



**NOTA TÉCNICA Nº 85/2025-CGPLAD/DGAPS/SAPS/MS**

**1. ASSUNTO**

1.1. A presente Nota Técnica destaca a importância da focalização territorial considerando as vulnerabilidades intramunicipais e a população exclusivamente dependente do SUS, como critérios complementares, para suprir as limitações metodológicas da análise territorial agregada por município (proposto pelo IPEA) na avaliação da equidade do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), e propõe recomendações técnicas e metodológicas para o aprimoramento das estratégias de monitoramento e avaliação no âmbito do Programa Mais Médicos, com base em evidências científicas e estudos recentes sobre sua efetividade em territórios vulneráveis.

**2. CONSIDERAÇÕES**

2.1. O Tribunal de Contas da União (TCU) identificou que o Programa Mais Médicos (PMM) aparenta ter alocado proporcionalmente mais médicos em municípios de muito baixa e baixa vulnerabilidade social, segundo o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) do IPEA, contrariando seu objetivo normativo de priorizar áreas de alta e muito alta vulnerabilidade.

2.2. Após algumas análises dos dados apresentados, o Ministério da Saúde traz algumas considerações para análise, tais como:

- a) A necessidade de aprofundar indicadores que analisem a ampliação do acesso para o público exclusivamente dependente do SUS (população sem plano privado), independente da classificação dos municípios de acordo com o IVS;
- b) O índice do IPEA não pode ser analisado isoladamente, considerando que existem outras dimensões de vulnerabilidade social intramunicipal, não sensíveis ao índice municipal (do IPEA);
- c) Confrontar os achados do TCU com as conclusões do estudo de Oliveira et al. (2020), que evidencia a focalização intramunicipal (quintis de UDH) em periferias vulneráveis em todos os IVS.

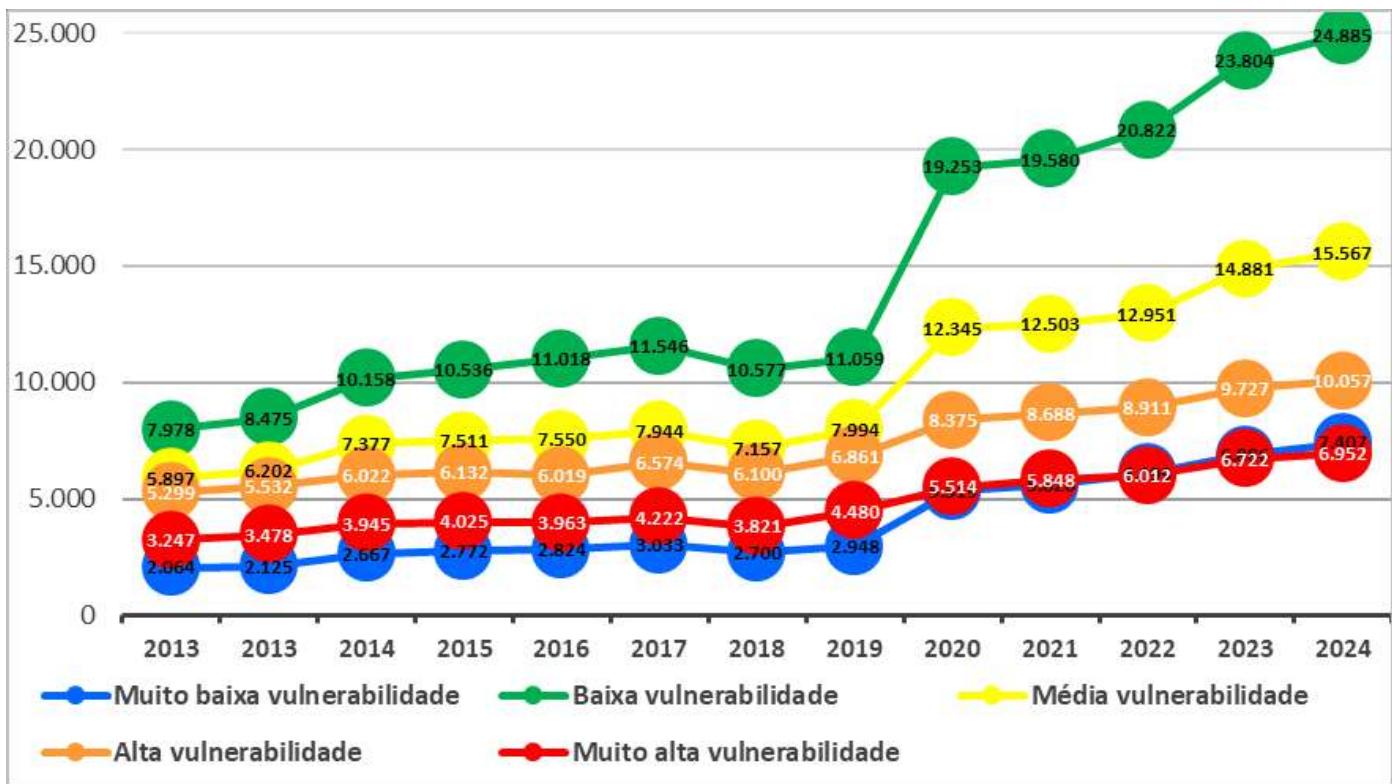
2.3. Conclui-se que, quando ajustados aos critérios de equidade metodológicos corretos, o PMM cumpriu seu papel de prover médicos às populações mais vulneráveis.

**3. ANÁLISE**

3.1. Limitações da Análise Agregada (apresentada pelo TCU).

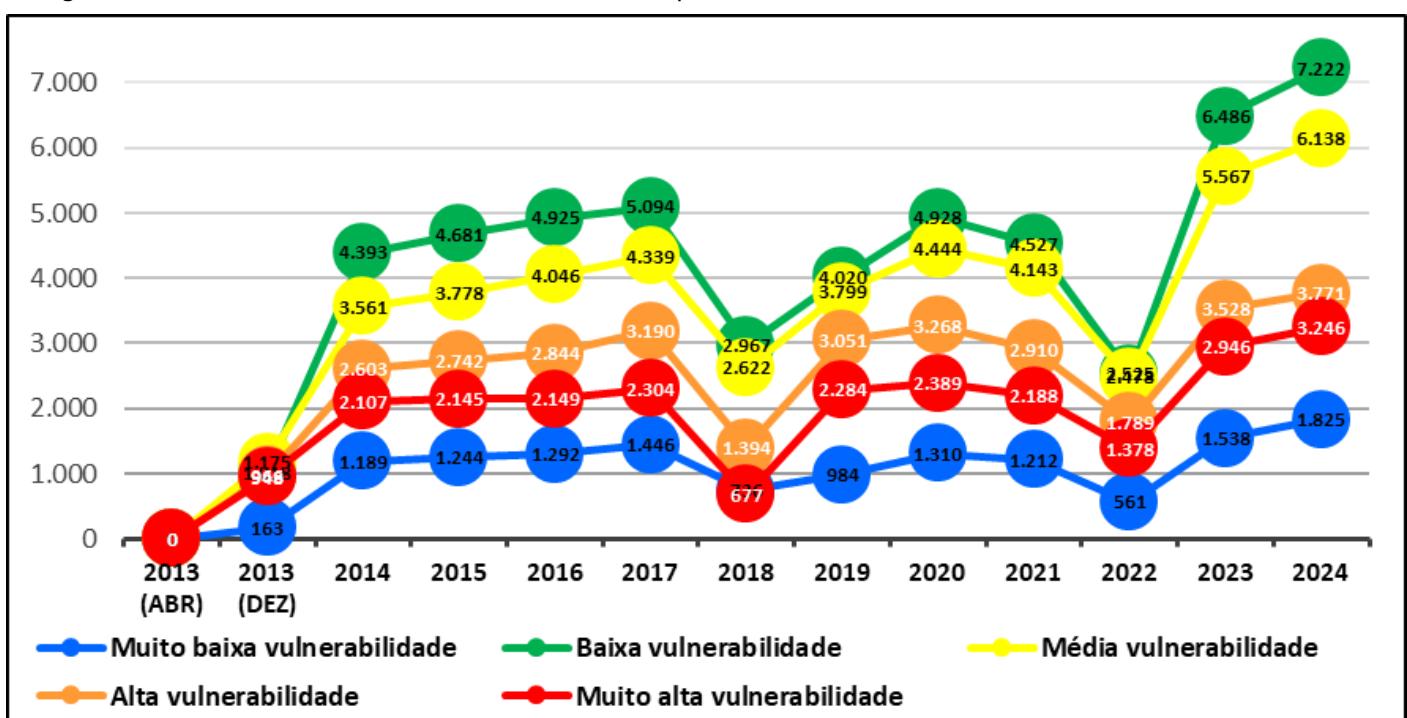
3.2. A avaliação do TCU baseou-se em análises por município, considerando os dados:

Gráfico 1 – Número de médicos na Atenção Primária à Saúde (APS) (número de equipes de Saúde da Família com médicos) por agrupados de municípios por categoria de Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e por ano. Brasil, 2013 (abr) a 2024.



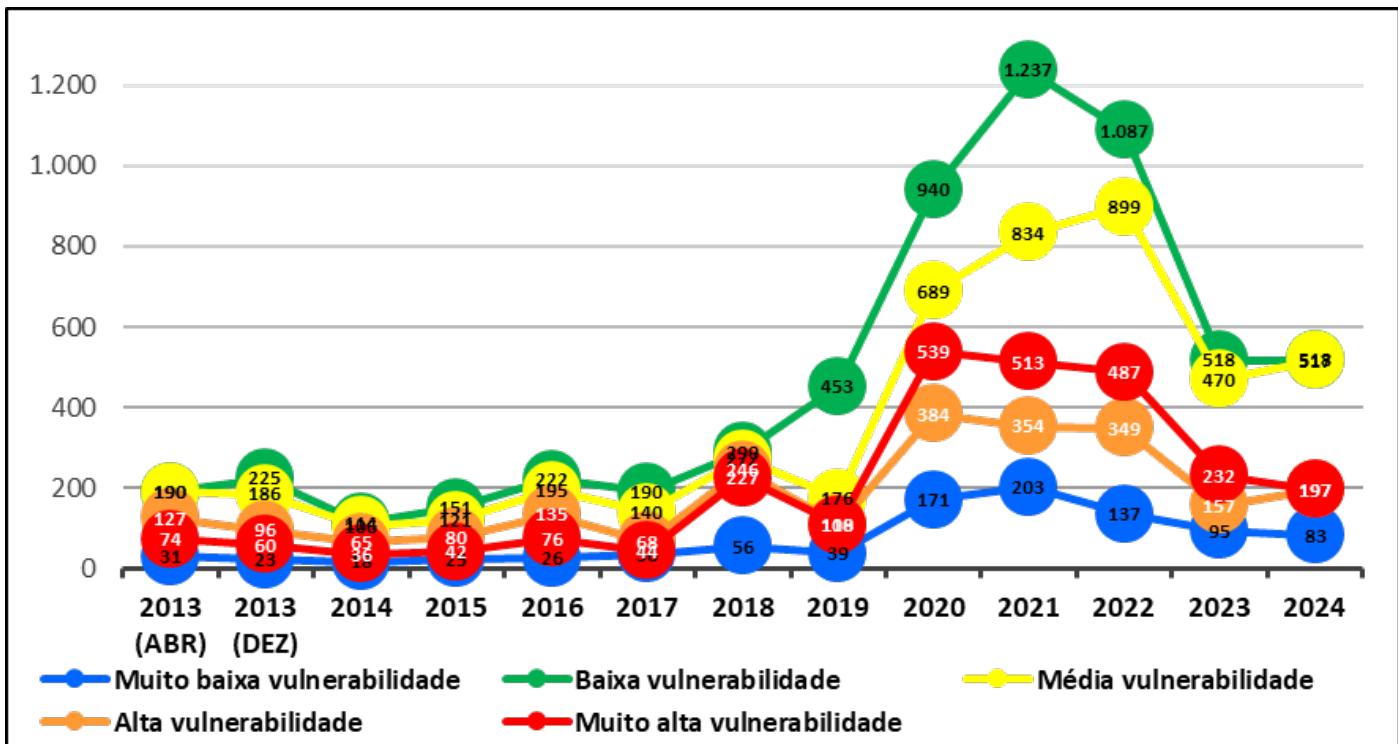
Fonte: CNES e IPEA. Elaboração: Coordenação-Geral de Planejamento, Avaliação e Dimensionamento de Profissionais da APS (CGPLAD/DGAPS/SAPS/MS)

Gráfico 2 – Número de médicos do Programa Mais Médicos (PMM) na Atenção Primária à Saúde (APS) (número de equipes de Saúde da Família com médicos do PMM) por agrupados de municípios por categoria de Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e por ano. Brasil, 2013 (abr) a 2024.



Fonte: CNES e IPEA. Elaboração: Coordenação-Geral de Planejamento, Avaliação e Dimensionamento de Profissionais da APS (CGPLAD/DGAPS/SAPS/MS)

Gráfico 3 – Número de necessidade de médicos na Atenção Primária à Saúde (APS) (número de equipes de Saúde Família sem médicos) por agrupados de municípios por categoria de Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e por ano. Brasil, 2013 (abr) a 2024.



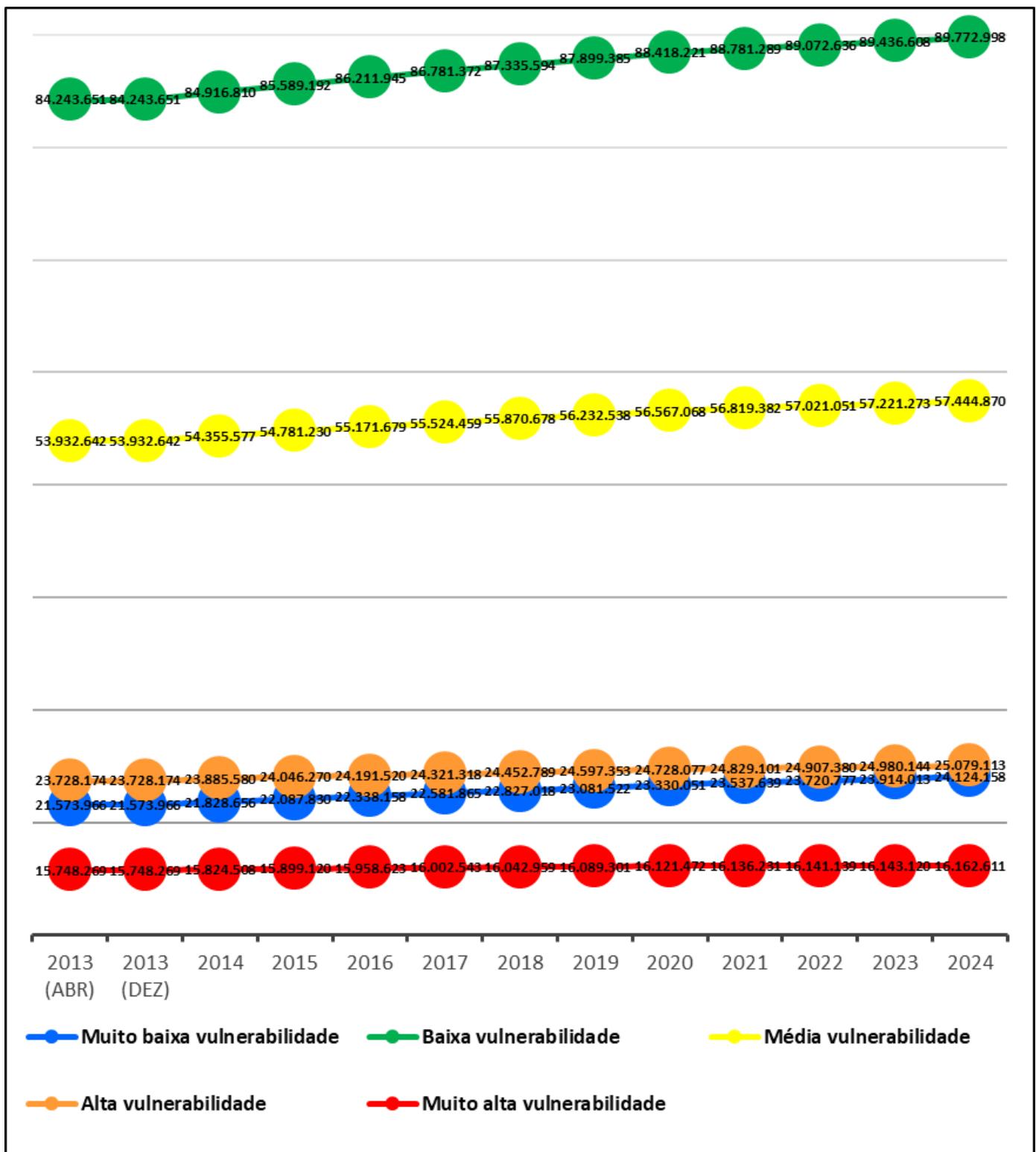
Fonte: CNES e IPEA. Elaboração: Coordenação-Geral de Planejamento, Avaliação e Dimensionamento de Profissionais da APS (CGPLAD/DGAPS/SAPS/MS)

3.3. Concluiu-se a observação do TCU, em valores absolutos, que há maior provimento em municípios de menor vulnerabilidade social. Contudo, tal abordagem apresenta três vieses críticos importantes:

a) **Concentração populacional** (Gráfico 4): cerca de 70% da população reside em municípios de baixo IVS, inflando contagens absolutas nesses locais.

3.4. Essa concentração populacional infla o número de médicos alocados nesses locais, sem que isso represente, necessariamente, um favorecimento indevido. Esse é um reflexo do critério de proporcionalidade populacional adotado para a alocação de médicos, que está em consonância com o princípio da equidade do SUS, ao considerar tanto volume populacional quanto critérios de acesso. Portanto, a presença significativa de médicos do PMM em municípios de baixo IVS não invalida a lógica da alocação, desde que esses municípios apresentem demanda populacional elevada, além das disparidades intramunicipais, o que justifica, tecnicamente, sua inclusão no programa para manter a continuidade da assistência e prevenir retrocessos na cobertura.

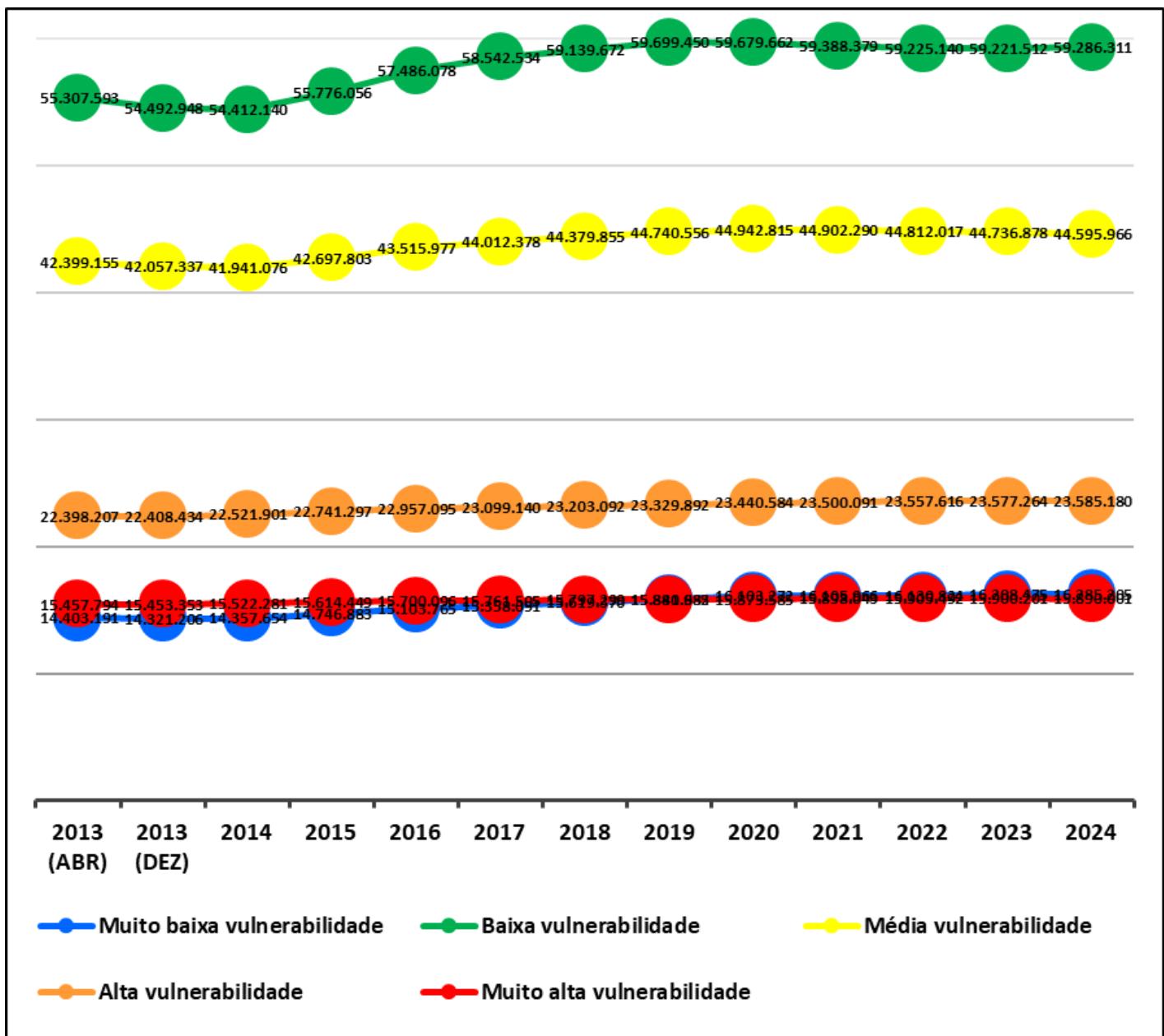
Gráfico 4 – Número da estimativa de habitantes por agrupados de municípios por categoria de Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e por ano. Brasil, 2013 (abr) a 2024.



Fonte: RIPSA, ANS e IPEA. Elaboração: Coordenação-Geral de Planejamento, Avaliação e Dimensionamento de Profissionais da APS (CGPLAD/DGAPS/SAPS/MS)

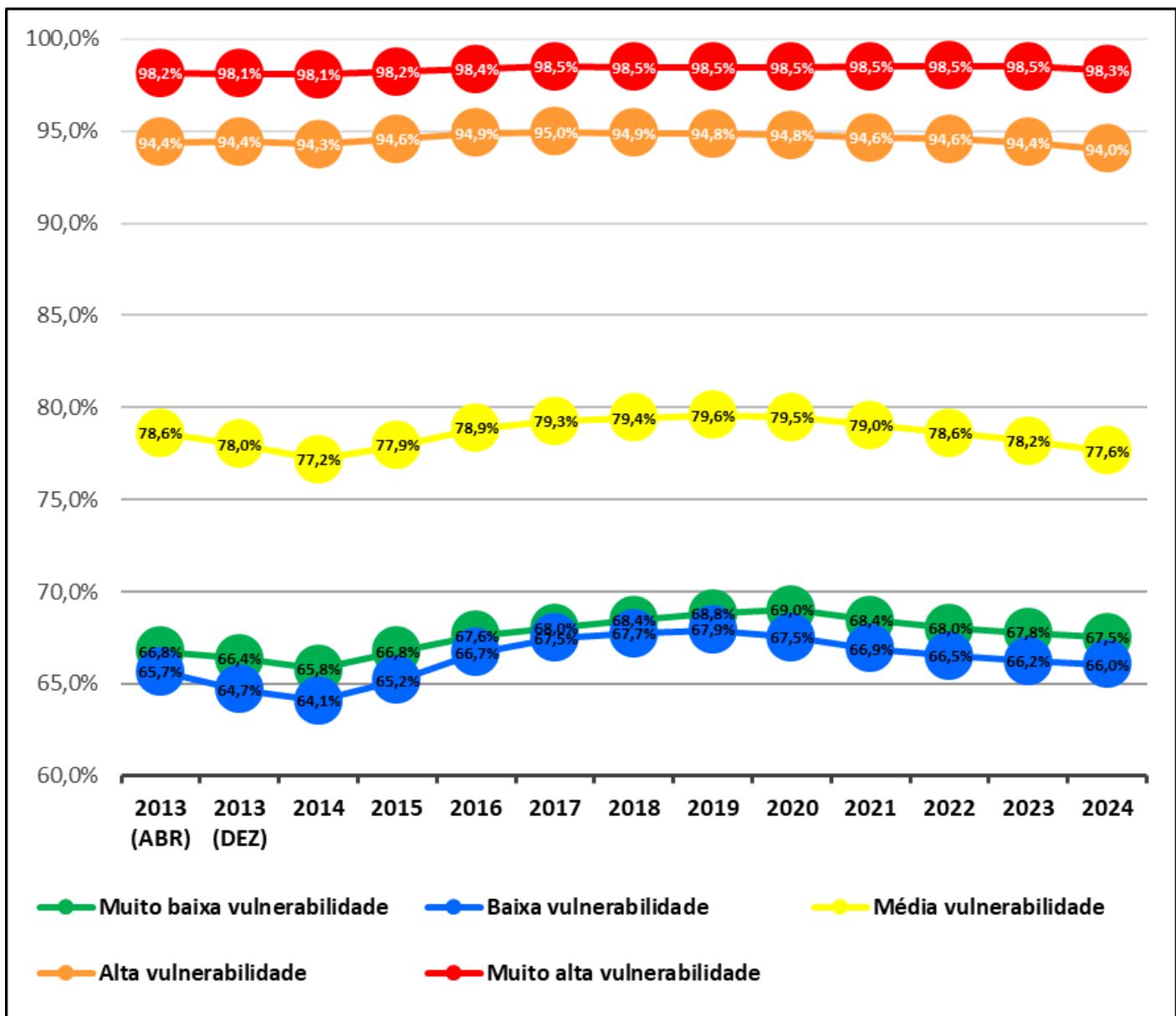
b) **Dependência do SUS** (Gráfico 5 e 6): a parcela sem plano privado concentra-se em municípios de maior IVS (> 94% nesses grupos), tornando-se o público-alvo real do PMM, independente da vulnerabilidade social. Por isso, faz-se importante relativizar essa análise.

Gráfico 5 – Número da estimativa de habitantes exclusivamente dependentes do SUS por agrupados de municípios por categoria de Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e por ano. Brasil, 2013 (abr) a 2024.



Fonte: RIPSA, ANS e IPEA. Elaboração: Coordenação-Geral de Planejamento, Avaliação e Dimensionamento de Profissionais da APS (CGPLAD/DGAPS/SAPS/MS)

Gráfico 6 – Proporção de habitantes exclusivamente dependentes do SUS em relação ao total de habitantes por agrupados de municípios por categoria de Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e por ano. Brasil, 2013 (abr) a 2024.



Fonte: RIPSA, ANS e IPEA. Elaboração: Coordenação-Geral de Planejamento, Avaliação e Dimensionamento de Profissionais da APS (CGPLAD/DGAPS/SAPS/MS)

3.5. Conclui-se que, proporcionalmente, a população SUS dependente se concentra em municípios de maior densidade populacional, e consequentemente em grandes centros urbanos.

c) **Heterogeneidade intramunicipal:** classificações agregadas ocultam bolsões de altíssima vulnerabilidade em periferias metropolitanas.

3.6. Essas distorções reforçam a necessidade de normalizar os indicadores pela razão por 1.000 habitantes dependentes do SUS (Gráficos 7, 8 e 9). Esses dados são estratégicos para justificar a alocação de médicos do PMM nesses territórios, pois revela não apenas a demanda absoluta, mas a demanda qualificada por serviço público de saúde. Desconsiderar essa proporção entre dependência do SUS e necessidade de cobertura territorial pode subestimar o risco de desassistência nessas áreas.

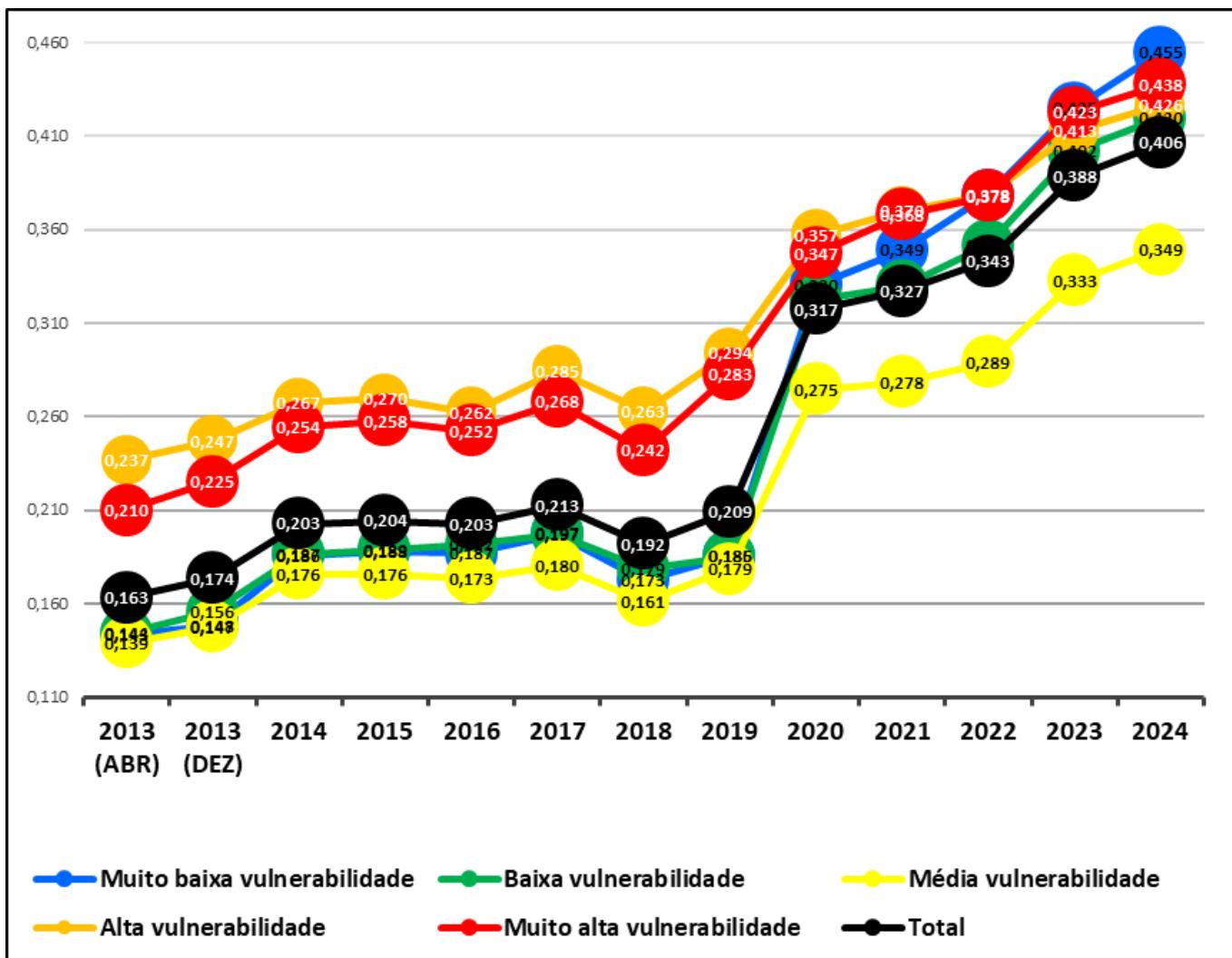
### **NORMALIZAÇÃO<sup>1</sup> PELOS HABITANTES DEPENDENTES DO SUS**

#### **3.7. Razão de médicos por 1.000 habitantes dependentes do SUS (Gráfico 7)**

- Muito alta vulnerabilidade: evolução de 0,21 → 0,44 médicos/1.000 hab. (2013-2024).
- Alta vulnerabilidade: 0,24 → 0,43.
- Média a muito baixa: variou entre 0,14 → 0,33.

3.7.1. A proporção nos dois grupos prioritários supera em até 30% a das demais categorias, demonstrando foco proporcionalmente maior, conforme a demanda real.

Gráfico 7 – Razão de médicos na Atenção Primária à Saúde (APS) (número de equipes de Saúde da Família com médicos) por 1.000 habitantes exclusivamente dependentes do SUS por agrupados de municípios por categoria de Vulnerabilidade Social (IVS) e por ano. Brasil, 2013 (abr) a 2024.



Fonte: CNES, RIPSA, ANS e IPEA. Elaboração: Coordenação-Geral de Planejamento, Avaliação e Dimensionamento de Profissionais da APS (CGPLAD/DGAPS/SAPS/MS)

<sup>1</sup> Em termos estatísticos, normalizar é técnica que visa ajustar os valores medidos em diferentes escalas para uma escala comum, que permita a relativização para aprofundar a explicação de um problema. Yadolah, Dodge (2006). «Normalization of scores». The Oxford Dictionary of Statistical Terms (em inglês) 6.ª ed. USA: Oxford University Press (publicado em 7 de setembro de 2006). 508 páginas. ISBN 978-0-19920-613-1. Consultado em 15 de junho de 2024

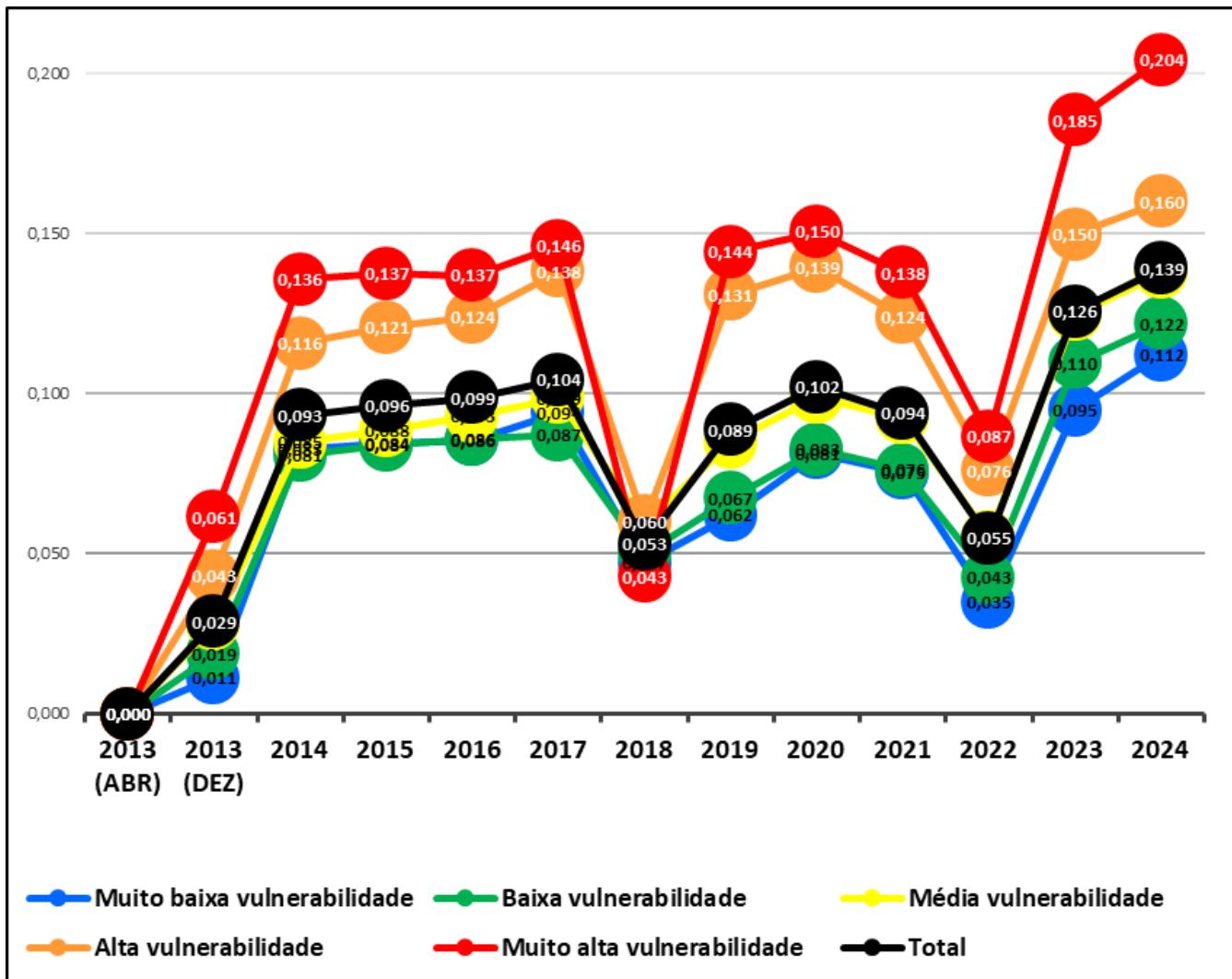
3.7.2. No entanto, quando olhamos para os municípios de maior vulnerabilidade, percebe-se um percentual de cobertura maior do Programa Mais Médicos. A diferença apresentada no ano de 2024 representa o momento da entrada da modalidade de financiamento por coparticipação municipal, em que os municípios arcaram com a bolsa do médico, fugindo um pouco da lógica dos critérios de alocação preferencialmente em locais mais vulneráveis e de regiões com população SUS dependente. Normalmente os municípios de coparticipação são os agrupados em baixa e muito baixa vulnerabilidade.

### 3.8. Razão de médicos do PMM por 1.000 habitantes dependentes do SUS (Gráfico 8)

- a) Muito alta: de 0,00 → 0,20.
- b) Alta: de 0,00 → 0,16.
- c) Em baixa e muito baixa, permaneceu abaixo de 0,12.

3.8.1. Apesar da cobertura de médicos crescer em todos os perfis de municípios, a participação do PMM manteve-se concentrada nas áreas com maior vulnerabilidade, apresentando índices até duas vezes superiores aos de menor IVS.

Gráfico 8 – Razão de médicos do Programa Mais Médicos (PMM) na Atenção Primária à Saúde (APS) (número de equipes de Saúde da Família com médicos do PMM) por 1.000 habitantes exclusivamente dependentes do SUS por agrupados de municípios por categoria de Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e por ano. Brasil, 2013 (abr) a 2024.

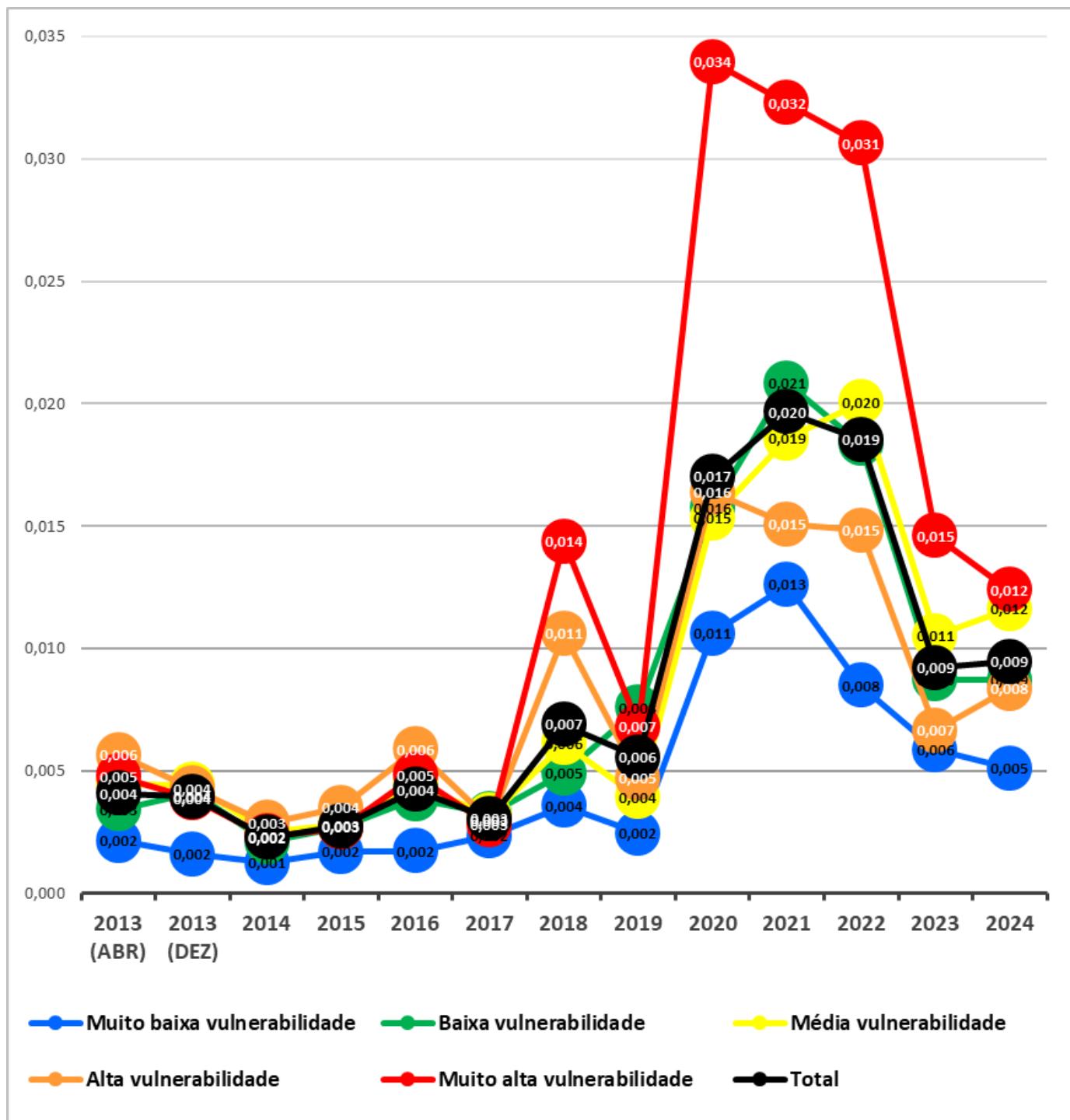


Fonte: CNES, RIPSA, ANS e IPEA. Elaboração: Coordenação-Geral de Planejamento, Avaliação e Dimensionamento de Profissionais da APS (CGPLAD/DGAPS/SAPS/MS)

### 3.9. Razão de necessidade (Gráfico 9)

3.9.1. A diminuição significativa da necessidade nos grupos prioritários confirma o enfoque equitativo do Programa.

Gráfico 9 – Razão da necessidade dos médicos na Atenção Primária à Saúde (APS) (número de equipes de Saúde da Família sem médicos) por 1.000 habitantes exclusivamente dependentes do SUS por agrupados de municípios por categoria de Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e por ano. Brasil, 2013 (abr) a 2024.



Fonte: SGP, CNES, RPSA, ANS e IPEA. Elaboração: Coordenação-Geral de Planejamento, Avaliação e Dimensionamento de Profissionais da APS (CGPLAD/DGAPS/SAPS/MS)

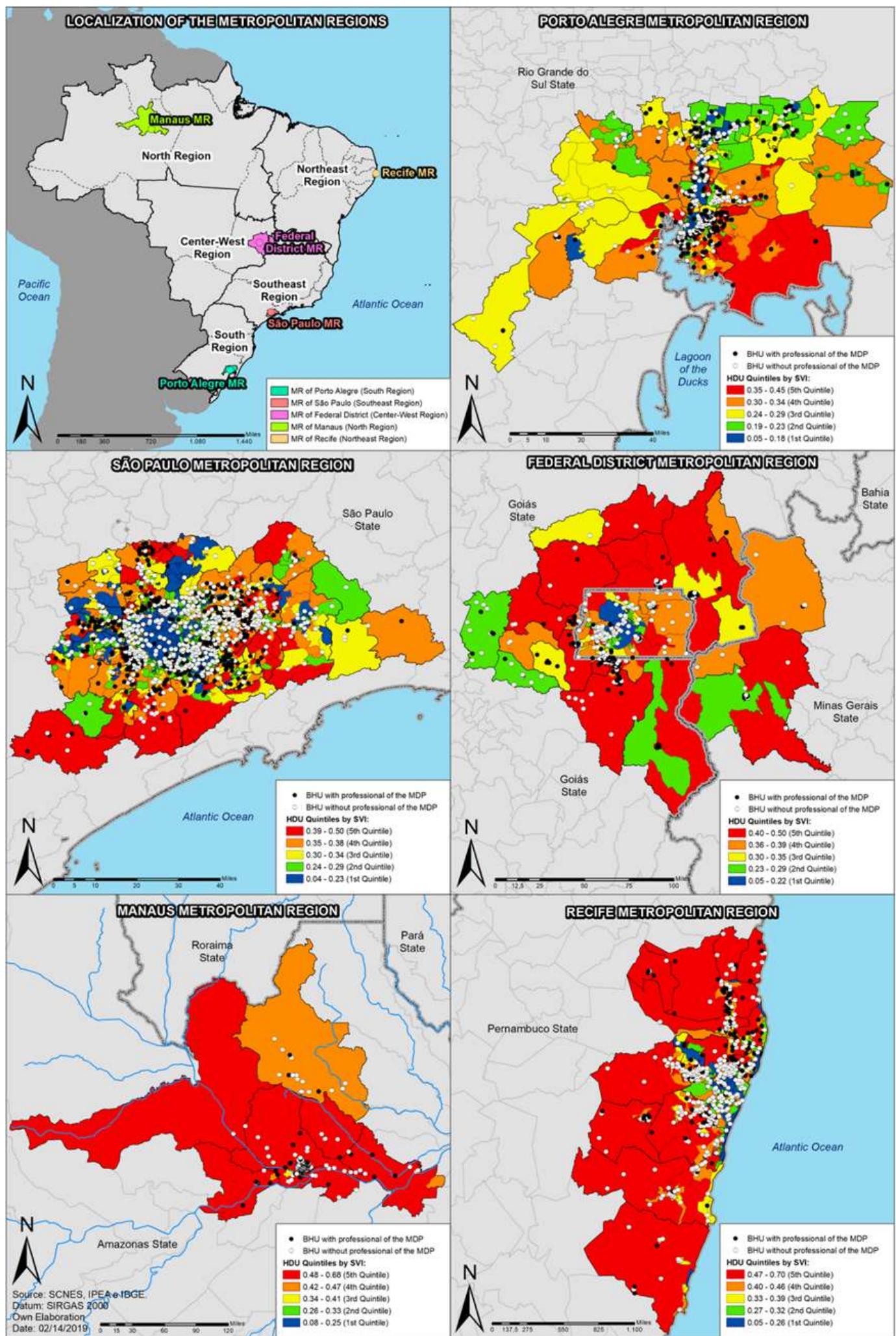
### 3.10. Evidências de Focalização Submunicipal

3.10.1. O estudo de Oliveira et al. (2020) analisou cinco regiões metropolitanas, mapeando UBS em Unidades de Desenvolvimento Habitacional (UDH) e classificando-as por quintis intramunicipais de IVS. Os resultados mostram:

- Manaus, Recife e Distrito Federal: 71% dos médicos do PMM atuaram nos 4º e 5º quintis de vulnerabilidade social.
- São Paulo: 46% nos quintis mais vulneráveis.
- Porto Alegre: discrepâncias maiores, mas ainda com alocação relevante em áreas periféricas.

3.10.2. Esses dados comprovam que o PMM não se limitou a critérios municipais, mas implementou mecanismos de priorização geoespecíficos, alinhados ao princípio da equidade.

Figura 1 – Localização dos médicos Mais Médicos nas regiões metropolitanas e das unidades básicas de saúde nas Unidades de Desenvolvimento Habitacional, segundo quintil. Brasil, 2016.



### 3.11. Conclusões do Artigo Oliveira et al. (2020)

I - Gaps de vulnerabilidade: regiões metropolitanas exibem enormes disparidades internas, exigindo critérios de alocação não uniformes.

II - Prioridade normativa e prática: na maioria das MRs, o PMM superou a média nacional de realocação em áreas vulneráveis (51,7%), chegando a 76,5% em Manaus e 63,9% em Recife.

III - Continuidade do Programa: a permanência e ampliação do PMM são fundamentais para manutenção de avanços em áreas de alta necessidade.

3.11.1. Essas conclusões reforçam que o Programa se fundamentou em evidências espaciais para orientar alocação de recursos.

### 3.12. Argumentos Complementares

#### 3.12.1. Equidade no SUS e determinantes sociais

3.12.1.1. A equidade, princípio constitucional, requer tratar desigualdades de forma apropriada, priorizando quem mais sofre com determinantes sociais adversos (renda, educação, infraestrutura). O PMM, ao focar nas populações dependentes do SUS em áreas vulneráveis, traduziu esse princípio em prática.

#### 3.12.2. Efetividade do PMM na redução de internações evitáveis

3.12.2.1. Estudos indicam que a presença de médicos do PMM em áreas vulneráveis correlaciona-se com queda em internações por doenças sensíveis à atenção primária, confirmando impactos positivos na integralidade do cuidado.

#### 3.12.3. Custos e sustentabilidade

3.12.3.1. Embora debates apontem custos elevados, análises de custo-efetividade demonstram que a redução de urgências e internações compensa os investimentos, especialmente em contextos de alta vulnerabilidade.

#### 3.12.4. Recomendações finais para estudos de dimensionamento e avaliações futuras sobre distribuição de médicos no contexto da equidade:

I - Normalizar sempre indicadores por população dependente do SUS.

II - Analisar níveis submunicipais, usando UDH ou setores censitários.

III - Acompanhar séries temporais detalhadas por competência.

IV - Incluir variáveis de infraestrutura das UBS para contextualizar desafios locais.

V - Mensurar impactos em indicadores de saúde (internações evitáveis, mortalidade infantil).

## 4. CONCLUSÃO

4.1. A aparente contradição identificada pelo TCU resulta de metodologia agregada sem normalização e sem análise submunicipal. Quando se ajustam os indicadores às demandas reais da população dependente do SUS e se põem em prática critérios espaciais refinados — confirmados pelos estudos de Oliveira et al. (2020) —, verifica-se que o Programa Mais Médicos **cumpriu seus objetivos de equidade**, direcionando médicos proporcionalmente maiores às áreas de maior vulnerabilidade.

4.2. Este documento reforça que auditorias e avaliações devem sempre buscar **metodologias alinhadas ao princípio de equidade**, garantindo que políticas públicas universalistas, como o PMM, sejam corretamente reconhecidas por seus impactos na redução de desigualdades.

## REFERÊNCIAS

- ANS, RIPSA, IPEA, CNES (2013-2024). Dados estatísticos.
- Oliveira, A., Barreto, J.O.M., de Araújo, S.Q. et al. Spatial distribution of the “Mais Médicos (More Doctors) Program” and social vulnerability: an analysis of the Brazilian metropolitan regions. Hum Resour Health 18, 57 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00497-5>



Documento assinado eletronicamente por **Grasiela Damasceno de Araújo, Coordenador(a)-Geral de Planejamento, Avaliação e Dimensionamento de Profissionais para a Atenção Primária**, em 28/05/2025, às 11:26, 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](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0),  
informando o código verificador **0047997798** e o código CRC **6ABB6EE1**.

---

**Referência:** Processo nº 25000.038175/2025-87

SEI nº 0047997798

Coordenação-Geral de Planejamento, Avaliação e Dimensionamento de Profissionais para a Atenção Primária - CGPLAD  
Esplanada dos Ministérios - Bloco O , Brasília/DF, CEP 70052-900  
Site - saude.gov.br