



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família

NOTA TÉCNICA Nº 383/2022-DESF/SAPS/MS

NOTA TÉCNICA COMPLEMENTAR À DE Nº 36/2022-DESF/SAPS/MS

SEI nº 25000.103164/2022-32

SEI nº 25000.169368/2021-55 (Relacionado - Autuado para viabilizar a edição de normas complementares necessárias à operacionalização do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB)).

Origem: Departamento de Saúde da Família - DESF/SAPS/MS

Destinatário: Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS

ASSUNTO: PROGRAMA MÉDICOS PELO BRASIL (PMpB). Revisão extraordinária da Portaria GM/MS nº 3.352, de 2 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a metodologia de priorização de municípios e de dimensionamento de vagas no âmbito do PMpB, para incluir critérios metodológicos que privilegiem determinados municípios integrantes da Amazônia Legal, considerando a dificuldade de provimento de profissional médico nos locais indicados. **Expede-se a presente NOTA TÉCNICA DE FORMA COMPLEMENTAR À Nº 36/2022-DESF/SAPS/MS (Id. 0028221024), de modo a fundamentar a dispensa da análise de impacto regulatório - AIR, haja vista tratar-se de ato normativo de baixo impacto, bem como inexistir diferentes alternativas regulatórias.**

I. SÍNTESE.

1. Cabe rememorar que o presente processo foi autuado para propiciar a **alteração** da Portaria GM/MS nº 3.352, de 2 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a metodologia de priorização de municípios e de dimensionamento de vagas no âmbito do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB). A Alteração proposta visa incluir critérios metodológicos que privilegiem determinados municípios integrantes da Amazônia Legal, considerando a dificuldade de provimento de profissional médico em tal localidade.

2. A alteração pretendida foi devidamente justificada por meio da Nota Técnica nº 36/2022-DESF/SAPS/MS (Id. 0028221024), e submetida para apreciação do Ministro de Estado da Saúde. Na sequência, os autos foram encaminhados para a Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde - CONJUR/MS, que exarou a COTA n. 05825/2022/CONJUR-MS/CGU/AGU (Id. 0028881485), na qual a Advogada da União solicitou complementação da instrução processual, no seguinte sentido:

- a) Elaboração de relatório de Análise de Impacto Regulatório (AIR), nos termos do Decreto nº 10.411, de 30 de junho de 2020, ou nota técnica com as justificativas da proposição ou documento equivalente nas hipóteses de inaplicabilidade ou dispensa de AIR, observados, quando for o caso, os requisitos previstos no § 2º do art. 3º e no art. 4º do Decreto nº 10.411, de 2020;
- b) Anexar quadro comparativo que demonstre as alterações entre o texto vigente e o texto proposto; e
- c) Utilizar o mesmo processo administrativo que deu origem à norma vigente ou apensar os novos autos ao processo anterior.

3. É o que importa relatar.

4. A respeito da recomendação expedida na alínea "c" supra, cabe destacar que o processo que deu origem à Portaria GM/MS nº 3.352, de 2021 foi tombado sob o nº 25000.169368/2021-55, e devidamente relacionado ao presente processo, que visa a sua alteração. A fim de atender a recomendação, esta área técnica promoverá a anexação dos feitos antes de nova submissão dos autos à CONJUR/MS.

5. Em atendimento das demais recomendações apostas nas alíneas "a" e "b" supra, elabora-se a presente Nota Técnica Complementar à de nº 36/2022-DESF/SAPS/MS (Id. 0028221024), para justificar a dispensa da Análise de Impacto Regulatório (AIR), e apresentar o quadro comparativo que demonstre as alterações entre o texto vigente e o texto proposto. Veja-se.

II. DO ATENDIMENTO ÀS EXIGÊNCIAS DA COTA N. 05825/2022/CONJUR-MS/CGU/AGU.

II.I. DAS RAZÕES PARA A ALTERAÇÃO PRETENDIDA, QUE VISAM JUSTIFICAR A DISPENSA DE RELATÓRIO DE ANÁLISE DE IMPACTO REGULATÓRIO (AIR).

6. **Antes de adentrar nas hipóteses de dispensa de AIR**, cabe rememorar brevemente as razões expendidas na Nota Técnica nº 36/2022-DESF/SAPS/MS (Id. 0028221024), que justificaram detidamente a necessidade da alteração ora pretendida.

7. Recorde-se que 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), e autorizou o Poder Executivo Federal a instituir o serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps).

8. A Lei acima referenciada estabelece que o PMpB será executado pela Adaps. Contudo, estabelece que compete ao Ministério da Saúde 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 estabelecido no diploma legal**

correspondente, bem como o quantitativo de médicos que atuará em cada um deles. Eis que a referida regulamentação foi expedida pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 3.352, de 2 de dezembro de 2021, que ora se pretende alterar.

9. Observa-se que a Portaria GM/MS nº 3.352, de 2021, em seu Anexo I, explicitou a metodologia utilizada para priorizar os municípios elegíveis ao PMpB, bem como o quantitativo de vagas destinadas à cada município, salientando-se que os critérios de definição foram classificados em primários e secundários. Por critérios primários, foram adotados os descritos no texto legal, quais sejam - *difícil provimento* e *alta vulnerabilidade*, assim identificados:

- a) **Difícil provimento:** 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); distritos Sanitários Especiais Indígenas; e comunidades remanescentes de quilombos ou comunidades ribeirinhas, incluídas as localidades atendidas por unidades fluviais de saúde; e
- b) **Alta vulnerabilidade:** localidades com alta proporção de pessoas cadastradas nas equipes de saúde da família, que recebem benefício financeiro do Programa Bolsa Família, benefício de prestação continuada ou benefício previdenciário no valor máximo de 2 (dois) salários-mínimos.

10. No que diz respeito à classificação geográfica definida pelo IBGE, aos municípios foram atribuídas notas que variam de 1 a 5, observando-se que, **quanto menor a nota, maior a prioridade.** Veja-se:

- a) Urbano: 5
- b) Intermediário adjacente: 4
- c) Rural adjacente: 3
- d) Intermediário remoto: 2
- e) Rural remoto: 1

11. Conforme explicitado na Nota Técnica nº 36/2022-DESF/SAPS/MS (Id. 0028221024), o índice de acessibilidade geográfica e a densidade demográfica dos municípios (fonte IBGE) foram utilizados para compor a nota das categorias elencadas no item anterior, possibilitando, assim, individualizar a nota e classificar os municípios dentro das categorias de espaço "rural-urbano".

12. Realizado o denso estudo para firmar a metodologia, detidamente explicitado no processo SEI 25000.169368/2021-55, deu-se origem à aludida Portaria GM/MS nº 3.352, de 2021. Após a sua publicação, na sequência, houve a publicação do primeiro edital da Adaps, para seleção e provimento de médicos pelo PMpB - o Edital nº 1 Adaps, de 31 de dezembro de 2021. Com a chamada dos profissionais selecionados pela Agência, observou-se que diversos municípios situados na chamada **Amazônia Legal** e, mais especificamente, **contidos nas Regiões Norte e Nordeste do país**, por estarem classificados segundo o IBGE como "urbanos" e "intermediários adjacentes", nos termos da metodologia de distribuição de vagas para o PMpB **não foram privilegiados**. Observa-se que os referidos municípios diferem dos demais municípios brasileiros com a mesma classificação, haja vista a extensão de seus territórios dentro da Amazônia Legal, aliada à dificuldade de atrair médicos para aquela região que, estatisticamente apresenta os piores índices com relação à saúde, assim como sua população tem a menor expectativa de vida do país, conforme dados extraídos do [Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas](#), o que reclama uma maior atenção por parte do Poder Público, no que diz respeito à implementação de políticas públicas.

13. Conceitualmente, a Amazônia Legal corresponde a 59% (cinquenta e nove por cento) do território brasileiro, em 772 municípios, e, segundo informação do [Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada](#) (IPEA), "engloba a totalidade de oito estados (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins) e parte do Estado do Maranhão (a oeste do meridiano de 44ºW), perfazendo 5,0 milhões de km². **Nela residem 56% da população indígena brasileira.** O conceito de Amazônia Legal foi instituído em 1953 e seus limites territoriais decorrem da necessidade de planejar o desenvolvimento econômico da região e, por isso, não se resumem ao ecossistema de selva úmida, que ocupa 49% do território nacional e se estende também pelo território de oito países vizinhos. Os limites da Amazônia Legal foram alterados várias vezes em consequência de mudanças na divisão política do país." (Negritou-se).

14. Conforme se registrou no documento que fundamenta a alteração da Portaria ora pretendida, nos municípios que compõe a Amazônia Legal existem desafios que não são comuns aos demais municípios, tais como um perfil epidemiológico diverso, a complexidade na entrega de serviços de saúde, considerando a sua geografia e padrão de ocupação do território, assim como a baixa arrecadação fiscal dos entes municipais, o que redundou na incapacidade dos governos locais em financiar políticas públicas.

15. Diante do cenário ora delineado, foi necessário lançar um olhar diferenciado sobre o dimensionamento do quantitativo de vagas para determinados municípios da Amazônia Legal, que estão classificados pelo IBGE como "urbanos" ou "intermediários adjacentes". Isto porque as demais categorias (rural adjacente, intermediário remoto e rural remoto) já são privilegiadas, haja vista que quanto menor a densidade demográfica, distância de grandes centros urbanos e tamanho populacional, maior a prioridade na metodologia externalizada por meio da Portaria GM/MS nº 3.352/2021.

16. Posto isso, foi proposta a alteração da aludida Portaria, por meio da Nota Técnica nº 36/2022-DESF/SAPS/MS que ora se complementa (Id. 0028221024), amparada no art. 5º, § 4º da Portaria GM/MS nº 3.353, de 2021, para acrescer subitem ao item 2.2. do Anexo I da aludida Portaria, de modo que os municípios "urbanos" e "intermediários adjacentes" da Amazônia Legal, que ostentem as condicionantes abaixo elencadas, possam ter um teto de vagas superior aos das demais regiões, numa proporção de 30%. São as condicionantes:

- a) Municípios situados nas regiões norte e nordeste;
- b) Municípios com 100% (cem por cento) do território na Amazônia Legal;
- c) Municípios com cobertura de ESF menor que 80% (oitenta por cento);
- d) Municípios com população SUS dependente maior que 80% (oitenta por cento);
- e) Municípios com população vulnerável superior à 20% (vinte por cento); e
- f) Municípios com área total superior a 1.000 km².

17. Deste modo, a revisão na metodologia impactará tão somente 91 (noventa e um) municípios, que terão aumento no teto de vagas do PMpB, gerando acréscimo no total global de 313 (trezentas e treze) vagas.

18. É o que importa relatar, para justificar a alteração da Portaria GM/MS nº 3.352/2021, na forma proposta.

II.II. DA DISPENSA DE RELATÓRIO DE ANÁLISE DE IMPACTO REGULATÓRIO (AIR), HAJA VISTA SE TRATAR DE ATO NORMATIVO DE BAIXO IMPACTO.

19. De acordo com o Decreto nº 10.411, de 30 de junho de 2020, que regulamenta a análise de impacto regulatório de que tratam o [art. 5º da Lei nº 13.874, de 20 de setembro de 2019](#), e o [art. 6º da Lei nº 13.848, de 25 de junho de 2019](#), considera-se:

I - Análise de Impacto Regulatório - AIR - procedimento, a partir da definição de problema regulatório, de avaliação prévia à edição dos atos normativos de que trata este Decreto, que conterà informações e dados sobre os seus prováveis efeitos, para verificar a razoabilidade do impacto e subsidiar a tomada de decisão.

20. Veja-se que o art. 4º, inciso III do Decreto nº 10.411, de 2020, dispõe que a AIR poderá ser dispensada nas hipóteses de ato normativo considerado de baixo impacto. Seguindo o mesmo regramento, considera-se ato normativo de baixo impacto aquele que:

- a) Não provoque aumento expressivo de custos para os agentes econômicos ou para os usuários dos serviços prestados;
- b) Não provoque aumento expressivo de despesa orçamentária ou financeira; e
- c) Não repercuta de forma substancial nas políticas públicas de saúde, de segurança, ambientais, econômicas ou sociais.

21. Veja-se que a alteração pretendida, embora se configure numa forma de revisão e saneamento da metodologia previamente fixada e consista em ganho para a população adstrita às localidades situadas na Amazônia Legal e qualificadas como "urbanas" e "intermediárias adjacentes" (e dentro das condicionantes que as qualificam como de difícil provimento), enquadra-se como ato normativo de baixo impacto, pela presença das condicionantes expostas nas alíneas do parágrafo anterior.

22. Ora, dos 5.233 (cinco mil, duzentos e trinta e três) municípios elegíveis ao PMpB, a alteração que ora se pretende realizar impactará em apenas 91 (noventa e um) municípios, ou seja, **1,73%** das localidades envolvidas. Do mesmo modo, sobre o teto de vagas originalmente fixado no PMpB, qual seja - 21.527 (vinte e uma mil, quinhentos e vinte e sete), a aludida alteração propiciará o incremento de apenas 313 (trezentas e treze) vagas, o que representa **1,45%** do total originalmente estabelecido.

23. Ou seja, a aludida alteração não provocará aumento expressivo de custos para os agentes econômicos ou para os usuários dos serviços prestados, tampouco aumento expressivo de despesa orçamentária ou financeira e, ainda, não repercute de forma *substancial* na política pública em comento. Conforme se antecipou, trata-se de mero ato de saneamento da metodologia para uma pequena parcela de entes federados, que não foi observado quando de sua idealização e implementação. Em que pese, para esta pequena parcela de municípios, a alteração configurar-se extremamente necessária, de modo a considerar as peculiaridades que lhe são afetas.

II.III. DA EVENTUALIDADE. DA DISPENSA DE RELATÓRIO DE ANÁLISE DE IMPACTO REGULATÓRIO (AIR), ANTE A INEXISTÊNCIA DE DIFERENTES ALTERNATIVAS REGULATÓRIAS.

24. Eventualmente, caso a Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde - CONJUR/MS não entenda que a alteração normativa proposta é considerada de baixo impacto, entende-se cabível, ainda, a aplicação do art. 4º, inciso II do Decreto nº 10.411, de 2020, segundo o qual a AIR poderá ser dispensada desde que haja decisão fundamentada do órgão ou da entidade competente, nas hipóteses de ato normativo destinado a disciplinar direitos ou obrigações definidos em norma hierarquicamente superior **que não permita, técnica ou juridicamente, diferentes alternativas regulatórias.**

25. Veja-se que o problema está posto - determinados municípios integrantes da **Amazônia Legal**, categorizados segundo o IBGE como "urbanos" e "intermediários adjacentes", foram qualificados na metodologia sem levar em consideração esta peculiaridade (inserção na Amazônia Legal). Por essa razão, diferem-se dos demais municípios assim também qualificados pelo IBGE como "urbanos" e "intermediários adjacentes", especialmente pela dificuldade de provimento de médicos.

26. Veja-se que o ato normativo que se pretende alterar foi exarado para disciplinar regras definidas em norma hierarquicamente superior - a Lei nº 13.958, de 2019, que instituiu o PMpB. De acordo com o art. 4º do mencionado diploma, compete ao Ministério da Saúde definir e divulgar a relação dos municípios aptos a serem incluídos no PMpB, de acordo com a **definição de locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade** e o quantitativo de médicos da Adaps que atuarão em cada município. O mesmo diploma trouxe a definição das referidas localidades, conforme aposto no parágrafo 9 desta Nota Técnica, abaixo reproduzido:

- a) **Difícil provimento:** 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); distritos Sanitários Especiais Indígenas; e comunidades remanescentes de quilombos ou comunidades ribeirinhas, incluídas as localidades atendidas por unidades fluviais de saúde; e
- b) **Alta vulnerabilidade:** localidades com alta proporção de pessoas cadastradas nas equipes de saúde da família, que recebem benefício financeiro do Programa Bolsa Família, benefício de prestação continuada ou benefício previdenciário no valor máximo de 2 (dois) salários-mínimos.

27. Veja-se, ainda, que inexistem diferentes alternativas para saneamento do problema verificado. Ora, as formas possíveis para resolver o imbróglio são as seguintes:

a) Identificação das localidades integrantes da Amazônia Legal, e que estão qualificadas como "urbanas" e "intermediárias adjacentes" segundo o IBGE;

b) Dentre as localidades identificadas no item "a" supra, verificar as que, de fato, possuem maior dificuldade no provimento de profissionais médicos. Para tanto, utilizou-se das seguintes condicionantes, que são auto-explicativas e buscam identificar as áreas que, de fato, necessitam de maior priorização no âmbito do PMPB.

- b.1) Municípios situados nas regiões norte e nordeste;
- b.2) Municípios com 100% (cem por cento) do território na Amazônia Legal;
- b.3) Municípios com cobertura de ESF menor que 80% (oitenta por cento);
- b.4) Municípios com população SUS dependente maior que 80% (oitenta por cento);
- b.5) Municípios com população vulnerável superior à 20% (vinte por cento); e
- b.6) Municípios com área total superior a 1.000 km².

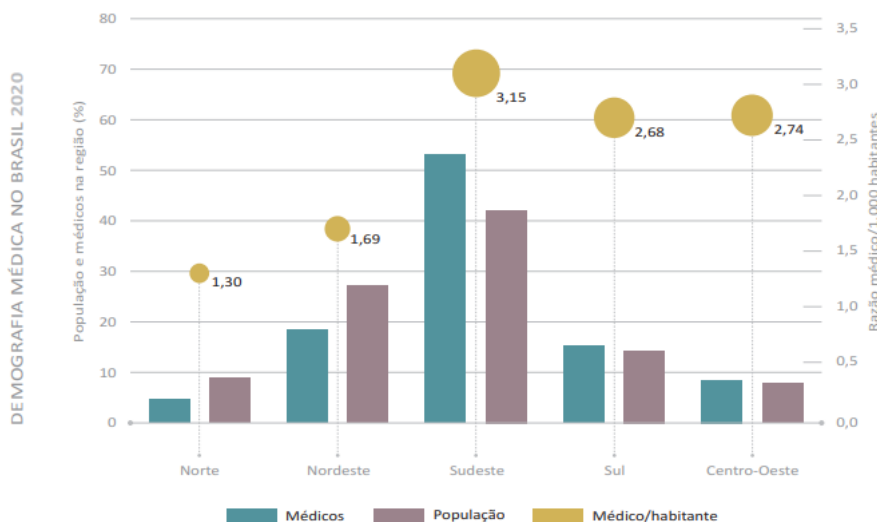
28. Conforme pontuado, inexistem diferentes alternativas para saneamento do problema reportado. Ora, a identificação das localidades e a verificação das condicionantes que lhes qualificam como de difícil provimento, a exemplo da constatação de alto percentual da população dependente do SUS, a baixa cobertura populacional estimada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (dada pelo percentual da população coberta por essas equipes em relação à estimativa populacional), e a proporção de pessoas cadastradas nas equipes de saúde da família que recebem benefício financeiro do Programa Bolsa Família, benefício de prestação continuada ou benefício previdenciário no valor máximo de 2 (dois) salários-mínimos, são medidas que se impõe.

29. Por outro vértice, as regiões norte e nordeste do país foram priorizadas desde a concepção do PMPB, idealizado por meio da Medida Provisória nº 890, de 1 de agosto de 2019, convertida na Lei nº 13.958, de 2019. Na [Exposição de Motivos](#) do referido ato legal, observa-se que uma das intenções do referido Programa é justamente corrigir a distribuição de vagas, de modo a privilegiar a alocação de mais de 7.000 médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade, incluindo áreas indígenas ou de população ribeirinha. Deste modo, 55% das vagas totais do Programa foram direcionadas para os municípios localizados nas regiões norte e nordeste do país, onde ainda se observa maior desigualdade social.

30. Para corroborar, em consulta ao Relatório que espelha a [Demografia Médica no Brasil, em 2020](#), elaborado pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP, com a Cooperação Técnica do Conselho Federal de Medicina, as regiões norte e nordeste têm os piores indicadores quanto a distribuição de médicos no território brasileiro, e todos os seus dezesseis estados estão abaixo da média nacional. Enquanto o país tem razão média de 2,27 médicos por mil habitantes, a região norte tem taxa de 1,30, 43% menor que a razão média nacional. Na região nordeste, a taxa é de 1,69. Veja-se a seguinte figura ilustrativa, extraída do Relatório em comento:

Figura 9

Distribuição de médicos e razão médico por mil habitantes segundo grandes regiões – Brasil, 2020



Nota: nesta análise foi usado o número de registros de médicos (inscrições nos CRMs). Fonte: Scheffer M. et al., Demografia Médica no Brasil 2020.

48

31. Pelo exposto, resta evidente que:

a) A revisão da metodologia que ora se pretende realizar não é desnecessária, pois visa corrigir uma distorção verificada na quantidade de vagas atribuída a determinadas localidades que são consideradas de difícil provimento de profissionais médicos (inseridas no âmbito da Amazônia Legal); e

b) Inexistem diversas alternativas para tratar o problema exposto. A identificação das localidades e consequente verificação de vulnerabilidade não comportam diversas hipóteses de atuação, considerando que as condicionantes estabelecidas para a verificação foram as realizadas no contexto do estudo originário, e são auto-explicativas. A importância de sua aferição se denota apenas pela simples interpretação literal.

II.IV. QUADRO COMPARATIVO DAS ALTERAÇÕES ENTRE O TEXTO VIGENTE E O TEXTO PROPOSTO

32. De acordo com o art. 12, §3º, I da Portaria nº 2.500, de 2017, nas propostas de atos normativos *stricto sensu* que pretendam alterar ou revogar norma em vigor, o órgão proponente deverá anexar quadro comparativo que demonstre as alterações entre o texto vigente e o texto proposto.

33. As únicas alterações que se pretende envidar estão destacadas em fonte de cor vermelha, na segunda coluna da tabela abaixo. Em síntese, são as seguintes:

- a) Acréscimo do subitem 2.2.1. ao item 2.2., do Anexo I da Portaria GM/MS nº 3.352/2021, de modo que os municípios "urbanos" e "intermediários adjacentes" da Amazônia Legal, que ostentem as condicionantes nele elencadas, possam ter um teto de vagas superior aos das demais regiões, numa proporção de 30%; e
- b) Aproveita-se o ensejo para promover correção de erro material no item 2.5 do Anexo I da aludida Portaria GM/MS nº 3.352/2021, de modo que passa a ser lido da seguinte forma: "2.5. A metodologia adotada neste Anexo para o dimensionamento de vagas não contemplou os municípios elegíveis que tenham alcançado a meta de cobertura descrita na Tabela 3 e não sejam beneficiados pela medida descrita no item 2.1., sem prejuízo de serem contemplados na ocasião da atualização dos critérios e dos indicadores adotados por esta metodologia."

REDAÇÃO ORIGINAL DA PORTARIA GM/MS Nº 3.352, DE 2 DE DEZEMBRO DE 2021	NOVA REDAÇÃO PROPOSTA																																		
ANEXO I DA METODOLOGIA DE PRIORIZAÇÃO DE LOCAIS PARA PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA MÉDICOS PELO BRASIL E DIMENSIONAMENTO DE VAGAS	ANEXO I DA METODOLOGIA DE PRIORIZAÇÃO DE LOCAIS PARA PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA MÉDICOS PELO BRASIL E DIMENSIONAMENTO DE VAGAS																																		
A metodologia de priorização de locais para participação no Programa Médicos pelo Brasil e dimensionamento de vagas contempla as seguintes etapas: 1. Priorização dos municípios; e 2. Dimensionamento do quantitativo máximo de vagas.	A metodologia de priorização de locais para participação no Programa Médicos pelo Brasil e dimensionamento de vagas contempla as seguintes etapas: 1. Priorização dos municípios; e 2. Dimensionamento do quantitativo máximo de vagas.																																		
1. Para definição dos locais a serem incluídos no Programa Médicos pelo Brasil foi estabelecido como premissa a classificação dos municípios brasileiros por grau de prioridade, observado o disposto na Lei nº 13.958, de 2019, observados os seguintes indicadores: I - primários: a) classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), convertida em variáveis numéricas na seguinte ordem de priorização: 1. rural remoto; 2. intermediário remoto; 3. rural adjacente 4. intermediário adjacente; e 5. urbano; b) percentual da população vulnerável socioeconomicamente. II - secundários: a) arrecadação per capita tributária municipal; b) população SUS dependente; c) internações por condições sensíveis à APS; e d) cobertura da Estratégia de Saúde da Família.	1. Para definição dos locais a serem incluídos no Programa Médicos pelo Brasil foi estabelecido como premissa a classificação dos municípios brasileiros por grau de prioridade, observado o disposto na Lei nº 13.958, de 2019, observados os seguintes indicadores: I - primários: a) classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), convertida em variáveis numéricas na seguinte ordem de priorização: 1. rural remoto; 2. intermediário remoto; 3. rural adjacente; 4. intermediário adjacente; e 5. urbano; b) percentual da população vulnerável socioeconomicamente. II - secundários: a) arrecadação per capita tributária municipal; b) população SUS dependente; c) internações por condições sensíveis à Atenção Primária; e d) cobertura da Estratégia de Saúde da Família.																																		
1.1. Para efeitos desta metodologia entende-se por população vulnerável: 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	1.1. Para efeitos desta metodologia entende-se por população vulnerável: 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																																		
1.2. Para a priorização dos municípios elegíveis foram utilizadas as seguintes etapas: a) atribuição de pesos a cada indicador, com atribuição de maior peso aos indicadores primários, conforme Tabela 1.	1.2. Para a priorização dos municípios elegíveis foram utilizadas as seguintes etapas: a) atribuição de pesos a cada indicador, com atribuição de maior peso aos indicadores primários, conforme Tabela 1.																																		
Tabela 1 - Atribuição de pesos aos critérios primários e secundários	Tabela 1 - Atribuição de pesos aos critérios primários e secundários																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>VARIÁVEIS CONSIDERADAS</th> <th>INDICADOR</th> <th>PESO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">INDICADORES PRIMÁRIOS (previstos pela legislação)</td> <td>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)</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Percentual da população vulnerável socioeconomicamente: bolsa família, BPC, recebimento de benefício previdenciário de até 2 SM</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">INDICADORES SECUNDÁRIOS alinhamento às políticas vigentes e fortalecimento da APS</td> <td>Arrecadação per Capita tributária</td> <td>1,5</td> </tr> <tr> <td>População Sus - Dependente</td> <td>1,5</td> </tr> <tr> <td>Internações por Condições Sensíveis à APS</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Cobertura da eSF</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	VARIÁVEIS CONSIDERADAS	INDICADOR	PESO	INDICADORES 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 alinhamento às políticas vigentes e fortalecimento da APS	Arrecadação per Capita tributária	1,5	População Sus - Dependente	1,5	Internações por Condições Sensíveis à APS	1	Cobertura da eSF	1	<table border="1"> <thead> <tr> <th>VARIÁVEIS CONSIDERADAS</th> <th>INDICADOR</th> <th>PESO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">INDICADORES PRIMÁRIOS (previstos pela legislação)</td> <td>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)</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Percentual da população vulnerável socioeconomicamente: bolsa família, BPC, recebimento de benefício previdenciário de até 2 SM</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">INDICADORES SECUNDÁRIOS alinhamento às políticas vigentes e fortalecimento da APS</td> <td>Arrecadação per Capita tributária</td> <td>1,5</td> </tr> <tr> <td>População Sus - Dependente</td> <td>1,5</td> </tr> <tr> <td>Internações por Condições Sensíveis à APS</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Cobertura da eSF</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	VARIÁVEIS CONSIDERADAS	INDICADOR	PESO	INDICADORES 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 alinhamento às políticas vigentes e fortalecimento da APS	Arrecadação per Capita tributária	1,5	População Sus - Dependente	1,5	Internações por Condições Sensíveis à APS	1	Cobertura da eSF	1
VARIÁVEIS CONSIDERADAS	INDICADOR	PESO																																	
INDICADORES 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 alinhamento às políticas vigentes e fortalecimento da APS	Arrecadação per Capita tributária	1,5																																	
	População Sus - Dependente	1,5																																	
	Internações por Condições Sensíveis à APS	1																																	
	Cobertura da eSF	1																																	
VARIÁVEIS CONSIDERADAS	INDICADOR	PESO																																	
INDICADORES 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 alinhamento às políticas vigentes e fortalecimento da APS	Arrecadação per Capita tributária	1,5																																	
	População Sus - Dependente	1,5																																	
	Internações por Condições Sensíveis à APS	1																																	
	Cobertura da eSF	1																																	
b) compatibilização entre os indicadores, considerando uma escala de 0 (zero) a 10 (dez), onde: b.1) em relação ao indicador vinculado à classificação geográfica definida pelo IBGE, quanto menor a densidade demográfica, distância de grandes centros urbanos e tamanho populacional, maior a prioridade; b.2) em relação ao indicador vinculado a população vulnerável socioeconomicamente, quanto maior seu percentual maior a prioridade; b.3) em relação ao indicador vinculado à arrecadação per capita, quanto maior o percentual, menor a prioridade; b.4) em relação ao indicador vinculado à população SUS-dependente quanto maior o percentual, maior a prioridade; b.5) em relação ao indicador vinculado às internações por condições sensíveis à APS quanto maior o percentual, maior a prioridade; b.6) em relação ao indicador vinculado à cobertura ESF, quanto maior o percentual, menor a prioridade. c) submissão de todos os municípios aos indicadores selecionados, com exceção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, Comunidades Quilombolas, e municípios atendidos por Unidades Básicas de Saúde Ribeirinhas ou Fluviais que, conforme disposto na alínea "b", inciso II do art. 2º da Lei nº 13.958, de 2019;	b) compatibilização entre os indicadores, considerando uma escala de 0 (zero) a 10 (dez), onde: b.1) em relação ao indicador vinculado à classificação geográfica definida pelo IBGE, quanto menor a densidade demográfica, distância de grandes centros urbanos e tamanho populacional, maior a prioridade; b.2) em relação ao indicador vinculado a população vulnerável socioeconomicamente, quanto maior seu percentual maior a prioridade; b.3) em relação ao indicador vinculado à arrecadação per capita, quanto maior o percentual, menor a prioridade; b.4) em relação ao indicador vinculado à população SUS-dependente quanto maior o percentual, maior a prioridade; b.5) em relação ao indicador vinculado às internações por condições sensíveis à APS quanto maior o percentual, maior a prioridade; b.6) em relação ao indicador vinculado à cobertura ESF, quanto maior o percentual, menor a prioridade. c) submissão de todos os municípios aos indicadores selecionados, com exceção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, Comunidades Quilombolas, e municípios atendidos por Unidades Básicas de Saúde Ribeirinhas ou Fluviais que, conforme disposto na alínea "b", inciso II do art. 2º da Lei nº 13.958, de 2019;																																		
1.3. Para a classificação dos municípios pelo grau de prioridade, considerando os indicadores primários e secundários, foi atribuída nota de 0 a 10, resultante da média ponderada calculada para cada município, onde quanto menor a nota atribuída, maior a priorização, agrupados nas seguintes faixas de prioridade conforme Tabela 2:	1.3. Para a classificação dos municípios pelo grau de prioridade, considerando os indicadores primários e secundários, foi atribuída nota de 0 a 10, resultante da média ponderada calculada para cada município, onde quanto menor a nota atribuída, maior a priorização, agrupados nas seguintes faixas de prioridade conforme Tabela 2:																																		
Tabela 2: Faixas por perfil de priorização	Tabela 2: Faixas por perfil de priorização:																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>FAIXAS</th> <th>PRIORIZAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ESPECIAL - DSEI, quilombolas, ribeirinhas e fluviais</td> <td>1ª</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2ª</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3ª</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>4ª</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>5ª</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>6ª</td> </tr> </tbody> </table>	FAIXAS	PRIORIZAÇÃO	ESPECIAL - DSEI, quilombolas, ribeirinhas e fluviais	1ª	1	2ª	2	3ª	3	4ª	4	5ª	5	6ª	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NOTAS</th> <th>FAIXAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>ESPECIAL – DSEI, quilombolas, ribeirinhas e fluviais</td> </tr> <tr> <td>0 - 2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2,1 - 4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4,1 - 6</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>6,1 - 8</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>8,1 - 10</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	NOTAS	FAIXAS	-	ESPECIAL – DSEI, quilombolas, ribeirinhas e fluviais	0 - 2	1	2,1 - 4	2	4,1 - 6	3	6,1 - 8	4	8,1 - 10	5						
FAIXAS	PRIORIZAÇÃO																																		
ESPECIAL - DSEI, quilombolas, ribeirinhas e fluviais	1ª																																		
1	2ª																																		
2	3ª																																		
3	4ª																																		
4	5ª																																		
5	6ª																																		
NOTAS	FAIXAS																																		
-	ESPECIAL – DSEI, quilombolas, ribeirinhas e fluviais																																		
0 - 2	1																																		
2,1 - 4	2																																		
4,1 - 6	3																																		
6,1 - 8	4																																		
8,1 - 10	5																																		

2. Para o dimensionamento do quantitativo máximo de vagas por município foram considerados os seguintes critérios:

I - Estabelecimento de uma meta de cobertura, conforme Tabela 3, considerando o teto de equipes da estratégia de Saúde da Família - eSF (população/2.000) e as seguintes premissas:

- metas mais altas determinadas para as faixas que refletem maior prioridade;
- meta mínima de 50% (cinquenta por cento) garantida para as faixas que indicam menor prioridade; e
- 55% (cinquenta e cinco por cento) das vagas totais do Programa direcionadas para os municípios localizados nas regiões Norte e Nordeste do país.

Tabela 3 - Meta de cobertura equipes eSF por região do país e faixas de classificação dos municípios

FAIXAS NOTAS	Nº	CENTRO-OESTE, SUDESTE E SUL	NORDESTE e NORTE
-	FAIXA 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%

II - Estabelecimento de equação para a definição do quantitativo máximo de vagas do Programa por município, onde foram subtraídas do teto de eSF do município necessário ao alcance da meta de cobertura, as equipes validadas com médico que receberam o financiamento do Ministério da Saúde em agosto de 2021:

Tabela 4 - Equação para dimensionamento do quantitativo máximo de vagas sem a regra de transição

EQUAÇÃO PARA DIMENSIONAMENTO DO QUANTITATIVO MÁXIMO DE VAGAS SEM A REGRA DE TRANSIÇÃO DO PMMB
Nº de vagas = Teto eSF do município (x) meta de cobertura eSF por faixa de perfil de município (-) Equipes eSF validadas com médico competência ago/2021

Para os efeitos da Tabela 4 entende-se por:

- Teto eSF : teto de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (população/2.000),
- Meta de cobertura: meta estabelecida na presente metodologia para atribuição de quantitativo de vagas aos municípios,
- Equipes eSF validadas: eSF credenciadas, homologadas e financiadas pelo Ministério da Saúde e cadastradas no SCNES.

III - Criação de regra de transição do Projeto Mais Médicos para o Brasil para o Programa Médicos pelo Brasil, levando-se em conta a substituição gradual das vagas conforme fórmula de cálculo definida na Tabela 5:

Tabela 5 - EQUAÇÃO PARA DIMENSIONAMENTO DO QUANTITATIVO MÁXIMO DE VAGAS COM A REGRA DE TRANSIÇÃO DO PMMB

EQUAÇÃO PARA DIMENSIONAMENTO DO QUANTITATIVO MÁXIMO DE VAGAS COM A REGRA DE TRANSIÇÃO DO PMMB
Nº de vagas com regra de transição - Teto eSF do município (x) meta de cobertura eSF conforme faixa de perfil de município (-) Equipes eSF validadas com médico competência ago/2021 (*) teto de vagas PMMB

2.1. Para os municípios classificados como municípios Rurais Remotos, Intermediários Remotos e Rurais adjacentes que pela fórmula de cálculo estabelecida na Tabela 4 não obtiveram ao menos uma vaga, foi assegurado o mínimo de 20% (vinte por cento) das equipes validadas na competência de agosto/2021, mesmo que já tenham alcançado a meta de cobertura proposta.

2.2. O quantitativo máximo de vagas estabelecido para os municípios classificados como urbano e intermediário adjacente destina-se ao atendimento à população vulnerável neles adstrita. Nesse sentido, para dimensionamento dessas vagas, foi considerada a população vulnerável identificada, cadastrada na eSF, dividida por 2.750 (dois mil setecentos e cinquenta), no caso dos municípios intermediários adjacentes e dividida por 4.000 (quatro mil) no caso dos municípios urbanos.

2.3. Para o dimensionamento das vagas relacionadas à faixa especial estabelecida na Tabela 2 foram consideradas as equipes de saúde que atendem as populações indígenas, remanescentes de comunidades quilombolas ribeirinhas ou atendidas por unidades fluviais com necessidade de provimento médico.

2.4. Foram deduzidas das vagas definidas pela fórmula de cálculo definida na Tabela 5, as eSF validadas que atendem populações indígenas, remanescentes de comunidades quilombolas ribeirinhas ou atendidas por unidades fluviais com necessidade de provimento médico, para garantir priorização das vagas nos municípios classificados na faixa especial estabelecida na Tabela 2. Os municípios que atendem a estas populações, excepcionalmente, poderão vir a integrar duas faixas: a faixa especial e aquela que sua nota atribuída lhe classificar.

2.5. A metodologia adotada neste Anexo para o dimensionamento de vagas não contemplou os municípios elegíveis que não tenham alcançado a meta de cobertura descrita na Tabela 3 e não sejam beneficiados pela medida descrita no item 2.1., sem prejuízo de serem contemplados na ocasião da atualização dos critérios e dos indicadores adotados por esta metodologia.

2. Para o dimensionamento do quantitativo máximo de vagas por município foram considerados os seguintes critérios:

I - Estabelecimento de uma meta de cobertura, conforme Tabela 3, considerando o teto de equipes da estratégia de Saúde da Família - eSF (população/2.000) e as seguintes premissas:

- metas mais altas determinadas para as faixas que refletem maior prioridade;
- meta mínima de 50% (cinquenta por cento) garantida para as faixas que indicam menor prioridade; e
- 55% (cinquenta e cinco por cento) das vagas totais do Programa direcionadas para os municípios localizados nas regiões Norte e Nordeste do país.

Tabela 3 - Meta de cobertura de equipes eSF por região do país e faixas de classificação dos municípios

FAIXAS NOTAS	Nº	CENTRO-OESTE, SUDESTE E SUL	NORDESTE e NORTE
-	FAIXA 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%

II - Estabelecimento de equação para a definição do quantitativo máximo de vagas do Programa por município, onde foram subtraídas do teto de eSF do município necessário ao alcance da meta de cobertura, as equipes validadas com médico que receberam o financiamento do Ministério da Saúde em agosto de 2021:

Tabela 4 - Equação para dimensionamento do quantitativo máximo de vagas sem a regra de transição

EQUAÇÃO PARA DIMENSIONAMENTO DO QUANTITATIVO MÁXIMO DE VAGAS SEM A REGRA DE TRANSIÇÃO DO PMMB
Nº de vagas = Teto eSF do município (x) meta de cobertura eSF por faixa de perfil de município (-) Equipes eSF validadas com médico competência ago/2021

Para os efeitos da Tabela 4, entende-se por:

- Teto eSF : teto de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (população/2.000),
- Meta de cobertura: meta estabelecida na presente metodologia para atribuição de quantitativo de vagas aos municípios,
- Equipes eSF validadas: eSF credenciadas, homologadas e financiadas pelo Ministério da Saúde e cadastradas no SCNES.

III - Criação de regra de transição do Projeto Mais Médicos para o Brasil para o Programa Médicos pelo Brasil, levando-se em conta a substituição gradual das vagas conforme fórmula de cálculo definida na Tabela 5:

Tabela 5 - EQUAÇÃO PARA DIMENSIONAMENTO DO QUANTITATIVO MÁXIMO DE VAGAS COM A REGRA DE TRANSIÇÃO DO PMMB

EQUAÇÃO PARA DIMENSIONAMENTO DO QUANTITATIVO MÁXIMO DE VAGAS COM A REGRA DE TRANSIÇÃO DO PMMB
Nº de vagas com regra de transição - Teto eSF do município (x) meta de cobertura eSF conforme faixa de perfil de município (-) Equipes eSF validadas com médico competência ago/2021 (*) teto de vagas PMMB

2.1. Para os municípios classificados como municípios rurais remotos, intermediários remotos e rurais adjacentes que pela fórmula de cálculo estabelecida na Tabela 4, não obtiveram ao menos uma vaga, foi assegurado o mínimo de 20% (vinte por cento) das equipes validadas na competência de agosto/2021, mesmo que já tenham alcançado a meta de cobertura proposta.

2.2. O quantitativo máximo de vagas estabelecido para os municípios classificados como urbano e intermediário adjacente destina-se ao atendimento à população vulnerável neles adstrita. Nesse sentido, para dimensionamento dessas vagas, foi considerada a população vulnerável identificada, cadastrada na eSF, dividida por 2.750 (dois mil setecentos e cinquenta), no caso dos municípios intermediários adjacentes e dividida por 4.000 (quatro mil) no caso dos municípios urbanos.

2.2.1. O quantitativo máximo de vagas estabelecido para os municípios classificados como urbano e intermediário adjacente que estiverem na Amazônia Legal e que ostentarem o menor percentual de cobertura de eSF, foi considerado a população vulnerável identificada, cadastrada na eSF, dividida por 1.925 (mil, novecentos e vinte e cinco), no caso dos municípios classificados como urbano e intermediário adjacente e dividida por 4.000 (quatro mil) no caso dos municípios intermediários adjacentes e dividida por 2.750 (dois mil setecentos e cinquenta), no caso dos municípios urbanos. Nesse sentido, para dimensionamento dessas vagas, foi considerada a população vulnerável identificada, cadastrada na eSF, dividida por 1.925 (mil, novecentos e vinte e cinco), no caso dos municípios classificados como urbano e intermediário adjacente e dividida por 4.000 (quatro mil) no caso dos municípios intermediários adjacentes e dividida por 2.750 (dois mil setecentos e cinquenta), no caso dos municípios urbanos.

2.3. Para o dimensionamento das vagas relacionadas à faixa especial estabelecida na Tabela 2 foram consideradas as equipes de saúde que atendem as populações indígenas, remanescentes de comunidades quilombolas ribeirinhas ou atendidas por unidades fluviais com necessidade de provimento médico.

2.4. Foram deduzidas das vagas definidas pela fórmula de cálculo definida na Tabela 5, as eSF validadas que atendem populações indígenas, remanescentes de comunidades quilombolas ribeirinhas ou atendidas por unidades fluviais com necessidade de provimento médico, para garantir priorização das vagas nos municípios classificados na faixa especial estabelecida na Tabela 2. Os municípios que atendem a estas populações, excepcionalmente, poderão vir a integrar duas faixas: a faixa especial e aquela que sua nota atribuída lhe classificar.

2.5. A metodologia adotada neste Anexo para o dimensionamento de vagas não contemplou os municípios elegíveis que não tenham alcançado a meta de cobertura descrita na Tabela 3 e não sejam beneficiados pela medida descrita no item 2.1., sem prejuízo de serem contemplados na ocasião da atualização dos critérios e dos indicadores adotados por esta metodologia.

34. Os 91 (noventa e um) municípios que terão aumento no teto de vagas do PMpB, gerando acréscimo no total global de 313 (trezentas e treze) vagas, estão indicados no parágrafo 56 da Nota Técnica nº 36/2022-DESF/SAPS/MS (Id. 0028221024).

35. Por fim, considerando a melhor técnica, propõe-se a minuta de Portaria disposta no Id. 0028301384, de modo que os Anexos I e II da Portaria GM/MS nº 3.352, de 2 de dezembro de 2021 passem a integrar a Portaria GM/MS nº 3.352/2021, em substituição aos anexos originais.

III. CONCLUSÃO

36. Ante o exposto, conclui-se:

- a) Que a Nota Técnica nº 36/2022-DESF/SAPS/MS (Id. 0028221024) justifica a necessidade de providenciar a revisão extraordinária da metodologia para priorização, dimensionamento e quantificação do máximo de vagas para o Programa Médicos pelo Brasil (PMpB), contida nos Anexos I e II da Portaria GM/MS nº 3.352, de 2 de dezembro de 2021, de forma a privilegiar determinados municípios incluídos na região da Amazônia Legal;
- b) Pela dispensabilidade da Análise de Impacto Regulatório - AIR, posto que a alteração pretendida, embora se configure numa forma de revisão e saneamento da metodologia previamente fixada e consista em ganho para a população adstrita às localidades situadas na Amazônia Legal e qualificadas como "urbanas" e "intermediárias adjacentes" (e dentro das condicionantes que as qualificam como de difícil provimento), enquadra-se como **ato normativo de baixo impacto**, pela presença das condicionantes expostas no art. 4º, inciso III do Decreto nº 10.411, de 2020; e
- c) Eventualmente, entende-se pela dispensabilidade da AIR, ainda, com fulcro no art. 4º, inciso II do Decreto nº 10.411, de 2020, posto se tratar de **ato normativo destinado a disciplinar direitos ou obrigações definidos em norma hierarquicamente superior que não permita, técnica ou juridicamente, diferentes alternativas regulatórias**.

37. Em atendimento à COTA n. 05825/2022/CONJUR-MS/CGU/AGU (Id. 0028881485), segue, no item II.IV. desta Nota Técnica, quadro comparativo das alterações entre o texto vigente e o texto proposto, de acordo com o art. 12, §3º, inciso I da Portaria nº 2.500, de 2017.

38. Restituam-se os autos para o Gabinete da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, para conhecimento desta manifestação técnica, e caso entenda, posterior remessa para a Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde - CONJUR/MS.



Documento assinado eletronicamente por **Michael Luiz Diana de Oliveira, Diretor(a) do Departamento de Saúde da Família substituto(a)**, em 22/09/2022, às 14:56, 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 **Raphael Camara Medeiros Parente, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 22/09/2022, às 16:45, 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 **0029307510** e o código CRC **3D4C0701**.