

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 8º 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 8º 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.

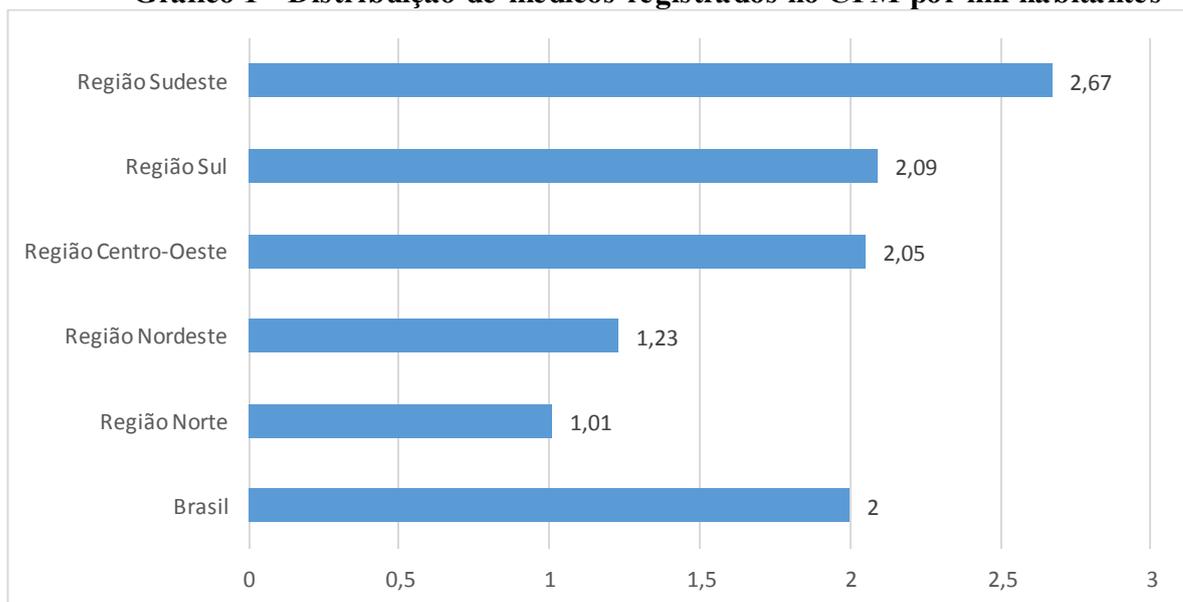
II - VISÃO GERAL

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 1 - 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 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
Go iás	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:

- 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.

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:

- 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.

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:

- 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.

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/ESAI/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 8º 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 Financeiro Del Director 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),

competente 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.

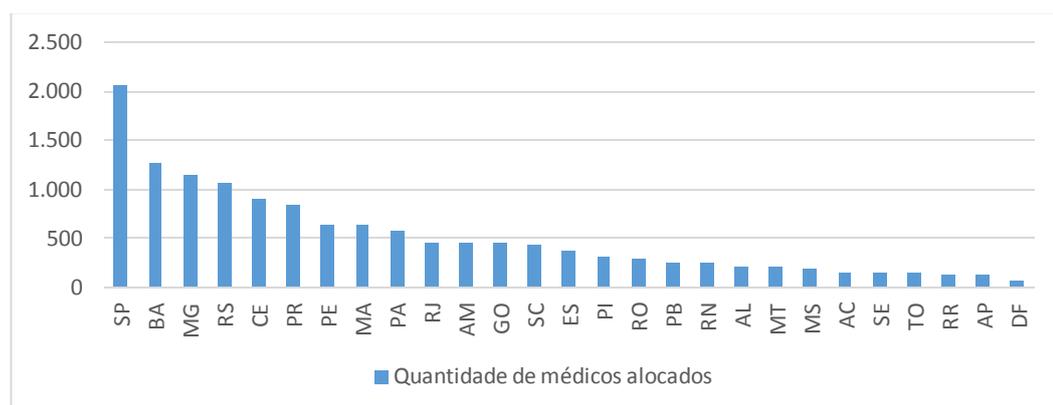
62. O art. 13, § 3º, da Lei nº 12.871/2013 estabelece que a coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil está a cargo dos Ministérios da Educação e da Saúde. Em atendimento a esse dispositivo legal, o art. 7º, I e II, da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013 detalhou a composição da Coordenação 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 2 - 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%
Goânia - 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

exercçam 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.

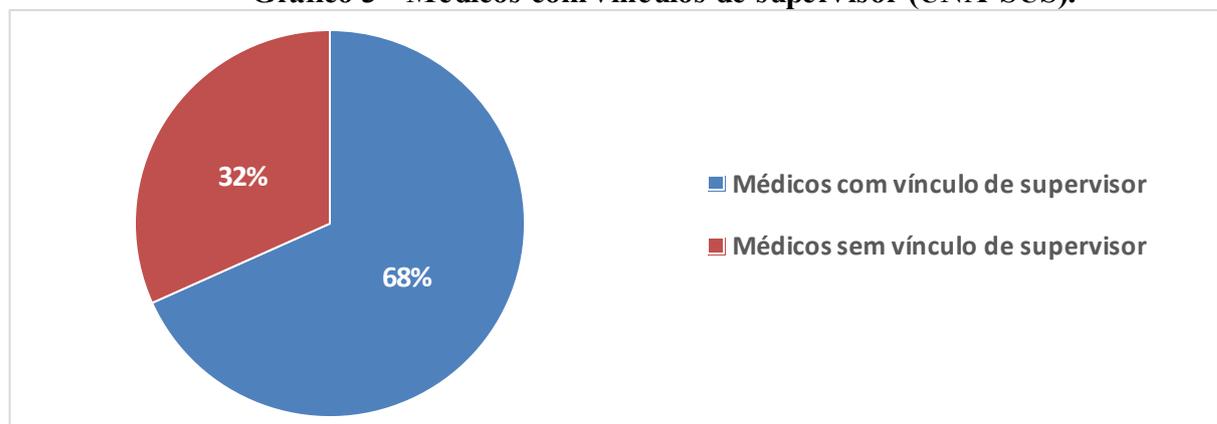
77. Visando aferir a eficácia da supervisão médica, a unidade técnica solicitou que o Ministério da Educação enviasse a relação dos supervisores integrantes do projeto e os médicos a eles vinculados. Esse órgão não apresentou as informações demandadas, uma vez que foi encaminhada apenas uma relação formal 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 3 - Médicos com vínculos de supervisor (UNA-SUS).



Fonte: UNA-SUS.

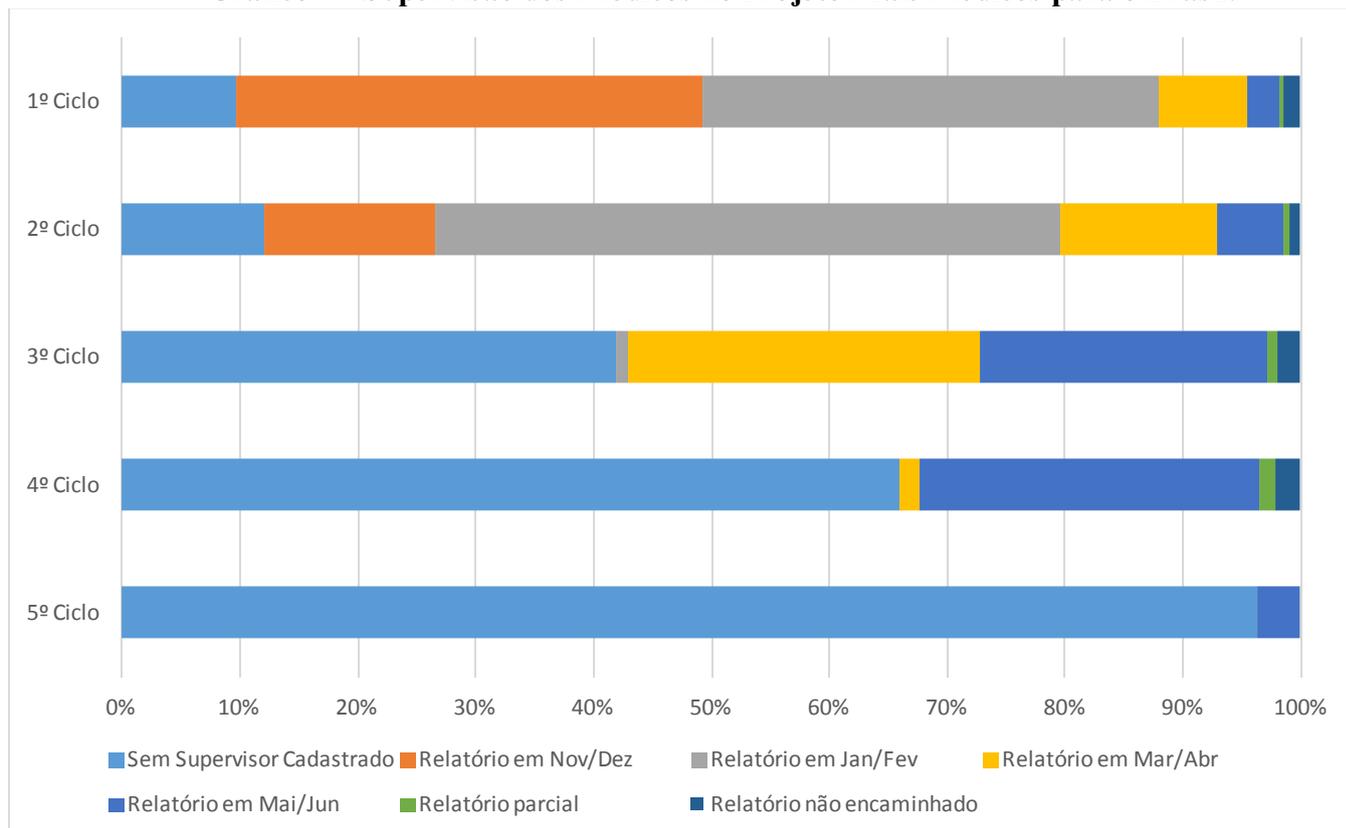
81. Por meio do cruzamento dos Cadastros de Pessoa Física (CPF) dos médicos citados nos relatórios de supervisão com os CPF dos supervisores que emitiram esses relatórios, observou-se que 147 supervisores encaminharam relatórios de supervisão relativos a mais de dez médicos, o que vai de encontro à deliberação 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 4 - Supervisão dos Médicos no Projeto Mais Médicos para o Brasil.

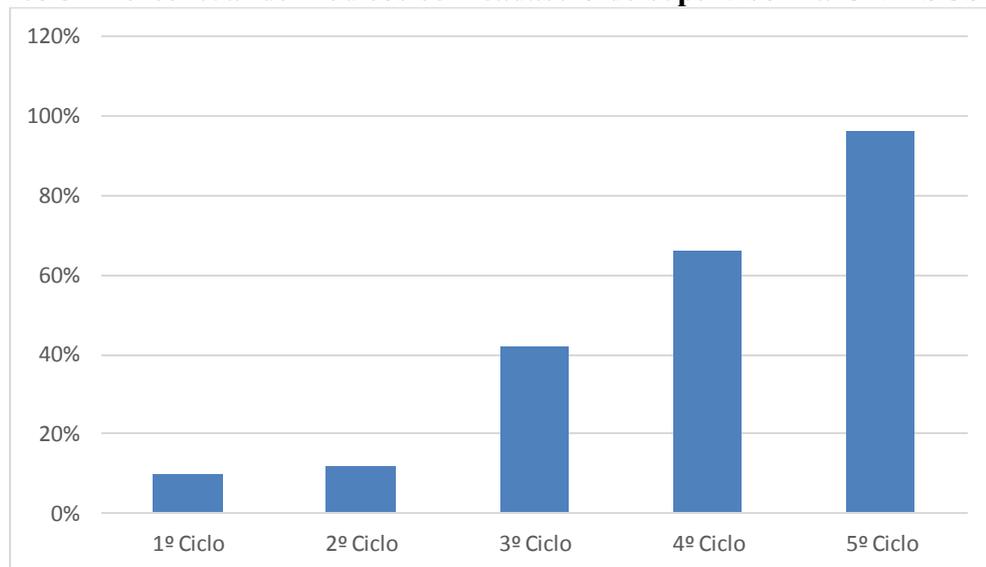


Fonte: Ministério da Saúde e UNA-SUS.

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 5 - 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;

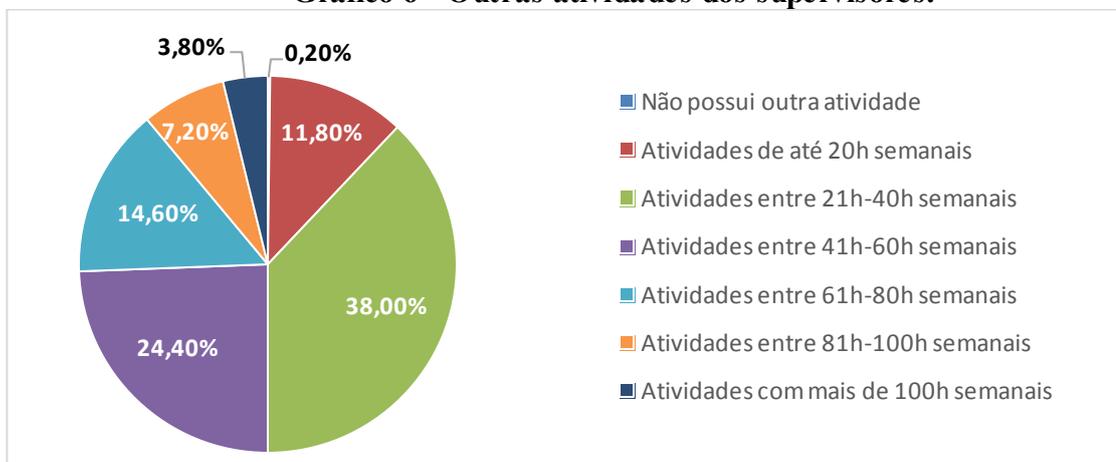
c.2) os Conselhos de Medicina devem ter acesso aos nomes dos profissionais que exercem as funções de supervisor e tutor, sob pena de restringir indevidamente a competência desses Conselhos, a qual está prevista nos arts. 21, XXIV, e 22, XVI, da Constituição Federal, notadamente no que diz respeito à 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 6 - 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:
- 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;
 - 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;

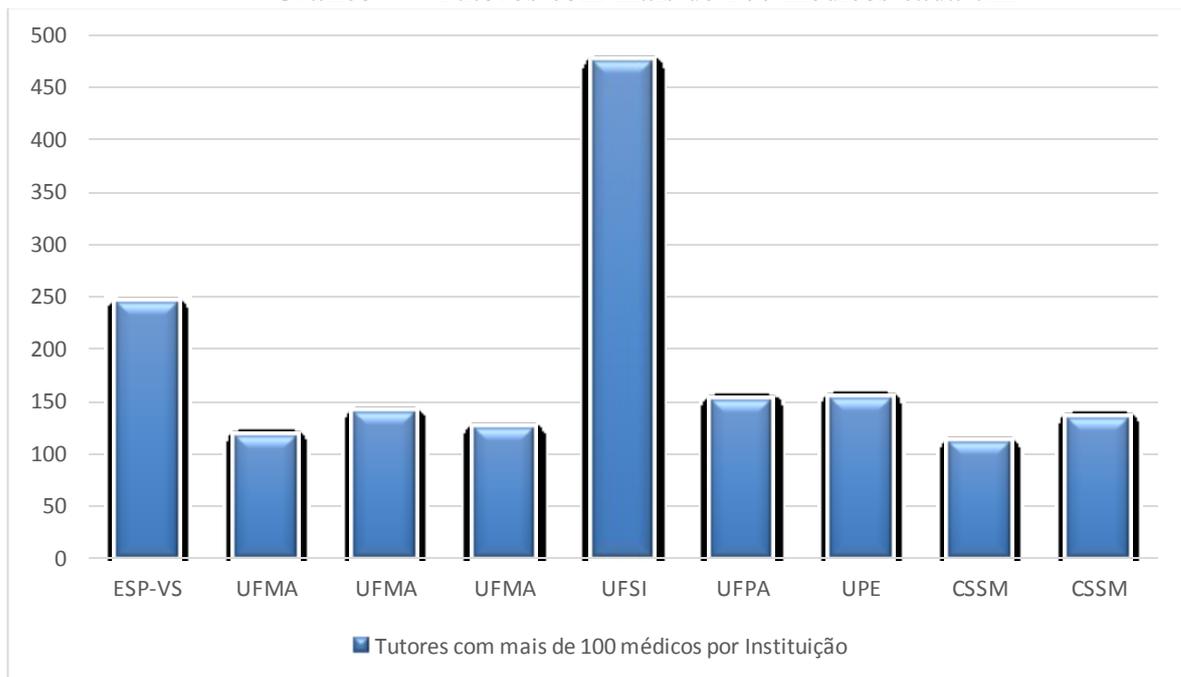
102. Cumpre destacar, ainda, que, de acordo com o § 3º do art. 15 da Lei nº 12.871/2013, a atuação e a responsabilidade dos tutores são limitadas exclusivamente às questões acadêmicas.

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 7 – 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.

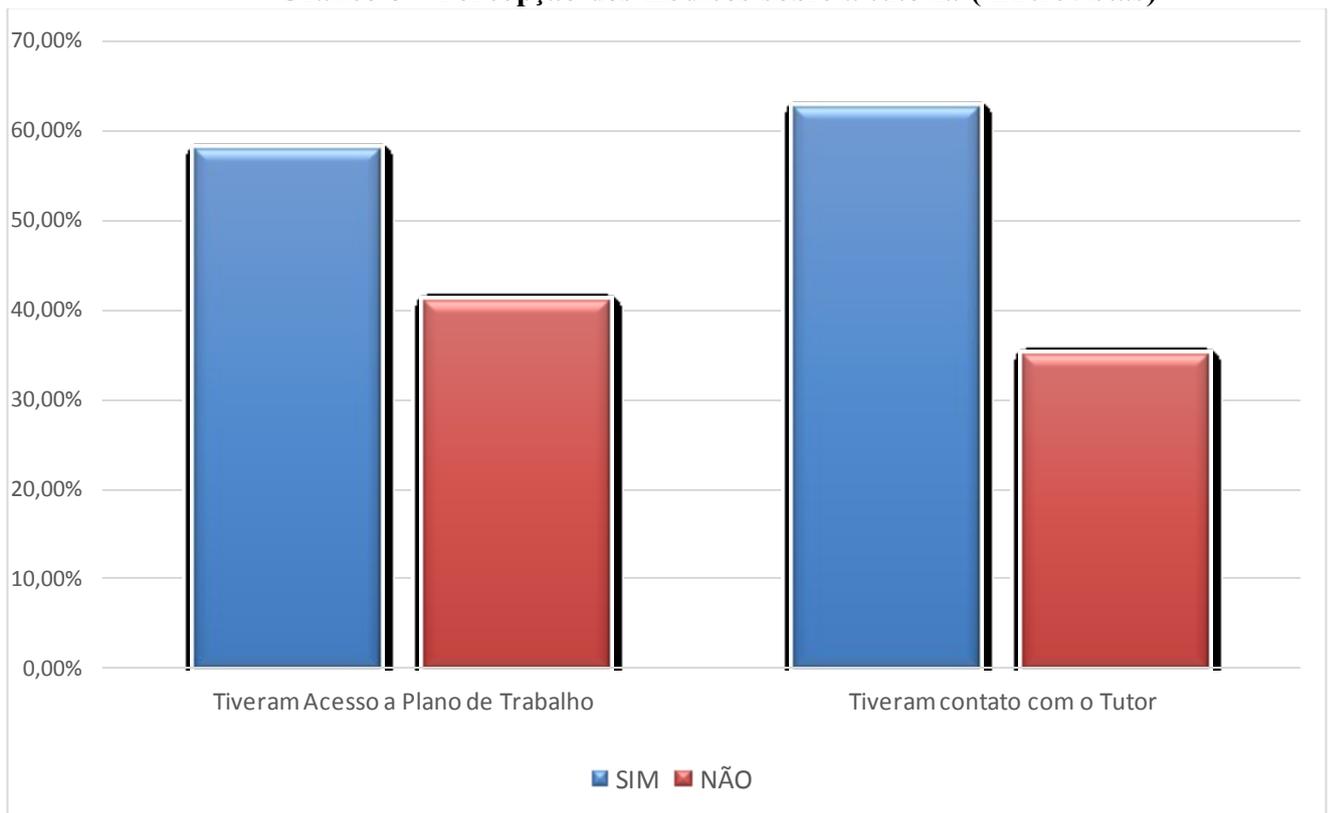
113. Sobre essa questão, a Sesu/MEC informou que o tutor acadêmico é responsável pela

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 8 – 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;

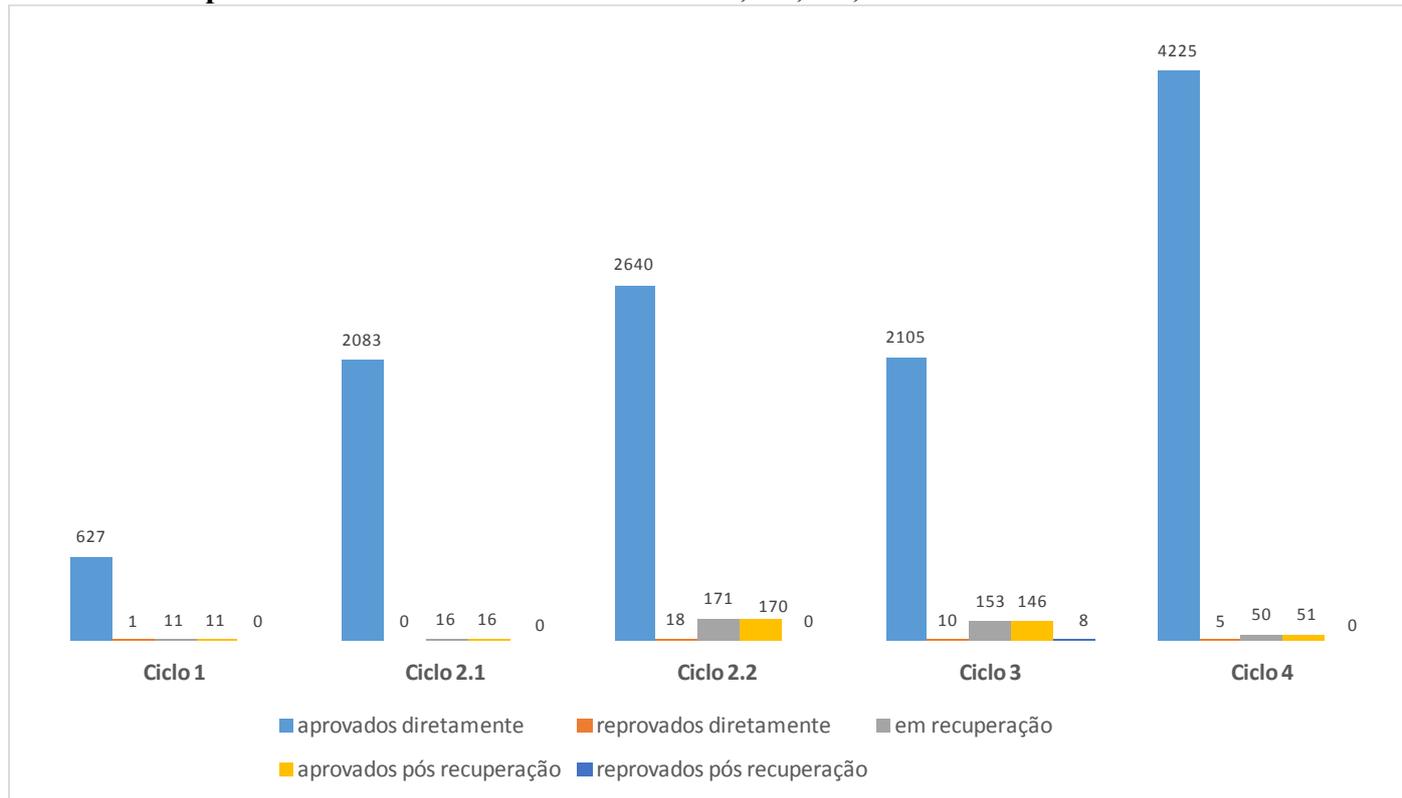
e) será reprovado se obtiver conceito insuficiente em qualquer dos eixos ou parcialmente suficiente em ambos os eixos.

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 9 - 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) 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;

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 indicio 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 indicio 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;

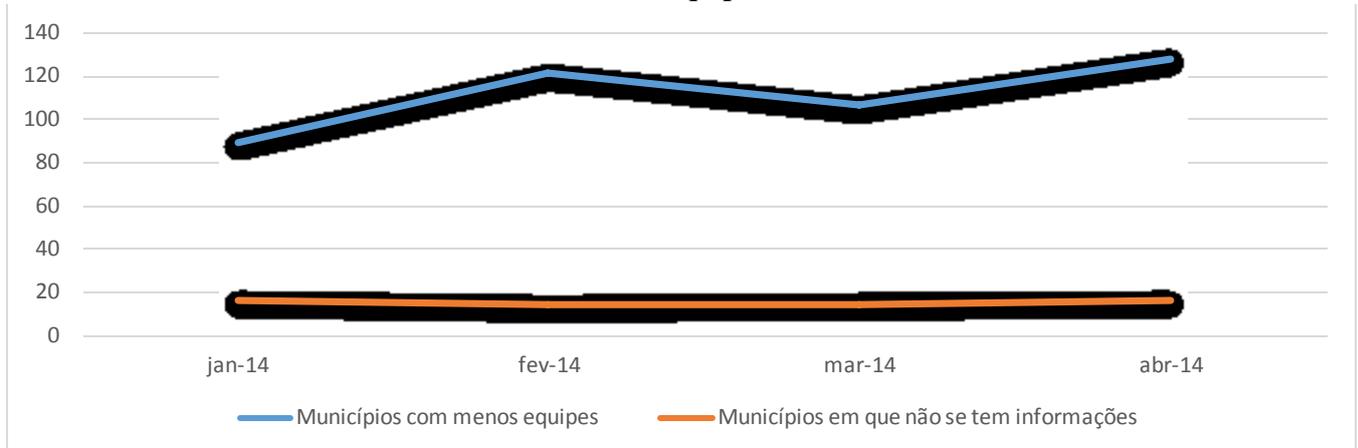
c) ao compromisso de adesão ao Requalifica UBS em caso de a infraestrutura disponível no município ser inadequada para a execução das ações do Projeto.

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/Datasus 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 10 - Evolução do número de municípios participantes do projeto com menos equipes.


Fonte: Ministério da Saúde e CNES.

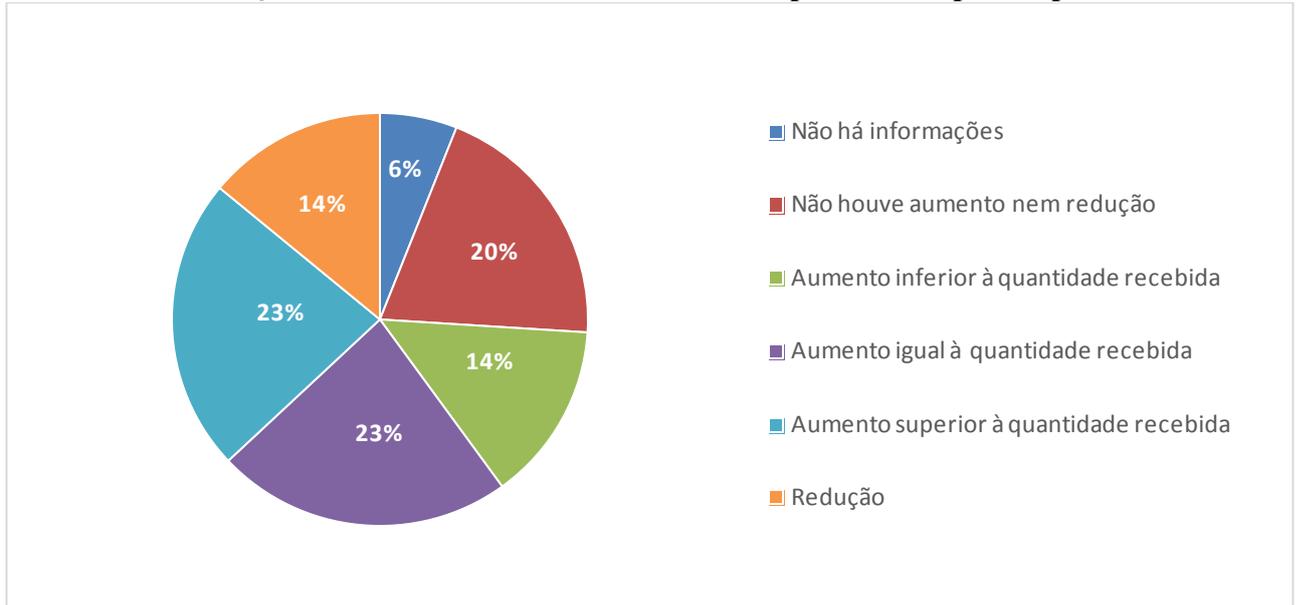
157. O Conselho Federal de Medicina denunciou que pelo menos oito médicos foram substituídos irregularmente por profissionais do Projeto Mais Médicos para o Brasil, nos Estados do Maranhão, de Tocantins, da Bahia, de Minas Gerais, de Mato Grosso, do Acre e de Sergipe. A unidade técnica identificou outros 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 11 - Variação do Número de Médicos nos Municípios contemplados pelos 1º e 2º ciclos



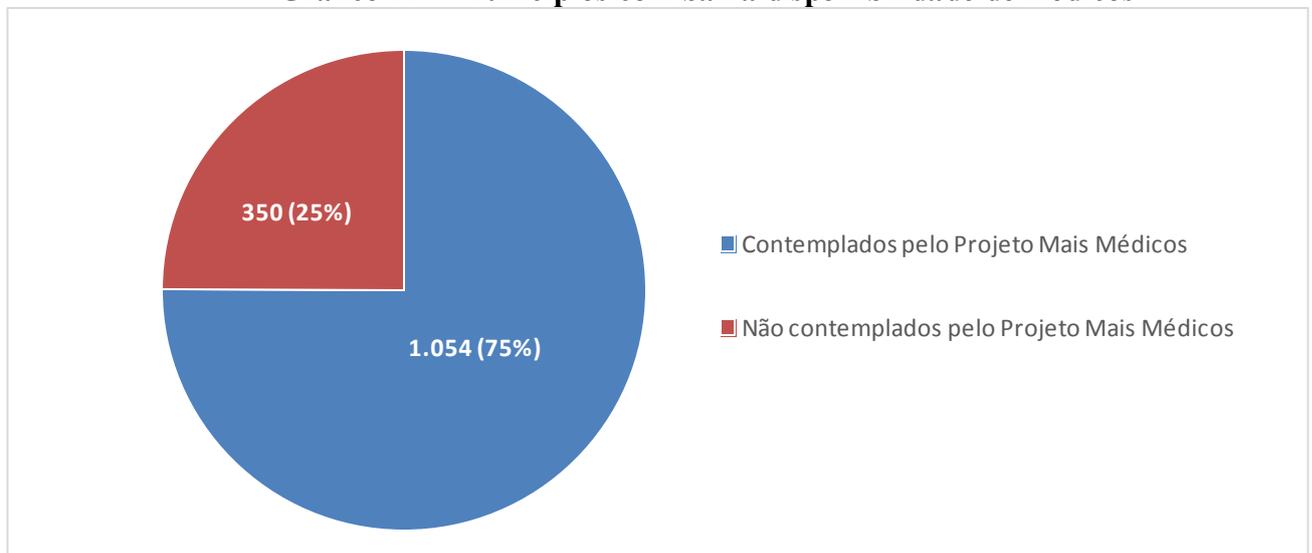
Fonte: Ministério da Saúde (peça 108) e CNES.

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 12 – Municípios com baixa disponibilidade de médicos

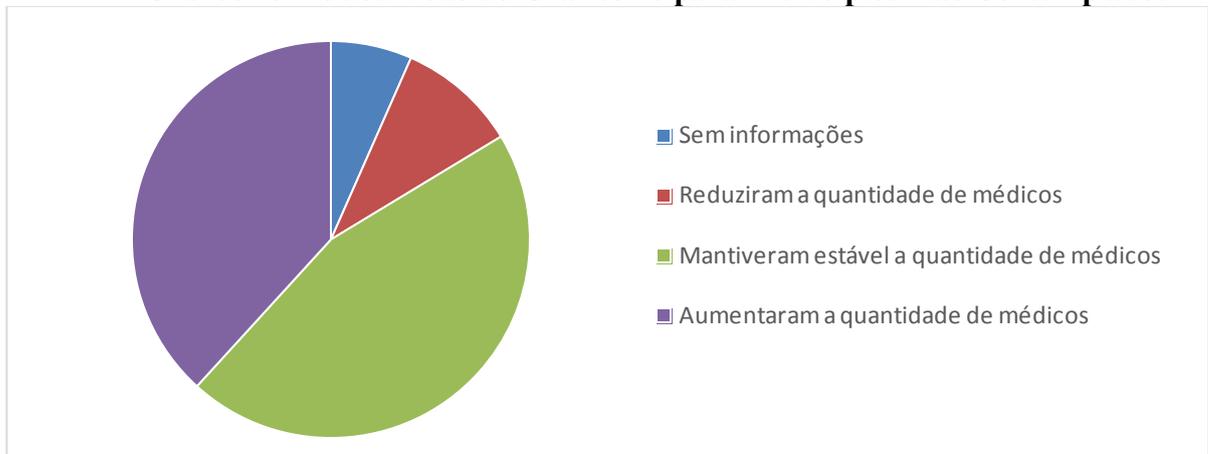


Fonte: Ministério da Saúde (peça 108) e CNES.

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.

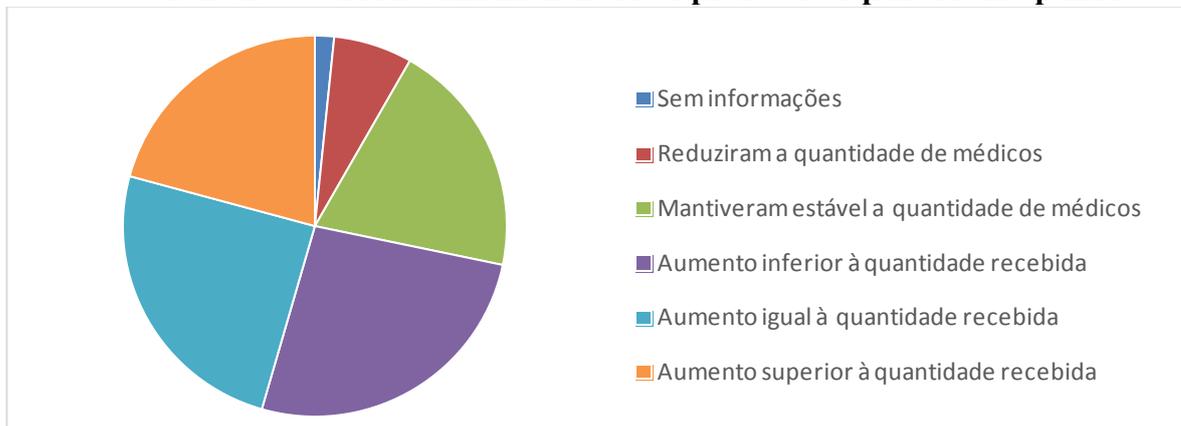
164. Cumpre ressaltar que esses dados podem ter sido afetados pelo registro no CNES de vínculos médicos (relativos ao número de contratos cujo objeto é a prestação de serviços médicos) e não da quantidade de médicos. Ademais, essas informações podem ter sofrido alterações no exercício de 2014, quando 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 13 – Subdivisão do Gráfico 10 para Municípios Não Contemplados



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

Gráfico 14 – 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 (Datusus).

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 (Datapus), 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 Datapus 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;

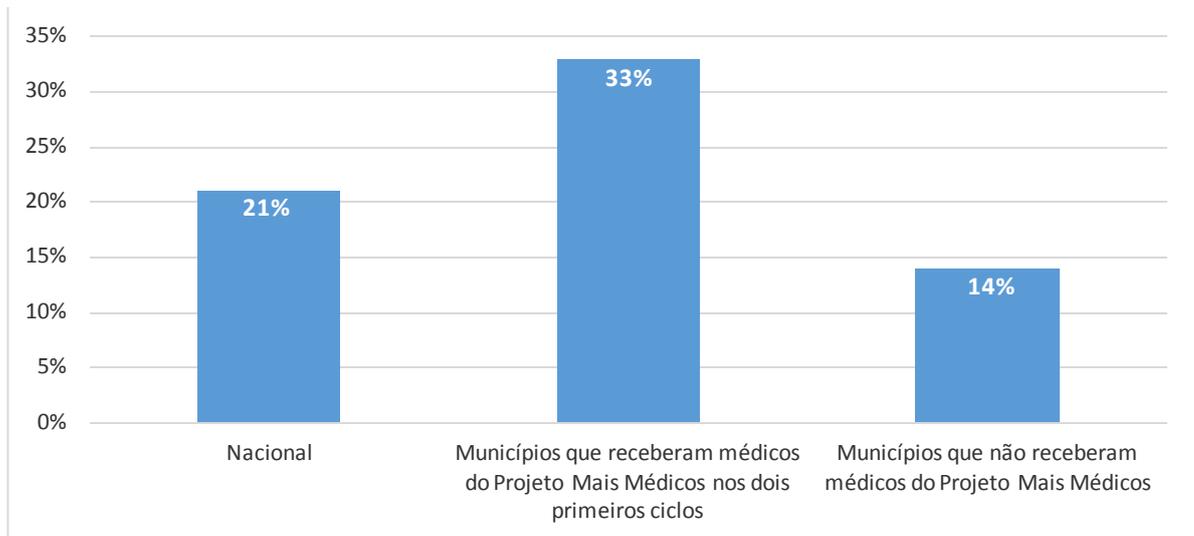
d) fixar um prazo de noventa dias para que as unidades mencionadas nos itens “a” e “b” acima apresentem um plano de ação com vistas a atender às deliberações constantes desses itens.

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 15 – 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.

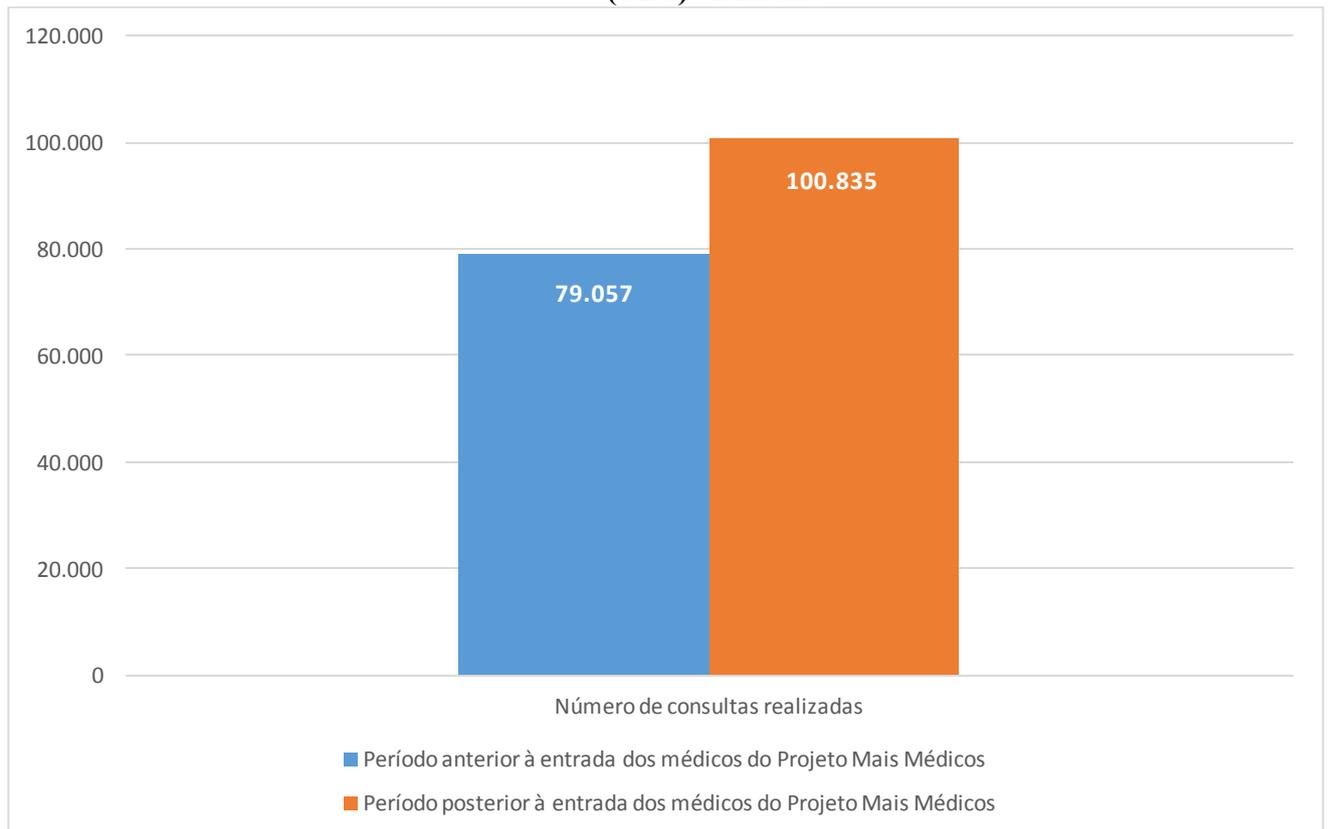
187. Destaco que a redução ou a manutenção do número de consultas caracteriza o não fortalecimento da prestação de serviços de atenção básica em saúde no País, o que vai de encontro ao disposto no art. 1º, I, da Lei que instituiu o Programa Mais Médicos e caracteriza o não atingimento do objetivo principal 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.

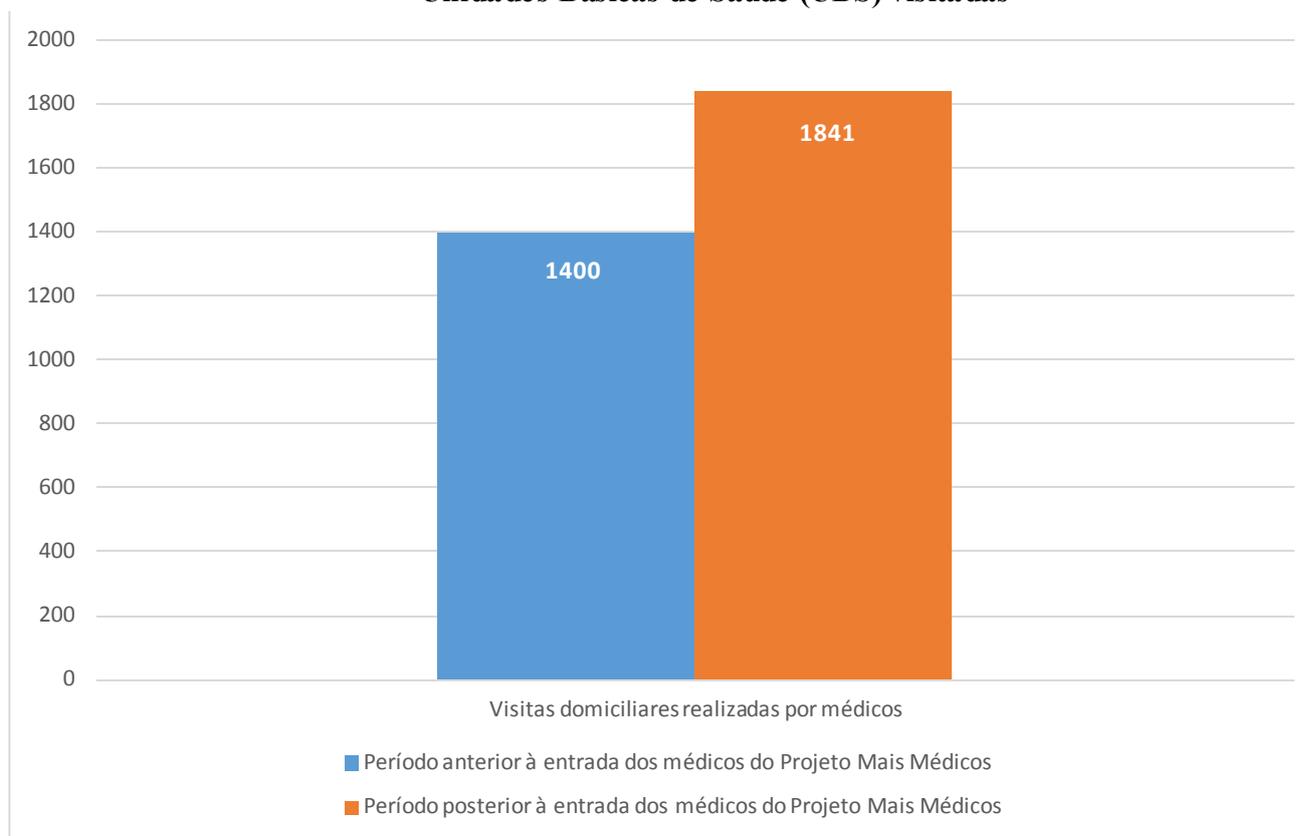
189. A partir da comparação entre os dados relativos aos dois períodos, constatou-se um aumento de 28% na quantidade de consultas médicas (79.057 entre dezembro de 2012 e fevereiro de 2013 e 100.835 entre dezembro de 2013 e fevereiro de 2014) e um incremento de 32% nas visitas domiciliares realizadas 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 16 - Quantidade de consultas médicas realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) visitadas.



Fonte: Secretarias Municipais de Saúde e Unidades Básicas de Saúde.

Gráfico 17 - 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 esquite 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 visita, 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