



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Apoio à Gestão da Atenção Primária
Coordenação-Geral de Planejamento, Avaliação e Dimensionamento de Profissionais para a Atenção Primária

NOTA TÉCNICA Nº 56/2025-CGPLAD/DGAPS/SAPS/MS

1. ASSUNTO

1.1. Estudo de redimensionamento de vagas autorizadas e ativas do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

2. ANÁLISE

2.1. INTRODUÇÃO

2.1.1. A escassez de médicos é mais acentuada nas regiões nas quais a população é exclusivamente dependente do Sistema Único de Saúde (SUS), sem acesso a planos de saúde privados. Segundo Girardi et al. (2016), a distribuição desigual de profissionais de saúde reflete o histórico de desigualdades regionais no Brasil, reforçando a necessidade de políticas que direcionem médicos para essas áreas.

2.1.2. O Programa Mais Médicos (PMM), instituído pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, tem como objetivo reduzir a escassez de profissionais médicos na atenção primária à saúde (APS), especialmente, em regiões com alto índice de vulnerabilidade social (IVS) e escassez de profissionais de saúde. Desde sua criação, o programa tem passado por adaptações e ajustes para melhor atender às demandas da população exclusivamente dependente do SUS levando em consideração as mudanças demográficas, epidemiológicas, econômicas e sanitárias do país.

2.1.3. Estudos demonstram que o PMM tem impacto significativo na redução da escassez de médicos na APS, mas apontam que ajustes são necessários para manter a sustentabilidade do programa frente aos desafios da gestão pública e da regulação da força de trabalho em saúde (GIRARDI et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2024). O PMM enfrenta desafios tais como a retenção de profissionais, a adequação da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a necessidade de maior integração entre ensino e serviço. As mudanças demográficas e epidemiológicas, também, impactam a distribuição de médicos, exigindo revisões periódicas na alocação de vagas.

2.1.4. As vagas do Projeto Mais Médico para o Brasil (PMMB) são disponibilizadas por meio de duas modalidades de financiamento, o financiamento federal e a coparticipação municipal. O financiamento federal contempla vagas em que os custos do médico são responsabilidade do Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, com exceção do auxílio moradia e alimentação do médico, que é responsabilidade do município.

2.1.5. Essa modalidade é estratégica prioritariamente para municípios mais vulneráveis e com pouco recursos. Ao passo que as vagas sob coparticipação

municipal exigem que os gestores locais arquem com parte dos custos, ampliando a capacidade de adesão ao programa, principalmente em municípios com maior estrutura econômica.

2.1.6. As vagas autorizadas referem-se ao total de vagas limite ofertadas pelo MS aos municípios, enquanto as vagas ativas são aquelas autorizadas e aderidas pelos gestores ao longo de editais anteriormente publicados, respeitando o orçamento federal. As vagas inativas são aquelas autorizadas e não confirmadas pelos gestores municipais e que são disponibilizadas em chamadas públicas de adesão ou renovação ao PMM. Nesta análise, não serão consideradas para corte ou diminuição as vagas inativas, uma vez que estão dentro do teto orçamentário e podem ser utilizadas para cobrir equipes sem médico e a população desassistida.

2.1.7. Atualmente, o provimento de médicos na APS conta com 36.736 vagas autorizadas em municípios, das quais 28.917 estão ativas e 7.819 estão inativas (CGPLAD/SAPS/MS, 2025). Com o ajuste proposto, por esta Nota Técnica pretende-se racionalizar o teto de vagas, redistribuindo para aproximadamente 30.000 vagas autorizadas, 29.000 vagas ativas e 1.000 vagas inativas, o que garantirá o aprimoramento da eficiência na gestão dos recursos e o alinhamento da distribuição de médicos às reais necessidades da população.

2.1.8. Diante desse cenário, busca-se contribuir para a melhoria da distribuição dos recursos do PMMB, garantindo maior equidade no acesso à saúde para populações vulneráveis. O redimensionamento proposto permitirá a otimização dos recursos orçamentários, a priorização de áreas mais necessitadas e a continuidade do programa como uma política estratégica para a atenção primária no país.

2.1.9. O redimensionamento está alinhado com a Lei do Cuidado Inverso (Hart, 1971), que postula que os recursos em saúde tendem a ser desproporcionalmente distribuídos, favorecendo regiões menos necessitadas em detrimento das mais vulneráveis. Assim, visa-se garantir uma alocação mais equitativa de profissionais, ampliando a cobertura assistencial à população que mais necessita.

2.2. METODOLOGIA DE REDIMENSIONAMENTO

2.2.1. O redimensionamento das vagas autorizadas e ativas do PMMB se respaldou em um conjunto de dispositivos legais e normativos que regulam o provimento e a distribuição de profissionais na APS, a saber:

- i. Portaria GM/MS Nº 5.422, de 2 de outubro de 2024: Atualiza parâmetros para distribuição das vagas e redefinição do teto orçamentário.
- ii. Portaria GM/MS Nº 3.493 de 10 de abril de 2024: Instituir nova metodologia de financiamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- iii. Lei Nº 14.621, de 14 de julho de 2023: Dispõe sobre alterações no PMM e reforça sua continuidade como estratégia para provimento de médicos em regiões com escassez de profissionais.
- iv. Portaria GM/MS Nº 752, de 15 de junho de 2023: Dispõe sobre a expansão de novas vagas no PMMB na modalidade coparticipação e dá outras providências.
- v. Portaria GM/MS Nº 485, de 14 de abril de 2023: Define os critérios para adesão dos municípios ao Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), priorizando os locais com maiores dificuldades de provimento.

2.2.2. Dessa forma, o redimensionamento das vagas autorizadas e ativas do PMMB se baseou na análise detalhada da distribuição das equipes de saúde da família (eSF) e da situação dos profissionais médicos vinculados a cada equipe, considerando os dados registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) na competência de janeiro de 2025.

2.2.3. Para estimar a necessidade de provimento de vagas, as equipes foram classificadas como não aptas ao provimento, sendo configuradas da seguinte forma:

- a) eSF não aptas ao provimento: não elegíveis para vagas do PMMB, a fim de evitar substituição de médicos com vínculo estável. Incluem:
 - i. eSF com médico com vínculo estatutário na equipe;
 - ii. eSF com médico com vínculo celetista na equipe;
 - iii. eSF com médico contratado de forma direta com mais de 12 meses na equipe;
 - iv. eSF com médico contratado de forma indireta com mais de 12 meses na equipe;
 - v. eSF com médico vinculado a um programa de residência;
 - vi. eSF com médico bolsista de outro programa de provimento, como o do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi).
- b) eSF aptas ao provimento: apresentam déficit de médicos ou possuem profissionais ainda sem vínculo estável, sendo passíveis de integração ao projeto. Incluem:
 - i. eSF sem médico;
 - ii. eSF com médico contratado de forma direta com até 12 meses na equipe;
 - iii. eSF com médico contratado de forma indireta com até 12 meses na equipe.

2.2.4. A cobertura de eSF foi calculada de acordo com os parâmetros estabelecidos na Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, de forma a garantir que a estimativa esteja alinhada com a realidade populacional do município. Com esses dados, foi possível identificar o déficit de eSF nos municípios em relação ao quantitativo registrado no SCNES. Com base nesses dados foram calculadas a cobertura da APS, considerando:

- a) População SUS dependente: diferença entre população total do município e total de pessoas beneficiárias de plano privado de saúde.
- b) Cobertura de eSF na populacional total: razão entre a população total do município e o número de eSF existentes.
- c) Cobertura de eSF na população exclusivamente dependente do SUS: diferença entre a população total do município e os beneficiários de planos privados, dividida pelo número de eSF existentes.
- d) População sem cobertura de eSF: diferença entre a população total e população coberta pelas eSF.
- e) Déficit de cobertura na população total: população sem cobertura de eSF dividida pelo parâmetro de cobertura (PRT 3.492/2024).
- f) Déficit de cobertura na população SUS dependente: população SUS dependente sem cobertura de eSF dividido pelo parâmetro de cobertura (PRT 3.492/2024).
- g) Déficit de cobertura na população total: população sem cobertura de eSF dividida pelo parâmetro de cobertura (PRT 3.492/2024).
- h) Déficit de cobertura na população SUS dependente: população SUS dependente sem cobertura de eSF dividido pelo parâmetro de cobertura (PRT 3.492/2024).

2.2.5. Com base nos critérios, foi calculado o quantitativo de eSF existentes passíveis de acessarem vagas do PMMB, seguindo

- a) Número de eSF existentes para vagas do PMMB: soma do quantitativo de eSF sem médico na equipe, eSF com médico

contratado de forma direta e eSF com médico contratado de forma direta indireta com até 12 meses na equipe.

2.2.6. Para o ajuste das vagas do PMMB alinhadas a necessidade dos municípios, consideraram-se os seguintes critérios de sincronização:

- a) eSF não aptas ao provimento: não foram sincronizadas com as vagas do PMMB.
- b) eSF aptas ao provimento: sincronizadas com as vagas do PMMB.
- c) Vagas do PMMB excedentes: consideradas como equivalentes a eSF potenciais ou não oficializadas.
- d) eSF aptas ao provimento e sem vagas do PMMB: tratadas como eSF convencional.

2.2.7. A partir da classificação e análise, foi possível verificar as vagas ativas e inativas que excedem o teto de cobertura, conforme estabelece a Portaria GM/MS 3.493 Nº 0 de 2023. Diante do exposto, as vagas foram ajustadas conforme os critérios:

- a) Vagas ativas que excedem o teto para a população total: excluídas de forma racionalizada em cada município.
- b) Vagas ativas que excedem o teto para a população exclusivamente dependente do SUS: se financiadas pelo governo federal, foram excluídas; se financiadas por coparticipação, foram mantidas.
- c) Vagas inativas que excedem o teto para a população exclusivamente dependente do SUS, mas não excedem o teto para a população total: Mantidas apenas em municípios de alta ou muito alta vulnerabilidade social (segundo o IVS) e nos municípios da Amazônia Legal ou da Faixa de Fronteira. Demais vagas foram descontinuadas.

3. CONCLUSÃO

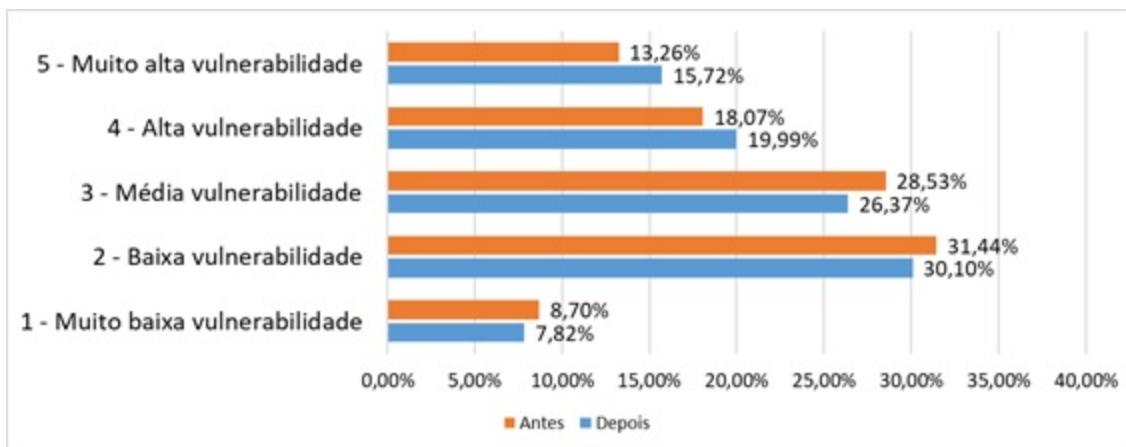
3.1. RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES

3.1.1. Com base na análise e nos resultados obtidos, redistribuíram-se as vagas do programa para os municípios, considerando a disponibilidade existente, a necessidade de reposição e o teto de eSF.

3.1.2. Após o redimensionamento, houve redução do número de vagas nas cinco regiões do Brasil, bem como em todos os perfis de vulnerabilidade. Contudo, essa diminuição acompanha ajustes significativos na distribuição proporcional de vagas que privilegiam locais de maior vulnerabilidade social e difícil fixação de profissionais.

3.1.3. Na sequência, o Gráfico 1 demonstra a distribuição das vagas autorizadas antes e depois do redimensionamento. Nos perfis de IVS municipal de muito baixa e baixa, a proporção de vagas passou de 8,7% para 7,8% e de 31,4% para 30,09%, respectivamente. O mesmo aconteceu sobre média vulnerabilidade, indo de 31,4% para 30,09%. Em contrapartida, os perfis de maior vulnerabilidade tiveram sua participação ampliada, de forma que muito alta vulnerabilidade saltou de 13,2% para 15,7% e alta vulnerabilidade, de 18,06% para 19,9%.

Gráfico 1. Distribuição das vagas autorizadas do PMM por perfil de vulnerabilidade municipal antes e depois do dimensionamento, Brasil, 2025.



Fonte: CGPLAD/DGPAS/SAPS/MS, 2025.

3.1.4. É importante ressaltar que nova distribuição potencialmente aumenta o impacto social da ampliação de profissionais, equipes e cobertura de saúde familiar ao concentrar esforços nas populações em situação de maior vulnerabilidade. O redimensionamento permite uma redistribuição que fortalece o princípio de equidade, direcionando proporcionalmente mais recursos para as áreas que apresentam necessidades mais urgentes e complexas.

3.1.5. A readequação de oferta de vagas para provimento médico no PMM permite maior efetividade na aplicação dos recursos e melhor resposta às demandas sociais prioritárias.

3.1.6. REFERÊNCIAS

- BRASIL. Lei Nº 14.621, de 14 de julho de 2023. Dispõe sobre alterações no PMM e reforça sua continuidade como estratégia para provimento de médicos em regiões com escassez de profissionais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Institui nova metodologia de financiamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 485, de 14 de abril de 2023. Define os critérios para adesão dos municípios ao Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), priorizando os locais com maiores dificuldades de provimento. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 5.422, de 2 de outubro de 2024. Atualiza parâmetros para distribuição das vagas e redefinição do teto orçamentário. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 752, de 15 de junho de 2023. Dispõe sobre a expansão de novas vagas no PMMB na modalidade coparticipação e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2023.
- GIRARDI, Sábado Nicolau et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. Ciência & saúde coletiva, v. 21, p. 2675-2684, 2016.
- OLIVEIRA, João Paulo Alves et al. Efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Primária e seus impactos na saúde: uma revisão sistemática. Trabalho, Educação e Saúde, v. 22, p. e02635249, 2024.



Documento assinado eletronicamente por **Grasiela Damasceno de Araújo**, **Coordenador(a)-Geral de Planejamento, Avaliação e Dimensionamento de Profissionais para a Atenção Primária**, em 19/03/2025, 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](#).



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 **0046695457** e o código CRC **7B702550**.

Referência: Processo nº 25000.038175/2025-87

SEI nº 0046695457

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