamente. Nos demais ciclos, os médicos começaram suas atividades a partir de janeiro de 2014.

17. A seleção dos municípios que compuseram a amostra também levou em consideração as

condições dispostas no art. 4º, III, da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013 para o enquadramento como regiões prioritárias para o SUS. A exceção ficou por conta dos Distritos Especiais Indígenas, que foram excluídos da amostra devido à dificuldade logística de deslocamento.

18. Foram realizadas entrevistas individuais com tutores, supervisores, médicos participantes, servidores responsáveis pelas unidades básicas de saúde - UBS, profissionais da equipe de saúde e pacientes. Além disso, as equipes de auditoria visitaram unidades básicas de saúde e moradias de médicos do Projeto oferecidas pelos municípios.

19. Foram visitadas 130 unidades básicas de saúde em 41 municípios e entrevistados 149 médicos, 102 responsáveis pelas UBS, 446 profissionais das equipes de saúde da família, 315 pacientes, 17 tutores e 40 supervisores.

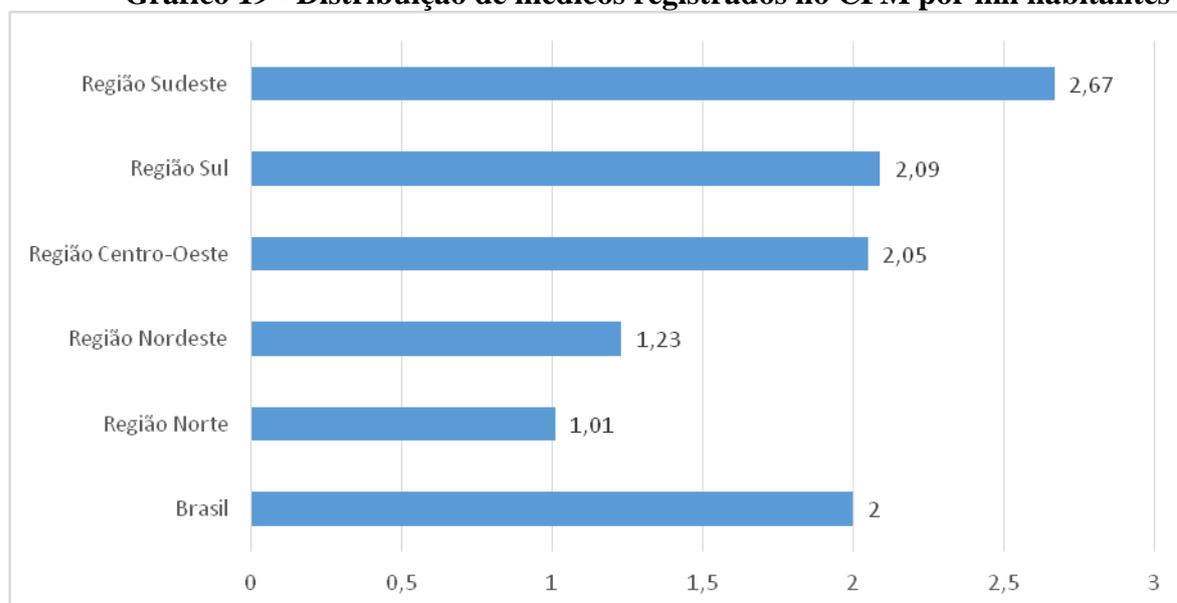
II - VISÃO GERAL

II.1. A carência de médicos e a desigualdade na distribuição desses profissionais no País

20. Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS, o Brasil possui 1,7 médicos por mil habitantes. Já as Américas e a Europa possuem 2 e 3,3 médicos por mil habitantes, respectivamente. Apesar de a OMS não estabelecer um parâmetro ideal para essa proporção, observa-se que o Brasil possui uma quantidade de médicos por mil habitantes inferior a de países como Canadá (2,0), Reino Unido (2,7), Uruguai (3,7), Espanha (3,9) e Cuba (6,7).

21. Aduzo que o Brasil apresenta uma distribuição muito desigual dos médicos nas suas regiões. Segundo os Conselhos Federal de Medicina - CFM e Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP, em 2013, existia uma concentração de médicos em determinadas regiões e nas capitais dos estados, sendo que as regiões Norte e Nordeste dispõem de um quantitativo de médicos por habitante bem menor que o índice nacional, como se observa no gráfico a seguir.

Gráfico 19 - Distribuição de médicos registrados no CFM por mil habitantes



22. Quando se analisam os dados relativos às unidades da Federação e às respectivas capitais, a desigualdade na distribuição dos médicos fica ainda mais acentuada. Segundo os dados do CFM (2013), o Distrito Federal apresenta a maior proporção de médicos por mil habitantes (4,09), seguido pelo Rio de Janeiro (3,62) e por São Paulo (2,64). Os três estados com as menores proporções são o Maranhão (0,71), o Pará (0,84) e o Amapá (0,95). Cabe destacar ainda que a maioria das unidades federadas (21 das 27) conta com uma proporção menor que o índice nacional,

conforme se observa na tabela a seguir.

Tabela 4 – Distribuição de médicos registrados no CFM por mil habitantes

Unidade Federada/Brasil	Médicos registrados (CFM) por mil habitantes
Distrito Federal	4,09
Rio de Janeiro	3,62
São Paulo	2,64
Rio Grande do Sul	2,37
Espírito Santo	2,17
Minas Gerais	2,04
Brasil	2,00
Santa Catarina	1,98
Paraná	1,87
Goiás	1,73
Mato Grosso do Sul	1,69
Pernambuco	1,57
Rio Grande do Norte	1,43
Sergipe	1,42
Paraíba	1,38
Roraima	1,38
Tocantins	1,36
Mato Grosso	1,26
Bahia	1,25
Alagoas	1,24
Rondônia	1,19
Ceará	1,16
Amazonas	1,12
Acre	1,08
Piauí	1,05
Amapá	0,95
Pará	0,84
Maranhão	0,71

Fonte: CFM (Demografia Médica no Brasil, 2013).

23. Cumpre destacar ainda que, segundo o Conselho Federal de Medicina, “*embora os números do total do estado sejam inflados pelos da capital, a divisão entre sede do estado e conjunto do território expõe diferenças gritantes. Os grandes centros atraem mais profissionais.*” Essa disparidade pode ser observada, por exemplo, nas três capitais com maiores quantitativos de médicos em relação ao número de habitantes, como se observa a seguir:

Tabela 2 - Quantidade de médicos por mil habitantes nas capitais e nos estados

Vitória (ES) e Espírito Santo	11,61 e 2,17, respectivamente
Porto Alegre (RS) e Rio Grande do Sul	8,73 e 2,37, respectivamente
Florianópolis (SC) e Santa Catarina	7,72 e 1,98, respectivamente

24. Essa disparidade também foi detectada nos dois estados com as piores proporções de médicos por mil habitantes, Maranhão (0,71) e Pará (0,84), cujas capitais possuem índices muito superiores aos estaduais, a saber: São Luís (2,88) e Belém (3,44).

II.2. O Projeto Mais Médicos para o Brasil

25. O Programa Mais Médicos foi criado, pela Medida Provisória nº 621, de 8/7/2013,

posteriormente convertida na Lei nº 12.871, de 22/10/2013, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS). De uma forma mais detalhada, pode-se dizer que seus objetivos são:

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

26. Visando atingir esses objetivos, está prevista a implementação de três grandes ações: o Projeto Mais Médicos para o Brasil, a mudança nos parâmetros da formação médica e a ampliação do quantitativo de vagas dos cursos de medicina e das residências médicas.

27. O Projeto Mais Médicos para o Brasil é regulado pelo disposto nos artigos 13 a 22 da Lei nº 12.871/2013 e regulamentado pela Portaria Interministerial dos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC) nº 1.369, de 8/7/2013. Consoante disposto nesses normativos, ele visa aperfeiçoar médicos na atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS, mediante a oferta de curso de especialização ministrado por instituição pública de educação superior e a realização de atividades de ensino, pesquisa e extensão, que terão componente assistencial mediante a integração ensino-serviço.

28. Os objetivos específicos desse Projeto são os seguintes:

- f) aprimorar a formação médica no Brasil, assegurando maior experiência prática;
- g) ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, aperfeiçoando o seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- h) fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições públicas de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desenvolvidas pelos médicos;
- i) promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- j) aperfeiçoar o conhecimento dos médicos sobre as políticas públicas de saúde do Brasil e a organização e o funcionamento do SUS.

29. Em conformidade com o art. 5º da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, o Projeto Mais Médicos para o Brasil será executado por meio de instrumentos de articulação interfederativa. Está prevista a cooperação com instituições de educação superior, programas de residência médica e escolas de saúde pública, além da utilização de mecanismos de integração ensino-serviço. Serão realizadas ações voltadas para o aperfeiçoamento de:

- d) médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no Brasil;
- e) médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras com habilitação para o exercício da medicina no exterior, por meio de intercâmbio internacional;
- f) profissionais de saúde formados em instituições de educação superior brasileiras, por meio de intercâmbio internacional.

30. A operacionalização do projeto inicia-se com a adesão de municípios, do Distrito

Federal e de instituições de ensino superior e a pré-inscrição dos médicos.

31. A Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013 define quais são as regiões prioritárias para o SUS e direciona a seleção dos municípios participantes e a alocação dos médicos do projeto. Consoante disposto no art. 4º, III, desse normativo, tais regiões correspondem às áreas de difícil acesso ou provimento de médicos e àquelas que possuem populações em situação de maior vulnerabilidade, definidas com base nos critérios estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 1.377, de 13/06/2011. Além disso, essas regiões devem se enquadrar em pelo menos uma das seguintes condições:

a) 20% (vinte por cento) ou mais da população municipal estar vivendo em situação de extrema pobreza, o que é verificado com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS);

b) o município estar entre os 100 (cem) que possuem mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes e apresentam os mais baixos níveis de receita pública "*per capita*" e alta vulnerabilidade social;

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

d) o município estar em área referente aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza.

32. Conforme informado pelo Ministério da Saúde, todos os municípios puderam se inscrever no projeto e indicar a quantidade de médicos que seria necessária. Foi conferida prioridade aos municípios que se enquadravam nos critérios acima citados.

33. A seleção dos médicos participantes foi realizada por meio de chamamento público (editais publicados pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES do Ministério da Saúde - MS) ou da celebração de instrumentos de cooperação com instituições de educação superior estrangeiras ou organismos internacionais (em conformidade com o disposto no art. 18 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013).

34. O art. 13, § 1º, da Lei nº 12.871/2013 estabelece que a seleção dos médicos e a ocupação das vagas observarão a seguinte ordem de prioridade:

a) médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, inclusive os aposentados;

b) médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para o exercício da medicina no exterior;

c) médicos estrangeiros com habilitação para o exercício da medicina no exterior.

35. Foi criada a figura do médico intercambista, que é o "*médico formado em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para o exercício da Medicina no exterior*" (art. 13, § 2º, II, da Lei nº 12.871/2013). Assim, participam do Projeto o médico intercambista e aquele formado em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado.

36. Após a homologação do resultado da seleção, o médico inscrito no Conselho Regional de Medicina (CRM) segue diretamente para exercer suas atividades na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde foi lotado. Já o médico intercambista passa por um módulo de acolhimento com duração de quatro semanas, executado na modalidade presencial e com carga horária mínima de 160 horas. Segundo o art. 16, § 2º, da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, é "*aplicada avaliação para certificar que os médicos intercambistas possuam conhecimentos em língua portuguesa em situações cotidianas da prática médica no Brasil*".

37. Nos termos do art. 16, *caput* e § 3º, da Lei nº 12.871/2013, o Ministério da Saúde emite um número de registro único para o médico intercambista participante do projeto, além da respectiva carteira de identificação. Após a realização desses procedimentos, esse médico está habilitado para exercer as atividades de ensino, pesquisa e extensão exclusivamente no âmbito do projeto sob comento.

38. Cabe ressaltar que o exercício das atividades nas unidades de saúde compõe o processo

de aperfeiçoamento dos médicos participantes, que inclui a participação em curso de especialização com duração de até três anos, prorrogável por igual período (art. 14, *caput* e § 1º, da Lei nº 12.871/2013).

39. Segundo consta do art. 15, II e III, da Lei nº 12.871/2013, o supervisor (médico responsável pela supervisão contínua e permanente da atuação do médico participante) e o tutor acadêmico (docente médico que realizará a orientação acadêmica do médico participante) também integram a equipe do programa.

40. Em consonância com o disposto na Portaria Interministerial nº 1.369/2013, alterada pela Portaria Interministerial nº 339, de 7/3/2014, são as seguintes bolsas:

a) formação aos médicos participantes no valor mensal de R\$ 10.482,93 (dez mil, quatrocentos e oitenta e dois reais e noventa e três centavos);

b) supervisão aos médicos supervisores no valor mensal de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais);

c) tutoria aos tutores acadêmicos no valor mensal de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

41. Segundo o Ministério da Saúde, até 12/5/2014, foram alocados 13.790 médicos participantes em 3.756 municípios e 33 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), localizados em todas as 27 unidades federadas. Desses profissionais:

a) 1.554 possuem registro em algum Conselho Regional de Medicina. São médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no país;

b) 1.080 são intercambistas individuais. São médicos formados em instituições estrangeiras que não foram contratados por meio do Termo de Cooperação Técnica firmado com a Organização Pan-Americana da Saúde – Opas. Dentre eles, 422 são brasileiros;

c) 11.156 são médicos intercambistas cubanos selecionados por meio do Termo de Cooperação Técnica celebrado com a Opas.

42. Aduzo que, em 16/5/2014, havia 1.448 médicos supervisores e 106 tutores acadêmicos.

II.3. Legislação aplicável

43. A Constituição Federal de 1988 dispõe que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, direito esse que deve ser garantido mediante a implementação de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

44. Por sua vez, o art. 198 da Carta Magna determina que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único. Entre as competências atribuídas ao Sistema Único de Saúde (SUS) pela nossa Lei Maior está a de ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (art. 200, III). Essa competência foi regulamentada pelo art. 6º, III, da Lei nº 8.080, de 19/09/1990.

45. O Projeto Mais Médicos para o Brasil foi implementado pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013 e regulamentado pelos seguintes normativos:

a) Decreto nº 8.126, de 22/10/2013: dispõe sobre a emissão do registro único e da carteira de identificação para os médicos intercambistas;

b) Portaria GM/MS nº 2.477, de 22/10/2013: dispõe sobre a emissão do número de registro único para os médicos intercambistas;

c) Portaria SGTES/MS nº 30, de 12/2/2014: dispõe sobre o cumprimento pelo Distrito Federal e pelos Municípios das obrigações de oferta de moradia, deslocamento, alimentação e água potável aos médicos participantes.

II.4. Aspectos orçamentários e financeiros

46. A execução das atividades do Projeto Mais Médicos para o Brasil é custeada por dotações orçamentárias consignadas aos Ministérios da Saúde e da Educação, conforme disposto no art. 36 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, com a redação conferida pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.025/2013. No Ministério da Saúde, são utilizadas as ações 20YD -

Educação e Formação em Saúde e 20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família, que estão dentro do Programa 2015 - Aperfeiçoamento do SUS. No Ministério da Educação, é utilizada a ação 4005 - Apoio à Residência Saúde, que compõe o Programa 2032 – Educação Superior – Graduação, Pós-Graduação, Ensino, Pesquisa e Extensão.

47. Considerando os valores da bolsa-formação dos médicos participantes, a quantidade de médicos que ingressaram em cada ciclo e as diferentes datas de início das atividades nas unidades de saúde, estima-se que foram pagos, até junho de 2014, diretamente pelo Ministério da Saúde, aproximadamente R\$ 146 milhões para médicos formados em instituições de educação superior brasileiras, com diploma revalidado no Brasil ou formados em instituições de educação superior estrangeiras (exceto os selecionados por meio da Opas). Até o final de 2014, esse valor deve ter alcançado cerca de R\$ 315 milhões. Considerando-se o prazo do projeto sem prorrogação (36 meses), estima-se que será necessário dispendir mais de R\$ 1 bilhão para realizar todos esses pagamentos.

48. Além do pagamento das bolsas, o Ministério da Saúde concede ajuda de custo para as despesas de instalação do médico participante e poderá custear o respectivo deslocamento e de seus dependentes legais, em conformidade com o disposto no art. 19, § 1º e 2º, da Lei nº 12.871/2013. Considerando os pagamentos realizados apenas para os médicos intercambistas individuais (excluídos os médicos contratados por meio da Opas), que foram selecionados até o quinto ciclo do Projeto (um total de 1.128 profissionais) e o menor valor da ajuda de custo (correspondente a uma bolsa-formação), estima-se que já foram gastos cerca de R\$ 11 milhões.

49. Cabe ressaltar que apenas o médico participante que residir no município para o qual foi selecionado não tem direito a receber essa ajuda de custo. Assim sendo, médicos formados no Brasil também podem ter esse direito.

50. Os gastos com o pagamento de bolsas devem ter atingido, até o final de 2014, aproximadamente R\$ 59 milhões para supervisores e R\$ 5 milhões para tutores. Considerando o prazo inicial sem prorrogação, deverão ser dispendidos até o final do projeto cerca de R\$ 198 milhões em bolsas-supervisão e R\$ 19 milhões em bolsas-tutoria.

51. Outro desembolso no âmbito do Projeto Mais Médicos se refere às despesas relativas à oferta do curso de especialização para os médicos participantes. Conforme foi informado pelo Ministério da Saúde, foram celebrados convênios com dez instituições de educação no valor total de R\$ 101.800.000,00 (cento e um milhões e oitocentos mil reais), os quais possibilitam a abertura de 23.400 vagas (entre R\$ 3 mil e R\$ 5 mil por matrícula).

52. Os 3º e 4º Termos de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação Técnica celebrados pela Organização Pan-Americana da Saúde – Opas e pelo Ministério da Saúde, que permitiram o ingresso de médicos cubanos no projeto, previram a transferência de R\$ 510.957.307,00 (quinhentos e dez milhões, novecentos e cinquenta e sete mil, trezentos e sete reais) em 2013 (3º Termo de Ajuste) e de R\$ 973.946.600,00 (novecentos e setenta e três milhões, novecentos e quarenta e seis mil e seiscentos reais) em 2014 (4º Termo de Ajuste). Conforme consulta realizada ao Sistema Integrado de Administração Financeira – Siafi, já foram pagos para a Opas, até 21/5/2014, cerca de R\$ 1,2 bilhão, sendo R\$ 435 milhões em 2013 e o restante em 2014.

53. A unidade técnica ressaltou que:

a) no dia 18/8/2014, foi publicado no Diário Oficial da União o extrato do 5º Termo de Ajuste, no valor de R\$ 1.175.973.740,00 (um bilhão, cento e setenta e cinco milhões, novecentos e setenta e três mil, setecentos e quarenta reais);

b) segundo o documento oficial da OPAS denominado *Informe Financiero Del Director e Informe Del Auditor Externo – 1 de enero del 2013 – 31 de diciembre del 2013*, uma das principais fontes do aumento de 65% verificado nos ingressos de recursos financeiros para aquela entidade foram os valores provenientes da execução do Projeto Mais Médicos. Além disso, os valores das subvenções e transferências aumentaram 234,8% em 2013, também devido à execução do Projeto Mais Médicos;

c) houve uma diminuição no valor do incentivo financeiro destinado ao custeio das Equipes de Saúde da Família (ESF), que contam com profissionais médicos integrantes de programas nacionais de provimento e fixação em áreas de difícil acesso ou de atendimento a populações de maior vulnerabilidade econômica ou social. A Portaria GM/MS nº 978, de 16/05/2012, previa um incentivo financeiro mensal aos municípios de R\$ 10.695,00 (dez mil, seiscentos e noventa e cinco reais) para cada equipe implantada na modalidade 1 (atuavam nos municípios constantes do [Anexo I da Portaria GM/MS nº 822, de 17/04/2006](#)) e de R\$ 7.130,00 (sete mil, cento e trinta reais) para cada equipe na modalidade 2 (atendiam populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos ou atuavam em Municípios e áreas prioritizadas pelo Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania);

d) atualmente, a Portaria GM/MS nº 1.834, de 27/08/2013, define que, nos casos em que a equipe conta com profissional médico do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica - Provac ou do Projeto Mais Médicos, o incentivo financeiro mensal destinado ao custeio é de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais). Dessa forma, houve uma redução de R\$ 6.695,00 (seis mil, seiscentos e noventa e cinco reais) no valor mensal recebido pelos municípios para cada equipe que atua na modalidade 1 e de R\$ 3.130,00 (três mil, cento e trinta reais) para cada equipe na modalidade 2;

e) a redução do incentivo financeiro também ocorreu no que concerne às Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) e às Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF). A Portaria GM/MS nº 2.490, de 21/10/2011, definia como valor de incentivo mensal de custeio a ser repassado aos municípios por ESFR implantada a quantia vigente para o incentivo das ESF modalidade 1 acrescida do valor relativo ao custeio de transporte da equipe a comunidades ribeirinhas dispersas, no valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais). Esse mesmo normativo definia, como valor do incentivo mensal de custeio para as ESFF, R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) para equipes sem profissionais de saúde bucal e R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para equipes com esses profissionais;

f) contudo, a Portaria GM/MS nº 1.834/2013 reduziu esses valores nos casos em que essas equipes contam com profissional médico do Provac ou do Projeto Mais Médicos, ao estabelecer o custeio mensal de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) para as ESFR, de R\$ 34.000,00 (trinta e quatro mil reais) para ESFF sem profissionais de saúde bucal, e de R\$ 44.000,00 (quarenta e quatro mil reais) para ESFF que contem com esses profissionais. Portanto, a redução foi de R\$ 6.695,00 (seis mil, seiscentos e noventa e cinco reais) para as ESFR e de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) para as ESFF;

g) assim sendo, ocorre uma compensação parcial dos recursos que a União dispense no âmbito do Projeto Mais Médicos devido à diminuição dos valores relativos ao Piso de Atenção Básica Variável que são repassados para os municípios que receberam médicos do projeto.

II.5. Principais Responsáveis pela implementação do Projeto Mais Médicos

54. O Ministério da Saúde, as unidades federadas e diversos órgãos e entidades estão envolvidos na implementação do Projeto Mais Médicos, como, por exemplo, o Ministério da Educação (MEC), as instituições de ensino superior, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

55. O Ministério da Saúde, especialmente por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), é o principal gestor do projeto, sendo responsável, entre outras atribuições, pela formalização da adesão de municípios, do Distrito Federal e dos estados ao projeto e pela seleção dos médicos participantes. Por meio da sua Secretaria-Executiva, esse Ministério celebrou Termo de Cooperação Técnica com a Opas, cujos 3º e 4º Termos de Ajuste preveem as ações de provimento de médicos cubanos.

56. Segundo dispõe o art. 16, § 1º, da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, a responsabilidade pela formulação do módulo de acolhimento e pela avaliação dos médicos intercambistas é compartilhada entre os Ministérios da Educação e da Saúde. Ademais, nos termos do art. 22, §§ 1º e 3º, da referida Portaria, compete ao Ministério da Saúde pagar as bolsas-

formação aos médicos participantes e arcar com as ajudas de custo e as despesas de deslocamento dos dependentes dos participantes.

57. Ao Ministério da Educação (MEC), por meio da Secretaria de Educação Superior (Sesu), compete celebrar os termos de cooperação com as instituições públicas de educação, as escolas de saúde pública e outras entidades privadas participantes do projeto, na forma disposta no art. 38 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013. Aduzo que o MEC participa da Coordenação do Projeto, do Comitê Gestor e do Grupo Executivo.

58. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH atua em regime de colaboração com o Ministério da Educação na execução do projeto, nos termos do art. 23 da Lei nº 12.871/2013. Atualmente, ela paga o valor das bolsas para os tutores e supervisores, ressarcir despesas advindas das atividades de tutoria e supervisão e desenvolve ferramentas para gerenciar as informações operacionais do projeto.

59. A participação dos municípios e do Distrito Federal depende da celebração de termo de adesão e compromisso, por meio do qual, em conformidade com o disposto nos arts. 10 e 11 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, esses entes se comprometem a:

- não substituir os médicos que já compõem as equipes de atenção básica pelos participantes deste projeto;
- manter, durante a execução do projeto, as equipes de atenção básica atualmente constituídas por profissionais médicos não participantes do projeto;
- oferecer moradia para o médico participante do projeto, em consonância com os critérios estabelecidos no edital;
- garantir alimentação adequada e fornecimento de água potável;
- aderir ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, do Ministério da Saúde, caso conte com infraestrutura inadequada para executar as ações do projeto;
- inserir os médicos em equipes de atenção básica nas modalidades previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), nos termos da Portaria GM/MS 2.488/2011, em regiões prioritárias para o SUS, respeitando os critérios de distribuição estabelecidos no projeto;
- prover as condições necessárias para o exercício das atividades dos médicos, tais como ambientes adequados com segurança e higiene, e fornecer os equipamentos necessários, as instalações sanitárias e as mínimas condições de conforto;
- acompanhar e fiscalizar, em conjunto com o supervisor, a execução das atividades de ensino-serviço, inclusive quanto ao cumprimento da jornada de 40 horas semanais prevista para os médicos participantes.

60. Segundo o art. 12 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, compete às instituições públicas de educação superior brasileiras, às escolas de saúde pública e às entidades privadas participantes do projeto:

- monitorar e acompanhar as atividades executadas pelos médicos participantes, supervisores e tutores acadêmicos no âmbito do projeto;
- coordenar o desenvolvimento acadêmico do projeto;
- indicar os tutores acadêmicos e selecionar os supervisores do projeto;
- ofertar os módulos de acolhimento e avaliação para os médicos intercambistas;
- ofertar curso de especialização e atividades de pesquisa, ensino e extensão aos médicos participantes, os quais contarão com um componente assistencial que será provido por meio da integração ensino-serviço.

61. Já a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, em consonância com o disposto nos 3º e 4º Termos de Ajuste ao 80º Termo de Cooperação Técnica:

- seleciona os médicos aptos para participar no projeto, nos termos definidos pela Coordenação do Projeto;
- adota os procedimentos necessários para o pagamento dos médicos participantes;
- comprova o recolhimento da cobertura securitária e da seguridade social dos médicos

participantes;

- elabora, em conjunto com o Ministério da Saúde, planos de ação contendo a projeção de recursos necessários para o financiamento do Projeto;
- realiza as ações administrativas necessárias para executar esses planos;
- monitora mensalmente a execução desses planos.

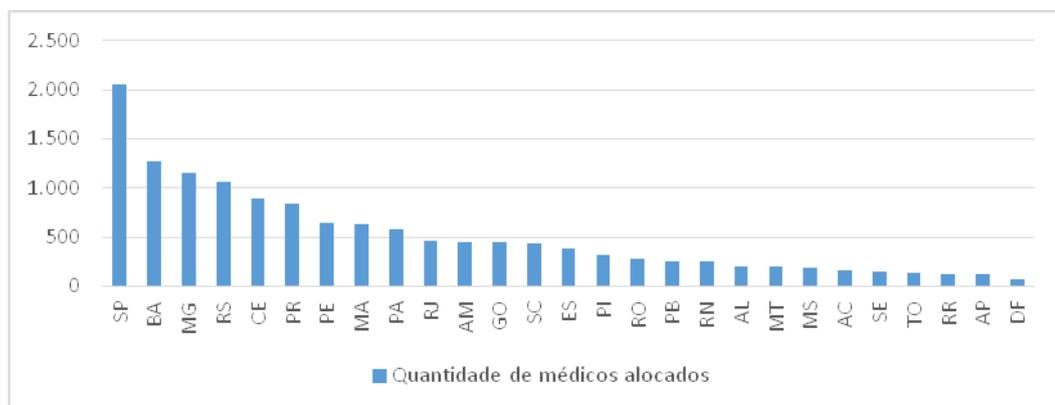
62. O art. 13, § 3º, da Lei nº 12.871/2013 estabelece que a coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil está a cargo dos Ministérios da Educação e da Saúde. Em atendimento a esse dispositivo legal, o art. 7º, I e II, da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013 detalhou a composição da Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, a quem compete:

- enviar aos CRM respectivos a relação de médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dos respectivos números de registro único, em conformidade com o art. 16, § 4º, da Lei nº 12.871/2013;
- coordenar, monitorar e avaliar as ações pertinentes ao projeto;
- definir, em conjunto com o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e as instituições públicas de educação superior brasileiras, o conteúdo do módulo de acolhimento e avaliação que será oferecido aos médicos intercambistas no âmbito do Projeto;
- definir, em conjunto com o UNA-SUS e as instituições públicas de educação superior brasileiras, o conteúdo do curso de especialização em atenção básica à saúde e das demais atividades de pesquisa, ensino e extensão que serão oferecidos no âmbito do projeto, além das respectivas metodologias de acompanhamento e avaliação;
- constituir Comissões Estaduais do Projeto Mais Médicos para o Brasil, na forma disposta no art. 8º da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013. Essas comissões constituem instâncias de coordenação, orientação e execução das atividades necessárias à execução do projeto no âmbito da respectiva unidade da federação.

II.6. Distribuição dos médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil

63. Foram alocados 13.790 médicos em 3.756 municípios e 33 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, localizados em todas as 27 unidades federadas. Segundo o Ministério da Saúde, considerando os médicos que estavam em atividade em 12/5/2014, São Paulo foi o estado que mais recebeu esses profissionais (2.059, que representam 14,9% do total). Em seguida, vieram a Bahia (1.276, 9,3% do total), Minas Gerais (1.156, 8,4% do total) e Rio Grande do Sul (1.062, 7,7% do total), conforme apresentado no gráfico a seguir.

Gráfico 20 - Distribuição dos médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil entre os estados.



Fonte: Ministério da Saúde.

64. O município de São Paulo - SP recebeu a maior quantidade de médicos (250, o que representa 1,81% do total). Em seguida, vieram Rio de Janeiro - RJ (141 médicos), Fortaleza - CE (124), Porto Alegre - RS (121) e Manaus - AM (99), conforme se visualiza na tabela a seguir.

Tabela 3 – Municípios que concentraram a alocação de médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil

Município	Quantidade de médicos alocados	% em relação ao total de médicos do Projeto Mais Médicos
São Paulo - SP	250	1,81%
Rio de Janeiro - RJ	141	1,02%
Fortaleza - CE	124	0,90%
Porto Alegre - RS	121	0,88%
Manaus - AM	99	0,72%
Campinas - SP	85	0,62%
Salvador - BA	82	0,59%
Osasco - SP	82	0,59%
Serra - ES	81	0,59%
Boa Vista - RR	77	0,56%
Brasília - DF	67	0,49%
Belo Horizonte - MG	65	0,47%
Macapá - AP	62	0,45%
Rio Branco - AC	59	0,43%
Ponta Grossa - PR	58	0,42%
Porto Velho - RO	56	0,41%
Guarulhos - SP	51	0,37%
Goiânia - GO	49	0,36%
Recife - PE	48	0,35%

Fonte: Ministério da Saúde (peça 108).

III – ACHADOS DA AUDITORIA

65. A unidade técnica elaborou uma análise detalhada dos achados desta auditoria, a qual foi transcrita no Relatório que antecede este Voto. Desde já incorporo essa análise, com a qual concordo em essência, às minhas razões de decidir, sem prejuízo de tecer considerações, o que passo a fazer. Tendo em vista o grande volume de observações, dividirei a minha exposição em tópicos temáticos.

III.1. Questões relacionadas com a supervisão das atividades dos médicos participantes

III.1.1. A responsabilidade dos supervisores

66. A supervisão dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, na forma prevista no art. 15, I e II, da Lei nº 12.871/2013, deve ser profissional, contínua, permanente e realizada por um médico supervisor.

67. A responsabilidade e a atuação dos supervisores foram limitadas às atividades concernentes à supervisão, como se observa no art. 15, § 3º, da Lei nº 12.871/2013, a seguir transcrito:

“Art. 15. Integram o Projeto Mais Médicos para o Brasil:

I - o médico participante, que será submetido ao aperfeiçoamento profissional supervisionado;

(...)

§ 3º *A atuação e a responsabilidade do médico supervisor e do tutor acadêmico, para todos os efeitos de direito, são limitadas, respectiva e exclusivamente, à atividade de supervisão médica e à tutoria acadêmica.*”

68. Contudo, o Conselho Federal de Medicina e os 27 Conselhos Regionais alertaram que, no entendimento desses entes de fiscalização do exercício profissional, os supervisores podem ser responsabilizados em caso de:

- denúncia ou constatação de dano a paciente por ação ou omissão, caracterizada por imperícia, imprudência ou negligência;
- indicação de procedimento, mesmo com a participação de vários médicos, que resulte em dano;
- não uso em favor do paciente de todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance;
- acobertamento de conduta antiética em desfavor do paciente.

69. Visando aclarar essa questão, a Exma. Presidenta da República adotou o Parecer nº 51/2013/DECOR/AGU/CGU e o Despacho do Consultor-Geral da União nº 916/2013, os quais estabeleceram que, por falta de previsão legal expressa, os supervisores não são corresponsáveis civilmente pelos atos praticados no exercício da sua profissão pelos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Aduziram que qualquer ilação no sentido de que haveria possibilidade de responsabilização inibiria e constrangeria a prática médica, tal como foi concebida no Programa Mais Médicos para o Brasil.

70. A unidade técnica, por seu turno, entendeu que se um determinado ato médico causar dano e for comprovada falha na supervisão, essa conduta poderá dar ensejo à responsabilização do médico supervisor. Afinal, os médicos intercambistas do Projeto Mais Médicos para o Brasil podem participar do programa em tela mesmo sem possuírem diplomas revalidados, consoante estabelecem os arts. 13, § 2º, II, e 16 dessa Lei, a seguir transcritos. Em contrapartida, devem ter sua atuação supervisionada, nos termos do art. 15, I, desse diploma legal, anteriormente transcrito.

“Art. 13. É instituído, no âmbito do Programa Mais Médicos, o Projeto Mais Médicos para o Brasil, que será oferecido:

(...)

§ 2º *Para fins do Projeto Mais Médicos para o Brasil, considera-se:*

(...)

II - médico intercambista: médico formado em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para exercício da Medicina no exterior.”

“Art. 16. O médico intercambista exercerá a Medicina exclusivamente no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão do Projeto Mais Médicos para o Brasil, dispensada, para tal fim, nos 3 (três) primeiros anos de participação, a revalidação de seu diploma nos termos do § 2º do art. 48 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.”

71. Entendo que a análise dessa questão demanda uma rápida explanação sobre as competências dos Conselhos Federal e Estaduais de Medicina.

72. O art. 5º, XIII, da Constituição Federal estabelece que *“é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer”*. Já o art. 21, XXIV, da nossa Lei Maior dispõe que compete à União *“organizar, manter e executar a inspeção do trabalho”*. Por fim, o art. 22, XVI, da nossa Carta Magna determina ser competência privativa da União legislar sobre a *“organização do sistema nacional de emprego e condições para o exercício de profissões”*.

73. Com o fito de dar concretude a esses dispositivos constitucionais, foi editada a Lei nº 3.268, de 30/09/1957, que foi recepcionada pela atual Constituição e vem sendo alterada por diversos diplomas legais. O art. 2º dessa Lei estabelece que:

“Art. 2º O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos

supervisores da ética profissional em toda a República e ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.”

74. Sopesados os mencionados dispositivos constitucionais, o STF já manifestou seu entendimento no sentido de que esses conselhos exercem “*atividade típica de Estado, que abrange até poder de polícia, de tributar e de punir, no que concerne ao exercício de atividades profissionais regulamentadas*” (ADI nº 1.717 – Relator Ministro Sydney Sanches).

75. Com espeque nessas considerações, julgo que deve ser dada ciência ao Ministério da Saúde de que os Conselhos Federal e Regionais de Medicina, no exercício de suas competências constitucionais e legais, podem vir a adotar providências disciplinares contra supervisores do Programa Mais Médicos, caso fiquem configurados os eventos relacionados no parágrafo 68 deste Voto.

III.1.2. A designação de supervisores para os médicos participantes

76. Com o intuito de viabilizar uma supervisão adequada, o Ministério da Saúde estabeleceu o limite máximo de dez médicos participantes para cada supervisor, limite esse que pode ser reduzido em situações especiais, como, por exemplo, as verificadas na Amazônia Legal.

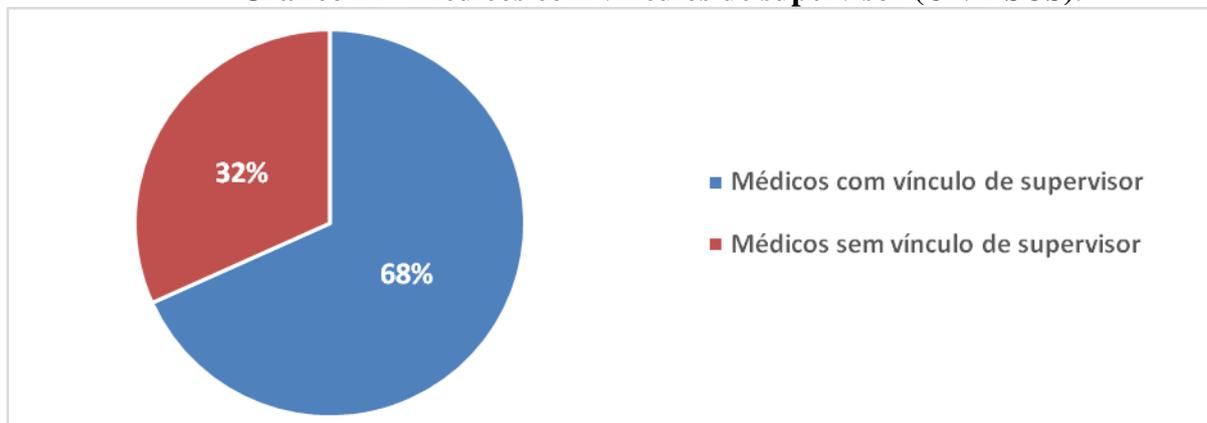
77. Visando aferir a eficácia da supervisão médica, a unidade técnica solicitou que o Ministério da Educação enviasse a relação dos supervisores integrantes do projeto e os médicos a eles vinculados. Esse órgão não apresentou as informações demandadas, uma vez que foi encaminhada apenas uma relação formal de tutores e supervisores, sem os vínculos solicitados.

78. O Ministério informou que não atendeu à demanda do TCU porque “*a informação sistematizada (...) não permite a apresentação da informação conforme quadro proposto, uma vez que ele implica na vinculação permanente de um tutor a um supervisor e a um médico*”.

79. Cumpre destacar que a Secex Saúde não solicitou que o Ministério da Educação vinculasse de modo permanente os médicos a tutores e supervisores, mas demandou a apresentação da situação momentânea, de forma a identificar possíveis fragilidades na supervisão. Em decorrência dessa carência de informações, a unidade técnica analisou dados fornecidos pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS).

80. Foi observada a existência de 1.522 supervisores ativos e de 9.415 médicos com supervisores designados. Considerando que, segundo o Ministério da Saúde, 13.790 médicos participavam do Projeto Mais Médicos, tem-se que pelo menos 4.375 (31,73%) deles não possuíam supervisores indicados no sistema informatizado utilizado pela UNA-SUS.

Gráfico 21 - Médicos com vínculos de supervisor (UNA-SUS).



Fonte: UNA-SUS.

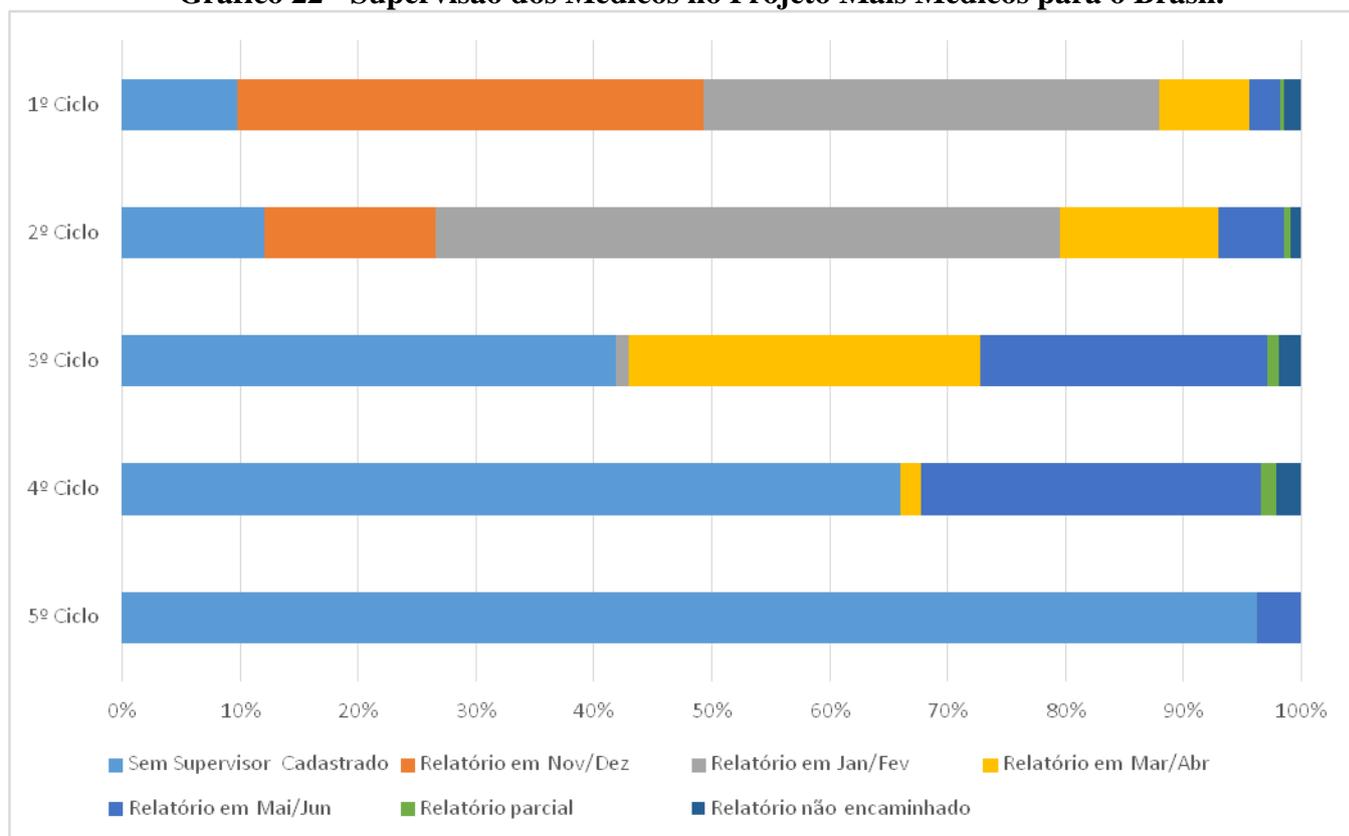
81. Por meio do cruzamento dos Cadastros de Pessoa Física (CPF) dos médicos citados nos

relatórios de supervisão com os CPF dos supervisores que emitiram esses relatórios, observou-se que 147 supervisores encaminharam relatórios de supervisão relativos a mais de dez médicos, o que vai de encontro à deliberação do Ministério da Saúde citada no parágrafo 76 deste Voto. A título de exemplo dessa situação, pode ser citado o caso de um supervisor que, no mês de maio de 2014, encaminhou relatórios referentes a 19 diferentes médicos.

82. Após analisar os planos de trabalho de nove Instituições de Ensino Superior que participam do Programa em tela (SESBA/BA, ESP-VS/CE, UFMA/MA, UFSJ/MG, UFPA/PA, UPE/PE, UFRN/RN, CSSM/SP e FUABC/SP), a unidade técnica identificou que em todas elas existem diversos médicos participantes sem vínculo com algum supervisor e que em sete delas há supervisores com mais de dez médicos (apenas UFRN e FUABC não extrapolam o limite).

83. Esse quadro está resumido na tabela abaixo:

Gráfico 22 - Supervisão dos Médicos no Projeto Mais Médicos para o Brasil.

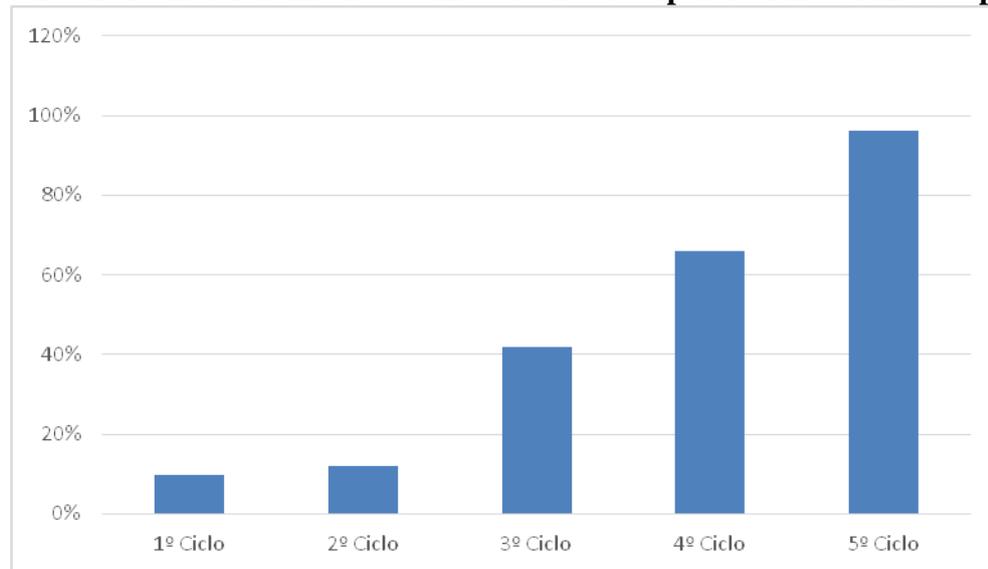


Fonte: Ministério da Saúde e UNA-SUS.

84. A partir da análise desses dados, constatei que a potencial falta de supervisores não se restringe a médicos recentemente integrados ao programa. Afinal, existem médicos que participam do 1º ciclo do Programa em tela, desde outubro de 2013, que até 6/6/2014 não possuíam supervisores cadastrados no sistema UNA-SUS.

85. Friso, ainda, que a quantidade de médicos para os quais não foram identificados supervisores apresenta uma trajetória crescente e que essa falha ocorreu em todos os ciclos de forma expressiva, como se observa no gráfico abaixo.

Gráfico 23 - Percentual de médicos sem cadastro de supervisor na UNA-SUS por ciclo.



Fonte: UNA-SUS.

86. Cabe salientar, ainda, que, segundo informado pelo Conselho Federal de Medicina, os Conselhos Regionais estariam impossibilitados de fiscalizar as atividades dos supervisores do programa, uma vez que o Ministério da Saúde se negaria a informar os nomes dos tutores e supervisores do Programa “Mais Médicos” e os endereços dos locais onde os médicos intercambistas desenvolvem suas atividades.

87. Essa atitude do Ministério motivou o ajuizamento, pelo CRM/RS, da Ação Ordinária nº 5017613-48.2014.404.7100/RS. Para fundamentar o pedido de acesso aos dados acima citados, o referido Conselho Regional alegou necessitar dessas informações para exercer suas competências fiscalizatórias e acrescentou que seu pedido encontrava respaldo no art. 6º, I, da Lei de Acesso à Informação, **verbis**:

“Art. 6º Cabe aos órgãos e entidades do poder público, observadas as normas e procedimentos específicos aplicáveis, assegurar a:

I - gestão transparente da informação, propiciando amplo acesso a ela e sua divulgação;”

88. O MM. Juiz Federal Antonio Gregorio, quando do julgamento desse feito, salientou que *“o uso das informações deve ser restrito à consecução das atividades exercidas pelo Conselho autor no sentido de fiscalizar a conduta dos médicos, no caso, os intercambistas, assim como o faz em relação aos demais profissionais que exercem o ofício na sua área de atuação e, nesse mister, auxiliar-se das informações que possam ser prestadas pelos seus tutores e supervisores.”*

89. Em seguida, o magistrado confirmou a liminar concedida e extinguiu o feito nos termos do art. 269, I, do CPC, *“julgando procedente o pedido veiculado na presente ação, para determinar à União que forneça ao CREMERS os nomes dos tutores e supervisores médicos que ocupam tais funções no programa 'Mais Médicos', bem como os respectivos endereços (Hospital, Posto de Saúde, Clínica, Policlínica, etc) em que os médicos intercambistas desenvolvem suas atividades.”*

90. Atualmente, esse processo aguarda julgamento no Tribunal Regional Federal da Quarta Região.

91. Diante do acima exposto, manifesto minha concordância com a proposta formulada pela unidade técnica no sentido de:

- a) recomendar ao Ministério da Saúde que torne obrigatório, no ato de designação do médico participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil para atuar em determinado município, a definição do nome do respectivo supervisor, nos termos do art. 15, I, II e III, da Lei nº 12.871/2013;
- b) recomendar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que:

b.1) estude a criação de mecanismos que possibilitem a consulta no site da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) à relação nominal de participantes e respectivos tutores e supervisores, a fim de dar maior transparência ao Projeto Mais Médicos para o Brasil;

b.2) promova, juntamente com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), a atualização constante da lista nominal de médicos participantes e respectivos tutores e supervisores, de modo a evitar que haja médicos sem tutores ou supervisores vinculados;

c) cientificar a Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil de que:

c.1) o agente que designar um médico para atuar em determinado município, com base nos arts. 13, II, e 16 da Lei nº 12.871/2013, sem designar supervisor para assisti-lo, em conformidade ao disposto no art. 15, I e II, dessa Lei, pode vir a ser responsabilizado;

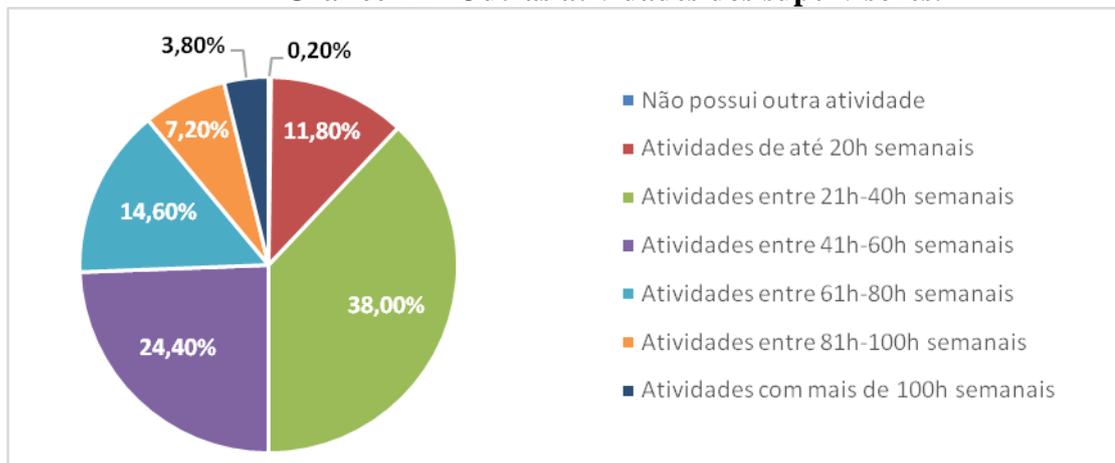
c.2) os Conselhos de Medicina devem ter acesso aos nomes dos profissionais que exercem as funções de supervisor e tutor, sob pena de restringir indevidamente a competência desses Conselhos, a qual está prevista nos arts. 21, XXIV, e 22, XVI, da Constituição Federal, notadamente no que diz respeito à inspeção do exercício profissional.

III.1.3. A jornada de trabalho dos supervisores

92. No caso de acúmulo da supervisão médica com outras atividades remuneradas, não existe um parâmetro que defina qual é a jornada de trabalho máxima permitida. O art. 37, XVI, da Constituição Federal apenas estabelece a necessidade de compatibilidade de horário. Atualmente, este Tribunal entende que não há uma jornada máxima, haja vista a inexistência de disposição legal nesse sentido. Assim, nessa hipótese, a compatibilidade de horários deve ser observada em cada caso. Frise-se que, além de existir essa compatibilidade, não pode haver prejuízo para o desempenho das atividades. Nesse sentido, podem ser citados os Acórdãos nº 1.176/2014 - 1ª Câmara, nº 2.880/2013 - Plenário, nº 2.375/2013 – Plenário e nº 8.094/2012 - 2ª Câmara.

93. Cabe frisar que os supervisores podem carecer de tempo para executar sua função, pois 97,2% desses profissionais que foram entrevistados afirmaram exercer outra atividade profissional. Essa percepção foi corroborada por ocasião do cruzamento dos CPF dos supervisores ativos com dados do Cadastro Brasileiro de Ocupações (CBO) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES), que foram encaminhados pelo Ministério da Saúde, quando se observou que grande parte dos supervisores exerce diversas atividades. Dos 1.263 supervisores analisados, 0,2% não exercem outra atividade; 11,8% exercem atividades de até 20 h semanais; 38% atividades entre 21 h e 40 h semanais; 24,4% atividades entre 41 h e 60 h semanais; 14,6% atividades entre 61 h e 80 h semanais; 7,2% atividades entre 81 h e 100 h semanais; 3,8% atividades entre 101 h e 200 h semanais, conforme se observa no gráfico abaixo:

Gráfico 24 - Outras atividades dos supervisores.



94. Ademais, quando foram considerados os supervisores registrados como ativos no

sistema da UNA-SUS e os dados do CNES relativos ao dia 16/7/2014, foi possível identificar pelo menos 37 médicos que desempenham outras atividades com carga horária semanal superior a cem horas, além da supervisão exercida no projeto.

95. Nesse contexto, concordo com as propostas formuladas pela unidade técnica no sentido de:

a) determinar à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação do Ministério da Saúde que verifique, juntamente com as instituições de ensino, a compatibilidade de horários dos supervisores do Projeto Mais Médicos para o Brasil que exercem outras atividades ocupacionais;

b) recomendar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que regulamente a carga horária dos supervisores em caso de acúmulo com outras funções além da supervisão.

III.1.4. Avaliações e relatórios elaborados pelos supervisores se mostraram inadequados

96. As avaliações encaminhadas pelos supervisores são pouco focadas em aspectos clínicos e se referem mais ao controle de absenteísmo, à estrutura das unidades, à composição das equipes, aos serviços de apoio e aos aspectos educacionais. Um dos supervisores chegou a informar, em entrevista, que sente dificuldade para descrever situações reais relacionadas à supervisão médica nos relatórios da UNA-SUS, o que o levou a criar um Diário de Campo, onde pode registrar informações consideradas úteis por ele. Assim sendo, o atual modelo do relatório elaborado pelos supervisores pode favorecer a realização de uma supervisão de caráter administrativo.

97. Destaco que, durante as entrevistas, 17,7% dos médicos admitiram que a falta de conhecimento de protocolos clínicos atrapalhou a prestação do atendimento e 50,3% desses profissionais admitiram ter entrado em contato com o supervisor para tirar dúvidas sobre atendimento. Essa questão também foi levantada pelos supervisores, sendo que 34,3% desses últimos afirmaram que os médicos estrangeiros enfrentam dificuldades para prestar atendimento devido ao desconhecimento de protocolos clínicos. Ademais, houve relatos de que alguns profissionais enfrentam problemas para definir o nome dos medicamentos e a dosagem correta. Finalmente, foi apontada a carência de conhecimento sobre o perfil epidemiológico do município em que os médicos estão desenvolvendo suas atividades, o qual é diferente daquele encontrado nos respectivos países de origem.

98. Aduzo que alguns supervisores afirmaram que os médicos participantes precisariam ter uma supervisão mais próxima, como ocorre na residência médica. Esse problema se agrava devido a dificuldades na comunicação à distância e ao fato de que alguns médicos intercambistas não dominam as tecnologias relacionadas com essa forma de comunicação.

99. Com supedâneo nessas considerações, em linha de sintonia com a proposta formulada pela unidade técnica, julgo que cabe recomendar à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação do Ministério da Saúde que revise a estrutura dos Relatórios de Supervisão Médica dos profissionais integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, desenvolvida pela Universidade Aberta do SUS, de modo a que esses documentos passem a ter maior foco em atividades clínicas.

III.2. Questões relacionadas à tutoria

III.2.1. Quantidade insuficiente de tutores

100. Conforme disposto no art. 15, III, da Lei nº 12.871/2013, o tutor acadêmico é o docente médico que será responsável pela orientação acadêmica. Nessa mesma linha, art. 4º, VII, da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013 prevê que o tutor acadêmico é o docente médico responsável pela orientação acadêmica e pelo planejamento das atividades do supervisor. Já o art. 12 da referida portaria determina que as instituições públicas de educação superior brasileiras, as escolas de saúde pública e as outras entidades privadas participantes do Projeto devem indicar os tutores e acompanhar as atividades executadas por eles.

101. Os tutores farão jus a uma bolsa, no valor mensal de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), consoante disposto nos arts. 19, III, da Lei nº 12.871/2013 e 22, III, da Portaria Interministerial

MS/MEC nº 1.369/2013. Em contrapartida, eles executarão as seguintes atividades, que foram descritas no art. 14 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013:

- coordenar as atividades acadêmicas da integração ensino-serviço, atuando em cooperação com os supervisores e os gestores do SUS;
- indicar, em plano de trabalho, as atividades a serem executadas pelos médicos participantes e supervisores e a metodologia de acompanhamento e avaliação;
- monitorar o processo de acompanhamento e avaliação a ser executado pelos supervisores, garantindo sua continuidade;
- integrar as atividades do curso de especialização e de integração ensino-serviço;
- relatar à instituição pública de ensino superior à qual está vinculado a ocorrência de situações nas quais seja necessária a adoção de providências pela instituição;
- apresentar relatórios periódicos sobre a execução de suas atividades à instituição pública de ensino superior à qual está vinculado e à Coordenação do Projeto;

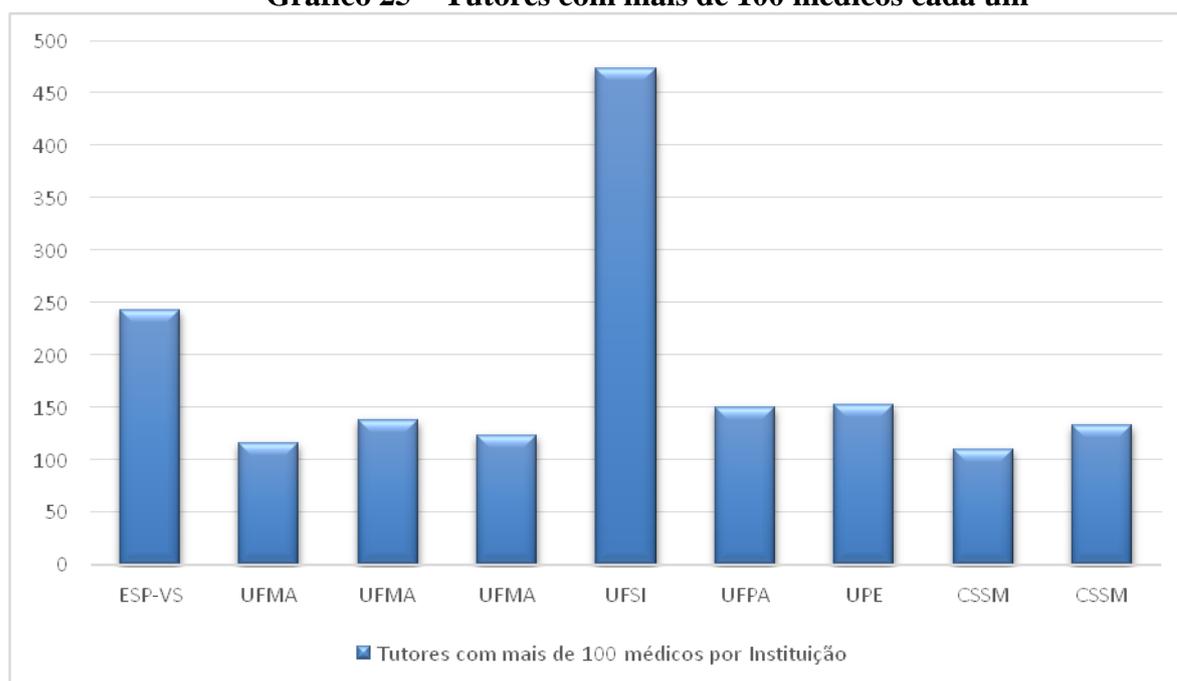
102. Cumpre destacar, ainda, que, de acordo com o § 3º do art. 15 da Lei nº 12.871/2013, a atuação e a responsabilidade dos tutores são limitadas exclusivamente às questões acadêmicas.

103. Com base em relatório da UNA-SUS, extraído em 25/6/2014, verifiquei que existiam 120 tutores ativos para um total de 14.152 médicos ativos no Projeto. De acordo com a Coordenação do Projeto Mais Médicos, a proporção ideal seria de um tutor para cada dez supervisores e cem médicos participantes. Restaria, assim, demonstrada a falta de 22 tutores para atingir a proporção preconizada pelo modelo adotado no Brasil.

104. Foi solicitado à Secretaria do Ensino Superior do Ministério da Educação - Sesu/MEC que indicasse quais supervisores e médicos estavam sob a responsabilidade de cada tutor. Esse pleito foi negado, sob a alegação de que não havia uma vinculação permanente de um tutor a um supervisor. Diante disso, a unidade técnica utilizou como fonte de informações as relações nominais de tutores, supervisores e médicos participantes apresentadas por algumas universidades conveniadas ao Projeto, que foram encaminhadas ao TCU pelo Ministério da Saúde. Destaco que essas relações se referiam a 5.048 médicos participantes (35,7% do total do Programa).

105. Com base nessas informações, verificou-se que nove tutores tiveram sob sua responsabilidade mais de cem médicos (média de 182 médicos por tutor), como se observa no gráfico abaixo. Cabe destacar que a representatividade desses tutores com número excessivo de médicos é baixa (9 de um total de 120 tutores).

Gráfico 25 – Tutores com mais de 100 médicos cada um



106. Constatou-se, ainda, que 1.929 médicos (38,2% da amostra) não tinham supervisor nem tutor relacionados nas listas fornecidas pelas Universidades. Em alguns casos, o percentual de médicos sem tutor nem supervisor vinculado é bastante elevado, atingindo, por exemplo, 44,63% (FUABC-SP), 51,49% (CSSM-SP) e 55% (SESBA-BA).

107. Assim sendo, julgo que deve ser acolhida a proposta formulada pela unidade técnica no sentido de dar ciência à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil de que a existência de um número insuficiente de tutores, além de possivelmente prejudicar a orientação acadêmica dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, vai de encontro ao disposto no art. 15, III, da Lei nº 12.871/2013.

III.2.2. Plano de trabalho deficiente

108. Entre as atribuições dos tutores descritas no art. 14, II, da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, está a de indicar no plano de trabalho as atividades a serem executadas pelos médicos participantes e supervisores e a metodologia de acompanhamento e avaliação. Contudo, observou-se nos planos de trabalho encaminhados pela SGTES/MS, extraídos do sistema da UNA-SUS, que a estrutura desses documentos é bastante simplificada, estando dividida em três itens:

- dados gerais: identificação do tutor;
- objetivos e atribuições do tutor acadêmico: atribuições padronizadas do tutor, na forma de orientações gerais, são exatamente as mesmas em todos os planos de trabalho;
- atividades a serem desenvolvidas pelos supervisores e lista nominal com a relação direta dos médicos participantes, tutores e supervisores. Há ainda a justificativa para os casos em que a proporção de 10 médicos para cada supervisor não foi alcançada.

109. Assim sendo, verificou-se que o plano de trabalho elaborado pelos tutores é superficial e serve basicamente para detalhar mensalmente a lista de supervisores e médicos que se encontra sob a responsabilidade de cada um deles. Sobre esse ponto, a SESU/MEC informou que os planos de trabalho foram desenhados de maneira a facilitar as atividades dos tutores, no sentido de relacionar todos os médicos alocados no território coberto pela respectiva Instituição Superior e organizar as visitas a esses médicos. Essa informação corroborou o entendimento de que tal instrumento se destina precipuamente a facilitar a distribuição dos médicos sob responsabilidade de cada

supervisor e tutor, cuidando em caráter secundário da apresentação das atividades a serem executadas pelos supervisores e médicos participantes do Projeto.

110. Cumpre destacar que, apesar de tutores entrevistados terem informado que uma série de atividades (consultas, visitas domiciliares, reuniões e palestras com as equipes e a comunidade) eram descritas em detalhes nos planos, isso não foi confirmado nos documentos apresentados.

111. Diante do acima exposto, acolho a proposta da unidade técnica no sentido de recomendar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que, juntamente com a UNA-SUS, estude uma maneira de aprimorar o plano de trabalho a ser elaborado pelos gestores, de forma a torná-lo compatível com os preceitos do art. 14, II, da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013.

III.2.3. Atuação que não condiz totalmente com os preceitos legais

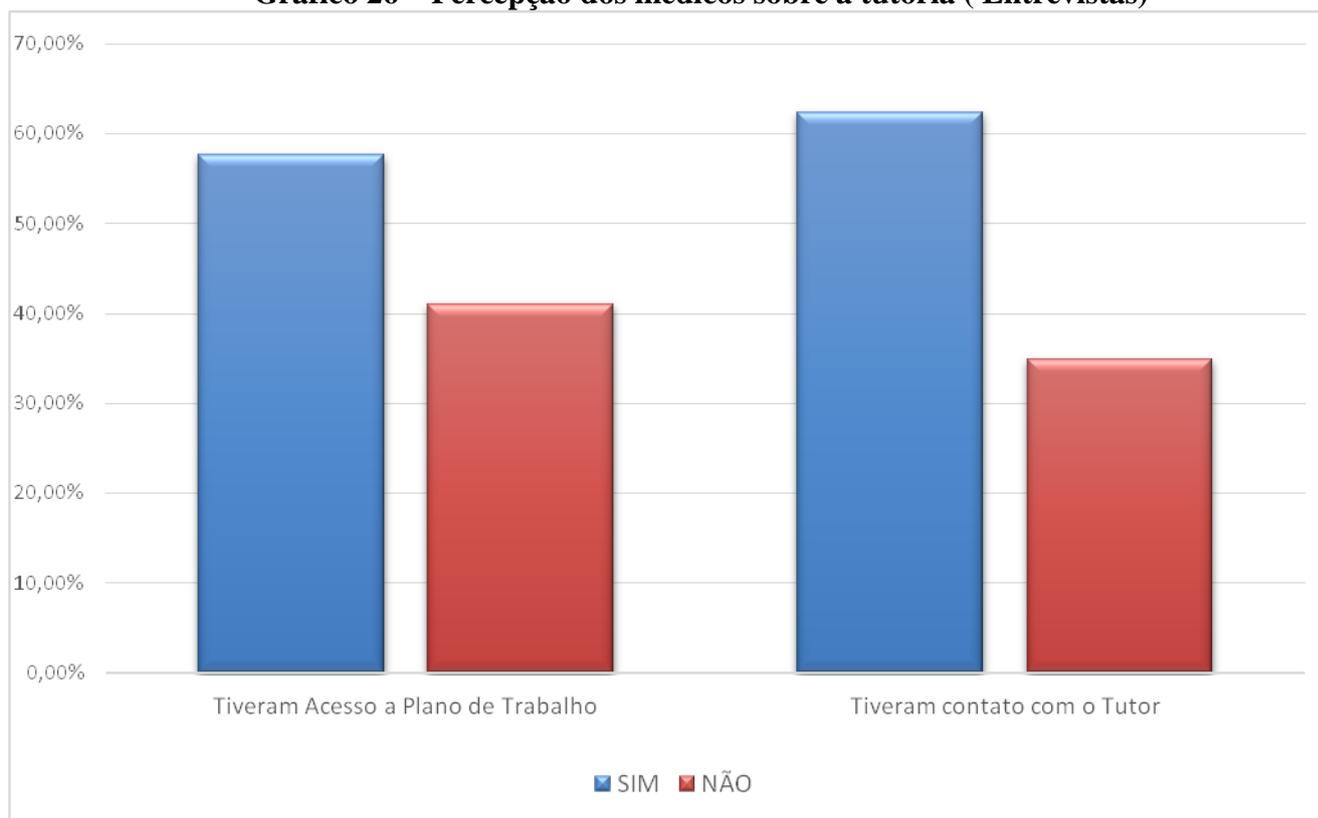
112. Os tutores, de modo geral, não têm fornecido uma orientação acadêmica adequada aos médicos participantes. Na prática, sua atuação está focada na coordenação da distribuição de médicos participantes entre os supervisores em uma determinada área geográfica. Adicionalmente, dedicam-se a atividades administrativas, servindo de ligação entre os supervisores e a Coordenação do Projeto. Diferentemente do que dispõe o art. 14 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, eles não coordenam atividades acadêmicas de integração ensino-serviço, não indicam as atividades desenvolvidas pelos médicos participantes e pelos supervisores em plano de trabalho, não explicitam a metodologia de acompanhamento e avaliação nem relacionam as atividades do curso de especialização àquelas concernentes à integração ensino-serviço. Assim sendo, eles coordenam os supervisores e interagem com os órgãos gestores do Projeto, desempenhando mais uma função de gestão que de orientação acadêmica.

113. Sobre essa questão, a Sesu/MEC informou que o tutor acadêmico é responsável pela orientação acadêmica e pelo planejamento das atividades do supervisor, trabalhando em parceria com as Coordenações Estaduais do Projeto. Nessa condição, ele deve coordenar atividades acadêmicas de integração ensino-serviço, atuando em cooperação com os supervisores e os gestores do SUS. Para isso, deve realizar reuniões periódicas com os supervisores e participar das reuniões da Comissão estadual do projeto.

114. Contudo, na prática, constatou-se que a orientação acadêmica está a cargo do responsável pelo curso de especialização à distância, ofertado pelas dez Instituições de Ensino Superior conveniadas ao Projeto, por meio da Rede da UNA-SUS, como pode ser verificado nas ementas dos cursos de especialização informadas pelo Ministério da Saúde. Cabe ressaltar que esse profissional, que está vinculado ao curso oferecido, não se confunde com aquele previsto no art. 15, III, da Lei nº 12.871/2013.

115. Aduzo que, nas entrevistas realizadas com médicos participantes, foi demonstrada a existência de um certo distanciamento entre esses profissionais da saúde e os respectivos tutores. Dos 149 médicos entrevistados, 86 (57,72%) afirmaram que não tiveram acesso ao plano de trabalho contendo as indicações das atividades a serem realizadas e a metodologia de acompanhamento e avaliação, enquanto 61 (40,94%) disseram que já tiveram acesso a ele. Além disso, 52 (34,90%) responderam que não tiveram contato com o tutor, contra 93 (62,42%) que responderam que já tiveram esse contato, como se observa no gráfico abaixo.

Gráfico 26 – Percepção dos médicos sobre a tutoria (Entrevistas)



Fonte: Entrevistas com gestores

116. Com fulcro nessas considerações, entendo ser oportuna e conveniente a proposta formulada pela unidade técnica no sentido de determinar à Coordenação desse Projeto que, no prazo de sessenta dias, crie mecanismos para que os tutores responsáveis por elaborar os planos de trabalho se dediquem, de fato, à orientação acadêmica no âmbito da especialização e à integração ensino-serviço, conforme estabelece o art. 14 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013.

III.3. Fragilidades no Módulo de Acolhimento e aprovação de médicos que não atingiram os critérios mínimos de suficiência de desempenho

117. A Medida Provisória nº 621, de 8/7/2013, que instituiu o Programa Mais Médicos, não tratou especificamente do módulo de acolhimento do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Contudo, essa MP já estabelecia que o médico intercambista deveria possuir conhecimentos de língua portuguesa (art. 9º, § 1º, III).

118. Já a Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 8/7/2013, que dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, contém um capítulo específico sobre o módulo de acolhimento e avaliação dos médicos intercambistas. Essa norma determina que o referido módulo seja executado na modalidade presencial, com carga horária mínima de 120 (cento e vinte) horas, e contemple conteúdo relacionado à legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, funcionamento e atribuições do SUS, notadamente no que concerne à atenção básica em saúde, e à Língua Portuguesa.

119. Posteriormente, art. 14, § 3º, da Lei nº 12.871, de 22/10/2013 estabeleceu que o primeiro módulo do curso de especialização, denominado módulo de acolhimento, terá a duração de

4 (quatro) semanas, sendo executado na modalidade presencial, com carga horária mínima de 160 (cento e sessenta) horas. O referido módulo contemplará um conteúdo relacionado à legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, ao funcionamento e às atribuições do SUS, notadamente da Atenção Básica em saúde, aos protocolos clínicos de atendimentos definidos pelo Ministério da Saúde, à língua portuguesa e ao código de ética médica.

120. A Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (Sesu/MEC) encaminhou as notas dos médicos intercambistas obtidas no módulo de acolhimento nos eixos de língua portuguesa e saúde, com discriminação daqueles que entraram em recuperação, foram aprovados ou reprovados. A Sesu/MEC informou ainda que:

“Em decorrência da conversão da Medida Provisória nº 621/2013 na Lei nº 12.871/2013, houve mudança na redação do dispositivo que rege a avaliação inicial dos médicos intercambistas, estabelecendo a avaliação no Eixo Saúde, não prevista no texto original da MP. Desta forma, houve mudanças na metodologia de aplicação das provas, bem como na sistematização das notas dos intercambistas. Considerando o exposto, informamos que as notas sistematizadas disponíveis para o 1º e 2º Módulos estão disponíveis apenas no formato de conceito (resultado) para avaliação do Eixo Língua Portuguesa.”

121. De fato, critérios específicos para aprovação, recuperação e reprovação dos participantes só foram introduzidos pela Portaria Conjunta MS/MEC nº 1, de 21/1/2014, que dispôs sobre o Módulo de Acolhimento, definiu os eixos de Língua Portuguesa e Competência em Saúde (art. 9º, I e II), introduziu os conceitos de suficiência (suficiente, insuficiente, parcialmente suficiente - art. 13) e conceituou as situações de aprovação, recuperação e reprovação (arts. 14 a 17).

122. Essa Portaria determinou que:

a) a partir das notas das avaliações dos eixos de Língua Portuguesa e Saúde, são atribuídos os seguintes conceitos: Suficiente (nota maior ou igual a 5,0), Parcialmente Suficiente (nota entre 3,0 e 5,0) e Insuficiente (nota menor ou igual a 3,0);

b) o médico intercambista será aprovado se obtiver conceito suficiente nos eixos de Língua Portuguesa e de Saúde;

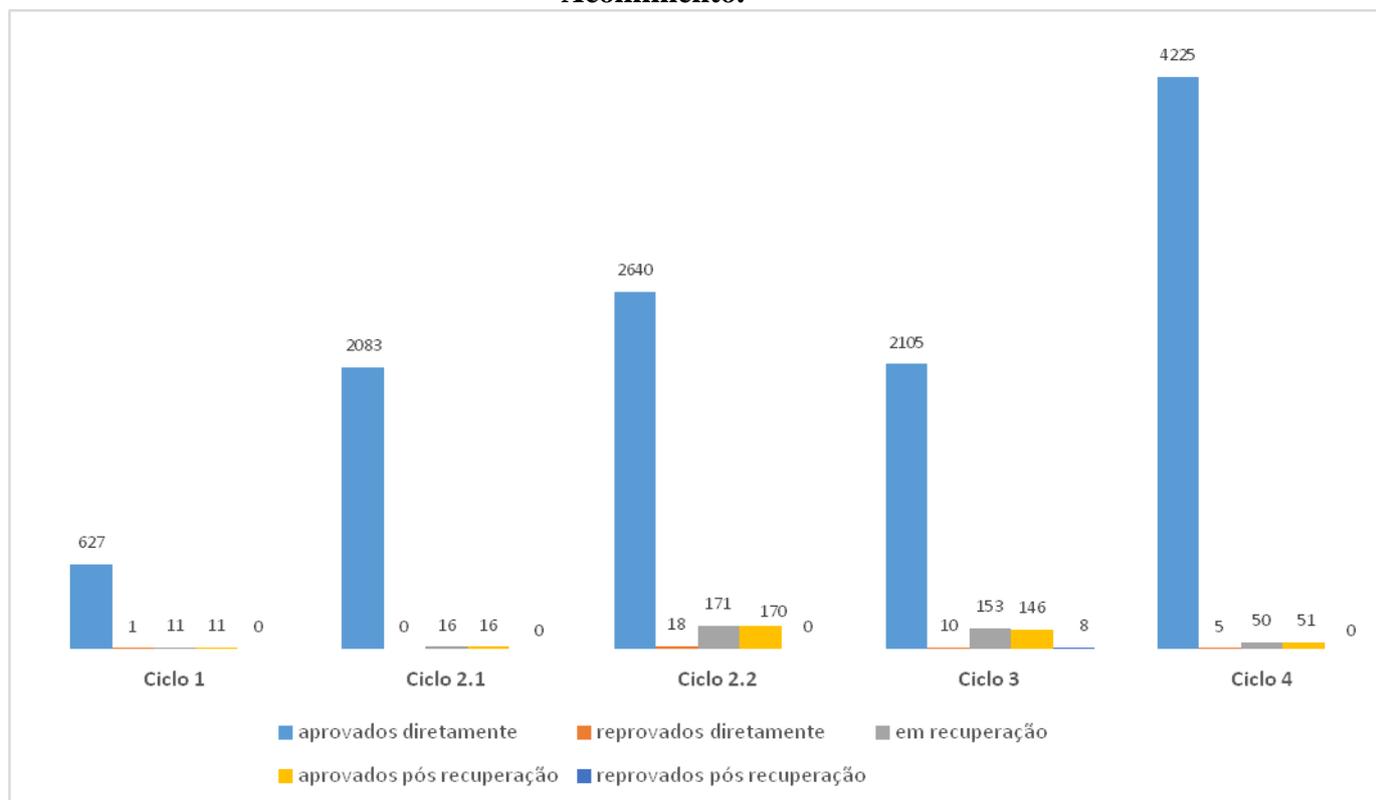
c) deverá realizar recuperação e ser submetido à nova avaliação, se obtiver conceito parcialmente suficiente em apenas um dos eixos;

d) na avaliação da recuperação, será aprovado se obtiver conceito suficiente;

e) será reprovado se obtiver conceito insuficiente em qualquer dos eixos ou parcialmente suficiente em ambos os eixos.

123. A Portaria em tela foi publicada em janeiro de 2014, o que implica dizer que só foram avaliadas as notas dos ciclos 2.2, 3 e 4 do módulo de acolhimento, que ocorreram após essa publicação.

124. O resultado geral apresentado pelos dados da Sesu/MEC pode ser considerado satisfatório, na medida em que dos 12.517 médicos informados, apenas 401 entraram em recuperação (3,20%) e somente 42 foram reprovados (0,34%). Dos que entraram em recuperação apenas oito foram reprovados após nova avaliação (2%), sendo que os 34 restantes sofreram reprovação direta, sem passar por recuperação. O gráfico a seguir apresenta o aproveitamento geral dos médicos intercambistas que participaram dos ciclos 1, 2.1, 2.2, 3 e 4 do módulo de acolhimento:

Gráfico 27 - Aproveitamento dos médicos nos ciclos 1, 2.1, 2.2, 3 e 4 do Módulo de Acolhimento.


Fonte: Ministério da Saúde (peça 49, p. 4 e peça 111, p. 1-168).

125. Não obstante esse quadro aparentemente muito favorável, a equipe de auditoria empreendeu uma análise pormenorizada das notas obtidas em cada eixo pelos aprovados, pelos que entraram em recuperação e pelos reprovados, observando os parâmetros de suficiência e as situações de aprovação, recuperação e reprovação definidas na Portaria Conjunta MS/MEC nº 1/2014. Adicionalmente, comparou a relação dos médicos aprovados com a lista de médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil que estavam em atividade até 12/5/2014, a qual foi fornecida pelo Ministério da Saúde.

126. A partir dessa análise, a unidade técnica destacou que 46 médicos que estão em atividade deveriam ter sido reprovados diretamente, porque obtiveram conceito insuficiente em um dos eixos. Além disso, um desses profissionais entrou em recuperação e, na prova respectiva, conseguiu nota 3,75 (conceito parcialmente suficiente). Assim sendo, ele deveria ter sido reprovado na recuperação. Importa destacar que 45 desses 46 médicos receberam conceito insuficiente no eixo relativo à saúde, o que demonstra que não apresentaram conhecimento mínimo para exercer a medicina no âmbito desse projeto. Tal constatação se torna ainda mais grave quando se considera que esses médicos não revalidaram os respectivos diplomas.

127. Ouvido a respeito, o Ministério da Saúde alegou que, desses 46 médicos, 29 realizaram o ciclo 2.2 do módulo de acolhimento em período anterior à publicação da Portaria Conjunta MS/MEC nº 1/2014. Assim sendo, não seria cabível utilizar o conceito “insuficiente” para os casos em que as notas obtidas por eles foram menores ou iguais a três. O Ministério acrescentou que o manual instrutivo vigente recomendava a condução do processo de recuperação nesses casos. Contudo, não foi apresentado o referido manual.

128. Em relação aos médicos que realizaram o módulo de acolhimento em período posterior ao início de vigência desse normativo (ciclos 3 e 4), o Ministério da Saúde argumentou que: “Nos ciclos 3 e 4, apesar de terem ocorrido após a publicação da Portaria Conjunta, foi considerado

ainda como critério o preconizado no manual instrutivo, visto o período de adaptação/adequação.” Entretanto, a Portaria Conjunta MS/MEC nº 1/2014 não dispõe sobre qualquer período de adaptação e, em seu art. 25, deixa claro o início da vigência das regras dispostas nessa nova norma.

129. O Ministério da Saúde reconheceu que a médica D. L. S. J., que obteve nota dois no eixo saúde, deveria ter sido reprovada diretamente. Entretanto, ela foi indevidamente encaminhada para a fase de recuperação, na qual teria apresentado um desempenho satisfatório. Ainda segundo o Ministério, o desempenho na recuperação aliado ao ônus decorrente do desligamento dessa participante foram levados em consideração, o que fundamentou a decisão de considerar o resultado da recuperação como uma reavaliação e não provocar uma descontinuidade das ações de ensino-serviço. Apesar de considerar plausíveis essas alegações, entendo que se deve levar em conta que essa médica não atingiu os requisitos mínimos, definidos pela Portaria Conjunta MS/MEC nº 1/2014, para ser aprovada no módulo de acolhimento. Cabe lembrar que essa etapa do Projeto é um dos mecanismos elencados pela lei, juntamente com a tutoria e a supervisão, para compensar a ausência de revalidação de diploma dos médicos formados em instituições de ensino superior estrangeiras. Por fim, ressalto não ser recomendável conferir a essa médica um tratamento diferente daquele dispensado aos outros profissionais que, por não terem conseguido o mínimo exigido, nem sequer ingressaram na fase de recuperação.

130. Outros 46 médicos que estão em atividade foram encaminhados para a fase de recuperação de forma regular, porém, na prova correspondente a essa fase obtiveram conceitos parcialmente suficientes, o que implica dizer que deveriam ter sido aprovados. Em todos os casos, a recuperação se deu no eixo de Língua Portuguesa. Em relação a essa constatação, o Ministério da Saúde argumentou que, na avaliação das provas de recuperação no eixo de Língua Portuguesa dos módulos relativos aos Ciclos 2.2 e 3, foi utilizada uma escala de notas que possuía a pontuação máxima de 6 pontos. Tal procedimento seria compatível com o modelo previsto na Portaria Conjunta MEC/MS nº 1/2014, uma vez que teria sido realizada a conversão da pontuação para a referida escala. A fim de corrigir esse erro, o Ministério da Saúde encaminhou uma nova planilha de notas.

131. Primeiramente, ressalto que a utilização de uma escala reduzida (0 a 6) está em desacordo com o preconizado pela Portaria Conjunta MEC/MS nº 1/2014, conforme informado pelo próprio Ministério da Saúde. Ademais, o argumento de que houve a utilização dessa escala para os ciclos 2.2 e 3 não merece prosperar, haja vista que em consulta à planilha encaminhada inicialmente para a equipe de auditoria, pode-se visualizar diversos médicos participantes que obtiveram nos ciclos 2.2 e 3 do módulo de acolhimento notas superiores a 6,0, na primeira avaliação ou na recuperação. Por fim, cabe destacar que não foram colacionadas aos presentes autos as provas realizadas pelos referidos médicos, com a utilização dessa escala de 0 a 6, tampouco foi apresentado o mencionado manual instrutivo que dispunha sobre a utilização dessa escala reduzida. Diante disso, avalio que subsiste a aprovação indevida desses 46 médicos após as respectivas fases de recuperação.

132. Outros 43 médicos que estavam em atividade quando foi realizada esta auditoria entraram em recuperação de forma regular, pois obtiveram conceito parcialmente suficiente apenas no eixo de saúde. No entanto, eles fizeram a prova de recuperação no eixo de Língua Portuguesa, tendo sido aprovados nesse exame. A inconsistência, nesse caso, é a realização de nova prova em eixo distinto daquele no qual o médico entrou em recuperação. Indagado a respeito, o Ministério da Saúde alegou que, ao revisar as provas de recuperação desses médicos, identificou que esses profissionais realizaram a recuperação nos eixos corretos, tendo ocorrido apenas um erro na inserção das notas na planilha. Tendo em vista que foram apresentadas as provas de recuperação realizadas pelos médicos no eixo da saúde, avalio que a suposta irregularidade foi afastada.

133. Cabe destacar, ainda, que:

a) um médico que se encontrava em atividade foi aprovado diretamente, apesar de ter obtido no eixo de Língua Portuguesa nota 4,74, o que deveria ter acarretado o seu ingresso na fase

de recuperação nesse eixo;

b) um médico entrou em recuperação no eixo saúde, porém seu nome não consta da lista de aprovados nem na de reprovados após o respectivo exame. Assim sendo, não se sabe se ele fez a prova de recuperação nem qual foi sua nota. Apesar disso, tal médico encontra-se em atividade;

c) uma médica participante que se encontra em atividade entrou em recuperação em Língua Portuguesa, fez novamente a prova nesse eixo e foi reprovada;

d) em relação às duas primeiras supostas irregularidades, o Ministério da Saúde afirmou que essas notas foram revistas pela Comissão Pedagógica do Ministério da Educação, que teria chegado às seguintes conclusões:

- no primeiro caso, a nota no eixo da saúde teria passado de 4,74 para 5,0;

- no segundo caso, apesar de não ter sido computada a nota, o participante teria sido aprovado na nova avaliação com nota 7,5;

e) não foi acostado aos presentes autos qualquer documento que comprove que tais alterações de nota efetivamente ocorreram. Assim sendo, em linha de sintonia com a unidade técnica, entendo que não foram descaracterizadas as inconsistências detectadas.

134. Ao todo, foram detectadas irregularidades na aprovação e alocação de 95 médicos, conforme exposto acima e explicitado na tabela a seguir. Considerando que 9.752 médicos participaram dos ciclos 2.2, 3 e 4, o percentual dos que foram aprovados de forma irregular atingiu 0,97%.

Tabela 4 - Situações de médicos que foram aprovados de forma irregular no módulo de acolhimento

Médicos em atividade que deveriam ter sido reprovados		
Quantidade de médicos	Quantidade de médicos	Discriminação
93	46	Médicos que deveriam ter sido reprovados diretamente por terem obtido conceito insuficiente em um dos eixos
	46	Médicos que entraram em recuperação de forma regular, porém, deveriam ter sido reprovados na prova de recuperação, pois conseguiram conceito parcialmente suficiente
	1	Médica que ficou em recuperação em Língua Portuguesa, fez a prova e foi reprovada
Médicos em atividade que fizeram recuperação de forma irregular ou não a fizeram		
Quantidade de médicos	Quantidade de médicos	Discriminação
2	1	Médico que foi aprovado diretamente embora devesse ter entrado em recuperação
	1	Médico que entrou em recuperação, mas não está relacionado na lista de aprovados ou reprovados após a recuperação
95	TOTAL	

Fonte: Ministério da Saúde (peça 49, p. 4 e peça 111, p. 1-168).

135. Entendo que, apesar de esse percentual ser pequeno, o Ministério da Saúde deve adotar as medidas corretivas cabíveis. Nesse sentido, concordo com a proposta formulada pela unidade técnica no sentido de:

a) determinar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que:

a.1) promova, no prazo de 60 dias, em atendimento ao disposto nos arts. 13 a 17 da

Portaria Conjunta MS/MEC nº 1, de 21/1/2014, a revisão das avaliações e, se for o caso, o desligamento dos médicos que deveriam ter sido reprovados no módulo de acolhimento, mas se encontram em atividade;

a.2) presente, no prazo de 60 dias, em atendimento ao disposto nos arts. 13 a 17 da Portaria Conjunta MS/MEC nº 1, de 21/1/2014, plano de ação para realizar a prova de recuperação do módulo de acolhimento dos médicos participantes que se encontram em atividade apesar de terem realizado a recuperação de forma irregular ou não a terem realizado quando era necessário, promovendo o desligamento daqueles que forem reprovados;

b) recomendar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que, nos próximos módulos de acolhimento, altere os sistemas de controle e avaliação, em atendimento ao disposto nos arts. 13 a 17 da Portaria Conjunta MS/MEC nº 1, de 21/1/2014;

c) recomendar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil e à Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação que melhorem a articulação entre o resultado do módulo de acolhimento e a homologação do resultado final das convocações de médicos participantes do projeto, de modo a evitar que médicos com desempenho insuficiente no módulo de acolhimento e sem o diploma revalidado entrem em exercício na rede de atenção básica do SUS.

III.4. Dificuldades apresentadas pelos médicos participantes para o exercício de suas atividades profissionais

136. No que concerne às entrevistas realizadas, a equipe de auditoria destacou que:

a) dos 114 médicos estrangeiros entrevistados, 40 (35,09%) relataram que em algum momento houve dificuldade de comunicação no atendimento aos pacientes, devido a barreiras linguísticas, enquanto 72 (63,16%) responderam que não houve essa dificuldade. No que se refere a eventuais dificuldades em relação às competências da área de saúde, dos 149 médicos participantes entrevistados, 75 (50,34%) disseram que já precisaram esclarecer alguma dúvida relacionada ao atendimento com seu supervisor, enquanto 70 (46,98%) responderam que não houve essa necessidade;

b) foram entrevistados 264 pacientes que foram atendidos por médicos intercambistas, dos quais 150 (56,82%) relataram que não tiveram nenhuma dificuldade para entender o que o médico havia lhe falado, 84 (31,82%) relataram ter tido um pouco de dificuldade, 6 (2,27%) relataram muita dificuldade e apenas 3 (1,14%) afirmaram não ter entendido nada que o médico falou;

c) dos 446 profissionais das equipes de saúde entrevistados, 103 (23,09%) afirmaram que há dificuldades na prestação de atendimento por parte de médicos estrangeiros devido a barreiras linguísticas e 271 (60,76%) disseram que não existe essa dificuldade. Cabe ressaltar que, para 63 (14,13%) a pergunta não se aplicava, pois não havia médicos estrangeiros nas respectivas unidades de saúde;

d) dos 40 supervisores entrevistados, 19 (47,50%) salientaram a existência de dificuldades para a prestação de atendimento pelos médicos participantes e 17 (42,50%) afirmaram não haver tais dificuldades. Em relação ao atendimento proporcionado por médicos estrangeiros, 17 (42,50%) supervisores responderam que há dificuldades na prestação de atendimento por parte de médicos estrangeiros devido a barreiras linguísticas e 19 (47,50%) disseram que não existem tais dificuldades;

e) 12 (30%) supervisores responderam terem detectado dificuldades na prestação de atendimento por parte dos médicos estrangeiros devido ao desconhecimento dos protocolos clínicos e 23 (57,50%) ressaltaram que tais dificuldades não existiam.

137. Entendo que esses problemas verificados no atendimento decorrem, em larga medida, das falhas verificadas no Módulo de Acolhimento e nas avaliações iniciais dos futuros médicos participantes, que foram analisadas anteriormente neste Voto. Assim sendo e considerando que as medidas corretivas julgadas necessárias já foram determinadas ou recomendadas, julgo não ser

necessário adotar qualquer deliberação neste momento.

III.5. Falhas na distribuição geográfica dos médicos do projeto

138. A equipe de auditoria apontou a existência de falhas na distribuição dos médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, caracterizadas pelo não atendimento de municípios carentes ou com dificuldades para reter médicos integrantes das Equipes de Saúde da Família (ESF). Tais falhas adquirem maior gravidade quando se considera que, conforme disposto na Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, o referido Projeto visa aperfeiçoar médicos na atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS (áreas de difícil acesso e provimento de médicos ou que possuam populações em situação de maior vulnerabilidade). Tais áreas são definidas com base nos critérios estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 1.377, de 13/6/2011, e devem se enquadrar em pelo menos uma das seguintes condições, que foram definidas pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013 (art. 4º, III, “a” a “d”):

- a) ter o município 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS);
- b) estar entre os cem municípios com mais de 80.000 habitantes com os mais baixos níveis de receita pública *"per capita"* e alta vulnerabilidade social de seus habitantes;
- c) estar situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS), órgão integrante da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde;
- d) estar nas áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios (redação alterada pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.493, de 18/7/2013).

139. Por sua vez, o art. 2º da Portaria GM/MS nº 1.377/2011 estabelece que as áreas e regiões com carência e dificuldade de retenção de médicos integrantes de equipes de saúde da família oficialmente cadastradas serão definidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde com base em modelo que leve em conta determinados indicadores. Aduz a referida norma que caberá à Secretaria de Atenção à Saúde – SAS publicar a relação dessas áreas e regiões (publicada no Anexo I da Portaria Conjunta da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES e da SAS nº 3, de 19/2/2013).

140. Após comparar a relação dos municípios que receberam médicos do projeto até 12/5/2014 (dados fornecidos pelo Ministério da Saúde) com aqueles relacionados pela Portaria SGTES/SAS nº 3/2013, a equipe de auditoria constatou que 592 municípios listados nessa portaria, equivalentes a 26% do total relacionado, não receberam qualquer médico do projeto. Os demais 1.690 municípios da lista sob comento foram atendidos pelo projeto e receberam 4.524 médicos (até 12/5/2014), o que representava 33% de todos os médicos do projeto.

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

142. Outra possível causa seria a inexistência de uma priorização pelo Ministério da Saúde dos municípios que possuem maior carência de médicos e estão situados em áreas de difícil acesso e provimento desse profissional.

143. Nesse contexto, em linha de sintonia com a unidade técnica, entendo que cabe recomendar ao Ministério da Saúde que priorize, nos novos ciclos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, os municípios listados no Anexo I da Portaria Conjunta SGTES/SAS nº 3, de 19/2/2013 que ainda não foram contemplados com a alocação adequada de médicos. Adicionalmente, cumpre

recomendar ao Ministério da Saúde que, nos novos ciclos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, utilize como um dos critérios para a distribuição dos médicos indicadores que reflitam a disponibilidade desses profissionais nos municípios, como, por exemplo, o número de médicos (SUS e não SUS) por habitante registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

III.6. Índícios de que médicos participantes acumulam atividades com carga horária excessiva

144. Conforme disposto no art. 21 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, as ações de aperfeiçoamento dos médicos participantes serão realizadas com carga horária semanal de quarenta horas no curso de especialização e nas atividades que envolvem ensino, pesquisa e extensão, com componente assistencial na modalidade integração ensino-serviço nas unidades básicas de saúde dos municípios participantes. A forma de cumprimento dessa carga horária está detalhada em um documento informativo do Ministério da Saúde, segundo o qual o médico participante deverá atuar durante 32 horas semanais em atividades práticas na unidade de saúde e 8 horas nas demais atividades de ensino, pesquisa e extensão (curso de especialização e outros processos formativos).

145. Segundo disposto nos arts. 10, VI, e 15, IV, ambos da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, os municípios participantes devem, em conjunto com os supervisores, acompanhar e fiscalizar a execução das atividades de ensino-serviço, inclusive quanto ao cumprimento da carga horária prevista para os médicos participantes.

146. A equipe de auditoria ressaltou que, consoante registrado no CNES, alguns médicos cumpriram uma carga horária total (no âmbito do projeto e fora dele) igual ou superior a cem horas, o que pode ser um indício de descumprimento da carga horária avençada no projeto em tela. Apesar de a participação dos médicos nesse projeto não ser considerada um vínculo empregatício, há a necessidade de cumprir a jornada estabelecida. Desse modo, caso haja a acumulação de atividades por parte dos médicos participantes que possuem registro nos Conselhos Regionais de Medicina, os quais podem exercer a medicina fora do projeto, deve existir a compatibilidade de horário.

147. Por oportuno, esclareço que este Tribunal já admitiu como limite máximo, nos casos de acumulação de cargos ou empregos públicos, a jornada de trabalho de sessenta horas semanais (Acórdão nº 57/2007 - 2ª Câmara). Entretanto, houve mudanças na jurisprudência em relação a esse limite. Atualmente, o TCU entende que não há uma jornada máxima para as acumulações legais, haja vista a inexistência de disposição legal nesse sentido. Assim sendo, a compatibilidade de horários deve ser observada em cada caso concreto. Friso que, além de existir essa compatibilidade, não pode haver prejuízo para o desempenho das atividades. Nesse sentido, ver, por exemplo, os Acórdãos nº 1.176/2014 - 1ª Câmara, nº 2.880/2013 - Plenário, nº 2.375/2013 - Plenário e nº 8.094/2012 - 2ª Câmara.

148. Visando definir um ponto de corte a partir do qual a jornada seria considerada excessiva e configuraria um indício de prejuízo para as atividades do projeto, a equipe de auditoria levou em conta o limite anteriormente utilizado por este Tribunal (sessenta horas semanais). Além disso, buscou verificar a existência de médicos participantes portadores de registro nos Conselhos Regionais de Medicina com uma jornada semanal maior ou igual a cem horas (sessenta horas semanais somadas às quarenta horas semanais do projeto). Cabe destacar que, diferentemente de outras atividades médicas, como plantões em unidades hospitalares, o exercício das atividades do projeto na Unidades Básicas de Saúde ocorre, na grande maioria dos casos, no horário comercial.

149. A partir de informações extraídas da base de dados do CNES e dos registros existentes nos Conselhos Regionais de Medicina, a equipe identificou os profissionais e as respectivas cargas horárias semanais. Após esse procedimento, realizou-se a confirmação, no portal do CNES, dos profissionais que possuíam carga horária semanal igual ou maior que cem horas semanais

(incluindo as atividades do Projeto Mais Médicos). Cabe ressaltar que o cadastro das atividades do projeto no CNES não está sendo realizado de maneira uniforme pelos municípios. Em alguns casos, nem mesmo existia o cadastro da atividade do projeto.

150. A equipe constatou que 48 médicos participantes portadores de registro nos Conselhos Regionais de Medicina possuíam uma carga horária semanal igual ou superior a cem horas semanais, o que pode indicar o descumprimento da carga horária do projeto.

151. Nessa conjuntura, concordo com a proposta formulada pela unidade técnica no sentido de determinar à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) que, considerando o disposto no art. 37, XVI, “c”, da Constituição Federal e no art. 21 da Portaria Interministerial nº 1.369/2013, realize, conjuntamente com os municípios, nos casos de acúmulo de funções por médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, a verificação da compatibilidade de horários, bem como da ausência de prejuízo para o desempenho das respectivas atividades, especialmente no que concerne aos casos identificados no presente trabalho. Se for o caso, deverão ser aplicadas as penalidades previstas no art. 26 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013.

III.7. Ações frágeis de avaliação e monitoramento do Programa Mais Médicos

152. Conforme disposto no art. 8º, I, da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, compete à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil monitorar e avaliar as ações pertinentes a esse projeto. Deve ser examinado o cumprimento do disposto no art. 11 dessa Portaria, em especial no que concerne:

a) à obrigatoriedade de os municípios não substituírem os médicos que já integram equipes de atenção básica pelos participantes do Projeto;

b) ao dever de manter, durante a execução do Projeto, as equipes de atenção básica atualmente constituídas com profissionais médicos não participantes do projeto;

c) ao compromisso de adesão ao Requalifica UBS em caso de a infraestrutura disponível no município ser inadequada para a execução das ações do Projeto.

153. Cabe considerar ainda que, segundo consta dos parágrafos 11 a 20 da Exposição de Motivos da Medida Provisória nº 621/2013, o Projeto Mais Médicos Para o Brasil foi instituído em decorrência do quadro de extrema gravidade em que alguns estados se encontram, quadro esse caracterizado por uma acentuada falta de médicos. Logo, é razoável avaliar e monitorar se a implementação desse programa alterou essa realidade.

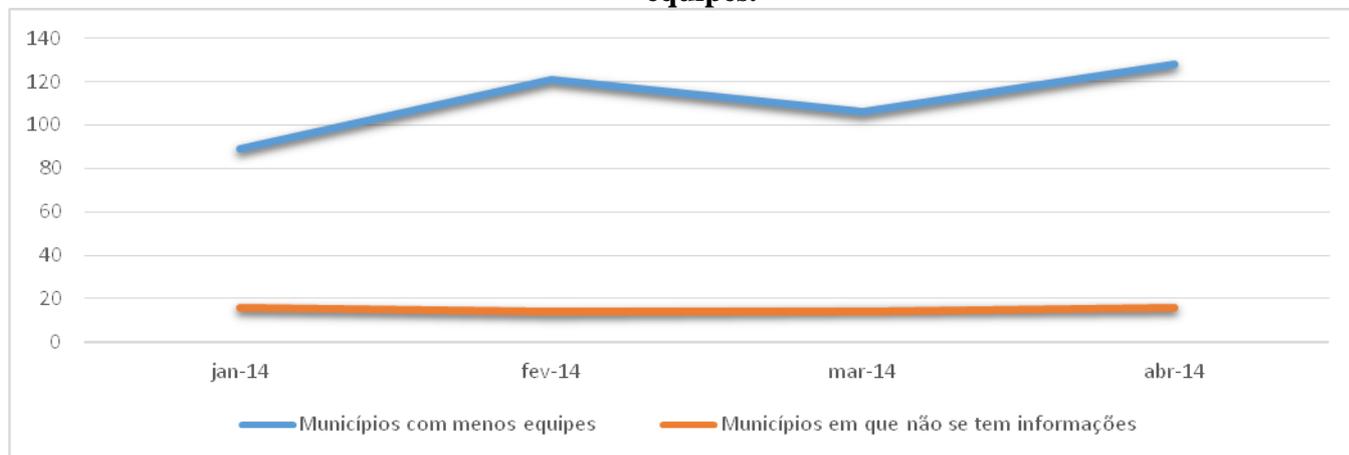
154. Ademais, consoante exposto nos arts. 1º, II, e 2º, III, da Lei nº 12.871/2013, o principal objetivo do Programa Mais Médicos é fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País. Nesse contexto, a Portaria nº 221/2008, em observância à Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), estabeleceu a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, que deve ser utilizada para avaliar o desempenho do sistema de saúde na Atenção Básica.

155. De modo a verificar a eficácia das ações de avaliação atualmente existentes, a unidade técnica solicitou ao Ministério da Saúde que encaminhasse os relatórios das atividades de coordenação, monitoramento e avaliação, bem como os indicadores utilizados. Em resposta, o Ministério encaminhou um documento que não avalia as ações implementadas (dos quinze indicadores apresentados, apenas três foram aferidos: quantidade de municípios atendidos, razão entre municípios atendidos e inscritos e entre vagas atendidas e solicitadas), mas apresenta uma visão geral do objeto e dos resultados esperados.

156. Assim sendo, ficou patente que o Ministério da Saúde não avaliou se os municípios substituíram médicos que já compunham equipes de atenção básica por participantes do Projeto nem se houve redução do número de equipes constituídas. Essas avaliações eram especialmente necessárias porque a SecexSaúde, utilizando dados do sistema Tabnet/Datusus e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, constatou que dos 2.143 municípios que

receberam profissionais do Projeto Mais Médicos no ano de 2013, pelo menos 127 deles (5,93% do total) possuíam, em abril de 2014, menos equipes de atenção básica, como se observa no gráfico abaixo.

Gráfico 28 - Evolução do número de municípios participantes do projeto com menos equipes.



Fonte: Ministério da Saúde e CNES.

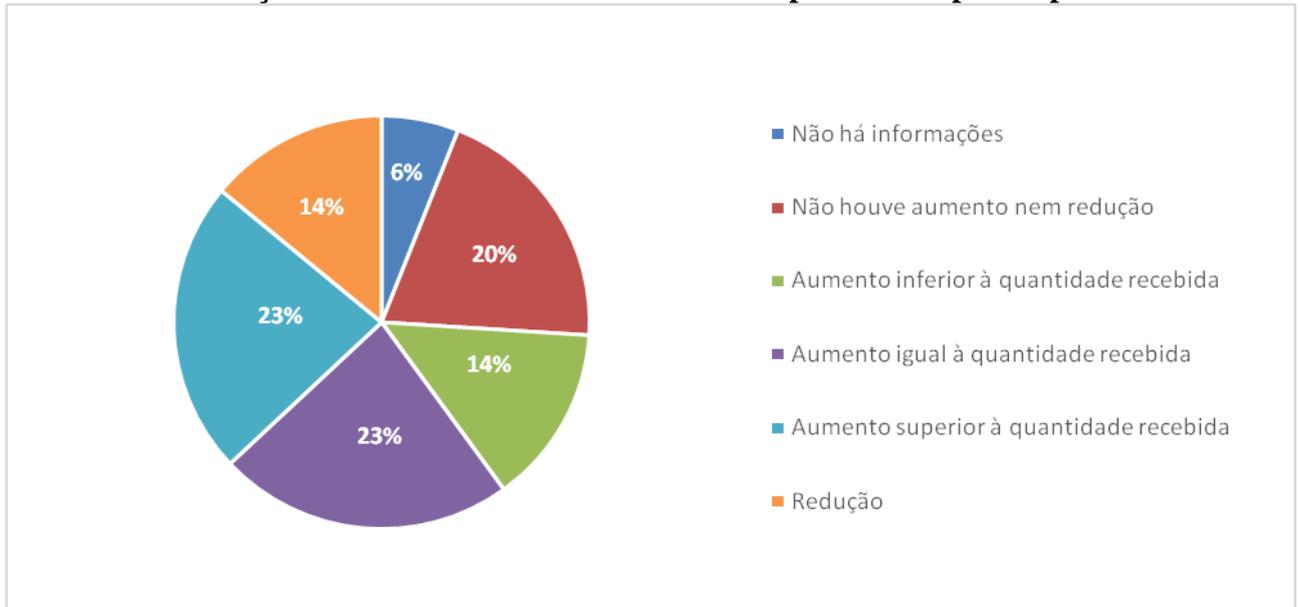
157. O Conselho Federal de Medicina denunciou que pelo menos oito médicos foram substituídos irregularmente por profissionais do Projeto Mais Médicos para o Brasil, nos Estados do Maranhão, de Tocantins, da Bahia, de Minas Gerais, de Mato Grosso, do Acre e de Sergipe. A unidade técnica identificou outros cinco casos de substituição indevida de médicos, que teriam ocorrido em Minas Gerais, no Rio Grande do Norte e em São Paulo.

158. Acrescento que, conforme dados constantes do CNES fornecidos pelas respectivas Secretarias Municipais de Saúde, alguns profissionais substituídos atuavam continuamente nos municípios contemplados. Portanto, não se tratava de profissionais de outras cidades, que, após algum tempo de exercício profissional, decidiram deixar os respectivos locais de trabalhos nos municípios. Por exemplo, uma das profissionais possivelmente substituídas havia ingressado na equipe no município de Pau dos Ferros/RN em 1/10/2008.

159. A unidade técnica comparou dados fornecidos pelo Ministério da Saúde sobre os 1.174 municípios que receberam profissionais do Projeto Mais Médicos com informações sobre a variação do quantitativo de médicos verificada entre agosto de 2013 e abril de 2014 nesses municípios. Como se observa no gráfico a seguir, foi constatado que:

- a) em 161 desses municípios (14% da amostra), houve redução do número de médicos;
- b) em 239 municípios (20% da amostra), não houve nem aumento nem redução da quantidade de médicos;
- c) em 168 municípios (14% da amostra), houve aumento na quantidade de médicos, mas esse incremento foi inferior ao número de profissionais recebidos por meio do Projeto Mais Médicos;
- d) em 268 municípios (23% da amostra), o incremento de médicos foi exatamente igual à quantidade desses profissionais recebidos do Projeto;
- e) em 268 municípios (23% da amostra), houve um aumento do número de médicos superior à quantidade desses profissionais recebidos do Projeto;
- f) em 70 municípios (6% da amostra), foi impossível fazer essa análise pois as bases de dados encontravam-se incompletas.

Gráfico 29 - Variação do Número de Médicos nos Municípios contemplados pelos 1º e 2º ciclos



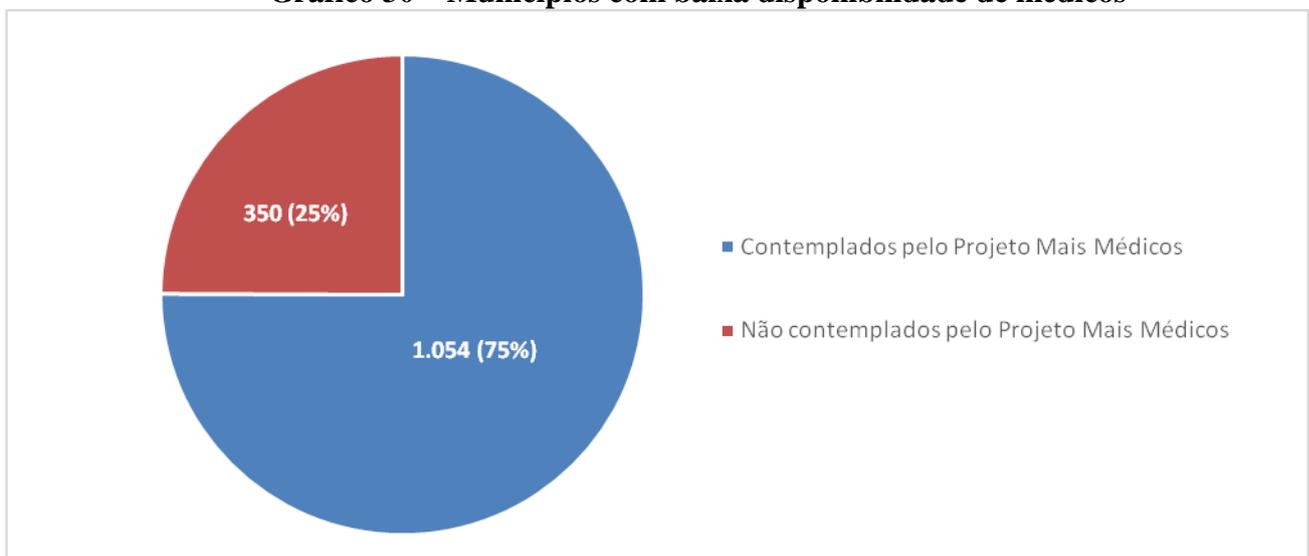
Fonte: Ministério da Saúde (peça 108) e CNES.

160. Da análise desses dados, depreendo que em 49% dos casos houve redução do número de médicos ou o incremento desse número foi inferior à quantidade de profissionais recebidos, o que pode sinalizar a substituição de médicos ou a diminuição no respectivo quantitativo em decorrência de outros fatores. Cabe registrar que essa tendência pode ter sido revertida nos últimos ciclos do programa, mas não existem ações de avaliação e monitoramento que demonstrem isso.

161. Aduzo que, de acordo com dados do CNES, dentre os 25% municípios que apresentavam os piores indicadores de médicos por habitante em julho de 2013, em 31,0% deles a proporção não havia melhorado em abril de 2014 e em outros 7,4% houve uma diminuição no quantitativo de profissionais.

162. Ressalto que dos 1.404 municípios que possuíam até 3,04 médicos atendendo pelo SUS para cada 10.000 habitantes, 1.054 (75%) deles foram contemplados pelo Projeto Mais Médicos, considerando os cinco ciclos desse projeto, e outros 350 (25%) não foram contemplados. Estes números estão refletidos no Gráfico 13 abaixo.

Gráfico 30 – Municípios com baixa disponibilidade de médicos

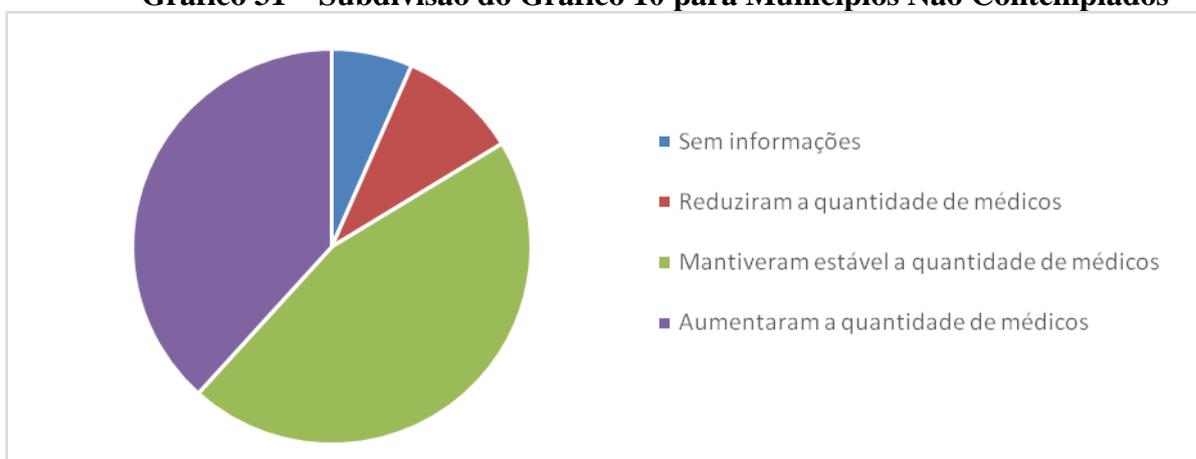


Fonte: Ministério da Saúde (peça 108) e CNES.

163. É interessante observar que em 557 municípios contemplados (52,85% do total) que apresentavam baixa disponibilidade de médicos a disponibilidade desses profissionais foi reduzida ou houve um incremento inferior à quantidade de médicos recebidos, como se observa nos Gráficos 14 e 15 abaixo.

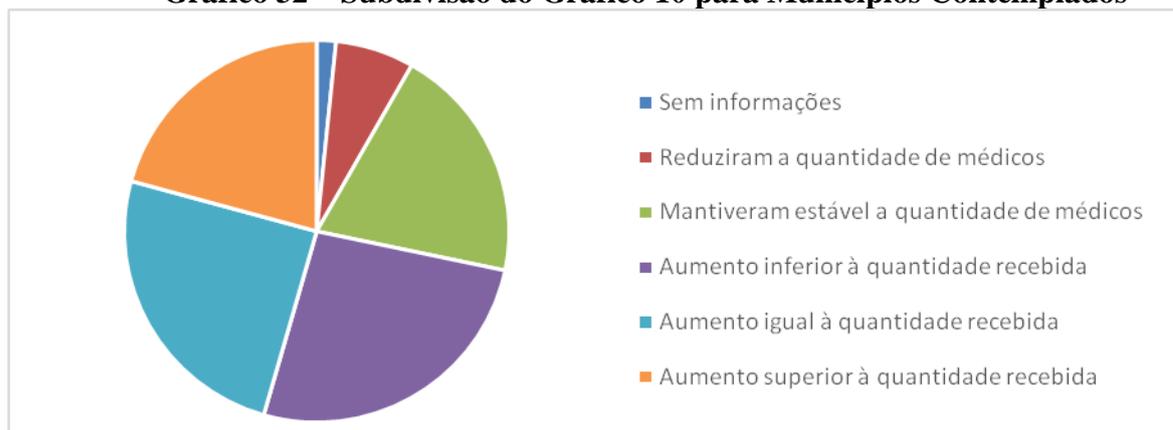
164. Cumpre ressaltar que esses dados podem ter sido afetados pelo registro no CNES de vínculos médicos (relativos ao número de contratos cujo objeto é a prestação de serviços médicos) e não da quantidade de médicos. Ademais, essas informações podem ter sofrido alterações no exercício de 2014, quando muitos profissionais integraram-se ao programa sob exame. Contudo, eles inegavelmente apontam tendências, cuja continuidade deve ser analisada quando estiver sendo planejado o futuro desse programa.

Gráfico 31 – Subdivisão do Gráfico 10 para Municípios Não Contemplados



Fonte: Ministério da Saúde (peça 108) e CNES.

Gráfico 32 – Subdivisão do Gráfico 10 para Municípios Contemplados



Fonte: Ministério da Saúde (peça 108) e CNES.

165. Também cabe destacar que os indicadores utilizados pelo Ministério da Saúde para verificar a implantação, os resultados e os impactos do Projeto Mais Médicos não contemplam análises sobre a repercussão desse projeto sobre as internações em áreas sensíveis à atenção básica. Nesse sentido, os indicadores de resultado definidos pelo Ministério da Saúde referem-se à evolução das consultas de puericultura, hipertensão, pré-natal e diabetes. Contudo, os indicadores de impacto não tratam da variação da quantidade de internações sensíveis à atenção básica nessas áreas, o que vai de encontro ao disposto no art. 2º da Portaria 221/2008 – SAS/MS.

166. Ressalto que se, por exemplo, os indicadores de resultado apontarem um aumento do

número de consultas de hipertensão num determinado município e dados do Sistema de Internações Hospitalares (SIH) apontarem que os residentes nesse mesmo município tiveram menos internações devido à hipertensão essencial (CID I10) e à doença cardíaca hipertensiva (I11), haverá um forte indício de que essas consultas tiveram um impacto positivo para o SUS. Contudo, se os dados indicarem que o número de consultas em um município aumentou e o quantitativo de internações de residentes nesse município também cresceu, haverá necessidade de avaliar se esse incremento na quantidade de consultas efetivamente contribuiu para a melhoria do desempenho do sistema de saúde, pois o fortalecimento de ações de atenção básica tende a diminuir o volume de internações.

167. Friso que não foi possível analisar a efetividade do programa sob comento, nem mesmo utilizando indicadores pontuais, tais como o que se refere à variação das internações sensíveis à atenção básica. Afinal, as medidas implementadas no âmbito do programa em tela tendem a apresentar efeitos positivos no médio e no longo prazos, uma vez que o tipo de atendimento oferecido inclui a abordagem curativa, a prevenção e a promoção da saúde.

168. Ainda assim, existem diversas ações que podem ser avaliadas e monitoradas. De acordo com o Ministério da Saúde, esse monitoramento está sendo feito em conjunto com o Ministério da Educação e a Subchefia de Articulação e Monitoramento da Casa Civil da Presidência da República. Contudo, a equipe de auditoria constatou que não foi bem definido o papel de cada órgão nesse processo, que inclui o acompanhamento das obrigações previstas no art. 11 da Portaria Interministerial nº 1.369/2013.

169. Por fim, saliento que as fragilidades detectadas no monitoramento sob comento permitem que alguns municípios descumpram os quesitos normativos do Programa em tela, inclusive no que concerne à possível substituição de médicos que vinham integrando equipes de atenção básica, mas continuem a receber profissionais por meio desse Programa. Com isso, existe o risco de desvirtuamento do principal objetivo do projeto, que é fortalecer a atenção básica nos municípios assistidos.

170. Com espeque nessas considerações, acato a proposta da unidade técnica no sentido de recomendar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que:

a) as ações de avaliação do programa contemplem análises específicas sobre os tópicos tratados no art. 11 da Portaria Interministerial nº 1.369/2013. Nesse sentido, deve haver o acompanhamento mensal do número de equipes de atenção básica em cada município contemplado e da observância da proibição de substituir os médicos que compunham tais equipes pelos profissionais que participam do projeto;

b) quando da avaliação do referido Projeto, utilize indicadores que mensurem os respectivos impacto e efetividade. Assim, por exemplo, pode ser monitorado, com base no Sistema de Informação Hospitalar Descentralizada, o número de internações em áreas sensíveis à atenção básica, nos termos da Portaria nº 221/2008 – SAS/MS, que estabeleceu a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária;

III.8. Inconsistência em dados de produção do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB

171. A unidade técnica apontou a existência de inconsistências nos dados constantes do Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab, que permite acompanhar as atividades realizadas pelas equipes de saúde da família, inclusive no que concerne aos respectivos resultados. Por meio do Siab, são obtidas informações sobre o cadastro das famílias, suas condições de moradia e saúde, a situação do saneamento básico, a produção e a composição das equipes de saúde da família. Os dados necessários para alimentar o Siab são coletados pelas equipes de saúde da família, por meio de fichas e relatórios padronizados. As secretarias municipais de saúde são responsáveis pela digitação, consolidação e envio mensal dos dados para o Departamento de Informática do SUS (Datapus).

172. Esse sistema é um importante instrumento de monitoramento das ações da estratégia

Saúde da Família. No entanto, cabe destacar que a Portaria GM/MS nº 1.412, de 10/7/2013, instituiu o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), o qual está progressivamente substituindo o Siab. Consoante disposto no art. 2º dessa última norma, a operacionalização do Sisab será feita por meio da estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB).

173. De acordo com o Ministério da Saúde, a implantação do novo sistema de informação está prejudicando a representatividade das informações coletadas pelo Siab e, por via de consequência, sua utilização para o monitoramento das políticas da Atenção Básica. Contudo, a unidade técnica optou pela utilização desses dados, uma vez que esse sistema ainda estava sendo utilizado por grande parte dos municípios, em especial no período abrangido pela presente avaliação (em sua maior parte, o segundo semestre de 2013). Além disso, quando da realização desta auditoria, ainda não era possível acessar os dados alimentados no Sisab, que passava por um processo de adaptação e melhoria.

174. Após analisar os dados de produção do Siab, a unidade técnica apontou a existência de municípios cujos registros indicavam a realização de uma quantidade idêntica de procedimentos variados. Essas inconsistências foram observadas nos meses de outubro de 2013 (em 628 municípios), novembro de 2013 (em 605 municípios) e dezembro de 2013 (em 565 municípios). Ressalto que esse problema pode ter ocorrido em outros meses ou com relação a outros procedimentos que não chegaram a ser objeto de análise neste trabalho.

175. Ao ser questionado sobre esse problema, o Coordenador Geral de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica informou que se tratava de um erro na importação dos dados para o portal do Departamento de Informática do SUS (Datasus), que teria sido causado por quedas do servidor no momento da realização desse processo. Após a detecção desse erro pela equipe de auditoria, foi realizada, ainda durante o presente trabalho, uma nova “carga” desses dados, que saneou essa inconsistência para os meses e procedimentos citados acima.

176. Posteriormente, um novo problema nos dados do Siab foi detectado: a presença de dados mensais de produção que destoavam da tendência verificada naquele município. Assim, por exemplo, no Município de Vitória da Conquista - BA, o número de consultas realizadas no mês de fevereiro de 2014 teria sido mais de 70 vezes maior que a média dos demais meses considerados (dezembro, janeiro e março). Cabe destacar que não foi realizado procedimento específico para detectar essa inconsistência, uma vez que esse achado não está relacionado com as questões de auditoria. Desse modo, esse tipo de erro pode ter ocorrido em outros municípios ou em relação a outros tipos de procedimentos.

177. O Diretor do Departamento de Atenção Básica (DAB), em resposta ao questionamento da equipe de auditoria sobre essa nova inconsistência, asseverou que não foi encontrado erro no processamento dos dados enviados ao Datasus e concluiu que os valores destoantes são provenientes de erros na coleta, consolidação ou digitação das informações por técnicos das secretarias municipais de saúde. Informou, também, que o DAB suspende o repasse dos recursos correspondentes ao Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável) quando identifica ausência ou inconsistências dos dados. Por fim, ressaltou que o novo sistema de informação propiciará maior segurança quanto à qualidade da informação.

178. A meu ver, essas falhas podem ter sido causadas pela inexistência, no sistema atual, de críticas capazes de detectar e permitir a correção tempestiva das inconsistências acima citadas. Além disso, também pode ser apontada a ausência de um adequado acompanhamento pelo Ministério da Saúde dos dados constantes do Siab.

179. As consequências dessas falhas podem ser graves, uma vez que a utilização de dados eventualmente inconsistentes prejudica o monitoramento e a avaliação das políticas públicas. Destaco que, recentemente, foram divulgadas notícias a respeito do aumento da produção da atenção básica em diversos estados, que supostamente decorreria da implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Este aumento foi calculado com base em dados do novo sistema

(Sisab) e do Siab. Portanto, considerando a identificação neste trabalho de inconsistências nos dados desse último sistema, podem ter sido utilizados dados errôneos nesses cálculos.

180. Com fulcro nessas considerações, manifesto minha concordância com a proposta formulada pela unidade técnica no sentido de:

a) determinar à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) que, no exercício das suas competências dispostas no Decreto nº 8.065, de 7/8/2013 (art. 2º, II, alíneas “a” e “d”; art. 15, III; art. 34, XVI, XVII e parágrafo único, e art. 38), no caso de transferência de dados do Siab para o Sisab, corrijam ou excluam previamente eventuais inconsistências presentes no Siab, inclusive quanto à existência de dados duplicados ou de produção mensal destoantes da tendência de produção dos municípios;

b) recomendar à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) que implementem mecanismos no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) que possibilitem identificar e corrigir eventuais inconsistências nos dados de produção;

c) recomendar ao Ministério da Saúde que somente divulgue novos resultados do Projeto Mais Médicos para o Brasil, que tenham sido avaliados com base em dados do Siab ou do Sisab, após a correção e exclusão de inconsistências eventualmente existentes nesses dados;

d) fixar um prazo de noventa dias para que as unidades mencionadas nos itens “a” e “b” acima apresentem um plano de ação com vistas a atender às deliberações constantes desses itens.

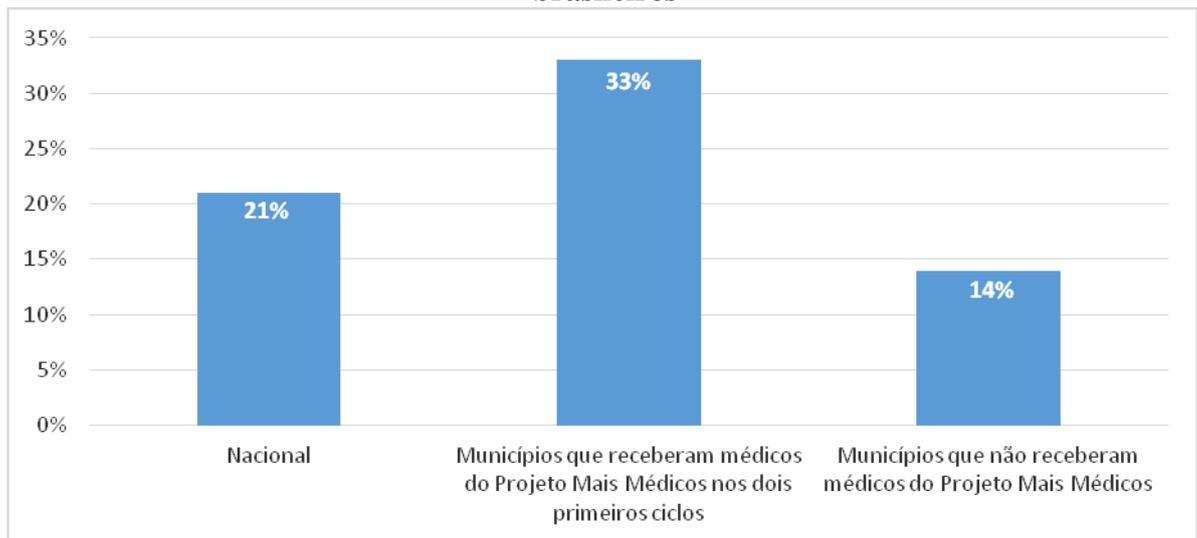
III.9. Variação da produção da Atenção Básica em municípios participantes

181. Com o objetivo de verificar como evoluiu a produção da atenção básica após a entrada em exercício dos médicos desse Projeto, a equipe de auditoria comparou a quantidade de consultas médicas na atenção básica registradas no Siab no período de dezembro de 2012 a abril de 2013 (período anterior ao projeto) com o de dezembro de 2013 a abril de 2014 (após o início da atuação dos médicos do projeto). Para realizar essa comparação, os municípios foram agrupados em três grupos: todos os municípios com dados disponíveis no Siab, aqueles que receberam médicos no 1º e 2º ciclos e os que não receberam médicos nesse período.

182. A unidade técnica excluiu dados que apresentavam inconsistências. Também não foram consideradas as informações relativas a municípios que não possuíam dados de produção de pelo menos três meses para cada um dos períodos analisados. Após esse tratamento dos dados, o número inicial de 5.596 municípios foi reduzido para 4.562, em relação aos quais foi calculada a média mensal das consultas para cada período analisado e para cada tipo de procedimento. A partir desses dados, chegou-se à média mensal de consultas para cada município antes e após a chegada de médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

183. Com base nos dados relativos a 1.837 municípios dos 2.116 municípios que receberam médicos nos 1º e 2º ciclos, apurou-se que houve um aumento de 33% na média mensal de consultas. Esse incremento ficou próximo do que foi observado nos 4.562 municípios avaliados em todo o país, que atingiu 21%, e foi maior que o constatado nos municípios que não receberam médicos, que alcançou 14%.

Gráfico 33 – Aumento médio mensal de consultas na atenção básica em municípios brasileiros



Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab.

Nota: Comparação realizada entre os períodos de dezembro de 2012 a abril de 2013 (período anterior ao Projeto Mais Médicos para o Brasil) e dezembro de 2013 a abril de 2014 (período após a entrada de médicos do 1º e 2º ciclo do Projeto Mais Médicos para o Brasil).

184. Ressalto que em 25% dos municípios que receberam médicos do projeto nos dois primeiros ciclos houve uma diminuição do número de consultas realizadas e em 1% desses municípios essa quantidade permaneceu estável. Essa constatação causa estranheza, uma vez que foram alocados 1.157 médicos nos 1º e 2º ciclos para esses municípios.

185. Houve aumento da quantidade de consultas em 60% dos municípios que não receberam médicos nos dois primeiros ciclos e diminuição em 39%. Aduzo que, considerados todos os municípios do Brasil, verificou-se um incremento do número de consultas em 65% e uma redução em 33%.

186. As causas para a diminuição da quantidade de consultas em 25% dos municípios participantes do projeto (1º e 2º ciclo) são de difícil determinação tendo em vista o escopo limitado da presente auditoria. Contudo, três possibilidades podem ser aventadas: redução do número de médicos que atendem na atenção básica nesses municípios, substituição de médicos anteriormente atuantes pelos profissionais recém chegados e diminuição da produção dos médicos que lá estavam.

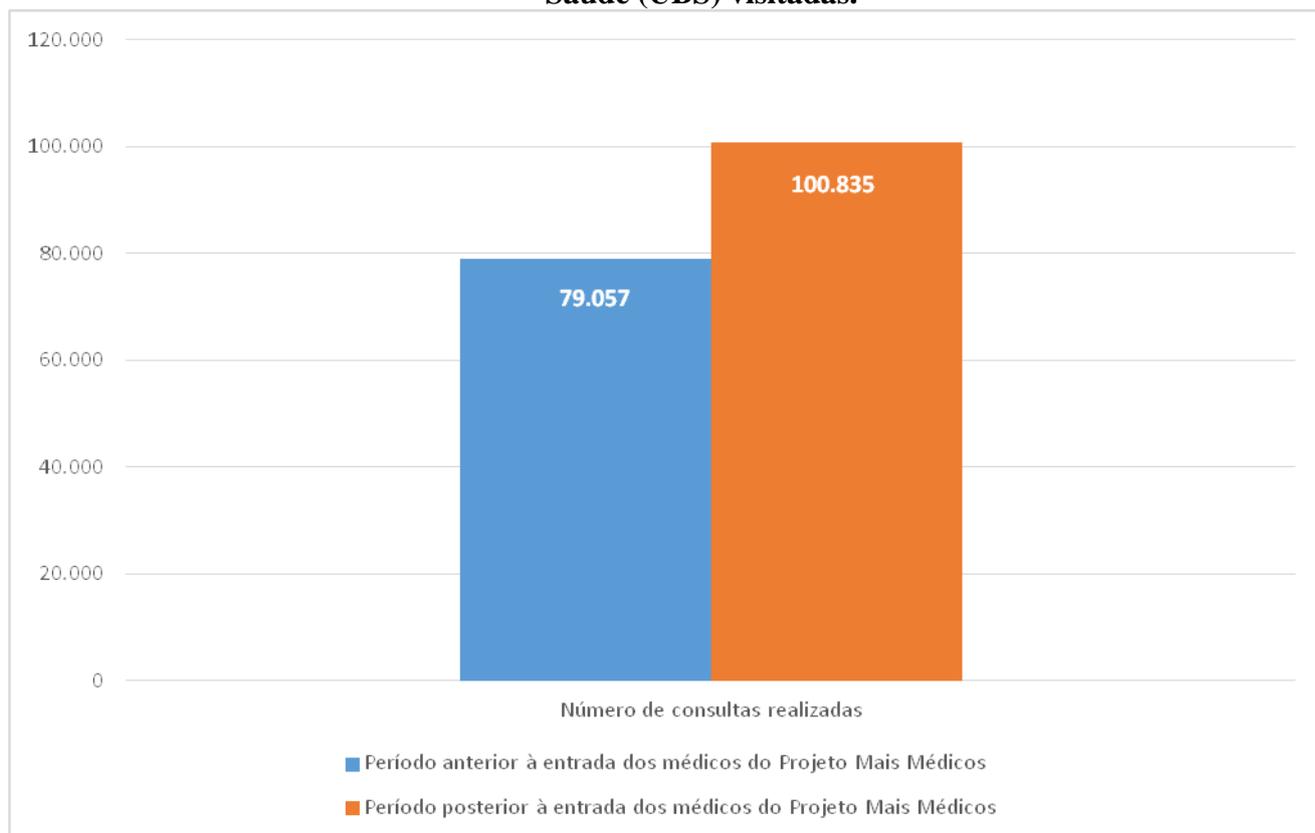
187. Destaco que a redução ou a manutenção do número de consultas caracteriza o não fortalecimento da prestação de serviços de atenção básica em saúde no País, o que vai de encontro ao disposto no art. 1º, I, da Lei que instituiu o Programa Mais Médicos e caracteriza o não atingimento do objetivo principal desse programa. Por via de consequência, manifesto minha concordância com a proposta formulada pela unidade técnica no sentido de recomendar ao Ministério da Saúde que avalie os motivos que levaram à diminuição da quantidade de consultas em 466 municípios que receberam médicos do Projeto Mais Médicos do Brasil (1º e 2º ciclo), tomando as medidas cabíveis para que tal quadro seja revertido e para que o objetivo de fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País seja atendido, conforme preconizado o art. 1º, I, da Lei nº 12.871/2013.

188. Durante a auditoria ora sob exame, foram visitadas 130 Unidades Básicas de Saúde – UBS. Em 52 dessas unidades, foram coletadas informações sobre a evolução das consultas médicas. Além disso, em 29 UBS, foram obtidos dados sobre a evolução das visitas realizadas pelos médicos que ali trabalhavam. Em ambos os casos, foram considerados dois períodos (de dezembro de 2012 a fevereiro de 2013 e de dezembro de 2013 a fevereiro de 2014). Foram incluídas nessa amostra apenas as unidades que possuíam dados de produção para todos os meses analisados e nas quais os médicos do projeto iniciaram as atividades até a data de 15/12/2013. A data de início das atividades

foi informada pelos próprios médicos, durante entrevista realizada com eles. Em caso de dúvidas, os dados foram complementados por meio de consultas realizadas no CNES.

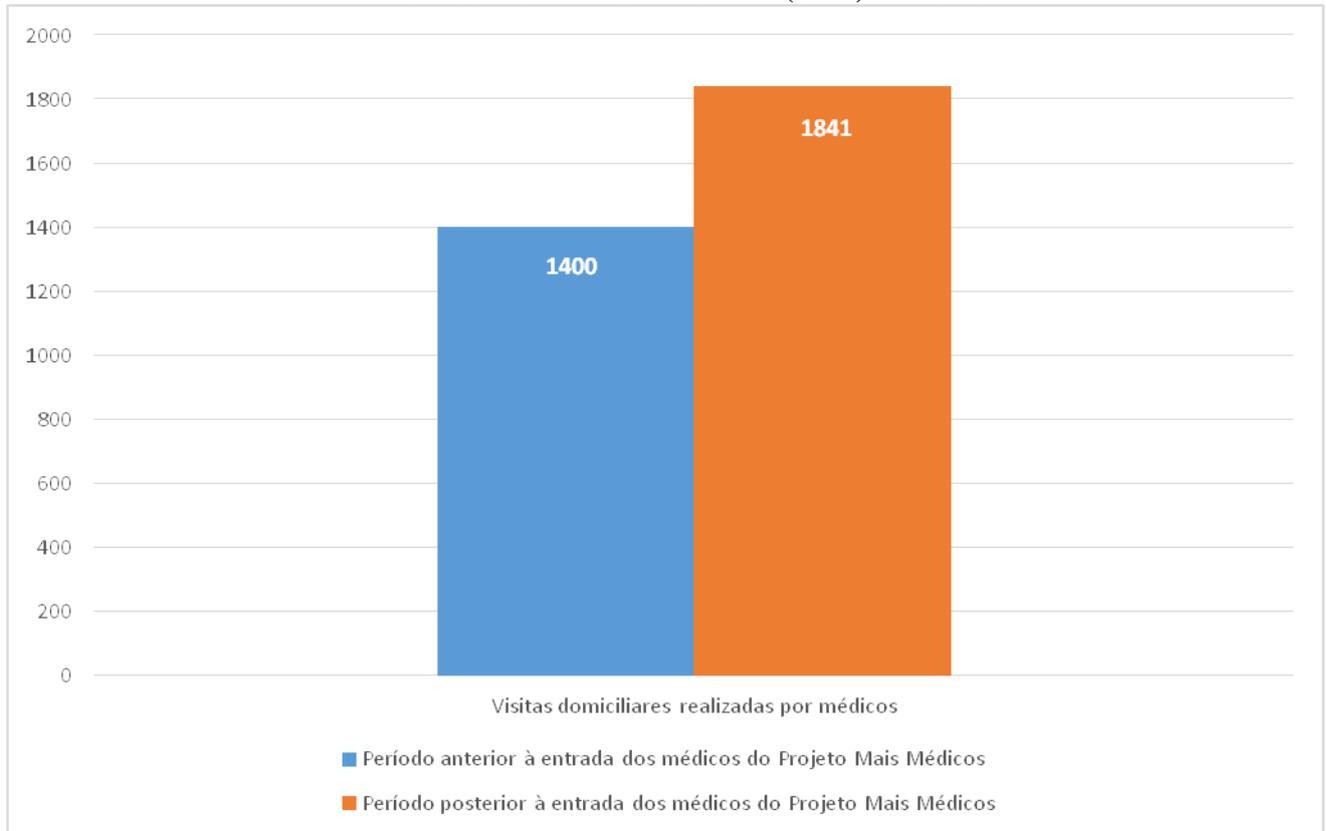
189. A partir da comparação entre os dados relativos aos dois períodos, constatou-se um aumento de 28% na quantidade de consultas médicas (79.057 entre dezembro de 2012 e fevereiro de 2013 e 100.835 entre dezembro de 2013 e fevereiro de 2014) e um incremento de 32% nas visitas domiciliares realizadas por médicos (1.400 entre dezembro de 2012 e fevereiro de 2013 e 1.841 no período de dezembro de 2013 e fevereiro de 2014). Os gráficos a seguir apresentam esses resultados.

Gráfico 34 - Quantidade de consultas médicas realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) visitadas.



Fonte: Secretarias Municipais de Saúde e Unidades Básicas de Saúde.

Gráfico 35 - Quantidade de visitas domiciliares realizadas por médicos lotados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) visitadas



Fonte: Secretarias Municipais de Saúde e Unidades Básicas de Saúde (UBS).

190. Aduzo que, nas unidades visitadas, a equipe de auditoria coletou informações que indicam uma melhoria significativa do atendimento como um todo, uma vez que:

a) 275 dos 308 (89,28%) pacientes que responderam ao questionário afirmaram que, depois da chegada dos médicos do projeto, ficou mais rápido marcar uma consulta na unidade de saúde;

b) 99 dos 101 (98,01%) profissionais responsáveis pelas UBS que responderam ao questionário confirmaram que ficou mais rápido marcar uma consulta;

c) 281 dos 446 (63%) que foram questionados sobre a evolução do acesso aos serviços de saúde após a chegada dos médicos do projeto afirmaram que esse acesso melhorou muito, 141 (31,61%) avaliaram que ele melhorou e apenas 24 (5,38%) consideraram que ele ficou inalterado;

d) o aumento do horário de atendimento médico foi relatado por 143 profissionais dos 443 que responderam a esse questionamento (32,27%);

e) o aumento no número de consultas foi afirmado por 401 dos 444 (90,31%) profissionais que responderam a essa pergunta.

191. Com espeque nesses dados, avalio que houve uma melhora no acesso à atenção básica nessas unidades de saúde após a chegada dos médicos do projeto.

III.10. Cumprimento inadequado, por alguns municípios visitados, das obrigações de fornecimento de moradia e alimentação aos médicos participantes

192. O art. 11 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013 estabelece que a participação dos municípios e do Distrito Federal na execução do projeto será formalizada por intermédio da celebração de termo de adesão e compromisso, o qual deverá conter a obrigação de esses entes federados oferecerem moradia para os médicos participantes do projeto e garantirem

alimentação adequada e água potável para esses profissionais.

193. O art. 9º da Portaria SGTES/MS nº 30, de 12/2/2014, que regulamenta o cumprimento dessas obrigações, dispõe que o ente federado deverá assegurar o fornecimento de alimentação ao médico participante, mediante a entrega de recursos pecuniários ou de alimentos *in natura*. Se houver o repasse de dinheiro vivo, o ente federativo deverá adotar como parâmetros mínimo e máximo os valores de R\$ 500,00 (quinhentos reais) e R\$ 700,00 (setecentos reais), conforme disposto no art. 10 dessa norma.

194. Ademais, consoante disposto no art. 3º, I, II e III, da Portaria SGTES/MS nº 30/2014, o Distrito Federal e os municípios deverão adotar algumas das seguintes modalidades de fornecimento de moradia: cessão de imóvel, entrega de numerário ou acomodação em hotel ou pousada. O ente federado pode adotar como referência para o pagamento de aluguel de imóvel os valores mínimo e máximo de R\$ 500,00 (quinhentos reais) e R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais). Aduzo que, caso seja imprescindível, o gestor distrital ou municipal pode adotar valores superiores a esse limite que sejam adequados à realidade do mercado imobiliário local. Nessa hipótese, deverá haver a comprovação do custo da locação por meio de três cotações de custo no mercado imobiliário local.

195. A Portaria SGTES/MS nº 30/2014 estabelece também que a oferta de moradia aos médicos participantes deverá atender a condições mínimas de habitabilidade (infraestrutura física e sanitária do imóvel em boas condições, disponibilidade de energia elétrica e abastecimento de água) e segurança. Além disso, deverá observar o perfil do município e o padrão médio da localidade.

196. A unidade técnica salientou que o fornecimento de alimentação aos médicos do projeto estava em desacordo com os normativos em cinco dos quarenta e um municípios visitados. Em três desses municípios, o valor pago aos médicos para assegurar a alimentação era menor que o parâmetro mínimo da Portaria SGTES/MS nº 30/2014. Em outro, os médicos recebiam um crédito de R\$ 600,00 para ser utilizado em um supermercado indicado pelo Prefeitura. No quinto município, os médicos do projeto recebiam R\$ 450,00 mensais para alimentação, além do almoço *in natura* durante a semana.

197. Em quatro dos quarenta e um municípios visitados pela equipe de auditoria, a oferta de moradia a médicos participantes não observava o disposto na Portaria SGTES/MS nº 30/2014, sendo que em três deles as moradias não apresentavam boas condições de infraestrutura física e sanitária.

198. A insatisfação dos médicos participantes em decorrência do não cumprimento das obrigações de fornecimento de alimentação e moradia pelos municípios também foi relatada por uma instituição supervisora (Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes).

199. Diante do acima exposto, acolho a proposta formulada pela unidade técnica no sentido de:

a) recomendar ao Ministério da Saúde que crie um canal de comunicação que possibilite aos médicos participantes apresentarem denúncias ou reclamações, especialmente em relação ao cumprimento das obrigações municipais, que foram estabelecidas nos normativos do projeto;

b) recomendar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que desenvolva mecanismos de controle e monitoramento permanentes do cumprimento das respectivas obrigações pelos municípios participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, nos termos do art. 11 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013 e dos arts. 3º, 4º e 5º da Portaria SGTES/MS nº 30, de 12/2/2014;

c) determinar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que entre em contato com os municípios de Currais Novos - RN, Capitão Poço - PA, Breves - PA, Apodi - RN, Caucaia - CE, Goiana - PE, Extremoz - RN, Breves - PA e Viçosa do Ceará - CE e adote as providências cabíveis para garantir a alimentação e a oferta de moradia adequadas para os médicos do projeto que estão lotados nesses municípios, acompanhando a regularização das falhas que foram descritas pormenorizadamente no Relatório que antecede este Voto.

III.11. Elevado aporte de recursos para capacitar profissionais que não permanecerão no país

200. Conforme preceitua o art. 13 da Lei nº 12.871/2013, o Projeto Mais Médicos para o Brasil será oferecido a médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País ou àqueles formados em instituições de educação superior estrangeiras, por meio de intercâmbio médico internacional. Já o art. 15 dessa norma dispõe que integra o projeto em tela o médico participante, que será submetido ao aperfeiçoamento profissional supervisionado. Tal aperfeiçoamento ocorrerá mediante a oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e envolverá atividades de ensino, pesquisa e extensão, que terão componente assistencial mediante a integração ensino-serviço.

201. O art. 13, § 1º, da Lei nº 12.871/2013 dispõe, ainda, que a seleção e a ocupação das vagas do projeto observarão a seguinte ordem: médicos formados em instituições de ensino superior - IES brasileiras ou com diplomas revalidados no país, médicos brasileiros formados em IES estrangeiras com habilitação para o exercício da medicina no exterior e médicos estrangeiros com habilitação para o exercício da Medicina no exterior.

202. Por fim, o art. 16 dessa Lei estabelece que os médicos intercambistas exercerão a Medicina exclusivamente no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão do projeto, sendo dispensada, para tal fim, nos três primeiros anos de participação no projeto, a revalidação de seus diplomas.

203. Em 12/5/2014, segundo o Ministério da Saúde, 11.814 médicos intercambistas individuais estrangeiros ou cooperados estavam em atividade. Considerando os gastos com tutores e supervisores e os custos do curso a distância, o dispêndio total da especialização somente para os médicos estrangeiros ficará em R\$ 242.782.748,72 (duzentos e quarenta e dois milhões, setecentos e oitenta e dois mil, setecentos e quarenta e oito reais e setenta e dois centavos). Cabe destacar que não foram levados em consideração os valores relativos às bolsas-formação nem os gastos com ajuda de custo e deslocamento dos médicos.

204. Após analisar esses números, a unidade técnica destacou que:

a) os médicos estrangeiros não revalidaram os respectivos diplomas e não podem exercer a medicina fora do âmbito do projeto ora sob comento. Além disso, após o término do programa em tela, eles deverão retornar ao seu país de origem para exercer a medicina, a não ser que consigam revalidar os respectivos diplomas no Brasil;

b) apesar desse projeto priorizar a escolha de brasileiros, constatou-se que a imensa maioria dos médicos (85,67%) são estrangeiros. Cumpre destacar que, no dia 12/5/2014, 80,9% dos médicos participantes haviam sido contratados por intermédio da OPAS. Isso quer dizer que o Governo Federal investirá cerca de R\$ 240 milhões no prazo de três anos para especializar profissionais que, ao final do projeto, tem grandes chances de deixar o país e não aplicar aqui os conhecimentos adquiridos;

c) o risco de incorrer em gastos significativos aumenta quando se observa que, segundo o Ministério da Saúde, foram contratadas 23.400 vagas de pós graduação em Instituições de Ensino Superior participantes do Projeto Mais Médicos, por meio de Termos de Cooperação/Convênio celebrados com o Ministério da Saúde no âmbito da Rede UNA-SUS. Se for mantida a porcentagem observada durante a auditoria, de 85% de estrangeiros, serão ao todo 19.890 médicos oriundos de outros países e os gastos com a especialização desses participantes atingiriam R\$ 408.748.000,00.

205. Sopesados os argumentos apresentados pela unidade técnica, endosso a proposta apresentada por ela no sentido de recomendar ao Ministério da Saúde que reavalie a necessidade e os benefícios de oferecer cursos de especialização para profissionais que provavelmente não permanecerão no Brasil após o término do projeto em questão.

IV. Análise dos comentários dos gestores

206. A SecexSaude diligenciou os Ministérios da Saúde e da Educação para que tais órgãos apresentassem os seus comentários relativos ao Relatório desta Auditoria Operacional, antes de sua apreciação pelo Tribunal, em obediência ao Manual de Auditoria Operacional do TCU.

207. O Ministério da Saúde contestou as informações relativas à supervisão e à tutoria inadequadas e às fragilidades detectadas no Módulo de Acolhimento. Já o Ministério da Educação, num primeiro momento, manifestou sua concordância com as manifestações do Ministério da Saúde. Em seguida, o Ministério da Educação enviou uma Nota Técnica, por intermédio da qual buscou reforçar os argumentos anteriormente apresentados pelo Ministério da Saúde.

208. Os comentários relativos às fragilidades detectadas no Módulo de Acolhimento já foram mencionados e analisados neste Voto. No que concerne aos comentários sobre a supervisão e a tutoria inadequadas, o Ministério da Saúde asseverou que:

“(...) entendemos que todos os médicos intercambistas estão habilitados para o exercício da medicina por terem cumprido os requisitos para participação, como descrito nos arts. 15, § 1º, e 16, caput e § 2º, da Lei instituidora do Projeto e por estarem vinculados ao aperfeiçoamento previsto no Projeto, pela Especialização em Saúde da Família, já que todos os médicos estão vinculados ao Sistema Universidade Aberta do SUS.”

209. Avalio que essas alegações não merecem prosperar, pelas razões que passo a expor. O art. 15, I, da Lei nº 12.871/2013 estabelece que os médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil serão submetidos a um aperfeiçoamento profissional supervisionado. Essa supervisão é definida no inciso II desse mesmo artigo como sendo um processo contínuo e permanente, que observará uma programação a ser elaborada por um profissional médico. Contudo, a presente auditoria identificou casos em que os médicos participantes não possuem supervisor cadastrado, ou seja, estaria ocorrendo um aperfeiçoamento médico sem a supervisão definida na Lei nº 12.871/2013. Aduzo que o fato de os médicos estarem vinculados ao Sistema Universidade Aberta do SUS não supre essa lacuna.

210. O Ministério da Saúde também afirmou que:

“(...) destacamos ainda que nos aspectos do relatório, em especial nos itens 3 e 4, em que se põe sob dúvida a legitimidade da atuação dos médicos intercambistas, tendo em vista o não ‘acompanhamento integral de tutores e supervisores’, tem-se uma incompreensão das ferramentas de aprendizado de que se utilizam o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação para o aperfeiçoamento do profissional no âmbito do Projeto e que não se limitam ao acompanhamento fisicamente presencial do tutor e do supervisor, no que mais discorreremos adiante, em complementação ao já exposto em Nota Técnica remetida a este Tribunal.”

211. É imperioso destacar que não se questionou a forma como está ocorrendo o acompanhamento pelos tutores e supervisores. O que foi constatado é que alguns participantes não possuem nenhum tipo de acompanhamento no que se refere à supervisão e à tutoria. São situações diversas. Uma coisa é um médico participante ter um tutor e um supervisor que o acompanhem presencialmente uma vez por mês. Esse caso pode suscitar dúvidas sobre a efetividade do acompanhamento, mas ele existe. Contudo, a situação é diferente quando não existe algum supervisor ou tutor que o acompanhe. Cumpre destacar que o legislador brasileiro abriu uma exceção para que médicos sem o diploma revalidado atuem no Brasil, mas, em contrapartida, estabeleceu a necessidade de haver uma supervisão médica e uma tutoria acadêmica. Se a supervisão e a tutoria não ocorrem, tem-se um potencial desrespeito à legislação pátria.

212. Os Ministérios da Saúde e da Educação acrescentaram que:

MANIFESTAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE:

“Cabe destacar ainda que o papel do supervisor é estritamente pedagógico, ou seja, não desempenha função vinculada ao exercício ético profissional do médico em responsabilização. Assim o que está previsto na Lei nº 12.871/2013, art. 15, § 3º, destacando a

atuação e responsabilidade do médico supervisor e do tutor acadêmico concerne às atividades de caráter educacional.”

MANIFESTAÇÃO DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO:

“O papel destes tutores e supervisores é eminentemente pedagógico, voltado ao desenvolvimento de atividades de educação permanente direcionadas aos médicos participantes do projeto, bem como o acompanhamento do aprendizado do médico nos outros eixos educacionais do programa (especialização, projeto de intervenção, etc), e nas atividades de integração ensino-serviço.”

213. O art. 15, § 3º, da Lei nº 12.871/2013 expressamente estabelece que *“a atuação e a responsabilidade do médico supervisor e do tutor acadêmico, para todos os efeitos de direito, são limitadas, respectiva e exclusivamente, à atividade de supervisão médica e à tutoria acadêmica”*. Assim sendo, as palavras *“respectiva”* e *“exclusivamente”* deixam explícito que as atividades dos médicos supervisores e tutores são distintas, sendo que as dos tutores possuem um caráter mais educacional (tutoria acadêmica) e as dos supervisores de cunho mais prático (supervisão médica). Em nenhum momento, o legislador definiu que a supervisão médica é uma atividade de caráter *“estritamente pedagógico”*.

214. O Ministério da Saúde aduziu que:

“Reforçamos ainda que, além da especialização e da tutoria e supervisão, outras atividades e ferramentas educacionais estão à disposição dos médicos, isso significa dizer que o médico participante não necessariamente precisa ou deve estar sob acompanhamento presencial de tutor ou supervisor para que esteja em aperfeiçoamento, porque o Projeto envolve outras atividades de ensino, pesquisa e extensão e se complementa com diversas ferramentas educacionais do SUS, em especial o Telessaúde e o Portal Saúde em Evidências (...)”

215. Ocorre que o acompanhamento presencial está previsto na Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, cujo art. 15, I, determina que uma das atribuições do supervisor é realizar visitas periódicas para acompanhar as atividades dos médicos participantes. Ademais, o próprio Ministério da Saúde estabeleceu, na apresentação sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil, uma periodicidade mínima mensal para esse acompanhamento efetuado pelo supervisor. Da mesma forma, no Informe *“Orientação para os Gestores Municipais”*, elaborado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde, foi definida a necessidade de acompanhamento presencial.

216. Ressalto que o acompanhamento presencial regular não se confunde com os diversos instrumentos de aperfeiçoamento disponíveis no âmbito do projeto. A Lei nº 12.871/2013 determina que o aperfeiçoamento profissional seja supervisionado, o que acarreta a obrigatoriedade da vinculação de todos os médicos participantes a um tutor e a um supervisor. Note-se que, consoante relatado anteriormente, essa vinculação não foi constatada na prática em relação a um percentual significativo dos médicos participantes.

217. O Ministério da Educação ponderou que:

“(.) há um intervalo necessário para a estabilização dos médicos na base territorial definitiva em que irão atuar, superando os momentos de remanejamento, alterações de distribuição e outras medidas administrativas a cargo do Ministério da Saúde, dos municípios e das coordenações estaduais do projeto. Também há necessidade de um período para a ambientação do médico junto a sua equipe de saúde e para o fornecimento de parâmetros que auxiliarão a tutoria do programa a designar quantos supervisores serão necessários para acompanhar uma determinada região dentro do território de sua instituição supervisora, bem como o perfil de médico mais adequado para garantir a supervisão daquele participante do projeto especificamente. Temos estabelecido, para atividades de controle e monitoramento de nosso núcleo gestor vinculado à DDES/Sesu/MEC, um período em torno de 60 a 90 dias para a instituição supervisora vincular um supervisor especificamente a um médico e iniciar as atividades de visitação, salvo exceções e situações muito específicas.”

218. Em relação a essa questão específica, entendo que a adequação do perfil do médico ao município, às questões logísticas relativas à sua base territorial e à definição do tutor e do supervisor que o acompanharão deveria ocorrer após o fim do módulo de acolhimento e antes que o médico entrasse em atividade, não posteriormente a sua alocação ao um dado município.

V. Considerações finais

219. A presente auditoria visou avaliar a eficácia do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Com esse desiderato, foram avaliadas as ações cuja execução está prevista na Lei nº 12.871/2013, tendo sido constatado que boa parte delas pode ser aperfeiçoada, adaptada ou, em alguns casos, reestruturada.

220. Por outro lado, foi comprovado que a chegada aos municípios dos médicos desse projeto produziu bons resultados, uma vez que o número de consultas aumentou, o tempo de espera diminuiu e a quantidade de visitas domiciliares também experimentou um crescimento significativo.

221. Outro ponto positivo foi a chegada e a permanência de médicos em municípios carentes, onde havia muita dificuldade para atrair e fixar tais profissionais. Saliento que, até o encerramento da presente auditoria, haviam sido alocados 13.790 médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil em 3.756 municípios e 33 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), localizados em todas as 27 unidades federadas.

222. Registro que não foi possível avaliar o impacto efetivo desse projeto sobre a saúde da população, em especial no que concerne à assistência básica, uma vez que esse impacto só é visível a médio prazo. Além disso, constato que faltam indicadores consistentes para aferi-lo. Diante disso, está sendo proposta a expedição de recomendação para que o Ministério da Saúde elabore tais indicadores.

223. Até a data da realização desta auditoria, foram realizadas ações que envolveram recursos volumosos em um curto espaço de tempo. Somente à Opas já foram pagos, desde o início do projeto até meados de maio de 2014, cerca de R\$ 1,2 bilhão de reais, a título de contrapartida pela contratação dos médicos cooperados. No caso da contratação de médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no Brasil (CRM-Brasil) e aos demais médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras estima-se que foram despendidos, até junho de 2014, aproximadamente R\$ 146 milhões. Algumas das fragilidades identificadas neste trabalho, que abordarei a seguir, podem decorrer dessa rapidez na contratação e alocação dos médicos.

224. Entre as falhas e os problemas detectados, destaco os seguintes:

a) existiam fragilidades na execução das atividades de supervisão e tutoria dos médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil;

b) o módulo de acolhimento destinado aos médicos intercambistas participantes do projeto apresentava falhas. Foi conferida especial atenção àquelas relacionadas à entrada em atividade de 95 médicos que, supostamente, ao final do referido módulo, deveriam ter sido reprovados ou encaminhados para o processo de recuperação, uma vez que não teriam atendido aos critérios mínimos exigidos nos eixos de língua portuguesa e saúde;

c) a distribuição geográfica dos médicos do projeto apresentou problemas, caracterizados pelo não atendimento adequado às necessidades de alguns municípios listados em normativo do Ministério da Saúde como sendo localidades com carência e dificuldades de retenção de profissional médico integrante de Equipe de Saúde da Família (ESF);

d) havia médicos participantes do projeto, com registro nos Conselhos Regionais de Medicina, cuja carga horária semanal era igual ou superior a cem horas. Tal constatação pode ser um indício de descumprimento da carga horária prevista no projeto, uma vez que dificilmente o profissional conseguirá cumpri-la nessas condições;

e) foram detectadas fragilidades nas ações de avaliação e monitoramento dos impactos proporcionados pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil;

f) havia inconsistências nos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab, uma das quais foi corrigida pelo Ministério da Saúde após ter sido cientificado pela equipe de auditoria;

g) em 25% dos municípios analisados que receberam médicos do Projeto Mais Médicos, houve uma diminuição da quantidade de consultas médicas;

h) alguns municípios visitados não estavam cumprindo adequadamente suas obrigações em relação ao fornecimento de moradia e alimentação aos médicos participantes do projeto.

225. Em relação a esses achados, proponho a expedição de determinações corretivas e recomendações, cuja implementação deverá resolver ou, ao menos, minimizar significativamente tais falhas.

226. Foram abordadas, ainda, as seguintes questões estruturais e estratégicas para o Projeto Mais Médicos:

a) será aportado um elevado montante de recursos destinados à especialização de estrangeiros no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Cabe ressaltar que esses profissionais não poderão continuar a exercer a medicina no país após o término de sua participação no Projeto, a não ser que sejam aprovados no processo de revalidação do diploma. Assim sendo, entendo cabível recomendar que o Ministério da Saúde reavalie a necessidade e os benefícios da oferta de curso de especialização para médicos estrangeiros;

b) a concepção desse Programa abarca atividades paliativas (como o Projeto Mais Médicos para o Brasil, que promove o aperfeiçoamento de médicos na atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS) e outras de efeitos mais duradouros (que pretendem mudar os parâmetros de formação médica no país e ampliar a quantidade de vagas do curso de medicina e de residência médica). Caso não haja uma atuação estatal que dê prosseguimento a essas outras duas ações de caráter mais duradouro, há o risco de que os resultados alcançados por meio do Projeto Mais Médicos para o Brasil sejam somente temporários. Nessa hipótese, a população atualmente beneficiada pela maior presença de médicos em áreas que apresentavam déficits de atendimento pode voltar ao estado anterior de desassistência, após três ou seis anos de Projeto.

227. Não poderia encerrar este Voto sem antes enaltecer o trabalho feito pela Secex Saúde, o qual certamente fornecerá importantes subsídios para o aperfeiçoamento do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

Feitas essas considerações, manifesto-me por que o Tribunal aprove o Acórdão que ora submeto à deliberação deste Colegiado.

TCU, Sala das Sessões Ministro Luciano Brandão Alves de Souza, em tagDataSessao.

BENJAMIN ZYMLER

Relator

ACÓRDÃO Nº 331/2015 – TCU – Plenário

1. Processo TC nº 005.391/2014-8.
2. Grupo I – Classe de Assunto: V – Relatório de Auditoria.
3. Interessados/Responsáveis: não há.
4. Órgãos/Entidades: Governo do Distrito Federal - GDF; Ministério da Educação; Ministério da

Saúde; Prefeituras Municipais do Estado da Bahia (417 Municípios); Prefeituras Municipais do Estado de Minas Gerais (853 Municípios); Prefeituras Municipais do Estado de Pernambuco (184 Municípios); Prefeituras Municipais do Estado de São Paulo (645 Municípios); Prefeituras Municipais do Estado do Ceará (184 Municípios); Prefeituras Municipais do Estado do Maranhão (217 Municípios); Prefeituras Municipais do Estado do Pará (143 Municípios); Prefeituras Municipais do Estado do Rio Grande do Norte (167 Municípios).

5. Relator: Ministro Benjamin Zymler.

6. Representante do Ministério Público: não atuou.

7. Unidade Técnica: Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde).

8. Advogado constituído nos autos: não há.

9. Acórdão:

VISTOS, relatados e discutidos estes autos de relatório de auditoria operacional executada sob a forma de Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC) no Programa Mais Médicos, em especial no Projeto Mais Médicos para o Brasil, no período compreendido entre junho de 2013 e março de 2014.

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em Sessão Plenária, diante das razões expostas pelo Relator, em:

9.1. com base no art. 43, I, da Lei nº 8.443/1992 e no art. 250, II, do Regimento Interno do TCU, determinar à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação do Ministério da Saúde que:

9.1.1. verifique, juntamente com as instituições de ensino contratadas, a compatibilidade de horários dos supervisores do Projeto Mais Médicos para o Brasil que exerçam outras atividades ocupacionais, tendo em vista que o art. 37, XVI, “c”, da Constituição Federal estabelece que nos casos de acúmulo de funções deve haver compatibilidade de horários, informando ao TCU em 180 dias os resultados obtidos;

9.1.2. verifique, juntamente com os municípios, a compatibilidade de horários, bem como a ausência de prejuízo no desempenho das respectivas atividades, nos casos de acúmulo de funções por médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, especialmente nos casos identificados no presente trabalho, tendo em vista o disposto no art. 37, XVI, “c”, da Constituição Federal e no art. 21 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, aplicando, se for necessário e conveniente, as penalidades previstas no art. 26 dessa Portaria Interministerial e informando ao TCU em 180 dias os resultados obtidos;

9.2) com base no art. 43, I, da Lei nº 8.443/1992 e no art. 250, II, do Regimento Interno do TCU, determinar à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), ambas do Ministério da Saúde, que, antes de transferir dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) para o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), corrijam ou excluam inconsistências eventualmente detectadas no Siab, em especial aquelas relativas a dados duplicados ou a informações de produção mensal destoantes da tendência dos municípios (que foram percebidas pela equipe de auditoria quando da análise das séries históricas mensais), informando ao TCU em 180 dias os resultados obtidos;

9.3. com base no art. 43, I, da Lei nº 8.443/1992 e no art. 250, II, do Regimento Interno do TCU, determinar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que:

9.3.1. desenvolva, no prazo de 60 dias, mecanismos para aperfeiçoar os instrumentos que orientam a atuação dos tutores, de modo a que eles se dediquem à orientação acadêmica no âmbito da especialização e à integração ensino-serviço, exercendo assim as atribuições definidas no art. 14 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013;

9.3.2. promova, no prazo de 60 dias, em atendimento ao disposto nos arts. 13 a 17 da Portaria Conjunta MS/MEC nº 1, de 21/1/2014, a revisão das avaliações e, se for o caso, o desligamento dos médicos que supostamente deveriam ter sido reprovados no módulo de acolhimento, mas se encontram em atividade;

9.3.3. apresente, no prazo de 60 dias, em atendimento ao disposto nos arts. 13 a 17 da Portaria Conjunta MS/MEC nº 1, de 21/1/2014, plano de ação para realizar a prova de recuperação do módulo de acolhimento dos médicos participantes que se encontram em atividade apesar de terem realizado a recuperação de forma irregular ou não a terem realizado quando era necessário, promovendo o desligamento daqueles que forem reprovados;

9.3.4. notifique, no prazo de 60 dias, os municípios de Caucaia - CE, Goiana - PE, Extremoz - RN, Breves - PA e Viçosa do Ceará – CE sobre as irregularidades, identificadas nesta auditoria, relacionadas ao não cumprimento adequado da garantia de fornecimento de alimentação aos médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil e acompanhe a regularização dessa situação;

9.3.5. notifique, no prazo de 60 dias, os municípios de Currais Novos - RN, Capitão Poço - PA, Breves - PA e Apodi – RN sobre as irregularidades, identificadas nesta auditoria, relacionadas à oferta inadequada de moradia aos médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil e acompanhe a regularização dessa situação;

9.4. com base no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, recomendar ao Ministério da Saúde que:

9.4.1. somente divulgue novos resultados do Projeto Mais Médicos para o Brasil, apurados com base nos dados constantes do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) ou do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), após a correção ou exclusão de inconsistências eventualmente detectadas nesses dados, em especial no que concerne a informações sobre a produção mensal que destoem da tendência verificada a partir da análise das séries históricas mensais, com vistas a reduzir o risco de serem divulgadas informações incorretas;

9.4.2. priorize, nos novos ciclos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, os municípios listados no Anexo I da Portaria Conjunta SGTES/SAS nº 3, de 19/2/2013, que ainda não tenham sido contemplados adequadamente com médicos do projeto;

9.4.3. utilize, nos novos ciclos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, como um dos critérios para a distribuição dos médicos, indicadores que reflitam a disponibilidade desses profissionais nos municípios, como, por exemplo, o número de médicos (SUS e não SUS) por habitante registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);

9.4.4. avalie os motivos que levaram à diminuição da quantidade de consultas em 466 municípios que receberam médicos do Projeto Mais Médicos do Brasil (1º e 2º ciclos) e adote as medidas cabíveis para que tal quadro seja revertido, com o objetivo de fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País, conforme preconizado no art. 1º, I, da Lei nº 12.871/2013;

9.4.5. estabeleça um canal de comunicação que possibilite aos médicos participantes encaminhar denúncias ou reclamações, especialmente em relação ao cumprimento das obrigações municipais;

9.4.6. reavalie a necessidade e os benefícios de oferecer cursos de especialização para os médicos estrangeiros, que, em princípio, não permanecerão no Brasil após o término do Projeto Mais Médicos para o Brasil;

9.5. com base no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, recomendar à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação do Ministério da Saúde que:

9.5.1. modifique a estrutura dos Relatórios de Supervisão Médica dos profissionais integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, de modo que esses documentos passem a ter foco nas atividades clínicas;

9.5.2. torne obrigatório, no ato de designação do médico participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil para atuar em determinado município, a definição do nome do respectivo supervisor, nos termos do art. 15, I, II e III, da Lei nº 12.871/2013;

9.6. com base no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, recomendar à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEPE e à Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, ambas do Ministério da Saúde, que implementem mecanismos no Sistema de Informação em Saúde para a

Atenção Básica (Sisab) que identifiquem e corrijam eventuais inconsistências nos dados de produção;

9.7. com base no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, recomendar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que:

9.7.1. regulamente a carga horária dos médicos supervisores, dedicando especial atenção aos casos em que ocorre a acumulação das atividades de supervisão médica com o exercício de outras funções;

9.7.2. estude a criação de mecanismos que possibilitem a consulta no site da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) da relação nominal de médicos participantes e respectivos tutores e supervisores, a fim de dar maior transparência ao Projeto Mais Médicos para o Brasil;

9.7.3. promova, juntamente com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), a atualização constante da lista nominal de médicos participantes e respectivos tutores e supervisores, de modo a evitar que haja médicos sem tutores ou supervisores vinculados;

9.7.4. estude, juntamente com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), uma sistemática para aprimorar o plano de trabalho, de forma a torná-lo compatível com os preceitos do art. 14, II, da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013;

9.7.5. estude, juntamente com a Secretaria de Educação Superior (Sesu) do Ministério da Educação, uma forma de vincular a homologação do resultado final das convocações de médicos participantes do projeto à aprovação no módulo de acolhimento, com o fito de evitar que médicos com desempenho insuficiente naquele módulo e sem o diploma revalidado entrem em exercício na rede de atenção básica do SUS;

9.7.6. crie mecanismos de controle e monitoramento que contemplem análises específicas sobre os tópicos tratados no art. 11 da Portaria Interministerial nº 1.369/2013, inclusive no que concerne ao acompanhamento mensal do número de equipes de atenção básica que se encontram em atividade em cada município contemplado, à proibição da substituição dos médicos que integram tais equipes por participantes do projeto e às obrigações municipais referentes à garantia de alimentação e à oferta de moradia adequada, que foram regulamentadas pela Portaria SGTES/MS nº 30, de 12/2/2014;

9.7.7. inclua, entre os indicadores utilizados para avaliar o Projeto Mais Médicos para o Brasil, aqueles que mensurem os respectivos impacto e efetividade, como, por exemplo, o relativo ao número de internações em áreas sensíveis à atenção básica;

9.8. dar ciência à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil sobre a seguinte violação à norma legal:

9.8.1. negar aos Conselhos de Medicina o acesso aos dados dos profissionais que exercem as funções de supervisores ou tutores, os quais, nos termos do art. 15, II e III, da Lei nº 12.871/2013, devem ser médicos, é uma forma de restringir a competência prevista nos arts. 21, XXIV, e 22, XVI, da Constituição Federal, notadamente quanto à inspeção profissional;

9.9. dar ciência à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil sobre a seguinte impropriedade:

9.9.1. a existência de um número insuficiente de tutores prejudica a orientação acadêmica dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, em afronta ao disposto no art. 15, III, da Lei nº 12.871/2013;

9.10. com base no art. 43, I, da Lei nº 8.443/1992 e no art. 250, II, do Regimento Interno do TCU, determinar ao Ministério da Saúde, ao Ministério da Educação e à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que remetam a este Tribunal, no prazo de 90 dias, plano de ação contendo o cronograma de implementação das medidas adotadas para atender as deliberações acima e corrigir os problemas identificados, inclusive no que concerne à queda da quantidade de médicos em mais de cem municípios que receberam profissionais do projeto em questão (parágrafos 130 e 131 do Relatório);

9.11. encaminhar cópia do Acórdão que vier a ser adotado pelo Tribunal, bem como do Relatório e do Voto que o fundamentarem, e do inteiro teor da instrução elaborada pela unidade técnica para os Ministros de Estado da Saúde e da Educação, o Coordenador Nacional do Projeto Mais Médicos para o Brasil, o Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, o Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, o Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, o Secretário de Educação Superior do Ministério da Educação, o Secretário Executivo da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), o Presidente da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, o Presidente da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, o Presidente do Conselho Federal de Medicina e os Presidentes dos Conselhos Regionais de Medicina;

9.12. restituir os presentes autos à SecexSaúde para que seja programado o monitoramento da implementação das deliberações constantes deste Acórdão.

10. Ata nº 7/2015 – Plenário.

11. Data da Sessão: 4/3/2015 – Ordinária.

12. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-0331-07/15-P.

13. Especificação do quorum:

13.1. Ministros presentes: Raimundo Carreiro (na Presidência), Walton Alencar Rodrigues, Benjamin Zymler (Relator), Augusto Nardes, José Múcio Monteiro, Ana Arraes, Bruno Dantas e Vital do Rêgo.

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

(Assinado Eletronicamente)

RAIMUNDO CARREIRO

Vice-Presidente, no exercício da Presidência

(Assinado Eletronicamente)

BENJAMIN ZYMLER

Relator

Fui presente:

(Assinado Eletronicamente)

PAULO SOARES BUGARIN

Procurador-Geral