Universidade de Brasília
Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas
Departamento de Gestão de Políticas Públicas
Especialização em Orçamento e Políticas Públicas

VANIZIA MARQUES DE FREITAS

Programa Mais Médicos para o Brasil – PMM

Orientador: Prof. Antonio Carlos dos Santos

Brasília – DF
2020

VANIZIA MARQUES DE FREITAS

Programa Mais Médicos para o Brasil – PMM

Monografia do Curso de Especialização em Orçamento e Políticas Públicas da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Especialização em Orçamento e Políticas Públicas.

Banca Examinadora:

_____

_____

Brasília, DF
2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus por ser a base das minhas conquistas; meus pais e irmãos pelo apoio e carinho; meu filho Luís Otávio pelo amor compreensão incondicional e por me transmitir paz e tranquilidade nos momentos difíceis; aos meus sobrinhos pela alegria de viver; aos Gestores do Ministério da Saúde, minha gratidão pela oportunidade, incentivo e confiança, que foram fundamentais para desenvolver esse trabalho com muita dedicação e compromisso; ao meu professor orientador Antonio Carlos dos Santos pelas valiosas contribuições dadas durante todo o processo. Obrigada por me manter motivada. Por último, quero agradecer também à Universidade de Brasília e todo o seu corpo docente. A todos o meu muito obrigada!

RESUMO

O investimento em saúde é uma forma de evitar que a população tenha grandes problemas de relacionados ao tema. O êxito de um investimento feito com o devido planejamento ajuda nas tomadas de decisões que resultem em saúde, em outras palavras, ajuda a tornar as opções saudáveis mais fáceis de serem tomadas. A universalização do direito à saúde, adquirida a partir da Constituição Federal (CF) de 1988, foi uma grande conquista da população brasileira. Apesar de um direito, muitas regiões longínquas, de difícil acesso e nas periferias das grandes cidades acabavam por não ter acesso ou ter acesso de forma muito limitada aos serviços disponíveis pelo governo. Uma das soluções para resolver este problema foi a consolidação do SUS como política de Estado. Devido à necessidade de atender ainda mais a questão da universalização da saúde foi criado o Programa Mais Médicos. O projeto tem quatro propostas principais que objetivariam melhor a qualidade da política pública de saúde e do SUS. O SUS, por ser um sistema público, ou seja, administrado pelo governo, é financiado por toda a sociedade. A forma de financiamento utilizada é o de mínimos constitucionais pelas três esferas de governo. Por conta disso que este trabalho tem como objetivo geral: demonstrar a dinâmica do Programa Mais Médicos; e como objetivos específicos: verificar o quantitativo de médicos alocados pelo Programa de 2013 a 2019; analisar a execução financeira e orçamentária do Programa Mais Médicos. A relevância desse estudo se deu pela necessidade de entender melhor como funciona o programa mais médicos na prática, incluindo nisto questões orçamentárias, vistas com pouca transparência de modo geral na mídia como um todo. Foi possível concluir, analisando o orçamento do programa mais médicos, que os “restos a pagar não pagos” aumentaram consideravelmente nos últimos anos, principalmente no ano de 2019, apesar deste ser o ano que teve um decréscimo de médicos no programa por conta da quebra do acordo de Cuba com o Brasil. O não pagamento de uma despesa pública no mesmo ano é algo comum em orçamentos públicos, no entanto, o que é visto é o uso excessivo e abusivo dos “restos a pagar” pelos governos, podendo isso ser uma espécie de manobra contábil de postergação de obrigações financeiras.

Palavras-chave: PROGRAMA. MAIS. MÉDICOS. FINANCEIRO.

ABSTRACT

Investment in health is a way to prevent the population from having major health problems and disability. The success of an investment made with proper planning helps in making decisions that result in health, in other words, it helps to make healthy options easier to make. The universalization of the right to health, acquired from the Brazilian constitution, was a great achievement for the Brazilian population. Despite a right, many remote regions, of difficult access and on the outskirts of large cities, ended up not having access or having very limited access. One of the solutions created to solve this problem was the consolidation of SUS as a State policy. Due to the need to attend even more to the issue of universal health, the Mais Médicos Program was created. The project has four main proposals that would better target the quality of public health policy and SUS. SUS, as a public system, that is, administered by the government, is financed by the whole society. The form of financing used is that of constitutional minimums by the three spheres of government. Because of this, this work has as general objective: to demonstrate the dynamics of the Mais Médicos Program; and as specific objectives: to verify the number of doctors allocated by the Program from 2013 to 2019; analyze the financial and budgetary execution of the Mais Médicos Program. The relevance of this study was due to the need to better understand how the more medical program works in practice, including budget issues, seen with little transparency in general in the media as a whole. It was possible to conclude, analyzing the budget of the program more doctors, that the "remnants to pay to pay" increased considerably in the last years, mainly in the year of 2019, despite this being the year that had a decrease of doctors in the program due to the break Cuba's agreement with Brazil. The non-payment of public expenditure in the same year is common in public budgets, however, what is seen is the excessive and abusive use of "leftovers to be paid" by governments, which can be a kind of accounting maneuver of postponement of financial obligations.

Keywords: PROGRAM. MORE. DOCTORS. FINANCIAL.

LISTA DE TABELAS

Quadro 01: Quantitativos de médicos do Programa Mais Médicos. 24
Quadro 02: Relação de médicos intercambistas no Programa Mais Médicos. 26
Quadro 03: Regiões cobertas com um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest). 28
Quadro 04: Aplicação de adultos que consomem frutas e hortaliças regularmente. 29
Quadro 05: Meta para diminuição do crescimento da obesidade na população adulta. 30
Quadro 06: Dotação atualizada do Programa Mais Médicos. 31
Quadro 07: Restos a pagar a pagar. 31
Quadro 08: Valor das bolsas para os médicos do Programa Mais Médicos. 32
Quadro 09: Execução Orçamentária de auxílio financeiro a estudantes 33
Quadro 10: Sentenças judiciais do Programa Mais Médicos. 34

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Gráfico da quantidade de médicos do programa mais médicos. 25
Gráfico 02: Divisão dos médicos do programa entre as regiões do Brasil. 25

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 9
1.1. Objetivos 10
1.2. Justificativa 10
1.3. Organização do TCC 11
2. REFERENCIAL TEÓRICO 12
2.1. Orçamento Público 12
2.1.1. Plano Plurianual (PPA): 12
2.1.2. Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO): 15
2.1.3. Lei Orçamentária Anual (LOA) 16
2.2. Programa Mais Médicos 18
2.3. Estratégia Saúde da Família (ESF) 19
2.4. Estudos Recentes sobre PMM. 21
3. METODOLOGIA 23
4. RESULTADOS 24
4.1. Quantitativo total de médicos Brasileiros e de intercambistas alocados pelo Programa Mais Médicos 24
4.2 Demonstrativo da Execução dos Objetivos do Ministério da Saúde – Indicadores e Metas da Atenção Primária em Saúde 27
4.3. Execução financeira e orçamentária do Programa Mais Médicos 31
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 35
REFERÊNCIAS 36
ANEXOS 1

1. INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil teve início pela filantropia, mais precisamente pelo cunho filantrópico religioso, a caridade. O atendimento era feito pelas instituições e médicos filantropos. Paralelamente a esse atendimento, feito majoritariamente por esses médicos, o Estado fazia algumas ações de saúde em períodos de epidemias, como as ações de vacinação e/ou de saneamento básico, feitas no Rio de Janeiro no final do século XIX e início do XX (CARVALHO, 2013).

Nesse período o Estado também já se responsabilizava pela intervenção de algumas doenças negligenciadas, como as doenças mentais, a hanseníase, a tuberculose, entre outras. Ainda no século XX, em 1923, o Estado já começava a fazer atendimentos emergenciais e internações gerais, conforme afirma o mesmo autor.

Somente no final de 1963, com a 3º Conferência Nacional de Saúde, que se começou a estudar sobre a criação de um sistema de saúde. Nessa conferência foi mencionada a criação de um sistema de saúde para todos - sendo a saúde um direito de todos os cidadãos - e que o mesmo fosse organizado descentralizadamente, onde cada município pudesse ter sua própria autonomia (CARVALHO, 2013).

A partir de então, foram testados projetos privatizantes como o do Vale Consulante, que não foi implantado, e a criação, de fato, de um sistema de saúde que tinha como objetivo colocar a saúde como direito de todos os cidadãos e um dever consequente do Estado.

O sistema de saúde público universal, denominado Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituído pela Constituição Federal (CF) de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080/1990 e 8.142/1990. Esse sistema tem como característica a determinação constitucional de que a Saúde é Direito do Cidadão e dever do Estado (CARVALHO, 1995).

A relevância pública dada à saúde, declarada na Constituição Federal, tem o significado do destaque e proeminência da saúde entre tantas outras áreas e setores (CARVALHO, 2013). Cabe salientar que foram consideradas como de relevância social tanto a saúde pública como a privada.

Nesse tipo de programa público, há uma certa carência de médicos em algumas unidades hospitalares. Isso varia muito de município e de estado, sendo, portanto, uma das justificativas para a criação do Programa Mais Médicos (PMM). O objetivo do programa é diminuir a carência de médicos e reduzir as desigualdades regionais em saúde (SANTOS, COSTA e GIRARDI, 2015).

O Programa Mais Médicos envolve três estratégias: mais vagas e novos cursos de medicina baseado em diretrizes curriculares revisadas; investimentos na construção de unidades básicas de saúde; e provimento de médicos brasileiros e estrangeiros (SANTOS, COSTA e GIRARDI, 2015).

Para o programa funcionar de forma eficiente, é preciso que o orçamento para a alocação de médicos e equipamentos, a cada Estado e Município, esteja de acordo com a necessidade de cada um. Apesar de haverem normas que regulamentam e impõem limites para aplicação em saúde pública e para o programa, será que os recursos públicos destinados estão sendo alocados de acordo com o planejado e definidos nos instrumentos de gestão.

1.1.Objetivos

Como objetivo geral este trabalho visa demonstrar a dinâmica do Programa Mais Médicos. Para tanto, os objetivos específicos deste trabalho são:

- Verificar o quantitativo total de médicos e de Intercambistas alocados pelo Programa anualmente no período de 2013 à 2019;
- Análise da execução financeira e orçamentária aplicada ao Programa Mais Médicos no período de 2013 à 2019.

1.2.Justificativa

O SUS, por ser um sistema público, ou seja, administrado pelo governo, é financiado por toda a sociedade. A forma de financiamento é o de mínimos constitucionais pelas três esferas de governo. De 2002 a 2012, a regra de aplicação mínima de recursos com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) era definida pela Emenda Constitucional nº 29/2000, são despesas gratuitas e universais. Entre 2013 e 2015, a aplicação mínima passa a ser normatizada pela Lei Complementar nº 141/2012. Assim a base de cálculo para esse mínimo, pelo governo federal, passou a ser as despesas empenhadas no ano anterior ao da execução, acrescidas da variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB (BRASIL, 2000).

A forma de execução orçamentária para esse tipo de financiamento público ocorre da seguinte forma: ultrapassada a fase de autorização das dotações orçamentárias, são estabelecidos, por meio de decretos, os limites contingenciamento das despesas, os

cronogramas de desembolso e a programação financeira, os quais devem ser observados por todos os Órgãos durante o exercício financeiro.

Esses decretos fixam limites para movimentação, empenho e pagamento das despesas dos grupos “outras despesas correntes”, “investimento” e “inversões financeiras” dos órgãos do Poder Executivo para o exercício corrente e para os restos a pagar de exercícios anteriores (BRASIL, 2016ª).

No Programa Mais Médicos, criado para fazer o alocamento de médicos e de recursos públicos, não é diferente, pois devem seguir as normas dos serviços públicos. Já sobre essas normas, mais precisamente, sobre o limite para movimentação dos recursos destinados à saúde pública, não se sabe o Programa segue as necessidades que uma ação focada à saúde precisa.

O programa recebe diversos elogios pela assistência dada às populações em situação de vulnerabilidade das regiões mais desassistidas do país, mas da mesma forma que é elogiado, é criticado pela quantidade de dinheiro público gasto com a sua manutenção (FIGUEIREDO, 2019).

Com a utilização de tais argumentos, é colocado como possibilidade, um mix do público-privado do sistema de saúde brasileiro para a melhora da qualidade e da diminuição de gastos com o programa, mas será que existe essa necessidade mesmo (SANTOS, 2008)? Devido a tais argumentos será principalmente analisado neste trabalho as questões econômicas e orçamentária do Programa Mais Médicos, visto atualmente, com pouca transparência pelos meios de comunicação convencionais.

1.3.Organização do TCC

O TCC será dividido em duas partes: pesquisa focada em referencial teórico e em dados. A primeira parte, a pesquisa em referencial teórico, abordará questões relacionadas ao SUS, ao Programa Mais Médicos, além de questões orçamentárias desse programa. A segunda parte, focada em dados, será voltada a pesquisas relacionadas à execução orçamentária e financeira aplicada ao Programa Mais Médicos e na comparação dos dados de planejamento com os resultados alcançados.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Orçamento Público

O orçamento público é um instrumento utilizado para fazer o planejamento da programação requerida pela sociedade, a qual é financiada com as contribuições de todos os cidadãos por meio do pagamento de tributos, contribuições sociais e tarifas de serviços públicos (PALUDO, 2013).

Segundo este mesmo autor, o orçamento público apresenta três importantes dimensões de interesse direto para a sociedade: dimensão jurídica, dimensão econômica e dimensão política, conforme a seguir detalhado:

- **Dimensão jurídica:** o orçamento público tem caráter e força de lei, e define limites a serem respeitados pelos governantes e agentes públicos para a análise de despesas públicas e para a arrecadação de receitas. A elaboração e a aprovação do orçamento público segue o mesmo processo legislativo de discussão, emenda, votação e sanção presidencial como qualquer outra lei.
- **Dimensão econômica:** é através do orçamento público que é extraído recursos da sociedade e injetado nas áreas selecionadas. Esse processo redistributivo não é neutro do ponto de vista da eficiência econômica e da trajetória de desenvolvimento de longo prazo. Os incentivos microeconômicos e setoriais, quanto as variáveis macroeconômicas relativas ao nível de inflação, endividamento e emprego na economia, são diretamente afetados pela gestão orçamentária.
- **Dimensão política:** se o orçamento público tem um inequívoco caráter redistributivo, o processo de elaboração, aprovação e gestão do orçamento embute, necessariamente, perspectivas e interesses conflitantes que se resolvem, em última instância, no âmbito da ação política dos agentes públicos e dos inúmeros segmentos sociais.

O orçamento público brasileiro é constituído de três Instrumentos principais: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA); tais instrumentos detalhados a seguir:

2.1.1. Plano Plurianual (PPA):

O planejamento plurianual é o instrumento legal de maior alcance no estabelecimento das prioridades e no direcionamento das ações do governo. Ele tem o compromisso com os

objetivos e a visão de futuro, assim como a previsão de alocação dos recursos orçamentários nas funções de Estado e nos programas de governo (PALUDO, 2013).

A Constituição Federal de 1988 (CF/88), em seu Art. 62, § 1º, inc. I, “d” explica que o planejamento plurianual para a administração pública é obrigatório e deve ser aprovado mediante lei, não sendo admitida sua formalização mediante Medida Provisória (BRASIL, 1988).

O Plano Plurianual condiciona a elaboração de todos os demais planos no âmbito federal, que devem estar de acordo e harmonizar-se com ele, conforme dispõe o Art. 165, §4º, da CF/88: “os planos e programas nacionais, regionais e setoriais previstos nesta constituição serão elaborados em conjunto com o plano plurianual e apreciados pelo Congresso Nacional, conforme afirma o mesmo autor” (BRASIL, 1988).

O PPA é o instrumento de planejamento de médio/longo prazo do governo federal. Ele abrange não só o montante relativo aos dispêndios de capital, mas também objetivos, iniciativas e metas físicas que devem ser alcançados até o final do período. O Plano detalha ainda as despesas que possuem duração continuada, condicionando, portanto, a programação orçamentária anual ao planejamento de longo prazo (PALUDO, 2013).

De modo geral, o PPA representa o Planejamento Estratégico do Governo Federal, embora a missão já esteja definida nas teorias sobre o Estado como "promover o bem-estar da coletividade"

O PPA é subdividido em cinco etapas: elaboração, implementação, monitoramento, avaliação e revisão, as quais são detalhadas a seguir (PALUDO, 2013):

- **Elaboração:** A elaboração do PPA pode ser sintetizada em dois grandes módulos, a dimensão estratégica e a dimensão tática, esta última composta pelos programas.

A Dimensão Estratégica compreende: a Visão de Futuro, Eixos e Diretrizes Estratégicas; o Diagnóstico Estratégico (análise interna e externa); o Estudo da Dimensão Territorial; o Cenário Fiscal; a Estratégia de Financiamento; além da Orientação Estratégica de Governo (diretrizes, objetivos e metas propostas pelo Presidente da República) e da distribuição dos recursos entre os programas. A Dimensão Estratégica precede e orienta a elaboração dos Programas Temáticos.

A Dimensão Tática compreende a definição dos Programas Temáticos com o intuito de atender as demandas ou solucionar problemas identificados, assim como dos Objetivos a eles vinculados e das Iniciativas para a concretização desses objetivos. Envolve também os Programas de Gestão, Manutenção e Serviços ao Estado.

- **Implementação:** A implementação do PPA ocorre, ano a ano, por meio das Leis Orçamentárias Anuais.

Após a elaboração do PPA (Diretrizes, Objetivos e Metas), do estabelecimento das Metas e Prioridades pela LDO e da aprovação da LOA, é que ocorre a implementação do PPA por meio da execução dos programas contemplados com dotações na LOA.

No entanto, os programas são apenas instrumentos que organizam as Iniciativas/ Ações de Governo, então, é com a execução das Iniciativas/Ações Orçamentárias e não Orçamentárias dos programas que essa implementação se torna realidade e procura-se solucionar os problemas ou atender demandas da sociedade e direcionar o Brasil para o país que queremos: a Visão de Futuro expressa no PPA.

- **Monitoramento:** O Monitoramento do Plano Plurianual é atividade estruturada a partir da implementação de cada Programa e orientada para o alcance das metas prioritárias do governo, que nesse PPA são denominadas metas estruturantes.

Para o Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão – MPDG o monitoramento consiste no acompanhamento contínuo da execução físico-financeira das Iniciativas/ Ações e dos Programas do PPA, permitindo análises para a identificação e superação das restrições. Ao final de cada exercício realiza-se a avaliação dos resultados da implementação do Plano e de seus programas.

- **Avaliação:** A avaliação do PPA consiste na análise das políticas públicas e dos programas, fornecendo subsídios para eventuais ajustes em sua formulação e implementação.

Avaliam-se os efeitos das políticas, programas e agendas, por meio da análise da evolução dos indicadores e/ ou pesquisas avaliativas e a consistência, pertinência e suficiência da estrutura programática. A avaliação é um processo gerencial que analisa-tanto os resultados obtidos como os esperados e, ainda, os resultados inesperados, visando o aperfeiçoamento do planejamento e da ação governamental.

- **Revisão:** A revisão dos programas conclui o ciclo de gestão introduzindo as recomendações e corrigindo as falhas de programação identificadas nos processos de monitoramento e avaliação, no sentido de aprimorar continuamente a atuação do governo.

A revisão do PPA é anual e ocorre em forma de projeto de lei apresentado ao Congresso Nacional até 31 de agosto, com o intuito de realinhar as ações de governo, adequando-as à evolução dos cenários interno e externo.

De modo geral, o PPA trata tais assuntos, no entanto, o mesmo tem sofrido com alterações em sua estrutura ao longo do tempo, inclusive em sua abrangência e nomenclaturas, haja vista que a Lei prevista na CF/88 regulamento o PPA, LDO e LOA, até o presente momento não foi aprovada.

2.1.2. Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO):

Segundo o Art. 165, § 2º da Constituição Federal de 1988:

> A Lei de Diretrizes Orçamentárias compreenderá as metas e prioridades da Administração Pública Federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, orientará a elaboração da Lei Orçamentária Anual, disporá sobre as alterações na legislação tributária e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento.

Esse conceito pode ser detalhado em:

- **Metas:** são partições dos objetivos que, mediante a quantificação física e financeira dos programas e projetos, permitem medir o nível de alcance dos objetivos.
- **Prioridades:** A LDO retira do PPA as prioridades que a LOA deve contemplar em cada ano, mas essas prioridades não são absolutas, visto que existem outras despesas prioritárias: 1. obrigações constitucionais e legais; 2. manutenção e funcionamento dos órgãos/ entidades; 3. obras inacabadas com execução física superior a 50%; 4. demais despesas priorizadas pela LDO.

Conforme afirma Paludo (2013), a lei de diretrizes orçamentárias é o instrumento norteador da elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA). Esta lei seleciona os programas do Plano Plurianual que deverão ser contemplados com dotações na LOA correspondente.

Também é possível ver a LDO em uma lei ordinária de iniciativa privativa do chefe do Poder Executivo. É um instrumento de planejamento e o "elo" entre o PPA e a LOA, conforme o mesmo autor.

A LDO, de acordo com Paludo (2013) antecipa e orienta a direção e o sentido dos gastos públicos, bem corno os parâmetros que devem nortear a elaboração do Projeto de Lei Orçamentária para o exercício subsequente, além, é claro, de selecionar, entre os programas do Plano Plurianual, que terão prioridade na programação e execução do orçamento anual subsequente.

O projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias é elaborado pela Secretaria de Orçamento Federal, que conta com o suporte técnico da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda, nas questões relacionadas à dívida mobiliária federal e às normas para a execução

orçamentária. O Poder Executivo tem até o dia 15 de abril de cada ano para encaminhamento do projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias ao Poder Legislativo, contendo o texto do Projeto de Lei e Anexos.

Na tramitação legislativa, o projeto de LDO é encaminhado à Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização (CMPOF) e percorre o seguinte roteiro: Realização de Audiências Públicas, Elaboração de Notas Técnicas e Informativos para subsidiar a apreciação do projeto, Parecer Preliminar, Emendas ao Projeto de LDO, Comitê de Admissibilidade das Emendas, Parecer final da Comissão Mista Orçamentária - CMO, Votação e Aprovação.

Papel importante desempenhado pelas LDOs é o preenchimento de lacunas deixadas pela ausência de legislação, no que se refere aos prazos, conceitos e estruturas dos instrumentos de planejamento e orçamento segundo o (Art. 165, § 9º, da CF/1988) (BRASIL,1988).

A LDO pode também ser instrumento de autorização de despesas, se constar no seu texto a possibilidade de liberação de duodécimos dos créditos orçamentários, e se o orçamento anual não for aprovado até 31 de dezembro.

2.1.3. Lei Orçamentária Anual (LOA)

A Lei Orçamentária Anual (LOA) é o produto final do processo orçamentário coordenado pela Secretária de Orçamento Federal (SOF). A lei abrange somente o exercício financeiro a que se refere e é o documento legal que contém a previsão de receitas e autorização de despesas a serem realizadas no exercício financeiro (PALUDO, 2013).

A LOA é o documento que define a gestão anual dos recursos públicos, e nenhuma despesa poderá ser realizada se não for por ela autorizada ou por lei de créditos adicionais. A Lei Orçamentária Anual é um instrumento de planejamento que operacionaliza no curto prazo os programas contidos no Plano Plurianual (PALUDO, 2013).

O mesmo autor afirma que o projeto de Lei Orçamentária Anual contempla, conforme selecionado pela LDO, as prioridades contidas no Plano Plurianual (PPA) e as metas que deverão ser atingidas no exercício financeiro. É com base nas autorizações da Lei Orçamentária Anual que as despesas do exercício são executadas.

A LOA é composta pelos orçamentos Fiscal, da Seguridade Social e de Investimento das estatais. Ela prevê os recursos a serem arrecadados e fixa as despesas a serem realizadas pelo Governo Federal, referentes aos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário (PALUDO, 2013).

Para melhor entendimento do orçamento do Programa Mais Médicos serão explicados alguns conceitos básicos sobre o mesmo como: dotação atualizada, despesas empenhadas, despesas liquidadas, despesas pagas, restos a pagar inscritos, restos a pagar cancelados, restos a pagar pagos, restos a pagar a pagar.

As definições serão vistas a seguir:

- **Dotação atualizada:**

Inicialmente precisamos entender o que é a dotação de um orçamento. A Dotação de um orçamento nada mais é do que um crédito, aprovado pelo Poder Legislativo por meio da Lei Orçamentária Anual (LOA) (TESOURO, 2017). A dotação atualizada é então a identificação dessa dotação inicial que foi alterada através de créditos adicionais abertos ou reabertos no decorrer do exercício (ARRUDA, GOMES SANTOS, 2017).

- **Despesas empenhadas:**

Considera-se despesa orçamentária a despesa empenhada, que são os valores das despesas empenhadas no exercício, inclusive das despesas em liquidação, liquidadas ou pagas. (MANUAL DE CONTABILIDADE APLICADA AO SETOR PÚBLICO, 2019).

- **Despesas liquidadas:**

As despesas liquidadas são então a verificação do direito adquirido pelo credor de receber o pagamento. É o segundo estágio da execução da despesa, precedido do empenho e antecedido do pagamento (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA,2020).

- **Despesas pagas:**

Despesas pagas são aquelas pagas com certa antecipação, mas referindo-se a períodos de competência subsequentes (PORTAL DE AUDITORIA, 2020).

- **Restos a pagar inscritos:**

Os restos a pagar são as despesas empenhadas que não foram pagas até o dia 31 de dezembro (TESOURO, 2020). Sendo então os restos a pagar inscritos os restos a pagar não efetivamente liquidados ou colocados em processo de liquidação, tendo validade até o dia 30 de junho do segundo ano subsequente ao de sua inscrição (TESOURO, 2020).

- **Restos a pagar cancelados:**

Também chamado de restos a pagar não processados se referem as despesas empenhadas que não alcançaram o estágio da liquidação.

- **Restos a pagar pagos:**

Os restos a pagar pagos, também chamado de restos a pagar processados são as despesas empenhadas e liquidadas até o dia 31 de dezembro que não foram pagas (CONTABILIDADE PÚBLICA, 2020).

- **Restos a pagar a pagar:**

Os restos a pagar, como o próprio nome diz. Se refere as despesas orçamentárias empenhadas que ainda precisam ser pagas.

2.2. Programa Mais Médicos

O Programa Mais Médico foi criado em 2013 com o objetivo de promover a alocação e a retenção de médicos em áreas desassistidas, aumentar o número de cursos de medicina no país e fortalecer a atenção básica (FRANCO e PAIVA, 2020).

O programa foi consolidado pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, e pode ser entendido como uma resposta do Governo Federal para as reivindicações da população com relação a problemas ligados à saúde. De acordo com a Lei de criação o Programa Mais Médicos (PMM) possui os seguintes objetivos (BRASIL, 2013):

- Diminuir as desigualdades regionais com relação a carência de médicos;
- Fortalecer ações e serviços de atenção básica à saúde em todo o território nacional; aprimorar a formação médica;
- Ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS;
- Fortalecer a política de educação permanente;
- Promover a troca de conhecimento e experiências entre profissinais da saúde dos brasileiros e os demais médicos formados em instituições estrangeiras;
- Aperfeiçoar o corpo médico para atuação nas políticas públicas de saúde ;
- Estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

O PMM, conforme afirma Pinto et al. (2014), foi criado em um momento de grande inflexão no país, além de ter como iniciativa a resolutividade de ampliar e expandir a Equipes Saúde da Família (ESF), as quais, conforme o autor, demonstravam dificuldades de atrair médicos para regiões mais afastadas do País.

De acordo com Gonçalves, Gava e Silva (2017), o PMM tem como eixo norteadores ações de curto, médio e longo prazos que são subdivididos em três eixos:

- **O primeiro eixo -** o do provimento emergencial, inclui a contratação imediada de médicos. No balanço de dois anos do PMM em 2015, foi possivel ver que o programa cobria 73% das cidades brasileiras e 34 distritos sanitários especiais indígenas. Já nesse periodo era possivel ver que o programa garantia assistência médica para 63 milhões de brasileiros, em média (BRASIL, 2015).
- **O segundo eixo -** o da educação, é o que colabora com a reestruturação na formação médica do país. A Lei nº 12.871 de 2013, que criou o PMM, determinou que fosse exigido das escolas médicas adequação às novas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de medicina. Esta medida foi responsavel por modificar a formação de médicos e especialistas e é responsavel por resolver questões relacionadas ao déficit de profissionais do país, visto que ainda buscava ampliar o numero de vagas nas universidades e de residência médica (BRASIL, 2015).
- **O terceiro eixo -** o de infraestrutura, procurou a ampliação e a reforna das unidades básicas de saúde. Foram investidos, até 2015, mais de R$ 5 bilhões em obras para a criação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo grande parte desses investimentos em UBS Fluviais que tem como objetivo aumentar o numero de médicos em locais de difícil acesso.

Gonçalves, Gava e Silva (2017) afirma que o PMM tem como objetivo principal modificar a dispersão de médicos pelos país, tentando fazer com que ela seja algo mais homogênea, e em conjunto a isso, melhorar a formação médica do país, com o melhoramento das diretrizes curriculares das universidades e com a criação de mais universidades de saúde para a universalização do direito à saúde.

2.3. Estratégia Saúde da Família (ESF)

A Estratégia Saúde da Família (ESF), posterior Programa Saúde da Família (PSF), tem como objetivo a reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SAPS, 2020).

A ESF é um programa administrado pelo Ministério da Saúde, pelos gestores Estaduais e Municipais, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto

na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (SAPS, 2020).

De modo geral, a equipe de Saúde da Família (eSF) é composta por, no mínimo:

- Médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade;
- Enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família;
- Auxiliar ou técnico de enfermagem; e
- Agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

A Estratégia Saúde da Família (Esf) possui também como estratégia a implantação de agentes comunitários de saúde, nas unidades básicas de saúde, como uma possibilidade para a reorganização inicial da atenção básica, com vistas à implantação gradual da ESF ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da atenção básica (SAPS, 2020).

Cada equipe do ESF deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. É recomendado que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (SAPS, 2020).

Cronologicamente, a Estratégia Saúde da Família (ESF) teve início em julho de 2013 com o lançamento do Programa e a abertura do primeiro edital. Em agosto do mesmo ano foi feito um acordo com a Organizações Pan-americana de Saúde (OPAS/OMS) para trazer médicos cubanos para ocupar as vagas não preenchidas por brasileiros ou outros estrangeiros. Em setembro, os médicos brasileiros confirmados na primeira etapa começaram a se apresentar nos municípios. Em outubro, foi sancionada a Lei nº 12.874 do Programa Mais Médicos, após aprovação na Câmara e no Senado.

Em junho de 2014 o programa superou a meta com 14.462 médicos em 3.785 municípios e 34 Distritos Indígenas. Em setembro do mesmo ano foi autorizado a criação de 39 novos cursos de medicina em 11 estados. Em janeiro de 2015, houve a expansão do Programa e a incorporação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) aos Mais Médicos. Em abril do mesmo ano foi feita a pré-seleção de 22 cidades do Norte, Nordeste

e Centro-Oeste para criação de cursos de medicina. Em maio, ainda no mesmo ano, o programa atingiu 100% da meta, prevista para expansão no ano, apenas com médicos brasileiros, formados no Brasil e no exterior. Em julho os médicos brasileiros formados no exterior começaram a trabalhar no programa. Ao todo, o site oficial do Programa Mais Médicos (2020) afirma que, ao todo, 63 milhões de pessoas foram beneficiadas pelo programa.

Com o intuito de renovar a política do Programa, foi criada Lei 13.958 de 18 de dezembro de 2019, que:

> "Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps)".

A Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), ainda está em fase de criação pelo conselho gestor.

2.4. Estudos Recentes sobre PMM.

Com relação a trabalhos relacionados com o tema em estudo, cito o artigo de Girardi et al (2016) com o título ''Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados''.

A pesquisa buscou caracterizar o escopo de prática de médicos inseridos na atenção primaria a saúde (APS), participantes do PMM, e os fatores associados à execução de um maior número de atividades clínicas. Foi aplicado um questionário entre os médicos para saber o perfil sociodemográfico dos médicos, características do trabalho e levantamento do escopo de prática dos profissionais, segundo uma lista previamente elaborada de procedimentos, atividades e ações realizadas por médicos da Atenção Primária em Saúde.

Concluiu-se com o trabalho, após aplicado o questionário e analisado, que os médicos do Programa Mais Médicos realizavam um número menor de procedimentos, atividades e ações do que relatavam saber fazer, principalmente, devido à falta de materiais e à infraestrutura inadequada das unidades básicas de saúde. Também foi concluído que os participantes eram, em sua maioria, homens.

Outro trabalho similar é o de Alessio (2015), intitulado "Análise de implantação do Programa Mais Médicos''. O trabalho teve como objetivo principal analisar a implantação do Programa Mais Médicos (PMM) à luz das tensões entre entidades médicas e Governo Federal em torno do Programa.

Foi concluído com relação a PMM que existe uma falta de compreensão, por parte dos trabalhadores médicos, sobre o PMM em sua totalidade que não somente a provisão imediata de médicos, assim como a compreensão do papel regulador do Estado para cumprir a Constituição, cuja uma das missões é o acesso universal à saúde.

No artigo de Medina et al. (2018), intitulado "Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil", foi realizada uma revisão de literatura, identificando a relevância dos estudos e seus efeitos para a política e elaborando uma síntese dos principais temas, teve como propósito sistematizar a produção científica sobre o PMM no Brasil, caracterizando os principais estudos publicados entre 2013 e 2016.

A pujança da produção, envolvendo pesquisadores das mais diversas instituições de pesquisa do País, foi um indicativo da importância dessa política no contexto nacional. O PMM foi desenhado como uma política voltada para o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS), pretendendo conferir materialidade ao direito à saúde e ao acesso universal e com qualidade aos serviços de saúde. Foi concebido, portanto, como um projeto articulado ao sistema público, incorporando as diretrizes fundamentais do SUS e do modelo de organização da atenção básica.

Como resultado da pesquisa, foi possível consolidar o tipo de efeito observado (positivo, negativo ou nulo) nos estudos realizados, e constatar a consistência dos achados, uma vez que em apenas três artigos houve menção de efeitos negativos, balanceados com os positivos. Mesmo considerando a incipiência do PMM e a necessidade de aprofundamento de estudos metodologicamente criteriosos, é inegável que tais evidências atestam o êxito da política. Nesse sentido, os resultados dos estudos se constituem em um bom argumento para aqueles que apostam na continuidade do Programa, especialmente em um cenário marcado por políticas impopulares e de austeridade, como o que atravessa, hoje, o Brasil.

3. METODOLOGIA

Este trabalho possui quanto a sua natureza de pesquisa, a pesquisa exploratória devido a necessidade de entender como funciona o programa mais médicos. Quanto a forma de abordagem do problema, a pesquisa se apresenta com abordagem qualitativa, devido ao caráter documental, visto também que os documentos constituem uma rica fonte de dados, só necessitando de um tratamento analítico (GODOY, 1995).

Com relação aos fins, a pesquisa é do tipo descritiva, devido a necessidade de descrever sobre o programa mais médicos e o método utilizado para a coleta de informações. A pesquisa também possui como fim, ser uma pesquisa do tipo diagnóstica, visto que foi levantado um questionamento: de quantos médicos brasileiros e intercambistas são alocados pelo Programa anualmente. Com relação aos meios, a pesquisa é do tipo bibliográfica devido ao fato de que em artigos e documentos já é possível obter muitas informações sobre o tema proposto (GODOY, 1995).

Sobre os dados analisados, os mesmos foram coletados entre os anos de 2013 a 2019 do Relatório Anual de Gestão (RAG) 2019 e do Tesouro Gerencial no dia 15 de outubro de 2020. Desses documentos analisados foram retirados para o estudo as despesas pagas e as Metas PNS. Para melhor entendimento dos dados analisados, foi separado em quadros e gráficos somente os dados de interesse para estudo, como os dados referentes a quantidade de médicos alocados pelo Programa Mais Médicos. Nos quadros que possuíam um quantitativo de dados foram colocados em conjunto, para uma melhor visualização, a percentagem referente aos dados.

4. RESULTADOS

4.1. Quantitativo total de médicos Brasileiros e de intercambistas alocados pelo Programa Mais Médicos

Foi verificado inicialmente a quantidade de médicos que trabalharam pelo Programa Mais Médicos. Essa verificação foi feita entre os períodos de 2013 a 2019, conforme-se pode observar no quadro 1 a seguir:

Quadro 01: Quantitativos de médicos do Programa Mais Médicos.

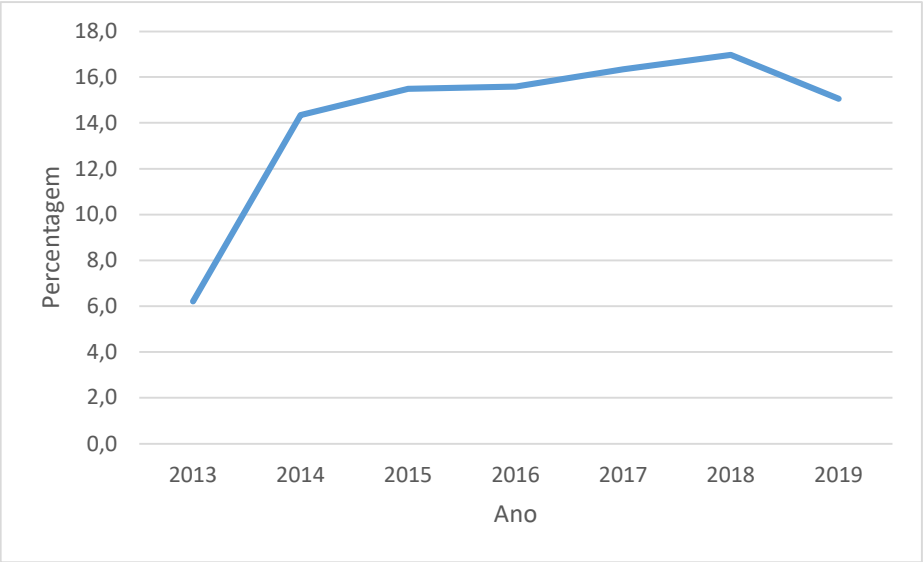
ANO	QUANTITATIVOS DE MEDICOS ALOCADOS	%
2013	5980	6,2
2014	13802	14,3
2015	14913	15,5
2016	15006	15,6
2017	15731	16,3
2018	16344	17,0
2019	14490	15,1
Total	**7 anos**	**100%**

Fonte: Ministério da Saúde elaborado pelo autor (2020).

Em primeiro momento é possível ver que a quantidade de médicos participantes do programa foram aumentando com o passar dos anos. Em 2013, por exemplo, o número de médicos participantes do programa era de 5980 médicos, equivalendo a 6,2% do total empregado no Programa até 2019. Já em 2019 foi possível ver 14.490 (15,1%) médicos alocados pelo programa.

Observando as percentagens, com o passar dos anos é visto que esse crescimento não ocorreu de forma gradual nos dois primeiros anos, apesar de nos anos seguintes isto ter ocorrido, com exceção de 2019, que teve uma pequena redução, conforme se pode observar no Gráfico 01:

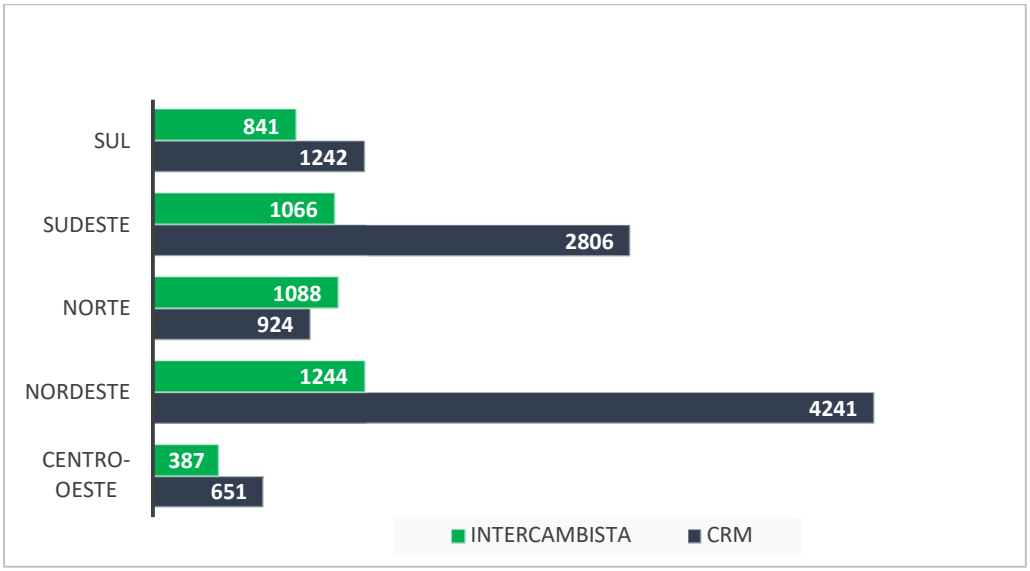
Gráfico 01: Gráfico da quantidade de médicos do Programa Mais Médicos.



Fonte: Ministério da Saúde elaborado pelo autor (2020).

Apesar do número de médicos no programa ter crescido consideravelmente e gradualmente depois de 2013, esse crescimento não ocorreu de forma gradual entre as regiões do Brasil. No gráfico 02 vemos que no ano de 2019 o crescimento de médicos do Programa Mais Médicos foi consideravelmente maior no Nordeste e no Sudeste. Isto para médicos brasileiros do programa. Para médicos intercambistas, a distribuição ocorreu de forma consideravelmente regular, com exceção da região Centro-Oeste.

Gráfico 02: Divisão dos médicos do programa entre as regiões do Brasil.



Fonte: CGPROP/DESF/SAPS/MS. (dezembro/2019).

No Nordeste e no Sudeste isto pode ter acontecido devido à alta demanda. A necessidade por profissionais é vista através da inscrição dos municípios para recebe-los. Ainda pode ocorrer de o município precisar de médicos e não se inscrever no Programa por motivos de oposição política (NOGUEIRA, 2016).

A necessidade por profissionais também é vista através do registro de distribuição de renda anual por habitante do Município. Os Estados da Bahia e de Pernambuco estão entre os Estados que possuem renda inferior a R$1.000 por habitante. Desses Municípios com renda inferior a R$1.000 por ano, 100 deles possuem população superior a 80 mil habitantes, sendo 40 da Região Nordeste. E destes 40, 36 receberam médicos pelo Programa Mais Médicos, demonstrando que o uso de critérios para alocação dos médicos por necessidade funciona (NOGUEIRA, 2016).

Com relação aos profissionais intercambistas que vão para estas regiões, o mesmo autor afirma que grande parte dos profissionais atuantes e que vão para o Nordeste são cubanos. Demonstrando a importância desses médicos e da cooperação com a OPAS para viabilizar a inserção desses profissionais nas APS. No quadro 02 é possível ver uma relação de médicos intercambistas entre os anos de 2013 a 2019.

Quadro 02: Relação de médicos intercambistas no Programa Mais Médicos.

ANO	INTERCAMBISTAS	%
2015	12842	44,4
2016	12222	42,2
2017	3498	12,1
2018	382	1,3

Fonte: Ministério da Saúde elaborado pelo autor (2020).

Pelo quadro é possível ver que a quantidade de médicos intercambistas foram diminuindo com o passar dos anos. Em 2015, por exemplo, haviam 44,4% de médicos intercambistas, e no final de 2018 essa percentagem passou para 1,3%, havendo uma diminuição de 43,1% nos 4 anos analisados.

Isto se deve principalmente ao rompimento unilateral do acordo com Cuba. O rompimento entre o Governo da República de Cuba e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), ocorrido em 13 de novembro de 2018, foi por meio da Carta BRA/PWR/63/253/18.

Devido ao rompimento, foi apresentado um novo programa, centrado na formação de recursos humanos para a Atenção Primária à Saúde e na carreira médica para áreas de difícil provimento (Relatório de Gestão 2018 do Ministério da Saúde). O novo programa incluiu uma ampliação das vagas de residência médica e profissional no âmbito do SUS, em parceria com as instituições de ensino e as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, com indução financeira pelo Ministério da Saúde (Relatório de Gestão 2018 do Ministério da Saúde).

O novo programa foi lançado por meio do Edital Nº 18, de 19 de novembro de 2018 (16º Ciclo), e o Edital Nº 22, de 7 de dezembro de 2018 (17º Ciclo), ofertando 8.517 vagas, com o objetivo de repor emergencialmente as vagas antes ocupadas pelos médicos oriundos da Cooperação Internacional. Desse total, 5.846 foram homologadas pela Portaria nº 332, de 19 de dezembro de 2018. Em dezembro de 2018, encontravam-se 16.001 vagas com profissionais alocados, o que corresponde a 88% da meta prevista (Relatório de Gestão 2018 do Ministério da Saúde).

Essa ampliação de vagas foi guiada pelo mapeamento de necessidades de formação, atividade já em curso no Ministério da Saúde. Além da Residência Médica e Profissional, também foram realizadas inovações na educação permanente, principalmente com o uso de novas tecnologias de informação e comunicação (Relatório de Gestão 2018 do Ministério da Saúde).

4.2 Demonstrativo da Execução dos Objetivos do Ministério da Saúde – Indicadores e Metas da Atenção Primária em Saúde

O demonstrativo publicado no Relatório de Gestão – RAG (2016/2019), do Ministério da Saúde, foi baseado no alcance de indicadores anuais e na execução das metas do Plano Nacional de Saúde (PNS), anualizadas pela Programação Anual de Saúde (PAS). Esses resultados são apresentados segundo a estrutura básica do Plano Nacional de Saúde, que contemplam objetivos e metas para o período 2016 – 2019.

O objetivo principal do demonstrativo foi 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.

Uma das prioridades na implementação desse objetivo será a ampliação do acesso e da qualidade da atenção primária por meio da elevação da quantidade das equipes de saúde da família e de saúde bucal. Ainda nesse nível de atenção, as prioridades estão voltadas para a adequação da infraestrutura das unidades básicas, aprimoramento dos parâmetros de qualidade e a expansão e qualificação do sistema.

O Plano Nacional de Saúde (PNS), contempla 9 metas, no entanto, só serão analisadas, de fato, neste trabalho, as metas que não foram batidas em alguns dos anos analisados pelo PNS, como por exemplo, a meta que visava assegurar 100% das regiões de saúde com cobertura de pelo menos um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest). No quadro 3 é possível ver que apesar da meta PNS ser de 100%, a previsão para cada ano era consideravelmente menor. De toda forma, o previsto para cada ano foi superado.

Quadro 03: Regiões cobertas com um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest).

Metas PNS	Produto/ Unidade de Medida PAS 2016 - 2019	Meta Física PAS 2016		Meta Física PAS 2017		Meta Física PAS 2018		Meta Física PAS 2019	
		P	R	P	R	P	R	P	R
Assegurar 100% das regiões de saúde com cobertura de pelo menos um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest).	Região de saúde com cobertura de pelo menos um Cerest (percentual)	53,19 %	74,2 %	68,72 %	73,74 %	78 %	73,74 %	80 %	73,74 %

Fonte: RAG (2019) elaborado pelo autor (2020).

*P – Previsto

*R- Realizado

Outra meta do PNS não batida por completo foi a meta que visava ampliar de 36,5% para 43% o percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças regularmente, por meio de ações articuladas no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional

(CAISAN). Como pode ser visto no quadro 04, o previsto para os anos analisados também era menor que a meta do PNS. E mesmo a meta por ano sendo menor, foi visto que houve dificuldade em alcança-la.

Quadro 04: Aplicação de adultos que consomem frutas e hortaliças regularmente.

Metas PNS	Produto/ Unidade de Medida PAS 2016 - 2019	Meta Física PAS 2016		Meta Física PAS 2017		Meta Física PAS 2018		Meta Física PAS 2019	
		P	R	P	R	P	R	P	R
Ampliar de 36,5% para 43% o percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças regularmente, por meio de ações articuladas no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN)	População com mais de 18 anos residentes nas 26 capitais e DF consumindo frutas e hortaliças regularmente em cinco ou mais dias por semana (percentual)	38,94%	35,2%	40,16%	34,6%	41,38%	33,9%	43%	33,9%

Fonte: RAG (2019) elaborado pelo autor (2020).

*P – Previsto

*R- Realizado

Também foi visto que a meta referente à diminuição do crescimento da obesidade na população adulta, por meio de ações articuladas no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), não foi alcançado em nenhum dos anos analisados, como indica o quadro 5, a seguir.

Quadro 5: Meta para diminuição do crescimento da obesidade na população adulta.

Metas PNS	Produto/ Unidade de Medida PAS 2016 - 2019	Meta Física PAS 2016		Meta Física PAS 2017		Meta Física PAS 2018		Meta Física PAS 2019	
		P	R	P	R	P	R	P	R
Deter o crescimento da obesidade na população adulta, por meio de ações articuladas no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN)	Adultos com obesidade (IMC maior que 30), para monitorar a meta de conter o crescimento desta prevalência (percentual)	<= 52,5%	53,9%	Não ultrapassar 52,5% da população adulta com excesso de peso.	53,8%	Não ultrapassar 52,5% da população adulta com excesso de peso.	54%	Não ultrapassar 17,9% da população adulta com obesidade	19,8%

Fonte: RAG (2019) elaborado pelo autor (2020).

*P – Previsto

*R- Realizado

Alguns dados das Metas do PNS não foram informados, como os das metas que visavam: Ampliar de 26,79 para 26,90 milhões o número domicílios urbanos com renda de até três salários mínimos mensais, que possuem unidades hidrossanitários; Ampliar em 30 mil o número de domicílios rurais abastecidos por rede de distribuição ou poço ou nascente com canalização interna; Ampliar em 20 mil o número de domicílios rurais servidos por rede coletora ou fossa séptica para os excretas ou esgotos sanitários; e ampliar em 10 mil o número domicílios rurais, com renda de até três salários mínimos mensais, que possuem unidades hidrossanitárias.

Até dezembro de 2016 existiam 40.097 equipes atuando no país, em dezembro de 2017 existiam 42.119, em dezembro de 2018 existiam 43.217. Tendo em vista a fixação da meta de implantar equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP) até o final do quadriênio, houve a manutenção de 44.472 equipes implantadas até dezembro de 2019, sendo 43.223 Equipes de Saúde da Família (eSF) e 1.249 Equipes de Atenção Primária (eAP).

Apesar do crescimento das equipes com o passar dos anos, algumas dessas metas talvez realmente fossem superestimadas e, por conta disso, não puderam ser batidas. De todo modo, sabe-se da importância de metas como essas para a melhoria da saúde da população como um todo.

4.3. Execução financeira e orçamentária do Programa Mais Médicos

O orçamento para o Programa Mais Médicos aumentou consideravelmente nos anos estudados. É possível observar por meio do quadro 06 que a menor dotação para o Programa Mais Médicos foi a do ano de 2013, considerando que foi o ano de sua implantação, representa 3,3%, no ano de 2019, a dotação chegou a 16,9%, sendo a maior dotação de orçamentária destinada ao programa.

Quadro 06: Dotação atualizada do Programa Mais Médicos.

Ano	Dotação atualizada	%
2013	R$ 540.000.000,00	3,3
2014	R$ 2.150.834.160,00	13,0
2015	R$ 2.165.000.000,00	13,1
2016	R$ 2.844.000.000,00	17,2
2017	R$ 3.263.560.000,00	19,7
2018	R$ 2.790.586.337,00	16,9
2019	R$ 2.788.236.000,00	16,9

Fonte: TESOURO GERENCIAL elaborado pelo autor (2020).

Dessa dotação inicial e atualizada, foi paga somente a do primeiro ano por completo, os restos a pagar aumentaram em conjunto com as dotações dos anos seguintes. No Quadro 07 é possível ver esse crescimento.

Quadro 07: Restos a pagar a pagar.

Ano	Restos a pagar a pagar	%
2013	R$ -	0
2014	R$ 1.788.528,00	0,6
2015	R$ 9.465.366,75	3,2
2016	R$ 15.705.388,54	5,3
2017	R$ 76.423.424,92	25,9
2018	R$ 3.236.983,64	1,1
2019	R$ 188.311.386,11	63,8

Fonte: TESOURO GERENCIAL elaborado pelo autor (2020).

É possível observar pela tabela que as maiores dívidas não pagas foram as dos anos de 2017 e de 2019. O não pagamento de uma despesa pública no mesmo ano em que é empenhada é algo comum em orçamentos públicos disciplinados pela Lei nº 4.320 de 1964 (ABRAHAM, 2019).

Em teoria, mesmo que não paga no período estipulado por lei, a despesa intitulada de "restos a pagar" deverá sempre possuir um respaldo financeiro suficiente e próprio para o seu pagamento, que precisa estar disponível no prazo de vencimento da despesa, não podendo esta comprometer os recursos financeiros arrecadas no ano seguinte, sob pena de violação às boas práticas orçamentárias (ABRAGAM, 2019).

Apesar de ser uma obrigação e estar regulamentada pela Lei nº 4.320/1964, a lei geral dos orçamentos, devendo, no máximo, ser um caso ou outro, não é assim que acontece na prática. O que é visto ocorrendo com grande frequência é o uso excessivo e abusivo dos restos a pagar pelos governos, podendo essa, conforme afirma o autor, ser uma espécie de manobra contábil de postergação do cumprimento de obrigações financeiras (ABRAGAM, 2019).

O autor ainda afirma que essa postergação do pagamento da dívida pode estar servindo de mecanismo indireto de rolagem de dívida, podendo se enquadrar legalmente como dívida flutuante, nos termos dos artigos 92 da Lei nº 4,320/64. De modo geral, a dívida flutuante é o acumulo de débitos pretéritos naquela conta, sem haver recursos financeiros suficientes para a sua satisfação.

Em outras palavras, essas "contas a pagar" são adiadas de maneira indefinida. Pode ser por conta disso que a mesma aumentou tanto em alguns anos do orçamento do Programa Mais Médicos, com ênfase no ano de 2019, sendo este o de "contas a pagar" mais alto de todos os anos analisados.

Com relação as despesas diretamente ligadas aos médicos do Programa Mais Médicos, vemos, primeiramente com relação aos valores das bolsas, que não houve uma variação muito grande e nem atualização dessas bolsas ao longo dos 4 primeiros anos, conforme se pode observar no quadro 8, a seguir.

Quadro 08: Valor das bolsas para os médicos do Programa Mais Médicos.

ANO	VALOR BRUTO	INSS	VALOR LIQUIDO
2013	R$ 10.457,49	R$ 457,49	R$ 10.000,00
2014	R$ 10.482,92	R$ 482,92	R$ 10.000,00
2015	R$ 10.621,03	R$ 621,03	R$ 10.000,00
2016	R$ 10.570,88	R$ 570,88	R$ 10.000,00
2017	R$ 11.520,00	R$ 608,44	R$ 10.911,56
2018	R$ 11.865,60	R$ 621,03	R$ 11.244,57
2019	R$ 12.386,50	R$ 642,33	R$ 11.744,17

Fonte: TESOURO GERENCIAL elaborado pelo autor (2020).

Apesar da não atualização do salário, ser algo relativamente comum, mesmo com o aumento da inflação, sabemos que é uma prática que não beneficia em nenhuma questão os profissionais que fazem parte desses programas governamentais.

Como visto na tabela anterior, o salário dos médicos não sofreu um aumento considerável nos anos analisados, apesar disso, o auxílio financeiro do orçamento do programa mostrou um grande aumento, conforme se verifica no quadro 09.

Quadro 09: Execução Orçamentária de auxílio financeiro a estudantes

ANO	AUXÍLIO FINANCEIRO A ESTUDANTES
2013	
2014	
2015	R$ 354.845.361,93
2016	R$ 559.426.345,77
2017	R$ 959.067.996,89
2018	R$ 1.059.182.511,54
2019	R$ 1.968.842.616,24

Fonte: TESOURO GERENCIAL elaborado pelo autor (2020).

Este aumento não condiz com o número de médicos presentes no programa, principalmente no ano de 2019 que teve uma diminuição de contratações, como visto anteriormente no quadro 01.

Ainda com relação ao que é diretamente ligado ao programa, foi possível observar, analisando os planos orçamentários específicos, que o programa não custeia mais equipamentos e material permanente. O custeio desses materiais só foi visto mesmo em 2014, quando foram gastos R$ 3.625.000,00, apesar de haver necessidade de materiais e equipamento em áreas rurais ou mais afastadas das capitais. (CARVALHO, 2015).

Desse orçamento diretamente ligado ao Programa Mais Médicos foi visto um aumento nas sentenças judiciais entre os anos de 2017 a 2019, que até então não havia nenhuma ocorrência. Isto pode estar relacionado a algum tipo de intercorrência, inclusive trabalhista. O quadro 10 evidencia os valores.

Quadro 10: Sentenças judiciais do Programa Mais Médicos.

ANO	SENTENCAS JUDICIAIS
2013	-
2014	-
2015	-
2016	-
2017	R$ 950.646,44
2018	R$ 1.299.572,30
2019	R$ 749.488,78

Fonte: TESOURO GERENCIAL elaborado pelo autor (2020).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível concluir, analisando o orçamento do Programa Mais Médicos, que os "restos a pagar" aumentaram consideravelmente nos últimos anos, principalmente no ano de 2019, com um aumento consideravelmente grande desta dívida, apesar deste ser o ano que teve um decréscimo de médicos no programa por conta da quebra do acordo de Cuba com o Brasil.

O não pagamento de uma despesa pública no mesmo ano é algo comum em orçamentos públicos disciplinados pela Lei nº 4.320/64. No entanto, o que é visto na prática, ocorrendo com grande frequência, é o uso excessivo e abusivo dos "restos a pagar" pelos governos, podendo isso ser uma espécie de manobra contábil de postergação do cumprimento de obrigações financeiras.

Se for comprovado se tratar de uma nítida manobra fiscal, o respectivo gestor precisa ser responsabilizado administrativa e penalmente (art.359-C do Código Penal) pela violação à lei e à Constituição, mesmo já tendo exaurido o seu mandato. O cidadão, beneficiário de programas como o PMM, por outro lado, não deve ser penalizado ficando sem o atendimento de seus direitos fundamentais constitucionalmente previstos, apesar de os novos governos herdarem obrigações financeiras deixadas de maneira irregular por seus antecessores.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM (2019). **O fantasma dos restos a pagar.** Disponível em: http://genjuridico.com.br/2019/12/30/fantasma-restos-a-pagar. Acesso em: 27 out. 2020.

ALESSIO, Maria Martins. Análise da implantação do programa mais médicos. 2015.

ARRUDA, DANIEL GOMES; ARAUJO, INALDO DA PAIXAO SANTOS. **Contabilidade pública**. Saraiva Educação SA, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003**. Aprova as seguintes diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Brasília, 2003. Disponível em: Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2003/Reso322.doc. Acesso em: 30 set. 2020.

_____ **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 out. 2013b. Seção 1, p. 1

_____ Ministério da Fazenda. **Secretaria do Tesouro Nacional (STN)**. *Decreto de programação financeira*. Brasília, 2016a. Disponível em: Disponível em: http://www.tesouro.fazenda.gov.br/pt_PT/decreto-de-programacao-financeira. Acesso em: 30 set. 2020.

_____ Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.654, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS**). Brasília, 2011. Plano Nacional de Saúde (https://aps.saude.gov.br/ape/esf/). Acesso em: 05 nov. 2020.

_____ Ministério da Saúde. Disponível em: < http://maismedicos.gov.br/linha-do-tempo>. Acesso em: 05 nov. 2020.

_____ Ministério da Saúde. **Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília, DF, 2015. Disponível em: Acesso em: 22 out. 2020.

_____ **Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público (MCASP)** – 8ª Edição.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir dos. Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica da saúde; Lei 8.080/90 e 8.142/90. In: **Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica da saúde; Lei 8.080/90 e 8.142/90**. 1995. p. 394-394.

CARVALHO, Viviane Karoline da Silva. **O Programa Mais Médicos e as recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre atração, retenção e recrutamento de médicos para áreas rurais e remotas**. 2015.

CONTABILIDADE PUBLICA (2017). **Restos a pagar**: Classificação, inscrição, Prescrição, Registro contábil e aspectos fiscais. Disponível em: < https://contabilidadepublica.com/restos-a-paga. Acesso em: 27 out. 2020.

FRANCO, Thais de A. Vidaurre; Paiva, Carlos Henrique Assunção. **Programa mais médicos para o Brasil:** textos e documentos de referência reunidos. Disponível em: http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/php. Acesso em: 20 out. 2020.

GIRARDI, Sábado Nicolau et al. **Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, p. 2739-2748, 2016.

GODOY, Arilda Schmidt. A pesquisa qualitativa e sua utilização em administração de empresas. **Rev. adm. empres**, p. 65-71, 1995.

GONÇALVES JUNIOR, Oswaldo; GAVA, Gustavo Bonin; SILVA, Murilo Santos da. **Programa Mais Médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde**: um balanço analítico do programa. Saúde e Sociedade, v. 26, p. 872-887, 2017.

NOGUEIRA, Priscila Tamar Alves et al. **Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, p. 2889-2898, 2016.

PALUDO, Augostinho Vicente. **Orçamento Público, AFO e LRF Teoria e Questões**. Série Provas e Concursos. 4a edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

PINTO, H. A. et al. **O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da atenção básica**. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 51, p. 105- 120, out. 2014.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA (2020). **Glossário.** Disponível em: < http://www2.portoalegre.rs.gov.br/transparencia. Acesso em: 27 out. 2020.

PORTAL DE AUDITORIA (2020). **Contabilização de despesas antecipadas**. Disponível em: < http://www.portaldeauditoria.com.br/tematica/contabilidadeempresarial_despesasantecipadas.htm. Acesso em: 27 out. 2020.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco; COSTA, Ana Maria; GIRARDI, Sábado Nicolau. **Programa Mais Médicos**: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, p. 3547-3552, 2015.

SAPS (2020). Estratégia Saúde da Família (ESF). Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/ >. Acesso em: 12 nov. 2020.

TESOURO (2020). **Manual de Demonstrativos Fiscais 9º Edição**. Disponível em: < https://conteudo.tesouro.gov.br/manuais/index.php. Acesso em: 27 out. 2020.

TESOURO (2020). **Restos a pagar.** Disponível em: https://conteudo.tesouro.gov.br/manuais/index.php**.** Acesso em: 27 out. 2020.

MEDINA, Maria Guadalupe; ALMEIDA, Patty Fidelis; LIMA, Juliana Gagno; MOURA, Débora; GIOVANELLA, Ligia. **Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil.** https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0346.pdf. Acesso em: 05 nov. 2020.

MAIS MÉDICOS (2020). Linha do tempo. Disponível em: < http://maismedicos.gov.br/linha-do-tempo >. Acesso em: 12 nov. 2020

ANEXOS

Ano	Dotação atualizada	Despesas empenhadas (Controle empenho)	Despesas Liquidadas (Controle e empenho)	Despesas pagas (controle e empenho)	Restos a pagar inscritos (PROC e IMPROC)	Restos Cancelados (PROC E IMPROC)	Restos a pagar pagos (PROC e N PROC)	RESTOS A PAGAR A PAGAR (PROC N PROC)
2013	R$ 540.000.000,00	R$ 534.213.601,79	R$ 497.066.190,70	R$ 497.066.190,70	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
2014	R$ 2.150.834.160,00	R$ 2.143.496.309,42	R$ 2.116.884.487,91	R$ 2.116.884.487,91	R$ 37.147.411,09	R$ 3.113.588,54	R$ 32.245.294,55	R$ 1.788.528,00
2015	R$ 2.165.000.000,00	R$ 2.158.196.490,23	R$ 2.130.814.340,30	R$ 2.130.814.340,30	R$ 28.400.349,51	R$ 14.096.502,74	R$ 4.838.480,02	R$ 9.465.366,75
2016	R$ 2.844.000.000,00	R$ 2.835.463.514,50	R$ 2.621.592.318,66	R$ 2.621.151.789,55	R$ 36.847.516,68	R$ 5.897.811,95	R$ 15.244.316,19	R$ 15.705.388,54
2017	R$ 3.263.560.000,00	R$ 3.263.444.328,12	R$ 3.088.982.492,58	R$ 3.087.247.772,58	R$ 230.317.113,49	R$ 5.846.197,23	R$ 148.227.491,34	R$ 76.243.424,92
2018	R$ 2.790.586.337,00	R$ 2.790.368.600,97	R$ 2.455.667.302,75	R$ 2.345.507.799,85	R$ 252.439.980,46	R$ 12.386.228,78	R$ 236.816.768,04	R$ 3.236.983,64
2019	R$ 2.788.236.000,00	R$ 2.788.160.601,19	R$ 2.755.608.328,70	R$ 2.583.838.357,88	R$ 833.211.041,04	R$ 2.410.973,57	R$ 257.375.425,08	R$ 188.311.386,11

Fonte: Tesouro Gerencial

VALORES PAGOS - PROGRAMA MAIS MÉDICOS (2013 a 2020) - MÉDICOS

PLANOS ORÇAMENTÁRIOS ESPECÍFICOS PARA PAGAMENTO DAS DESPESAS DIRETAMENTE LIGADAS AOS MÉDICOS DO PROGRAMA

TIPO DE REPASSE		ANO	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	Elemento Despesa		FINANCEIRO	FINANCEIRO	FINANCEIRO	FINANCEIRO	FINANCEIRO	FINANCEIRO	FINANCEIRO
REPASSE OPAS	41	CONTRIBUICOES	435.000.000	1.728.671.166	1.492.309.240	1.655.967.325	1.740.681.035	937.286.456	-
BOLSA MM - DEMAIS	18	AUXILIO FINANCEIRO A ESTUDANTES			354.845.362	559.426.346	959.067.997	1.059.182.512	1.968.842.616
	47	OBRIGACOES TRIBUTARIAS E CONTRIBUTIVAS			89.243.882	112.214.385	192.830.353	232.466.313	424.805.980
DEMAIS DESPESAS - MAIS MÉDICOS	33	PASSAGENS E DESPESAS COM LOCOMOCAO	1.305.352	2.346.131	785.343	1.239.092	2.699.287	1.668.785	1.482.979
	39	OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS PJ - OP.INT.ORC.		30.464.408	14.001.500	3.222	1.167	1.143	592
	48	OUTROS AUXILIOS FINANCEIROS A PESSOAS FISICAS	60.760.838	351.775.282	103.704.072	15.072.258	34.522.298	24.174.025	98.683.303
	52	EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE		3.625.000					
	91	SENTENCAS JUDICIAIS					950.646	1.299.572	749.489
	92	DESPESAS DE EXERCICIOS ANTERIORES		2.500	75.924.941		2.750	1.183.540	
		TOTAL	**497.066.191**	**2.116.884.488**	**2.130.814.340**	**2.343.922.628**	**2.930.755.533**	**2.257.262.346**	**2.494.564.959**

Obs:
- As despesas com o Programa Mais Médicos correspondente à execução do PO 0009 da Ação 20AD (2013 a 2015), PO 000A da ação 214U (2016 a 2019) e PO 0002 da Ação 21BG (em 2020) ;
- As despesas com as Bolsas para os médicos fora da OPAS era pagas como OUTROS AUXILIOS FINANCEIROS A PESSOAS FISICAS (Elemento de Despesa 48) nos anos de 2013 a março de 2015.
- Considera-se neste análise a integralidade do valor repassado à OPAS nesta Ação Orçamentária.

Metas PNS	Produto / Unidade de Medida PAS 2016 - 2019	Meta Física PAS 2016		Meta Física PAS 2017		Meta Física PAS 2018		Meta Física PAS 2019	
		Prevista	Realizada	Prevista	Realizada	Prevista	Realizada	Prevista	Realizada
1. Ampliar o número de equipes da Estratégia Saúde da Família e Atenção Básica para 46 mil.	Equipe de Saúde da Família e Atenção Básica apoiada [1] (unidade)	43.465	40.097	42.955	42.119	44.042	43.217[2]	46.000	44.472
2. Ampliar o número de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF para 6.500.	Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) apoiado (unidade)	5.495	4.406	5.331	4.886	5.500	5.517	6.500	5.487
3. Ampliar o acesso à atenção odontológica na atenção básica, passando para 29 mil equipes de saúde bucal implantadas.	Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família apoiada (unidade)	26.205	24.383	26.567	25.890	27.000	26.712	27.500	27.596
4. Implantar 684 novas equipes de atenção domiciliar, sendo 432 novas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e 252 novas Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).	Equipe de Atenção Domiciliar custeada (unidade)	0	8	214	75	120	90	120	94[3]
5. Ampliar a cobertura da atenção básica à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional.	Equipe de Atenção Básica Prisional Constituída (unidade)[4]	421	249	300	248	484	258	345	288
6. Alcançar 20.335 médicos brasileiros e estrangeiros atuando em regiões prioritárias para o SUS, por meio do Programa Mais Médicos e do Programa de Valorização dos	Médico alocado (unidade)	18.247	18.240	18.247	18.240	18.240	16.001[5]	18.240	14.490

[1] Alterado de “equipe custeada” para “equipe apoiada”.

[2] Dado revisado.

[3] Até novembro de 2019 existiam 1.185 equipes (770 EMAD e 415 EMAP), das quais 94 (69 EMAD e 25 EMAP) entraram em funcionamento neste ano. Foram 267 equipes custeadas no quadriênio.

[4] Entende-se por equipe de Atenção Básica Prisional constituída aquela em funcionamento regular, ou seja, com Portaria de habilitação publicada pelo Ministério da Saúde, devidamente cadastrada no CNES e que faz jus ao recebimento do incentivo financeiro federal de custeio na respectiva competência financeira, de acordo com a norma vigente.

[5] Devido ao encerramento unilateral do acordo entre o Governo da República de Cuba e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), houve uma redução do número de vagas com profissionais alocados.

Metas PNS	Produto / Unidade de Medida PAS 2016 - 2019	Meta Física PAS 2016		Meta Física PAS 2017		Meta Física PAS 2018		Meta Física PAS 2019	
		Prevista	Realizada	Prevista	Realizada	Prevista	Realizada	Prevista	Realizada
Profissionais da Atenção Básica – PROVAB.									
7. Avaliar e certificar a qualidade de 40 mil equipes de atenção básica no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).	Equipe de Atenção Básica avaliada e certificada (unidade)	35.000	30.523	38.865	30.523	40.000	34.774[6]	40.000	38.865
8. Acompanhar na Atenção Básica pelo menos 73% de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com as condicionalidades de saúde	Indivíduo beneficiado do PBF acompanhado (percentual)	73%	73,0%	73%	77,47%	73%	77,2%	75,55%[7]	76,09%
9. Aumentar de 18 para 20,7 milhões o número de educandos cobertos pelo Programa Saúde na Escola (PSE).	Educando da rede pública de ensino (educação básica) coberto pelo PSE (unidade)	18.912.000	0	19.505.000	20.521.830	20.521.830	20.521.830	20.700.000	22.425.160
10. Ampliar em 5.994 o número de leitos, sendo 4.080 novos leitos de UTI Adulto, Pediátrico, Neonatal e Unidade Coronariana (UCO) e 1.914 leitos de UCI Convencional e Canguru no SUS, em todas as regiões do País.	Leito disponibilizado (unidade)[8]	1.369	2.038	1.628	976	1.221	1.026	1.107	1.424[9]

[6] Equipes avaliadas e certificadas no 3º ciclo do PMAQ.

[7] Revisado de acordo com os dados da segunda vigência de 2018.

[8] Redação alterada de “leito habilitado” para “leito disponibilizado”.

[9] Em 2019, foram habilitados 1.424 novos leitos, sendo 1.030 de UTI (687 Adulto, 142 Pediátrico, 42 Coronariana, e 159 neonatal) e 394 leitos de UCIN (287 UCINCo e 107 UCINCa)