



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família
Coordenação-Geral de Provisão de Profissionais para Atenção Primária

NOTA TÉCNICA Nº 149/2021-CGPROP/DESF/SAPS/MS

I - ASSUNTO

Política Pública Médicos pelo Brasil - Programa de Provimento de Médicos no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) - Dispõe sobre a metodologia que define a relação dos municípios aptos a serem incluídos no Programa Médicos pelo Brasil e estabelece o número de vagas observando o disposto no art. 2º da Lei nº 13.958 de 18 de dezembro de 2019.

Referência: Processo SEI nº 25000.169368/2021-55

II - INTRODUÇÃO

1. A Lei nº 13.958 de 18 de dezembro de 2019 instituiu o Programa Médicos pelo Brasil (PMPB), no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como autorizou o Poder Executivo Federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS).

2. É objetivo desse Programa a promoção do acesso universal, igualitário e gratuito da população às ações e aos serviços do SUS, especialmente nos locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade; o fortalecimento da atenção primária à saúde, com ênfase na saúde da família e na humanização da atenção; a valorização dos profissionais médicos da atenção primária à saúde, principalmente no âmbito da saúde da família; o aumento da provisão de médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade; o desenvolvimento a intensificação da formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade e o estímulo à presença de médicos no SUS.

3. A Lei em comento estabelece que o Programa Médicos pelo Brasil será executado pela ADAPS, contudo, define que é de competência do Ministério da Saúde o fornecimento da orientação técnica e a supervisão à essa execução, fazendo-se necessário, por parte da Secretaria de Atenção Primária à Saúde/SAPS, através do Departamento de Saúde da Família/DESF a estruturação do arcabouço que dará suporte à referida política pública e se constituirá no direcionamento a ser seguido pelo Serviço Social Autônomo - ADAPS.

4. Entre as competências estabelecidas legalmente ao Ministério da Saúde está a edição de normas complementares para o cumprimento e operacionalização do PMPB, em especial a definição e divulgação da relação dos municípios aptos a serem incluídos no Programa considerando as definições de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade, conforme o que foi estabelecido no diploma legal correspondente bem como o quantitativo de médicos que atuará em cada um deles.

5. Dessa forma, a presente Nota Técnica responde ao múnus deste Ministério da Saúde quanto ao cumprimento de sua competência, atendendo ao princípio da transparência, assentado por mandamento legal ao qual se subordina, constituindo-se como repositório formal para o registro da metodologia empregada, cujo resultado subsidiará a edição do ato do ministro da saúde previsto nos incisos II e III no art.2º da lei nº 13.958 de 18 de dezembro de 2019.

III - DIRETRIZES LEGAIS PARA DEFINIÇÃO DOS LOCAIS ELEGÍVEIS À POLÍTICA

6. Seguindo a diretriz legal, têm-se como competência do Ministério da Saúde para a implementação da referida política pública a identificação dos locais que estarão aptos a participar do Programa Médicos pelo Brasil conforme se verifica *in verbis* no parágrafo único do art.4º da Lei nº 13.958 de 18 de dezembro de 2019, incisos I e III:

Art. 4º O Programa Médicos pelo Brasil será executado pela Adaps, nos termos do Capítulo III desta Lei, sob a orientação técnica e a supervisão do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Compete ao Ministério da Saúde, entre outras competências, definir e divulgar:

I - a relação dos Municípios aptos a serem incluídos no Programa Médicos pelo Brasil, de acordo com a definição de locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade, observado o disposto no art. 2º desta Lei;

II - ...

III - a relação final dos Municípios incluídos no Programa Médicos pelo Brasil e o quantitativo de médicos da Adaps que atuarão em cada Município; e

7. Para dar cumprimento a tal competência foi necessário efetuar a exegese do art.1º da Lei nº 13.958/2019, onde se verifica que uma das finalidades da política é o incremento da prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade. O ordenamento jurídico referido, no seu artigo 2º, incisos II e III, conceitua os locais acima referidos da seguinte forma:

Art. 2º Para os fins desta Lei, consideram-se:

I - ...

II - locais de difícil provimento:

a) Municípios de pequeno tamanho populacional, baixa densidade demográfica e distância relevante de centros urbanos, nos termos de ato do Ministro de Estado da Saúde, conforme classificação estabelecida pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); e

b) Distritos Sanitários Especiais Indígenas, comunidades remanescentes de quilombos ou comunidades ribeirinhas, incluídas as localidades atendidas por unidades fluviais de saúde, nos termos de ato do Ministro de Estado da Saúde;

III - locais de alta vulnerabilidade: localidades com alta proporção de pessoas cadastradas nas equipes de saúde da família e que recebem benefício financeiro do Programa Bolsa Família, benefício de prestação continuada ou benefício previdenciário no valor máximo de 2 (dois) salários-mínimos, nos termos de ato do Ministro de Estado da Saúde.

8. Pela redação do inciso II, alínea "a", do artigo 2º da Lei citada, complementada pelo teor do art. 4º, parágrafo único do mesmo dispositivo, os municípios de pequeno tamanho populacional, baixa densidade demográfica e distância relevante de centros urbanos serão divulgados por meio de ato normativo de competência do Ministro da Saúde como destinatários deste programa de provimento. É disposto ainda que o referido ato, nos moldes legais, terá fulcro na classificação estabelecida pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tal classificação apresenta uma escala entre os espaços

rurais e urbanos do Brasil, que usa como critérios fundamentais a densidade demográfica, distância relevante de centros urbanos e o tamanho populacional dos municípios (<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>). Depreende-se que os municípios categorizados como Rural Remoto, Intermediário Remoto e Rural Adjacente são destinatários por excelência da política pública em função de suas características trazidas em lei e os municípios categorizados como Intermediário Adjacente e Urbano, em princípio, por possuírem maior grau de acessibilidade, tamanho populacional e densidade demográfica) seriam menos prioritários.

9. Quanto aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEIs, comunidades remanescentes de quilombos ou comunidades ribeirinhas, incluídas as localidades atendidas por unidades fluviais de saúde, a própria lei estabelece que tais locais são de difícil provimento e, nestes termos devem ser contemplados pela política pública independente de sua localização.

10. Em outro giro, é imperioso trazer à lume que a Lei também traz os locais de alta vulnerabilidade como sendo beneficiários do PMPB e, para a referida classificação, orienta que se leve em consideração os dados referentes a proporção de pessoas cadastradas nas eSF e que recebem benefício do Programa Bolsa Família, benefício de prestação continuada ou benefício previdenciário, no valor máximo de 2 (dois) salários mínimos.

11. Ressalte-se que o Programa Previne Brasil, que instituiu o novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS, posto em vigor pela Portaria GAB/MS nº 2.979 de 12 de novembro de 2019, determina no seu art.10 que o cálculo para a definição dos incentivos financeiros da capitação ponderada deverá considerar: a população cadastrada na equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB); a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na eSF e na eAP e a classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), fundamentos que coincidem com a definição dos critérios de alta vulnerabilidade apontados na Lei de criação do Programa Médicos pelo Brasil. O parágrafo primeiro do art.12-A da mesma portaria reforça o critério de vulnerabilidade socioeconômica contemplando pessoas cadastradas beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF); do Benefício de Prestação Continuada (BPC); ou de benefício previdenciário no valor de até dois salários mínimos e o parágrafo quarto dispõe que o critério de classificação geográfica será estabelecido por município ou DF, observada a tipologia rural-urbana definida pelo IBGE, ou seja, o programa PMPB foi estabelecido em total consonância aos fundamentos previstos no Programa Previne Brasil.

12. Isso vai ao encontro da recomendação do Órgão de Controle TCU exarada nos termos do Acórdão nº 994/2020 – Plenário e Relatório de Auditoria correspondente no que diz respeito a elaboração de um plano de implementação para o PMPB que leve em conta os demais programas que atuam de forma complementar na APS de forma a prevenir inconsistências, insuficiências ou desperdícios.

13. Os critérios acima descritos como fundamento para a determinação dos locais a serem beneficiados com a política pública Médicos pelo Brasil foram informados na legislação, cabendo à equipe técnica responsável pela estruturação da política debruçar-se sobre esses dados, atenta também aos indicadores que corroborem com a demanda de ampliação do acesso da população aos serviços médicos na Atenção Primária à Saúde e possibilitem a adequada distribuição das vagas. Nesse sentido, procedeu-se a elaboração de uma metodologia que considerasse todos os pontos levantados aplicando-a ao conjunto de municípios pátrios de forma a ordená-los pelo grau de dificuldade de provimento e vulnerabilidade. É o que se expõe no presente estudo.

IV - INDICADORES

14. Para definição dos locais a serem incluídos no programa de provimento Médicos pelo Brasil foi estabelecido como premissa a necessidade de se classificar, por grau de elegibilidade, os municípios brasileiros, com observância aos critérios previstos na Lei nº 13.958/2019, tido como elementos primários, atentos também a indicadores secundários que garantissem mais adequada distribuição das vagas nas áreas elegíveis, considerando os graus de carência e dificuldade de disponibilização do serviço médico, levando em conta as equipes de saúde da família, base da materialização dos atributos de acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado na atenção primária.

15. Como base fundamental do estudo, atendendo a orientação legal, levantou-se preliminarmente os dados seguintes em relação a cada municipalidade/distrito, atendendo à previsão legal, tendo como fonte o banco de dados do IBGE/2020 e os arquivos disponibilizados pelo Ministério da Cidadania, sendo tais critérios considerados como variáveis primárias:

I - **Classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)** que estabelece as categorias de municípios rurais remotos, intermediários remotos, rurais adjacente, intermediários adjacentes e urbanos.

II - **Percentual da população vulnerável socioeconomicamente**, cadastradas em eSF, beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF); do Benefício de Prestação Continuada (BPC); ou de benefício previdenciário no valor de até dois salários mínimos;

16. Em seguida, como ponto de atenção e refinamento do estudo, acrescentou-se o balizamento de indicadores considerados como secundários, que objetivassem um melhor direcionamento da distribuição das vagas à vontade do legislador, considerando o grau de dificuldade das localidades selecionadas em atrair e reter médicos. O uso desses indicadores atendeu também à necessidade de minimização da ocorrência de dados atípicos ou *outliers* na avaliação. Trata-se de medida técnica de forma a evitar anomalias nos resultados obtidos por meio da metodologia proposta e sistemas de análise. Nesse sentido, foram selecionados os indicadores seguintes:

- a) **indicador de arrecadação per capta municipal** - traduz a dificuldade econômica do município em prover serviços médicos de maneira geral e em expandir a Atenção Primária, refletindo na sua capacidade em atrair e fixar médicos.
- b) **indicador da população SUS-dependente** - evidencia parcela da população no município que depende exclusivamente do sistema único de saúde, não figurando como contratante de planos privados, tendo no sistema público de saúde sua única possibilidade de atendimento médico, caracterizando indiretamente pobreza e vulnerabilidade.
- c) **indicador de internações por condições sensíveis à APS** - mede os efeitos ou qualidade da APS no município indicando necessidade de ampliação da APS ou aprimoramento de equipes, que apresentam altas taxas de internações quando comparada com as internações gerais.
- d) **indicador de cobertura da Estratégia de Saúde da Família** - estima a população assistida e demonstra a necessidade de equipes na APS.

17. Tecidas tais considerações, demonstra-se abaixo como cada uma dessas variáveis foi utilizada no presente estudo:

QUADRO 1 - VARIÁVEIS PRIMÁRIAS E SECUNDÁRIAS

VARIÁVEIS CONSIDERADAS	CRITÉRIO	INDICADOR MUNICIPAL	FONTE
Critérios Primários (previstos pela legislação)	Classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Municípios de pequeno tamanho populacional, baixa densidade demográfica e distância relevante de centros urbanos)	As variáveis categóricas urbano, intermediário adjacente, rural adjacente, intermediário remoto e rural remoto foram convertidas em indicador numérico em ordem decrescente de priorização .	IBGE (2017)
	Vulnerabilidade socio-econômica da população: bolsa família, BPC, recebimento de benefício previdenciário de até 2 SM e Beneficiários por faixa etária	Pessoas cadastradas nas equipes de saúde da família e que recebem benefício financeiro do Programa Bolsa Família, benefício de prestação continuada ou benefício previdenciário no valor máximo de 2 (dois) salários-mínimos / Total da população (%)	Ministério da Cidadania / Brasil (Novembro 2021)
Indicadores Secundários (para refinamento,	Arrecadação per Capta	Receita tributária do município / população total (%)	Tesouro Nacional (2020)

alinhamento as políticas vigentes e fortalecimento da APS)	População Sus - Dependente	População não beneficiária ANS / população total (%)	ANS (2020)
	Internações por Condições Sensíveis à APS	Internações por Condições Sensíveis a APS / Internações Gerais (%)	SIH / SUS (2019)
	Cobertura da eSF	População cadastrada em eSF paga (competência agosto de 2021) / total da população (%)	CGIAP/MS (Agosto 2021)

V - PRIORIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS ELEGÍVEIS

18. A priorização dos municípios elegíveis, que resultou na relação dos municípios aptos a serem incluídos no Programa Médicos pelo Brasil, de acordo com a definição de locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade, observado o disposto no art. 2º desta Lei, foi obtida considerando os **passos metodológicos** seguintes:

a) Atribuição de pesos a cada variável considerada;

QUADRO 2 - ATRIBUIÇÃO DE PESOS ÀS VARIÁVEIS PRIMÁRIAS E SECUNDÁRIAS

VARIÁVEIS CONSIDERADAS	INDICADOR	PESO
Critérios Primários (previstos pela legislação)	Classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Municípios de pequeno tamanho populacional, baixa densidade demográfica e distância relevante de centros urbanos)	2
	Percentual da população vulnerável socioeconomicamente: bolsa família, BPC, recebimento de benefício previdenciário de até 2 SM	2
Indicadores Secundários (para refinamento, alinhamento as políticas vigentes e fortalecimento da APS)	Arrecadação per Capta tributária	1,5
	População Sus - Dependente	1,5
	Internações por Condições Sensíveis à APS	1
	Cobertura da eSF	1

b) Padronização de indicadores (escala de 0 a 10)

QUADRO 3 - PADRONIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

VARIÁVEIS DE 0 A 10		
Classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Municípios de pequeno tamanho populacional, baixa densidade demográfica e distância relevante de centros urbanos)	Priorização em ordem decrescente das variáveis categóricas: municípios rurais remotos, intermediários remotos, rurais adjacente, intermediários adjacentes e urbanos onde quanto menor a nota maior a prioridade	IND1
Vulnerabilidade social (BF, BPC e Ben. INSS)	Quanto maior a Vulnerabilidade social (BF, BPC e Ben. INSS), maior a priorização	IND2
Arrecadação per capta tributária do município	Quanto maior a Arrecadação per capta, menor a priorização	IND3
População SUS-dependente	Quanto maior a população sus-dependente maior a priorização	IND4
(%) Internações por Condições Sensíveis a APS	Quanto maior (%) Internações por Condições Sensíveis a APS, maior a priorização	IND5
(%) Cobertura eSF	Quanto maior (%) a cobertura eSF, menor a priorização	IND6

c) Submissão de todos os municípios pátrios às variáveis selecionadas com exceção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, Comunidades Quilombolas, e municípios atendidos por Unidades Básicas de Saúde Ribeirinhas ou Fluviais que, por definição da alínea "b", inciso II do art.2º da Lei nº 13.958 de 18 de dezembro de 2019, foram destacados como de difícil provimento, independente de outros critérios previstos no normativo. Tais distritos e municipalidades foram classificadas em uma categoria especial de provimento;

d) Determinação de um indicador sintético padronizado de 0 a 10 (nota do município) atribuído a partir da resultante da média ponderada de cada município/distrito com base nas variáveis primárias e indicadores secundários onde quanto menor a nota atribuída, maior a sua priorização. Cada municipalidade obteve uma nota individualizada a partir de seus indicadores, o que reverberou na classificação de todos os municípios brasileiros.

QUADRO 3 - CÁLCULO NOTA MUNICIPAL

INDICADOR	Nº	CÁLCULO DA NOTA MUNICIPAL (Indicador Sintético)	REGRA DE PRIORIZ
Classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Municípios de pequeno tamanho populacional, baixa densidade demográfica e distância relevante de centros urbanos)	IND1	IND1*2+IND2*2+IND3*1,5+IND4*1,5+IND5*1+IND6*1/9	QUANTO MENOR A MAIOR A PRIORIZA
Vulnerabilidade social (BF, BPC e Ben. INSS)	IND2		
(%) População SUS Dependente	IND3		
Arrecadação per capta	IND4		
(%) Cobertura da eSF	IND5		
(%) Internações por Condições Sensíveis a APS	IND6		

e) Categorização dos municípios brasileiros em 5 (cinco) faixas de perfil conforme nota atribuída a cada um deles, com base na média ponderada calculada a partir das variáveis que lhes são próprias. Tal procedimento não foi aplicado aos DSEIs, comunidades remanescentes de quilombos, comunidades ribeirinhas e

localidades atendidas por unidades fluviiais de saúde, os quais, pela própria definição legal, já foram classificados como locais de difícil provimento e por esta razão compõem a categoria especial que antecede às demais faixas.

TABELA 4 - FAIXAS DE PERFIL

NOTAS	FAIXAS	PRIORIZAÇÃO
CATEGORIA ESPECIAL	ESPECIAL – DSEI, quilombolas, ribeirinhas e fluviiais	1ª
0 - 2	1	2ª
2,1 - 4	2	3ª
4,1 - 6	3	4ª
6,1 - 8	4	5ª
8,1 - 10	5	6ª

VI - CÁLCULO PARA A DISTRIBUIÇÃO DAS VAGAS AOS MUNICÍPIOS/DISTRITO ELEGÍVEIS

19. Para a atribuição do número de vagas por município/distrito foram consideradas os seguintes passos metodológicos e observadas as premissas destacadas:

a) **Estabelecimento de meta de Cobertura eSF por faixas de priorização:** para cada faixa foi estabelecida uma meta de cobertura considerando o teto máximo de equipes da estratégia de Saúde da Família - eSF, conforme previsão da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica no âmbito do SUS e que considera para esse cálculo a fórmula população/2.000 (vide tabela 5). Observe-se que as metas mais altas foram determinadas para as faixas que refletem maior prioridade, sendo garantido para as faixas que indicam menor prioridade a meta mínima de 50% de cobertura, observando-se a orientação de que 55% das vagas totais do Programa devem ser direcionadas para os municípios localizados nas regiões Norte e Nordeste do país, onde ainda se observa maior iniquidade social.

TABELA 5 - Metas de Cobertura eSF

META DE COBERTURA EQUIPES eSF			
FAIXAS NOTAS	Nº	CENTRO-OESTE (CO), SUDESTE (SE) E SUL (SUL)	Nordeste (NE) e Norte (NO)
-	CATEGORIA ESPECIAL	100%	100%
0 - 2	1	80%	100%
2,1 - 4	2	70%	95%
4,1 - 6	3	60%	85%
6,1 - 8	4	50%	80%
8,1 - 10	5	50%	75%

b) **Ampliação da cobertura e observância ao princípio de não substituição de médicos que já estejam atuando nas eSF:** foram consideradas as equipes credenciadas e homologadas que receberam o financiamento do Ministério da Saúde (Equipes pagas) em agosto de 2021, identificando as equipes com médico. Tendo em vista que o objetivo do Programa Médicos pelo Brasil é o aumento da provisão de médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade e não a substituição dos profissionais que já atuam nessas localidades, a fórmula para a definição do número de vagas do Programa por município/distrito considerou a quantidade de eSF necessária para atingir a meta de cobertura descrita na alínea "a", subtraindo o quantitativo de eSF financiadas pelo Ministério da Saúde que tenham médicos em sua composição, conforme quadro a seguir.

Teto eSF do município (x) meta de cobertura eSF por faixa de perfil de município (-) Equipes eSF pagas com médico competência ago/2021 (=) nº de vagas preliminar

c) **Necessidade de criação de uma regra de transição do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) para o Programa Médicos pelo Brasil (PMpM):** levando em conta que as vagas do Projeto Mais Médicos serão desocupadas ao término do prazo de permanência de médicos no Projeto, foi criada uma regra de transição para que os municípios aderidos ao Projeto Mais Médicos permaneçam contando com o provimento de médicos do governo federal. A tabela a seguir apresenta a expectativa de vacância das vagas do projeto até o ano de 2025.

TABELA 6 - CALENDÁRIO DE VACÂNCIA - VAGAS MAIS MÉDICOS

Expectativa de vacância	Posição NOV/2021	ANO DE FINALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES					Posição 2025
		2021	2022	2023	2024	2025	
Projeto Mais Médicos para o Brasil							
VAGAS DESOCUPADAS	3007						3.007
VAGAS A DESOCUPAR		314	8.580	2.361	4.040	2	15.297
TOTAL GERAL	3007	314	8.580	2.361	4.040	2	18.304

Trata-se de regra temporária a ser observada até que a transição entre os programas de provimento esteja concluída. Nesse sentido, repete-se a equação apresentada na alínea "b" do item 19 subtraindo das eSF com médico as vagas ocupadas e desocupadas do Projeto Mais Médicos para o Brasil, conforme Resolução nº 1, de 2 de outubro de 2015, sendo o resultado ajustado ao teto definido pela meta, conforme a seguir:

Teto eSF do município (x) meta de cobertura eSF conforme faixa de perfil de município (-) (Equipes eSF pagas com médico competência ago/2021 (-) teto de vagas PMMB) = nº de vagas ajustado ao teto definido pela meta

d) **Demanda de ajuste no Teto de Vagas considerando os municípios classificados como urbanos e intermediários adjacentes:** o teto estabelecido para os municípios classificados como "urbano" e "intermediário adjacente" não poderá ultrapassar o número de eSF designadas para atender a população vulnerável, descrita no inciso II do item 15 desta Nota Técnica. Nesse sentido foram considerados os quantitativos potenciais de pessoas cadastradas por eSF apresentados na tabela abaixo, os mesmos utilizados pelo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (Previsão Brasil).

QUADRO 4 - AJUSTE NO TETO MUNICÍPIOS URBANOS E INTERMEDIÁRIOS ADJACENTES

DS_TIPOLOGIA	PRIORIZAÇÃO	CORTE NO TETO	META DE COBERTURA
--------------	-------------	---------------	-------------------

		ESF	
INTERMEDIÁRIO ADJACENTE	LOCAIS DE ALTA VULNERABILIDADE	POP VULNERÁVEL/2.750	DE ACORDO COM AS FAIXAS DE 1 a 5
URBANO		POP VULNERÁVEL/4.000	DE ACORDO COM AS FAIXAS DE 1 a 5

Esse ajuste estabeleceu um novo teto de vagas para os municípios "urbanos" e "intermediários adjacentes", diminuindo a proporção das vagas para esses locais considerado o total de vagas do Programa.

e) Demanda de ajuste no mínimo de vagas considerando os municípios Rurais Remotos, Intermediários Remotos e Rurais adjacentes: tal ajuste pretende atender aos municípios de baixa densidade demográfica, pequeno tamanho populacional e difícil acesso, que na competência considerada, já tenham alcançado a meta de cobertura proposta pela metodologia. Considerando-se a presumida dificuldade de fixação de médicos em municípios com esse perfil, mesmo que apresentem alta cobertura na vigência desse estudo, sempre haverá risco de que fiquem desassistidos no médio/longo prazo. Dessa forma foi-lhes assegurada uma quantidade de vagas para provimento de 20% das equipes pagas (base: 2021). Com essa medida de ajuste, cerca de 800 municípios que não seriam destinatários de vagas, por terem alcançado a meta de cobertura, foram contemplados.

f) Critérios na distribuição de vagas aos DSEIs, comunidades quilombolas, ribeirinhas e atendidas por unidades fluviais de saúde: tais localidades integram a categoria/faixa especial, considerada como a mais prioritária ao recebimento das vagas. Registre-se que, para atender as comunidades Ribeirinhas e UBS Fluviais, foram consideradas todas as ESF/Ribeirinha e equipes de Unidades Fluviais cadastradas e homologadas na competência de setembro/2021. Em relação vagas destinadas às comunidades quilombolas, foi realizada a identificação das eSF com ausência de médico, na competência de agosto/2021.

Dessa forma, as vagas relacionadas às eSF que atendem populações indígenas, quilombolas, ribeirinhas, atendidas por Unidades fluviais localizadas nos municípios serão deduzidas da quantidade de vagas homologadas e pagas, conforme cálculo descrito na alínea "c", uma vez que essas vagas já estão garantidas na categoria/faixa especial, para não conferir duplicidade.

Portanto, tais municípios, excepcionalmente, poderão vir a integrar duas faixas: aquela que sua nota atribuída lhe classificar e a categoria/faixa especial correspondente às vagas vinculadas às populações priorizadas.

g) Os municípios que já tenham alcançado a meta de cobertura descrita na alínea "a" e não encontram-se no requisito contido na alínea "e" não serão consideráveis elegíveis para o Programa, neste momento.

VIII - CONCLUSÃO

20. Está assentado no art. 29 da lei nº 13.958 de 18 de dezembro de 2019 a competência do Ministro de Estado da Saúde para editar normas complementares para o cumprimento do disposto no normativo de forma a estabelecer a política pública de provimento Médicos pelo Brasil. Compete, da mesma forma, ao Ministro da Saúde a definição e divulgação da relação dos municípios elegíveis para participação no Programa, de acordo com a definição de locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade, observado o disposto no art. 2º desta Lei, bem como a relação final dos municípios incluídos e o quantitativo de vagas para cada um deles.

21. A presente Nota Técnica pretendeu esclarecer a metodologia do estudo que resultou na definição dos municípios/distritos especiais sanitários indígenas elegíveis para participação na política de provimento, por ordem de prioridade, composta por todos os elementos técnicos utilizados para a definição do quantitativo e distribuição das vagas, tal como os relacionados às premissas legais originárias e aos elementos técnicos secundários necessários ao aprimoramento do resultado alcançado.

22. Registre-se que a metodologia proposta possibilitou ainda a hierarquização da prioridade quanto ao recebimento das vagas, cuja quantidade a ser disponibilizada sempre se subordina à dotação orçamentária do Ministério da Saúde para o Programa de provimento de profissionais médicos. Ressalta-se que, em atenção ao princípio da reserva do possível, nesses termos assegurou-se o atendimento prioritário àqueles municípios cujas características de difícil provimento ou alta vulnerabilidade sejam mais agudas, considerando o teto definido pela metodologia.

23. Nas tabelas constantes no Anexo estão apresentados os resultados agregados do retrato atual do estudo, considerando todos os municípios/distritos especiais sanitários indígenas elegíveis.

24. São essas as razões que justificam e encaminhamento da presente proposta de elegibilidade e priorização de municípios/distritos especiais sanitários indígenas e distribuição de vagas para ser apreciada pelo Ministro da Saúde.

VII - ANEXOS

QUADRO 1 - Quantitativo de vagas
PMpB x Região

REGIÃO	VAGAS PMPB	%
CENTRO-OESTE	1443	6,70%
NORDESTE	8518	39,57%
NORTE	3545	16,47%
SUDESTE	5321	24,72%
SUL	2700	12,54%
Total Geral	21527	100,00%

QUADRO 2 - Quantitativo de Municípios
PMmP x Região

REGIÃO	MUNICÍPIOS PMPB	%
CENTRO-OESTE	430	8,22%
NORDESTE	1767	33,77%
NORTE	466	8,91%
SUDESTE	1462	27,94%
SUL	1108	21,17%
Total Geral	5233	100,00%

QUADRO 3 - Quantitativo de vagas PMPB x
Classificação IBGE espaços rurais e urbanos

TIPOLOGIA	VAGAS PMPB	%
DSEI	711	3,30%
INTERMEDIÁRIO ADJACENTE	1854	8,61%
INTERMEDIÁRIO REMOTO	509	2,36%
RURAL ADJACENTE	7463	34,67%
RURAL REMOTO	1404	6,52%
URBANO	9586	44,53%
Total Geral	21527	100,00%

QUADRO 4 - Quantitativo de vagas PMPB x Classificação
IBGE espaços rurais e urbanos

TIPOLOGIA	MUNICÍPIOS PMPB	%
DSEI	34	0,65%
INTERMEDIÁRIO ADJACENTE	528	10,09%
INTERMEDIÁRIO REMOTO	60	1,15%
RURAL ADJACENTE	3043	58,15%
RURAL REMOTO	323	6,17%
URBANO	1245	23,79%
Total Geral	5233	100,00%



Documento assinado eletronicamente por **Carlos Magno Dos Reis Venturelli, Coordenador(a)-Geral de Provisão de Profissionais para Atenção Primária**, em 23/11/2021, às 18:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Bertol Leal, Tecnologista**, em 23/11/2021, às 18:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Cristina Caffé Cardoso, Bolsista**, em 23/11/2021, às 18:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lia Padilha Fonseca, Consultor Técnico**, em 23/11/2021, às 18:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Renata Maria de Oliveira Costa, Diretor(a) do Departamento de Saúde da Família**, em 24/11/2021, às 07:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0023883930** e o código CRC **B33EA24F**.