



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Ministério da Transparência
e Controladoria-Geral da União
Secretaria Federal de Controle Interno



RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO
DE PROGRAMA DE GOVERNO Nº 86
PROGRAMA MAIS MÉDICOS

**MINISTÉRIO DA TRANSPARÊNCIA
E CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO**
SAS, Quadra 01, Bloco A, Edifício Darcy Ribeiro
70070-905 - Brasília-DF - cgu@cgu.gov.br

Wagner de Campos Rosário
Ministro Substituto da Transparência e Controladoria-Geral da União (CGU)

José Marcelo Castro de Carvalho
Secretário-Executivo Substituto

Antônio Carlos Bezerra Leonel
Secretário Federal de Controle Interno

Gilberto Waller Junior
Ouvidor-Geral da União

Antônio Carlos Vasconcellos Nóbrega
Corregedor-Geral da União

Claudia Taya
Secretária de Transparência e Prevenção da Corrupção

Equipe responsável pela elaboração:

Victor Godoy Veiga (Diretor de Auditoria da Área Social)
Alexandre Gomide Lemos (Coordenador-Geral de Auditoria da Área de Saúde)
Adriano Augusto de Souza (Coordenador-Geral de Auditoria da Área de Saúde – 2016)
Adalberto Felinto da Cruz Neto (Coordenador de Auditoria da Área de Saúde)
Carolina Palhares Lima (Coordenadora de Auditoria da Área de Saúde)
José de Castro Barreto Júnior (Coordenador de Auditoria da Área de Saúde – 2017)
José Garibalde de Souza (Chefe de Divisão)
José Adão da Silva (Chefe de Divisão – 2016)
Shirley Guimarães (chefe de Divisão – 2015)
Etivaldo Rodrigues da Silva Júnior (Auditor Federal de Finanças e Controle)
Enzio Eichhorst de Mattos (Auditor Federal de Finanças e Controle)
Juliano Nunes Del Bó (Auditor Federal de Finanças e Controle)
Luis Cláudio Aguiar Fonseca (Auditor Federal de Finanças e Controle)

Brasília, março/2018.

QUAL FOI O TRABALHO REALIZADO?

Trata-se de Avaliação da Execução de Programas de Governo (AEPG) realizada na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e em 198 municípios selecionados, sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil PMMB.

Resumidamente, o objetivo geral do trabalho consistiu em avaliar a adequação dos controles internos da Secretaria quanto ao monitoramento e o atendimento dos critérios de adesão de profissionais e municípios ao PMMB; verificação dos mecanismos utilizados pelo Ministério da Saúde (MS) para o monitoramento do funcionamento do Projeto; e a conformidade das diretrizes na execução do Projeto pelos municípios e médicos participantes.

QUAIS AS CONCLUSÕES ALCANÇADAS? QUAIS RECOMENDAÇÕES FORAM EMITIDAS?

Foram identificadas:

- fragilidades dos controles internos quanto ao monitoramento dos critérios definidos nos processos de adesão de profissionais e de municípios para o Projeto;
- insuficiência dos mecanismos de monitoramento do funcionamento do Projeto comprometendo a identificação e correção tempestiva de falhas em sua execução e provocando prejuízo financeiro e pagamentos antecipados; e
- fragilidades quanto ao atendimento das diretrizes do Projeto pelos municípios e médicos.

As principais recomendações emitidas trataram da adequação/melhoria dos normativos do Projeto; Instituição de melhorias nos controles dos sistemas utilizados pelo Ministério; aprimoramento dos mecanismos de monitoramento do Termo de Cooperação e dos instrumentos de prestação de contas; e adoção de medidas para a obtenção do ressarcimento de recursos indevidamente utilizados

Os resultados apresentados neste relatório foram gerados pelas ações de controle executadas pelos servidores lotados na Sede e nas Unidades Regionais, conforme relação a seguir:

Adilson José Araújo da Rocha
Adriana Cavalcante Veras
Alan Gonzaga da Costa
Alexandre Krugner Constantino
Alexandre Rocha
Alício Cardoso Reis
Almir de Albuquerque Cavalcante
Ana Maria Balthar Pinto Machado
Ana Virgínia Figueiredo Rocha
André Albiani Barata
André Kenji Arakaki
André Luís Dantas Melo
Athos Prates da Silveira Preussler
Azul Fonseca Soares
Bruno Goncalves Pongitori
Carlos Augusto de Sousa Maia
Carlos Cesar de Oliveira Carneiro
Carlos Escóssia Barbosa Junior
Carlos Henrique da Silva Neves
Carlos Renato Correa Leite
Celso Duarte de Sousa Junior
Cicero Rogério Alves Pinheiro
Cláudio da Silva Bulad
Cláudio Sérgio do E. Santo Barros
Clayton Machado
Cristiano Pinheiro Fonseca
Daniel Dias Ramos
Daniela de Sylos Cassimiro
Djalma Peçanha Gomes
Elber Stilben de Souza
Elias Sauma Salgado Junior
Elisabete Fatima Seer da Silva
Ery Alves de Faria
Fabio Carvalho Hansem
Fabrizio Di Almeida Vieira Zechin
Fernando Jorge Scavuzzi de Souza
Francinaldo dos Santos Rosado

Francisco Jose Ximenes Albuquerque
Francisco Silva Valente
Frederico Ozanam Brandao de Oliveira
Gaspar Silva Lima
Georgea Celane Nunes Carvalho
Gilberto Souza Semensato
Gladson de Souza Santos
Glivanilde Maria de Souza Cunha
Henrique Weber de Lima
Hiram Félix Matos Gaspar
Jaspers Jorge Rodrigues Amorim
Jhonatan Schabo Carreira Batista
João Colaço dos Santos
João da Rocha Barros
João Tadeu de Castro Batista
José Cláudio Bandeira de Araujo
José Eduardo Pessanha Bezerra
José Francisco da Silva
José Pedro de Almeida
José Ribamar Oliveira Filho
Juceliana Maboni
Julia Oliveira Souza
Kiyoshi Adachi
Laura Letsch Soares
Leda Márcia de Almeida Silveira
Leonardo Pinheiro Cunha
Leonardo Valles Bento
Luis Fernando Duarte
Luiz Alberto Santos Cantharino
Luiz Antônio Câmara de Oliveira
Luiz Henrique Fernandes Campos
Luiz Roberto de Melo Machado
Marcelo Ferreira Brandão
Marcelo Gonçalo de Amorim
Márcia Maria Lisboa Bastos Resende
Márcio Clayton Moreira Moura
Marcos Antônio Ferreira Calixto

Marcos Aurélio Sousa Lima
Maria da Conceição Angélica Santos
Maria Edite Apolinário de Oliveira
Maria Elismar de Araújo Lima
Maria Lúcia Cedrim da Silva
Mário Paccacini da Costa
Marlene Aparecida Braga Bicalho
Marta de Oliveira Albuquerque
Maurício Gobati Ramos
Max Túlio Ribeiro Menezes
Mônica Fernandes da Silva
Omilson Clayton Dias Tavares Júnior
Pascoal Pereira Barbosa
Patrick Rizzon
Paulo de Tarso Morgado
Pedro Augusto de Jesus Berredo Reis
Rafael Donofre Forghieri
Ricardo Barreto Alencar
Rildo Teixeira Leitão Junior
Rodrigo Nunes Medeiros
Samuel Barros Gondinho
Sebastião Emílio Coelho
Sérgio Augusto de Lima Mayer
Sérgio França Barigchun
Sérgio Massashi Nakanishi
Sônia Maria Mendes Moraes Silva
Taís Mendonça de Melo
Tânia Maria Penna da Gama Giestas
Valério Jordão Barbosa
Vene Maria do Eirado S. Pithon Sarno
Vicente de Paula dos Santos da Silva
Victor Hugo de Souza Gomez
Volney Nery de Mello
Waldemar Alves da Silva
Waldemar Gonçalves de Almeida
Wander Francisco Coelho de Freitas

Competência da CGU

Assistir direta e imediatamente o Presidente da República no desempenho de suas atribuições, quanto aos assuntos e providências que, no âmbito do Poder Executivo, sejam atinentes à defesa do patrimônio público, ao controle interno, à auditoria pública, à correição, à prevenção e ao combate à corrupção, às atividades de ouvidoria e ao incremento da transparência da gestão no âmbito da administração pública federal.

Avaliação da Execução de Programas de Governo

Em atendimento ao disposto no art. 74 da Constituição Federal de 1988, a CGU realiza ações de controle com o objetivo de avaliar o cumprimento das metas previstas no Plano Plurianual e a execução dos programas de governo e dos orçamentos da União.

A escolha do programa de governo para avaliação de sua execução se dá por um processo de hierarquização de todos os programas constantes da Lei Orçamentária Anual, utilizando-se para esse fim critérios de relevância, materialidade e criticidade.

A partir de então, são geradas ações de controle com o fito de avaliar a efetiva aplicação dos recursos destinados ao cumprimento da finalidade constante da ação governamental.

As constatações identificadas nas ações de controle são consignadas em relatórios específicos que são encaminhados ao gestor do programa para conhecimento e implementação das medidas nele recomendadas.

Cada uma das medidas é acompanhada e monitorada pela CGU até a certificação de sua efetiva implementação.

Sumário-Executivo

Objetivo do Programa

O Programa 2015 - Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), constante do Plano Plurianual 2016 - 2019, contempla 12 Objetivos, entre os quais o de nº 0713, que visa ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.

Finalidade da Ação

A Ação 214U – Implementação do Programa Mais Médicos tem como finalidade formar recursos humanos na área médica para o Sistema único de Saúde (SUS) com os seguintes objetivos: diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS; fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País; aprimorar a formação médica no País; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço; promover troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Como acontece

Resumidamente, a execução da ação de governo se dá nas seguintes etapas:

Da Seleção dos Municípios: Os municípios elegíveis, interessados em receber médicos para atuação na atenção básica mediante integração ensino-serviço, acessam o Sistema de Gerenciamento de Programas – SGP da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) para preenchimento das informações relativas ao Estabelecimento de Saúde a ser contemplado.

Após isso, encaminham, juntamente com os documentos do Coordenador do Mais Médicos no Município, o Termo de Adesão e Compromisso à Coordenação Nacional do Projeto. No referido Termo, o município compromete-se a não substituir os médicos que já compõem as equipes de atenção básica pelos participantes deste Projeto; a manter, durante a execução do Projeto, as equipes de atenção básica atualmente constituídas com profissionais médicos não participantes do Projeto; a oferecer moradia para o médico participante do Projeto; a garantir alimentação adequada e fornecimento de água potável; bem como a aderir ao Programa de

Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), em caso de infraestrutura inadequada para a execução das ações do Projeto.

Recebida a documentação, a Coordenação Nacional do Projeto avalia a elegibilidade do Município, verificando se sua área está localizada em uma das regiões prioritárias do SUS.

Em caso de aprovação da participação do Município interessado, o Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde celebra o Termo de Adesão e Compromisso, publicando extrato no Diário Oficial da União.

Da Seleção dos Médicos: Os profissionais interessados em participar do programa acessam o SGP da SGTES, preenchem as informações relacionadas à sua formação e anexam os arquivos comprobatórios referentes aos requisitos para habilitação.

Os médicos elegíveis ao Projeto se dividem em dois grupos, os formados em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil e aqueles formados em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para o exercício da medicina no exterior (médicos intercambistas).

Quanto à forma de execução das ações do Projeto, a Lei nº 12.871/2013, de 22 de outubro de 2013, instituiu a possibilidade de os Ministérios da Educação e da Saúde firmarem acordos e outros instrumentos de cooperação com instituições de educação superior estrangeiras e organismos internacionais, inclusive com transferência de recursos para essas entidades. Portanto, por meio deste dispositivo, criaram-se duas possibilidades para seleção de médicos intercambistas, por meio de chamamento público (intercambistas individuais), conforme edital publicado pela SGTES/MS, e outra mediante celebração de instrumentos de cooperação com instituições de educação superior estrangeiras e organismos internacionais (intercambistas cooperados).

Nesse sentido, com o intuito de prover a seleção dos médicos intercambistas cooperados, o Ministério da Saúde celebrou o Acordo de Cooperação Técnica nº 80/2013 com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), visando promover a qualificação e valorização dos profissionais da Atenção Básica, por meio da capacitação técnica, em localidades prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

Após preenchimento do cadastro e validação pelo SGP, o profissional indica, em ordem de prioridade, um Município participante por perfil¹ previsto nos Editais de chamamento público.

¹ Para fins de indicação pelos profissionais médicos, os locais de atuação estão classificados num dos perfis abaixo descritos: PERFIL 1: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios dos grupos III e IV do PAB fixo conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e disposto na Portaria nº 1.409/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que não se encaixam nos demais perfis; PERFIL 2: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios do grupo II do PAB fixo conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e disposto na Portaria nº 1.409/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que não se encaixam nos demais perfis; PERFIL 3: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza das Capitais e Regiões Metropolitanas, conforme

Os perfis estabelecidos apresentam graduação de acordo com as áreas prioritárias do SUS (áreas de difícil acesso, de difícil provimento de médicos ou que possuam populações em situação de maior vulnerabilidade).

A seleção e a ocupação das vagas disponíveis no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil ocorrem em três etapas distintas, seguindo a seguinte ordem de prioridade:

- Médicos formados em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil, com habilitação para exercício da medicina em território nacional;
- Médicos brasileiros formados em instituição de educação superior estrangeira, com habilitação para exercício da medicina no exterior; e
- Médicos estrangeiros formados em instituição de educação superior estrangeira, com habilitação para exercício da medicina no exterior.

A ocupação das vagas remanescentes poderá ser realizada por médicos selecionados por meio de cooperação com instituições de educação superior estrangeiras e organismos internacionais. No entanto, essa ocupação ocorrerá somente no caso de vagas não preenchidas e em caso de vagas abertas por desistência ou desligamento dos médicos selecionados por meio de chamamento público.

Da Execução

Na execução do Projeto Mais Médicos para o Brasil, serão adotadas, nas regiões prioritárias do SUS, ações de promoção de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde. O aperfeiçoamento ocorrerá mediante oferta de curso de especialização oferecido por instituições brasileiras de educação superior vinculadas a Universidade Aberta do SUS (UNASUS). O curso envolverá atividades de ensino, pesquisa e extensão, que terão componente assistencial mediante integração ensino-serviço com carga horária semanal de 40 horas nas Unidades Básicas de Saúde.

Os municípios participantes são responsáveis por iniciar as ações de aperfeiçoamento com a inserção dos médicos em equipes de atenção básica. Como uma das principais diretrizes do Projeto está relacionada à diminuição da carência de profissionais médicos nos municípios

Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); PERFIL 4: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios do grupo I do PAB fixo conforme Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e disposto na Portaria GM/MS nº 1.409, de 10 de julho de 2013, que não se encaixam nos demais perfis; PERFIL 5: municípios que estão entre os 100 (cem) Municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública "per capita" e alta vulnerabilidade social de seus habitantes; PERFIL 6: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios que estão em regiões de vulnerabilidade (Vale do Ribeira, Vale do Jequitinhonha, Vale do Mucuri, Municípios com IDH-M baixo ou muito baixo e Região do Semiárido), que não se encaixam nos demais perfis; PERFIL 7: Município com 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), disponíveis no endereço eletrônico www.mds.gov.br/sagi; e PERFIL 8: Área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS).

brasileiros, adotou-se como premissa a não substituição de médicos que já compõem as equipes de atenção básica naqueles entes federados e a manutenção das equipes atualmente constituídas com profissionais médicos não participantes do Projeto. Dessa forma, busca-se elevar o quantitativo de médicos com a finalidade de fortalecer a prestação de serviços de atenção básica no País.

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

Os municípios participantes, por sua vez, são responsáveis pelo custeio da moradia e da alimentação dos médicos participantes e pela inserção da forma de realização do custeio no cadastro do SGP.

A Coordenação Nacional do Projeto oferece, ainda, aos médicos intercambistas o módulo de acolhimento, com duração de 4 semanas e carga horária mínima de 160 horas. O conteúdo do módulo trata da legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, do funcionamento e atribuições do SUS, notadamente da Atenção Básica, dos protocolos clínicos de atendimentos definidos pelo MS, da língua portuguesa e do código de ética médica. Ao final do módulo é realizada avaliação visando a identificar se o médico participante está apto ou não a continuar no Projeto.

Cabe ao Ministério da Saúde emitir o número de registro único e a carteira de identificação, a ser entregue ao médico intercambista aprovado no módulo de acolhimento. Tais documentos habilitam o médico a executar a medicina no âmbito do Projeto. O conselho Regional de Medicina permanece com competência para fiscalizar as atividades desses profissionais.

Volume de recursos envolvidos

Na tabela 01 detalha-se a execução orçamentária do Programa, período de 2014 a 2016. Por sua vez, o presente relatório abrange os exercícios de 2014 e 2015, isto é, uma dotação final de R\$ 2,34 bilhões.

Tabela 1 – Execução orçamentária e financeira da Ação 20AD nos exercícios de 2014 a 2016.

Exercício	Dotação final	Despesas Liquidadas
2014	2.182.000.000,00	2.069.661.677,19
2015	2.165.000.000,00	2.130.814,340,30
2016	2.844.000.000,00	2.615.204.295,90

Fonte: Tesouro Gerencial (13/01/2017).

Questões Estratégicas

O presente trabalho teve como objetivo responder às seguintes questões estratégicas:

Avaliação da ação de governo a nível federal (MS/SGTES)

1. Em que medida os controles internos administrativos adotados pelo gestor federal estão adequados para monitorar o atendimento dos critérios de adesão de profissionais e municípios ao Projeto Mais Médicos para o Brasil?

2. Os mecanismos utilizados pelo Ministério da Saúde para monitorar o funcionamento do Projeto Mais Médicos para o Brasil possibilitam a identificação e correção tempestiva de falhas na execução do Projeto?

Avaliação da ação de governo em nível local (Municípios)

3. Os municípios, médicos e supervisores participantes executam o Projeto de acordo com as diretrizes definidas pelo gestor federal?

Conclusões e Recomendações

Os resultados alcançados neste trabalho decorreram das fiscalizações realizadas em 198 municípios e da auditoria realizada na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS).

1. Em que medida os controles internos administrativos adotados pelo gestor federal estão adequados para monitorar o atendimento dos critérios de adesão de profissionais e municípios ao Projeto Mais Médicos para o Brasil?

A partir dos trabalhos realizados, foram identificadas impropriedades que vão de encontro às diretrizes estabelecidas para o Projeto Mais Médicos para o Brasil na Lei nº 12.871/2013 e na Portaria Interministerial nº 1.369/2013, e que demonstraram fragilidades dos controles internos administrativos adotados pelo gestor federal quanto ao monitoramento dos critérios definidos nos processos de adesão de profissionais e de municípios para o Projeto.

As falhas verificadas e detalhadas nos próximos parágrafos apontaram: a) inconformidades na utilização dos critérios de priorização da alocação de médicos nos entes federativos; e b) insuficiência na atuação da SGTES quanto ao atendimento dos critérios definidos nos editais de seleção dos profissionais.

Não obstante a tais inconsistências, destaca-se como boa prática, implementada pela SGTES, a reformulação do processo de aperfeiçoamento dos médicos com a oferta de novas modalidades

de formação, com o intuito de prover alternativas para que seja permitida a prorrogação da permanência dos profissionais no Projeto.

Um dos objetivos do Programa Mais Médicos consiste na diminuição da carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, com a finalidade de reduzir as desigualdades regionais no âmbito da saúde. Para tal, a Coordenação do Programa estabeleceu uma metodologia para definição do quantitativo de vagas autorizadas para cada município, de acordo com a necessidade de cobertura da população pela atenção básica. Estabeleceu, ainda, uma hierarquização, quanto à autorização dessas vagas, categorizada em oito perfis de vulnerabilidade priorizados do maior número para o menor.

Mesmo diante da metodologia adotada, as avaliações realizadas apontam que a alocação dos profissionais não priorizou totalmente o atendimento à demanda das vagas primeiramente nos municípios classificados nos perfis mais vulneráveis. Houve casos de alocação de médicos em municípios menos vulneráveis (perfis de 1 a 5) em detrimento à completude das vagas nos municípios mais vulneráveis (perfis 6 e 7), conforme os dados abaixo.

Tabela 2 – Quantitativo de vagas e disponibilização de médicos nos municípios brasileiros conforme perfil de prioridades realizadas até o 4º ciclo do Programa

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

Fonte: Relatório de Auditoria Anual de Contas nº 201600675.

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

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

Dessa forma, **recomendou-se** à SGTES a elaboração de normativo interno que detalhasse os critérios para a alocação de profissionais do Projeto Mais Médicos para o Brasil, de forma que, para um determinado conjunto de solicitações de profissionais, conhecendo-se as particularidades

relevantes dos municípios envolvidos, as autorizações e implementações dessas solicitações sejam totalmente previsíveis. Ademais, **recomendou-se** que se determine a utilização e a publicação desses critérios, de forma transparente, em ato normativo da Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

No que se refere aos critérios de adesão dos médicos ao Projeto, a Lei nº 12.871/2013, a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.369/2013 e os editais de seleção condicionam a participação dos profissionais no Projeto Mais Médicos à comprovação de diversos requisitos.

A análise realizada, por amostragem, sobre a documentação comprobatória dos médicos, tanto para os formados no Brasil ou com diploma revalidado quanto para os intercambistas, mostrou que a SGTES tem garantido o cumprimento dos critérios de habilitação e diplomação previstos nos normativos. No entanto, quanto aos critérios editalícios, verificaram-se falhas na atuação da Secretaria, tendo em vista que em grande parte os candidatos/médicos não apresentaram a documentação comprobatória que trata da regularidade perante a Justiça Eleitoral, Militar e esfera criminal.

Verificaram-se, ainda, fragilidades nos instrumentos de avaliação técnica dos condicionantes utilizado pela SGTES, em razão da estrutura padronizada adotada em todos os processos avaliados, não havendo nos itens de check-list informações acerca da verificação criminal, da quitação eleitoral e de obrigações militares para os candidatos.

Tais situações demonstram que a Secretaria não adotou uma sistemática eficiente de verificações quanto ao atendimento dos critérios previstos em editais necessários para a homologação da vaga ao candidato.

Como resultado, concluiu-se pela insuficiência da atuação da SGTES quanto à garantia de que a habilitação dos médicos seja efetuada em estrita observância dos critérios previamente definidos nos editais. Isso porque não foram considerados os requisitos relacionados a questões criminais, eleitorais e militares.

A fim de corrigir as fragilidades, **recomendou-se** pontualmente que a Unidade notifique os municípios - com médicos ativos da amostra avaliada - a apresentar a documentação não constante dos processos de adesão dos profissionais e exigidas nos editais de seleção. Ademais, que realize para o caso de médicos intercambistas, consulta junto às respectivas representações diplomáticas acerca da regularidade criminal.

De forma estruturante, **recomendou-se** à SGTES promover alterações nos documentos padronizados de verificação dos critérios de habilitação dos médicos participantes com a inclusão de parâmetros elencados exclusivamente nos editais de seleção dos profissionais relativos às questões criminais, eleitorais e militares, bem como a instituição de sistemática de conferência quanto à validação documental pelos gestores municipais por meio do Sistema de Gestão do Projeto (SGP).

Positivamente verificou-se a pronta atuação da Secretaria quanto à reformulação do processo de aperfeiçoamento dos médicos, por meio da Resolução SGTES/MS nº 2/2015, que incluiu dois ciclos formativos complementares de atividades de ensino, pesquisa e extensão.

A fundamentação do Projeto Mais Médicos para o Brasil consiste de uma atividade de ensino, pesquisa e extensão, havendo a necessidade de ações de aperfeiçoamento dos profissionais por meio da oferta de curso de especialização, conforme estabelece o art. 14 da Lei nº 12.871/2013. O aperfeiçoamento terá prazo de 3 anos, prorrogável por igual período, caso ofertadas outras modalidades de formação. O projeto teve início com a oferta de curso de especialização na modalidade Atenção Básica.

A Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.369/2013, prevê, ainda, em seu art. 20 que a prorrogação da participação no Projeto exigirá do médico participante a aprovação no curso de especialização finalizado e a realização de novo curso de aperfeiçoamento em outras modalidades de formação, oferecido por instituições de educação superior brasileiras.

Quanto ao atendimento a essas previsões normativas, as fiscalizações realizadas apontaram a existência de 31 casos de profissionais que já haviam concluído a especialização num prazo menor que os 3 anos previstos na norma e permaneciam atuando sem a realização de uma nova especialização, contrariando a previsão legal. A causa para tal ocorrência aponta para falhas no planejamento da concepção do processo de oferta de cursos. Não havia previsão da oferta de novos cursos para as situações em que a conclusão dos cursos iniciais ocorresse em prazo menor do que os 3 anos previstos.

Diante dessa situação, os fatos foram apresentados à SGTES/MS, que, em razão da gravidade da situação, agiu prontamente, reformulando o processo de aperfeiçoamento dos médicos, com a publicação da Resolução SGTES/MS nº 2, de 26 de outubro de 2015, que incluiu dois ciclos formativos complementares. Dessa forma, criou-se um novo ciclo de atividades de ensino, pesquisa e extensão o que regulamentou a possibilidade de prorrogação da participação dos profissionais no Projeto e regularizou as situações ilegais existentes.

2. Os mecanismos utilizados pelo Ministério da Saúde para monitorar o funcionamento do Projeto Mais Médicos para o Brasil possibilitam a identificação e correção tempestiva de falhas na execução do Projeto?

Os mecanismos de monitoramento do funcionamento do Projeto, utilizados pelo MS se mostraram insuficientes e comprometeram a identificação e correção tempestiva de falhas em sua execução. Além disso, provocaram prejuízo financeiro e pagamentos antecipados de serviços não executados no âmbito do Projeto.

Foram verificadas as seguintes falhas: ausência de sistemática estabelecida para o monitoramento do quantitativo de médicos nos municípios; controles financeiros ineficazes provocando pagamentos indevidos no montante de R\$ 2 milhões; e controles inadequados e insuficientes

para atestação da realização de serviços constantes do Acordo de Cooperação Técnica nº 80/213 que propiciaram a antecipação de pagamentos no montante de R\$ 316,6 milhões por serviços não executados. Tais situações são apresentadas a seguir de forma mais detalhada.

Verificou-se que a SGTES não possui sistemática estabelecida para o monitoramento relacionado à alteração no quantitativo de médicos ocorrida nos municípios após a disponibilização de profissionais do Projeto Mais Médicos. Essa situação dificulta a identificação de indícios de substituição indevida de profissionais médicos com vínculo empregatício por médicos do Projeto. Tal monitoramento poderia permitir, também, a identificação da evolução de médicos nas municipalidades e a efetividade do Projeto. Assim, objetivando sanar tal inconsistência, **recomendou-se** à SGTES a adoção de sistemática para o monitoramento do total de médicos que atuam nos municípios participantes, com destaque para a avaliação da alteração no quantitativo de médicos ocorrida após a disponibilização de profissionais do Projeto.

A análise realizada sobre os recursos destinados à ajuda de custo e de bolsa formação, cujo montante tratou de R\$ 87.035.024,18, direcionados aos profissionais médicos intercambistas individuais e formados em instituições de ensino superior brasileiras ou com diploma revalidado participantes do Projeto identificou pagamentos indevidos no montante de R\$ 2.061.666,32, correspondente a aproximadamente 2,4% do total examinado. As falhas identificadas, em desacordo com os critérios definidos na legislação aplicável, consistiram em pagamentos de ajuda de custos realizadas indevidamente no montante de R\$ 221.965,58 à título de repasse; R\$ 804.306,26 à título de deslocamento; e R\$ 1.035.394,48 relativo a pagamentos indevidos e ausência de vinculação entre os pagamentos de bolsa formação e cumprimento da carga horária.

Quanto às situações apresentadas, **recomendou-se**, em caráter pontual, que a Secretaria adote medidas com vistas à obtenção do ressarcimento dos recursos indevidamente repassados, realizando, em caso de não obtenção de sucesso, a inscrição dos profissionais no Cadastro Informativo dos Créditos não Quitados do Setor Público Federal – CADIN, de acordo com o disposto na Lei nº 10.522/2002.

Em caráter estruturante, **recomendou-se** a adequação do texto do § 4º do art. 22 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013 objetivando evitar ambiguidade no texto da norma e equívocos nos repasses de ajuda de custo. Além, disso **recomendou-se** a promoção de melhorias nos sistemas internos de modo a instituir controles e alertas voltados a evitar a ocorrência das situações de pagamentos indevidos e a detectar casos que demandem a avaliação de ressarcimento. **Recomendou-se**, também, que inclua e vincule o pagamento de bolsas-formação à instalação de funcionalidade no Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP) que permita aos gestores municipais informar a produção, carga horária e eventuais medidas de compensação adotados na atuação ensino-serviço dos profissionais.

Verificou-se, ainda, no âmbito do Acordo de Cooperação Técnica nº 80/2013 (TC 80) realizado entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que a SGTES, responsável pela gestão do TC, não possui controles adequados e suficientes para a atestação

da realização dos serviços constantes do TC, de modo que os pagamentos efetuados não podem ser claramente relacionados aos serviços prestados. Tal situação, aliada à deficiência de planejamento e detalhamento dos gastos previstos nos Termos de Ajuste, propiciou o pagamento antecipado de R\$ 316,6 milhões por serviços não comprovados. Também, não se restou demonstrada com clareza adequada a aplicação desse valor em outros serviços e produtos relativos à Cooperação. No mais, esses valores podem se consubstanciar em prejuízo ao erário, caso não sejam alteradas as práticas adotadas pela Unidade quanto à utilização dos saldos sem comprovação da execução.

Diante dos resultados foram emitidas **recomendações estruturantes** à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde SE/MS objetivando o aprimoramento dos mecanismos de monitoramento dos Termos de Cooperação e dos instrumentos de prestação de contas parciais elaborados pela OPAS. Tais recomendações buscam incorporar dados sobre a execução física e financeira dos TC e vincular a assinatura de novos acordos à aceitação pela OPAS, dos controles estabelecidos, incluindo a publicização. **Recomendou-se**, ainda, a alteração dos Termos de Ajuste relacionados ao Termo de Cooperação nº 80 firmado com a OPAS para que se retire a previsão de aquisição de passagens aéreas, considerando que os custos com essas despesas são inferiores quando realizados diretamente pelo Ministério da Saúde. Ainda nesse diapasão, **recomendou-se** a inclusão, no processo de monitoramento mensal do Termo de Cooperação - TC nº 80, da prática de documentar os critérios que permitem acompanhar e atestar a realização dos serviços constantes do respectivo Termo de Cooperação.

Pontualmente, **recomendou-se**: I) à Secretaria apresentar à Diretoria-Executiva do FNS relatório que demonstre, de forma detalhada, os quantitativos e valores dos serviços executados pela OPAS/OMS; II) a apuração de responsabilidade pelas condutas do Diretor e do Coordenador Nacional do Projeto de Cooperação Técnica nº 80 de não elaborarem relatórios detalhados de monitoramento dos serviços e valores executados e de realizarem controle dos gastos de forma genérica; e III) a demonstração adequada como se deu a reprogramação e a efetiva utilização dos R\$ 316,6 milhões, sob pena de requerer compensação dos valores atualizados dos recursos a serem repassados à OPAS/OMS.

Positivamente, identificou-se as seguintes ações realizadas pelo gestor federal:

A SGTES tem atuado de forma a acompanhar a manutenção do número de Equipes de Atenção Básica e Saúde da Família preexistentes nos entes federativos participantes do Projeto, cumprindo com suas competências normativas. Também se iniciou o processo de implementação de índice de Qualidade da Gestão, a partir do qual será possível monitorar o grau de cumprimento das responsabilidades do gestor municipal no que se refere à ampliação da cobertura de equipes na atenção básica.

Outrossim, a SGTES desenvolveu 18 indicadores de avaliação agrupados nas dimensões de acesso (5 indicadores), eficiência (2 indicadores), continuidade (5 indicadores), aceitabilidade (3 indicadores) e 3 indicadores de dimensão genérica. Dentre todos, destaca-se, como o mais

relevante, aquele que mede impactos do programa na saúde da população, relacionado às internações sensíveis à atenção básica. A construção dos indicadores vem adotando metodologia em concordância com o documento Indicadores de Programas – Guia Metodológico, buscando a escolha de indicadores diretamente relacionados com o desenho do Programa. Análises realizadas sobre os indicadores, indicam que estes são suficientes para medir o impacto da política na saúde da população e por consequência subsidiar as tomadas de decisões por parte do gestor federal.

Por sua vez, a área de Gestão Acadêmica do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS) desenvolveu e instituiu fluxos procedimentais para a formatação e instrução dos processos administrativos para a apuração de denúncias de descumprimento de obrigações e para a aplicação de penalidades. Como resultado dessa estruturação verificou-se uma evolução do quantitativo de penalidades aplicadas no exercício de 2015 (116 penalidades) em relação a 2013 (1) e 2014 (10).

Referente ao monitoramento das recomendações apresentadas à SGTES/MS, a CGU vem acompanhando, por meio do sistema Monitor, o saneamento das situações apontadas.

3. Os Municípios, médicos e supervisores participantes executam o Projeto de acordo com as diretrizes definidas pelo gestor federal?

Os resultados encontrados indicam fragilidades quanto ao atendimento das diretrizes do Projeto pelos municípios, médicos e supervisores participantes. Foram verificadas: substituição de médicos da atenção básica por participantes do Projeto; descumprimento da carga horária mínima obrigatória de 40 horas semanais; e falhas quanto ao fornecimento de moradia, alimentação e transporte aos médicos participantes do Projeto.

Uma das principais diretrizes do Programa Mais Médicos, consiste na diminuição da carência de profissionais médicos brasileiros. Para tal tem-se como premissa a não substituição de médicos que já compõem as equipes de atenção básica por médicos do projeto e a manutenção das equipes atualmente constituídas. As verificações realizadas em 222 equipes de saúde da família instaladas em 198 municípios apontaram que em 44 (20%) delas, vinculadas a 32 municípios, houve a substituição de médicos da equipe de atenção básica por médicos participantes do Projeto. Dessa forma, além do descumprimento da legislação, nota-se um impacto negativo no alcance do objetivo do Programa, qual seja, aumentar o quantitativo de médicos para o fortalecimento da prestação de serviços de atenção básica no País. Tal resultado, obtido pelas fiscalizações in loco, corrobora com apontamentos já realizados pela CGU consignados em item anterior deste Relatório.

Em caráter estruturante, **recomendou-se** à SGTES a implementação de sistemática de monitoramento quanto à redução das equipes de Atenção Básica nos municípios. Pontualmente, **recomendou-se** à SGTES notificar os entes federativos para que se apresentem justificativas e providências para a regularização da situação, sob pena de descredenciamento do Projeto.

No que se refere ao cumprimento da carga horária de 40 horas semanais pelos profissionais médicos participantes do Projeto, constatou-se que em 26% (48 médicos) das 184 equipes de Saúde avaliadas houve o seu descumprimento, contrariando a legislação vigente. Novamente, a partir das fiscalizações realizadas in loco, tal resultado reforça situação já apresentada em item anterior do Relatório.

Para a solução do problema, **recomendou-se**, em caráter estruturante, a inclusão de funcionalidade no sistema SGP que permita aos gestores municipais informar a carga horária dos profissionais.

Em caráter pontual, foi **recomendado** notificar a Comissão Estadual do Projeto acerca da necessidade de aplicação da penalidade de advertência, nos casos de ausência injustificada do médico participante de suas atividades a partir de 4 horas até 2 dias úteis, ou a aplicação de penalidade de desligamento, pela Coordenação Nacional do Projeto, nos casos de ausência injustificada do médico participante de suas atividades por período superior a 2 dias.

Em relação ao fornecimento de moradia, alimentação e transporte necessários para o exercício das atividades dos médicos, verificou-se que, de 215 equipes avaliadas, em 16 casos (7,5%) não houve a disponibilização de moradia e que em 2 casos foi ofertado recurso pecuniário inferior ao piso definido. Para 24 casos (11%) verificou-se o não fornecimento de alimentação ao profissional médico ou o pagamento de valor pecuniário inferior ao piso definido. De um total de 226 equipes avaliadas quanto ao fornecimento de transporte, verificou-se que em 8 casos (3,5%) não houve a prestação desse serviço ao profissional médico. Ressalta-se que em 70% dos casos (156) não houve necessidade de oferta de transporte ao médico.

Em caráter estruturante, **recomenda-se** à SGTES a finalização do Índice de Desenvolvimento na Gestão do PMMB, que avaliará e hierarquizará a capacidade de os gestores do município cumprirem as responsabilidades constantes dos Termos de Adesão e Compromisso do Projeto, entre elas o fornecimento de moradia e alimentação aos médicos participantes.

Foi **recomendado**, ainda, em caráter pontual, a notificação dos entes municipais para apresentação de justificativas e providências quanto a regularização da situação apontada, sob pena de descredenciamento do Projeto.

Objetivando avaliar a comunicação em língua portuguesa entre médicos intercambistas e os usuários, foram realizadas 1.064 entrevistas com pacientes, tendo sido informado em 127 casos (12%) a existência de dificuldades de comunicação impostas pelas diferenças idiomáticas entre médico e paciente. Desses casos relatados, 19 deles apontaram que tais dificuldades de comunicação impediram a compreensão do motivo da consulta ou da recomendação ou tratamento dispensados pelo médico intercambista estrangeiro.

Os casos identificados demonstram que o Módulo de Acolhimento e Avaliação dos médicos intercambistas estrangeiros, previsto na Portaria nº 1.369/2013, com carga horária mínima

de 160 horas e que possui conteúdo relacionado à legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, ao funcionamento e atribuições do SUS, notadamente da Atenção Básica em Saúde, e à Língua Portuguesa, não garante uma boa comunicação entre uma parcela dos pacientes cujos atendimentos são realizados por tais médicos.

Esses fatos foram levados ao conhecimento da SGTES/MS e não foram formuladas recomendações para a presente constatação.

Benefícios obtidos

Como consequência dos trabalhos de auditoria realizados, no âmbito do Projeto Mais Médicos, verificaram-se as seguintes implementações iniciais realizadas pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) com o objetivo de melhoria dos procedimentos e rotinas do Programa.

- Atualização dos instrumentos de verificação dos critérios de habilitação dos médicos participantes, com a inclusão de parâmetro elencados exclusivamente nos editais de seleção dos profissionais;
- Instituição de sistemática de conferência quanto à validação documental pelos gestores municipais por meio do Sistema de Gestão do Projeto (SGP);
- Reformulação do processo de aperfeiçoamento dos médicos participantes do Projeto, por meio da Resolução SGTES/MS nº 2/2015 que incluiu dois ciclos formativos complementares, criando novo ciclo de atividades de ensino, pesquisa e extensão propiciando a possibilidade de prorrogação da participação dos profissionais no Projeto;
- Instituição de metodologia para o monitoramento da redução de equipes de Atenção Básica nos municípios participantes; e
- Desenvolvimento e instituição de fluxos procedimentais para a formatação e instrução dos processos administrativos para apuração de denúncias de descumprimento de obrigações e para a aplicação de penalidades.

Sumário

1. Introdução.....	20
2. Objetivos e abordagem.....	24
3. Escopo da avaliação.....	26
4. Resultados.....	27
5. Conclusão.....	60

I. Introdução

Dentre os 12 Objetivos propostos no Plano Plurianual 2016-2019 vinculados ao Programa Temático 2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), ressaltamos o Objetivo 0713 que visa ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.

Dentre as ações que se propõem ao atingimento deste Objetivo, destacamos a ação 214U – Implementação do Programa Mais Médicos, cuja finalidade é formar recursos humanos na área médica para o Sistema único de Saúde (SUS) com os seguintes objetivos: diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS; fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País; aprimorar a formação médica no País; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço; promover troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

O Programa Mais Médicos, instituído pela Lei nº 12.871/2013, em razão dos objetivos propostos vem sendo implementado por meio de três eixos desenvolvidos de maneira simultânea: 1º Eixo – Provimento Emergencial (execução – Ministério da Saúde e Educação); 2º Eixo – Educação (execução – Ministério da Educação); e 3º Eixo – Infraestrutura (execução – Ministério da Saúde).

O Programa faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com objetivo de acelerar os investimentos em infraestrutura nos hospitais e Unidades de saúde e ampliar o número de médicos nas regiões carentes do País. A iniciativa prevê a expansão do número de vagas de medicina e de residência, o aprimoramento da formação médica no Brasil e a chamada imediata de médicos com foco nos municípios de maior vulnerabilidade social e nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

O objeto deste trabalho vincula-se especificamente ao 1º eixo – Provimento Emergencial, também denominado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) que se destina a prover profissionais para a atuação, na perspectiva da integração ensino-serviço, na Atenção Básica do SUS em regiões com maior necessidade, vulnerabilidade e dificuldade de atrair e fixar profissionais. O PMMB foi instituído no âmbito do Programa Mais Médicos, conforme art. 13 da Lei 12.871/2013, e sua implementação foi detalhada por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013 e editais.

Tal iniciativa visa atender a população de forma imediata até que as ações com foco na ampliação da formação do médico, que dura pelo menos seis anos, deem resultados.

A fim de facilitar a compreensão da execução da ação, cabe destacar os principais conceitos relacionados ao Projeto:

- **Médico participante:** médico intercambista ou médico formado em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado;
- **Médico intercambista:** médico formado em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para exercício da medicina no exterior;
- **Regiões prioritárias para o SUS:** áreas de difícil acesso, de difícil provimento de médicos ou que possuam populações em situação de maior vulnerabilidade, definidas com base nos critérios estabelecidos pela Portaria nº 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011;
- **Municípios elegíveis:** são aqueles que possuam áreas nas regiões prioritárias do SUS, podendo participar do Projeto mediante manifestação de interesse e celebração de termo de adesão e compromisso;
- **Municípios participantes:** Municípios elegíveis que tiveram aprovados o seu pedido de adesão ao Projeto Mais Médicos para o Brasil e que celebraram os respectivos termos de adesão e compromisso para participação no Projeto.

De maneira resumida, a execução da ação de governo consiste nas seguintes etapas:

Seleção dos Municípios: Os municípios elegíveis, interessados em receber médicos para atuação na atenção básica mediante integração ensino-serviço, acessam o Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP) da Secretária de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) para preenchimento das informações relativas ao Estabelecimento de Saúde a ser contemplado.

Após isso, encaminham, juntamente com os documentos do Coordenador do Mais Médicos no Município, o Termo de Adesão e Compromisso à Coordenação Nacional do Projeto.

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

Recebida a documentação, a Coordenação Nacional do Projeto – formada por três representantes do Ministério da Saúde e três do Ministério da Educação – avalia a elegibilidade do Município, verificando se sua área está localizada em uma das regiões prioritárias do SUS. Em caso de aprovação da participação do Município interessado, o Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde celebra o Termo de Adesão e Compromisso, publicando extrato no Diário Oficial da União.

Seleção dos Médicos: Os profissionais interessados em participar do programa, acessam o SGP da SGTES, preenchem as informações relacionadas à sua formação e anexam os arquivos comprobatórios.

Os requisitos para habilitação do médico dependem de sua formação profissional. Para médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no Brasil, deve-se comprovar situação regular perante a Justiça Eleitoral; possuir certificado de conclusão de curso ou diploma de graduação em medicina em instituição de educação superior brasileira legalmente estabelecida e certificada pela legislação vigente; ou possuir diploma de graduação em medicina obtido em instituição de educação superior estrangeira revalidado no Brasil; bem como ter registro no Conselho Regional de Medicina. Sendo o médico do sexo masculino, deve-se comprovar, ainda, estar em situação regular com as obrigações militares.

Já para os médicos intercambistas, os requisitos são: estar em situação regular perante autoridade competente na esfera criminal do país em que está habilitado para o exercício da medicina no exterior; possuir diploma de conclusão da graduação em medicina em instituição de educação superior estrangeira; possuir habilitação em situação regular para o exercício da medicina no exterior, a ser conferida pelo Ministério das Relações Exteriores; o país de exercício profissional do médico deve apresentar relação estatística médico/habitante com índice igual ou superior a 1,8/1000 (um inteiro e oito décimos por mil); e possuir conhecimentos de língua portuguesa.

Quanto à forma de execução das ações do Projeto, a Lei nº 12.871/2013 instituiu a possibilidade de os Ministérios da Educação e da Saúde firmarem acordos e outros instrumentos de cooperação com instituições de educação superior estrangeiras e organismos internacionais, inclusive com transferência de recursos para essas entidades. Portanto, por meio deste dispositivo, criaram-se duas possibilidades para seleção de médicos intercambistas, por meio de chamamento público (intercambistas individuais), conforme edital publicado pela SGTES/MS, e outra mediante celebração de instrumentos de cooperação com instituições de educação superior estrangeiras e organismos internacionais (intercambistas cooperados).

Nesse sentido, com o intuito de prover a seleção dos médicos intercambistas cooperados, o Ministério da Saúde celebrou o Acordo de Cooperação Técnica nº 80/2013 com a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS, visando promover a qualificação e valorização dos profissionais da Atenção Básica, por meio da capacitação técnica, em localidades prioritárias do Sistema Único de Saúde – SUS.

Os cadastros preenchidos de forma completa são validados pelo SGP, após o que o profissional indica, em ordem de prioridade, um município participante por perfil previsto na Portaria Interministerial nº 1369/2013.

A alocação dos profissionais nas vagas disponíveis, pelo SGP, ocorre em 3 etapas distintas para assegurar que a ocupação das vagas ofertadas no âmbito do Projeto observará a seguinte ordem de prioridade:

- a) Médicos formados em instituições brasileiras de educação superior ou com diploma revalidado no Brasil, com habilitação para exercício da medicina em território nacional;
- b) Médicos brasileiros formados em instituição de educação superior estrangeira, com habilitação para exercício da medicina no exterior; e
- c) Médicos formados em instituições estrangeiras de educação superior, com habilitação para exercício da medicina no exterior.

Finalizado o processamento eletrônico de cada uma das etapas da seleção, o Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde providencia a publicação do resultado eletrônico no Diário Oficial da União e no portal do Mais Médicos.

Os participantes têm, nesse momento, 48 horas para homologar a sua participação no Município selecionado, sob pena de ter sua inscrição e seleção no projeto canceladas.

Por fim, considerando art. 18 da Portaria Interministerial nº 1.369, de 08/07/2013, as vagas não preenchidas e/ou abertas por desistência ou desligamento dos médicos selecionados por meio de chamamento público são disponibilizadas pela Coordenação Nacional do Projeto para ocupação por médicos intercambistas em decorrência da celebração do 80º Termo de Cooperação Técnica com a OPAS.

Execução: Encerrada as etapas de seleção e alocação dos profissionais, a Coordenação do Projeto requer ao Conselho Regional de Medicina a inscrição do registro provisório do médico intercambista, a qual deve ser concedida em até 15 dias.

Aos médicos intercambistas é oferecido, pela Coordenação Nacional do Projeto, módulo de acolhimento e avaliação com carga horária de 160 horas em que serão oferecidos conteúdos relacionados à legislação do SUS e à Língua Portuguesa e no qual os profissionais reprovados no módulo são imediatamente desligados do Projeto.

Os Municípios participantes, então, iniciam as ações de aperfeiçoamento, com a inserção dos médicos em equipes de atenção básica, constituídas por curso de especialização, que será oferecido por instituições de educação superior brasileiras vinculadas à UNA-SUS, e por atividades de ensino, pesquisa e extensão, que terá componente assistencial mediante integração ensino-serviço com carga horária semanal de 40 horas nas Unidades Básicas de Saúde.

Ao chegar aos municípios, os médicos participantes devem apresentar ao gestor local a documentação relativa à sua inscrição, juntamente com o termo de adesão e compromisso gerado no SGP.

O gestor, por sua vez, deve assinar e carimbar os termos, conferir a documentação e confirmar a verificação no SGP, bem como orientar o médico participante a encaminhar toda a documentação para a Coordenação Nacional do Projeto.

Ao participante é concedida bolsa-formação com valor mensal de R\$ 10.570,00 (a partir de janeiro/2017 o valor passou a ser de R\$ 11.520,00), que poderá ser paga pelo prazo máximo de 36 meses, prorrogáveis por igual período caso o profissional seja aprovado no curso de especialização anterior e realize novo curso de aperfeiçoamento em outras modalidades de formação, de acordo com o disposto na Lei nº 12.871/2013. Além da bolsa, o Ministério da Saúde fornece ajuda de custo destinada a compensar as despesas de instalação e custeia as despesas com deslocamento, incluindo os dependentes legais.

Os Municípios participantes, por sua vez, são responsáveis pelo custeio da moradia e alimentação dos médicos participantes e pela inserção da forma de realização do custeio no cadastro do SGP.

2. Objetivos e abordagem

O Projeto Mais Médicos foi selecionado para acompanhamento por ser considerado pelo Ministério da Saúde necessário à ampliação da capacidade de atendimento da Política Nacional de Atenção Básica nas periferias de grandes cidades e nos Municípios do interior brasileiro. A mensagem presidencial ao Congresso Nacional de encaminhamento da LOA 2014 destacava a importância do programa ao afirmar que ele era estímulo para a ida de profissionais para os municípios do interior e para as periferias das grandes cidades, onde é maior a carência por este serviço.

É relevante o acompanhamento desse programa pela CGU, em função de todas as prefeituras poderem se inscrever, apesar de seu foco ser as 1.582 áreas prioritárias em municípios de grande vulnerabilidade. Essas áreas prioritárias estão segmentadas da seguinte forma, 1.290 municípios de alta vulnerabilidade social, 201 cidades de regiões metropolitanas, 66 cidades com mais de 80 mil habitantes de baixa receita pública per capita e 25 Distritos Sanitários Especiais Indígena (DSEI).

Outro aspecto refere-se à materialidade dos recursos envolvidos, cuja execução no exercício de 2013 atingiu o valor de R\$ 446,3 milhões (83% do montante previsto). Para o exercício de 2014, foram previstos recursos da ordem de R\$ 2,2 bilhões e executados aproximadamente R\$ 2 bilhões.

A abordagem da CGU ocorreu por meio de duas linhas de ação, quais sejam: a primeira avaliou a atuação do Ministério da Saúde na seleção dos profissionais médicos e monitoramento do Projeto; e a segunda avaliou a execução do Projeto nos municípios que receberam profissionais médicos.

A avaliação quanto à atuação do gestor federal na execução da ação de governo se deu, primordialmente, por meio da resposta às questões estratégicas e subquestões discriminadas abaixo.

1. Em que medida os controles internos administrativos adotados pelo gestor federal estão adequados para monitorar o atendimento dos critérios de adesão de profissionais e municípios ao Projeto Mais Médicos para o Brasil?

1.1. A SGTES tem priorizado a alocação de médicos participantes do Projeto nos entes federativos, nos termos da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013 e da Resolução DEPREPS/MS nº 1/2015, contribuindo para a redução das desigualdades regionais na área de saúde, conforme preconiza o inciso I do art. 1º da Lei 12.871/2013?

1.2 Em que medida a atuação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) é suficiente para garantir que a habilitação dos médicos participantes está sendo realizada em observância a critérios definidos na legislação relacionada ao Projeto?

1.3. A fundamentação legal para a execução do Projeto Mais Médicos está sendo atendida pelo gestor federal, com a oferta aos médicos participantes de cursos de especialização em Atenção Básica?

2. Os mecanismos utilizados pelo Ministério da Saúde para monitorar o funcionamento do Projeto Mais Médicos possibilitam a identificação e correção tempestiva de falhas na execução do Projeto?

2.1. Há rotina de acompanhamento junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) quanto à manutenção do número de equipes e profissionais preexistentes no Programa Saúde da Família?

2.2. O gestor federal adota as devidas providências quando da detecção de desvios na execução do Projeto?

2.3. Há indicadores suficientes para medir o impacto da política na saúde da população de forma a subsidiar a tomada de decisões por parte do gestor federal?

2.4. Os pagamentos efetuados diretamente aos médicos intercambistas individuais e médicos formados em instituições de ensino superior brasileiras ou com diploma revalidado são realizados de acordo com os critérios definidos na legislação aplicável?

2.5. Os controles adotados pela SGTES são adequados e suficientes para permitir o acompanhamento e atesto da realização dos serviços constantes do Termo de Cooperação (TC 80) celebrado com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e o MS?

2.6. Os pagamentos efetuados para os médicos intercambistas cooperados por intermédio da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS/OMS) são realizados em aderência à execução das atividades e serviços prestados?

Já em relação à execução da ação de governo no âmbito municipal, a avaliação se deu, primordialmente, por meio da resposta à seguinte questão estratégica e suas subquestões:

3. Os Municípios, médicos e supervisores participantes executam o Projeto de acordo com as diretrizes definidas pelo gestor federal?

3.1. Houve a substituição de médico integrante de Equipe de Saúde da Família por participante do Projeto Mais Médicos?

3.2. Os médicos participantes cumprem a carga horária de 40 horas semanais?

3.3. Os Municípios fornecem moradia, alimentação e transporte para o exercício das atividades dos médicos em conformidade com a legislação?

3.4. A comunicação em Língua Portuguesa entre os médicos intercambistas e os usuários é satisfatória?

3. Escopo da avaliação

O acompanhamento da execução de Programa de Governo pauta-se em metodologia própria que visa, a partir do mapeamento das políticas públicas afetas a cada ministério, da hierarquização e da priorização dessas políticas, elaborar estratégia específica para acompanhar a execução de programas e ações.

No que tange ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, a estratégia de acompanhamento pautou-se na avaliação dos controles internos administrativos do gestor federal para a execução do Projeto e dos mecanismos para o monitoramento de seu funcionamento e também se guiou na avaliação do cumprimento, pelos gestores municipais, supervisores e médicos participantes, das diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde. Para tanto, a CGU atuou por meio de auditoria na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) e de fiscalizações em Secretarias Municipais de Saúde e em Unidades Básicas de Saúde.

A estratégia de atuação compreendeu a realização de auditoria na SGTES, por meio de testes, análises e consolidação de informações coletadas ao longo do exercício de 2015 e a partir da apresentação do processo de contas pela Unidade auditada.

Além disso, foram realizadas fiscalizações em 198 municípios selecionados por decorrência da realização de amostra aleatória simples em um universo de 14.265 médicos. Para a realização dessa avaliação, as equipes utilizaram procedimentos e técnicas de fiscalização, em especial a análise documental com o objetivo de obter evidências suficientes e adequadas para analisar as informações necessárias à formulação e fundamentação de opinião por parte da CGU.

Realizou-se, ainda, entrevista com os usuários do SUS atendidos pelos médicos intercambistas estrangeiros, a fim de avaliar a comunicação em língua portuguesa.

Devido ao caso concreto da situação encontrada em alguns municípios, Unidades Básicas de Saúde, Equipes de Saúde da Família e médicos avaliados, algumas subquestões estratégicas não se adequaram. Dessa forma, não foi possível uniformizar a quantidade de municípios a cada subquestão.

4. Resultados

A partir dos exames realizados, obteve-se um conjunto de constatações que foram submetidas aos gestores responsáveis pela execução da Ação de Governo e para as quais foram formuladas recomendações de caráter pontual e estruturante. No geral, foram emitidas 233 recomendações relacionadas a fatos identificados a partir da execução municipal do projeto, das quais 116 foram atendidas pela SGTES, 5 foram canceladas e 112 estão pendentes de atendimento e estão sendo monitoradas pela CGU. Em nível central, foram elaboradas 18 recomendações concernentes às atividades desempenhadas pelo gestor federal no âmbito do projeto, sendo que apenas 1 foi atendida.

A seguir, apresentam-se os resultados das avaliações realizadas e que tiveram como objetivo responder às questões e subquestões estratégicas propostas e aos demais questionamentos considerados relevantes.

4.1. Questões e Subquestões referentes à avaliação da atuação do Ministério da Saúde

Questão 1 – Em que medida os controles internos administrativos adotados pelo gestor federal estão adequados para monitorar o atendimento dos critérios de adesão de profissionais e municípios ao Projeto Mais Médicos para o Brasil?

Subquestão 1.1 – A SGTES tem priorizado a alocação de médicos participantes do Projeto nos entes federativos, nos termos da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013 e da Resolução DEPREPS/MS nº 1/2015, contribuindo para a redução das desigualdades regionais na área de saúde, conforme preconiza o inciso I, do art. 1º da Lei 12.871/2013?

A Lei nº 12.871/2013 elenca, entre os objetivos do Programa, diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, com a finalidade de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde (art. 1º, inciso I) e, para tal preconiza, nas regiões prioritárias do SUS, a promoção de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço.

A Portaria GM/MS nº 1.377/2011 estabelece os indicadores que devem ser levados em conta para a definição das áreas e regiões prioritárias e a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.369/2013 define os municípios elegíveis para o Projeto como sendo aqueles que atendam aos critérios da Portaria GM/MS, desde que se enquadrem em alguma das seguintes condições:

- “a) ter o Município 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), disponíveis no endereço eletrônico www.mds.gov.br/sagi;*
- b) estar entre os 100 (cem) Municípios com mais de 80.000 (oitenta mil) habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública “per capita” e alta vulnerabilidade social de seus habitantes;*
- c) estar situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/ SESAI/MS), órgão integrante da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde; ou*
- d) estar nas áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos Municípios.”*

A Resolução DEPREPS/MS nº 1/2015 estabelece a metodologia de autorização da quantidade de vagas para cada município do Projeto Mais Médicos, elencando as regras para os quantitativos de vagas e estabelecendo uma classificação de vulnerabilidade considerando oito perfis, segundo uma hierarquia de prioridade quanto à autorização desses quantitativos de vagas. Os perfis de vulnerabilidade estabelecidos no art.7º da Resolução são:

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

VI - PERFIL 6: áreas referentes aos 40% (quarenta por cento) dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos municípios que estão em regiões de vulnerabilidade (Vale do Ribeira, Vale do Jequitinhonha, Vale do Mucuri, Municípios com IDH-M baixo ou muito baixo e Região do Semiárido), que não se encaixam nos demais perfis;

VII - PERFIL 7: Município com 20% (vinte por cento) ou mais da população vivendo em extrema pobreza, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), disponíveis no endereço eletrônico www.mds.gov.br/sagi; e

VIII - PERFIL 8: Área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS).”.

Considerando a metodologia acima adotada para a priorização de municípios e a partir dos dados e informações apresentadas pela SGTES foi possível construir a tabela 2, a seguir, relacionando os perfis com a distribuição de vagas do Projeto Mais Médicos nos primeiros quatro ciclos, que foi o período utilizado como referência para avaliação.

Tabela 3 – Quantitativo de vagas e disponibilização de médicos nos municípios brasileiros conforme perfil de prioridades realizadas até o 4º ciclo do Programa

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

Fonte: Relatório de Auditoria Anual de Contas nº 201600675.

A partir dos resultados apresentado na tabela 2, verificou-se que houve alocação de médicos em municípios de perfis 1 a 5 sem que todas as vagas dos municípios de perfis 6 e 7 fossem ocupados. O critério de priorização ordenava que as vagas de médicos para os municípios mais vulneráveis (6 e 7) fossem completamente preenchidas para que, em um segundo momento, as vagas dos demais perfis fossem contempladas. Em uma comparação relativa, os percentuais de vagas efetivadas para os perfis 6 e 7 são da ordem de 55%, já os perfis 1 e 2 são aproximadamente 80 e 69%, respectivamente.

As análises realizadas apontam para ausência de clareza da metodologia adotada, quanto ao nível de priorização utilizado para a distribuição dos profissionais do projeto. Por exemplo, não resta claro o quantitativo e/ou porcentagem esperados de atendimento à demanda dos municípios de maior vulnerabilidade para que os demais entes participantes do Projeto, classificados nos perfis subsequentes, recebam profissionais. Ainda se sobressaltam os médicos intercambistas cooperados, que têm sua lotação definida pela Coordenação Nacional do Projeto.

Assim, em que pese o Projeto ter alcançado uma grande quantidade de municípios de perfis de alta vulnerabilidade e, nesse sentido, ter correspondido às expectativas que lhe deram

origem, o critério de alocação de médicos não correspondeu, estritamente, ao previamente estabelecido, havendo, portanto, a possibilidade de melhorias.

De forma a contribuir com a melhoria dos processos de gestão da Unidade, **recomendou-se** em caráter estruturante a elaboração de normativo interno que detalhe os critérios para a alocação de profissionais do Projeto Mais Médicos para o Brasil, de forma que, para um determinado conjunto de solicitações de profissionais, conhecendo-se as particularidades relevantes dos municípios envolvidos, as autorizações e implementações dessas solicitações sejam totalmente previsíveis. E também determine a utilização e a publicação desses critérios, de forma transparente, em ato normativo da Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

Com objetivo de atender à recomendação a SGTES informou que estabeleceu as diretrizes abaixo relacionadas para priorização de vagas para reposição pela Cooperação Internacional:

- 1. Tempo de ociosidade da vaga - quanto maior o tempo vago, maior a prioridade;*
- 2. Vulnerabilidade municipal - IDH-M - quanto maior a vulnerabilidade, mais prioritário;*
- 3. Percentual de ociosidade de vagas – quanto maior o percentual, maior a prioridade.*

As diretrizes mostraram-se adequadas, sobretudo quando consideradas as distinções internas de cada Perfil. Entretanto, necessitam ser incluídas no escopo da Resolução DEPREPS nº 1, de 02/10/2015, ou da norma que a substituir para dispor sobre a metodologia de autorização da quantidade de vagas para cada município do projeto mais médicos para o Brasil, situação, ainda, não comprovada pela SGTES.

Subquestão 1.2 – Em que medida a atuação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) é suficiente para garantir que a habilitação dos médicos participantes está sendo realizada em observância aos critérios definidos na legislação relacionada ao Projeto?

A Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.369/2013, e os editais de seleção dos médicos participantes condicionam a participação dos profissionais no Projeto Mais Médicos à comprovação de diversos requisitos.

Com o intuito de avaliar a suficiência das análises realizadas pela SGTES quanto ao atendimento dos requisitos exigidos pela legislação citada, foi realizada amostragem e requerida a documentação comprobatória de 68 médicos, dos quais 42 são intercambistas e 26 são formados no Brasil ou com diploma revalidado.

Conforme legislação, para os médicos formados no Brasil ou com o diploma revalidado participarem do projeto, é necessário comprovar a habilitação para o exercício da medicina em território nacional, e, conforme edital, estar em situação regular perante a Justiça Eleitoral. Além disso, sendo do sexo masculino, estar em situação regular com as obrigações militares.

Quanto ao critério de habilitação destes profissionais, verificou-se que os controles adotados pela SGTES são suficientes para garanti-lo, haja vista a realização de conferência da regularidade do cadastro dos médicos junto ao Conselho Federal de Medicina (CFM). Essa checagem ocorre por meio da interoperabilidade entre o Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP) do MS e a base de dados do CFM, de forma que não é possível realizar a homologação de um profissional formado que não tenha cadastro ativo. Tal procedimento se mostra como uma boa prática adotada pela Secretaria objetivando garantir a observância ao requisito habilitação.

Quanto aos critérios editalícios, no entanto, verificou-se que nenhum dos 26 médicos selecionados apresentou declaração de regularidade com a Justiça Eleitoral. Também se notou que 16 dos 26 médicos selecionados não apresentaram comprovação de situação regular com as obrigações militares.

Para os médicos intercambistas, a exigência editalícia para participação no projeto são as de estar em situação regular perante autoridade competente na esfera criminal do país em que está habilitado para o exercício da medicina no exterior; e, conforme legislação, possuir habilitação em situação regular para o exercício da medicina no exterior, a ser conferido pelo Ministério das Relações Exteriores. Outrossim, possuir diploma de conclusão da graduação em medicina em instituição de educação superior estrangeira. Além disso, conforme edital, os médicos intercambistas nascidos no Brasil devem estar em situação regular perante a Justiça Eleitoral e, sendo do sexo masculino, estar em situação regular com as obrigações militares.

No que se refere aos critérios de habilitação e diplomação, a equipe de auditoria verificou que estes foram cumpridos. Quanto ao critério editalício, verificou-se que dos 42 profissionais selecionados, apenas 4 (9,5%) apresentaram a documentação comprobatória exigida. Além, disso, dos 4 profissionais intercambistas nascidos no Brasil, 2 comprovaram a regularidade eleitoral e 1, dos 2 homens, comprovaram a regularidade com as obrigações militares.

Em manifestação, quanto às falhas apontadas, a Secretaria informou que a responsabilidade pela conferência dos documentos de habilitação é do gestor municipal, haja vista que os editais de adesão ao Programa exigem a apresentação dos documentos durante o ato de homologação da vaga pelo candidato, o que ocorre de forma presencial, no município de atuação do referido profissional. Além disso, o recebimento de tais documentos deve ser validado pelos gestores locais por meio do Sistema SGP, objetivando a confirmação do atendimento aos critérios estabelecidos. Verificação realizada no sistema SGP apontou que os municípios em sua totalidade não realizam a validação da documentação apresentada pelos profissionais.

Destaca-se, ainda, que o documento de avaliação técnica dos condicionantes utilizado pela Secretaria mantém estrutura padronizada em todos os processos avaliados, não havendo, nos itens de check-list presentes no expediente, informações acerca da verificação criminal, para intercambistas, e da quitação eleitoral e de obrigações militares para os médicos formados em instituições de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil, bem como para os intercambistas nascidos no Brasil.

Tais situações demonstram a não adoção pela Secretaria de uma sistemática eficiente de verificações quanto ao atendimento dos critérios previstos em editais necessários para a homologação da vaga ao candidato.

Ante o exposto, conclui-se que a atuação da SGTES garante o cumprimento dos requisitos de habilitação previstos na Lei nº 12.871/2013 e na Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.369/2013, porém não é suficiente para garantir que a habilitação seja efetuada em observância aos critérios definidos exclusivamente nos editais de seleção dos profissionais, quais sejam, os relativos a questões criminais, eleitorais e militares.

Nesse sentido, **recomendou-se** à Unidade, de forma pontual para cada situação identificada, que notifique os municípios com médicos ativos da amostra avaliada a apresentar a documentação não constante dos processos de adesão dos profissionais e exigidas nos editais de seleção, realizando, para o caso de médicos intercambistas, consulta junto às respectivas representações diplomáticas acerca da regularidade criminal.

Em referência à notificação dos municípios, para os quais a amostra avaliada pela CGU identificou ausência da apresentação de documentação exigida pelos editais, a SGTES não apresentou nenhuma informação quanto às providências adotadas.

Quanto aos médicos intercambistas, a Secretaria inicialmente identificou aqueles que não haviam apresentado o atestado de antecedentes criminais e promoveu solicitação de apoio, em 2016, ao Ministério das Relações Exteriores (MRE) para, junto aos países em que for possível, obter o atestado de antecedentes criminais por terceiros. Informou, ainda que, quando não for possível obter o documento via representação diplomática, os médicos serão notificados individualmente para apresentar o atestado. Em sua última manifestação, em 25/09/2017, a SGTES informou a reiteração do pedido ao MRE, diante da falta de resposta.

Assim, a recomendação encontra-se parcialmente atendida e para tal situação a Controladoria promoverá o seu monitoramento por meio do Plano Permanente de Providências, considerando restar pendentes providências para o completo atendimento da recomendação.

Além, disso, **recomendou-se**, de forma estruturante, a alteração dos documentos padronizados de verificação dos critérios de habilitação dos médicos participantes, de forma a incluir os parâmetros elencados exclusivamente nos editais de seleção dos profissionais relativos às questões criminais, eleitorais e militares; bem como a instituição de sistemática de conferência quanto a validação documental pelos gestores municipais por meio do Sistema de Gestão do Projeto.

Em atendimento às recomendações, a SGTES promoveu alterações nos documentos padronizados de verificação dos critérios de habilitação dos médicos participantes com a inclusão dos parâmetros elencados exclusivamente nos editais de seleção dos profissionais, situação comprovada pela CGU. Informou, ainda, que a partir de 2016 passou a não exigir mais dos médicos brasileiros formados em instituição de educação superior brasileira e dos médicos

com diploma revalidado no Brasil a certidão de quitação de obrigações militares. Tal exigência tornou-se redundante e dispensável, uma vez que, tais médicos por possuírem inscrição junto aos Conselhos Regionais de Medicina, obrigatoriamente já haviam apresentado a certidão de quitação de obrigações militares.

Quanto à instituição de sistemática de conferência referente à validação documental, a Secretaria demonstrou a inclusão de requisitos no Sistema, atendendo à recomendação elaborada.

Subquestão 1.3 – A fundamentação legal para a execução do Projeto Mais Médicos está sendo atendida pelo gestor federal, com a oferta aos médicos participantes de cursos de especialização em Atenção Básica?

O Fundamento do Projeto Mais Médicos consiste de uma atividade de ensino, pesquisa e extensão, conforme estabelece o art. 14 da Lei nº 12.871/2013:

“Art. 14. O aperfeiçoamento dos médicos participantes ocorrerá mediante oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e envolverá atividades de ensino, pesquisa e extensão que terão componente assistencial mediante integração ensino-serviço.

§ 1º O aperfeiçoamento de que trata o caput terá prazo de até 3 (três) anos, prorrogável por igual período caso ofertadas outras modalidades de formação, conforme definido em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde”

Nesse sentido, a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.369/2013, em seu art. 20, definiu que:

“Art. 20. As ações de aperfeiçoamento para os médicos participantes do Projeto são constituídas por curso de especialização, que será oferecido por instituições de educação superior brasileiras vinculadas ao UNA-SUS, e por atividades de ensino, pesquisa e extensão, que terá componente assistencial mediante integração ensino-serviço.

Parágrafo único. A prorrogação da participação no Projeto, nos termos do § 1º do art. 8º da Medida Provisória nº 621, de 2013, exigirá do médico participante a manutenção do cumprimento de todos os requisitos do Projeto e a aprovação no curso de especialização finalizado, além da realização de:

*I - novas atividades de ensino, pesquisa e extensão em regiões prioritárias para o SUS; e
II - novo curso de aperfeiçoamento em outras modalidades de formação, oferecido por instituições de educação superior brasileiras vinculadas ao UNA-SUS.”*

Assim, considerada a fundamentação prevista na Legislação, o Projeto Mais Médicos se iniciou com uma especialização na modalidade Atenção Básica, havendo previsão normativa para prorrogação de participação no Projeto condicionada ao oferecimento de outras modalidades de formação.

Em fiscalizações realizadas pela CGU, no que tange a tal fundamento, verificou-se a existência de 31 casos em que os profissionais participantes do Projeto não cursavam a especialização. Em alguns casos por já terem concluído participação no Programa de Valorização dos Profissionais de Atenção Básica (Provab), em outros casos por terem concluído a especialização em Atenção Básica com menos de três anos. Em ambos os casos, faltou o oferecimento de novas modalidades de formação para serem prorrogadas as ações de aperfeiçoamento. A causa para tais situações se relaciona a falhas de planejamento na concepção do processo de oferta dos cursos. Não havia previsão da oferta de novos cursos para as situações em que a conclusão dos cursos iniciais ocorresse em prazo inferior aos 3 anos previstos.

Apresentada tal situação, a SGTES, com o intuito de sanar tal impropriedade, reformulou o processo de aperfeiçoamento dos médicos, sendo exarada a Resolução SGTES/MS nº 2, de 26 de outubro de 2015, que incluiu dois ciclos formativos complementares, criando novo ciclo de atividades de ensino, pesquisa e extensão. O que propiciou a possibilidade de prorrogação da participação dos profissionais no Projeto.

Nesse segundo ciclo, os médicos participantes têm liberdade para construir seus itinerários formativos, selecionando os módulos educacionais que considerarem mais pertinentes para o desenvolvimento das competências necessárias à sua prática profissional, sendo utilizado o Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AVASUS) para a oferta desses módulos.

Assim, os médicos que concluíram a Especialização em Atenção Básica, compreendida como o primeiro ciclo formativo, podem se matricular para o segundo ciclo e continuar as atividades de ensino, pesquisa e extensão.

Conclusivamente, o Projeto iniciou-se amparado em uma especialização em Atenção Básica, atendendo ao previsto no caput do art. 14 da Lei 12.871/2013 e do art. 20 da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.369/2013. Entretanto, verificaram-se fragilidades quanto ao processo de aperfeiçoamento dos médicos diante da existência de profissionais que já haviam concluído o curso de especialização e que continuavam participando do Projeto sem a realização de novo curso, situação que contrariava o § 1º da Lei 12.871/2013 e o parágrafo único da Portaria Interministerial. Porém, diante de tal situação, a Secretaria prontamente reformulou a atividade de ensino, pesquisa e extensão associada ao Projeto estabelecendo um novo ciclo formativo, dando conformidade à previsão legal.

Questão 2 – Os mecanismos utilizados pelo Ministério da Saúde para monitorar o funcionamento do Projeto Mais Médicos possibilitam a identificação e correção tempestiva de falhas na execução do Projeto?

Subquestão 2.1 – Há rotina de acompanhamento junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) quanto à manutenção do número de equipes e profissionais preexistentes no Programa Saúde da Família?

O art. 11 da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.369, de 8 de julho de 2013, trata de obrigações que devem ser atendidas pelos Municípios e Distrito Federal, nos seguintes termos:

“Art. 11. A participação dos Municípios e do Distrito Federal na execução do Projeto será formalizada com a celebração de termo de adesão e compromisso, nos termos de edital a ser publicado pela Coordenação do Projeto, que deverá conter, no mínimo, as seguintes cláusulas:

I - não substituir os médicos que já compõem as equipes de atenção básica pelos participantes deste Projeto;

II - manter, durante a execução do Projeto, as equipes de atenção básica atualmente constituídas com profissionais médicos não participantes do Projeto;”

A partir do referido dispositivo, observa-se que uma das principais diretrizes do Projeto Mais Médicos para o Brasil está relacionada à diminuição da carência de profissionais médicos nos municípios brasileiros. Como premissa dessa diretriz, tem-se a não substituição de médicos que já compõem as equipes de atenção básica naqueles entes federados e a manutenção das equipes atualmente constituídas com profissionais médicos não participantes do Projeto. Tais situações visam o aumento do quantitativo de médicos para fortalecer a prestação de serviços de atenção básica no País.

Trabalho anterior da Controladoria apontou que o Ministério da Saúde não utilizava mecanismos efetivos para identificação da redução de equipes ou profissionais da Atenção Básica preexistentes nas municipalidades. À época, foi verificada a redução de equipes cadastradas no CNES, em 127 municípios (3,61%) dos 3.511 que aderiam à primeira etapa do projeto. O total de equipes desativadas alcançou o montante de 222. Em razão disto **recomendou-se**, em caráter estruturante, que a SGTES monitore trimestralmente a redução de equipes de atenção básica nos Municípios participantes do Projeto.

A partir dos apontamentos da CGU e das recomendações expedidas, a SGTES em conjunto com o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS) desenvolveu metodologia para o monitoramento da redução de equipes de atenção básica nos municípios participantes do Projeto. A partir dos resultados obtidos para os trimestres, a Unidade adota as seguintes providências: notificação dos municípios em situação de irregularidade; suspensão da oferta de vagas de médicos nas seleções seguintes, enquanto as justificativas não fossem apresentadas; e aplicação de penalidades que vão desde o remanejamento de até 20% dos médicos até o desligamento do ente do Projeto Mais Médicos para o Brasil, para os casos em que as justificativas não foram aceitas. Em sua última manifestação a SGTES apresentou a Nota Técnica nº 49/SEI/2017, cujo conteúdo demonstrou o acompanhamento que vem sendo realizado trimestralmente pela Secretaria, desde 2015 até 2017, no que se refere às quantidades de equipes de saúde da família, bem como as ações desenvolvidas para verificação das situações de redução dessas equipes. Diante das providências que vem sendo adotadas pela Secretaria, entendemos que a recomendação vem sendo atendida.

Além disso, a Unidade iniciou o processo de implementação de Índice de Qualidade da Gestão, a partir do qual será possível monitorar o grau de cumprimento das responsabilidades do gestor municipal no que se refere à ampliação da cobertura de equipes na atenção básica. Ressalta-se, porém, a necessidade de finalização do Índice pela SGTES para que haja efetividade na providência adotada.

Em razão destas ações, concluiu-se que a Coordenação Nacional do Projeto, por meio da SGTES, tem atuado de forma a acompanhar a manutenção do número de Equipes de Atenção Básica e Saúde da Família preexistentes nos entes federativos participantes do Projeto, cumprindo com suas competências normativas.

Subquestão 2.2 – O gestor federal adota as devidas providências quando da detecção de desvios na execução do Projeto?

A partir dos exames realizados, constatou-se que o gestor federal acompanha a conduta dos médicos participantes do Projeto, adotando providências no sentido de coibir o descumprimento dos deveres e responsabilidades inerentes à sua atuação.

O art. 26 da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.369/2013 trata das penalidades passíveis de serem aplicadas aos médicos participantes, nos seguintes termos:

“Art. 26. O descumprimento das condições, atribuições, deveres e incursão nas vedações previstas no Projeto sujeitará o médico participante às seguintes penalidades, aplicáveis isoladas ou cumulativamente:

I - advertência;

II - suspensão; e

III - desligamento do Projeto, com cancelamento do registro provisório expedido pelo Conselho Regional de Medicina (CRM) e do registro de estrangeiro. ”

Essas disposições vêm sendo aplicadas pela Área de Gestão Acadêmica do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS), responsável por coordenar, avaliar e monitorar os desligamentos, remanejamentos e apuração de denúncias sobre o descumprimento de deveres e obrigações por parte dos participantes dos programas de provimento, ensejando a aplicação ou não das penalidades previstas.

Conforme verificado, a partir de 2014, a Área de Gestão Acadêmica desenvolveu e instituiu fluxos procedimentais para a formatação e instrução dos processos administrativos para apuração de denúncias de descumprimento de obrigações e para a aplicação de penalidades.

Como consequência, após a estruturação dos processos, ao se analisar o quantitativo de casos concluídos de procedimentos de apuração de irregularidades, verificou-se a importância da implementação dos fluxos procedimentais pela Unidade, tendo em vista a evolução do quantitativo de penalidades aplicadas no exercício 2015 (116 penalidades) em relação a 2013 (1 penalidade), como segue:

Quadro 1 – Quantitativo de procedimentos de apuração de irregularidade realizados

Decisão / Punição	Ano da Punição		
	2013	2014	2015
Advertência			11
Advertência e Remanejamento			3
Suspensão			5
Suspensão e Desligamento Voluntário			1
Suspensão e Desligamento Administrativo			5
Desligamento Administrativo	1	10	91
Total	1	10	116

Fonte: Relatório de Auditoria Anual de Contas nº 201600675.

Subquestão 2.3 – Há indicadores suficientes para medir o impacto da política na saúde da população de forma a subsidiar a tomada de decisões por parte do gestor federal?

A SGTES, além de monitorar as ações do Projeto Mais Médicos para o Brasil, por meio do acompanhamento do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), desenvolveu parcerias com instituições de ensino e pesquisa para avaliar os efeitos do Projeto. Uma destas parcerias tem o objetivo de instituir processos permanentes de avaliação e monitoramento, tendo como resultado a ser alcançado, a produção de um conjunto de indicadores de avaliação do Programa.

Quanto ao processo de avaliação, a SGTES priorizou análises de 18 indicadores agrupados nas dimensões de acesso (5 indicadores), eficiência (2 indicadores), continuidade (5 indicadores) e aceitabilidade (3 indicadores), além de 3 indicadores de dimensão genérica. Destacando como mais relevante aquele que mede impactos do programa na saúde da população, relacionado às interações sensíveis à atenção básica.

Além desses indicadores, encontra-se em processo de construção o Índice de Desenvolvimento na Gestão do Projeto Mais Médicos para o Brasil, que avalia e hierarquiza a capacidade de os gestores municipais cumprirem as responsabilidades constantes dos Termos de Adesão e Compromisso do Projeto.

Na construção dos indicadores, verificou-se que a Unidade vem adotando metodologia em concordância com o documento Indicadores de Programas – Guia Metodológico, buscando a escolha de indicadores diretamente relacionados com o desenho do Programa.

Considerando as informações apresentadas pela Unidade, bem como as análises realizadas, tem-se que os indicadores estabelecidos pela Unidade são suficientes para medir o impacto da política na saúde da população e por consequência subsidiar a tomada de decisões por parte do gestor federal. Ressalta-se apenas que os indicadores ainda não estão sendo utilizados em decorrência de dificuldades para a definição de qual o impacto se almeja atingir e que justificaria toda a estrutura e recursos utilizados no Projeto Mais Médicos.

Subquestão 2.4 – Os pagamentos efetuados diretamente aos médicos intercambistas individuais e médicos formados em instituições de ensino superior brasileiras ou com diploma revalidado são realizados de acordo com os critérios definidos na legislação aplicável?

Objetivando responder esta questão foram realizadas análises sobre os pagamentos de ajuda de custo referente ao período de 2013 a 2015 no montante de R\$ 34.388.455,12 e de bolsa formação referente aos meses de outubro de 2014 e agosto de 2014 no montante de R\$ 52.646.569,06, direcionados aos profissionais participantes do Projeto Mais Médicos. Como resultado, identificaram-se as seguintes falhas em desacordo com os critérios definidos na legislação aplicável: a) Pagamentos de ajuda de custo realizados indevidamente no montante de R\$ 221.965,58 à título de repasse e R\$ 804.306,26 à título de deslocamento; e b) Pagamentos indevidos e ausência de vinculação entre os pagamentos de bolsa formação e o cumprimento da carga horária no montante de R\$ 1.035.394,48. O total de pagamentos indevidos gerou prejuízo de R\$ 2.061.666,32 correspondente a aproximadamente 2,4% do total examinado.

As causas identificadas indicaram: a) fragilidades nos padrões e controles de repasses e na sistemática de restituição de valores recebidos a título de ajuda de custo e deslocamento quando os médicos se desligam em prazo inferior ao período de carência estabelecido; b) inexistência de controles e alertas no Sistema SGP que estabelecessem tempestiva comunicação entre o gestor local e a Coordenação Nacional do Projeto; e c) não utilização do SGP, como ferramenta de confirmação, pelos gestores municipais, quanto ao cumprimento integral ou parcial da carga horária dos profissionais.

No que se refere à ajuda de custo, a Lei nº 12.871/2013, ao dispor sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil, estabeleceu que a ajuda é destinada a compensar as despesas de instalação do médico participante e que não pode exceder a importância correspondente ao valor de três bolsas-formação.

Além disso, conforme Portaria Interministerial nº 1.369/2013, na hipótese de desligamento dos profissionais da ação de aperfeiçoamento, poderá ser exigida a restituição dos valores recebidos a título de ajuda de custo e aquisição de passagens, acrescidos de atualização monetária. O referido normativo definiu ainda, em seu artigo 22 que:

“Art. 22.

§ 4º O valor da ajuda de custo de que trata o § 3º observará a localização dos Municípios participantes do Projeto, divididos nas seguintes faixas:

I - Faixa 1 - Municípios situados na região da Amazônia Legal, em região de fronteira e áreas indígenas: concessão de ajuda de custo no valor de 3 (três) bolsas ao médico participante;

II - Faixa 2 - Municípios situados na Região Nordeste, na Região Centro-Oeste e na região do Vale do Jequitinhonha-MG: concessão de ajuda de custo no valor de 2 (duas) bolsas ao médico participante; e

III - Faixa 3 - Capitais, regiões metropolitanas, Distrito Federal e Municípios não

contemplados nos incisos I e II deste parágrafo: concessão de ajuda de custo no valor de I (uma) bolsa ao médico participante.”

Considerando as regras elencadas, realizou-se análise sobre os pagamentos das ajudas de custo realizados nos exercícios de 2013 a 2015, tendo sido verificadas as seguintes impropriedades decorrentes de fragilidades na atuação da SGTES:

- 21 profissionais alocados em municípios da Faixa 3, cujo valor da ajuda de custo deve se limitar a uma bolsa-formação a ser transferida em parcela única, nos termos dos parágrafos 4º e 5º do art. 22 da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.369/2013, foram contemplados com dois ou mais repasses que, somados, correspondem a duas ou mais bolsas-formação. Tal fato totalizou pagamentos de R\$ 443.422,21, sendo que R\$ 210.494,55 correspondem a valores repassados indevidamente, ocasionando prejuízo ao Erário.
- 2 profissionais em municípios da Faixa 2 que, nos termos da Portaria Interministerial nº 1.369/2013, deveriam receber como valor de ajuda de custo o correspondente a duas bolsas-formação, foram contemplados com valores superiores ao estabelecido no normativo, totalizando pagamentos de R\$ 53.462,91, sendo que R\$ 11.471,03 corresponde ao valor repassado indevidamente, ocasionado prejuízo ao Erário.
- 55 profissionais desligados do Projeto receberam o total de R\$ 804.306,26 de ajuda de custo para se instalarem nos municípios participantes. No entanto não permaneceram nos locais pelo período de 180 dias, o que poderia acarretar, de acordo com o §8º do art. 22 da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.369, a restituição dos valores recebidos a título de ajuda de custo e passagens aéreas.

Quanto às situações apresentadas, **recomendou-se**, em caráter pontual, que a Unidade apresente o resultado das medidas adotadas com vistas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente repassados. Realizando, em caso de não obtenção de sucesso, a inscrição dos profissionais no Cadastro Informativo dos Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522/2002, uma vez que os valores se considerados individualmente para cada médico não alcança o montante mínimo necessário para instauração de Tomada de Contas Especiais.

Em referência às situações relativas aos profissionais alocados na Faixa 3 e 2, a SGTES informou que demandará extensão do prazo para que seja possível concluir toda a análise necessária ao processo de ressarcimento dos recursos, haja vista tratar-se de processos muito volumosos e antigos, o que tem dificultado a verificação dos valores pagos aos profissionais. Contudo, afirma que não será impossível verificar tais pagamentos e as suas incongruências. Tal trabalho, segundo a SGTES, demandará mais tempo, para que sejam cumpridas as medidas necessárias para cada caso.

Com relação aos 55 profissionais, verificou-se que a Unidade tem adotado providências para a solução da situação. A SGTES expediu a Resolução nº 4/2015/DEPREPS/SGTES/MS normatizando os casos em que os médicos que se desligaram voluntariamente do projeto

são dispensados da restituição dos valores recebidos e está averiguando cada caso para definir aqueles passíveis de cobrança. Todos os envolvidos foram notificados, sendo que 6 já promoveram a restituição de valores, 3 solicitaram parcelamento dos valores a serem restituídos e 1 comprovou a regularidade com base na Resolução nº 4/2015. Os demais casos, foram devidamente notificados, reiterados e resta a análise da SGTES quanto a suas manifestações para posterior inscrição, caso necessário, no CADIN.

Ainda, quanto à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente repassados, informou que após tratativas junto à Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde, a SGTES encaminhou questionamento à Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde sobre o procedimento adequado para a cobrança de forma parcelada. Em seu Parecer nº 01401/2016/CONJUR/MS/CGU/AGU, a Advogada da União concluiu de que é franqueado ao MS deferir os pedidos de parcelamento de débitos formulados por bolsistas. E diante da ausência de regulamentação, recomendou que o MS discipline, mediante ato infralegal, regras e critérios para o parcelamento. Quanto a recomendação da AGU, a SGTES não apresentou nenhuma documentação que demonstrasse o atendimento.

Conforme apresentado, a SGTES vem envidando esforços para a solução das situações apontadas, devendo, ainda, apresentar os resultados finais quanto ao ressarcimento dos recursos indevidamente repassados. Assim, a recomendação encontra-se parcialmente atendida, no aguardo da solução final.

Em caráter estruturante, **recomendou-se** que a Unidade realize a adequação do texto do §4º do artigo 22 da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.369/2013 objetivando evitar ambiguidade no texto da norma e equívocos nos repasses de ajuda de custo.

A SGTES, em 2016, informou do encaminhamento de expediente para análise da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde com vistas a alterar a redação do §4º do artigo 22. Em atualização às informações, a SGTES apresentou a publicação da Portaria Interministerial nº 1.708, de 23 de setembro de 2016, a qual acresce e altera dispositivos da Portaria Interministerial nº 1.369/2013, atendendo, assim, à recomendação proposta.

Recomendou, ainda, que a Unidade promova melhorias nos sistemas internos de modo a instituir controles e alertas voltados a evitar a ocorrência das situações de pagamentos indevidos de ajuda de custo e a detectar casos que demandem a avaliação de ressarcimento.

Quanto a isso, a Secretaria informou do estabelecimento de critérios de controle dos pagamentos das ajudas de custo por meio das seguintes rotinas: (i) identificação dos profissionais desligados do Projeto antes de liberar a autorização do pagamento do benefício requerido quando do ingresso; (ii) monitoramento dos profissionais que se desligarem antes dos 180 dias previstos no § 3º do art. 22 da Portaria Interministerial nº 1.369/2013. Entendemos que a recomendação está parcialmente atendida.

De modo a verificar a efetividade das rotinas implementadas, a Secretaria deverá apresentar informações gerenciais quanto aos resultados das verificações realizadas a partir das rotinas.

Com relação aos pagamentos de bolsa formação, a Lei nº 12.871/2013 prevê sua disponibilização aos médicos participantes, cujos valores e condições de pagamento foram definidos por meio da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.369/2013, a qual impõe cumprimento de diversos deveres, incluindo, nos termos do seu art. 10, a necessidade de definição do cumprimento da carga horária como condição essencial para a validação e recebimento da bolsa-formação.

Ressalta-se que somente a partir de junho de 2015, por meio da Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.395/2014, a Unidade adotou o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e o e-SUS Mais Médicos para fins de registro de informações em saúde e das atividades vinculadas à integração ensino-serviço desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) pelos médicos participantes do Projeto.

Assim, a fim de identificar se o gestor federal vincula o pagamento das bolsas-formação ao cumprimento das obrigações dos profissionais, foi realizada consulta ao Sistema de Gerenciamento de Projetos (SGP) e solicitada a comprovação da confirmação dos gestores municipais e distritais da execução das atividades pelos médicos participantes do Projeto nos meses de outubro de 2014 e agosto de 2015.

Com relação à competência de outubro de 2014, cujos pagamentos utilizavam uma metodologia anterior àquela instituída pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.395/2014, foram detectadas as seguintes irregularidades:

- 4 profissionais, dos 3.102 médicos intercambistas individuais e médicos formados em instituições de ensino superior brasileiras ou com diploma revalidado no Brasil, receberam repasse de bolsa-formação indevidamente na competência outubro de 2014, por não constarem na relação de Médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil apresentada pela Unidade, acarretando prejuízo ao erário no montante de R\$ 250.624,24;
- 24 profissionais foram desligados do Projeto antes da data informada pelos gestores como sendo referência para fechamento dos pagamentos da competência outubro de 2014, e ainda assim receberam repasses da Coordenação, acarretando prejuízo ao erário no montante de R\$ 272.555,92; e
- 10 profissionais, que não estão listados nas inconformidades anteriormente citadas, receberam a bolsa-formação sem constar na relação de profissionais de outubro de 2014, acarretando prejuízo ao erário no montante de R\$ 512.214,32.

Quanto às situações apresentadas, **recomendou-se**, em caráter pontual, que a Unidade apresente o resultado das medidas adotadas com vistas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente repassados, realizando, em caso de não obtenção de sucesso, a inscrição dos profissionais no Cadastro informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522/2002.

Em sua manifestação, realizada em 2016, a Unidade informou que está ciente de que a sistemática de pagamentos utilizada até o mês de julho de 2015 não possibilitava que os repasses das bolsas tivessem como referência relatórios que comprovassem a execução das atividades ensino-serviço e adotou medidas pontuais para requer o ressarcimento dos valores indevidamente pagos.

Foi realizado encaminhamento ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) para providências de inscrição dos bolsistas inadimplentes no CADIN. Entretanto, o FNS recomendou adoção de medidas procedimentais, sobre as quais foi realizado questionamento à CONJUR, bem como solicitado ajuizamento das ações de cobrança.

Entretanto, até o momento, nenhuma informação adicional foi apresentada quanto as medidas já implementadas, bem como quanto ao retorno aos cofres públicos dos valores dos prejuízos mensurados. Assim, a recomendação permanece pendente no aguardo das ações que possam definitivamente dirimir os fatos.

Considerando o reduzido escopo das verificações (outubro de 2014) realizadas e as fragilidades apontadas em razão da sistemática adotada até julho de 2015, **recomendou-se** ao gestor a realização de revisão dos pagamentos de bolsas-formação realizadas até julho de 2015, de forma a identificar e, se for o caso, exigir a restituição de valores pagos indevidamente. Em manifestação apresentada por meio do Ofício nº 113/SGTES/MS, de 10/08/2016, a Secretaria solicitou prorrogação de 90 dias para atendimento da recomendação. No entanto, considerando que até então não foram apresentadas informações quanto às providências adotadas, a recomendação permanece pendente de atendimento.

Quanto ao mês de agosto de 2015, com a nova metodologia de pagamentos, houve a obrigatoriedade dos municípios participantes de confirmar a produção informada pelos profissionais, bem como apontar eventuais divergências e/ou justificativas da ausência de registro para o repasse das bolsas.

Diante disso, em caráter estruturante, **recomendou-se** à SGTES que inclua e vincule o pagamento das bolsas-formação à instalação de funcionalidade no Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP). Permitindo, assim, aos gestores municipais informar a produção, carga horária e eventuais medidas de compensação adotados na atuação ensino-serviço dos profissionais.

Em sua manifestação, a Secretaria informou que uma nova funcionalidade do SGP, ainda em fase de desenvolvimento e com prazo final para entrar em produção ainda no ano de 2017, permitirá aos gestores registrarem mensalmente a carga horária dos médicos.

A fim de tornar a medida mais efetiva, o Ministério da Saúde pretende associar este novo sistema de registro do cumprimento de carga horária ao pagamento da bolsa-formação do profissional de modo que os médicos que não cumpram integralmente a carga horária de

40 horas semanais, sendo 8h em atividades acadêmicas e 32h em atividades na UBS, sejam penalizados inclusive com suspensão parcial ou total da bolsa-formação. A Coordenação do Projeto solicitou de sua Assessoria Jurídica a mudança na legislação mediante publicação de nova portaria contemplando as novas regras e tornando obrigatório o registro mensal da carga horária dos médicos pelos gestores.

A informação apresentada demonstra o esforço da Secretaria no atendimento da recomendação. Considerando que a implementação da funcionalidade se encontra em fase de desenvolvimento e que existe, ainda, a necessidade de normatização das novas regras, entendemos que a recomendação permanece parcialmente pendente de atendimento até a conclusão das ações, cujo andamento deverá ser periodicamente comunicado à CGU.

Diante dos achados apresentados, conclui-se que os critérios definidos na legislação, aplicáveis aos pagamentos efetuados diretamente aos médicos intercambistas individuais e formados em instituição de ensino superior brasileiras ou com diplomas revalidados, não estão sendo devidamente cumpridos, havendo a necessidade de providências estruturantes objetivando a melhoria dos controles internos da Unidade quanto a este processo.

Subquestão 2.5 – Os controles adotados pela SGTES são adequados e suficientes para permitir o acompanhamento e atesto da realização dos serviços constantes do Termo de Cooperação Técnica (TC 80) celebrado com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e o MS?

A Lei nº 12.871/2013, em seu art. 23, instituiu a possibilidade de os Ministérios da Educação e da Saúde firmarem acordos e instrumentos de cooperação com organismos internacionais para a execução de ações referentes ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, inclusive com transferência de recursos.

A Portaria Interministerial nº 1.369/2013, por sua vez, previu que, na hipótese de vagas não preenchidas e em caso de vagas abertas por desistência ou desligamento dos médicos selecionados por meio de chamamento público, a ocupação das vagas remanescentes poderá ser realizada por médicos selecionados por meio de cooperação com organismos internacionais.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) celebrou o Acordo de Cooperação Técnica nº 80/2013 – TC 80 com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) com o objetivo de fortalecer a cooperação internacional de saúde, buscando dirimir lacunas assistenciais existentes no território nacional, para ampliar o acesso da população brasileira à Atenção Básica.

Inicialmente, ressalta-se que as cláusulas constantes do TC 80 preveem que o MS aloque os recursos orçamentários e financeiros necessários à operacionalização de acordo com o cronograma de desembolso firmado entre as partes.

Ao tratar sobre prestação de contas, o TC 80 prevê que a organização apresentará semestralmente ao Ministério, a título de prestação de contas, Relatórios Técnicos e Financeiros da execução parcial do Plano de Trabalho até 60 dias após o término de cada semestre, e ao final da execução do Plano de Trabalho até 90 dias após o término das atividades.

O 3º Termo de Ajuste (TA) atribuiu ao MS a responsabilidade por assegurar, com base nos Planos de Ação semestrais do Programa, o financiamento das ações previstas para o semestre seguinte, implicando no repasse antecipado dos recursos financeiros.

Adicionalmente, o 3º Termo de Ajuste definiu como competência da OPAS a elaboração de relatórios técnicos/financeiros semestrais e a realização de monitoramento técnico do Programa de acordo com os Planos de Ação em conjunto com o MS.

Considerando, ainda, as situações de imunidade conferidas à OPAS/OMS, o TCU por meio do Acórdão nº 1.018/2007 – Plenário determinou ao Ministério da Saúde que aprimorasse o sistema de controle interno referente aos termos de cooperação técnica firmados com a OPAS/OMS, os quais devem contemplar as informações necessárias sobre o andamento dos projetos de cooperação técnica em execução e possibilitar a avaliação da eficácia, eficiência e economicidade da administração e da aplicação dos recursos públicos.

Contextualizada as normas contratuais e a jurisprudência do TCU no que se refere ao controle dos pagamentos e à prestação de contas do Acordo de Cooperação, apresentamos a avaliação realizada quanto a atuação da SGTES no acompanhamento e atestação dos serviços cooperados.

Em análise aos autos do processo nº. 25000.223376/2012 que contempla as informações do TC 80, verificou-se que as prestações de contas parciais apresentadas pela OPAS/OMS contemplam de forma genérica e sem detalhamento suficiente a categoria dos gastos, o montante alocado, os desembolsos efetuados e as obrigações pendentes.

Por isso, foram solicitadas à SGTES: documentação comprobatória da utilização de mecanismos/parâmetros de medição/fiscalização/aceitação que permitissem o acompanhamento e atesto da realização dos serviços constantes do TC e a documentação encaminhada ao FNS com pronunciamento acerca da execução física do TC e com a mensuração do percentual de atingimento do objeto.

Da documentação apresentada pela Secretaria, em anexo aos ofícios encaminhados, constaram somente as atas de reuniões tripartites realizadas pela OPAS, MS e MRE para o monitoramento do total de intercambistas.

Da análise realizada evidenciou-se que a atuação da SGTES no monitoramento da execução do TC 80, no que se refere a avaliação da prestação dos serviços, tem-se limitado à verificação do quantitativo de profissionais em atuação nos municípios.

À exceção das atas das reuniões tripartites, não constam dos autos do processo, ou, ainda, nas respostas encaminhadas pela Secretaria, documentações que comprovem a utilização de mecanismos de medição dos serviços e produtos efetivamente prestados, tampouco de acompanhamento da aplicabilidade dos valores estimados.

Além disso, a documentação apresentada comprova a prática de realização de reuniões para conciliação de quantitativo de médicos somente a partir de 2015, contrariando o Manual de Normas para Cooperação Técnica Internacional coma a OPAS/OMS, aprovada em 13/11/2012, que prevê que as reuniões deveriam ocorrer desde o início da execução da Cooperação, ou seja desde 2013.

Considerando as análises realizadas, tem-se que a Secretaria não demonstrou a existência de efetivo controle sobre a prestação de serviços no montante de R\$ 1.132.424.054,10 referentes a gastos previstos com diárias, passagens nacionais e internacionais, ajuda de custo, gastos com acolhimento, seguro/logística e custos indiretos correspondentes a recursos alocados ao 3º, 4º, 5º e 6º TA do TC 80.

Diante do exposto, restou evidenciado, que a SGTES não demonstrou:

- manter adequado controle documental e de qualidade dos produtos e serviços realizados;
- analisar e acompanhar a execução técnica e financeira definida nos Planos de Trabalho; e
- possuir informações necessárias sobre o andamento dos projetos de cooperação técnica em execução com suporte para avaliação da eficácia, eficiência e economicidade da administração e da aplicação dos recursos públicos, em discordância com o disposto no Acórdão TCU nº 1.018/2007 - Plenário.

Conclui-se, portanto, que a SGTES, como área finalística responsável pela gestão do TC 80, não possui controles adequados e suficientes para a atestação da realização dos serviços constantes do Termo de Cooperação, de modo que os pagamentos efetuados não podem ser claramente relacionados aos serviços prestados, o que demonstra desrespeito da legislação e das boas práticas administrativas.

Tal fato tem por origem a inexistência de detalhamento dos Termos de Ajustes e dos Relatórios Financeiros Oficiais expedidos pela OPAS, derivados de processo de planejamento falho, bem como a fragilidade do sistema de controle interno dos termos de cooperação.

Diante dos fatos apresentados **foi emitida recomendação** estruturante à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde – SE/MS para o aprimoramento dos mecanismos de monitoramento dos termos de cooperação e dos instrumentos de prestação de contas parciais elaborados pela OPAS. Objetivando, assim, incorporar dados sobre a execução física e financeira dos TC e sua publicização.

Em sua última manifestação, a Secretaria informou das medidas adotadas em razão da recomendação, tendo sido verificado que as ações apresentadas demonstram o esforço da Unidade quanto ao atendimento da recomendação. As propostas apresentadas pelo Grupo de Trabalho criado vão ao encontro das medidas solicitadas na recomendação, restando, no entanto, a demonstração de sua implementação por meio da apresentação de documentação comprobatória. Assim, consideramos a recomendação parcialmente atendida.

Recomendou-se, ainda, a inclusão, no processo de monitoramento mensal do TC, da prática de documentar os critérios que permitirão acompanhar e atestar a realização dos serviços constantes do Termo de Cooperação.

De acordo com a Unidade, a recomendação está sendo objeto de observância o que se refletirá em futuros relatórios de avaliação e acompanhamento da Cooperação. No entanto, esta Controladoria, encontra-se no aguardo de emissão e disponibilização dos próximos relatórios e documentos de acompanhamento e avaliação da execução do TC para que a recomendação seja atendida.

Pontualmente, **recomendou-se** à Unidade apresentar à Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde relatório que demonstre, de forma detalhada, os quantitativos e valores dos serviços executados pela OPAS.

Quanto a esta, por meio do Ofício nº 113/SGTES/MS, de 10/08/2016, a SGTES informou que passará a observar a recomendação para fins de instrução dos relatórios técnicos e financeiros semestrais, inclusive os anteriormente encaminhados pela OPAS, relatório que demonstre, de forma detalhada, os quantitativos e valores dos serviços executados pela OPAS/OMS nos próximos relatórios para fins de repasse. De modo a verificarmos a efetividade da medida, a SGTES deverá encaminhar, à CGU, os relatórios apresentados ao FNS. Assim, a recomendação permanece parcialmente atendida.

Recomendou-se, ainda, a apuração de responsabilidade pelas condutas do Diretor e do Coordenador Nacional do Projeto de Cooperação Técnica nº 80 por não elaborarem relatórios detalhados de monitoramento dos serviços e valores executados e por realizarem controle dos gastos de forma genérica.

Quanto a esta recomendação, a Unidade, ainda, não se manifestou, ficando, portanto, pendente de atendimento.

Subquestão 2.6 – Os pagamentos efetuados para os médicos intercambistas cooperados por intermédio da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS/OMS) são realizados em aderência à execução das atividades e serviços prestados?

Como escopo de avaliação da aderência dos pagamentos realizados às atividades e serviços prestados, conforme previsto nos Termos de Ajuste do Termo de Cooperação TC 80, foram

analisados os seguintes gastos: a) ajuda de custo; b) passagens nacionais e internacionais; c) seguro, logística de acolhimento e recesso; e d) quantitativo de profissionais.

A seguir são apresentados os resultados dos exames para cada um dos itens avaliados.

Da ajuda de Custo:

A Lei nº 12.871/2013 instituiu ajuda de custo destinada a compensar as despesas de instalação dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos, cujos valores foram regulamentados de acordo com faixas regionais, conforme art. 22 da Portaria Interministerial nº 1.369/2013. Além disso, a Portaria apresenta a sistemática de pagamentos das ajudas de custo.

Em análise às memórias de cálculo dos Termos de Ajuste do TC 80 nºs 3, 4, 5 e 6, verificou-se a disponibilização de R\$ 316.561.245,00 em ajuda de custo. A fim de verificar se os valores concedidos a título de ajuda de custo estão em conformidade com o previsto na Portaria Interministerial e se a Unidade atuou no sentido da confrontação entre os valores transferidos e os previstos em norma, realizou-se levantamento do perfil dos municípios que receberam profissionais do TC 80.

A partir dos dados disponibilizados a esta CGU, chegou-se aos seguintes resultados para os médicos intercambistas lotados no Projeto:

Tabela 4 - Valores Realizados de Ajuda de Custo

Classificação do Município	Quantidade de Profissionais	Valor da Bolsa (R\$)
Faixa 1	2.763	84.293.645,62
Faixa 2	3.361	68.275.096,94
Faixa 3	5.419	55.849.000,74
Total	11.543	208.417.743,30

Fonte: Nota Técnica nº 56/2016 – DEPREPS/SGTES/MS

Comparativamente, entre os valores estimados (R\$ 316.561,245,00) e os realizados (R\$ 208.417,743,30), verificaram-se repasses superiores em **R\$ 108.143.501,70**. Informações apresentadas pela SGTES demonstraram que não era possível, à época da formalização dos Termos de Ajuste, a definição de valores médios das ajudas de custo que refletissem, com maior proximidade possível, os municípios em que os profissionais intercambistas seriam alocados. Tal fato permitiu o repasse à OPAS de valores superiores àqueles regularmente utilizados no fornecimento de ajuda de custos.

Dessa forma, mostra-se necessária a atuação da SGTES no sentido de acompanhar e comprovar documentalmente, com o maior detalhamento possível, a utilização dos saldos remanescentes, adequando os valores a serem transferidos no âmbito do TC 80 para custeio de ajuda de custo.

Das passagens Nacionais e Internacionais

Quanto ao gasto com passagens nacionais e internacionais, o inciso II do § 3º do art. 22 da Portaria Interministerial nº 1.369/2013 prevê que o Ministério da Saúde “*poderá custear despesas com deslocamento dos médicos e seus dependentes legais, na forma de ato conjunto dos Ministérios do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Saúde*”. Sendo assim, editou-se a Portaria Interministerial MPOG/MS nº 266, de 24/07/2013, que dispôs sobre as normas para custeio das despesas de deslocamento dos médicos participantes do Projeto e previu a concessão de passagens nas modalidades de deslocamentos nacionais e internacionais, além de estabelecer normas para a prestação de contas das viagens e para o controle de emissão das passagens. Portanto, no que se refere à comprovação da realização da pesquisa de preço das passagens e de sua posterior utilização, além das normas constantes da IN MPOG nº 3/2015, observa-se que o MS estabeleceu regras próprias para aquisição direta de passagens.

Entretanto, em relação ao Termo de Cooperação nº. 80, verificou-se a ausência de qualquer previsão de mesma natureza. Além disso observou-se a ausência de documentação relativa aos deslocamentos, bem como a de mecanismos utilizados pela SGTES que permitissem acompanhar e atestar a realização dos deslocamentos. Não foram identificados controles internos que demonstrassem a economicidade na aplicação dos recursos públicos relacionados às passagens aéreas, acarretando a transferência de recursos à OPAS em quantitativo superior ao efetivamente executado.

A fim de verificar se os valores relacionados a passagens foram definidos considerando o princípio da economicidade, realizou-se levantamento no Sistema de Concessão de Diárias e Passagens (SCDP), das viagens nacionais (amostra de 1.936 deslocamentos) e internacionais (144 deslocamentos) realizadas no âmbito do Ministério da Saúde, com o motivo classificado como Projeto Mais Médicos para o Brasil.

A partir dos levantamentos realizou-se comparação dos valores médios das passagens adquiridas diretamente pelo Ministério da Saúde na vigência dos Termos de Ajuste com os valores estimados e transferidos no TC 80. Assim, evidenciou-se que os valores repassados à OPAS, para custeio das passagens aéreas nacionais e internacionais, são muito superiores àqueles identificados quando da execução direta, permitindo que os custos estimados superassem respectivamente em R\$ 34.809.914,82 e R\$ 44.803.692,90 os valores de mercado. Dessa forma, nota-se que os valores médios das passagens aéreas nacionais e internacionais orçadas no âmbito do Termo de Cooperação nº 80 do Projeto Mais Médicos não se pautam pelo princípio da economicidade.

Quanto a tal aspecto **recomendou-se** à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde a alteração dos Termos de Ajuste relacionados ao Termo de Cooperação nº 80 firmado com a OPAS para que se retire a previsão de aquisição de passagens aéreas, considerando que os custos com essas despesas são inferiores quando realizados diretamente pelo Ministério da Saúde; e inclua, no processo de monitoramento mensal do Termo de Cooperação - TC nº 80.

Em sua última manifestação, a Secretaria reproduziu informação já apresentada à CGU, no Relatório 201505115, a qual foi considerada insuficiente para esclarecer a situação apontada. Considerando que a resposta não demonstrou qualquer ação por parte da SE/MS no atendimento à recomendação exarada, esta permanece pendente de atendimento.

Ainda, quanto ao custeio de passagens aéreas, no que se refere à transferência de recursos à OPAS, relativo aos 3º, 4º, 5º e 6º Termos de Ajuste, verificou-se a disponibilização de R\$ 166.040.000,00 para custeio desses deslocamentos, sendo que os valores autorizados alcançaram o montante de R\$ 103.799.194,20, de forma que **R\$ 62.240.805,80** estariam pendentes de execução e não foram devolvidos ao Ministério da Saúde.

Ante o exposto, tem-se que a atuação do Ministério da Saúde na definição e no repasse de recursos para o pagamento das passagens aéreas do TC 80 não se coaduna com o princípio da economicidade e, no que se refere à prestação de contas, demonstra a não adoção dos controles internos administrativos determinados no Acórdão nº 1.018/2007 – Plenário e tratamento distinto daquele dispensado aos demais profissionais do Projeto regidos pela Portaria Interministerial MPOG/MS nº 266/2013.

Dos gastos com seguro, logística de acolhimento e recesso

No que se refere aos gastos com seguro, logística, acolhimento e recesso, constantes dos Termos de Ajuste 3,4.5 e 6, foram previstos gastos na ordem de R\$ 392.792.830,30, sendo R\$ 264.892.303,42 de despesas autorizadas. Quanto ao montante de **R\$ 127.900.526,88**, que não foi utilizado, não houve, por parte da SGTES/MS, demonstração quanto ao seu destino.

Análise realizada nos autos do processo de gestão do TC 80 apontou a ausência de especificações acerca de como se dariam os gastos e de quais parâmetros seriam utilizados para avaliar a sua efetiva realização. Além disso, por meio de comparações dos valores previstos com o quantitativo de profissionais, com a quantidade de meses e com o total do Termo de Ajuste, concluiu-se que a definição dos montantes não se deu de forma a contemplar os gastos efetivamente realizados pela OPAS.

Apesar de a SGTES informar que os recursos repassados são utilizados para custear despesas de diversas naturezas – com traslado do aeroporto ao hotel dos médicos participantes, com equipe técnica administrativa, com material de expediente, com secretárias bilíngues (para as etapas do acolhimento), com infraestrutura para realização dos módulos e das oficinas, com hospedagem (pensão completa) nos acolhimentos, recessos e oficinas e, ainda, com seguro, – não houve demonstração de quais os quantitativos estimados de cada item com os respectivos valores de referência, tampouco detalhes dos valores e quantitativos executados que comprovam a efetiva utilização dos R\$ 264.892.303,42.

Ante o exposto, conclui-se que o Ministério da Saúde não realizou o planejamento e acompanhamento adequados dos gastos relativos a seguro, logística de acolhimento e recesso, de forma que se possa acompanhar, com transparência, as informações necessárias sobre o andamento do Projeto e possibilitar a avaliação da eficácia, eficiência e economicidade da administração e da aplicação dos recursos públicos. Outrossim, não se comprovou documentalmente o destino dos R\$ 127.900.526,88 transferidos e que estavam pendentes de execução.

Do quantitativo de Profissionais

Quanto à análise referente ao quantitativo de bolsa-formação custeadas pelo Ministério da Saúde, instituída pelo inciso I do art. 19 da Lei nº 12.871/2013, realizou-se verificação do quantitativo de profissionais cooperados em atuação nos municípios nos meses de fevereiro a novembro de 2015, período selecionado para exame, comparando-se com a previsão de profissionais previstas nos Termos de Ajuste. Como resultado, verificou-se que 1.750 bolsas-formação foram previstas e antecipadamente custeadas pelo Ministério da Saúde, por intermédio da OPAS/OMS, sem a correspondente disponibilização dos profissionais, conforme demonstrado na tabela a seguir:

Tabela 5 – Comparativo entre Quantitativo de Médicos previstos e em atuação

Mês	Profissionais em atuação	Quantidade Prevista nos TA	Diferença
Fev/15	11.331	11.400	69
Mar/15	11.317	11.400	83
Abr/15	11.261	11.400	139
Mai/15	11.232	11.459	227
Jun/15	11.256	11.459	203
Jul/15*	11.333	11.459	126
Ago/15	11.333	11.459	126
Set/15	11.324	11.459	135
Out/15	11.178	11.459	281
Nov/15	11.098	11.459	361
Total			1.750

Fonte: Relatório de Auditoria Anual de Contas nº 201600675.

*Nos controles encaminhados pelo Ministério da Saúde não foi apresentada a relação de profissionais do mês de julho de 2015, de forma que o quantitativo de profissionais considerados para o cálculo é o mesmo contabilizado em agosto/2015.

Tem-se, portanto, que o Ministério da Saúde mensurou e repassou à Organização Pan-Americana da OPAS/OMS antecipadamente, para o período analisado, o correspondente à **R\$ 18.389.011,31** em valor superior à efetiva disponibilização de profissionais.

Diante de todo o exposto nos itens verificados, concluiu-se que a atuação da SGTES ao não acompanhar e atestar a realização dos serviços constantes do Termo de Cooperação, aliada à deficiência no planejamento e detalhamento dos gastos previstos nos Termos de Ajuste, propiciou a não execução de valores pagos antecipadamente no montante de **R\$ 316.673.845,99**.

Também não se demonstrou com a clareza adequada a sua aplicação em outros serviços e produtos relativos à Cooperação. Potencialmente, esse valor pode se consubstanciar em prejuízo ao erário, caso não sejam alteradas as práticas adotadas pela Unidade, especificamente quanto a utilização dos saldos sem comprovação da execução.

Para dirimir as situações apresentadas, **recomendou-se** de forma pontual à Unidade demonstrar documentalmente como se deu a reprogramação e a efetiva utilização dos R\$ 316.673.845,99, sob pena de requerer compensação dos valores atualizados dos recursos a serem repassados à OPAS/OMS.

Por meio do Ofício nº 113/SGTES/MS, de 10/08/2016, a Secretaria solicitou, tendo em vista a necessidade de adoção de diligências mais complexas que envolvem a busca, organização e análise de documentos, prorrogação de 90 dias para atendimento dessa recomendação. A recomendação ainda permanece pendente de atendimento, tendo em vista o não encaminhamento da documentação solicitada.

4.2. Questões e Subquestões referentes à avaliação da execução municipal

Questão 3 – Os municípios, médicos e supervisores participantes executam o Projeto de acordo com as diretrizes definidas pelo gestor federal?

Subquestão 3.1 – Houve a substituição de médico integrante de Equipe de Saúde da Família por participante do Projeto Mais Médicos?

Uma das principais diretrizes do Projeto Mais Médicos consiste na diminuição da carência de profissionais médicos nos municípios brasileiros. Para tal tem-se como premissa, conforme previsão do art. 11 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, de 08/07/2013, a não substituição, pelos municípios participantes do Projeto, de médicos que já compõem as equipes de atenção básica e a manutenção das equipes atualmente constituídas com profissionais médicos não participantes do Projeto.

Verificações realizadas em 222 Equipes de Saúde da Família instaladas em 198 municípios brasileiros apontaram que em 44 (20%) delas, vinculadas a 32 municípios, houve substituição de médicos por participantes do Programa Mais Médicos, contrariando o art. 11 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, de 08/07/2013 e impactando de forma negativa o principal objetivo do Programa que é aumentar o quantitativo de médicos para o fortalecimento da prestação de serviços de atenção básica no País.

Tal resultado reforça e confirma, através de verificações in loco, trabalho anterior da Controladoria que apontou que o Ministério da Saúde não utilizava mecanismos efetivos para identificação da redução de equipes ou profissionais da Atenção Básica preexistentes nas municipalidades, conforme já tratado na subquestão 2.1 deste relatório.

Para a solução da questão foi recomendado, em caráter estruturante, a implantação, pela SGTES, de sistemática de monitoramento quanto à redução de equipes de Atenção Básica nos municípios. A SGTES demonstrou a implantação de monitoramento, por meio de acompanhamento trimestral, da variação dos quantitativos de equipes de saúde da família e vem promovendo ações junto aos municípios que tem apresentado redução das equipes, objetivando obter justificativas e providências para a regularização da situação.

Pontualmente, para a situação identificada, recomendou-se à SGTES notificar os entes federativos para que apresentem justificativas e providências para regularização da situação, sob pena de descredenciamento do Projeto.

Subquestão 3.2 – Os médicos participantes cumprem a carga horária de 40 horas semanais?

Constatou-se que em 26% (48 médicos) das 184 Equipes de Saúde da Família (ESF) avaliadas houve o descumprimento da carga horária mínima obrigatória de 40 horas semanais, contrariando o disposto nos art. 10, VI e art. 21 da Portaria Interministerial nº 1.369, de 08/07/2013, que dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, conforme a seguir transcrito:

Art. 10. Compete ao Distrito Federal e aos Municípios participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, sem prejuízo de demais responsabilidades a serem definidas em editais específicos e termo de adesão e compromisso:

(...)

*VI - exercer, em conjunto com o supervisor, o acompanhamento e a fiscalização da execução das atividades de ensino-serviço, inclusive quanto ao **cumprimento da carga horária de 40 horas semanais** prevista pelo Projeto para os médicos participantes, ressalvadas as especificidades das equipes de saúde da família ribeirinhas e fluviais, e das atribuições previstas na Política Nacional de Atenção Básica, essenciais para a validação e recebimento da bolsa destinada ao médico, por meio de sistema de informação disponibilizado pela Coordenação do Projeto.*

*Art. 21. As ações de aperfeiçoamento dos médicos participantes serão realizadas **com carga horária semanal de 40 (quarenta) horas** no curso de especialização e nas atividades que envolverão ensino, pesquisa e extensão, com componente assistencial na modalidade integração ensino-serviço nas unidades básicas de saúde no município e no Distrito Federal. **(grifamos)***

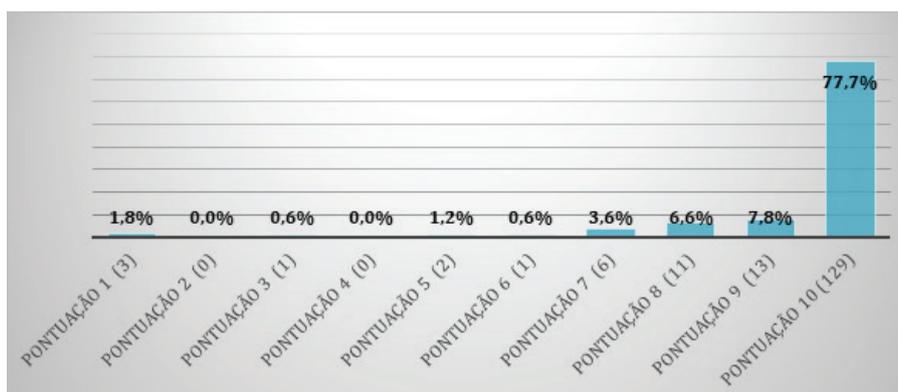
Tal constatação, identificada a partir de fiscalização in loco, reforça situação já apresentada neste Relatório, subquestão 2.4, a qual identificou que a sistemática de pagamento, instituída pela Unidade, não vinculava o pagamento de bolsas-formação ao cumprimento da carga horária dos profissionais do projeto, condição considerada pela Portaria Interministerial 1.369/2013 como essencial para a validação e recebimento dos valores.

Para a solução do problema **recomendou-se** à SGTES a inclusão de funcionalidade no Sistema SGP que permita aos gestores municipais informar além de outros parâmetros, a carga horária dos profissionais.

A SGTES informou que está em fase de desenvolvimento funcionalidade no SGP que permitirá aos gestores municipais registrarem mensalmente a carga horária dos médicos, com prazo final para entrar em atividade, ainda no ano de 2017. O atendimento à recomendação permanece no aguardo da implementação definitiva da funcionalidade.

Adicionalmente, a fim de obter avaliação acerca da assiduidade e pontualidade no desempenho das atividades por parte dos médicos intercambistas (brasileiros com diploma não revalidado ou estrangeiros), foram realizadas entrevistas com os Coordenadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em que atuavam os profissionais avaliados. As respostas foram dadas segundo uma escala de pontuação preestabelecida, variando entre 1 e 10 pontos, onde 1 corresponde à assiduidade e pontualidade muito baixa e 10 à assiduidade e pontualidade excelente. Os resultados obtidos estão detalhados no gráfico a seguir:

Gráfico 1 – Percepção dos Coordenações de Unidade Básica de Saúde quanto à Assiduidade e Pontualidade dos médicos participantes do Projeto



Da análise do gráfico, observa-se que 92% (153 de 166) dos Coordenadores de UBS entrevistados afirmaram, quanto ao aspecto da assiduidade e pontualidade, que os médicos intercambistas tiveram desempenho ótimo a excelente (pontuação de 8 a 10). Tais resultados são distintos daqueles verificados em avaliação anterior realizada pela CGU no que se refere aos médicos brasileiros atuantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Nas duas ocasiões em que foram realizadas essas avaliações – Relatório de Avaliação da Execução de Programas de Governo nº 8/2012 e nº 49/2015 –, constatou-se que o grau de inassiduidade era de 67% e 65% respectivamente. Há que se distinguir, todavia, o método de obtenção de respostas para os dois casos, porquanto, na atual análise, os dados decorreram de entrevistas com os Coordenadores de UBS; já nos trabalhos anteriores – RAV nº 8/2012 e 49/2015 – a análise decorreu de verificações in loco e documentais, bem como de entrevistas com pacientes.

No que se refere ao quantitativo de dias em que a ESF prestou atendimento à população no mês de outubro/2014, em 207 Equipes de Saúde da Famílias avaliadas os resultados obtidos foram os seguintes:

Tabela 6 – Quantitativo de Equipes de Saúde da Família (ESF) por número de dias de atendimento à população em outubro de 2014

Número de dias com atendimento	Qtde. de ESF
0	3
3	1
5	2
6	2
7	2
8	3
9	3
10	5
11	6
12	3
13	6
14	5
15	13
16	14
17	29
18	43
19	10
20	5
21	12
22	26
23	13
Total Geral	206

Considerando que o mês de outubro de 2014 teve 23 dias úteis, verificou-se que 193 ESF (93,6%) não atenderam à população em todos os dias úteis no mencionado período. Observa-se que a maioria das ESF (152) atenderam por um quantitativo de dias compreendido entre 15 e 22 dias/mês. Tais dados revelam baixo percentual de atendimento à população por parte das ESF e contrariam o disposto no art. 10, VI e art. 21 da Portaria Interministerial nº 1.369, de 08/07/2013, já transcritos anteriormente.

Para uma análise mais aprofundada, os dados ora apresentados devem ser analisados conjuntamente com as informações apuradas quanto aos dias de afastamento legal dos profissionais médicos no mês de outubro/2014, conforme tabela:

Tabela 7 – Quantitativo de Médicos por número de dias afastado

Nº de dias de afastamento - outubro/2014	Qtde. médicos	%
0	130	67
1	6	3
2	6	3
3	1	1
4	7	4
5	11	6
6	2	1
7	2	1
8	1	1
13	1	1
14	3	2
15	8	4
26	1	1
28	1	1
31	1	1
Impossível Avaliar	12	6
Total Geral	193	100

Verifica-se que grande parte das ausências não se justifica pelos afastamentos legais dos médicos, pois a maioria desses profissionais (67%), conforme consta do Quadro anterior, não esteve de licença no mês de outubro de 2014 e apenas 13 médicos atenderam nos 23 dias úteis de outubro de 2014.

Diante dos fatos verificados, foram **formuladas recomendações** à SGTES, em caráter pontual, notificar, nos termos da Resolução DEPREPS/SGTES nº 1/2013, a Comissão Estadual do Projeto acerca da necessidade de aplicação da penalidade de advertência, nos casos de ausência injustificada do médico participante de suas atividades a partir de 4 horas até 2 dias úteis, ou aplicar a penalidade de desligamento, no âmbito da Coordenação Nacional do Projeto, nos casos de ausência injustificada do médico participante de suas atividades por período superior a 2 dias. O atendimento dessas situações está sendo monitorado pela Controladoria.

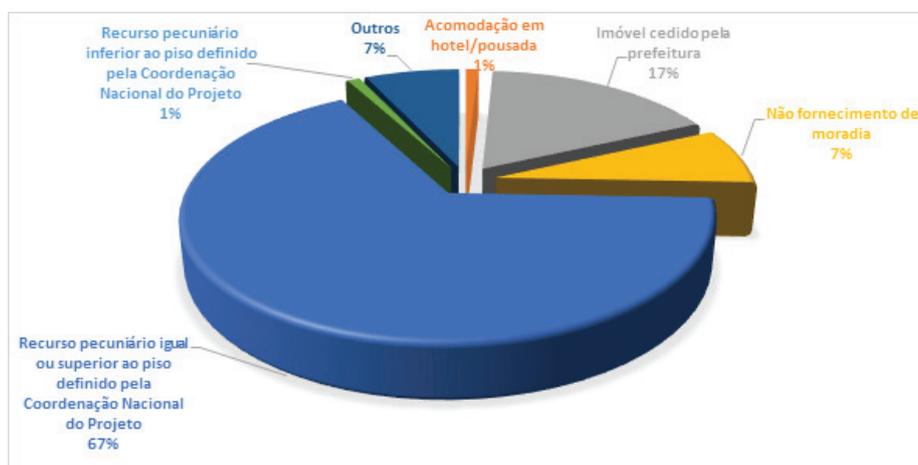
Subquestão 3.3 – Os municípios fornecem moradia, alimentação e transporte para o exercício das atividades dos médicos em conformidade com a legislação?

Em 215 Equipes de Saúde da Família (ESF) avaliadas quanto ao fornecimento de moradia ao profissional médico, verificou-se que em 16 casos (7,5%) não houve a disponibilização da moradia e que em 2 casos foi ofertado recurso pecuniário inferior ao piso definido pela Coordenação Nacional do Projeto, o qual, na época, era de R\$ 500,00 conforme dispõe o art. 3º da Portaria MS nº 30, de 12/02/2014. Os 18 casos mencionados representam cerca de 8% do total de equipes avaliadas. Seguem adiante tabela demonstrativa das situações encontradas e respectivo gráfico:

Tabela 8 – Quantitativo de Moradia fornecida pelos gestores municipais em outubro de 2014 por tipo

Tipo	Quantidades
Acomodação em hotel/pousada	2
Imóvel cedido pela prefeitura	37
Não	16
Recurso pecuniário igual ou superior ao piso definido pela Coordenação Nacional do Projeto	143
Recurso pecuniário inferior ao piso definido pela Coordenação Nacional do Projeto	2
Outros	15
Total Geral	215

Gráfico 2 – Tipo de Moradia



Quanto ao fornecimento de alimentação, das 215 ESF avaliadas, observou-se que o não fornecimento de alimentação ao profissional médico e o pagamento de valor pecuniário inferior a R\$ 500,00/mês ocorreram em 24 casos. Tais falhas representam 11% dos casos avaliados. As falhas encontradas estão em desacordo com o que dispõe o art. 9º e 10 da Portaria MS nº 30, de 12/02/2014, a seguir transcritos:

Art. 9º O ente federativo deverá assegurar o fornecimento de alimentação ao médico participante, mediante:

I - recurso pecuniário; ou

II - in natura.

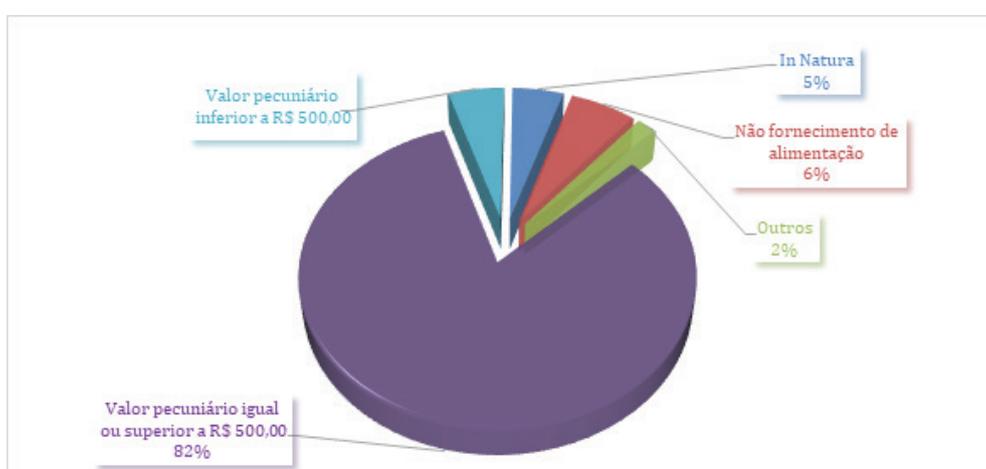
Art. 10. Sendo assegurada a alimentação mediante recurso pecuniário, deverá o ente federativo adotar como parâmetros mínimo e máximo os valores de R\$ 500,00 (quinhentos reais) e R\$ 700,00 (setecentos reais).

Seguem adiante tabela demonstrativa das situações encontradas e respectivo gráfico:

Tabela 9 – Quantitativo por tipo de alimentação fornecida no mês de outubro de 2014

Tipo	Quantidade
In Natura	10
N	13
Outros	4
Valor pecuni	177
Valor pecuni	11
Total Geral	215

Gráfico 3 – Tipo de Alimentação



Já em relação ao transporte, de um total de 226 ESF avaliadas, verificou-se que em 8 casos apenas não houve fornecimento de transporte ao profissional médico, o que representa 3,5% do total de casos avaliados. Observa-se, ainda, que em 70% dos casos (156) não houve necessidade de oferta de transporte ao profissional médico. Segue adiante tabela demonstrativa das situações encontradas e respectivo gráfico:

Tabela 10 – Quantitativo de fornecimento de transporte ao profissional médico em outubro de 2014

Situação verificada	Quantitativo
Não se aplica	156
Não houve fornecimento	8
Houve fornecimento	62
Total Geral	226

Gráfico 4 – Oferta de Transporte



Diante dos fatos constatados, foi **recomendado** à SGTES, em caráter pontual, notificar os 23 entes municipais para que apresentasse, nos termos da Resolução SGTES nº 30/2013, justificativas e providências para a regularização da situação apontada, sob pena de descredenciamento do Projeto. A recomendação vem sendo monitorada pela CGU.

Tendo em consideração o baixo número de ocorrências negativas no que tange à disponibilização de transporte ao profissional médico, optou-se pela não formulação de recomendações de caráter estruturante para esta questão específica.

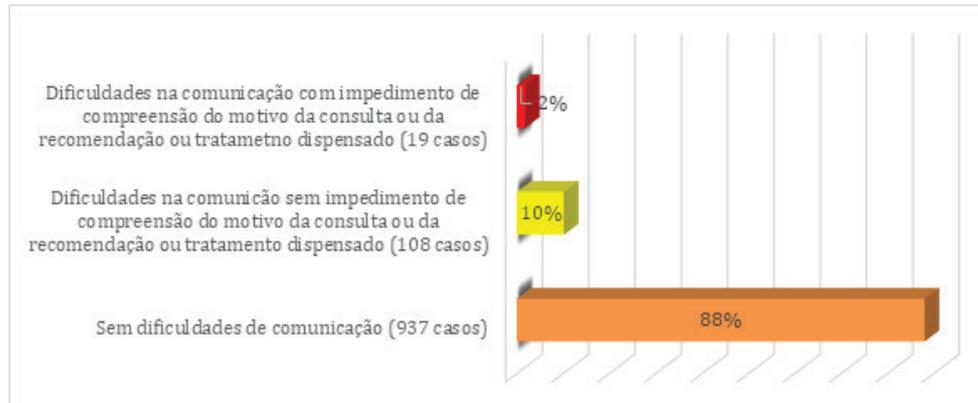
Quanto às questões relativas ao fornecimento de moradia e alimentação adequadas, **recomenda-se**, em caráter estruturante, que a SGTES finalize a construção do Índice de Desenvolvimento na Gestão do Projeto Mais Médicos para o Brasil, que avalia e hierarquiza a capacidade de os gestores municipais cumprirem as responsabilidades constantes dos Termos de Adesão e Compromisso do Projeto, entre elas o fornecimento de moradia e alimentação aos médicos participantes.

Subquestão 3.4 – A comunicação em Língua Portuguesa entre os médicos intercambistas e os usuários é satisfatória?

Para a verificação da subquestão foram realizadas 1.064 entrevistas com pacientes cujos médicos eram intercambistas estrangeiros, tendo sido informado em 127 casos (12%) a existência de dificuldades de comunicação impostas pelas diferenças idiomáticas entre médicos e pacientes. Os casos identificados demonstram que o Módulo de Acolhimento e Avaliação dos médicos intercambistas estrangeiros, previsto na Portaria nº 1.369/2013, não garante uma boa comunicação entre uma parcela dos pacientes.

Importa mencionar que, entre os 127 casos relatados de existência de dificuldades de comunicação em virtude das diferenças idiomáticas, em 19 casos (2% do total de entrevistados) tais dificuldades, segundo os pacientes, impediram a compreensão do motivo da consulta ou da recomendação ou tratamento dispensados pelo médico intercambista estrangeiro.

Gráfico 5 – Comunicação Médico estrangeiro x Pacientes



Não houve formulação de recomendações pontuais para a presente constatação. Levando em consideração o baixo percentual (2%) de pacientes segundo os quais a diferença idiomática constituiu fator impeditivo para a compreensão do motivo da consulta ou da recomendação ou tratamento dispensados ao paciente pelo médico intercambista estrangeiro, entende-se desnecessária, também, a formulação de recomendação estruturante.

5. Conclusão

A avaliação da execução do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), realizada por meio de auditoria na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e de ações fiscalizatórias envolvendo 198 municípios, 233 Unidades Básicas de Saúde e entrevistas com 1.237 pacientes, revelou que a atuação dos gestores federais e municipais, dos médicos participantes e dos supervisores do Projeto ocorreram em parcial desacordo com as diretrizes estabelecidas, cumprindo parcialmente o objetivo do Programa de incrementar o quantitativo de profissionais médicos em municípios prioritários do SUS.

A abordagem da CGU ocorreu por meio de duas linhas de ação: a primeira avaliou a atuação do Ministério da Saúde na seleção dos municípios e dos profissionais médicos e no monitoramento do Projeto; e a segunda avaliou a execução do Projeto nos municípios que receberam profissionais médicos.

Acerca da atuação do Ministério da Saúde no que trata dos controles relacionados ao processo de seleção dos municípios e profissionais médicos, destacam-se falhas referentes à insuficiência dos controles internos administrativos adotados pelo gestor, em vista das inconformidades na utilização dos critérios de priorização da alocação de médicos do Projeto nos entes federativos e referentes à ausência de pleno atendimento pelos médicos participantes dos critérios definidos para habilitação ao Projeto Mais Médicos para o Brasil.

As avaliações realizadas apontaram que a alocação dos profissionais médicos não priorizou totalmente o atendimento à demanda das vagas primeiramente nos municípios classificados nos perfis mais vulneráveis, haja vista a alocação de médicos em municípios com menor vulnerabilidade sem que todas as vagas dos municípios de maior vulnerabilidade fossem ocupadas. As análises apontam para ausência de clareza da metodologia adotada quanto ao nível de priorização utilizado para a distribuição dos profissionais do Projeto. Tal situação aponta fragilidades na atuação do MS, tendo em vista que os resultados vão de encontro a um dos objetivos da Lei nº 12.871/2013 que propõe a diminuição da carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, com a finalidade de reduzir as desigualdades regionais na área de Saúde.

Com menor impacto, porém não menos importante, verificou-se que apesar da atuação da SGTES garantir o cumprimento dos requisitos de habilitação previstos na Lei e na Portaria Interministerial, esta não adota uma sistemática eficiente de verificações quanto ao atendimento dos critérios previstos em editais, relativos a questões criminais, eleitorais e militares, necessários para a homologação da vaga ao candidato.

Como aspecto positivo, destaca-se a atuação da Secretaria, que prontamente, após a identificação do problema pela CGU, reformulou o processo de aperfeiçoamento dos médicos, por meio da Resolução SGTES/MS nº 2/2015. Essa resolução incluiu dois ciclos formativos complementares de

atividades de ensino, pesquisa e extensão, dando conformidade ao art. 14 da Lei nº 12.871/2013, provendo previsão normativa para prorrogação da participação dos profissionais médicos no Projeto condicionada ao oferecimento de outras modalidades de formação.

Quanto à atuação do Ministério da Saúde no que trata dos mecanismos para monitoramento do funcionamento do Projeto, destacam-se falhas graves, em vista da ausência de sistemática de monitoramento dos quantitativos de profissionais alocados nos municípios e principalmente fragilidades dos controles relativos à aplicação dos recursos que ocasionaram pagamentos indevidos e conseqüente prejuízo ao erário.

Uma das principais diretrizes do Projeto Mais Médicos está relacionada à diminuição da carência de profissionais médicos nos municípios brasileiros e tem como premissa a não substituição, pelos municípios, de médicos que já compõem as equipes de atenção básica por médicos do Projeto e a manutenção das equipes atualmente constituídas, objetivando, assim, o aumento do quantitativo de médicos para fortalecer a prestação de serviços de atenção básica no País.

Neste contexto, analisou-se dois aspectos: o quantitativo de equipes e o de médicos. Inicialmente verificou-se a redução de 222 equipes cadastradas em 127 municípios, demonstrando a falta de mecanismos efetivos de monitoramento por parte da Secretaria. Diante de tais fatos a SGTES aprimorou seus controles e desenvolveu metodologia de monitoramento da redução de equipes de atenção básica e iniciou a implementação de índice de qualidade da gestão com objetivo de monitorar o grau de cumprimento das responsabilidades do gestor municipal quanto à ampliação da cobertura de equipes na atenção básica.

No que tange ao monitoramento relativo à alteração no quantitativo de médicos, após a disponibilização de profissionais do Projeto, verificou-se que a Secretaria não possui sistemática estabelecida, situação que dificulta a identificação de indícios de substituição indevida de profissionais com vínculo empregatício por médicos do Projeto Mais Médicos. Tal monitoramento pode permitir, também, a identificação da evolução de médicos nas municipalidades e o alcance de um dos objetivos do Projeto.

No que trata dos controles de monitoramento dos pagamentos realizados no âmbito do Projeto, foram verificadas duas situações. Primeiramente, se analisou a conformidade dos pagamentos efetuados diretamente aos médicos intercambistas individuais e médicos formados em instituições de ensino superior brasileiras ou com diploma revalidado. O outro ponto refere-se a questão dos pagamentos realizados no âmbito do Termo de Cooperação Técnica firmado com a OPAS.

Quanto à primeira situação, foram realizadas análises sobre os pagamentos de ajuda de custo e de bolsa formação, e como resultado identificou-se: a) pagamentos de ajuda de custo realizados indevidamente no montante de R\$ 221,9 milhões à título de repasse e R\$ 804 mil à título de deslocamento; e b) pagamentos indevidos e ausência de vinculação entre os pagamentos de bolsa formação e o cumprimento da carga horária no montante de R\$ 1 milhão.

As recomendações para devolução dos recursos ainda não foram sanadas.

Quanto à segunda situação, há que se esclarecer inicialmente que a Lei nº 12.871/13 possibilitou ao Ministério da Saúde firmar acordos e instrumentos de cooperação com organismos internacionais para a execução de ações referentes ao PMMB, inclusive com transferência de recursos. Neste sentido o MS celebrou o Acordo de Cooperação Técnica nº 80/2013 firmado com a OPAS. Neste contexto, buscou-se avaliar a atuação da SGTES no acompanhamento e atestação dos serviços cooperados.

Como resultado das análises verificou-se: a) as prestações de contas parciais apresentadas pela OPAS contemplam de forma genérica e sem detalhamento suficiente as categorias de gastos, o montante alocado, os desembolsos efetuados e as obrigações pendentes; e b) a SGTES não demonstrou manter adequado controle documental dos produtos e serviços realizados; não demonstrou analisar e acompanhar a execução técnica e financeira definida nos Planos de trabalho; e não demonstrou possuir informações necessárias sobre o andamento do Projeto de Cooperação em execução.

Tais fragilidades de controle propiciaram, no âmbito do Acordo de Cooperação Técnica nº 80/2013 (TC 80), a transferência antecipada de recursos para a realização de despesas relacionadas à ajuda de custo, passagens nacionais e internacionais, seguro, logística, acolhimento e recesso e bolsa-formação, no montante de R\$ 316,6 milhões. Além disso não se demonstrou com clareza adequada a aplicação desse recurso, podendo se consubstanciar em prejuízo ao erário.

De forma positiva, identificou-se as seguintes ações desenvolvidas pelo gestor federal: desenvolvimento e instituição de fluxos procedimentais para a formatação e instrução dos processos administrativos para a apuração de denúncias de descumprimento de obrigações e para a aplicação de penalidades; e desenvolvimento de indicadores de avaliação agrupados em dimensões cuja metodologia de construção encontra-se em concordância com o documento Indicadores de Programas – Guia Metodológico –, buscando a escolha de indicadores diretamente relacionados com o desenho do Programa.

No que diz respeito à avaliação da execução do projeto pelos municípios, as falhas com maiores percentuais de ocorrências foram aquelas relacionadas à substituição de médicos que já compõem as equipes de atenção básica por profissionais participantes do Projeto Mais Médicos, bem como as relacionadas ao descumprimento da carga horária mínima obrigatória.

Acerca da substituição indevida do médico já atuante em equipes de atenção básica, por médicos do Projeto, verificou-se elevado percentual de ocorrência (20%), o que contraria uma das diretrizes basilares do Programa.

No que se refere ao descumprimento da carga horária pelos médicos participantes (40 horas), verificou-se tal situação em 26% dos casos analisados.

Em relação ao fornecimento de moradia, alimentação e transporte, itens integrantes dos termos de adesão e compromisso celebrados pelo gestor local com a Coordenação do Projeto, apresentaram menor grau de constatação de falhas – 8%, 11% e 3,5% respectivamente –, nada obstante devam ser objeto de melhorias nos controles de sua oferta pelo ente municipal, principalmente em relação aos dois primeiros itens.

Quanto ao impacto da comunicação em língua portuguesa entre médicos intercambistas e os usuários, a avaliação apontou que, dos 1.064 usuários entrevistados, 127 (12%) informaram a existência de dificuldades de comunicação impostas pelas diferenças idiomáticas. Desses, 19 situações indicaram que tais dificuldades impediram a compreensão do motivo da consulta ou da recomendação ou do tratamento dispensado pelo médico. Os casos demonstram que o Módulo de Acolhimento e Avaliação dos médicos intercambistas não garante uma boa comunicação entre uma parcela dos pacientes e médicos.

Todas as questões foram discutidas com a SGTES. Como resultado foram emitidas recomendações pontuais, de modo a obtenção de soluções imediatas, e recomendações estruturantes objetivando a melhoria da gestão do Projeto por meio de medidas de aperfeiçoamento dos controles internos administrativos da Unidade.

Diante do contexto apresentado, considera-se que a observância, por parte do gestor federal, das recomendações formuladas e a adoção de outras medidas julgadas convenientes devem contribuir para a redução significativa dos achados indesejáveis ora apresentados. Entende-se que as recomendações feitas são viáveis, podendo parte delas, inclusive, ser implementada com a utilização de sistemas de informações já existentes no âmbito do Ministério da Saúde, como é o caso do Sistema de Gerenciamento de Processos (SGP) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o que diminuiria custos para o atendimento das recomendações registradas.