

Ministério da Saúde



Plano Nacional de Saúde |2024-2027|



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
1 ESTRUTURAÇÃO DO PLANO	6
1.1 BASE LEGAL	6
1.2 RELAÇÃO COM O PLANO PLURIANUAL (PPA)	8
1.3 ELABORAÇÃO DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE	10
1.4 DIRETRIZES	10
2 ANÁLISE SITUACIONAL	12
2.1 ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE	12
2.2 PANORAMA DEMOGRÁFICO	14
2.2.1 Taxas de Fecundidade Total (TFT)	14
2.2.2 Estrutura de Distribuição Etária da População	15
2.2.3 Expectativa de Vida	16
2.3 MORBIDADE E MORTALIDADE	18
2.3.1 Morbidade	18
2.3.1.1 Doenças Transmissíveis	18
2.3.1.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis	36
2.3.1.3 Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho	40
2.3.2 Mortalidade	42
2.3.2.1 Causas Externas	48
2.4 DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE	52
2.4.1 Condições de Vida, Trabalho e Ambiente	52
2.4.2 Hábitos e Estilos de Vida	53
2.5 ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE	55
2.5.1 Atenção Primária à Saúde	55
2.5.1.1 Acesso e Equidade	57
2.5.1.2 Equipes Multiprofissionais (eMulti) na Atenção Primária à Saúde	60
2.5.1.3 Programa Saúde na Hora	61
2.5.1.4 Atenção à Saúde Bucal	61
2.5.1.5 Imunização	64
2.5.1.6 Provimento Médico	65
2.5.1.7 Infraestrutura na Atenção Primária	67
2.5.1.8 Promoção da Saúde	67
2.5.2 Atenção Especializada	75
2.5.2.1 Atenção Ambulatorial	75
2.5.2.2 Atenção Hospitalar	80
2.5.2.3 Atenção às Urgências	87
2.5.2.4 Força Nacional do SUS (FN-SUS)	92
2.5.2.5 Atenção Domiciliar	94
2.5.2.6 Atenção à Saúde Mental	98
2.5.2.7 Atenção à Pessoa com Deficiência	102
2.5.2.8 Atenção às Pessoas com Doenças Raras	107
2.5.2.9 Sistema Nacional de Transplantes	111
2.5.2.10 Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados (Sinasan)	114
2.5.2.11 Prevenção, Controle e Tratamento do Câncer	118
2.5.2.12 Regulação Assistencial e Controle do SUS	122
2.5.2.13 Agenda Estratégica da Atenção Especializada à Saúde	125
2.6 SAÚDE NOS CICLOS DA VIDA	128

2.6.1 Saúde da Criança	128
2.6.2 Saúde do Adolescente	130
2.6.3 Saúde da Pessoa Idosa.....	131
2.6.4 Saúde da Mulher.....	132
2.6.5 Saúde do homem.....	133
2.7 EQUIDADE DE GÊNERO, RAÇA, TERRITÓRIOS E PERIFERIAS.....	134
2.7.1 Territórios e Periferias	134
2.7.2 Gênero e Raça/Etnia	136
2.8 ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA.....	140
2.8.1 Promoção da Atenção à Saúde dos Povos Indígenas	140
2.8.2 Edificações de Estabelecimentos de Saúde Indígena e Ações em Saneamento	150
2.9 QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	156
2.9.1 Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).....	157
2.9.2 Programa Farmácia Popular do Brasil	158
2.9.3 Compras Centralizadas de Medicamentos	159
2.9.3.1 Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)	159
2.9.3.2 Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica - Cesaf	160
2.9.3.3 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf)	161
2.9.4 Compras Públicas Descentralizadas de Medicamentos e Insumos Estratégicos....	163
2.9.4.1 Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)	163
2.9.4.2 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf)	163
2.9.5 Cuidado Farmacêutico	164
2.9.6 Programa Nacional de Qualificação da Assistência no SUS (Qualifar-SUS).....	165
2.9.7 Plantas Medicinais e Fitoterápicos	166
2.9.8 Saúde Digital na Assistência Farmacêutica.....	168
2.9.9 Judicialização e os Impactos na Assistência Farmacêutica.....	170
2.9.10 Capacitação, Cooperação, Pesquisa e Inovação na Assistência Farmacêutica	171
2.9.10.1 Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil - Pnaum.....	172
2.10 INOVAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE.....	173
2.10.1 Complexo Econômico-Industrial da Saúde	173
2.10.2 Parcerias para Desenvolvimento Produtivo (PDP)	175
2.10.3 Desenvolvimento do Parque Fabril	177
2.11 PESQUISA, DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE.....	180
2.11.1 Pesquisa e Desenvolvimento Científico em Saúde	180
2.11.2 Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde	185
2.11.3 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.....	187
2.11.4 Economia da Saúde	188
2.12 VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE.....	191
2.12.1 Imunizações	191
2.12.2 Vigilância Laboratorial	198
2.12.3 Emergências em Saúde Pública	201
2.12.4 Vigilância em Saúde do Trabalhador	210
2.12.5 Vigilância em Saúde Ambiental	210
2.13 VIGILÂNCIA SANITÁRIA	212
2.13.1 Registro e Autorizações	212
2.13.1.1 Alimentos	212
2.13.1.2 Medicamentos	212

2.13.1.3 Produtos para Saúde.....	213
2.13.2 Fiscalização e Monitoramento.....	214
2.13.2.1 Monitoramento de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária	214
2.13.2.2 Fiscalização de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária	215
2.13.2.3 Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados (PAF)	215
2.13.3 Anvisa reconhecida pela Organização Mundial de Saúde	216
2.13.4 Ações de Equidade Promovidas pela Vigilância Sanitária	216
2.13.4.1. Medicamentos para doenças raras.....	216
2.13.4.2. Boas Práticas no Ciclo do Sangue.....	217
2.14 GESTÃO EM SAÚDE	218
2.14.1 Gestão Interfederativa e Participativa.....	218
2.14.2 Recursos Financeiros	219
2.14.2.1 Cooperação Técnica e Desenvolvimento em Saúde	221
2.14.3 Gestão do Trabalho em Saúde	226
2.14.3.1 Gestão e valorização do trabalho na saúde	228
2.14.3.2 Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde ..	230
2.14.3.3 Regulação das Relações de Trabalho em Saúde	232
2.14.4 Educação em Saúde.....	233
2.14.5 Saúde Digital	237
2.14.5.1 Transformação Digital do SUS.....	238
2.14.5.2 Informação em Saúde	240
2.14.5.3 Monitoramento e Avaliação de Intervenções em Saúde Pública	241
2.14.5.4 Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA).....	242
2.14.5.5 Dados Abertos.....	242
2.14.5.6 TabNet e TabWin	243
2.14.5.7 LocalizaSUS.....	243
2.14.5.8 Programa Conecte SUS	243
2.14.5.9 Telessaúde	246
2.14.6 Auditoria do SUS.....	252
2.14.7 Ouvidoria do SUS	255
2.15 SAÚDE SUPLEMENTAR	259
3 INDICADORES GERAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE	263
4 OBJETIVOS E METAS.....	264
5 GESTÃO DO PLANO	276
6 LISTA DE TABELAS	278
7 LISTA DE QUADROS.....	280
8 LISTA DE GRÁFICOS	281
9 LISTA DE FIGURAS	287
10 LISTA DE MAPAS.....	288

INTRODUÇÃO

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento é um instrumento estratégico de gestão, de caráter continuado, do qual cada nível de governo (federal, estadual, distrital e municipal) deve se valer para a observância dos princípios e o cumprimento das diretrizes que norteiam o SUS.

Instrumento balizador do planejamento de programas e políticas de saúde, o Plano Nacional de Saúde (PNS) deve orientar a atuação da esfera federal na coordenação SUS, estabelecendo prioridades, objetivos, metas e indicadores para o período de quatro anos.

Possui como referenciais as orientações estratégicas do Conselho Nacional de Saúde (CNS), provenientes de diretrizes da Conferência Nacional de Saúde e está alinhado com iniciativas e instrumentos governamentais, tais como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Além disso, observa os preceitos legais, principalmente no que se refere ao planejamento ascendente, que considera as necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, na definição de metas anuais de atenção integral à saúde.

O Plano Nacional de Saúde deve embasar não apenas a orientação estratégica do Ministério da Saúde (MS), como também a gestão em todos os seus níveis. Como instrumento norteador no planejamento das atividades e das programações de cada nível de direção do SUS, orienta a atuação da esfera federal em sua coordenação do SUS, estabelecendo as prioridades traduzidas em metas e indicadores para um período de quatro anos. No papel de principal norteador das políticas de saúde, reveste-se na principal referência para a gestão federal em saúde e para orientação na elaboração dos planos quadrienais das demais esferas de gestão.

Sua elaboração envolveu, além do Conselho Nacional de Saúde, as secretarias finalísticas e unidades vinculadas do Ministério, dezenas de departamentos e centenas de pessoas, direta ou indiretamente, num processo de construção coletiva.

O Plano é apresentado em cinco seções, além desta introdução. A primeira contempla sua estruturação contendo bases legais, relação com o Plano Plurianual e diretrizes consideradas em sua elaboração. A segunda sintetiza a análise de situação de saúde; a terceira estabelece os indicadores gerais da política de saúde, que serão atualizados anualmente; a quarta apresenta os objetivos do Plano, bem como suas metas; por fim, a quinta discorre sobre os elementos necessários à sua gestão eficaz.

Neste novo momento de fortalecimento da democracia brasileira e do Sistema Único de Saúde, o PNS 2024-2027 busca ampliar e qualificar o acesso aos bens e serviços de saúde, de modo oportuno, contribuindo para a melhoria das condições de saúde dos brasileiros, com base nos princípios e diretrizes do SUS.

1 ESTRUTURAÇÃO DO PLANO

1.1 BASE LEGAL

O planejamento das políticas da Administração Pública Federal para área da saúde deve ser expresso em dois planos: o PNS e o PPA. Ambos estão previstos na Constituição Federal de 1988. O PPA está definido expressamente no art. 165 e presente em outros diversos dispositivos. O PNS corresponde ao plano setorial, também previsto no mesmo artigo, porém de forma genérica no §4º.

Esses planos, convergentes entre si, devem orientar as escolhas orçamentárias e a gestão das políticas públicas na área da saúde. Assim, o PPA orienta a elaboração da LDO e da LOA, e o PNS orienta a implementação de iniciativas de gestão no SUS, explicitando os compromissos setoriais de governo, sendo anualizado por meio da Programação Anual de Saúde (PAS).

Quadro 01. Legislações que Normatizam os Instrumentos de Planejamento Federais do MS

Legislação	Conteúdo	Dispositivo Legal
Constituição Federal/1988	Institui o PPA e traz consonância entre PPA e PNS.	Art. 165. Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão: § 1º A lei que instituir o plano plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada. § 4º Os planos e programas nacionais, regionais e setoriais previstos nesta Constituição serão elaborados em consonância com o plano plurianual e apreciados pelo Congresso Nacional.
Lei 8.080/1990	Dispõe sobre a obrigação legal de elaboração do PNS, compatibiliza as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União, além disso observa que o CNS estabeleça diretrizes para elaboração do plano.	Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde; X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde; Art. 16. À direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete: XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal; Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União. § 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária. § 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde. Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.
Lei 8.142/1990	Define a necessidade de realização das Conferências de Saúde no intuito de propor diretrizes para formulação de políticas.	Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: § 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

Legislação	Conteúdo	Dispositivo Legal
Decreto 7.508/2011	Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.	<p>Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.</p> <p>§ 1º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.</p> <p>§ 2º A compatibilização de que trata o caput será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.</p> <p>§ 3º O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.</p>
LC 141/2012	Sobre o processo de planejamento, planos de saúde e diretrizes dos Conselhos de Saúde	<p>Art. 30. Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar.</p> <p>§ 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.</p> <p>§ 2º Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade interregional.</p> <p>§ 3º Os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual.</p> <p>§ 4º Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.</p> <p>Art. 38. O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito:</p> <p>I - à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual;</p>
Portaria de Consolidação 01/GM/MS, 2017	Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS e define os elementos que compõem o PNS.	<p>Art. 94. Este Capítulo estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS.</p> <p>Parágrafo Único. O planejamento no âmbito do SUS terá como base os seguintes pressupostos:</p> <p>V – compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão;</p> <p>Art. 95. Os instrumentos para o planejamento no âmbito do SUS são o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão.</p> <p>§ 1º Os instrumentos referidos no "caput" interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS.</p> <p>§ 2º O Plano de Saúde norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante a saúde.</p> <p>Art. 96. O Plano de Saúde, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de 4 (quatro) anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera.</p> <p>§ 1º O Plano de Saúde configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção.</p> <p>§ 3º A elaboração do Plano de Saúde será orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando:</p>

Legislação	Conteúdo	Dispositivo Legal
		<p>I – análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) estrutura do sistema de saúde; b) redes de atenção à saúde; c) condições socio sanitárias; d) fluxos de acesso; e) recursos financeiros; f) gestão do trabalho e da educação na saúde; e g) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão. <p>II - definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e</p> <p>III - o processo de monitoramento e avaliação.</p> <p>§ 7º O Plano de Saúde deverá considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo e disponibilizado em meio eletrônico no sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento - DGMP.</p> <p>Art. 97. A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados.</p> <p>§ 2º Para a União, serão estabelecidas metas anualizadas do Plano de Saúde e a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS.</p> <p>§ 3º O prazo de vigência da PAS coincidirá com o ano-calendário.</p> <p>Art. 98. No processo de elaboração e execução da PAS, os gestores de saúde observarão os seguintes prazos:</p> <ul style="list-style-type: none"> I - elaboração e envio para aprovação do respectivo Conselho de Saúde antes da data de encaminhamento da LDO do exercício correspondente; e II - execução no ano subsequente. <p>Art. 99. O Relatório de Gestão é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.</p> <p>§ 1º O Relatório de Gestão contemplará os seguintes itens:</p> <ul style="list-style-type: none"> I - as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde; II - as metas da PAS previstas e executadas; III - a análise da execução orçamentária; e IV - as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde. <p>§ 3º O Relatório de Gestão deve ser enviado ao respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo, por meio do sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento – DGMP.</p>

Fonte: CGPL/SPO/SE/MS.

1.2 RELAÇÃO COM O PLANO PLURIANUAL (PPA)

O PPA expressa o planejamento de médio prazo do Governo Federal, com vigência de quatro anos, tendo início no segundo ano do mandato presidencial e fim no primeiro ano do mandato subsequente. Estabelece diretrizes, objetivos e metas da administração federal, organizados em programas que resultam em entregas para a sociedade

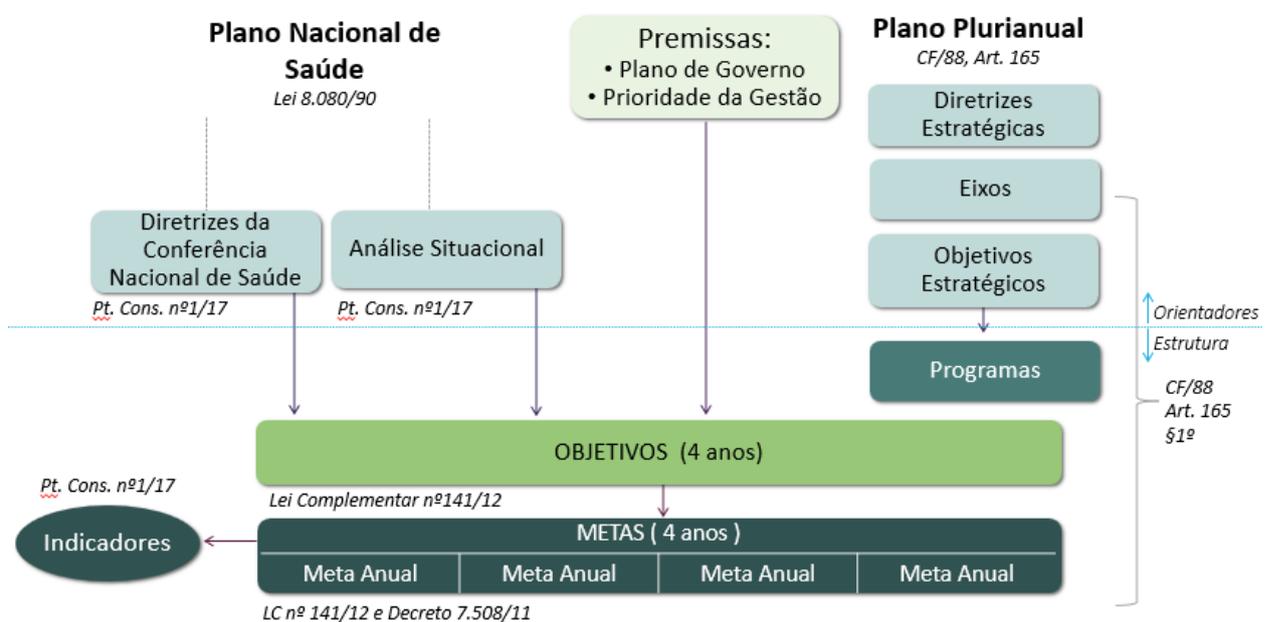
Para o ciclo 2024-2027, o processo de elaboração contou com um aperfeiçoamento metodológico, que ampliou a possibilidade de se trabalhar com mais objetivos, indicadores e metas dentro de cada programa. Outro importante pilar foi “Resgate da Participação Social” que incluiu a sociedade civil no processo de planejamento, a partir do PPA Participativo, e também da plataforma digital “Brasil Participativo”.

Paralelamente ao processo de elaboração do PPA, o CNS divulgou a Resolução n.º 715 de 20 de julho de 2023, com as orientações estratégicas para o PPA e para o PNS 2024-2027, formuladas a partir das diretrizes aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde e das prioridades estabelecidas para as

ações e serviços públicos de saúde, com vistas a contribuir com o processo democrático e constitucional de formulação da política nacional de saúde.

O processo de elaboração do PNS tem início com o estabelecimento de diretrizes pelo CNS e pela Conferência Nacional de Saúde. Em seguida, o MS se debruça na elaboração de sua proposta de plano realizando a intervenção conceitual de forma compatibilizada entre PNS e PPA no que tange aos objetivos. Os planos são encaminhados aos atores responsáveis por sua aprovação ou apreciação/validação, a depender de cada instrumento. O PNS é submetido à aprovação do CNS. A proposta do PPA, apreciada pelo Ministério do Planejamento e Orçamento (MPO), é submetida à validação da Presidência da República e encaminhada na forma de projeto de lei ao Congresso Nacional para análise, ajuste e publicação, concretizando-se em instrumento de planejamento por meio de Lei. O PNS e o PPA são compatíveis entre si, possuem a mesma vigência e se relacionam quanto aos objetivos. A figura a seguir demonstra como interagem os orientadores estratégicos de cada plano a fim de consolidar os objetivos, metas e indicadores.

Figura 01. Relação PPA e PNS



Fonte: CGPL/SPO/SE/MS.

Ao comparar as estruturas do PPA e do PNS, observa-se que seus atributos estão organizados em duas dimensões: estratégica e tática. Em relação ao PPA, a primeira dimensão demonstra a visão de futuro, valores, diretrizes, eixos e objetivos estratégicos. Enquanto para o PNS, observam-se as diretrizes da Conferência Nacional de Saúde, a análise situacional e os indicadores gerais das políticas de saúde.

A dimensão tática, para os dois instrumentos, consiste na operacionalização das estratégias e são divididas em duas camadas, sendo a primeira, denominada camada legal, quando tratar-se do PPA, ou camada formal, quando relacionada ao PNS. A segunda camada é chamada de gerencial para os dois planos.

A camada do PPA publicada em lei apresenta a identificação dos programas com o respectivo objetivo e os objetivos específicos. No caso do PNS, a camada formal, encaminhada ao CNS, é composta por objetivos e metas com seus respectivos indicadores.

A camada gerencial, tanto para o PPA quanto para o PNS, apresenta os atributos necessários ao atingimento dos desafios priorizados nos planos e serão acompanhados sistematicamente por meio dos seus respectivos sistemas de informação.

O PPA 2024-2027 possui sete programas, cada um com seu respectivo objetivo. Mantendo o alinhamento entre os instrumentos, o PNS 2024-2027 seguiu os mesmos objetivos definidos para os programas do PPA.

1.3 ELABORAÇÃO DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE

O PNS compatibiliza as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos, tendo por base os princípios e diretrizes do SUS. Conforme definido no art. 96, §3º da Portaria de Consolidação n.º 1, de 2017, sua elaboração considera: (i) a análise situacional; (ii) a definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e (iii) o processo de monitoramento e avaliação.

A análise de situação em saúde considerou as ações e serviços de saúde desenvolvidos entre 2020-2023, além de outras séries históricas relevantes. Na análise de situação, são apresentados dados atualizados e identificados os avanços alcançados, bem como os desafios que ainda permanecem, com o intuito de definir estratégias que produzam alteração na realidade e melhorias na condição de saúde da população.

No segundo semestre de 2023, foi realizada reunião com a rede de planejamento do MS a fim de orientar acerca da elaboração da análise situacional. Em continuidade, a Coordenação-Geral de Planejamento do MS (CGPL/SPO) revisou a estrutura de uma ficha de qualificação e os conceitos de cada atributo a ser utilizado, permitindo a compreensão do que se pretende realizar, como e quando, oportunizando o monitoramento dos compromissos do gestor federal do SUS com o setor saúde firmados até o final do Plano.

A elaboração de metas levou em consideração, entre outros elementos, as diretrizes do CNS, provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e a Análise Situacional.

Cabe mencionar que o PNS possui compromissos focados em resultados finalísticos a serem entregues para a sociedade. Em alguns casos, o alcance desses resultados não depende exclusivamente da atuação da gestão federal do SUS, pois o cumprimento das metas depende de esforços realizados pelos entes federados (união, estados, Distrito Federal e municípios). Nesse sentido, o MS envida esforços para o aperfeiçoamento da gestão do SUS e da relação entre os gestores do SUS.

1.4 DIRETRIZES

O Plano Nacional de Saúde (PNS), como instrumento orientador da política pública federal, deve, naturalmente, estar alinhado às demandas da sociedade e às orientações governamentais. É importante que o PNS busque convergência entre atores internos e externos, tenha coerência com os esforços para aprimoramento da gestão do MS e almeje alcançar a visão de futuro do órgão.

Conforme preconizado na Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e na Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, a Conferência Nacional de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde devem estabelecer diretrizes para a condução da política de saúde no âmbito federal. Para o quadriênio 2024-2027, as diretrizes foram formalizadas por meio da Resolução n.º 715, de 20 de julho de 2023, que dispõe sobre as orientações estratégicas para o PPA e para o PNS provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo CNS.

Essas diretrizes representaram um importante referencial para a elaboração de todo o Plano Nacional de Saúde, desde seus objetivos até suas metas e indicadores. Os objetivos do PNS são os seguintes:

1. Fortalecer a atenção primária, ampliando a cobertura da Estratégia Saúde da Família e da Saúde Bucal, com vistas à universalização do acesso, à abrangência do cuidado integral, à promoção da saúde, à prevenção de doenças e agravos e à redução de desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais.
2. Ampliar a oferta e o acesso às ações e serviços da Atenção Especializada, conforme as necessidades de saúde da população, reduzindo as desigualdades de raça/etnia, gênero, regionais e sociais, e promovendo a integralidade do cuidado.
3. Reduzir e controlar doenças e agravos passíveis de prevenção e controle, com enfoque na superação das desigualdades de acesso, regionais, sociais, de raça/etnia e gênero.
4. Promover o desenvolvimento científico e tecnológico para produção, inovação e avaliação em saúde a fim de atender a população de forma equitativa, sustentável, acessível, considerando a sociobiodiversidade territorial e contribuindo para a prosperidade econômica, social e redução da dependência de insumos para a saúde.

5. Ampliar o acesso da população aos medicamentos, insumos estratégicos e serviços farmacêuticos, qualificando a assistência farmacêutica, articulada à pesquisa, à inovação e à produção nacional, regulação, com qualidade e uso adequado no Sistema Único de Saúde, reduzindo as iniquidades.
6. Promover e qualificar a oferta de ações e serviços de saúde e saneamento ambiental, considerando os diferentes contextos étnico-culturais da população indígena, em articulação e fortalecimento dos saberes e práticas tradicionais.
7. Aprimorar o cuidado à saúde, fortalecendo a gestão estratégica do SUS, do trabalho e da educação em saúde, e intensificar a incorporação da inovação e da saúde digital e o enfrentamento das discriminações e desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais.

2 ANÁLISE SITUACIONAL

2.1 ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 considerou a saúde como um direito social da população e estabeleceu competência comum à união, estados, Distrito Federal e municípios para legislar, concorrentemente, sobre a proteção e defesa da saúde. Para operacionalizar essas determinações, instituiu o SUS como forma de organização da prestação das ações e serviços públicos, abrangendo a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, com responsabilidade de financiamento compartilhada pelas três esferas administrativas e gestão central como competência do MS, com a execução das ações de forma descentralizada, com vetor municipalizante e direção única em cada esfera de governo. Facultou, ainda, a livre participação, de forma complementar, da iniciativa privada na prestação da assistência à saúde.

A regulamentação do dispositivo constitucional, por meio das Leis n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 e n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, operacionaliza o dever do Estado na execução de políticas econômicas e sociais, de forma a reduzir o risco de doenças. Foram adotados princípios fundamentais e organizacionais para o SUS, sendo a universalidade, integralidade e equidade os estruturantes da institucionalidade do sistema. Entre os princípios organizacionais, destaca-se a descentralização de meios e responsabilidades, com prioridade municipal de execução, além da participação social na elaboração e controle da política nacional.

Para referendar o arcabouço legal do SUS, a Lei Complementar n.º 141, de 2012 estabeleceu bases referenciais para o escopo das ações e serviços de saúde e para o compartilhamento do financiamento setorial.

Foram estabelecidas, ainda, linhas de atuação que visam dar concretude à execução das ações e serviços públicos de saúde, abrangendo a integralidade da atenção, por meio da oferta de serviços dos níveis da atenção básica à atenção especializada, da vigilância em saúde e sanitária, da regulação dos serviços e da participação privada em caráter complementar.

A Lei n.º 8.080, de 1990 foi regulamentada pelo Decreto n.º 7.508, de 2011, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa como forma de operacionalização, levando em consideração um modelo regionalizado e hierarquizado.

Esse dispositivo legal definiu como Região de Saúde o espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. As Regiões de Saúde são instituídas a articulação entre os estados e os municípios na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). O Decreto estabelece também que poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos estados, em articulação com os municípios. Quando situados em áreas fronteiriças com outros países, a conformação em regiões deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.

Para circunscrever uma Região de Saúde é necessário haver infraestrutura para ofertar um rol de ações e serviços mínimos, abrangendo atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde. Essas ações também servirão de referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.

Por determinação do mesmo decreto, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) mapeia todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento integral à saúde, em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT. A composição do rol de ações e serviços constantes da Renases é pactuada pela União, Estados, o Distrito Federal e os Municípios nas respectivas Comissões Intergestores, bem como a delimitação das suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços.

O suporte medicamentoso às prescrições terapêuticas é disposto na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para o atendimento de doenças ou agravos no âmbito do SUS. A Rename obedece às

disposições gerais do MS, bem como aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT. Ela também poderá ser complementada por relações específicas de medicamentos, guardada a respectiva consonância. Todos os medicamentos constantes da RENAME, bem como a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos, somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Para fazer frente às responsabilidades constitucionalmente definidas, o SUS conta com uma infraestrutura de oferta de serviços com estabelecimentos da rede pública, complementados por unidades privadas atuantes no mercado. Como suplementação da estrutura de oferta disponibilizada à população, o SUS é responsável pela regulamentação do setor da saúde suplementar prestada por empresas privadas por meio de referenciamento à estrutura física do setor privado.

O MS tem empreendido esforços no aprimoramento dos processos de governança e de gestão, no sentido de dotar as políticas de saúde de bases eficazes, efetivas e eficientes. Para dar consistência a essas características, é necessário um processo de planejamento, monitoramento e avaliação bem estruturado.

2.2 PANORAMA DEMOGRÁFICO

Dados do Censo 2022¹ apontam que o Brasil atingiu 203.080.756 habitantes, o que significou um crescimento populacional de 6,5% desde 2010 quando foi realizado o Censo Demográfico anterior. Este resultado demonstra a menor taxa de crescimento anual (0,52%) já observada desde o início da série histórica iniciada em 1872.

A região mais populosa do país continua sendo o Sudeste que atingiu 84,8 milhões de habitantes, ou seja, 41,8% da população brasileira, seguida do Nordeste que concentra 26,91% população residente no país e pelo Sul com 14,74%. Os estados mais populosos seguem sendo São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro. O Centro-Oeste é a região menos populosa com 16,3 milhões de habitantes, seguida pela Região Norte com 17,3 milhões de habitantes, 8,5% da população brasileira.

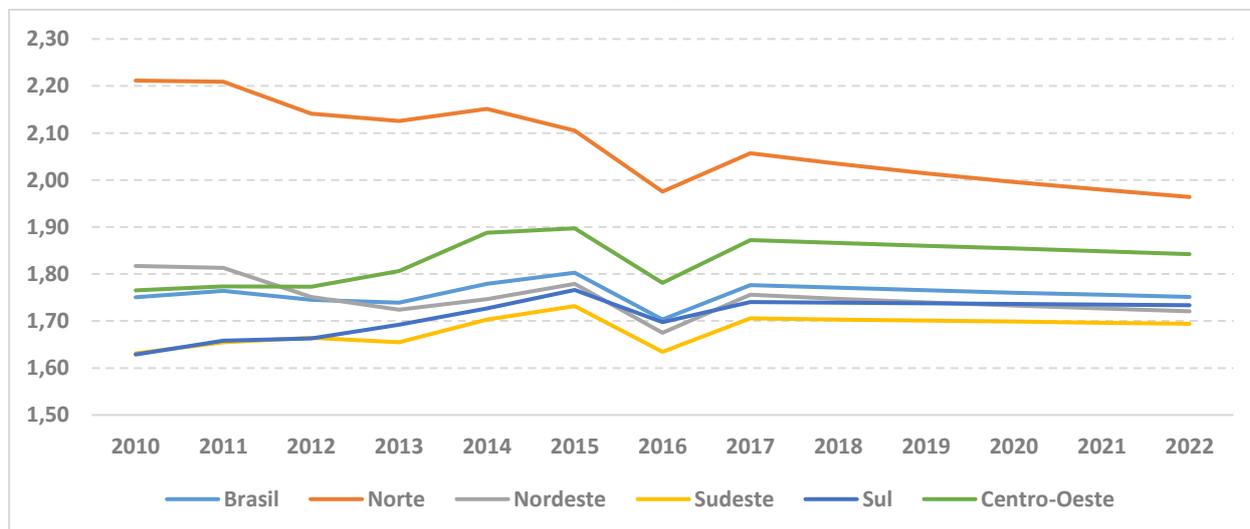
Dos 5.570 municípios brasileiros, 2.495 (44,8%) possuíam até 10 mil habitantes em 2022, concentrando 12,8 milhões de pessoas. A maior parte da população (57% do total) está concentrada em centros urbanos com mais de 100 mil habitantes.

Considerando que ainda não houve a publicação dos dados do Censo 2022, por sexo e idade, as informações a seguir foram feitas com base nas projeções populacionais da edição 2018 do IBGE.

2.2.1 Taxas de Fecundidade Total (TFT)

Até meados da década de 60, o Brasil teve uma estrutura etária composta por muito jovens e baixa proporção de pessoas idosas, devido a níveis elevados das Taxas de Fecundidade Total (TFT). Até 1960, a TFT era levemente superior a seis filhos por mulher. Houve uma redução acentuada nas décadas seguintes, alcançando 2,4 filhos por mulher, no ano de 2000, e 1,75 em 2022. Trata-se de uma redução expressiva em um tempo tão curto, quando comparada à experiência dos países desenvolvidos, cujo processo teve uma duração superior a um século para atingir patamares bastante similares (IBGE, 2014). Essa trajetória vem refletindo a tendência dos últimos anos de redução generalizada da fecundidade observada no Brasil. Cabe destacar que devido aos efeitos do Zika vírus o número médio de filhos por mulher experimentou redução ainda mais acentuada em 2016, retomando a tendência no ritmo de queda já em 2017.

Gráfico 01. Taxas de Fecundidade Total, Brasil e Grandes Regiões 2010-2022



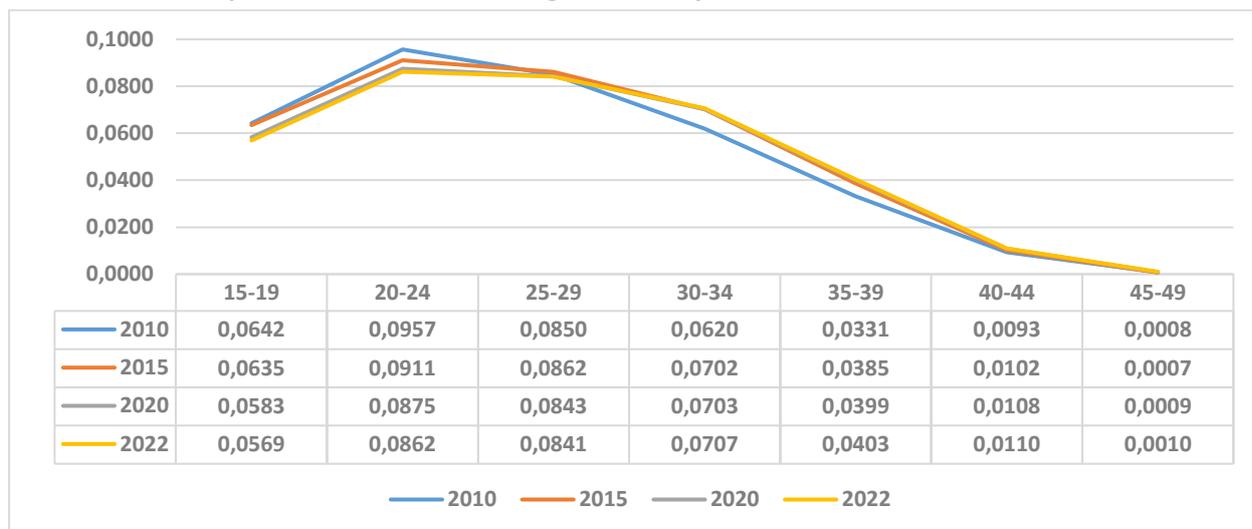
Fonte: Elaborado pelo SVSA/MS – Projeção da População, edição 2018 do IBGE.

O gráfico, a seguir, ilustra a tendência das Taxas Específicas de Fecundidade (TEF) do Brasil, no qual é possível verificar uma queda na população mais jovem. Observa-se que as proporções dos grupos de idade de 30-34 e 35-39 aumentam em relação ao total.

¹ Fonte: O texto referente aos dados populacionais do Censo 2022 foi construído pela Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/SE/MS) a partir de informações produzidas pela agência de notícias do IBGE disponíveis no seu sítio.

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37237-de-2010-a-2022-populacao-brasileira-cresce-6-5-e-chega-a-203-1-milhoes#:~:text=A%20popula%C3%A7%C3%A3o%20do%20pa%C3%ADs%20chegou,foi%20de%200%2C52%25>

Gráfico 02. Taxas Específicas de Fecundidade, Segundo os Grupos de Idade da Mãe, Brasil, 2010-2022

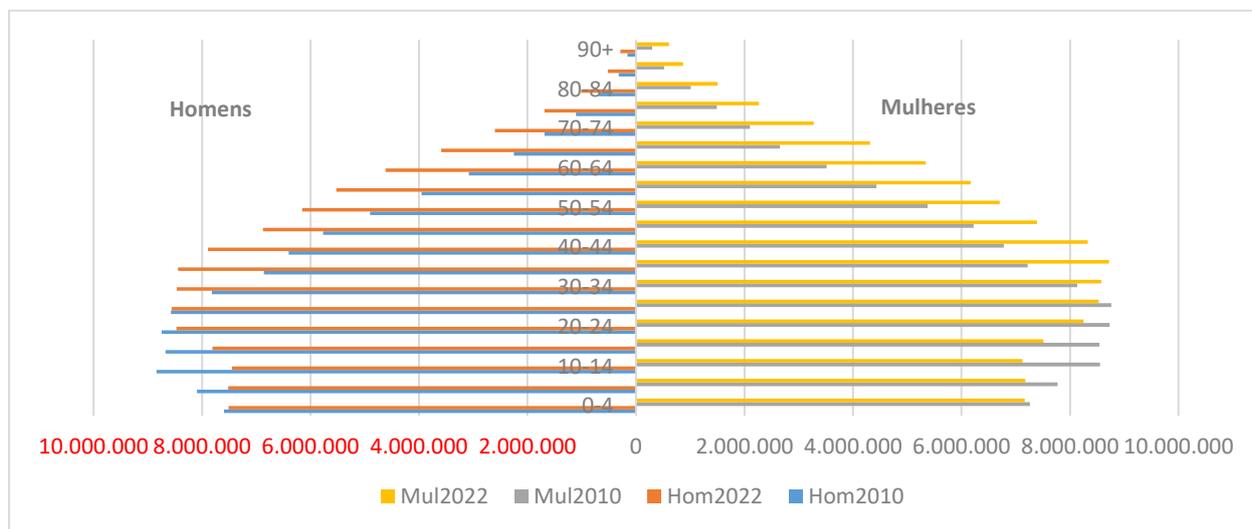


Fonte: Elaborado pelo SVSA/MS – Projeção da População, edição 2018 do IBGE.

2.2.2 Estrutura de Distribuição Etária da População

A marcante redução na fecundidade aliada ao aumento da expectativa de vida tem importantes efeitos sobre a estrutura de distribuição etária da população, fenômeno observado a partir do Censo Demográfico de 1991 e que evidenciava o estreitamento da base da pirâmide, com reduções expressivas do número de crianças e adolescentes menores de 15 anos de idade no total da população, refletindo o declínio da fecundidade. O gráfico abaixo mostra o envelhecimento ocorrido de 2010 e 2022. É importante destacar que o comportamento dessa dinâmica demográfica é característica dos países em desenvolvimento: nos quais também é observado a diminuição da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), o aumento da Taxa de Urbanização e do Desenvolvimento Econômico, como também melhorias no Índice de Desenvolvimento Humano.

Gráfico 03. Pirâmide Etária do Brasil, 2010 e 2022

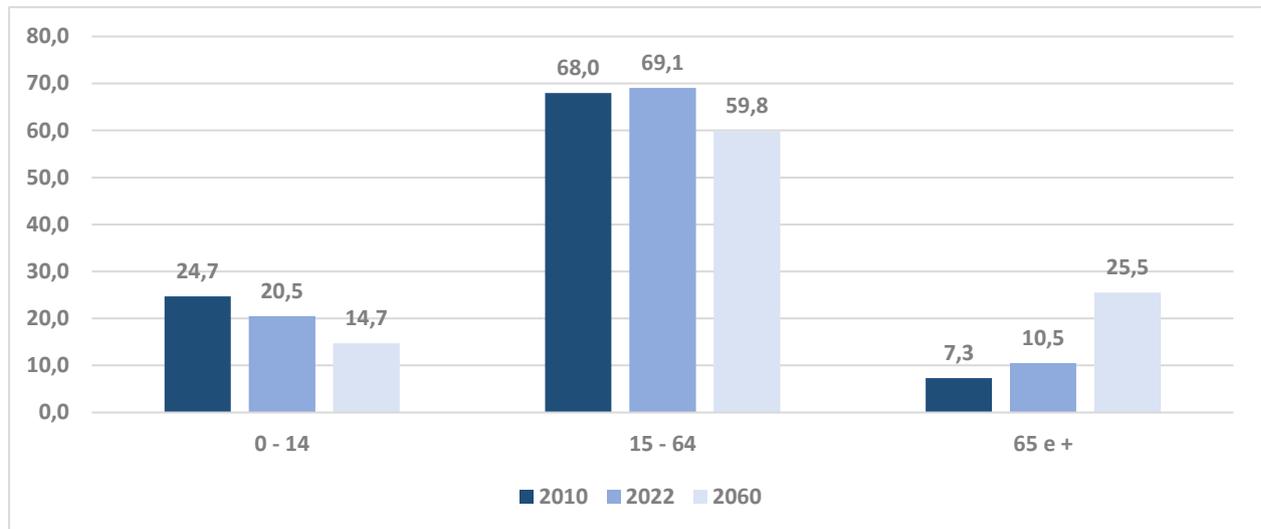


Fonte: Elaborado pelo SVSA/MS – Projeção da População, edição 2018 do IBGE.

Entre 2010 e 2022 observou-se um envelhecimento da população do Brasil. Nesse período, embora a população total tenha aumentado em quase 20 milhões de pessoas, houve uma redução no número de pessoas abaixo de 15 anos de idade, que passou de 48,1 milhões em 2010 (24,7% da população) para 43,9 milhões em 2022 (20,5% da população). Já a população acima de 65 anos de idade passou de 14,3 milhões (7,3% da população) em 2010 para 22,5 milhões de pessoas (10,5% da população) em 2022. Segundo estimativas do IBGE, em 2060 o percentual da população com 65 anos ou mais de idade chegará a 25,5% (58,2 milhões de pessoas). Já os jovens (0 a 14 anos) deverão representar 14,7%

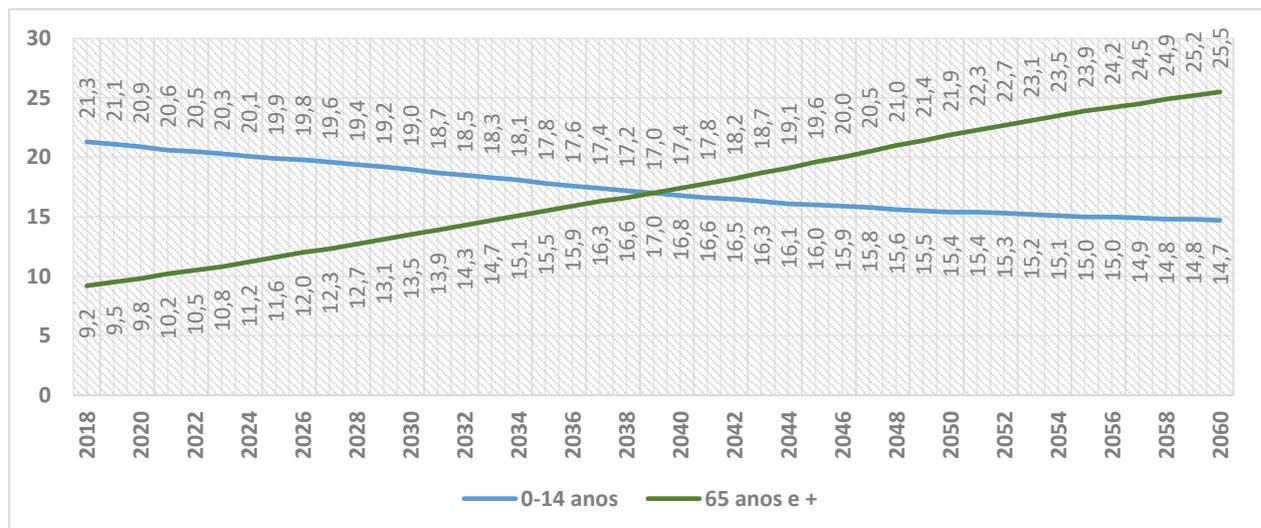
da população (33,6 milhões) em 2060. Se em 2010, para cada grupo de cem crianças havia 29,6 idosos, no ano de 2022 o índice de envelhecimento estimado passou a 49,5, esperando-se que em 2060 para cada 100 crianças tenhamos 173,5 idosos em nossa população.

Gráfico 04. Distribuição Proporcional da População Brasileira por Faixa Etária, 2010, 2022 e 2060



Fonte: Elaborado pelo SVSA/MS – Projeção da População, edição 2018 do IBGE.

Gráfico 05. Proporção da População na Faixa Etária de 0 a 14 Anos e de 65 Anos ou Mais em Relação ao Total, no Brasil, de 2018 a 2060



Fonte: Elaborado pelo SVSA/MS – Projeção da População, edição 2018 do IBGE.

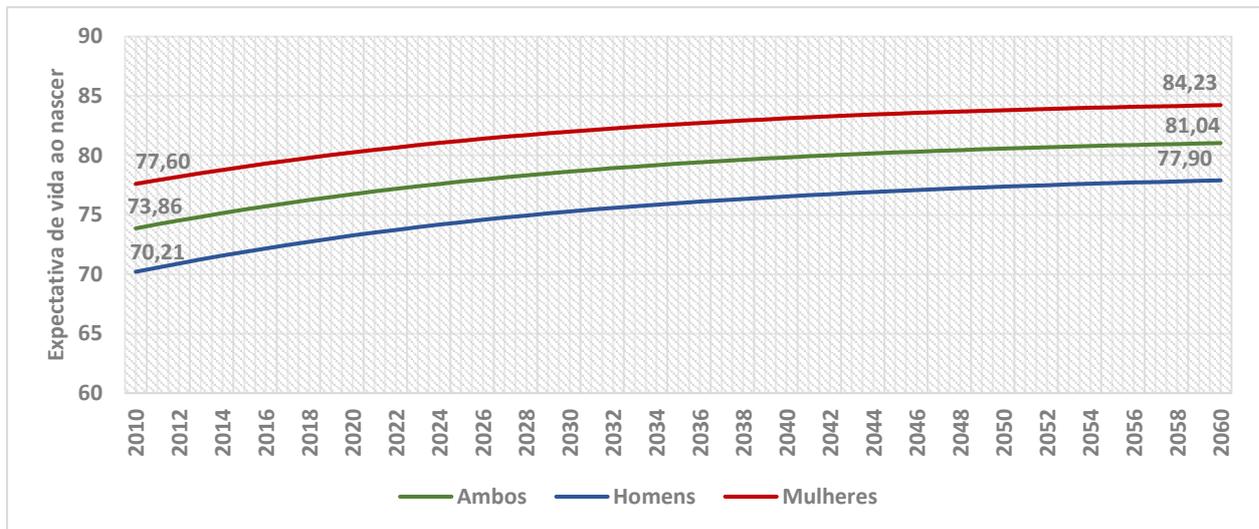
2.2.3 Expectativa de Vida

Esse indicador deve ser tratado com ainda mais reserva do que os demais apresentados anteriormente. Na revisão das projeções populacionais levada a cabo em 2018, por não se ter uma enumeração atualizada da população, não foram construídas novas tábuas de mortalidade, de forma que as esperanças de vida foram as implícitas nas tábuas atualizadas em 2013, cujo denominadores eram as populações enumeradas no Censo Demográfico de 2010.

Feita essa ressalva, pode-se afirmar, mesmo assim, que a expectativa de vida ao nascer vem aumentando ao longo dos anos. De acordo com a projeção populacional mencionada, uma pessoa nascida no Brasil em 2010 tinha expectativa de viver, em média, até os 73,4 anos (70,2 anos para homens e 77,6 anos para mulheres). Em 2022, foi observado um aumento médio de 3,8 anos na expectativa de vida, passando para 77,2 anos (73,7 para homens e 80,7 para mulheres).

A rápida transição demográfica observada no Brasil apresenta impactos importantes na saúde da população, repercutindo no SUS em decorrência do aumento da carga de doenças crônicas não transmissíveis advindas do aumento da idade mediana da população.

Gráfico 06. Expectativa de Vida ao Nascer no Brasil, 2010 a 2060



Fonte: Elaborado pelo SVSA/MS – Projeção da População, edição 2018 do IBGE.

2.3 MORBIDADE E MORTALIDADE

2.3.1 Morbidade

O perfil de morbidade da população brasileira é caracterizado pela crescente prevalência e incidência das doenças crônicas não transmissíveis, pela persistência das doenças transmissíveis que já poderiam ter sido eliminadas, bem como pela alta carga de acidentes e violências e, conseqüentemente, com reflexo nas taxas de mortalidade.

2.3.1.1 Doenças Transmissíveis

A situação atual das doenças transmissíveis ainda causa um grande impacto nos dados de morbidade do Brasil, com destaque para aquelas que têm associações com as condições sanitárias, econômicas, ambientais e sociais. Doenças erradicadas estão ressurgindo e disseminando-se com velocidade, causando um grande problema de saúde pública.

Dengue

O número de casos prováveis de dengue aumentou 16,5% se comparado o período de janeiro a agosto de 2023 com o mesmo período de 2022, passando de 1.313.805 casos em 2022 para 1.530.940 em 2023. Todas as regiões do país apresentaram aumento do número de casos prováveis, sendo que a Região Sudeste teve o aumento mais representativo (99,7%), seguido pela Sul (24,4%). Nas demais regiões houve redução do número de casos quando comparado ao mesmo período de 2022. A unidade da Federação que apresentou maior incremento do número absoluto de casos entre 2022 e 2023 foi o estado do Espírito Santo, em que o número de casos prováveis aumentou 1.071,5%, seguido dos estados de Roraima (413,5%) e Minas Gerais (384,5%). No entanto, os maiores coeficientes de incidência em 2023 foram observados nos estados do Espírito Santo (3.351,7 casos por 100 mil hab.), Santa Catarina (1.922,0 casos por 100 mil hab.), Minas Gerais (1.883,4 casos por 100 mil hab.), Paraná (1.735,8 casos por 100 mil hab.) e Mato Grosso do Sul (1.702,8 casos por 100 mil hab.). Até agosto de 2023, ocorreram 946 óbitos, correspondendo a uma redução de 1,5% em relação a 2022, quando ocorreram 960 óbitos. Em 2023, a taxa de letalidade geral por dengue no país corresponde a 0,06%, e por casos de dengue grave e dengue com sinais de alarme é de 4,4 %, sendo que a faixa etária de maior letalidade é a de 80 anos ou mais, com 23,8%. Em relação ao número de internações por dengue, no período de janeiro a julho de 2023, foram registradas 36.465, o que representa uma redução de 7,7% em relação ao mesmo período em 2022, com 39.499 internações.

Em relação aos sorotipos do vírus da dengue, em 2023 o DENV-1, foi predominante no país, sendo identificado em 90,5% das amostras examinadas. Este resultado teve o mesmo padrão de 2022, quando o DENV-1 foi identificado em 91,0% das amostras. O sorotipo DENV-2 foi identificado em 9,4% das amostras e o sorotipo DENV-3 em 0,1%, sendo este último identificado nos estados do Acre, Roraima e Pará.

Chikungunya

O número de casos prováveis de chikungunya teve redução de 40,9% em 2023 quando comparado ao mesmo período de 2022 (janeiro a agosto), passando de 243.347 em 2022 para 143.739 casos em 2023. Nas Regiões Sudeste e Sul, no entanto, houve aumento de 490% e 37,2% respectivamente. As Regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste tiveram redução de 84,8%, 49,5% e 27,4% respectivamente. Em 2023 foram confirmados 82 óbitos, correspondendo a redução de 7% quando comparado ao mesmo período de 2022, quando foram confirmados 88 óbitos. No entanto, a taxa de letalidade geral por chikungunya no país, referente ao período de janeiro a agosto de 2023, corresponde a 0,06%, maior que a taxa de letalidade observada em 2022 no mesmo período, que foi de 0,036%. A faixa etária de maior letalidade em 2023 foi a de 80 anos ou mais, com 0,64%, seguida pelos menores de um ano, com 0,34%.

O número de casos prováveis de Zika teve um incremento de 21% em 2023, quando comparados ao mesmo período de 2022 – considerando-se o período de janeiro a agosto, respectivamente, passando de 6.972 em 2022 para 8.425 casos prováveis em 2023. As Regiões Sudeste, Centro-Oeste e Norte tiveram aumento do número de casos prováveis de 2022 para 2023, sendo 1.252%, 159% e 67% respectivamente.

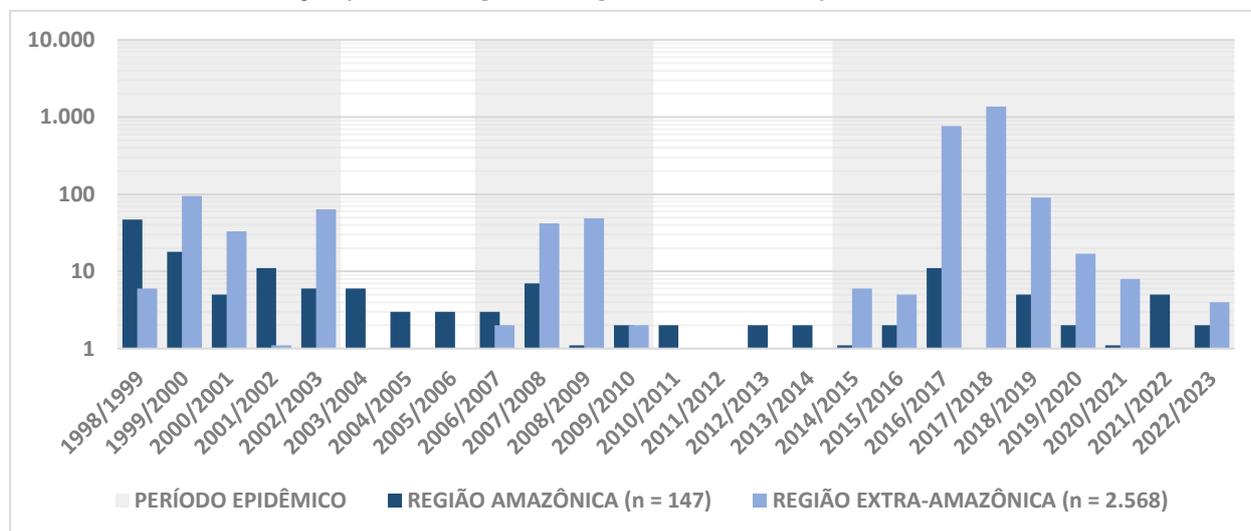
Até o momento não houve confirmação de óbitos por Zika no Brasil. Foram notificados 394 casos prováveis de Zika em gestantes, dos quais 121 (30,7%) foram confirmados e 273 (69,2%) permanecem em investigação.

Febre Amarela

Nas duas últimas décadas, diversas reemergências do vírus da febre amarela foram registradas na Região Extra-amazônica (1998-2003, 2007-2009, 2014-2023). No século XXI, além da área endêmica, casos humanos ou epizootias em primatas não humanos ocorreram em todos os estados das Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, além da Bahia, caracterizando a expansão recorrente da área de circulação viral nos sentidos leste e sul do país, afetando áreas antes consideradas indenes, onde o vírus não era registrado há décadas, com profundos impactos à saúde pública e à biodiversidade.

A partir de 2014, uma nova reemergência do vírus da febre amarela foi identificada na Região Extra-amazônica do Brasil, com detecção do vírus em primatas não humanos (PNH) no Tocantins, além dos limites da área considerada endêmica (Região Amazônica). Após alertas à rede de vigilância, registros de epizootias em PNH ou de casos humanos ocorreram nas Regiões Centro-Oeste (Goiás, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul) e Sudeste (Minas Gerais), sinalizando a dispersão do vírus pelo país. Em 2016, a transmissão foi detectada também no oeste de São Paulo. A partir de então, a transmissão se estendeu para os demais estados da Região Sudeste e para a Região Nordeste (Bahia) em 2017 e 2018, aproximando-se de grandes regiões metropolitanas densamente povoadas, com populações não vacinadas e infestadas pelo *Aedes aegypti*, trazendo à tona a preocupação com o risco de reurbanização da transmissão. A partir de 2019, o vírus foi detectado na Região Sul (Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul), onde o impacto à saúde pública foi menor quando comparado ao observado na Região Sudeste, sobretudo por conta da alta sensibilidade da vigilância de primatas e da modelagem de dados para definição das áreas prioritárias para as ações de vigilância. O gráfico, a seguir, apresenta a evolução dos casos de febre amarela em humanos nas Regiões Amazônica e Extra-amazônica desde 1998 até 2023.

Gráfico 07. Casos Humanos de Febre Amarela Silvestre por Período de Monitoramento (julho a junho) e por Região do Local Provável de Infecção (Amazônica [endêmica] e Extra-Amazônica), Brasil



Fonte: Sinan.

No período entre julho/2014 e junho/2023, foram confirmadas laboratorialmente 2.190 epizootias em PNH, envolvendo a morte de pelo menos 2.461 animais por febre amarela, e 2.274 casos humanos, com 789 óbitos (letalidade de 34,7%). A despeito do elevado número de casos, a transmissão esteve associada, até então, ao ciclo silvestre, não havendo evidências que indiquem processos de reurbanização (por *Aedes aegypti*).

Malária

A malária é uma doença infecciosa febril aguda transmitida por vetores. No Brasil, as principais espécies de parasitos causadores da malária são o *Plasmodium vivax* e o *Plasmodium falciparum*. O

principal vetor é o mosquito do gênero *Anopheles*. Fatores como a ocupação territorial e as oscilações climáticas têm impactado na transmissão da malária. Contudo, o seu controle está relacionado à sustentabilidade de ações direcionadas e realizadas de forma adequada.

No Brasil, devido a questões históricas e de suscetibilidade e vulnerabilidade, 99% dos casos autóctones de malária, ou seja, casos contraídos localmente, ocorrem nos estados que compõem a Região Amazônica: Acre, Amazonas, Amapá, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins. Nos demais estados (Região Extra-amazônica), a transmissão ocorre em áreas delimitadas e mais frequentemente devido a surtos originados a partir de casos importados da Região Amazônica.

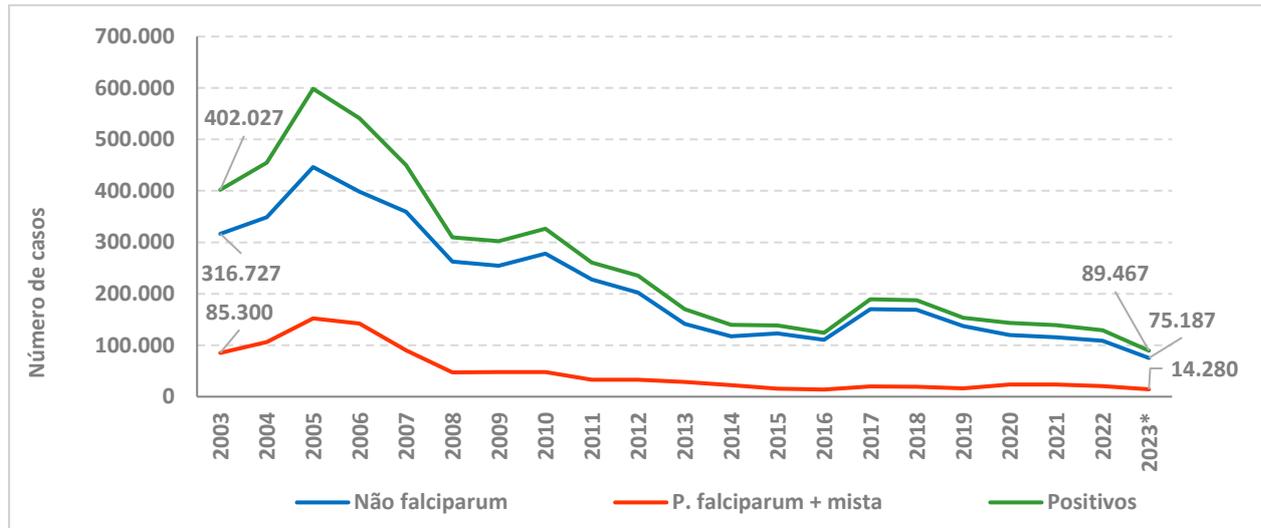
O esforço para controlar e prevenir a malária demonstrou resultados positivos nas duas últimas décadas. Entre 2003 e 2022, o Brasil apresentou redução de 67,9% dos casos autóctones de malária, passando de mais de 400 mil para menos de 130 mil casos. Após um longo período de reduções de casos iniciado em 2006, com exceção de um leve aumento de 8,0% em 2010, o Brasil apresentou reduções sustentadas do número de casos autóctones de malária ano após ano, chegando a alcançar em 2016 menos de 123 mil casos autóctones da doença. Nos anos de 2017 e 2018, houve uma mudança na distribuição dos casos, com redução em áreas urbanas, rurais e assentamentos, e um aumento importante da transmissão em áreas indígenas e garimpos, como resultado do desmatamento e o relaxamento da proteção de territórios indígenas. Como resultado, em 2017 registrou-se um aumento de 52,7% do número de casos autóctones em relação a 2016 com redução de 1% no ano seguinte. No ano de 2023, considerando o período de janeiro a julho, o Brasil registrou 74.105 casos autóctones de malária, um aumento de 8,7% em relação ao mesmo período do ano anterior. Ainda em 2023, de janeiro a julho, os estados que registraram o maior número de casos autóctones da doença foram Amazonas (28.763), Roraima (21.205) e Pará (12.162).

Em relação a malária por *Plasmodium falciparum*, espécie mais associada a casos graves da doença e resistência a medicamentos, ao longo dos anos de 2003 a 2022, observa-se um efeito serrate mais pronunciado, com aumentos e reduções sucessivos. No ano de 2023, considerando o período de janeiro a julho, o Brasil registrou 12.269 casos autóctones de malária por *P. falciparum*, um aumento de 7,1% em relação ao mesmo período do ano anterior, quando foram registrados 11.459 casos. No mesmo período, os estados que registraram o maior número de casos autóctones desta espécie parasitária foram Roraima (5.629), Amazonas (3.942) e Pará (1.362).

Em relação aos óbitos por malária, o Brasil registrava em 2003 um total de 102 óbitos, tendo reduzido em 2022 esse número para 62, uma redução de 39,2%. Ainda que no período considerado tenha ocorrido redução nos registros de óbitos, observa-se um aumento de óbitos anuais de malária a partir de 2018, quando ocorreram 56 registros, um aumento de 64,7% em relação a 2017. Em 2019 houve redução para 37 óbitos seguido de um novo aumento em 2020, com 51 óbitos e em 2021 com 61 óbitos. Em 2022 observa-se aumento de 1,6% em comparação com 2021. Já em 2023, de acordo com dados preliminares, foram registrados, até junho, 18 óbitos pela doença. Ressalta-se que dados de 2022 e 2023 referentes a óbitos por malária são preliminares, estando sujeitos a alterações.

No período de 2020 a 2023, embora tenha havido redução no número de casos, observou-se uma desestruturação das vigilâncias locais e redução do número de postos de diagnóstico de malária na Região Amazônica. Em muitas situações, o diagnóstico e tratamento para a doença deixou de ser ofertado. Um dos desafios é a reestruturação da rede tanto onde se tem transmissão sustentada como em locais onde se reinstalou a transmissão da doença.

Gráfico 08. Casos autóctones de Malária no Brasil, 2003-2023*



Fontes: Sivep-Malária e Sinan/SVSA/MS e E-SUS-VS. *Dados de 2023 foram atualizados em 19 de setembro, portanto, são preliminares e não representam todo o ano de 2023, estando sujeitos a alteração. Excluídas Lâminas de Verificação de Cura (LVC).

Leishmanioses

Com relação às leishmanioses, nos anos de 2020, 2021 e 2022, foram registrados mais de 44.000 casos de leishmaniose tegumentar, com média superior a 14.700 casos ao ano, concentrados nas Regiões Norte e Nordeste. Todavia, as incidências médias para o período mais elevadas são das Regiões Norte e Centro-Oeste, com 34,7 e 8,9 casos para cada 100.000 habitantes, respectivamente.

Já a leishmaniose visceral é considerada como uma doença em expansão geográfica. Também está presente em todas as regiões do país e registrou mais de 5.000 casos humanos nos últimos três anos. Sua incidência média no período foi de 0,84 casos para cada 100.000 habitantes. No mesmo período, a Região Nordeste apresentou o maior registro de casos no país (2.465) e, junto com a Região Norte, a maior incidência média (1,5 casos para cada 100.000 habitantes).

Raiva humana

No que se refere à raiva, nos últimos dez anos, foram confirmados 37 casos da doença em humanos: 10% (04/37) transmitidos por cães e 59% (22/37) por morcegos. Com essa mudança do cenário epidemiológico da doença, novos problemas emergem, como os surtos de raiva humana causados por morcegos hematófagos em populações ribeirinhas da Região Amazônica, que requerem estratégias preventivas específicas.

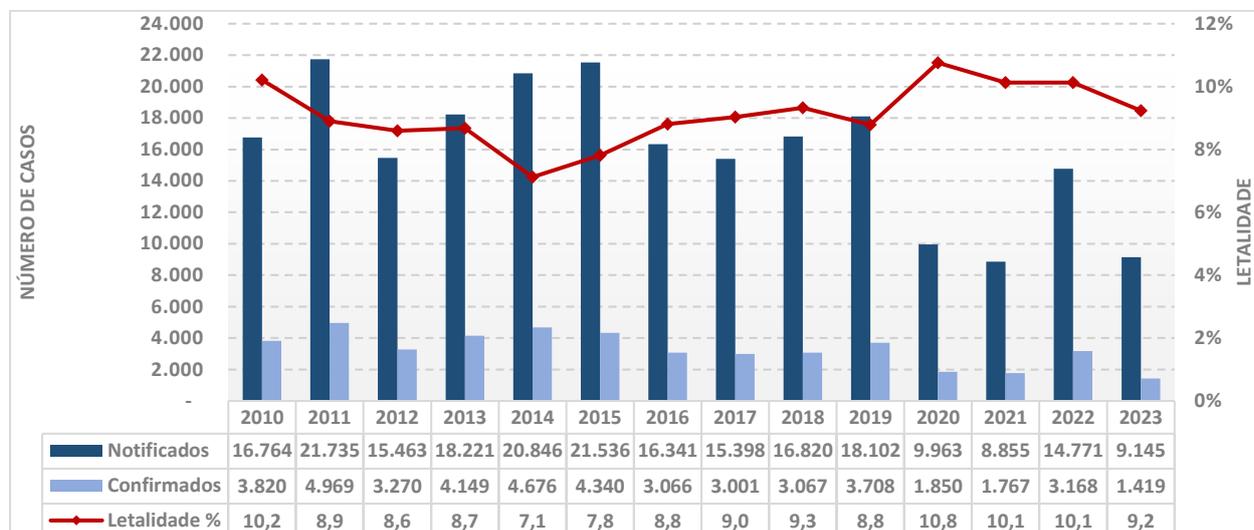
Desde 2015, não se registra raiva humana por variantes do vírus dos cães domésticos (AgV1 e AgV2) no Brasil, sendo a variante de morcegos (AgV3) a principal determinante dos casos de raiva humana e em outros animais. Nesse contexto, o programa da raiva no Brasil está próximo de alcançar a meta estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), “Eliminar a raiva humana transmitida por cão AgV1 e AgV2, até 2030”. Esses resultados foram possíveis devido à intensificação das atividades de vigilância, controle, medidas profiláticas de atenção médica direcionada as pessoas expostas ao risco (profilaxia preventiva), como também, a realização de bloqueio de focos em tempo oportuno e campanhas massivas de vacinação antirrábica animal. Nesse sentido, o Brasil já está se preparando para pleitear, nos próximos anos, junto à OMS, a certificação da eliminação da raiva humana pelas variantes do vírus dos cães, AgV1 e AgV2.

Leptospirose

A leptospirose, doença infecciosa febril de início abrupto, cujo espectro clínico pode apresentar formas graves, é endêmica no Brasil, principalmente em períodos chuvosos. A incidência no Brasil é de aproximadamente 2/100.000 habitantes e a taxa média de letalidade é de 9%. A incidência é maior nas Regiões Norte, Sul e Sudeste.

No período de 2010 a 2023, foram notificados 223.960 casos suspeitos, dos quais, 46.270 (20%) foram confirmados e, em média, 9,2% dos confirmados evoluíram para o óbito pela doença, conforme gráfico a seguir, o que representa uma média anual de 16.524 casos suspeitos e 3.450 confirmados.

Gráfico 09. Número de Casos Notificados, Confirmados e Taxa de Letalidade por Leptospirose, Segundo Ano de Início dos Sintomas. Brasil, 2010 a 2023



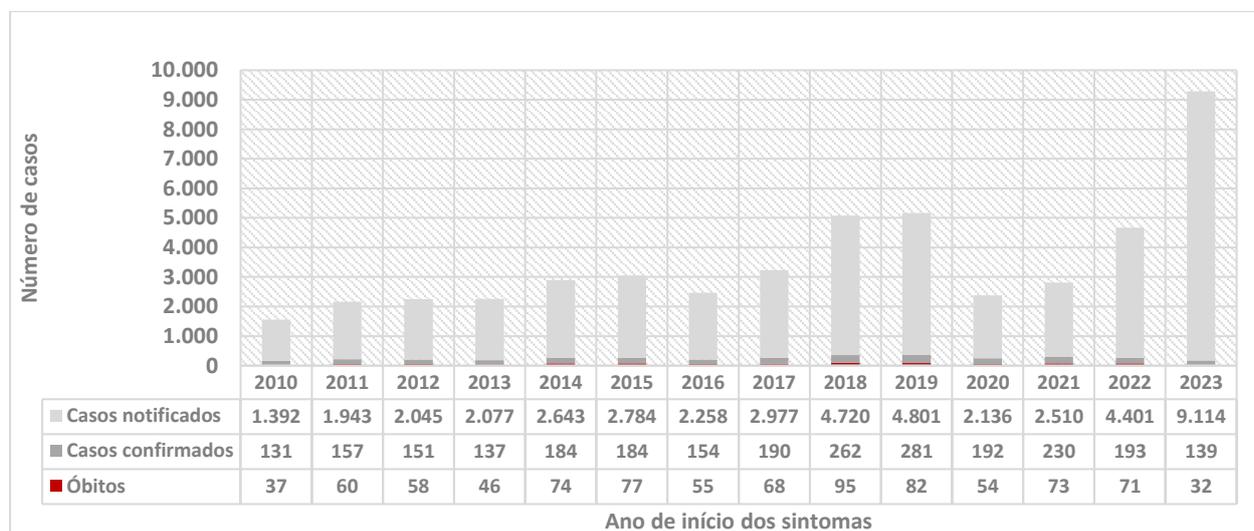
Fonte: Sinan/SVSA/MS.

Nos anos de 2020 e 2021 houve redução no número de casos notificados e confirmados e aumento da letalidade, que chegou a 10%. No ano de 2022, a frequência de casos registrados retornou à normalidade e, devido às chuvas intensas na Região Sudeste e Nordeste, apresentou um pico de casos próximo ao segundo trimestre.

Febre Maculosa

A febre maculosa é uma doença infecciosa transmitida por carrapatos que demonstra uma tendência de crescimento. No período de 2010 a 2023, 45.801 casos foram notificados e 2.585 foram confirmados, dos quais 882 evoluíram para o óbito pela doença. Registrou-se uma média anual de 3.271 casos notificados, 185 confirmados e uma taxa de letalidade de 34%. Em 2023, o número de casos suspeitos notificados para a doença mais que dobrou em relação aos anos anteriores, no entanto não se refletiu no aumento na mesma proporção de casos confirmados. A região com maior número de casos é a Sudeste.

Gráfico 10. Casos Notificados, Confirmados e Óbitos de Febre Maculosa por Ano de Início dos Sintomas, Brasil, 2010 a 2023

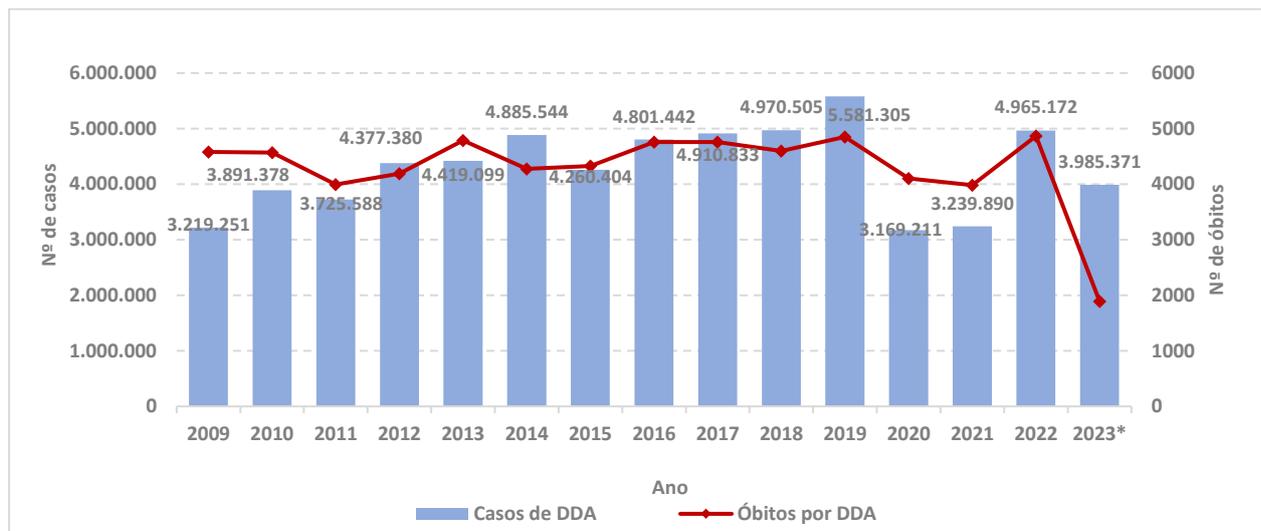


Fonte: Sinan/SVSA/MS.

Doenças Diarréicas Agudas

Quanto às doenças diarréicas agudas, o número de casos de notificados em unidades sentinelas no Brasil passou de 5.584.012 em 2019 para 4.965.172 em 2022, sendo que, durante os anos de pandemia, o número de casos notificados foi muito menor que o esperado (3.169.211 – 2020 e 3.239.890 – 2021). Dados do Sistema Informatizado de Vigilância Epidemiológica (Sivep-DDA) apontam que a taxa de mortalidade por doenças diarréicas, embora tenha reduzido ao longo das últimas décadas, ainda oscila entre a 4ª e 6ª maiores taxas desde 2007 em relação ao grupo de doenças infecciosas e parasitárias, sendo maior nas Regiões Nordeste e Norte e se concentrando entre os menores de um ano de idade e, principalmente, entre os maiores de 60 anos. Esses óbitos fazem parte da lista de mortes evitáveis entre os menores de 5 anos de idade, sendo consideradas reduzíveis em todas as faixas etárias, por ações adequadas de promoção e atenção à saúde.

Gráfico 11. Número de Casos e Óbitos por DDA. Brasil, 2009 a 2023*



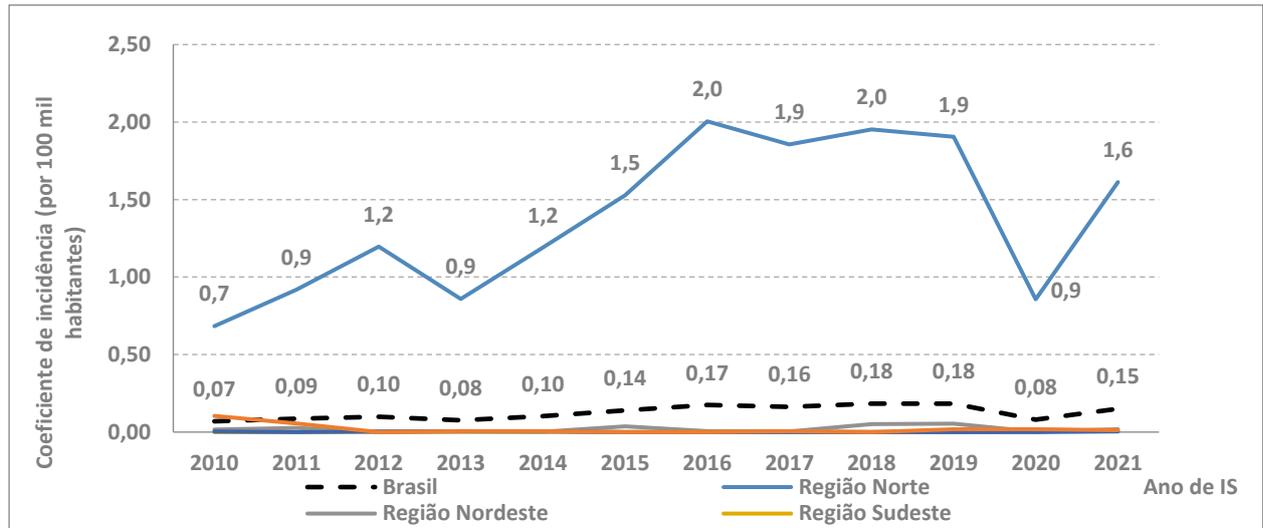
Fonte: Sivep-DDA e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) - SVSA/MS. *Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Doença de Chagas

A doença de Chagas ainda persiste como um desafio significativo para a saúde pública no Brasil e nas Américas. Cerca de 65 milhões de indivíduos residem em áreas de risco de infecção pelo parasita *Trypanosoma cruzi*, com aproximadamente 6 a 8 milhões de pessoas já afetadas pela doença, resultando em uma média de 12 mil óbitos anuais. No território brasileiro, estima-se que mais de um milhão de indivíduos vivam com a infecção por *T. cruzi*.

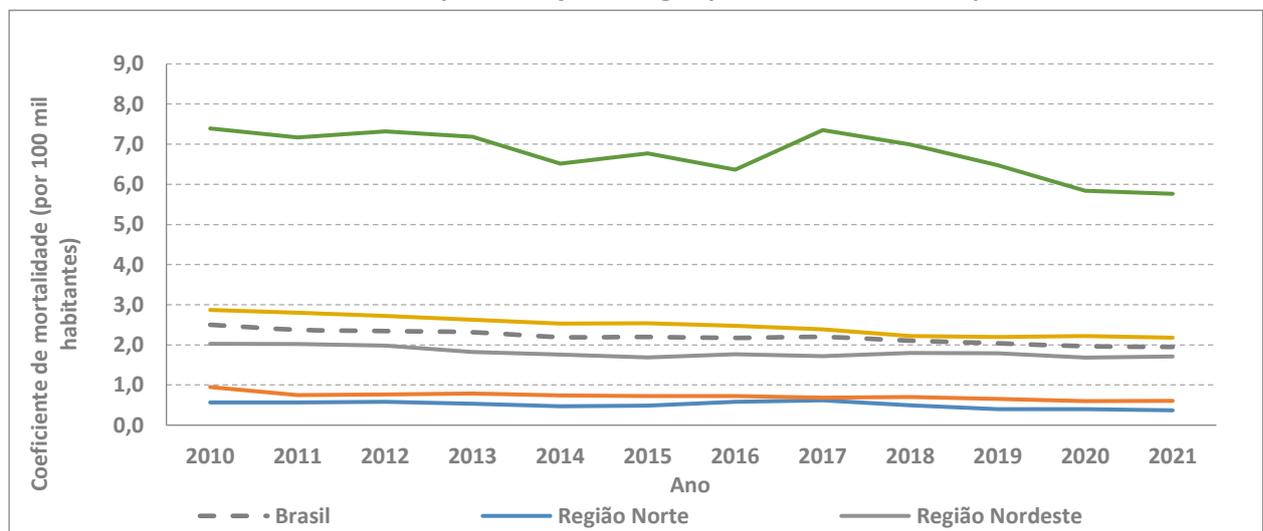
Em 2021, foram registrados 320 casos confirmados de doença de Chagas aguda, com uma incidência de 0,15 casos a cada 100.000 habitantes e taxa de mortalidade de 1,9 óbitos por cada 100.000 habitantes conforme os gráficos a seguir.

Gráfico 12. Coeficiente de Incidência para Doença de Chagas, por 100 Mil Habitantes, por UF, Brasil, 2010 a 2021



Fonte: Sinan NET.

Gráfico 13. Coeficiente de Mortalidade para Doença de Chagas, por 100 Mil Habitantes, por UF, Brasil, 2012 a 2021



Fonte: SIM - SVSA/MS.

É possível inferir ainda que, provavelmente pelo efeito pandêmico, em 2020 há uma queda no número de casos confirmados, com um decréscimo de 56,3% se comparado ao período anterior (2020 -> 2019). A mesma tendência pôde ser observada pelo número de notificações de casos suspeitos, havendo uma diminuição em 41,9% em relação ao mesmo período, o que vai de encontro à tendência de aumento observada na Região Norte e em todo o país.

A implementação da vigilância da doença de Chagas crônica tem se mostrado essencial para o diagnóstico situacional da doença no país. Com sistema informatizado lançado no início de 2023, espera-se que a partir dos dados obtidos pelas unidades da federação e municípios seja possível caracterizar melhor o cenário epidemiológico da doença de Chagas crônica nas regiões brasileiras. Neste contexto, outro desafio apresenta-se para a estruturação de Linhas de Cuidado para doença de Chagas.

Doenças Tropicais Negligenciadas

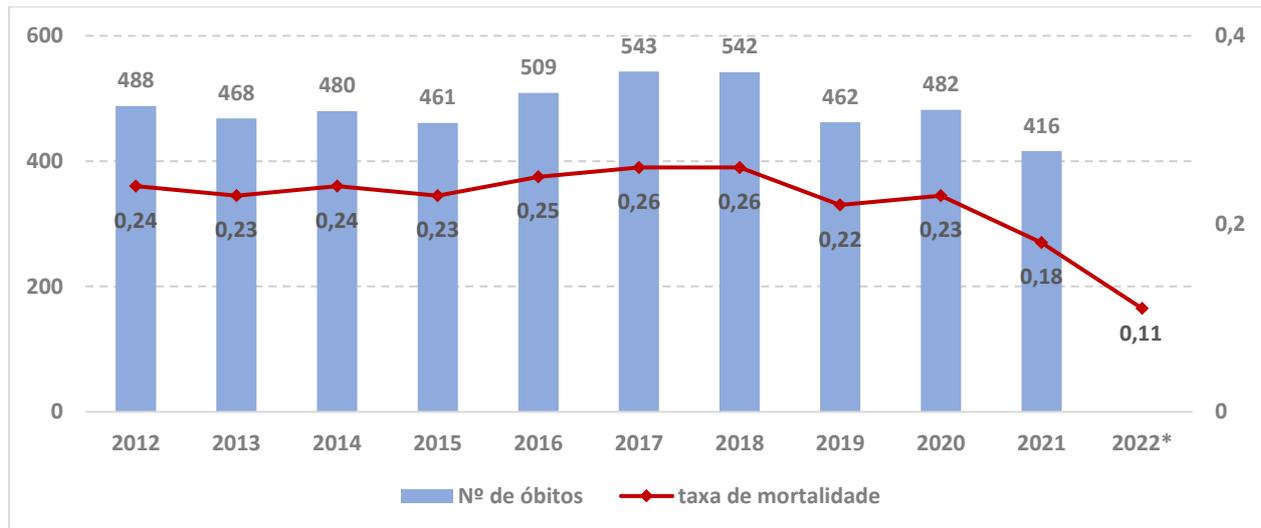
As doenças tropicais negligenciadas são um grupo de doenças causadas por agentes infecciosos mais facilmente encontrados nas regiões tropicais em desenvolvimento e acometem pessoas em situação de vulnerabilidade, sobretudo socioeconômica. A hanseníase, filariose linfática, esquistossomose, tracoma, oncocercose e geo-helmintíases são doenças negligenciadas que também fazem parte do rol

das doenças tropicais negligenciadas e permanecem como problema de saúde pública no Brasil, apesar dos esforços nacionais e internacionais para o enfrentamento delas.

Estas doenças estão relacionadas ao estigma e discriminação, impactando, muitas vezes, no diagnóstico e tratamento das pessoas acometidas e levando a consequências irreversíveis, como deficiências, no caso da hanseníase, ou óbito, no caso da esquistossomose.

A esquistossomose ocorre de forma endêmica em áreas dos estados do Nordeste (Alagoas, Bahia, Maranhão, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Paraíba e Sergipe) e Sudeste (Espírito Santo e Minas Gerais). A doença acomete cerca de 506.594 mil pessoas no Brasil, provocando grande número de casos graves e 4.851 óbitos entre 2012 e 2021.

Gráfico 14. Número Absoluto e Taxa de Óbito por Esquistossomose. Brasil, 2012 a 2022*



Fonte: SIM - SVSA/MS, 2023. * Taxa de 2022 parcial.

No mundo, estima-se que cerca de 1,5 bilhões de pessoas tenham algum dos parasitas do grupo das geo-helmintíases. No Brasil, as geo-helmintíases estão presentes em todas as regiões, em especial nas zonas rurais e periferias de centros urbanos das regiões Norte e Nordeste do país e ocorrendo principalmente em áreas com saneamento básico precário.

Em relação à oncocercose, destaca-se que entre 2000 e 2018 não foram identificados registros de casos sintomáticos da doença. Desta forma, a doença se encontra em fase de pré-eliminação. Apenas uma proporção de portadores assintomáticos de microfilárias na pele, com baixas densidades da parasitemia detectadas nas áreas-sentinelas, com médias de 63% em 1995, 20% em 2003, 15% em 2007, 4% em 2012 e de 2,5% em 2016.

Nos últimos quatro anos, a principal estratégia para a eliminação da oncocercose tem sido por meio de tratamento coletivo com ivermectina, que sofreu uma importante queda no período da pandemia de covid-19. O desempenho dessa ação está diretamente vinculado à qualidade da assistência prestada na Terra Indígena Yanomami, uma vez que o foco endêmico brasileiro está totalmente localizado dentro desse território.

Das doenças tropicais negligenciadas referidas, apenas tracoma e filariose estão em processo de elaboração do dossiê para certificação da eliminação no Brasil e delimitação da vigilância pós-eliminação como problema de saúde pública, após a realização de inquéritos de prevalência para validar o alcance das metas definidas pela OMS.

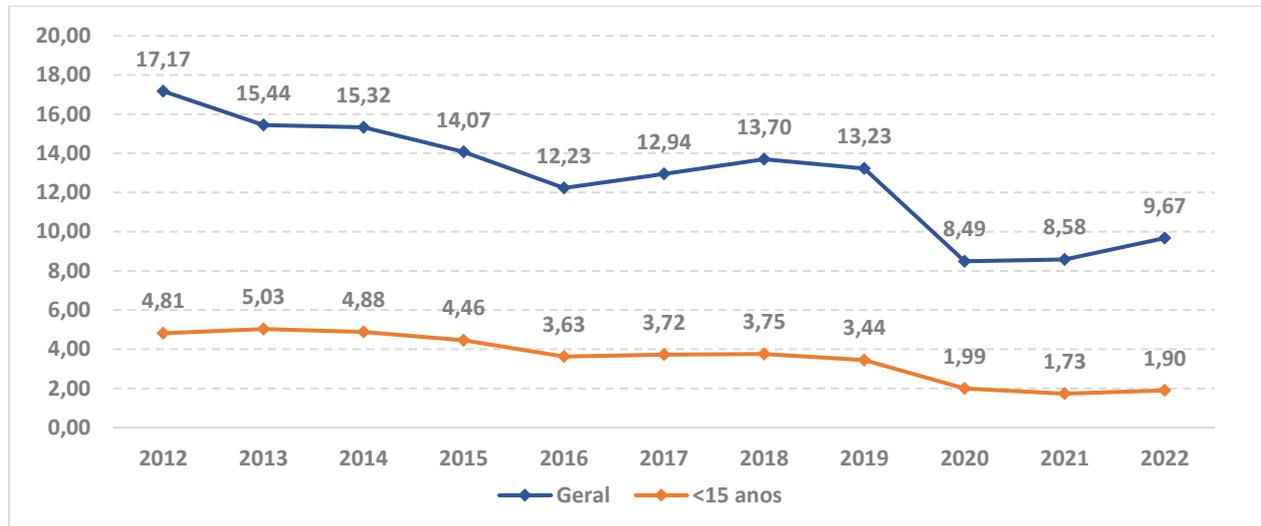
Apesar de a hanseníase ser uma doença curável, com tratamento disponível no SUS, o Brasil permanece como segundo país com maior número de casos novos anuais dentre os países do mundo que registram casos, atrás apenas da Índia. Destaca-se que diagnóstico precoce e o tratamento oportuno são dificultados pelo estigma e discriminação associados ao medo e à falta de conhecimento sobre a doença.

Entre 2012 e 2022 foram registrados 288.721 casos novos, observando-se redução na detecção de casos no período da pandemia de covid-19 em decorrência das medidas restritivas para o enfrentamento da hanseníase e direcionamento dos serviços de saúde para as ações de controle da

pandemia. Desta forma, de 2019 a 2022, o número de casos novos detectados reduziu 29,5%, passando de 27.864 em 2019 para 19.635 em 2022. Na taxa de detecção, a redução foi de 26,9%.

Considerando que a presença de casos em menores de 15 anos de idade indica a manutenção da cadeia de transmissão da doença, no período de 2012 a 2022, foram registrados 18.278 casos novos em menores de 15 anos de idade no Brasil, sendo que tanto a taxa quanto o número de casos novos em menores de 15 anos apresentaram redução acentuada no período da pandemia de covid-19.

Gráfico 15. Taxa de Detecção Geral de Casos Novos de Hanseníase e Taxa de Detecção de Casos Novos de Hanseníase em Menores de 15 Anos por 100 Mil Habitantes. Brasil, 2012 a 2022



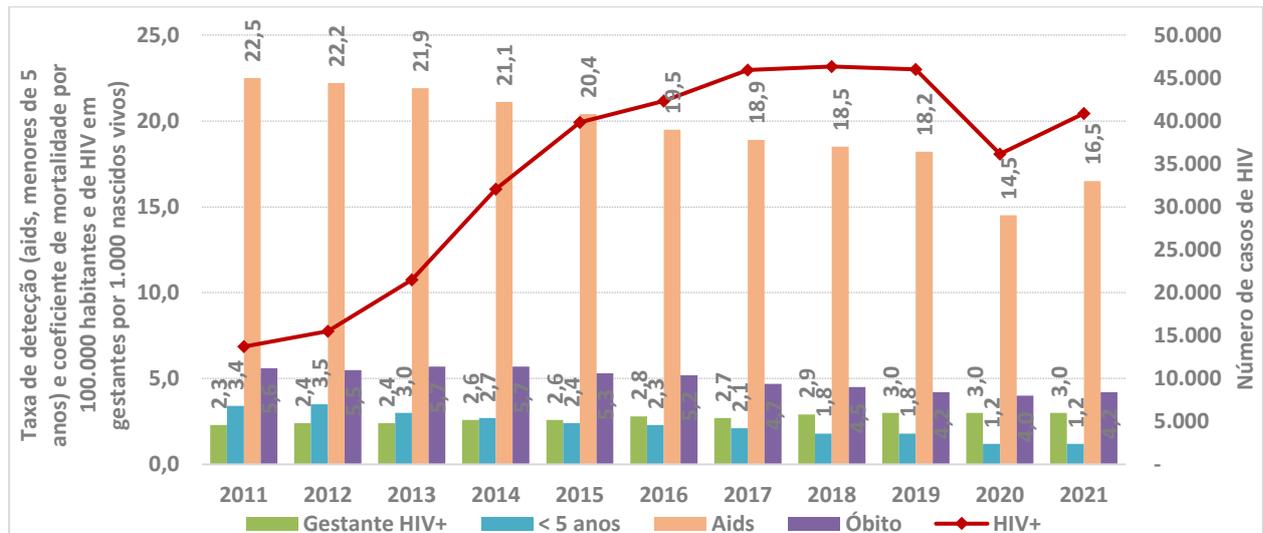
Fonte: Sinan.

HIV/Aids

A taxa de detecção de aids apresenta redução no Brasil desde o ano de 2011. Nesse ano, a taxa foi de 22,5 casos por 100 mil habitantes e, no ano de 2020, de 14,5 casos por 100 mil habitantes, o menor valor observado desde a década de 90. Essa redução específica do ano de 2020 está relacionada em parte aos efeitos da subnotificação de casos causada pela sobrecarga dos serviços de saúde durante a pandemia de covid-19.

No mesmo período, observa-se uma queda significativa na detecção de casos de aids em menores de cinco anos, o que demonstra uma redução expressiva da transmissão vertical do vírus da deficiência humana (HIV) no país, demonstrada na redução de 3,2 casos em 2011 para 1,2 casos em 2021, por 100 mil habitantes. Em 2021 a taxa de detecção de gestantes com HIV foi de 3,0 casos por 1.000 nascidos vivos, conforme indica o gráfico a seguir.

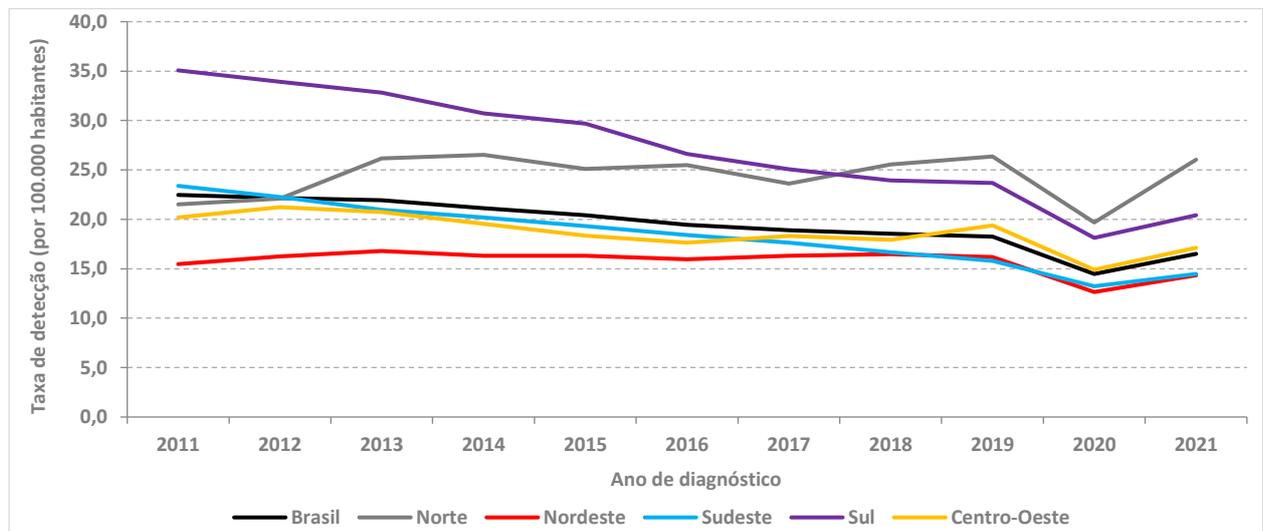
Gráfico 16. Taxa de Detecção de Infecção pelo HIV em Gestantes, Aids em Menores de 5 Anos, Taxas de Detecção de Aids, Coeficiente de Mortalidade por Aids e Número de Casos de HIV, por Ano, Brasil, 2011 a 2021



Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, 2022. SVSA/MS.

Entre 2011 e 2021, as Regiões Sul e Sudeste apresentaram tendência de queda na infecção por HIV, com 41,8% e 38,1% de decréscimo, respectivamente: em 2011, as taxas de detecção de aids dessas regiões foram de 35,1 e 23,4, passando para 20,4 e 14,5 casos por 100 mil habitantes em 2021. Já a Região Norte teve incremento de 21,0% no mesmo período, com variação entre 21,5 casos por 100 mil habitantes em 2011 e 26,0 casos por 100 mil habitantes em 2021, conforme gráfico a seguir.

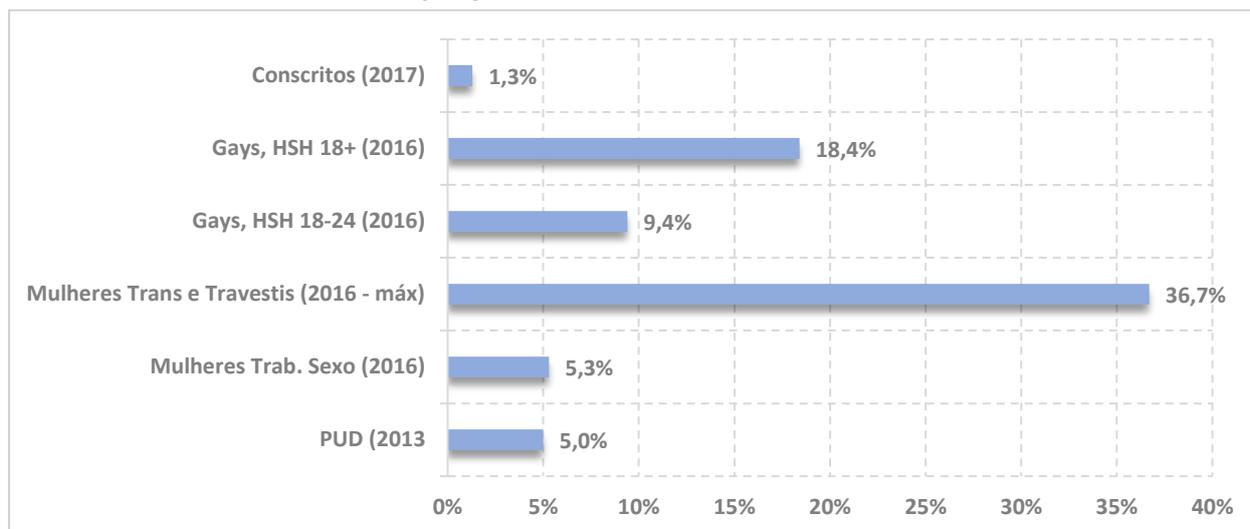
Gráfico 17. Taxa de Detecção de Infecção pelo HIV, Segundo Regiões, Brasil, 2011 a 2021



Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, 2022. SVSA/MS.

A prevalência estimada do HIV na população total é de 0,4%. No Brasil, a infecção pelo HIV/Aids concentra-se em locais em que a epidemia ainda segue aquecida, a exemplo das Regiões Norte e Sul e em populações-chave, como retrata o gráfico a seguir.

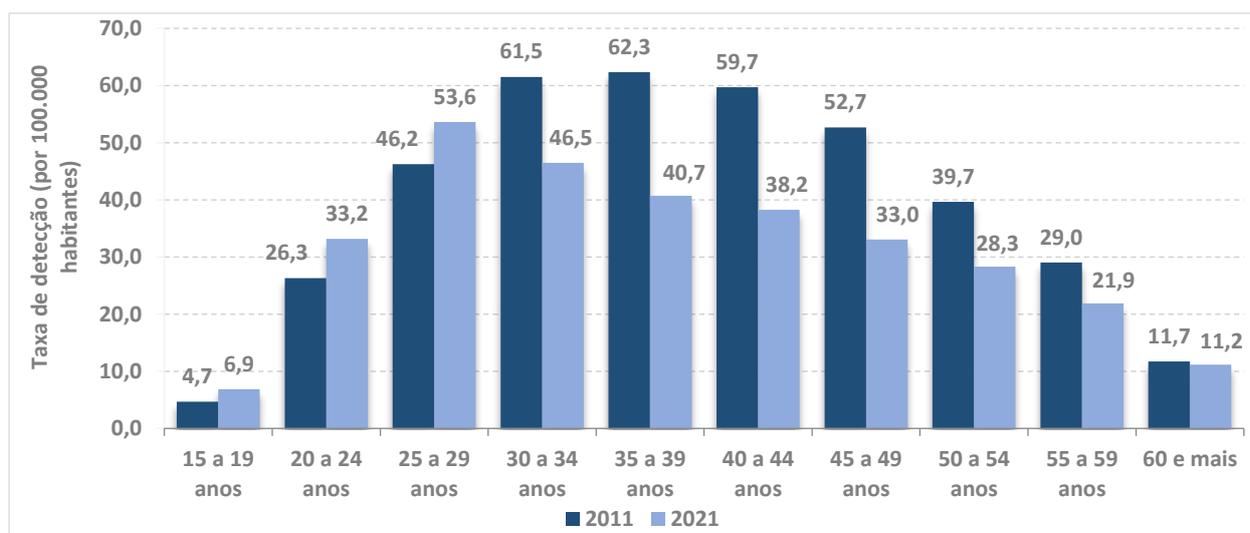
Gráfico 18. Prevalência do HIV em Populações Chave, Brasil, 2013 a 2017



Fonte: Estudos RDS (2016-2017), Pesquisa Nacional com Conscritos (2017) e Pesquisa Nacional de Uso de Drogas (2013), SVSA/MS.

Além disso, chama a atenção o aumento de casos entre homens jovens no período de 2011 a 2021, nas faixas de 15 a 19 anos, 20 a 24 anos e 25 a 29 anos, que tiveram incremento de grupo no qual a taxa de detecção subiu de 45,9%, 26,2% e 16,0%, conforme gráfico a seguir.

Gráfico 19. Taxa de Detecção de Aids (por 100 mil habitantes) em Homens, Segundo Faixa Etária, Brasil, 2011 a 2021



Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/AIDS - SVSA/MS, 2022.

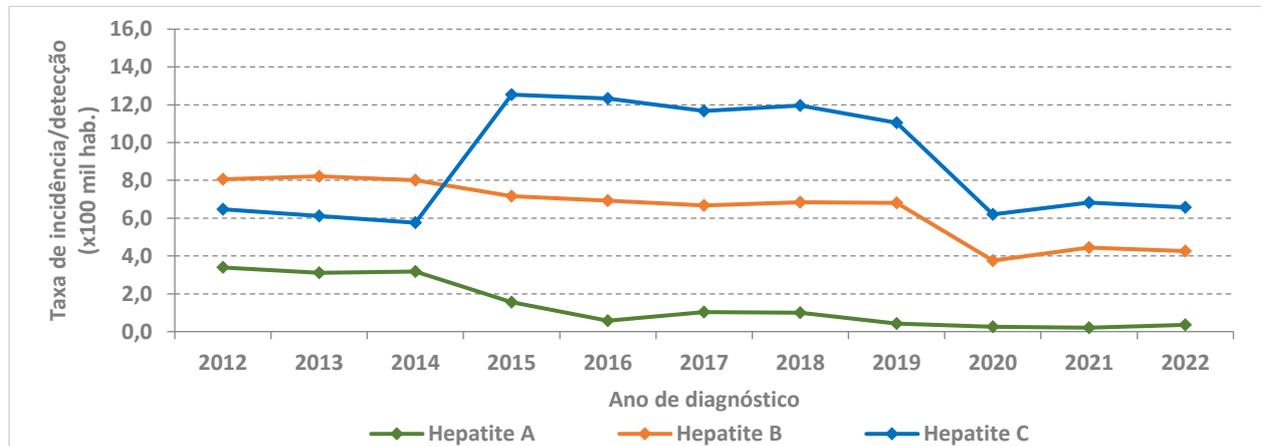
Hepatites virais

O cenário atual das hepatites virais é complexo e sua distribuição na população não se apresenta de forma uniforme. Há variações e diferenciais epidemiológicos por região, por faixa etária e por segmentos específicos da população.

A taxa de detecção de hepatite A no Brasil apresentou pouca variação no período de 2011 a 2014. Desde 2015, porém, vem mostrando queda expressiva, com redução de 75,0% quando comparados os anos de 2015 e 2022, quando passou de 1,6 para 0,4 casos por 100 mil habitantes, respectivamente. Há uma discreta tendência de queda anual nas taxas de hepatite B até 2019; esse declínio se acentuou nos últimos anos e atingiu 4,3 casos por 100 mil habitantes em 2022. Quanto à hepatite C, em 2015, houve a mudança de definição de caso para fins de vigilância epidemiológica; por conseguinte, as taxas de detecção de hepatite C sofreram um impacto, passando de 5,8 casos por 100 mil habitantes em 2014 para 12,5 casos por 100 mil habitantes em 2015. A partir de 2016, a taxa de detecção de hepatite C apresentou discreta queda até 2019 e, em 2022, chegou a 6,6 casos por 100 mil habitantes, conforme gráfico a seguir.

Desde 2020, com o início da pandemia de covid-19, têm-se observado quedas consideráveis em relação ao número de casos diagnosticados, principalmente em relação às hepatites B e C. Restando apenas sete anos para o cumprimento da meta de eliminação, diversas barreiras precisam ser transpostas, demandando a revisão das estratégias para a amplificação do rastreo, do diagnóstico e da notificação da população.

Gráfico 20. Taxa de Detecção de Hepatites Virais (por 100 mil habitantes) Segundo Agente Etiológico e Ano de Notificação, Brasil, 2012 a 2022

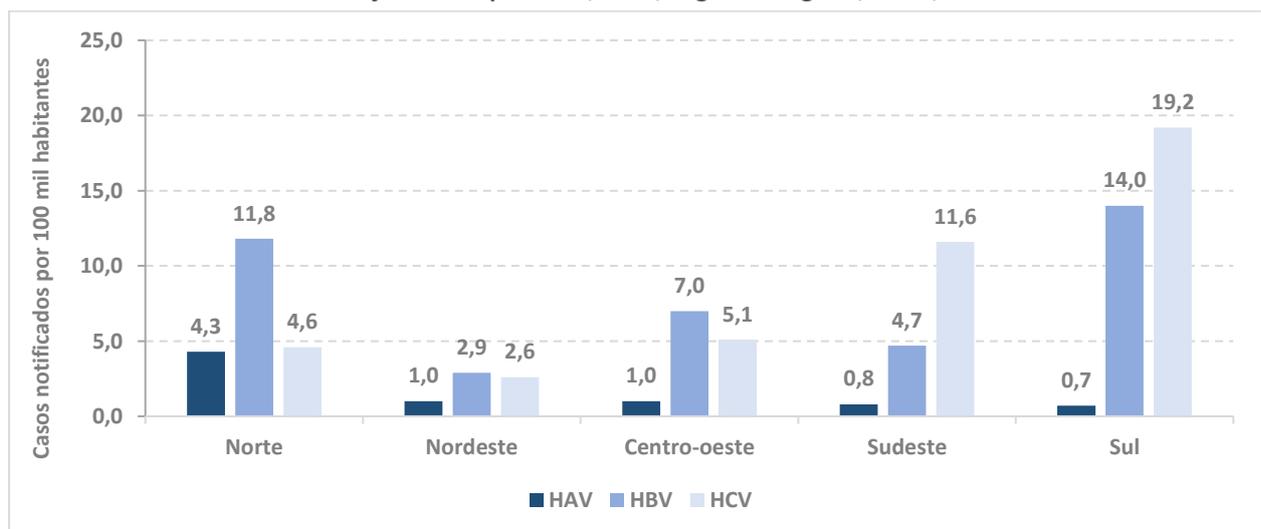


Fonte: Boletim Epidemiológico Hepatites Virais - SVSA/MS, 2023.

A distribuição proporcional dos casos variou entre as cinco regiões brasileiras. A Região Nordeste concentra a maior proporção das infecções pelo vírus A (30,0%). Na Região Sudeste, verificam-se as maiores proporções dos vírus B e C, com 34,2% e 58,3%, respectivamente. Por sua vez, a Região Norte acumula 73,1% do total de casos de hepatite D.

Em relação à taxa média de detecção de casos por região nos últimos dez anos, a hepatite C foi a mais frequente nas Regiões Sudeste e Sul enquanto a hepatite B foi a mais frequente nas demais regiões. A Região Norte teve a maior concentração de casos de hepatite A notificados no período, além de apresentar taxas de detecção de hepatite D superiores às demais regiões, com 0,67 casos notificados por 100 mil habitantes contra 0,04 no restante do país, conforme apresentado no gráfico a seguir.

Gráfico 21. Taxa Média de Detecção das Hepatites A, B e C, Segundo Regiões, Brasil, 2013 a 2022



Fonte: SVSA/MS.

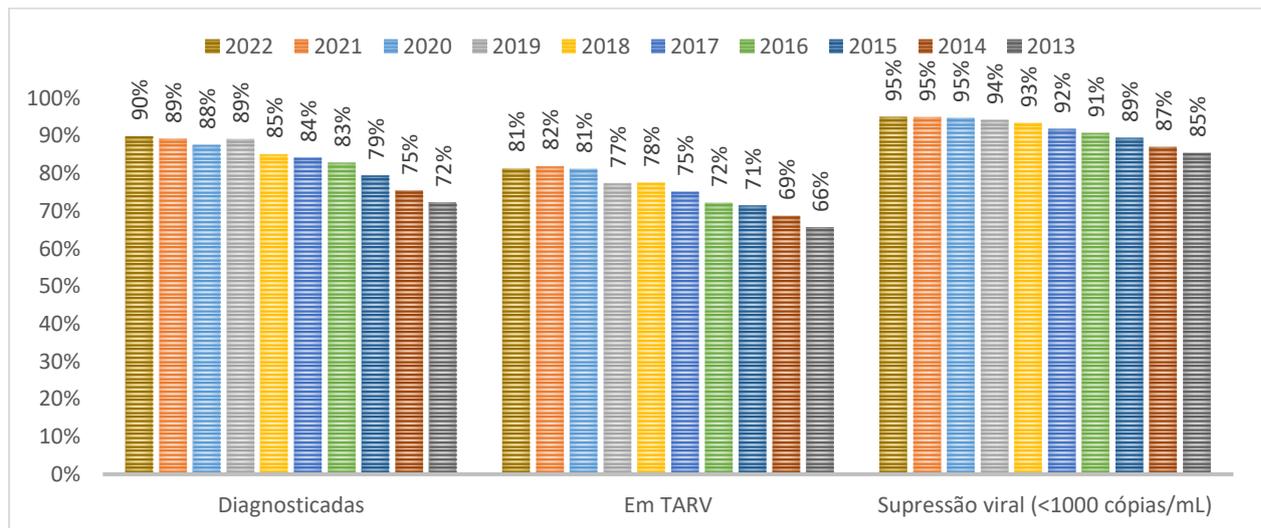
Estima-se que, em 2016, existiam cerca de 1,1 milhão de pessoas com hepatite B e 657 mil pessoas com hepatite C no país. Atualmente, 41 mil pessoas estão em tratamento para hepatite B e entre janeiro de 2016 e dezembro de 2022, foram tratados 163.520 pacientes com hepatite C utilizando antivirais de ação direta. Os antivirais de ação direta incorporados ao SUS são medicamentos de última geração e

conferem a resposta virológica sustentada - cura da infecção - em mais de 95% dos casos. As estimativas atuais de prevalência na população brasileira são de aproximadamente 1,1 milhão de pessoas com hepatite B e 510 mil com hepatite C.

A estratégia proposta para a eliminação das hepatites virais como problema de saúde pública estabelece que as ações sejam coordenadas para, até 2030, reduzir as incidências das hepatites B e C em 90% e a mortalidade de ambas em 65%, considerando o ano de 2015 como linha de base (WHO, 2016, 2022). Isso corresponde a atingir uma incidência de hepatite B inferior a 2 casos por 100 mil habitantes e de hepatite C inferior a 5 casos por 100 mil habitantes, além de, respectivamente, uma mortalidade inferior a 4 óbitos por 100 mil habitantes e a 2 óbitos por 100 mil habitantes.

A proporção de pessoas vivendo com o vírus HIV (PVHIV) diagnosticadas aumentou aproximadamente 24% entre 2013 e 2022, passando de 72% para 90%. Houve um aumento de 24% na proporção de PVHIV diagnosticadas que estavam em terapia antirretroviral (TARV) (de 66% em 2013 para 81% em 2022). Das pessoas em terapia há pelo menos seis meses, em 2022, 95% delas atingiram supressão viral (carga viral (CV) <1.000 cópias/ml), proporção essa 11% acima da observada em 2013 (85%). O monitoramento dessas metas tem se mostrado de grande importância para a identificação, em tempo oportuno, de problemas e de lacunas no acesso adequado ao cuidado, permitindo a implementação de ações para corrigir os rumos tomados. No período analisado, há um avanço importante em todas as metas. O gráfico, a seguir, apresenta a evolução dessas metas 95-95-95 de 2013 a 2022.

Gráfico 22. Status do Alcance das Metas 95-95-95. Brasil, 2013-2022

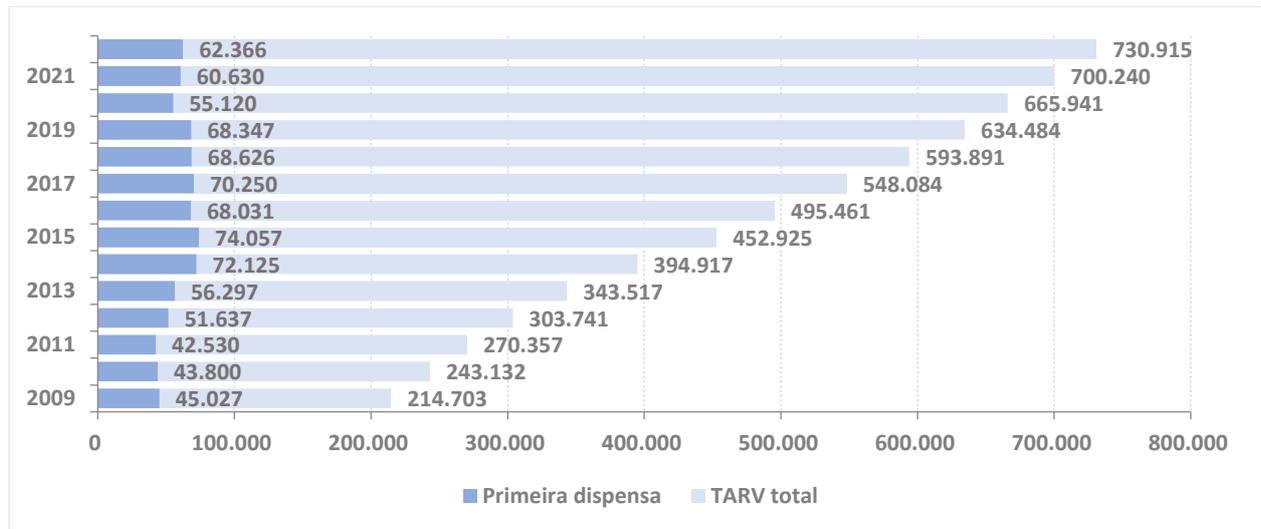


Fonte: SVSA/MS.

Com a adoção da estratégia de tratamento para todos (TASP) e a incorporação de novos tratamentos, observa-se crescimento no número de PVHIV iniciando terapia a cada ano, de 2009 até 2022.

Em 2022, 62 mil PVHIV iniciaram tratamento. Observa-se também que, ao final de 2022, havia 731 mil pessoas em tratamento com antirretrovirais – número mais de três vezes superior ao observado em 2009, considerando-se todos os esquemas terapêuticos dispensados, conforme gráfico a seguir.

Gráfico 23. Número de PVHIV que Iniciaram Tratamento e Número Total de Indivíduos em Tratamento, por Ano. Brasil, 2009-2022



Fonte: SVSA/MS.

Sífilis

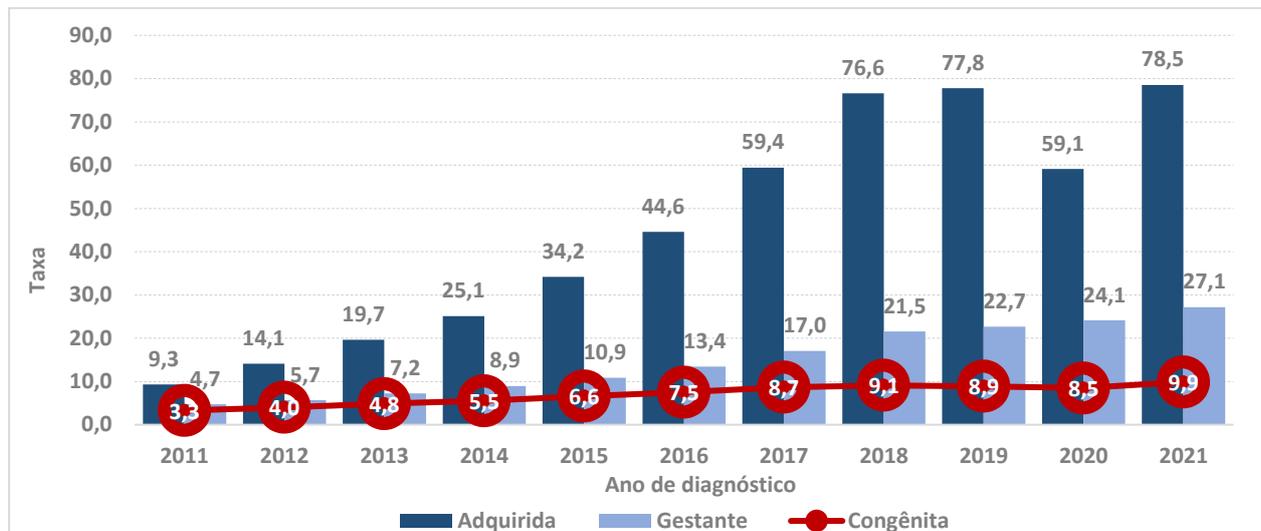
Em relação às outras infecções de transmissão sexual, a sífilis adquirida apresentou aumento crescente da taxa de detecção até o ano de 2018, com posterior estabilidade, exceto em 2020, quando foi observado declínio na taxa, decorrente da pandemia por covid-19.

A detecção da gestante com sífilis vem mantendo tendência crescente, porém com menor velocidade nos últimos quatro anos. A taxa de detecção de sífilis em gestantes elevou-se 3,6 vezes quando comparados os anos de 2011 e 2017. Entretanto, nos anos subsequentes, o aumento médio anual foi de 1,1 vez.

A incidência de sífilis congênita, entre 2011 e 2017, apresentou crescimento médio de 17,6%, seguida de estabilidade nos anos subsequentes e aumento de 16,7% em 2021. O incremento na taxa de incidência de sífilis congênita pode ter sido influenciado pelo impacto da pandemia por covid-19, provavelmente em decorrência do comprometimento de ações preventivas na assistência pré-natal. Em 2021, o percentual de tratamento adequado da sífilis na gestação foi de 81,4%; entretanto, para eliminar a sífilis congênita, faz-se necessário envidar esforços para alcançar 95% ou mais de cobertura de tratamento materno adequado, de acordo com recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e OMS.

No período de 2011 a 2021, foram notificados no país 1.035.942 casos de sífilis adquirida, 466.584 casos de sífilis em gestantes, 221.600 casos de sífilis congênita e 2.064 óbitos por sífilis congênita.

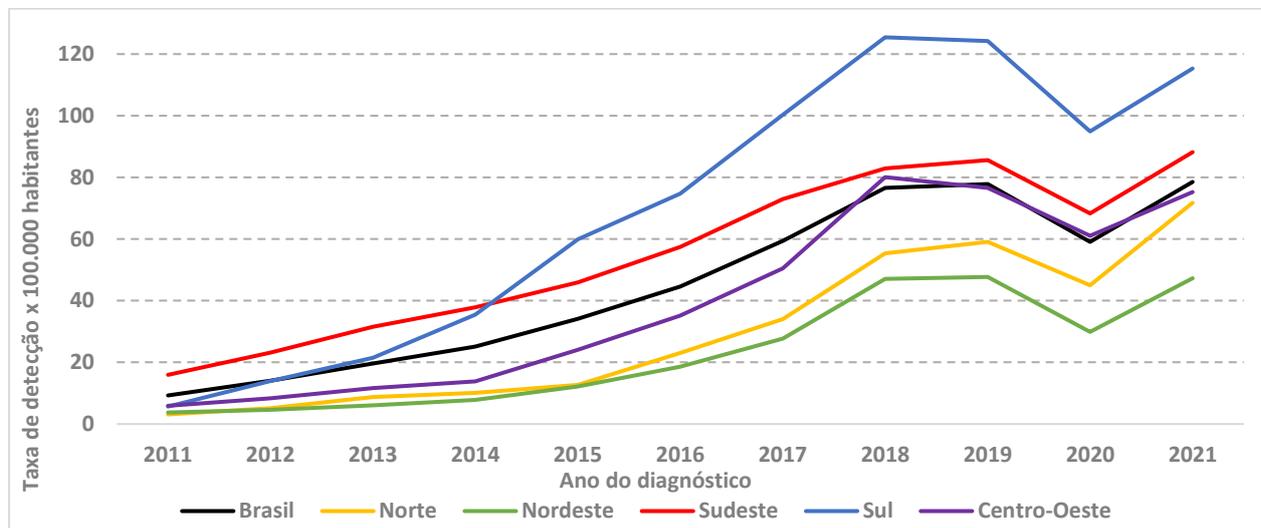
Gráfico 24. Taxa de Detecção de Sífilis Adquirida (por 100 mil habitantes), Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes e Taxa de Incidência de Sífilis Congênita (por 1.000 nascidos vivos), Segundo Ano de Diagnóstico, Brasil, 2011 a 2021



Fonte: Boletim Epidemiológico de Sífilis, 2022. SVSA/MS.

Entre 2011 e 2021, o Brasil e regiões apresentaram aumento exponencial em suas taxas de detecção de sífilis adquirida. Destaca-se o aumento da taxa de detecção no país que saltou de 9,3 para 78,5 casos por 100 mil habitantes, na Região Sul, de 5,7 para 115,3 casos por 100 mil habitantes, Região Sudeste, de 16,0 para 88,2 casos por 100 mil habitantes e Região Norte, de 3,1 para 71,8 casos por 100 mil habitantes, no período gráfico a seguir.

Gráfico 25. Taxa de Detecção de Sífilis Adquirida (por 100 mil habitantes) Segundo Região de Residência e Ano de Diagnóstico, Brasil, 2011 a 2021



Fonte: Boletim Epidemiológico de Sífilis – SVSA/MS, 2022.

Tuberculose

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa transmitida de pessoa a pessoa por meio de gotículas de aerossóis, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch. Apesar dos avanços no tratamento e de técnicas diagnósticas mais eficazes, esta doença permanece como um sério desafio para a saúde pública mundial. No contexto global, o Brasil integra dois grupos de países prioritários pela OMS, a saber, o de alta carga de tuberculose e o da coinfeção Tuberculose-HIV. Esses países concentram 80% de todos os casos de tuberculose no mundo (OMS, 2021).

Embora seja uma doença que tem cura e tratamento gratuito ofertado no SUS, o controle da tuberculose ainda enfrenta desafios substanciais, incluindo aqueles deixados pela pandemia da covid-19. Com o advento da crise sanitária mundial, os progressos conquistados ao longo dos anos estagnaram ou

regrediram. Estima-se que, durante o primeiro ano da pandemia em todo o mundo, cerca de 10,1 milhões de pessoas desenvolveram tuberculose. No entanto, 5,8 milhões (57,4%) desses casos foram diagnosticados e notificados, refletindo uma redução de 18% em comparação ao ano de 2019 (OMS, 2021; OMS, 2022).

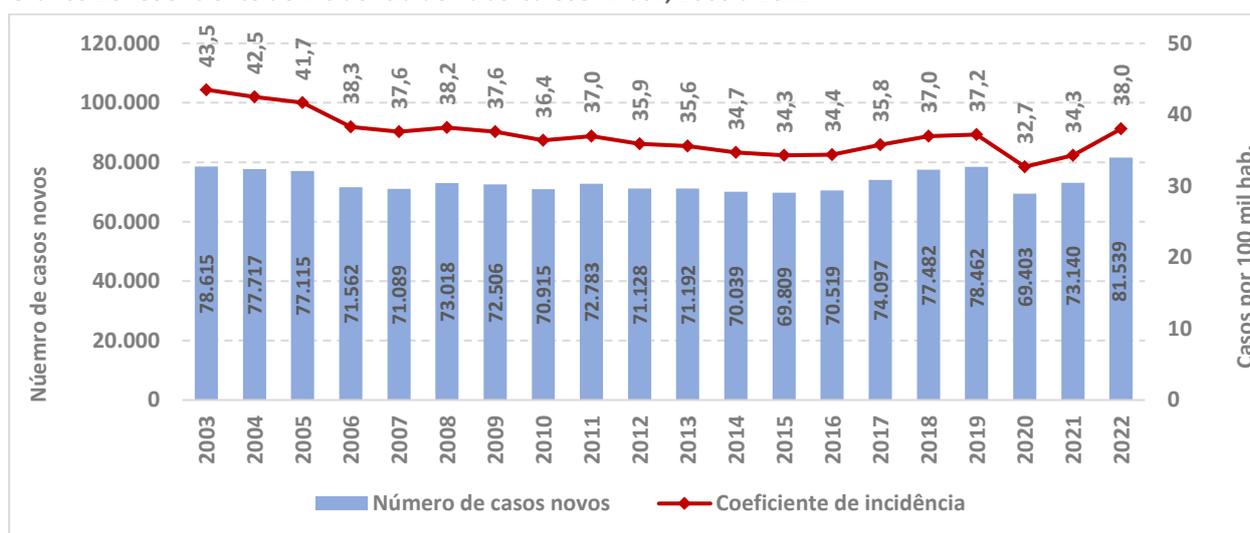
No Brasil, mais de 80 mil casos foram confirmados no ano de 2022. Com as reduções no número de notificações de pessoas diagnosticadas com TB em 2020 e 2021 em decorrência da pandemia de covid-19, o número de pessoas não diagnosticadas e não tratadas aumentou, resultando em um número maior de mortes e aumento da transmissão comunitária, que por consequência, refletiu-se no aumento do número de pessoas com tuberculose nos anos seguintes (Brasil, 2023).

Como parte do esforço global para redução do coeficiente de incidência e mortalidade por tuberculose, o MS elaborou o plano nacional que tem como meta acabar com este problema de saúde pública no Brasil, instituindo metas específicas pautadas na redução do coeficiente de incidência para menos de dez casos por 100 mil hab. e do número de óbitos por tuberculose para menos de 230 até 2035. Além disso, o país está comprometido com alcançar zero pessoas sofrendo custos catastróficos em decorrência da tuberculose, uma importante meta relacionada ao impacto socioeconômico decorrente do adoecimento. Para a conquista de tais metas, foram elencados três pilares, um voltado à prevenção e cuidado integrado da pessoa doente, outro para o componente social, e o terceiro, que enfatiza a necessidade da intensificação da pesquisa e da inovação do conhecimento.

É relevante destacar que, em 2023, o MS anunciou que pretende alcançar as metas de eliminação da deste problema de saúde pública em 2030, cinco anos antes do previsto. Uma das ações de destaque para acelerar os esforços nesse sentido foi o estabelecimento do Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (Decreto 11.494, de 17 de abril de 2023) com participação de 8 pastas ministeriais, além do MS.

Em relação à situação atual da doença no Brasil, com a pandemia da covid-19, houve uma redução entre 2019 e 2020 na detecção de pessoas com tuberculose, e consequente redução no coeficiente de incidência da doença que passou de 37,1 casos por 100 mil hab. (78.241 casos) para 32,7 casos por 100 mil hab. (69.304 casos). O aumento observado nos anos seguintes (2021 e 2022), refletem uma recuperação parcial e retomada das ações de controle da doença nos territórios, conforme gráfico a seguir.

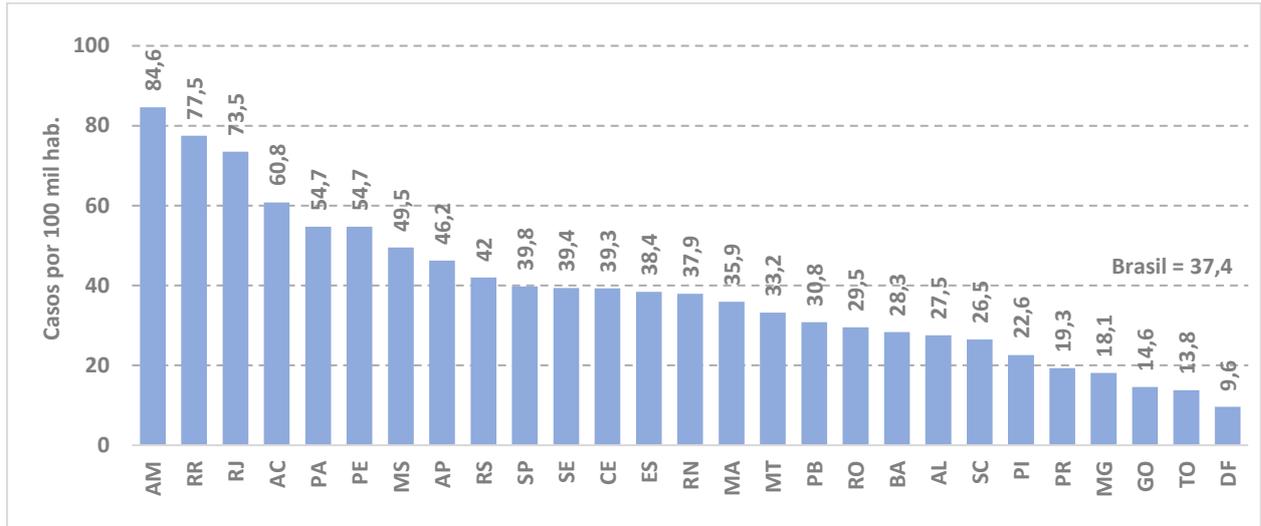
Gráfico 26. Coeficiente de Incidência de Tuberculose. Brasil, 2003 a 2022*



Fonte: SES/MS/Sinan e IBGE *Dados preliminares sujeitos a revisão. Dados extraídos abril/2023.

Em 2022, as unidades da federação que apresentaram populações sob maior risco de adoecimento por tuberculose foram Amazonas (84,6 casos por 100 mil hab.), Roraima (77,5 casos por 100 mil hab.) e Rio de Janeiro (73,5 casos por 100 mil hab.). Um total de 15 estados registraram coeficiente de incidência superior ao nacional (37,4 casos por 100 mil hab.).

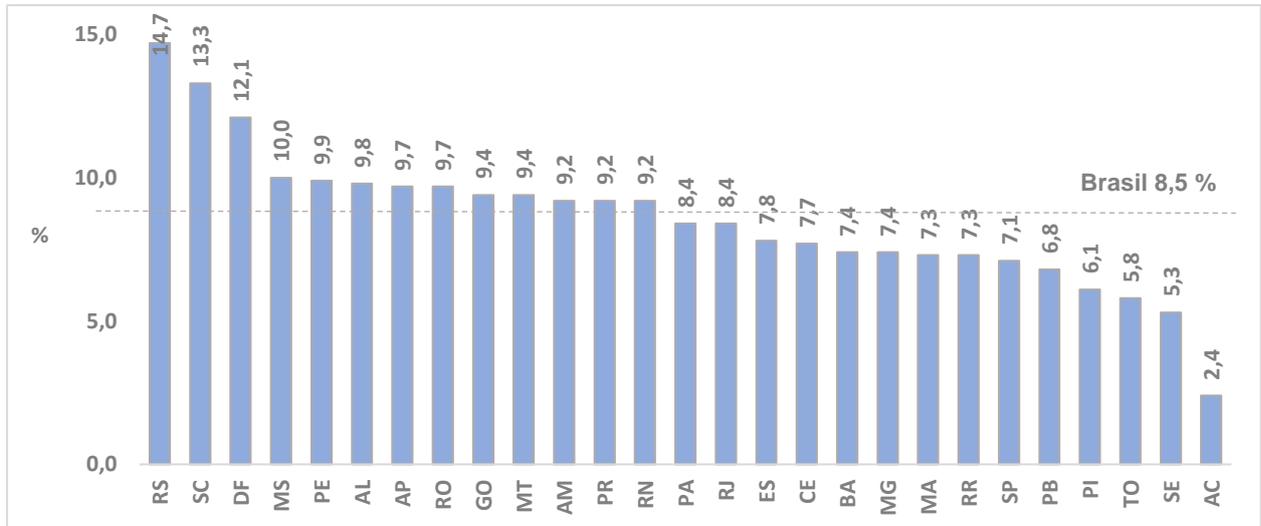
Gráfico 27. Coeficiente de Incidência de Tuberculose. Unidade Federada e Brasil, 2022*



Fonte: SES/MS/Sinan e IBGE*Dados preliminares sujeitos a revisão. Dados extraídos abril/2023.

Em 2022, foram testados para o HIV 79,7% dos casos novos de tuberculose. A associação entre tuberculose e HIV necessita de atenção por parte de todos os serviços de saúde do país, uma vez que essa população tem maior risco de adoecimento por esta doença. No que se refere a coinfeção TB-HIV por unidade da Federação, Rio Grande do Sul (14,7%), Santa Catarina (13,3%) e Distrito Federal (12,1%) apresentaram as maiores proporções conforme demonstra o gráfico a seguir.

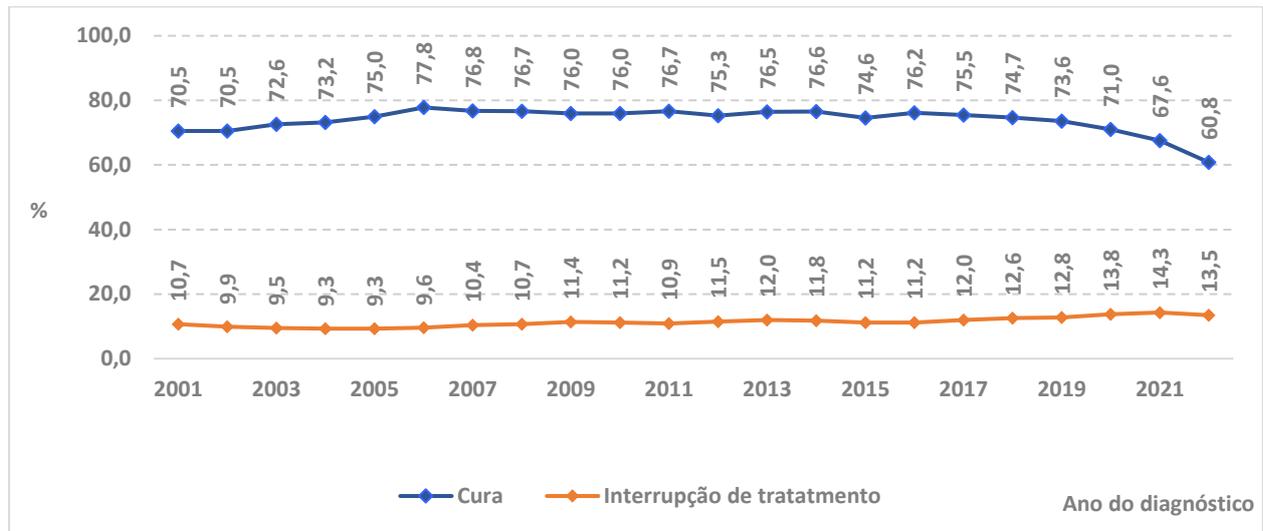
Gráfico 28. Proporção de Coinfeção TB-HIV. Unidade Federada e Brasil, 2022*



Fonte: SES/MS/Sinan e IBGE. *Dados preliminares sujeitos a revisão. Dados extraídos abril/2023.

No que diz respeito ao desfecho de tratamento das pessoas com tuberculose, em 2021, 67,6% dos casos novos pulmonares diagnosticados por critério laboratorial curaram e 14,3% tiveram o tratamento interrompido, conforme demonstra a gráfico a seguir. Em 2022, os dados ainda preliminares apresentam uma cura de 60,8% dos casos novos pulmonares com confirmação laboratorial, enquanto 13,5% dos pacientes interromperam o tratamento.

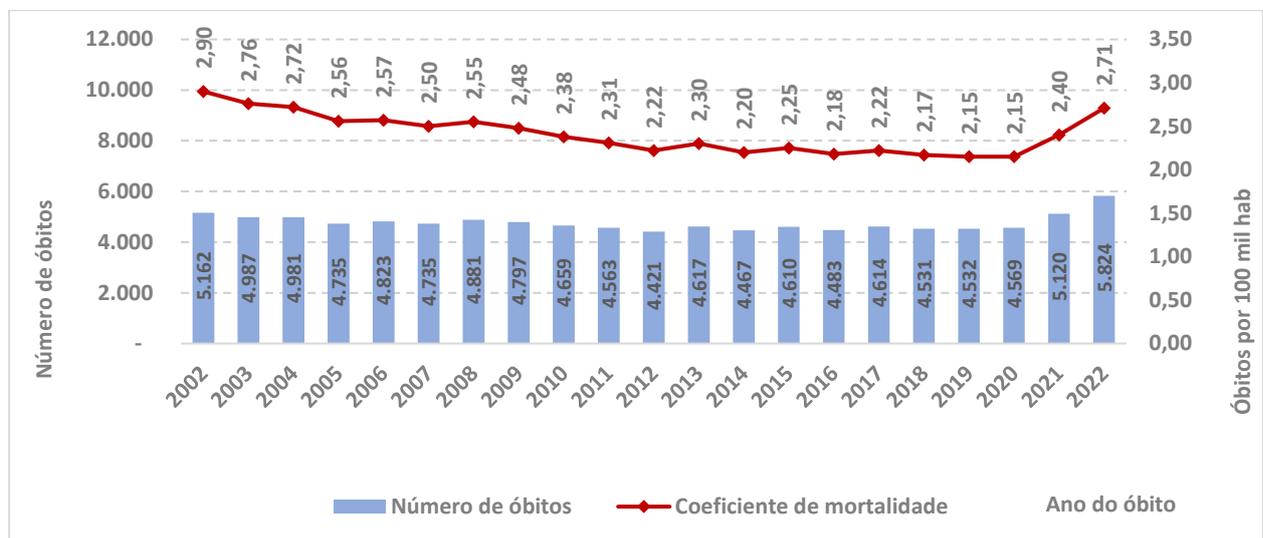
Gráfico 29. Percentual de Cura e Interrupção do Tratamento de Casos Novos de Tuberculose Pulmonares com Confirmação Laboratorial. Brasil, 2001 a 2022*



Fonte: SES/MS/Sinan. *Dados preliminares extraídos em abril/2023, sujeitos a revisão. Retirados da análise os encerramentos por: Mudança de diagnóstico, TBDR, Mudança de esquema e Falência.

No Brasil, pode-se observar uma tendência de queda do coeficiente de mortalidade por tuberculose entre 2002 e 2020 e aumento nos últimos dois anos (2020 a 2022), chegando a 5.824 óbitos em 2022, conforme gráfico a seguir. A pandemia de covid-19 teve um impacto negativo nas atividades de acompanhamento das pessoas com tuberculose, resultando em uma piora nos desfechos do tratamento. A atuação dos gestores na estruturação da linha de cuidado, otimizando fluxos e fomentando estratégias para integração das equipes de saúde com as equipes de assistência social, é premente para minimizar as barreiras ao acesso e à continuidade do tratamento das pessoas afetadas pela doença.

Gráfico 30. Coeficiente de Mortalidade por Tuberculose. Brasil, 2002 a 2022*



Fonte: SIM - SVSA/MS e IBGE. *Dados preliminares sujeitos a revisão. Dados extraídos maio/2023.

Dessa forma, a tuberculose ainda representa uma causa significativa de morbimortalidade no Brasil, exigindo uma ação conjunta dos profissionais de saúde para aprimorar a gestão dos serviços e assistência, com foco especial nas medidas de vigilância epidemiológica. Dado que é influenciada por fatores sociais, sua persistência está intimamente ligada às condições sociais prejudiciais e às desigualdades existentes no país.

Vale ressaltar que para o quadriênio 2024 a 2027 temos o desafio da eliminação como problema de saúde pública de doenças de determinação social, amparadas pelo decreto n.º 11.494, de 2023, que

institui o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (CIEDS).

Micoses endêmicas

As micoses endêmicas abrangem um conjunto de infecções que não integram a lista nacional de doenças de notificação compulsória. Essa situação dificulta o conhecimento acerca da distribuição e magnitude dessas doenças no país.

Por não serem de notificação compulsória, a disponibilidade de dados é limitada e se restringe às informações registradas no Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH-SUS). Por isso, em se tratando de micoses, as análises carecem de dados precisos para o cálculo de indicadores, o que implica na subestimação ou desconhecimento sobre incidência, áreas endêmicas e demais informações necessárias para a vigilância e controle dos agravos. Além disso, a falta de dados fidedignos acerca da ocorrência das micoses, implica diretamente na tomada de decisão para a definição e adoção de políticas públicas para o controle desse grupo de doenças.

No período de 2016 a julho de 2023 observamos um total de 24.124 internações relacionadas a doenças fúngicas. Entre essas internações, destacam-se: candidíase (Sistêmica/disseminada) (5.987), mucormicose (3.165), aspergilose (2.506), paracoccidiodomicose (2.465) e criptococose (2.400), que apresentam quantidades maiores de internações para o período. Levando em consideração que os dados apresentados refletem apenas aqueles casos que recorreram à internação, a real magnitude de casos é desconhecida e a não obrigatoriedade da notificação destes agravos transparece a fragilidade nas ações de vigilância para agravos passíveis de serem tratados.

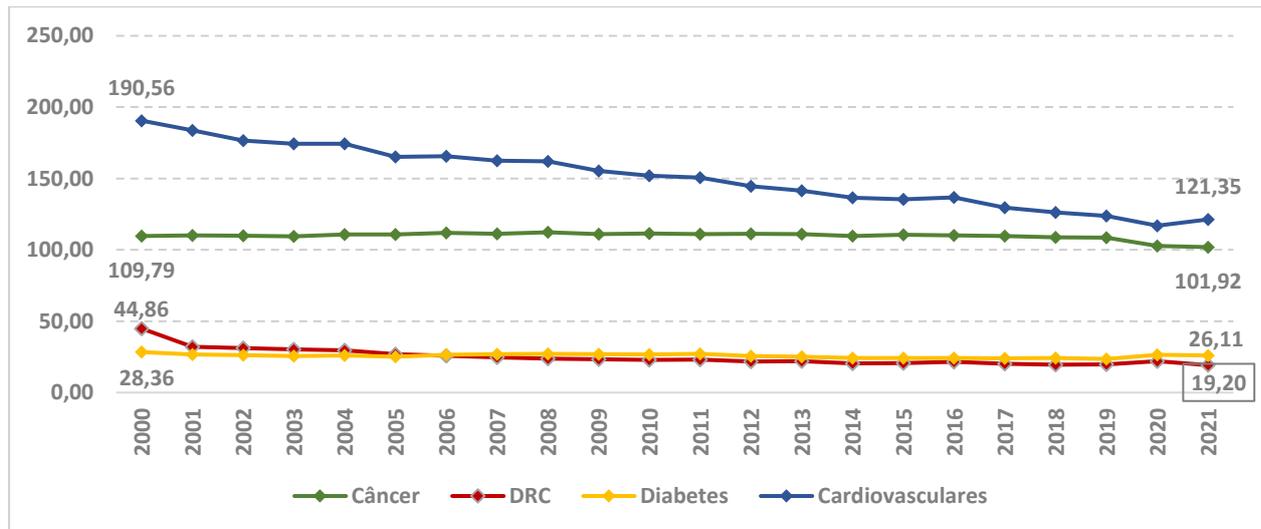
2.3.1.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

O Brasil tem vivenciado nas últimas décadas um processo de mudança do perfil de adoecimento e morte da população, com queda acentuada da mortalidade por doenças transmissíveis, da mortalidade de menores de cinco anos e redução significativa das causas evitáveis de morte, o que impactou positivamente no aumento da expectativa de vida. Em compensação, observa-se um aumento das doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, doenças cardiovasculares, câncer, entre outras, e das mortes por causas externas, como a violência, e os acidentes de trânsito.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), abrangendo condições como doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, depressão, doenças respiratórias e renais crônicas, emergem como um desafio significativo para a saúde pública no Brasil. Dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) revelam um cenário marcante na mortalidade proporcional por DCNT ao longo do tempo. Em 2010, essa proporção representava 54,5% (619.822 mil óbitos) do total de óbitos nacional, enquanto em 2021, esse valor reduziu para 41,7% (764.157 óbitos por DCNT, indicando uma redução na mortalidade proporcional por DCNT. (SIM, 2010 e 2021).

Contudo, é fundamental ponderar que a diminuição observada na mortalidade proporcional por DCNT pode ter sido influenciada pela elevação significativa na mortalidade devido à covid-19. A pandemia desencadeou um aumento expressivo nas taxas de óbito, e a redistribuição de recursos e esforços para combater a emergência sanitária pode ter desviado a atenção e os cuidados necessários para o manejo efetivo das DCNT. Esse contexto evidencia a interconexão complexa entre diferentes causas de mortalidade e destaca a necessidade de considerar os efeitos indiretos da pandemia ao interpretar as tendências na saúde pública.

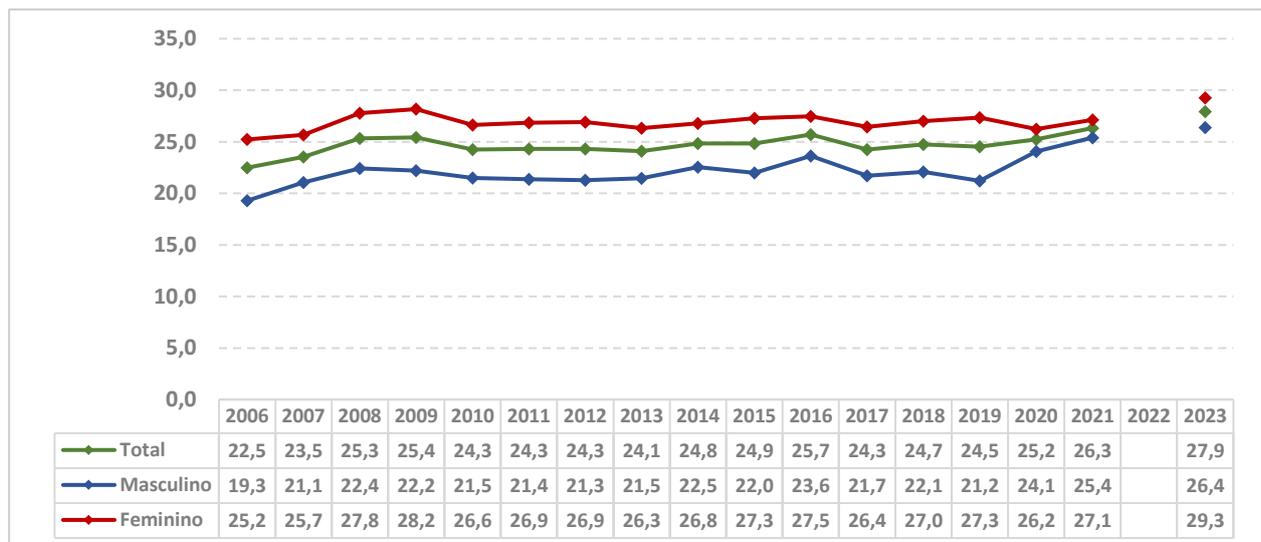
Gráfico 31. Coeficiente de Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) por DCNT, Segundo Grupos de Causas. Brasil, 2000 a 2021



Fonte: MS/SVSA/DAENT/CGIAE- SIM.

Com relação à hipertensão arterial autorreferida, o percentual de adultos que referiram a doença aumentou entre 2006 (22,4%) e 2023 (27,9%). Em todo o período, a prevalência foi maior entre mulheres.

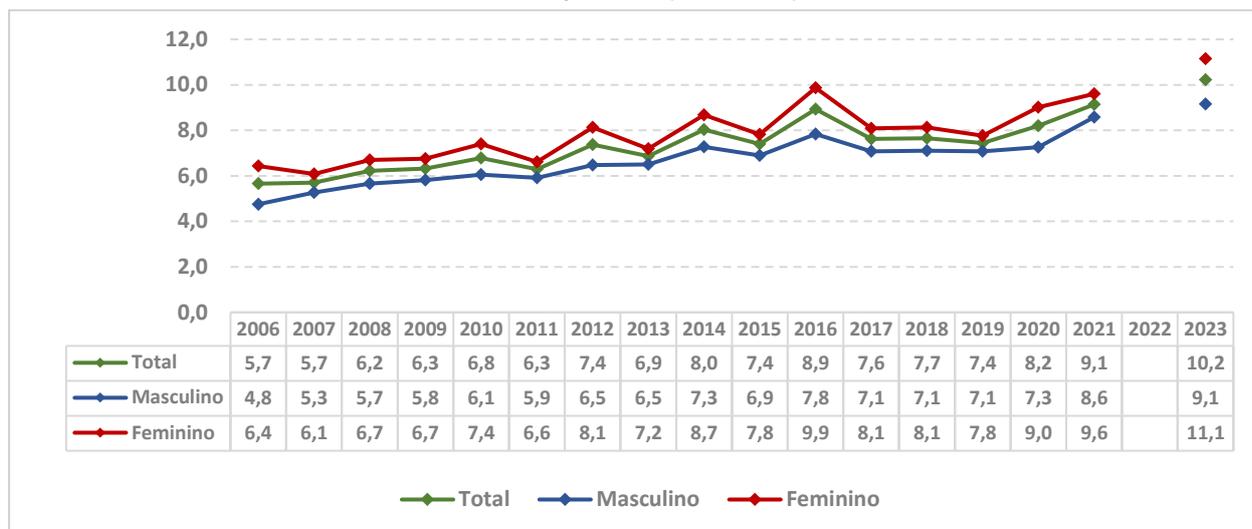
Gráfico 32. Tendência da Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica por Sexo (2006-2023). Brasil, 2023



Fonte: Vigil – SVSA/MS. OBS.: Ausência de dados em 2022, pois não houve edição do Vigil no referido ano.

A prevalência de diabetes aumentou de 5,5% em 2006 para 10,2% em 2023. As mulheres apresentaram maiores prevalências quando comparadas aos homens.

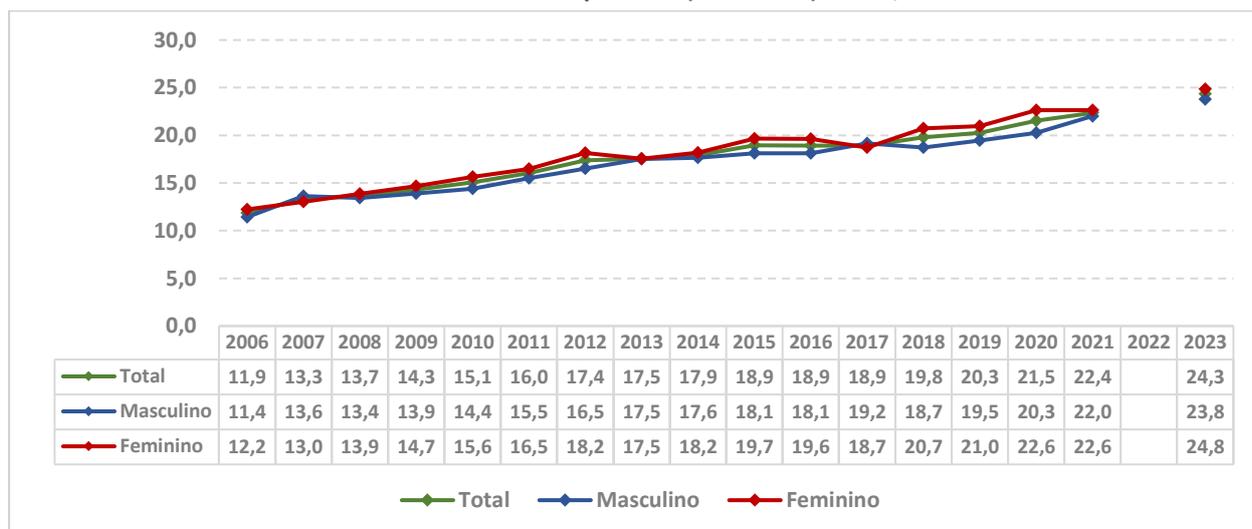
Gráfico 33. Tendência da Prevalência de Diabetes por Sexo (2006-2023). Brasil, 2023



Fonte: Vigil – SVSA/MS. OBS.: Ausência de dados em 2022, pois não houve edição do Vigil no referido ano.

A prevalência de obesidade (IMC superior a 30 kg/m²) aumentou de 11,8% em 2006 para 24,3% em 2023. Entre homens, a prevalência passou de 11,4% em 2006 para 23,8 em 2023 e entre mulheres de 12,1% em 2006 para 24,8% em 2023.

Gráfico 34. Tendência da Prevalência de Obesidade por sexo (2006-2023). Brasil, 2023



Fonte: Vigil – SVSA/MS. OBS.: Ausência de dados em 2022, pois não houve edição do Vigil no referido ano.

O custo para a pessoa acometida por uma DCNT também é bastante alto no Brasil, em função dos custos agregados, contribuindo para o empobrecimento das famílias. Para o sistema de saúde, as DCNT apresentam custos diretos crescentes e estão entre as principais causas de internações hospitalares.

Mudanças no padrão alimentar e de prática de atividade física da população são tidas como causas centrais desse cenário epidemiológico atual, sendo configuradas como fatores de risco comuns para grande parte das DCNT. Entre as mudanças no padrão alimentar, destaca-se o aumento acentuado do consumo de alimentos ultraprocessados que, de modo geral, possuem elevada densidade de energia, gorduras, açúcar e sódio.

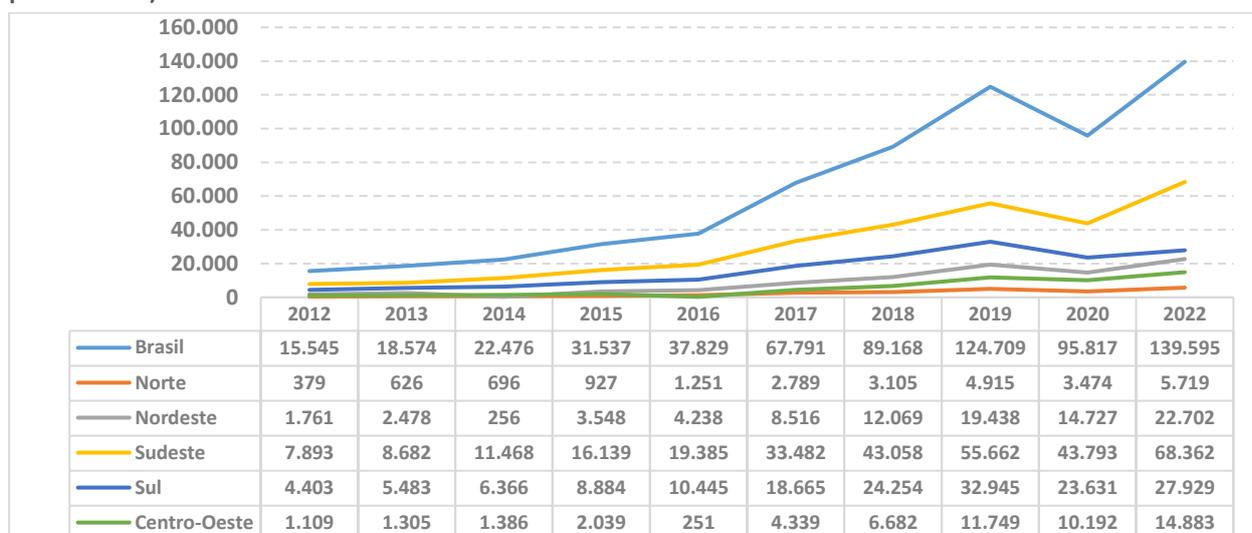
As evidências científicas apontam que atuar em fatores de risco pode eliminar pelo menos 80% das doenças cardiovasculares e diabetes tipo II, e 40% dos vários tipos de câncer. Dentre os fatores de risco para as principais DCNT, destacam-se aqueles modificáveis e comuns às doenças referidas, que são: tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física e consumo nocivo de bebidas alcoólicas.

Como estratégia de promoção à saúde e redução dos fatores de risco para DCNT, relacionados a fatores de risco cardiovasculares e respiratórios, vem sendo priorizado o acesso a ações de promoção da saúde, produção de cuidado específico e de modos de vida saudáveis da população.

No âmbito da vigilância de violências (interpessoais e autoprovocadas), dados preliminares de 2022* demonstram que foram registradas 336.837 notificações de violências interpessoais/autoprovocadas no Brasil.

Considerando a série histórica de 2012 a 2022, as notificações de lesões autoprovocadas seguiram uma tendência de aumento em todas as regiões do país, sendo sempre maior na Região Sudeste. No país, ocorreu diminuição em 2020, o que deve ser ponderado devido à pandemia de covid-19. Entre 2021 e 2022, os percentuais voltaram a crescer. Entre os anos de 2019 e 2022, o aumento correspondeu a 12,3%.

Gráfico 35. Número de Notificações de Lesões Autoprovocadas, Segundo Regiões. Brasil 2012 a 2022* (dados preliminares)

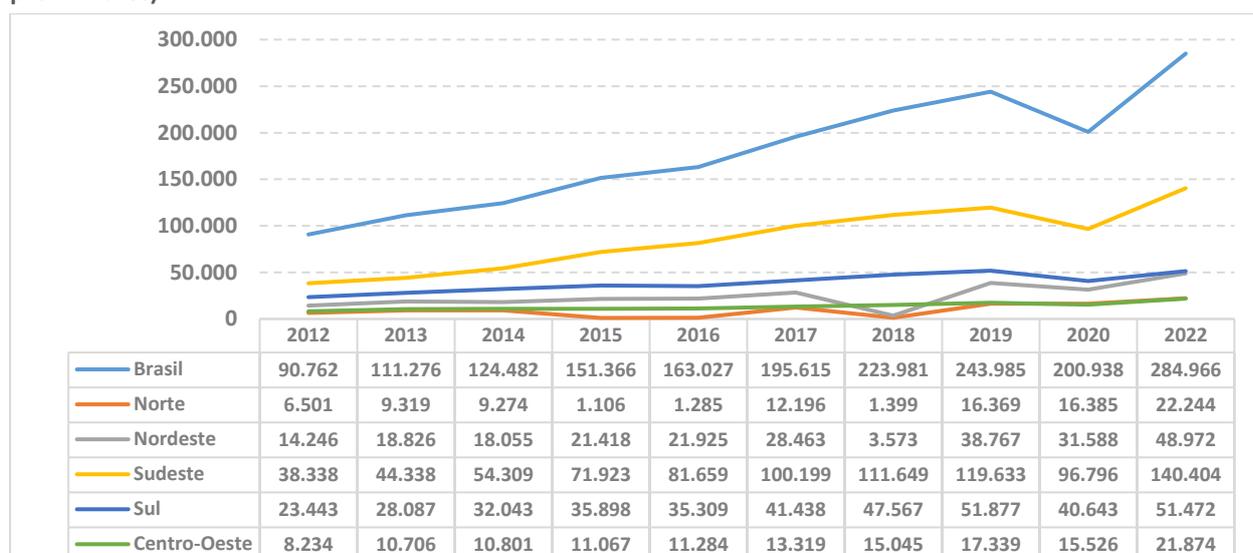


Fonte: Sinan.

Dentre as vítimas de lesão autoprovocada notificadas, 70,7% eram mulheres, sendo que 35,8% eram adolescentes (10 a 19 anos) e 28,4%, jovens adultas (20-29 anos); crianças de 5 a 14 anos representaram 8,8%. Quanto à raça e etnia, 47,1% delas eram pretas e pardas, 43,3% eram brancas e 7,16% tiveram a raça/cor da pele ignorada.

Entre os casos de violências interpessoais, considerando a série histórica de 2012 a 2022, o gráfico a seguir, demonstra que houve um aumento de notificações entre 2012 e 2019 em todas as regiões do país. Em 2020, entretanto, ocorreu uma diminuição, que também deve ser ponderada pelo contexto da pandemia de covid-19, que além de afetar a rotina de trabalho nos serviços de saúde, também pode ter impedido a busca pelos serviços por parte das vítimas. Entre 2021 e 2022, entretanto, o número de notificações voltou a crescer.

Gráfico 36. Número de Notificações de Violência Interpessoal, por Regiões. Brasil 2012 a 2022* (dados preliminares)



Fonte: Sinan.

No ano de 2022, predominaram as agressões físicas (62,2%), seguidas pelas psicológicas (28,5%), negligência/abandono (14,4%) e sexuais (19,0%). Os homens corresponderam a 28,3% destas notificações, com maiores percentuais entre a faixa etária de 20 a 39 anos (7,9%). Crianças do sexo masculino, de 1 a 4 anos, representaram 3,4% do total de notificações, sendo destas, 16,5% referentes à negligência e abandono.

As mulheres corresponderam a 71,7% do total de notificações. A violência baseada em gênero atinge mulheres independentemente de idade e raça/cor da pele, mas houve o predomínio de violências na faixa etária de 20 a 39 anos (29%), e entre pretas e pardas (55,3%).

Considerando os ciclos de vida, os maiores percentuais de notificações por negligência e abandono de mulheres ocorreram entre crianças de 0 a 9 anos (57,0%) e idosas, com 60 anos e mais (19,9%). Adolescentes entre 10 e 19 anos foram principalmente vítimas de violência sexual (46%) e as mulheres adultas, de 20 a 59 anos, de violência física (76,2%). Parceiros íntimos corresponderam a 27,8% dos agressores e familiares, a 29,1%.

As causas externas (acidentes e violências) representam um importante desafio para o padrão de morbidade da população em função do elevado número de internações e sequelas físicas, sejam temporárias ou permanentes, com milhares de hospitalizações no mundo, sobretudo na população jovem, economicamente ativa e do sexo masculino, e grande ônus aos serviços de saúde. No Brasil, estão entre as três primeiras causas de internações e como primeira causa em números absolutos na faixa etária de 10 a 39 anos.

Em 2022, foram registradas 1.235.154 internações hospitalares por causas externas, representando 10,9% e a segunda maior causa de todas as internações realizadas nos serviços próprios e conveniados ao SUS. As internações por outras lesões acidentais (33%), quedas (19,1%) e por acidentes de transporte terrestre (9,8%) apresentaram as maiores frequências.

2.3.1.3 Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho

O trabalho configura-se em um dos mais importantes determinantes do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNSTT) representa uma importante conquista para os trabalhadores brasileiros e baliza o fortalecimento das políticas sociais no Brasil ao definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observadas pelas três esferas de gestão do SUS.

O MS monitora, por meio do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), nove doenças e agravos relacionados ao trabalho, a saber: acidentes de trabalho, acidente de trabalho com exposição a material biológico, intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho, câncer relacionado ao trabalho, dermatoses ocupacionais, pneumoconioses relacionadas ao trabalho, perda auditiva induzida por ruído

(PAIR) relacionada ao trabalho, lesões por esforços repetitivos e distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (LER/Dort) relacionado ao trabalho e transtorno mental relacionado ao trabalho. Além desses agravos, também são acompanhadas as doenças que compõem a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho.

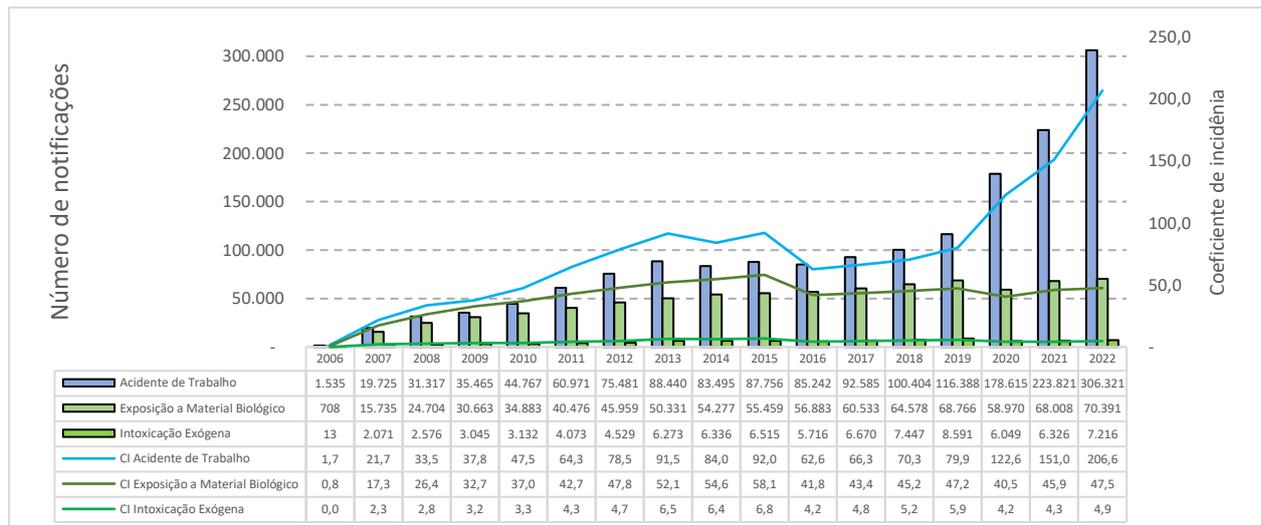
De 2006 a 2022 foram registrados um total de 1.632.328 acidentes de trabalho, 801.324 acidentes de trabalho com exposição a material biológico e 86.578 intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho. Estes três agravos são de notificação compulsória e vigilância universal no Brasil.

Com relação ao gênero, acidentes de trabalho foram predominantes em pessoas do sexo masculino com 76,2% dos registros e 23,8% entre pessoas do sexo feminino. Já para acidentes de trabalho com exposição a material biológico, 22,9% dos registros foram relativos a profissionais do sexo masculino e 77,1% do sexo feminino. Dentre as notificações de intoxicação exógena relacionada ao trabalho 63,0% foram entre pessoas do sexo masculino e 37,0% entre pessoas do sexo feminino.

As faixas etárias mais afetadas dentre estes agravos são entre 18 e 29 anos, concentrando 35,1% das notificações, seguido por pessoas de 30 a 39 anos com 28,8% das notificações.

Para as demais doenças e agravos relacionados ao trabalho, no período de 2006 a 2022 foram registrados 112.702 casos de Lesões por Esforço Repetitivo e Doenças Osteomusculares (LER/Dort), 18.644 de transtornos mentais, 9.563 de Perda Auditiva Induzida por Ruídos (PAIR), 8.621 de dermatoses, 5.766 de pneumoconioses e 4.613 de câncer.

Gráfico 37. Coeficiente de Incidência (/100mil PEAO) e Nº Absoluto dos Agravos de Notificação Universal da Vigilância em Saúde do Trabalhador, Brasil, 2006-2022*



Fonte: Sinan. Dados populacionais: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD (2006-2015), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua - PNADC (2016-2022). *De 2019 em diante, dados preliminares.

Gráfico 38. Notificações das Doenças Relacionadas ao Trabalho de Notificação Sentinela, Brasil, 2006-2022*



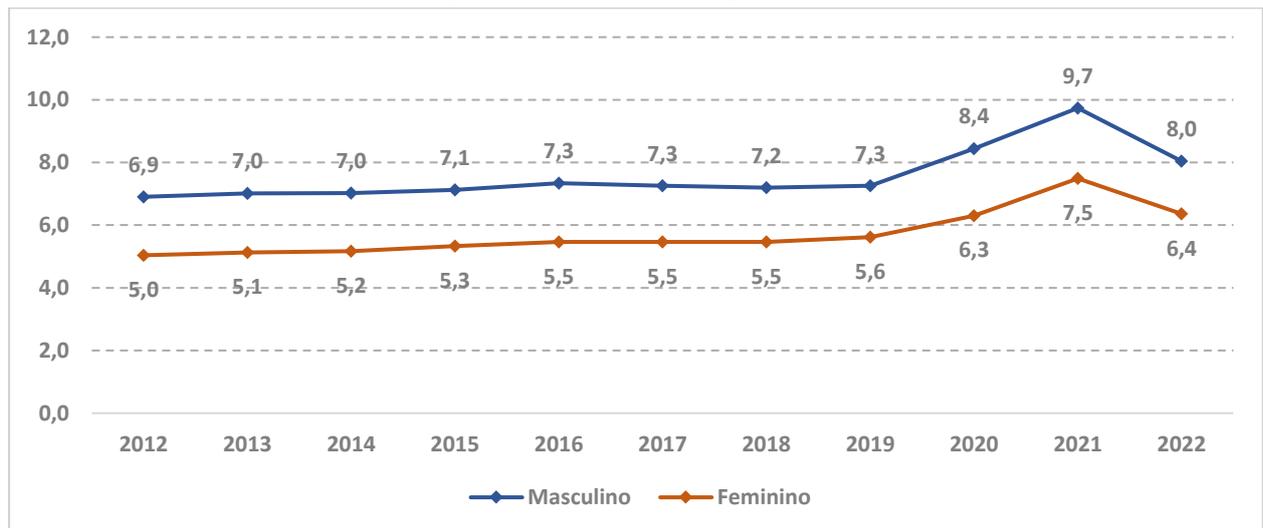
Fonte: Sinan. Dados populacionais: PNAD (2006-2015), PNADC (2016-2022). *De 2019 em diante, dados preliminares.

2.3.2 Mortalidade

A taxa de mortalidade geral no Brasil apresentou tendência de aumento em ambos os sexos, no período de 2012 a 2022, principalmente no período pandêmico (2020 a 2022). É notório que a dinâmica do padrão de mortalidade sofreu alterações após a pandemia de covid-19.

A taxa de mortalidade aumentou de 7,3 óbitos por 1.000 habitantes em 2019 para 9,7 em 2021 (variação anual: 33%) no sexo masculino e de 5,6 em 2019 para 7,5 em 2021 (variação anual: 34%) no sexo feminino.

Gráfico 39. Taxa de Mortalidade Geral (por 1.000 habitantes), Segundo Sexo. Brasil, 2012 a 2022

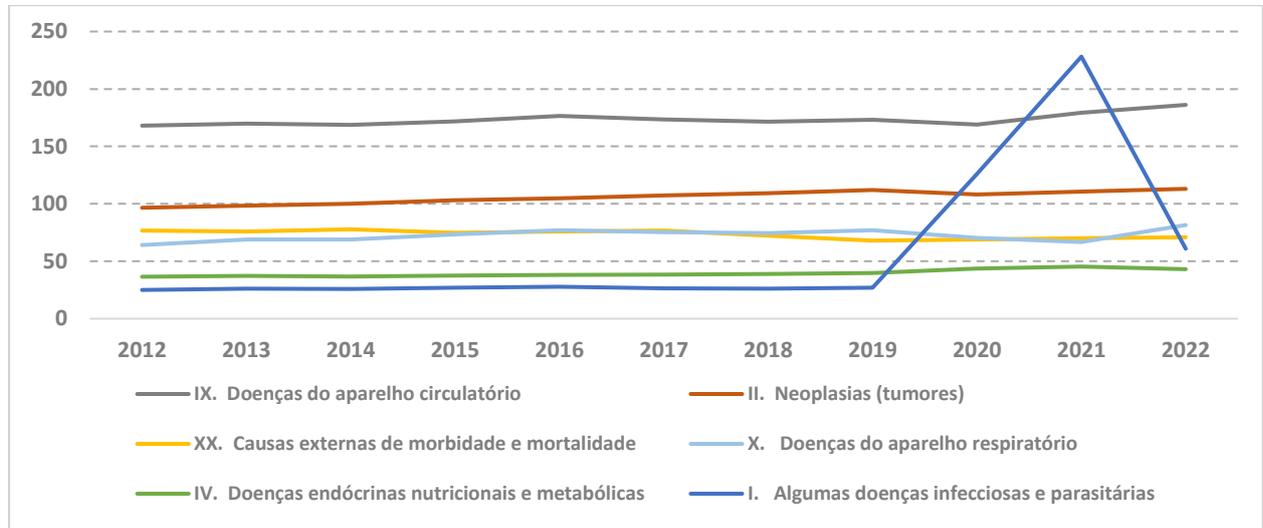


Fonte: SIM - SVSA/MS e Projeção da População, edição 2018 do IBGE. Dados de 2022 são preliminares.

Quanto aos grandes grupos de causas de morte, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID10), a principal causa em 2022 foi em decorrência de doenças do aparelho circulatório para ambos os sexos. Entre os homens, o segundo maior risco de morte foi devido a causas externas, seguida por neoplasias. Entre mulheres, a segunda maior causa de morte foi as neoplasias e terceira foi devido a doenças do aparelho respiratório.

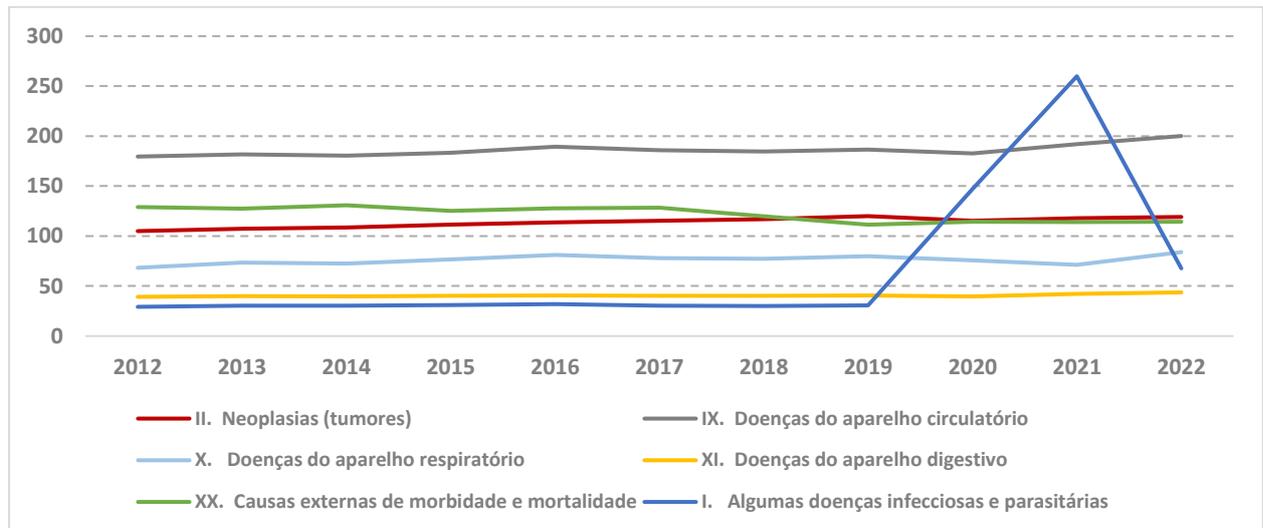
Cabe destacar que houve mudança no padrão de mortalidade proporcional em ambos os sexos entre 2020 e 2021 devido aos óbitos decorrentes da covid-19, que figuraram os primeiros lugares do ranking de mortalidade proporcional.

Gráfico 40. Taxa de Mortalidade por 100.000 Habitantes, Segundo Grandes Grupos da CID10. Brasil, 2012 a 2022



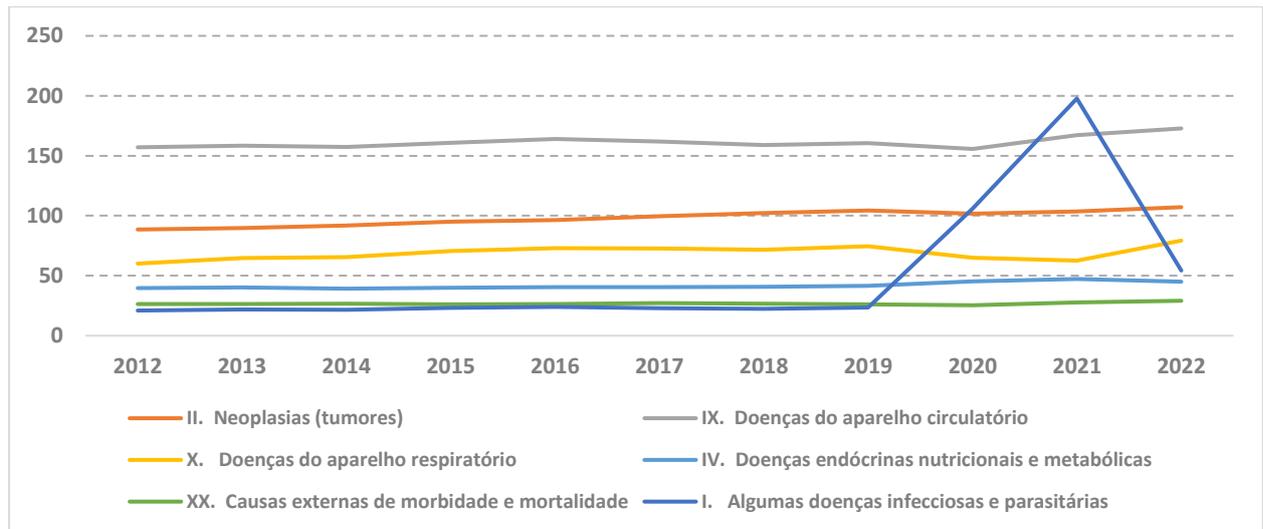
Fonte: SIM - SVSA/MS e Projeção da População, edição 2018 do IBGE. Nota: Dados de 2022 são preliminares.

Gráfico 41. Taxa de Mortalidade por 100.000 Habitantes, Segundo Grandes Grupos da CID-10 e Sexo Masculino. Brasil, 2012 a 2022



Fonte: SIM - SVSA/MS e Projeção da População, edição 2018 do IBGE. Dados de 2022 são preliminares.

Gráfico 42. Taxa de Mortalidade por 100.000 Habitantes, Segundo Grandes Grupos da CID-10 e Sexo Feminino. Brasil, 2012 a 2022

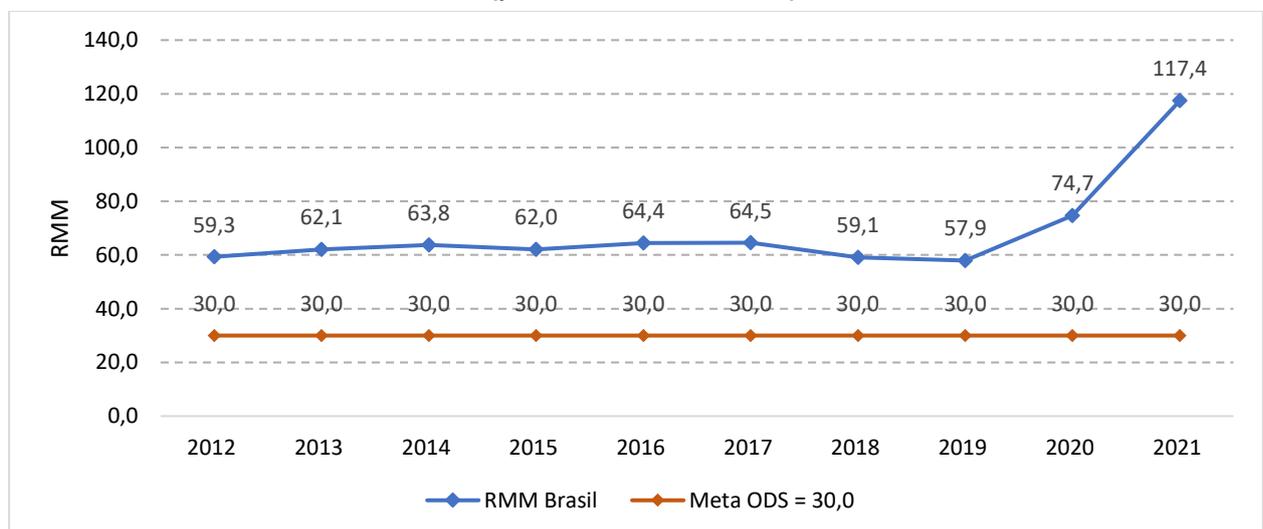


Fonte: SIM - SVSA/MS e Estimativa populacional 2018. Dados de 2022 são preliminares.

A razão de mortalidade materna (RMM) estima o risco de morte de mulheres ocorrida durante a gravidez, o parto ou até 42 dias após o parto, atribuída a causas relacionadas ou agravadas pela gravidez, pelo parto ou pelo puerpério ou por medidas tomadas em relação a elas. Entre 1990 e 2019, a razão de morte materna (RMM) diminuiu em 60%, de 143 para 57,9 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos.

Observou-se relativa estabilidade no indicador de mortalidade materna (RMM) até 2019, com aumento acentuado no período da pandemia de covid-19, variando de 57,9 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos em 2019, para 74,7 em 2020 e para 117,4 em 2021, com aumento em todas as grandes regiões e unidades da federação.

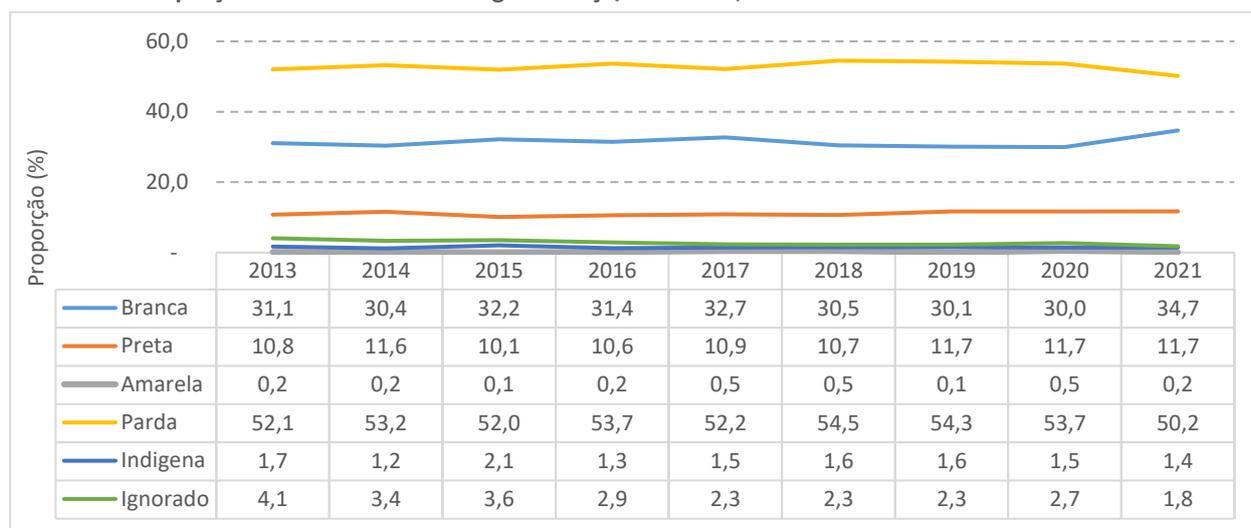
Gráfico 43. Razão da Mortalidade Materna (por 100 mil nascidos vivos). Brasil, 2012 a 2021



Fonte: SIM - SVSA/MS e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Vigilância de óbito de Mulher em Idade Fértil.

Em toda série histórica mais da metade dos óbitos ocorreram em mulheres da raça/cor parda. Em 2021, 50,2% dos óbitos maternos foram de mulheres da raça/cor parda, 34,7% em brancas e 11,7% de pretas. Percebe-se, no gráfico a seguir, um aumento nas mortes de mulheres brancas em 2021 quando comparado com 2020 (30,0%).

Gráfico 44. Proporção de morte materna segundo raça/cor. Brasil, 2013 a 2021



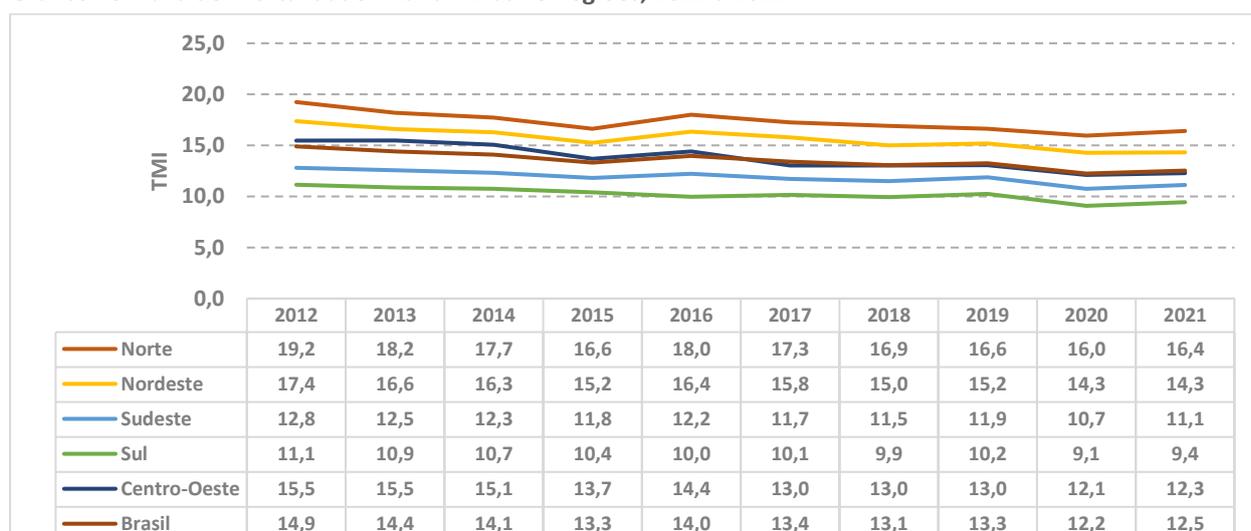
Fonte: SIM - SVSA/MS.

A redução da mortalidade materna foi o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM). A meta de sua redução consistia em três quartos entre 1990 e 2015, o que representava valor igual ou inferior a 35 óbitos maternos por grupo de 100 mil nascidos vivos para o Brasil em 2015. Acresce que o Brasil não alcançou em 2015 a meta dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM).

Diante da necessidade de melhoria da atenção às gestantes e puérperas, com aumento de acesso oportuno e qualidade assistencial, o Brasil assumiu novo compromisso com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS (2016 a 2030) com vistas à redução da RMM para 30/100.000 NV.

A taxa de mortalidade infantil (TMI) apresenta tendência de queda desde 1990, quando foram registradas 47,1 mortes de crianças com menos de 1 ano a cada 1.000 nascidos vivos. Observando o gráfico, a seguir, nota-se o aumento da taxa em 2016 em todas as regiões, com exceção da Região Sul. Em 2020, comparado com 2019, ocorreu uma discreta redução da TMI em todo cenário analisado. No entanto, voltou a apresentar um aumento em 2021. A taxa de mortalidade infantil do Brasil foi de 12,2 óbitos por mil nascidos vivos em 2020, com um discreto aumento em 2021.

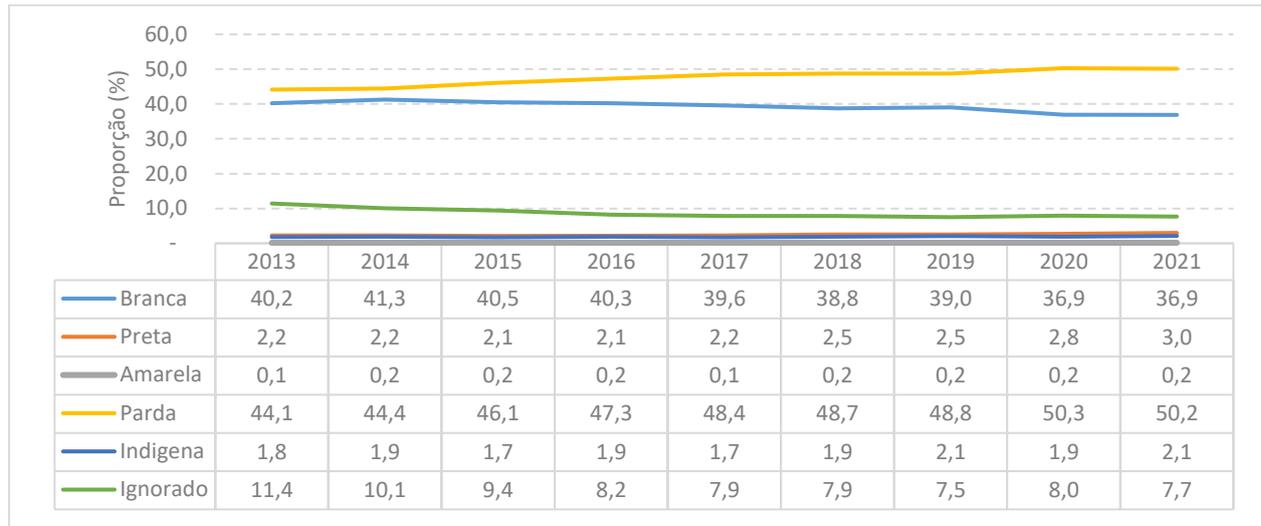
Gráfico 45. Taxa de Mortalidade Infantil. Brasil e Regiões, 2012 a 2021



Fonte: SIM e Sinasc - SVSA/MS.

Mais de 40% dos óbitos em crianças menores de um ano correspondiam à raça/cor parda. Em 2021, 50,2% dos óbitos foram de crianças da raça/cor parda e 36,9% em brancas e 3,0% de pretas. Percebe-se um aumento nas crianças pardas a partir de 2020 quando comparado com 2019 (48,8%).

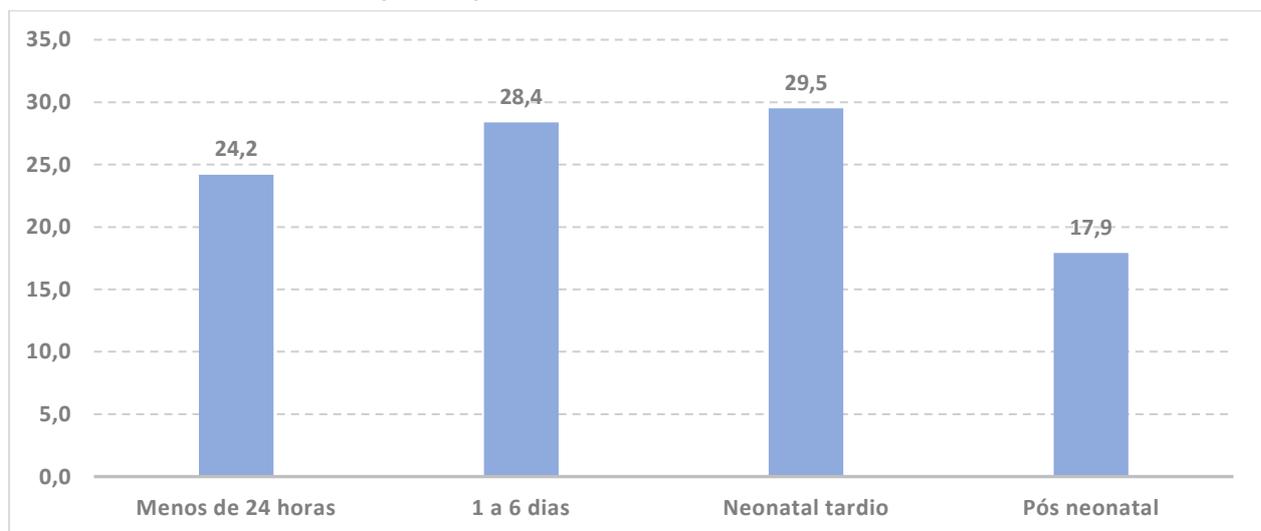
Gráfico 46. Proporção de morte infantil segundo raça/cor. Brasil, 2013 a 2021



Fonte: SIM - SVSA/MS.

Em 2021, o período neonatal precoce (0 a 6 dias) representa 52,6% do óbito infantil, seguido de 29,5% no neonatal tardio (7 a 27 dias) e 17,9% no pós neonatal (28 a 364 dias). Chama atenção que 24,2% de todo óbito de crianças com menos de um ano ocorre nas primeiras 24 horas de vida. O gráfico seguinte ilustra essa situação.

Gráfico 47. Percentual de mortes por componentes da mortalidade infantil. Brasil, 2021

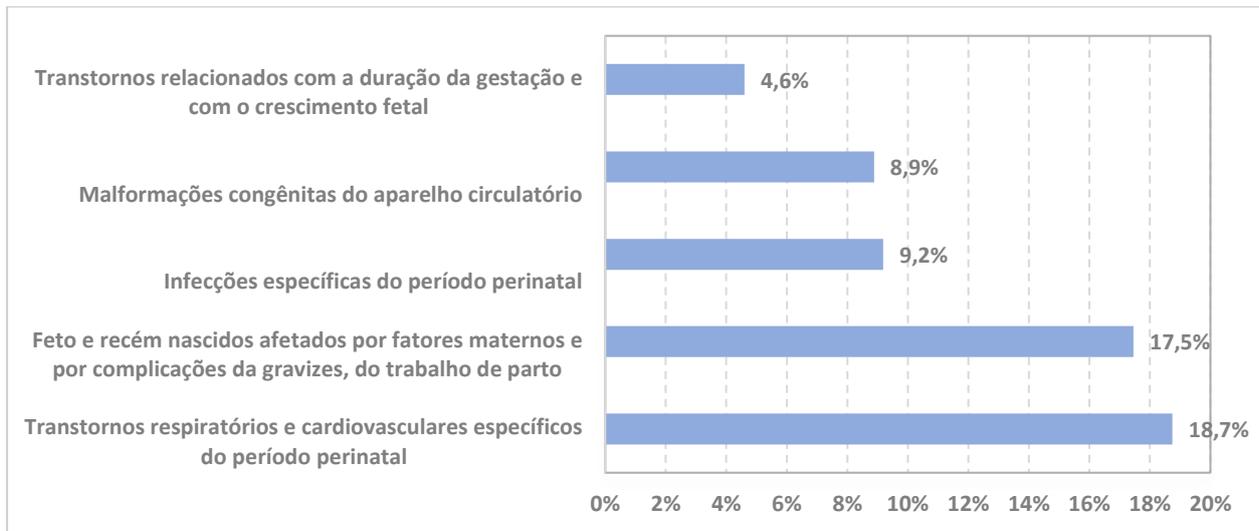


Fonte: SIM - SVSA/MS.

A análise dos componentes da mortalidade na infância evidencia que os óbitos ocorridos nos períodos neonatal precoce (0 a 6 dias) e neonatal tardio (7 a 27 dias) são essencialmente determinados por ações sensíveis às condições assistenciais (acesso ao cuidado, pré-natal, tecnologias de suporte à vida, suficiência de leitos neonatais e pediátricos, protocolos assistenciais), enquanto que os óbitos que ocorrem no período pós-neonatal, até cinco anos, decorrem da influência de determinantes socioeconômicos, como o emprego, renda, acesso à água potável, acesso à fossa séptica e esgotamento sanitário, coleta de lixo, educação, e outras variáveis de contexto da família.

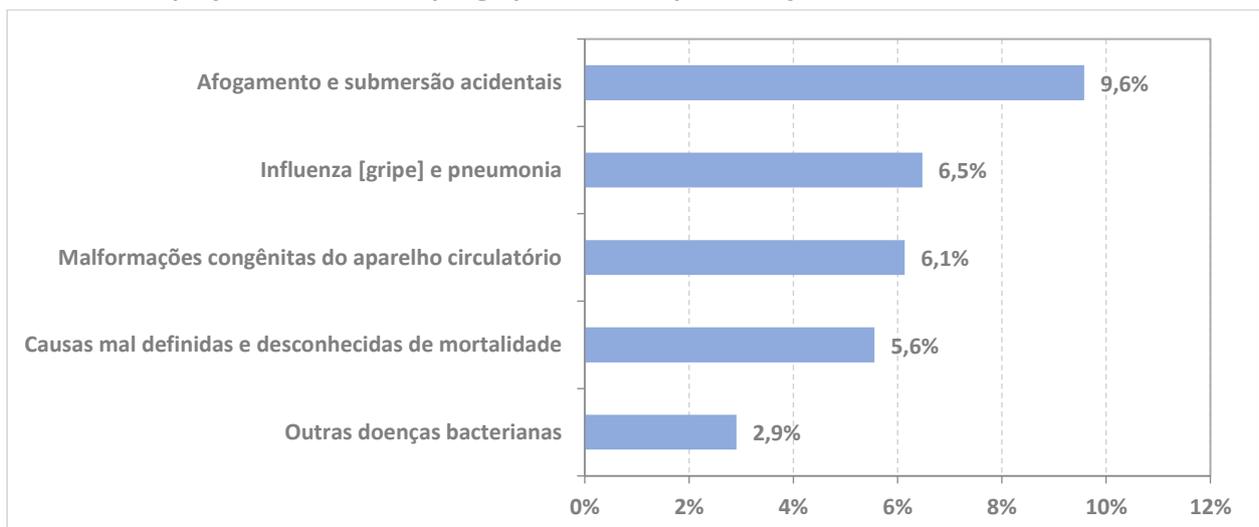
A mortalidade na infância tem particularidades dependendo da subcategoria etária. Os cinco primeiros grupos de causas de óbito em menores de um ano são os transtornos, malformações, infecções e complicações relacionadas à gestação, parto e período perinatal. Esse perfil muda radicalmente quando é considerada a faixa etária acima de um ano. O gráfico a seguir mostra as cinco principais causas de óbito nas crianças de 1 a 4 anos. Os acidentes compõem a principal causa nesse grupo; e a influenza e pneumonia e as malformações congênitas do aparelho circulatório aparecem na sequência.

Gráfico 48. Proporção de mortalidade por grupos do CID-10 para crianças com menos de um ano de idade, em 2021, no Brasil



Fonte: SIM - SVSA/MS.

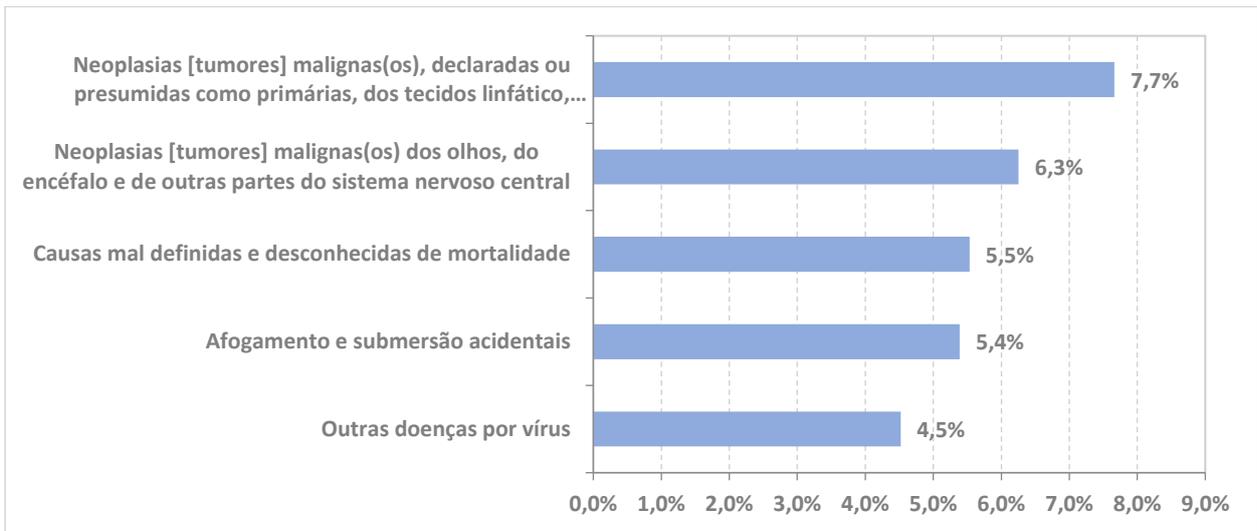
Gráfico 49. Proporção de mortalidade por grupos do CID-10 para crianças de 1 a 4 anos de idade. Brasil, 2021



Fonte: SIM - SVSA/MS.

O próximo gráfico mostra as cinco principais causas de óbito nas crianças de 5 a 9 anos. As neoplasias compõem a principal causa de morte nesse grupo; e acidentes e outras doenças por vírus aparecem na sequência.

Gráfico 50. Proporção de mortalidade por grupos do CID-10 para crianças de 5 a 9 anos de idade, em 2021, no Brasil



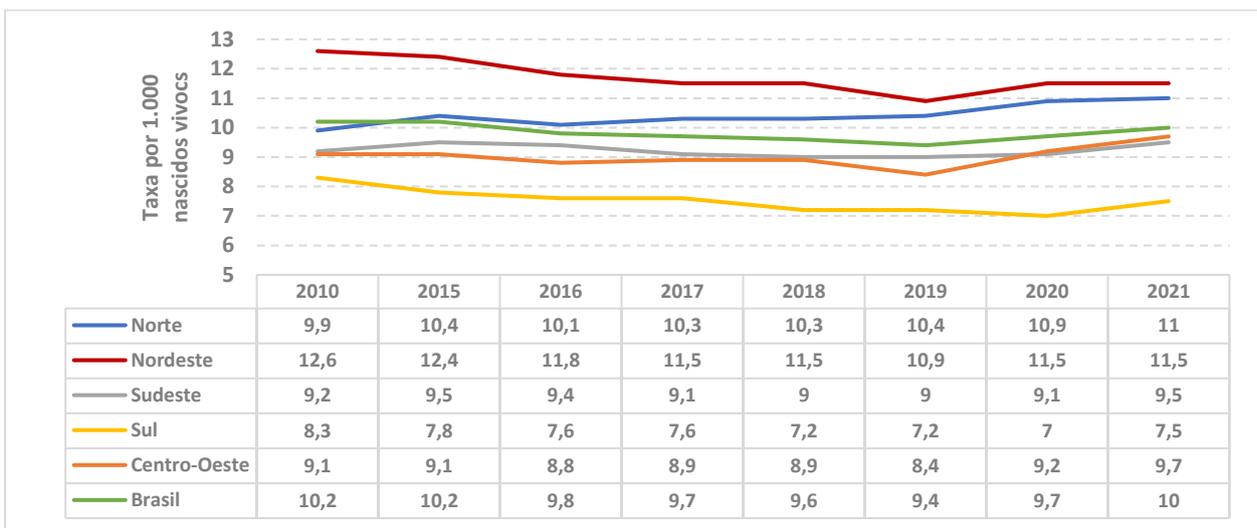
Fonte: SIM - SVSA/MS.

É considerado óbito fetal a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, com duração igual ou superior a 20 semanas, ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 gramas, e/ou estatura igual ou superior a 25 centímetros.

Em 2021, a taxa de mortalidade fetal do Brasil foi de 10 óbitos por 1.000 nascidos vivos. As maiores taxas foram observadas nas Regiões Nordeste e Norte com 11,5 e 11,5 óbitos fetais por 1.000 nascidos vivos, respectivamente. As menores taxas foram observadas nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste com 9,7; 7,5 e 9,7 óbitos fetais por 1.000 nascidos vivos, respectivamente, conforme demonstra o gráfico a seguir.

A mortalidade fetal é sensível à qualidade e acesso à assistência prestada à gestante durante o pré-natal e o parto, sendo também influenciada pelas condições de saúde materna, antecedentes obstétricos e características socioeconômicas da mãe.

Gráfico 51. Taxa de mortalidade fetal. Brasil, 2010 - 2021



Fonte: SIM e Sinasc - SVSA/MS.

2.3.2.1 Causas Externas

As causas externas (acidentes e violências) passaram a constituir, sobretudo a partir dos anos de 1980, importante problema de saúde pública, acometendo principalmente a população jovem de países em desenvolvimento (Lemos et al 2013).

No Brasil, as causas externas constituem importante elemento no perfil de morbimortalidade da população. O quadro abaixo apresenta as maiores proporções de óbitos por grupos de causas externas segundo faixa etária e mostra as agressões como a principal causa de morte na população de 10 a 39 anos com proporções acima de 45%. Os acidentes de transporte terrestre são a segunda maior causa (em proporção) em todas as faixas etárias, exceto entre 40 e 59 anos, quando ocupou a primeira posição, enquanto as lesões acidentais como a principal causa entre as crianças até nove anos e pessoas idosas. Outra importante causa de óbito é o suicídio, ocupando a terceira posição em três faixas etárias.

Quadro 02. Ranking dos Principais Grupos de Causa de Óbitos entre as Causas Externas, Segundo Faixa Etária. Brasil, 2021.

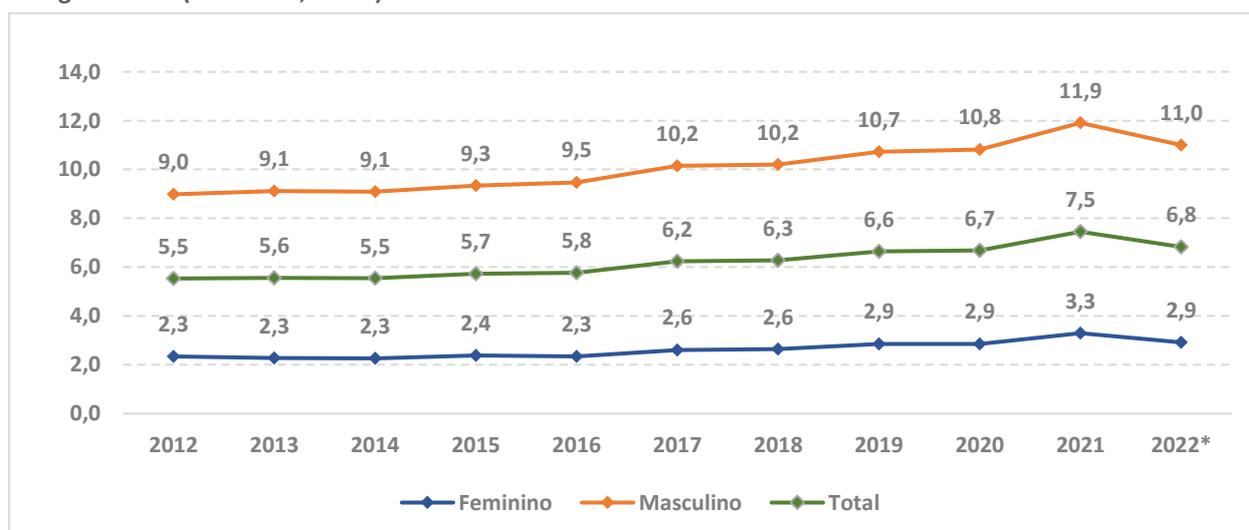
Posição	0 a 9	10a19	20 a 39	40 a 59	60 a 79	80 e +
1	Lesões acidentais (63,1%)	Agressões (48,8%)	Agressões (46,8%)	Acidentes de transporte (30,4%)	Lesões acidentais (39,6%)	Lesões acidentais (69,5%)
2	Acidentes de transporte (19,8%)	Acidentes de transporte (20,8%)	Acidentes de transporte (25%)	Agressões (24,6%)	Acidentes de transporte (22,8%)	Acidentes de transporte (5%)
3	Agressões (6,9%)	Suicídio (10,8%)	Suicídio (10,5%)	Lesões acidentais (19,4%)	Suicídio (10,7%)	Complic assistência médica e cirúrgica (3,4%)

Fonte: SIM - SVSA/MS.

O suicídio é um importante problema de saúde pública, com impactos na sociedade como um todo. Segundo a OMS, estima-se que, no mundo, mais de 700 mil pessoas morrem por suicídio anualmente, sendo a quarta maior causa de mortes de jovens de 15 a 29 anos de idade (OMS 2021).

No Brasil, entre 2012 e 2022* (dados preliminares), houve 136.568 óbitos com 34,6% de aumento entre as taxas de 2012 e 2021. Em 2021 a taxa foi de 7,5 por 100 mil habitantes no país. A Região Sul apresentou a maior taxa 11,2 (por 100 mil) e a Sudeste a menor 2,3 (por 100 mil). O gráfico, a seguir, mostra a evolução das taxas de suicídio no país, segundo sexo. Observa-se aumento no decorrer do período com pico em 2021 em ambos os sexos e os homens com taxas mais elevadas que as mulheres, 11,9 e 3,3 (por 100 mil), respectivamente. Em 2022 a taxa preliminar está em 6,8 (por 100 mil) no Brasil.

Gráfico 52. Evolução das taxas de mortalidade por suicídio, segundo sexo. Brasil 2012 a 2022* (dado preliminar). Códigos CID-10 (X60 a X84; Y87.0)



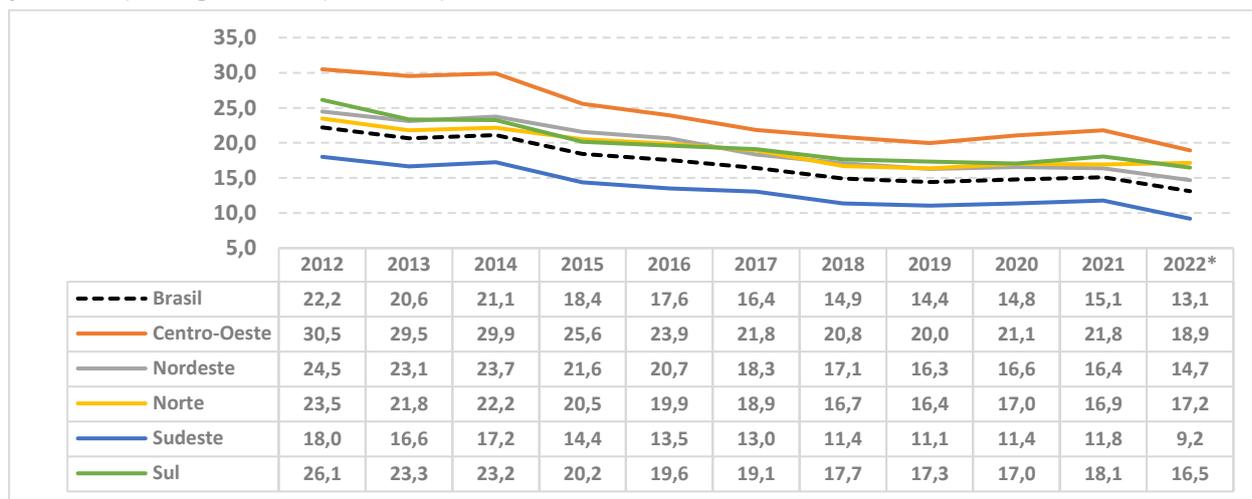
Fonte: SIM - SVSA/MS; IBGE Projeção da população.

As lesões decorrentes do trânsito constituem um grave problema de saúde pública no mundo. Segundo o Relatório Global da Organização Mundial de Saúde sobre o Estado de Segurança Viária, publicado em 2018, anualmente ocorrem mais de 1,35 milhão de óbitos por lesões de trânsito, o que

significa que, em média, morre uma pessoa a cada 24 segundos. Além disso, representam a oitava causa de morte para todas as idades e a principal para crianças e jovens entre 5 e 29 anos de idade. As principais vítimas fatais são as mais vulneráveis: pedestres, ciclistas e motociclistas, que juntos correspondem a mais da metade de todas as mortes no trânsito no mundo (WHO 2018)

No triênio 2020-2022* (dado preliminar), foram 96.315 óbitos com taxa de mortalidade de 15,1 (por 100 mil) em 2021 no Brasil. O próximo gráfico mostra a evolução das taxas de mortalidade por lesões de trânsito, segundo regiões entre 2012 e 2022* (dado preliminar). Apesar da redução em todas as regiões no período, 2021 apresentou um pico. A Região Centro-Oeste apresenta as maiores taxas e a Sudeste as menores, ao longo da série.

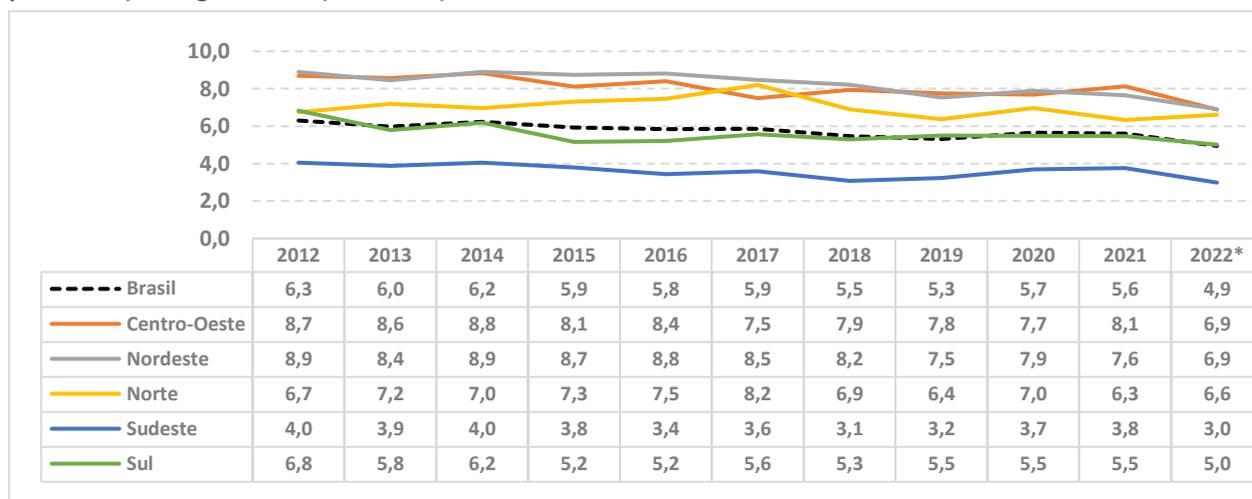
Gráfico 53. Evolução das taxas de mortalidade por lesões de trânsito, segundo regiões. Brasil 2012 a 2022* (dado preliminar). Códigos CID-10 (V01 a V89).



Fonte: SIM - SVSA/MS; IBGE Projeção da população.

Entre os motociclistas, as maiores taxas de mortalidade foram nas Regiões Nordeste e Centro-Oeste. Em 2021, a Região Centro-Oeste apresentou um pico mais acentuado, ultrapassando a Região Nordeste, com taxas de 8,1 e 7,6 (por 100 mil), respectivamente. O país apresentou taxa de 5,6 (por 100 mil). No triênio 2020-2022* (dado preliminar), houve 34.647 óbitos.

Gráfico 54. Evolução das taxas de mortalidade de motociclistas, segundo regiões. Brasil 2012 a 2022* (dado preliminar). Códigos CID-10 (V20 a V39)

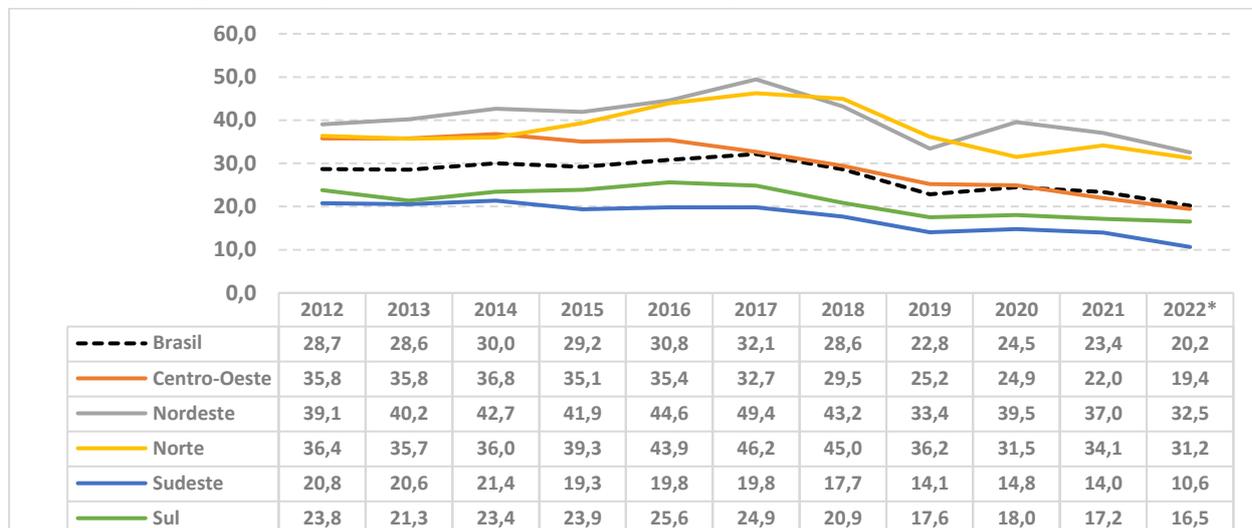


Fonte: SIM - SVSA/MS; IBGE Projeção da população.

Estudo global sobre homicídios apresentou taxa de mortalidade de 6,2 homicídios (por 100 mil) em 2017. A maior mortalidade nas Américas (17,2/100 mil) seguida pela África (13/100 mil) e a maior parte das vítimas do sexo masculino (UNITED NATIONS 2019).

A mortalidade por homicídios no país apresentou 18,7% de redução ao comparar 2012 e 2021. As maiores taxas foram nas Regiões Norte e Nordeste ao longo do período. Entre 2020 e 2022* (dado preliminar) foram 142.136 óbitos, sendo 91,8% do sexo masculino. Em 2021 a taxa do país ficou em 23,4 (por 100 mil), sendo 3,6 entre mulheres e 43,3 entre os homens.

Gráfico 55. Evolução das taxas de mortalidade por homicídios, segundo regiões. Brasil 2012 a 2022* (dado preliminar). Códigos CID-10 (X85-Y09; Y35; Y22-Y24; Y87.1; Y89.0)



Fonte: SIM - SVSA/MS; IBGE Projeção da população.

As quedas acidentais podem vitimar qualquer pessoa, independentemente do sexo ou idade, mas as pessoas idosas são as principais vítimas em função das consequências mais agravadas (HESLOPE, WYNADEN 2016).

Em 2021, 76,4% das vítimas fatais por quedas acidentais tinham 60 anos ou mais de idade. A taxa de mortalidade por quedas foi de 6,6 (por 100 mil) e o número de óbitos entre 2020-2022* (dado preliminar) foi de 47.273 óbitos.

2.4 DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

2.4.1 Condições de Vida, Trabalho e Ambiente

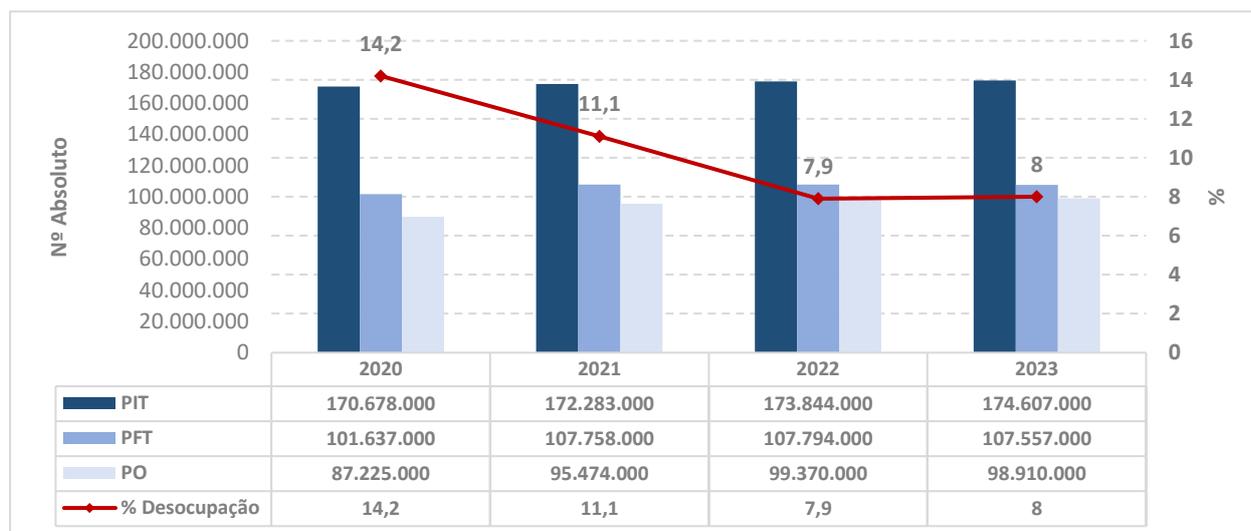
A alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte e o lazer são fatores que podem determinar o processo saúde-doença.

As condições de emprego e trabalho têm um impacto significativo na saúde, podendo promover bem-estar e estabilidade econômica, influenciando tanto o desenvolvimento humano sustentável quanto as desigualdades em saúde. O trabalho e suas condições podem ser determinantes na ocorrência de doenças e agravos, com a exposição a riscos no ambiente de trabalho afetando a saúde dos trabalhadores, resultando no aumento de doenças, surgimento precoce de patologias e complexidade desses eventos ² e ³.

Os riscos relacionados ao trabalho que representam ameaças à saúde dos trabalhadores podem ser divididos em diversas categorias, como os físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, psicossociais, ambientais e mecânicos (relativos a acidentes). Esses riscos podem surgir individualmente ou em conjunto, ressaltando a necessidade de uma abordagem abrangente dos ambientes e processos de trabalho. Isso é crucial para compreender de forma completa o processo de adoecimento dos trabalhadores, permitindo a implementação de medidas de intervenção eficazes.

No que se refere à situação de trabalho, entre 2020 e 2023 (2º trimestre) o número de pessoas em idade de trabalhar, pessoas na força de trabalho e pessoas ocupadas aumentou 2,3%, 5,8% e 13,4% respectivamente, no Brasil. A taxa de desocupação reduziu, passando de 14,2% em 2020 para 8% em no 2º trimestre de 2023.

Gráfico 56. Pessoas em Idade de Trabalhar (PIT), Pessoas na Força de Trabalho (PFT), Pessoas ocupadas (PO) e taxa de desocupação, por ano, Brasil 2020 a 2023 (2º tri.)



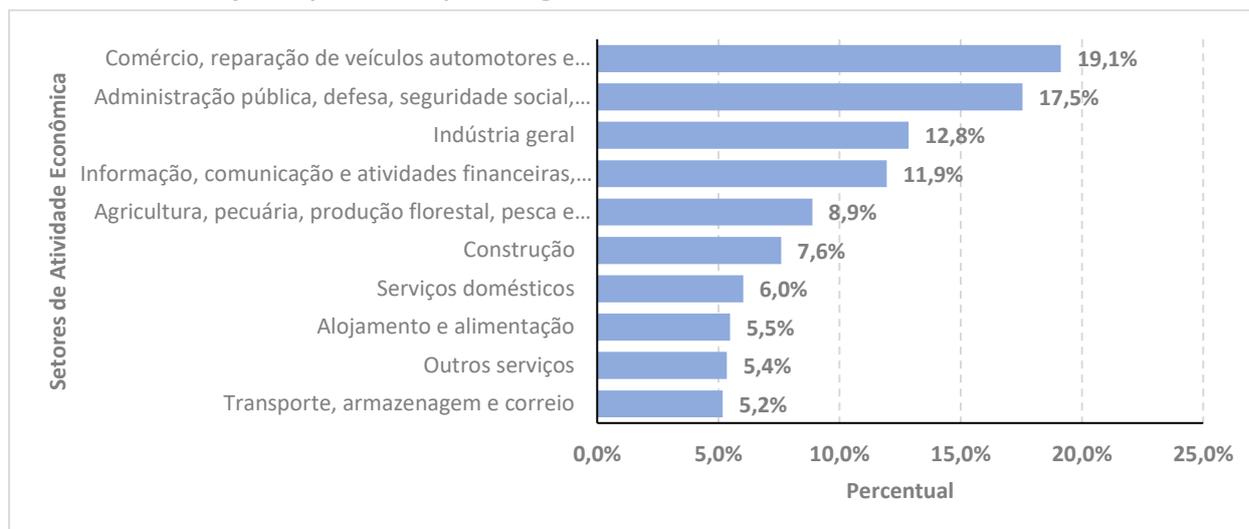
Fonte: IBGE.

Em 2022, a maior parcela da população ocupada estava no setor de comércio, reparação de veículos automotores e motocicletas, com 19,1% dos trabalhadores. Em seguida, o setor de administração pública, defesa, seguridade social, educação, saúde humana e serviços sociais abrangia 17,5% da população economicamente ativa. A indústria geral também era significativa, com 12,8% dos trabalhadores. Por outro lado, os setores de transporte, armazenagem e correio, outros serviços, alojamento e alimentação e serviços domésticos tinham menor representatividade, variando de 5,2% a 6,0% da população ocupada.

² WHO. Safer water, better health. World Health Organization, 2019.

³ WHO. Burden of disease attributable to unsafe drinking-water, sanitation and hygiene, 2019 update. Geneva: World Health Organization; 2023.

Gráfico 57. Distribuição de pessoas ocupadas segundo setores de atividade econômica. Brasil, 2022



Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual - 1ª visita

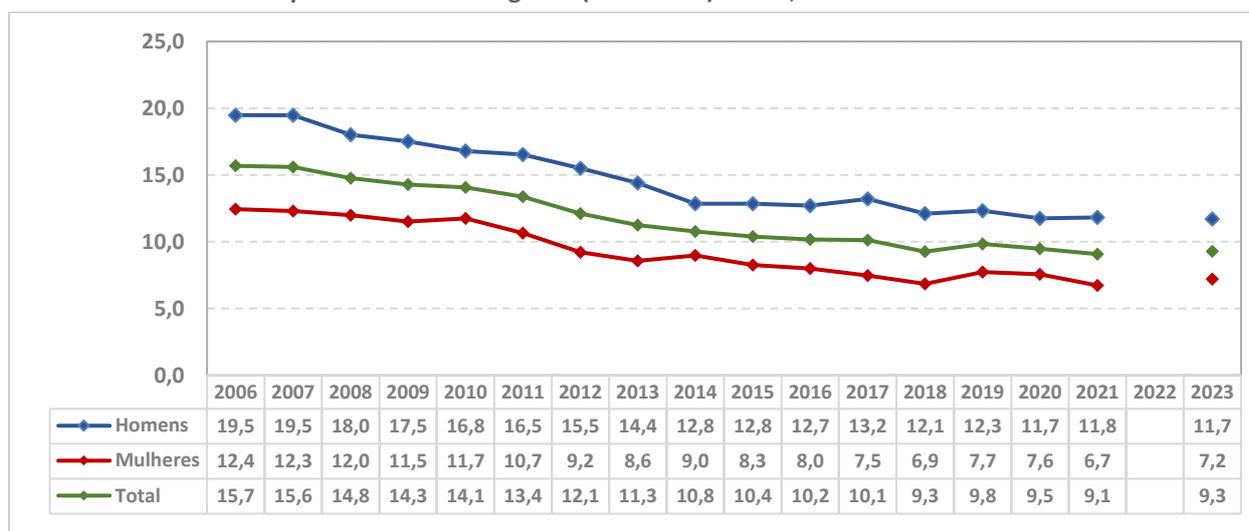
2.4.2 Hábitos e Estilos de Vida

Os hábitos e estilos de vida estão intimamente associados às condições de saúde das pessoas, integrando o amplo espectro de questões – sociais, econômicas, políticas, culturais – que envolvem a promoção da saúde, a qual constitui condição essencial à qualidade de vida individual e coletiva.

A promoção da saúde no SUS visa promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.

Dados do Sistema de Vigilância e Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) em 2023 demonstram a redução da prevalência de tabagismo entre adultos de 2006 (15,6%) a 2023 (9,3%). Em homens, passou de 19,5% para 11,7% no mesmo período. Entre as mulheres, foi de 12,4% em 2006 e de 7,2% 2023.

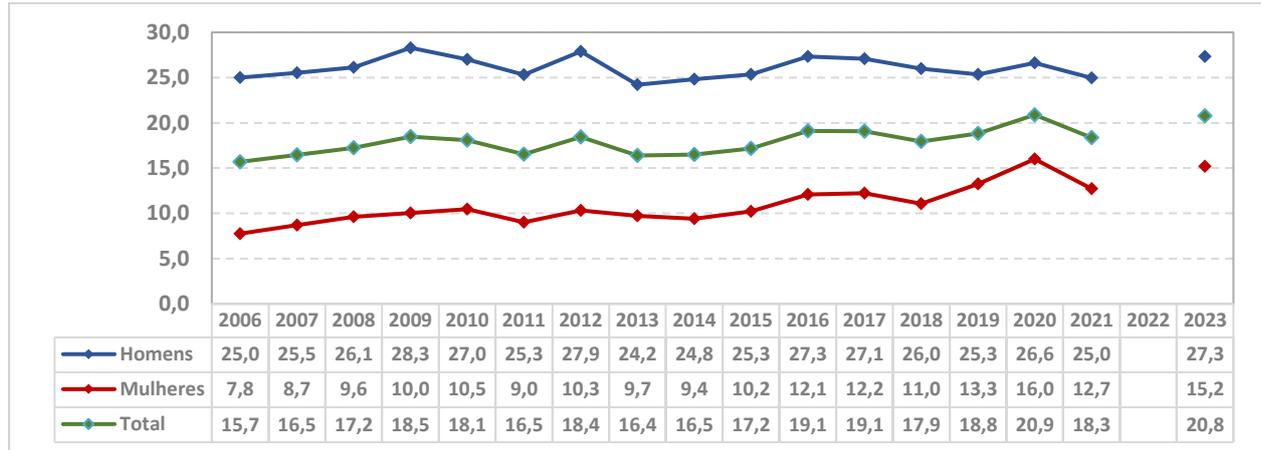
Gráfico 58. Tendência da prevalência de tabagismo (2006-2023). Brasil, 2023.



Fonte: Vigitel – SVSA/MS (2006-2023). OBS.: Ausência de dados em 2022, pois não houve edição do Vigitel no referido ano.

A prevalência de consumo abusivo de álcool entre adultos aumentou no período entre 2006 e 2023, variando de 15,7% em 2006 a 20,8% em 2023. Esse aumento de frequência foi observado entre as mulheres, variando de 7,8% em 2006 a 15,2% em 2023.

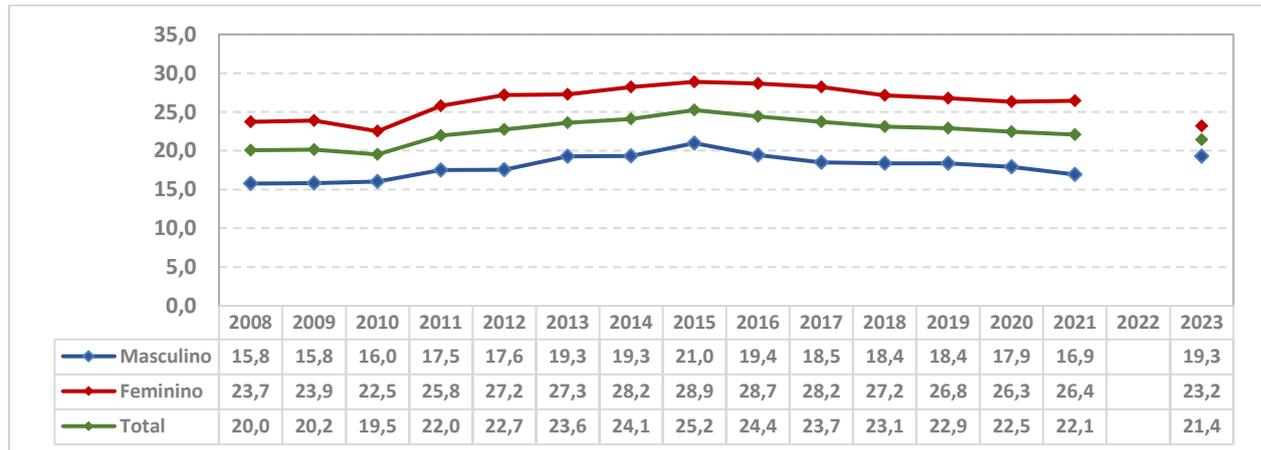
Gráfico 59. Tendência da prevalência de consumo abusivo* de álcool (2006-2023). Brasil, 2023



Fonte: Vigilant – SVSA/MS. *Consumo de 4 ou mais doses (se mulher) ou 5 ou mais doses (se homem) de bebida alcoólica, em uma mesma ocasião, nos últimos 30 dias. OBS.: Ausência de dados em 2022, pois não houve edição do Vigilant no referido ano.

A frequência de adultos com consumo recomendado de frutas e hortaliças se manteve estável no período entre 2008 e 2023, variando entre 20,0% em 2008 a 21,4% em 2023.

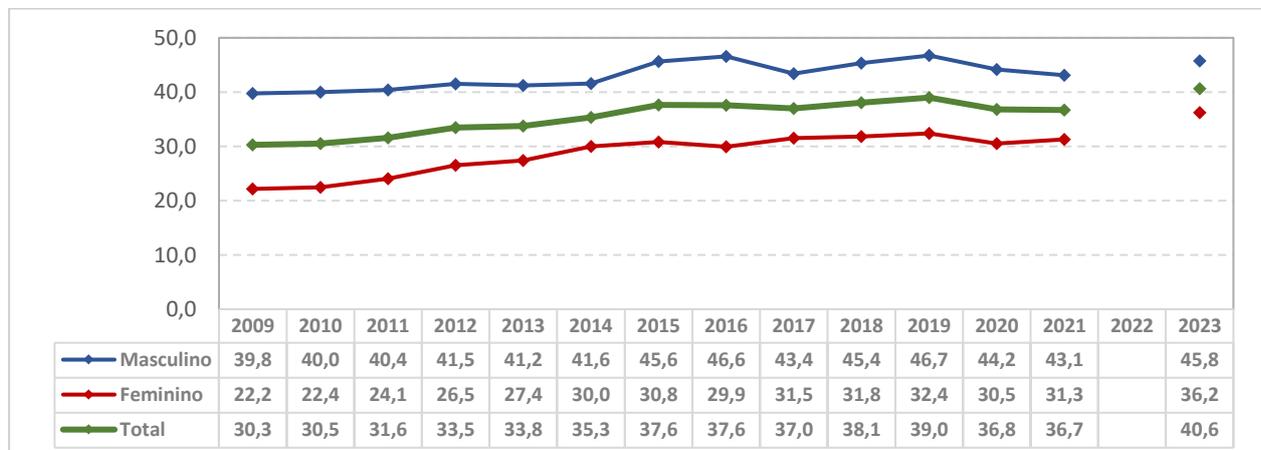
Gráfico 60. Tendência da prevalência de consumo recomendado de frutas e hortaliças (2008-2023). Brasil, 2023



Fonte: Vigilant – SVSA/MS. OBS.: Ausência de dados em 2022, pois não houve edição do Vigilant no referido ano.

Quanto à atividade física no tempo livre, a prevalência foi de 30,3% em 2009 e 40,6% em 2023.

Gráfico 61. Tendência da prevalência de atividade física no tempo livre (2009-2023). Brasil, 2023



Fonte: Vigilant – SVSA/MS. OBS.: Ausência de dados em 2022, pois não houve edição do Vigilant no referido ano.

2.5 ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

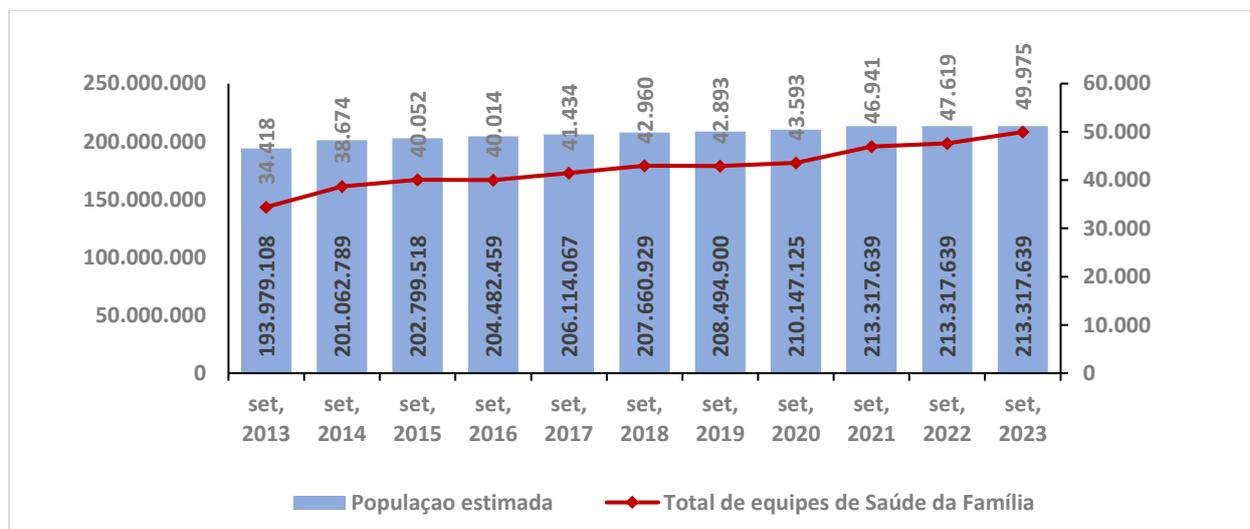
2.5.1 Atenção Primária à Saúde

Contexto da Atenção Primária à Saúde

A atenção primária à saúde é um modelo assistencial de base territorial e possui a missão de ser coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Sistemas de saúde orientados por uma atenção primária robusta e abrangente, que prioriza o cuidado centrado na pessoa, de forma continuada, integral, coordenada e organizada em rede, conseguem melhores resultados, maior equidade e menores taxas de crescimentos em despesas de saúde. Muitos resultados positivos têm sido associados à expansão da cobertura pelos serviços da atenção primária à saúde com foco na Estratégia Saúde da Família (ESF) e no cuidado integral, como: a redução da mortalidade materna e infantil; a redução da desnutrição, das carências nutricionais e da obesidade; a redução da mortalidade por infecções respiratórias e por diarreia em menores de 5 anos de idade; a redução das internações por condições sensíveis à atenção primária; a redução da mortalidade por doenças cerebrovasculares e cardiovasculares; e o aumento da detecção e alta por cura de tuberculose e hanseníase.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem na Estratégia Saúde da Família o foco prioritário para expansão e consolidação da atenção primária, com ênfase no cuidado integral, através de ações interprofissionais a partir de equipes compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias. Estas equipes podem ser complementadas com equipes de Saúde Bucal (eSB) e equipes Multiprofissionais (eMulti), que buscam garantir acesso com equidade e integralidade aos serviços de saúde, aumentando a resolutividade do cuidado.

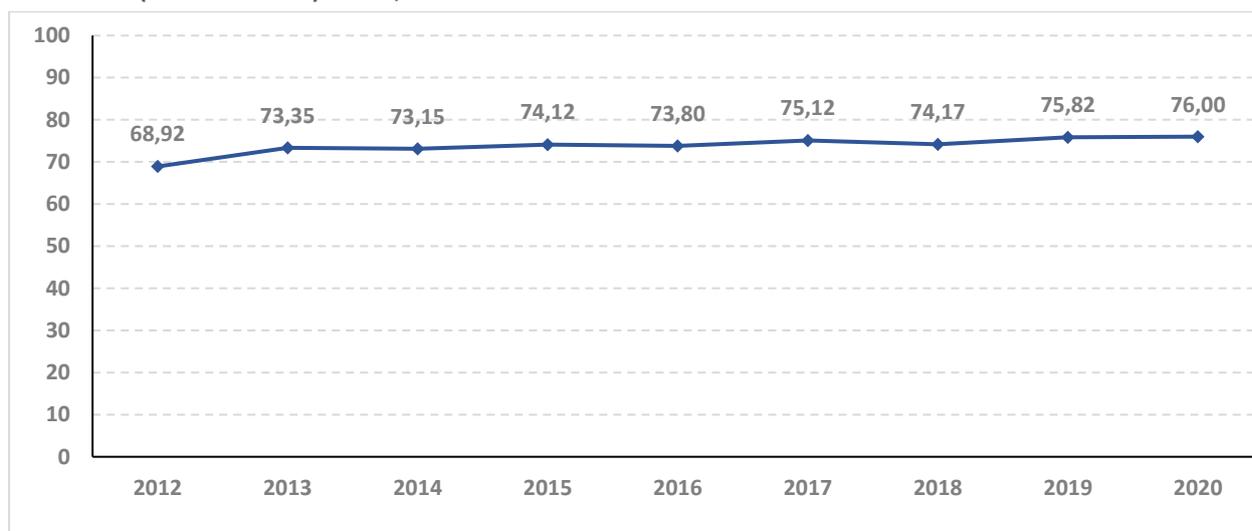
Gráfico 62. Distribuição de População Estimada e Equipes de Saúde da Família Cofinanciadas pelo Ministério da Saúde, Brasil, setembro de 2013 - setembro de 2023



Fonte: e-Gestor AB, setembro/2023.

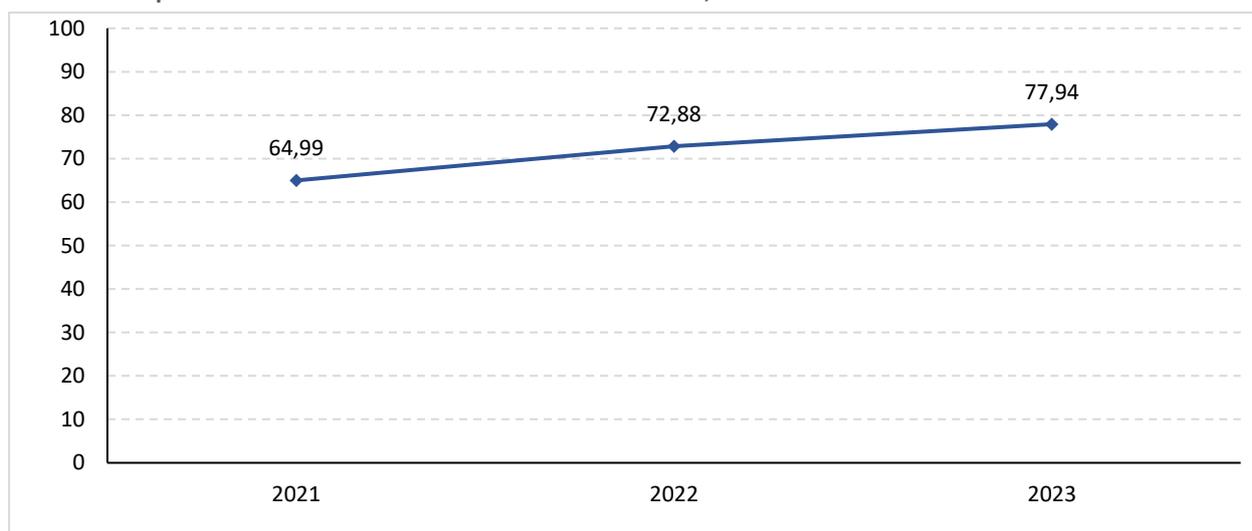
Nota: Considerou-se a extração dos dados da competência financeira de setembro no e-Gestor AB a cada ano, que equivale à competência de julho no registro do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), sendo também o mês de levantamento de estimativa populacional pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Gráfico 63. Cobertura da Atenção Primária à Saúde por Ano de Referência, Segundo o Método de Cálculo Tradicional (descontinuado). Brasil, 2012-2020



Fonte: e-Gestor AB, setembro/2023.

Gráfico 64. Cobertura da Atenção Primária à Saúde por Ano de Referência, Segundo o Método de Cálculo Estabelecido para o Plano Nacional de Saúde 2020-2023. Brasil, 2021-2023

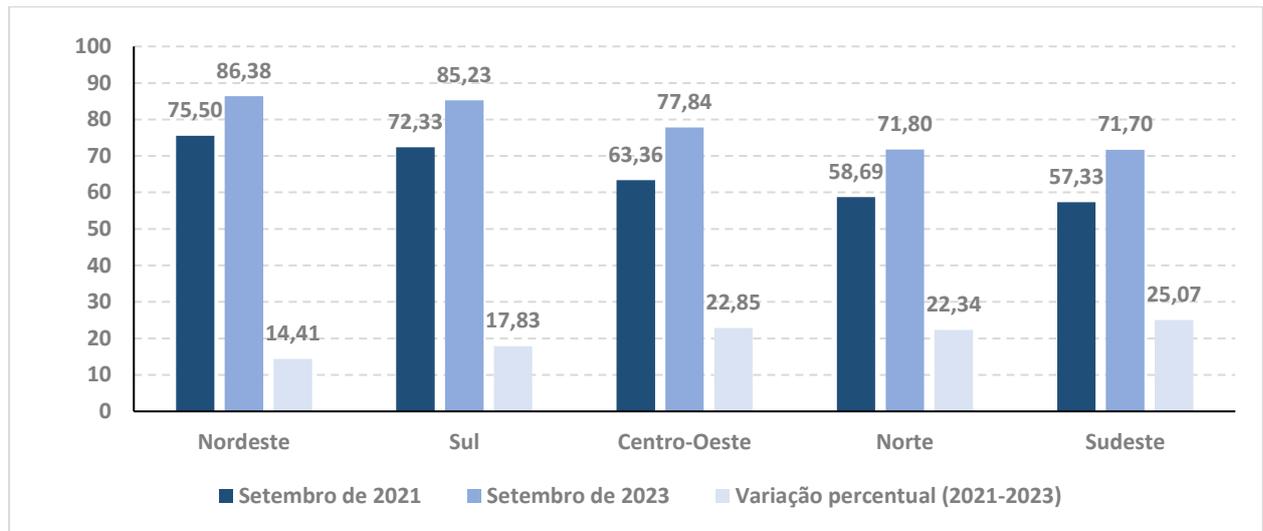


Fonte: e-Gestor AB, setembro/2023.

Nota: Para os anos de 2013 a 2020, considerou-se o método de cobertura populacional estimada, conforme PNAB, disponível na plataforma e-Gestor AB. Para os anos de 2021 a 2023, considerou-se a cobertura potencial, sob o método de cálculo pactuada para o PNS (2020-2023), segundo Nota Técnica n.º 418/2021-CGGAP/DESF/SAPS/MS. O mês de referência a cada ano refere-se à parcela financeira de setembro, que equivale à competência de julho no SCNES.

Quando se estratifica a cobertura da atenção primária pelas regiões do Brasil para o período entre setembro de 2021 e setembro de 2023, visualiza-se que as Regiões Sudeste, Centro-Oeste e Norte apresentaram as maiores variações percentuais de cobertura. As Regiões Nordeste e Sul, por sua vez, apresentaram coberturas acima de 80%, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 65. Cobertura da Atenção Primária à Saúde por Ano de Referência, Segundo o Método de Cálculo Estabelecido para o Plano Nacional de Saúde 2020-2023

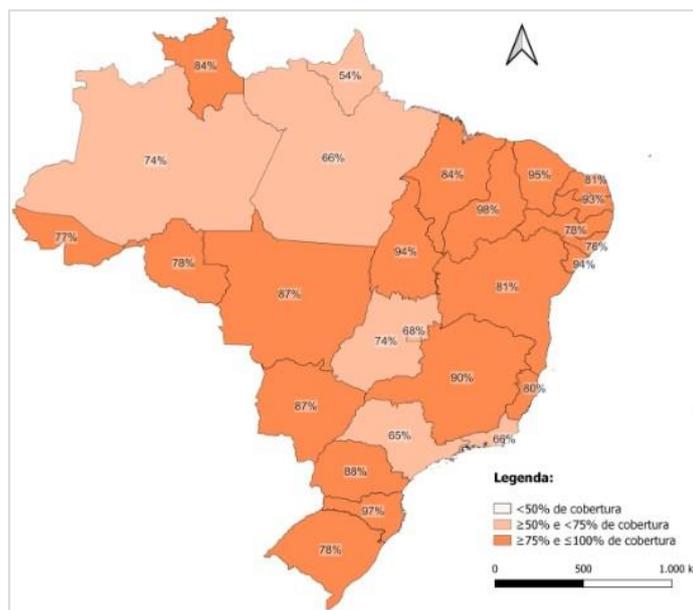


Fonte: e-Gestor AB, setembro/2023.

Nota: Considerou-se o método de cálculo de cobertura da APS do PNS (2020-2023), segundo Nota Técnica n.º 418/2021. Ressalta-se que a competência financeira de setembro equivale à competência de julho no SCNES.

Apesar disso, verifica-se que há disparidade dessas coberturas entre unidades federativas dessas regiões, com a Região Norte apresentando o maior número de estados com cobertura entre 50% e 75%. O Ministério da Saúde tem como desafio alcançar essas populações de territórios remotos por meio das ações e projetos desenvolvidos no âmbito da atenção primária à saúde.

Mapa 01. Cobertura da Atenção Primária à Saúde por Unidade Federativa, Segundo o Método de Cálculo Estabelecido para o Plano Nacional de Saúde 2020-2023. Brasil, setembro de 2023



Fonte: e-Gestor AB, setembro/2023.

Nota: Considerou-se o método de cálculo de cobertura da APS do PNS (2020-2023), segundo Nota Técnica n.º 418/2021. Ressalta-se que a competência financeira de setembro equivale à competência de julho no SCNES.

2.5.1.1 Acesso e Equidade

A atenção primária tem como atributos essenciais o acesso no primeiro contato, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a integralidade. Para isso, têm sido fortalecidas estratégias que ampliam o acesso à saúde.

Equipes de Consultório na Rua (eCR)

Uma das ações prioritárias do MS para ampliação do cuidado e do acesso à saúde da população em situação de rua são as equipes de Consultório na Rua (eCR), instituídas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no ano de 2011. As equipes podem ser compostas por profissionais das categorias: enfermagem de nível médio e superior, psicologia, assistência social, terapia ocupacional, medicina, agente social, profissional de saúde bucal de nível médio e de nível superior, educação física, artes e educação.

A partir da composição que tiverem as equipes, elas são classificadas como: Modalidade I, com quatro profissionais, sendo dois de nível médio e dois de nível superior; Modalidade II, com seis profissionais, sendo três com nível médio e três com nível superior; e Modalidade III, com o arranjo da modalidade II, acrescida de profissional médico.

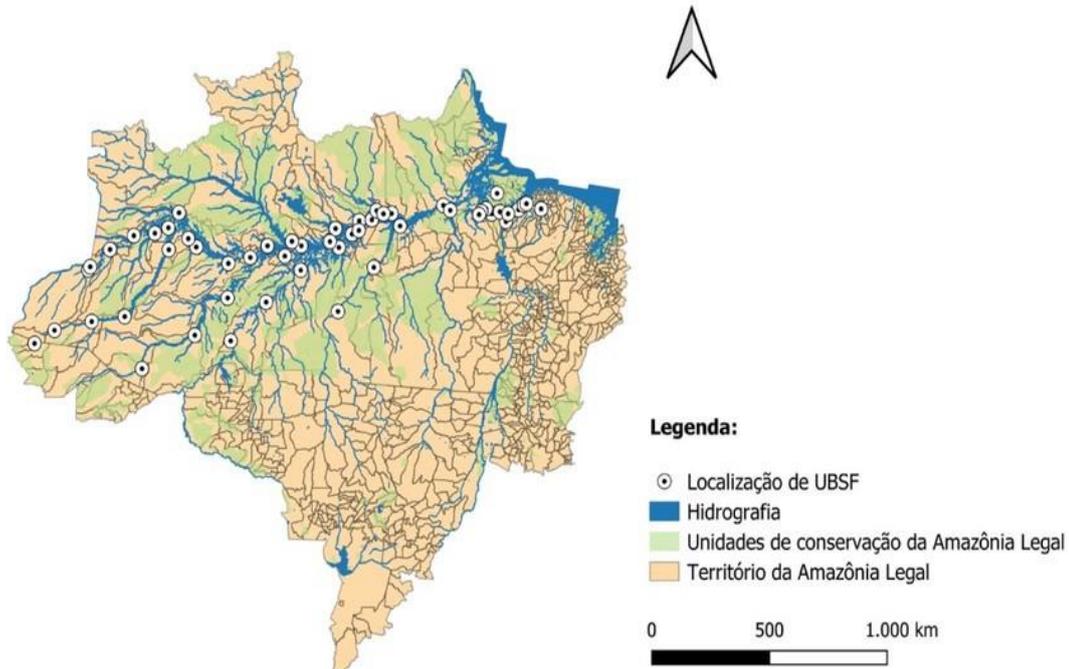
Em setembro de 2023, o MS cofinanciou 202 eCR, sendo 43% (n= 87) da Modalidade I, 19% (n= 39) da Modalidade II e 38% (n= 76) da Modalidade III.

Atenção à Saúde de Populações do Campo, Floresta e Águas

As ações e serviços para a promoção do acesso às populações do campo, floresta e águas se materializam por meio das Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF) e das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR).

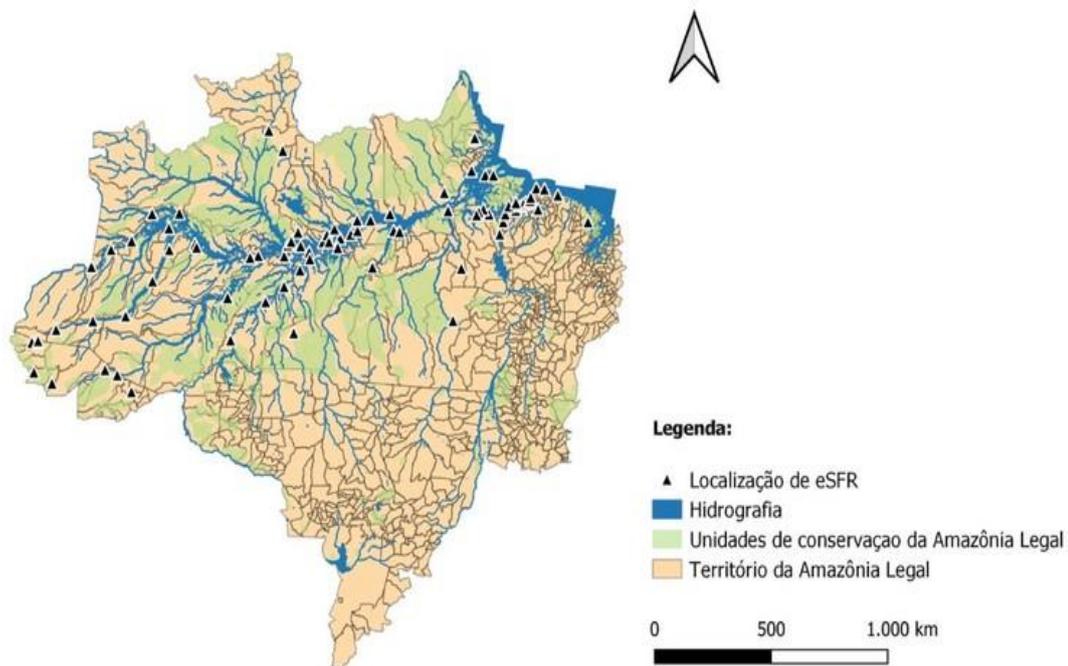
As UBSF são embarcações que possuem ambiência, mobiliário e equipamentos para melhor oferta de ações de saúde. As eSFR, por sua vez, desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas em comunidades pertencentes a áreas da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense, cujo acesso ocorre principalmente por meio fluvial.

Mapa 02. Distribuição de Unidades Básicas de Saúde Fluvial Implantadas no Território da Amazônia Legal, setembro de 2023



Fonte: e-Gestor AB, setembro/2023.

Mapa 03. Distribuição de Equipes de Saúde da Família Ribeirinha Implantadas no Território da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense, setembro de 2023



Fonte: e-Gestor AB, setembro/2023.

Nota: Para a demarcação hidrográfica, utilizou-se índices de bacia nível 2 (considerado o maior nível de detalhamento publicado pelo IBGE e pelo Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais - INPE), em que a importância de uma bacia é definida por sua área. Ou seja, considera-se a quilometragem de uma bacia e a extensão de seus afluentes, ao permitir a identificação do fluxo hidrológico dos rios. As bacias identificadas neste mapa foram: Amazonas e Tocantins-Araguaia.

Atenção à Saúde da População LGBTQIAPN+

As estratégias para a promoção do acesso à saúde da População LGBTQIAPN+ visam afastar a discriminação e o preconceito no sistema de saúde, promover o acesso aos serviços de saúde que atendam às necessidades dessa população, promover a aperfeiçoamento dos profissionais da atenção primária para o atendimento sensível à diversidade de gênero e orientação sexual, ampliar a oferta de ações de prevenção e promoção da saúde e desenvolver pesquisas e estudos epidemiológicos sobre a saúde LGBTQIAPN+.

Atenção à Saúde de Pessoas Migrantes, Refugiadas e Apátridas no âmbito da APS

As ações e estratégias para o cuidado em saúde dos povos migrantes, refugiados e apátridas no âmbito da atenção primária à saúde visam a afirmar a necessidade de promover acesso à saúde dessa população. Nesse sentido, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 763, de 23 de junho de 2023, que instituiu o Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Saúde da População Migrante, Refugiada e Apátrida. Entre as competências do grupo de trabalho estão a elaboração de estratégias para implementação de políticas públicas que visem assegurar o acesso aos serviços públicos de saúde às populações migrantes, refugiadas e apátridas, e a proposição de um programa de qualificação para os trabalhadores do SUS.

Atenção à Saúde de Adolescentes em Cumprimento Socioeducativo

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI), instituída em 2004, tem como objetivo garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde de adolescentes em atendimento socioeducativo. Desde sua implantação, 16 estados e 95 municípios têm desenvolvido ações em saúde, contando com 241 equipes de referência para as unidades socioeducativas, que atendem 14.793 adolescentes.

Equipes de Atenção Primária Prisional

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) é uma estratégia vinculada à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que foi instituída em 2014 por ação conjunta entre Ministério da Saúde e Ministério da Justiça e Segurança Pública. A Política estabelece a implantação de equipes intramuros e prevê o correto referenciamento para serviços extramuros, quando necessário.

O principal entrave para a implementação da política reside no hiato normativo entre a lei orgânica do SUS, de 1990, e a Lei de Execução Penal, de 1984. Por essa normativa, o cuidado da pessoa em privação de liberdade seria atribuição da administração penitenciária. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional consiste, portanto, em uma estratégia de inclusão e garantia de acesso dessa população no SUS. Ao estabelecer modelos de equipes para atendimento intramuros, define parâmetros mínimos de composição e de carga horária que se distinguem das estratégias clássicas da atenção primária por adaptar o serviço à realidade de um estabelecimento de segurança pública.

Programa de Promoção e Proteção da Dignidade Menstrual

O Decreto nº 11.432, de 8 de março de 2023, instituiu o Programa de Promoção e Proteção da Dignidade Menstrual, projeto prioritário no governo federal. A problemática mundial da precariedade menstrual é um fenômeno complexo, multidimensional e transdisciplinar, que está baseado na falta de acesso a produtos adequados para o cuidado da higiene menstrual, dentre os quais os absorventes descartáveis, mas também em questões relacionadas a saneamento básico e infraestrutura adequada, como acesso a banheiros seguros e à água limpa. Além disso, há ainda muitos tabus e preconceitos acerca da menstruação, que resultam na segregação de pessoas que menstruam em diversas áreas da vida social.

2.5.1.2 Equipes Multiprofissionais (eMulti) na Atenção Primária à Saúde

O fortalecimento ao cuidado multiprofissional na atenção primária é retomado pelo Ministério da Saúde com a institucionalização da equipe Multiprofissional na Atenção Primária (eMulti), que pode apresentar três tipos de modalidades:

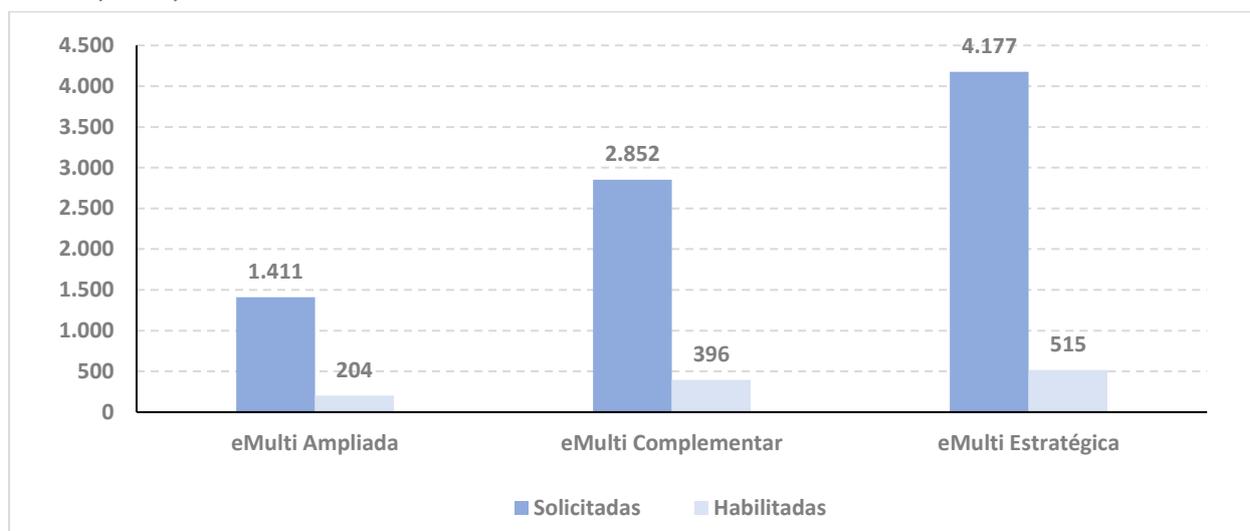
- eMulti Estratégica: vinculada a no mínimo uma e no máximo quatro equipes de saúde, cumprindo carga horária mínima de 100 horas semanais por equipe;
- eMulti Complementar: vinculada a no mínimo cinco e no máximo nove equipes de saúde, cumprindo carga horária mínima de 200 horas semanais por equipe; e
- eMulti Ampliada: vinculada a no mínimo 10 e no máximo 12 equipes de saúde, cumprindo carga horária mínima de 300 horas semanais por equipe.

As eMulti podem ser vinculadas a equipes de Saúde da Família (eSF); equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR); equipes de Consultório na Rua (eCR); equipes de Atenção Primária (eAP); e equipes de Unidade Básica de Saúde Fluvial (eSFF). Os profissionais aptos para comporem as eMulti são arte educador, assistente social, farmacêutico clínico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico acupunturista; médico cardiologista, médico dermatologista, médico endocrinologista, médico geriatra, médico ginecologista/obstetra, médico hansenólogo, médico homeopata, médico infectologista, médico pediatra, médico psiquiatra, médico veterinário, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, sanitarista e terapeuta ocupacional.

Até o dia 21 de setembro de 2023, havia 1.115 eMulti habilitadas, com predominância da eMulti estratégica (46,11%, n= 515), seguida da eMulti complementar (35,51%, n= 396) e eMulti ampliada (18,29%, n= 204), conforme demonstrado no gráfico abaixo.

O fortalecimento da eMulti contribui para qualificação da atenção primária, com provimento de diversas categorias profissionais de saúde, incorporação de ferramentas digitais para comunicação não presencial entre profissionais e usuários dos serviços de saúde e a possibilidade do trabalho colaborativo entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com objetivo de facilitar o acesso e atender às necessidades de saúde da população.

Gráfico 66. Equipes Multiprofissionais Solicitadas e Habilitadas pelo Ministério da Saúde, com Publicação de Portaria, Brasil, setembro de 2023



Fonte: e-Gestor AB e Portarias de Habilitação do Diário Oficial da União (DOU), junho a setembro, 2023.

2.5.1.3 Programa Saúde na Hora

O Programa Saúde na Hora prevê a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde na atenção primária por meio do financiamento de unidades de saúde com horário estendido em todo o território brasileiro e oferta de ações de saúde em horários mais flexíveis para a população, como período noturno e durante o horário de almoço.

Para adesão ao Programa Saúde na Hora, o município deve ter unidade de saúde cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e quantitativo mínimo de equipes exigido para o formato de funcionamento escolhido, que pode ser: Unidade de Saúde da Família (USF) com funcionamento mínimo de 60 horas semanais; USF com funcionamento mínimo de 60 horas semanais com Saúde Bucal; USF com funcionamento mínimo de 75 horas semanais com Saúde Bucal; USF ou UBS com funcionamento mínimo de 60 horas semanais simplificado.

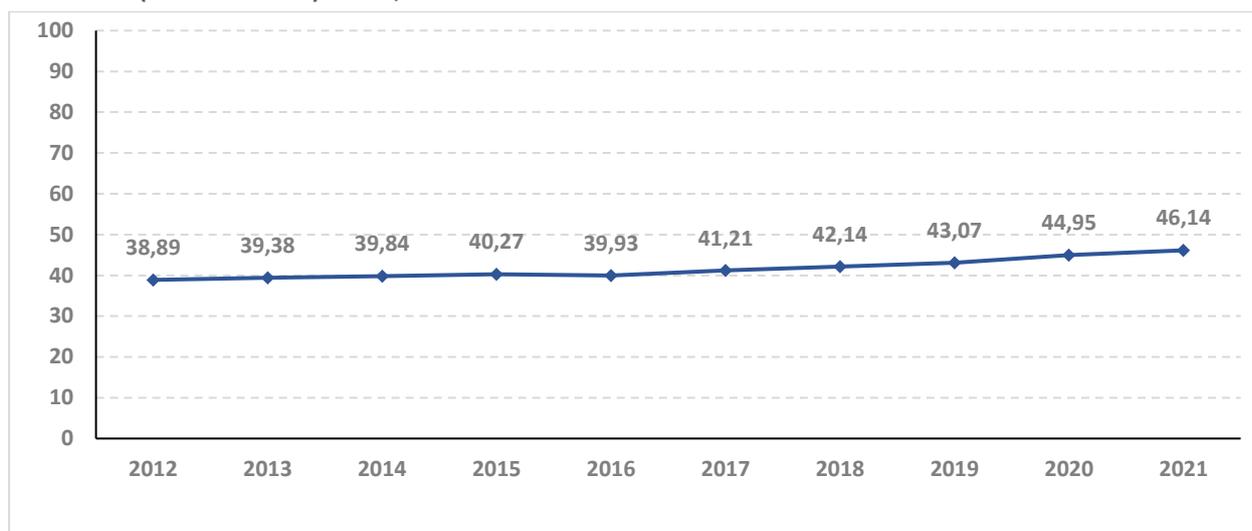
Até setembro de 2023, o Programa contou com a adesão de 924 municípios, somando 3.182 Unidades de Saúde da Família homologadas.

2.5.1.4 Atenção à Saúde Bucal

Equipes de Saúde Bucal

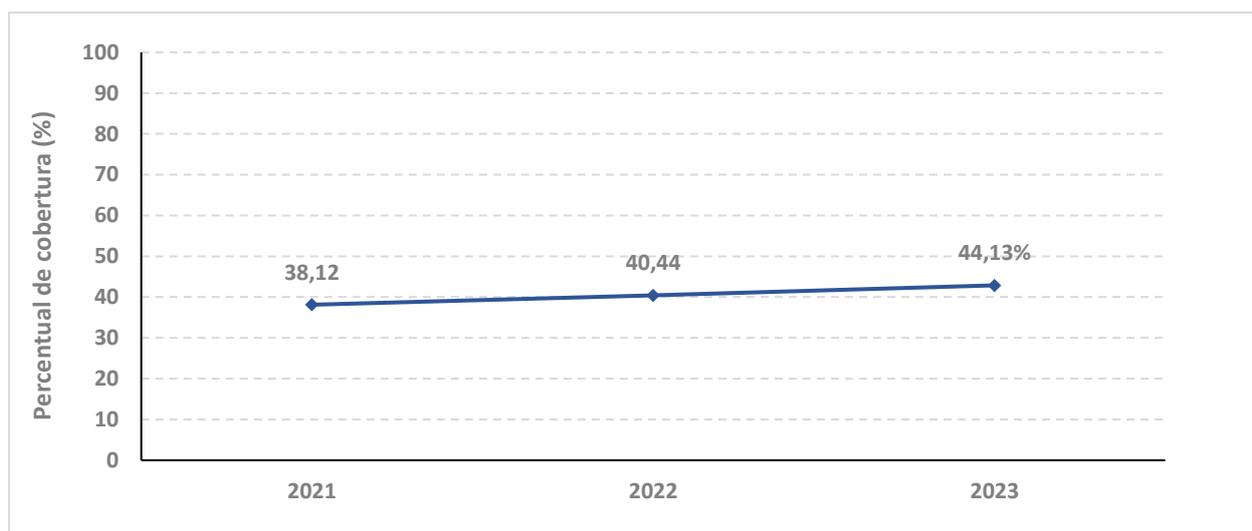
As equipes de Saúde Bucal (eSB) estão inseridas na atenção primária à saúde a partir da vinculação às equipes de Estratégia de Saúde da Família. As eSB podem assumir dois formatos: na modalidade I, é possível a inserção do cirurgião-dentista (CD), auxiliar de saúde bucal (ASB) ou técnico de saúde bucal (TSB), na modalidade II, além do cirurgião-dentista, é preciso ter dois técnicos ou um técnico e um auxiliar de saúde bucal. Além disso, há três possibilidades de carga horária de trabalho: 40 horas semanais, 30 horas semanais e 20 horas semanais. Em setembro de 2023, a cobertura populacional pelas eSB alcançou 42,88%, contando com 29.618 eSB, cobrindo cerca de 91 milhões de pessoas.

Gráfico 67. Cobertura das Equipes de Saúde Bucal por Ano de Referência, Segundo o Método de Cálculo Tradicional (descontinuado). Brasil, 2012-2021



Fonte: e-Gestor AB, setembro/2023

Gráfico 68. Cobertura das Equipes de Saúde Bucal por Ano de Referência, Segundo o Método Estabelecido para o Plano Nacional de Saúde 2020-2023. Brasil. 2021-2023

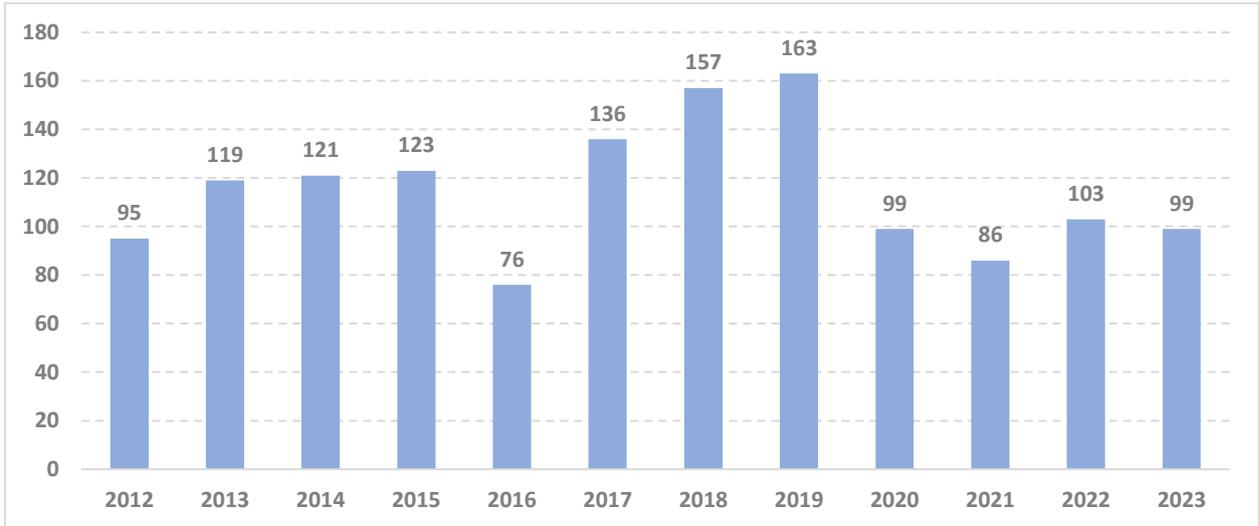


Fonte: e-Gestor AB, setembro/2023

Unidades Odontológicas Móveis (UOM)

As Unidades Odontológicas Móveis (UOM) integram parte das ações de fortalecimento da saúde bucal na Atenção Primária à Saúde. Elas são dispositivos de apoio, veículos adaptados e equipados, que atuam em áreas de difícil acesso e de dispersão populacional, ofertando cuidado para populações específicas e atuando a favor da redução de desigualdades em saúde bucal.

Gráfico 69. Unidades Odontológicas Móveis (UOM) por Ano de Referência, Brasil, 2012-2023



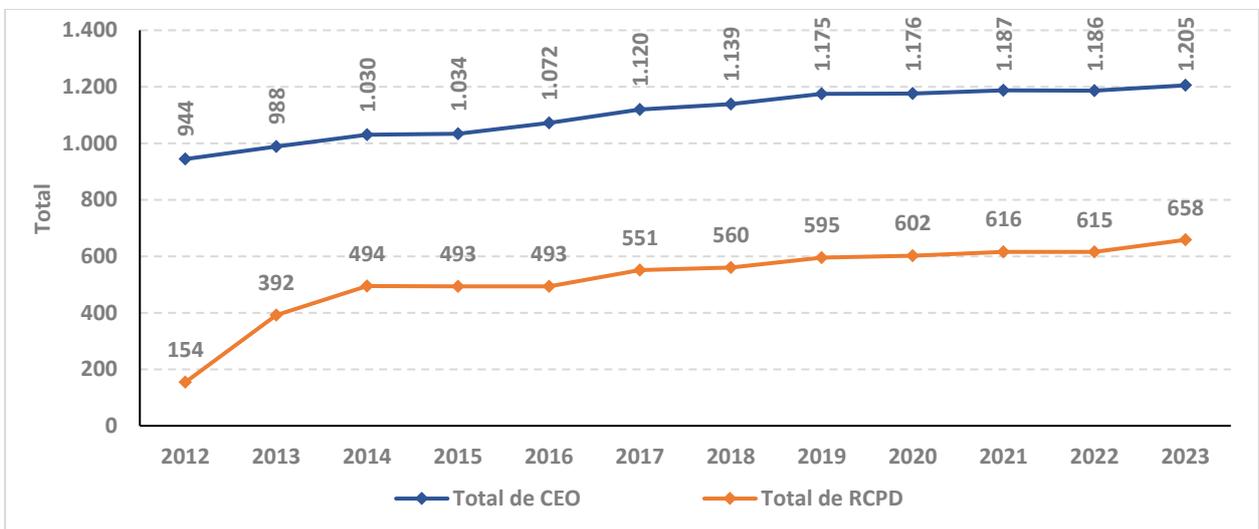
Fonte: Saps/MS, setembro/2023.

Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) foram instituídos para atender ao princípio da integralidade do cuidado e contribuir com a resolutividade assistencial. Eles são serviços de referência para o cuidado especializado em saúde bucal, cuja oferta deve contemplar, minimamente: o diagnóstico bucal, com ênfase na detecção do câncer bucal; a periodontia especializada; a cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; a endodontia; e o atendimento a pessoas com necessidades especiais.

Os 1.205 CEO credenciados em setembro de 2023 representam 46,34% de cobertura populacional, abrangendo o cuidado de 98.858.400 pessoas.

Gráfico 70. Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) Credenciados e das Adesões à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) por Ano de Referência, Brasil, 2012-2023

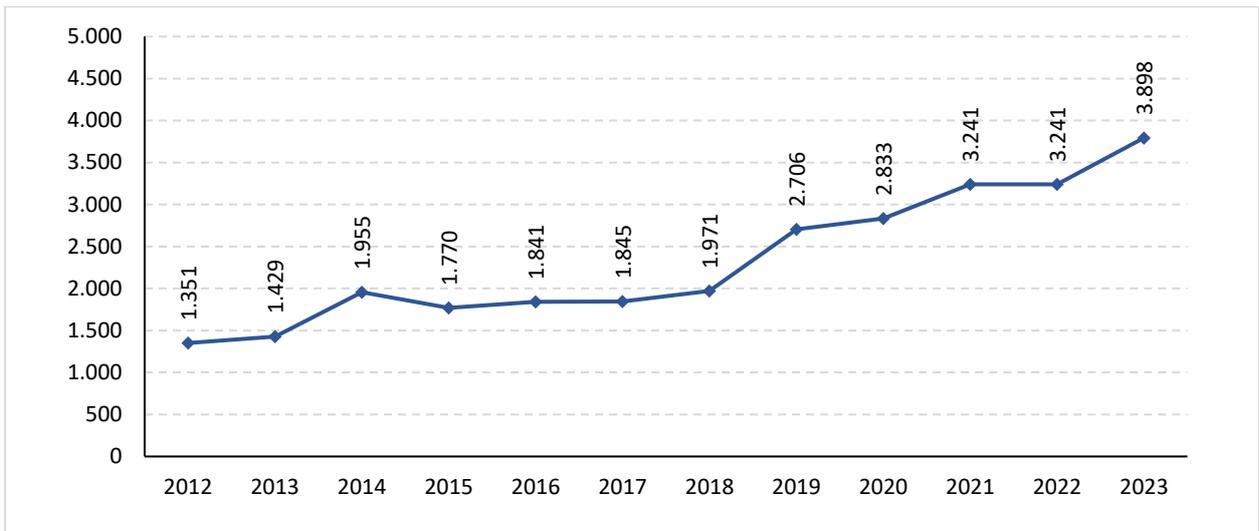


Fonte: Saps/MS, setembro/2023.

Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD)

Os Laboratório Regionais de Prótese Dentária (LRPD) são serviços que visam garantir o cuidado integral, a partir da reabilitação oral. Os serviços habilitados como tal devem ofertar à população, ao menos, uma destas modalidades de prótese: total, parcial removível e/ou coronária/intrarradicular e fixas/adesivas.

Gráfico 71. Evolução no Credenciamento de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Brasil, 2012 a 2023

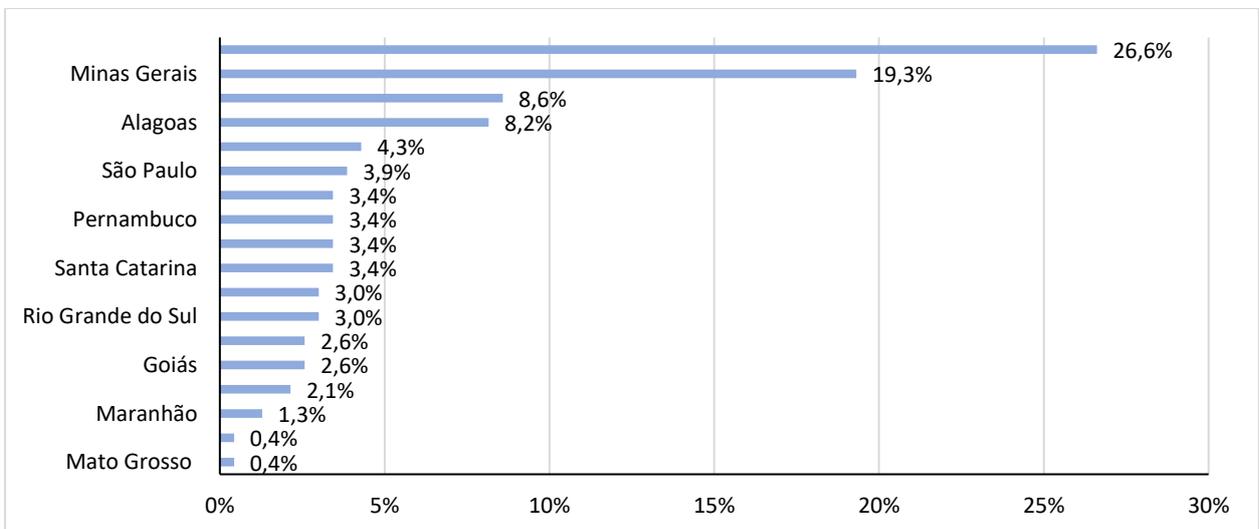


Fonte: Saps/MS, setembro/2023.

Serviço de Especialidades em Saúde Bucal (SESB)

O Serviço de Especialidades em Saúde Bucal (SESB) é mais uma estratégia para atender ao princípio da integralidade em saúde bucal. Ele é uma possibilidade de oferta de assistência especializada para municípios com até 20 mil habitantes, que não dispõem de CEO e que apresentam cobertura de saúde bucal igual ou superior a 75%.

Gráfico 72. Implementação do Serviço de Especialidades em Saúde Bucal (SESB) Segundo Unidade Federativa, Brasil, 2023



Fonte: Saps/MS, setembro/2023.

2.5.1.5 Imunização

Com relação ao calendário de vacinação de crianças de um ano de idade na Atenção Primária à Saúde – que abrange as vacinas contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, infecções causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b e poliomielite inativada – observou-se que durante os três quadrimestres de 2022 e o primeiro quadrimestre de 2023, embora não tenha sido alcançada a meta de 95% de cobertura, a maior parte dos estados conseguiu elevar a proporção de crianças vacinadas em comparação com o ano anterior, como evidenciado a seguir.

Tabela 01. Proporção de Crianças de Um Ano de Idade Vacinadas na APS Contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções Causadas por Haemophilus Influenzae tipo B e Poliomielite Inativada, por Quadrimestre, por UF. Brasil, 2023

ESTADO	2022 Q1 (%)	2022 Q2 (%)	2022 Q3 (%)	2023 Q1 (%)
ACRE	57	60	61	63
ALAGOAS	61	63	80	84
AMAZONAS	73	78	68	75
AMAPÁ	30	39	44	44
BAHIA	71	72	68	75
CEARÁ	63	64	76	79
DISTRITO FEDERAL	77	79	79	82
ESPÍRITO SANTO	65	76	69	79
GOIÁS	65	67	68	78
MARANHÃO	52	79	64	83
MINAS GERAIS	70	71	72	78
MATO GROSSO DO SUL	74	61	77	67
MATO GROSSO	60	66	75	79
PARÁ	45	50	55	59
PARAÍBA	63	66	64	68
PERNAMBUCO	66	69	71	72
PIAUÍ	58	66	71	74
PARANÁ	77	78	76	84
RIO DE JANEIRO	56	50	51	80
RIO GRANDE DO NORTE	65	64	71	64
RONDÔNIA	73	72	77	82
RORAIMA	49	52	54	58
RIO GRANDE DO SUL	73	72	74	79
SANTA CATARINA	68	74	72	59
SERGIPE	65	71	70	73
SÃO PAULO	66	68	62	75
TOCANTINS	72	77	79	71

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB, setembro/2023. Dados preliminares sujeitos a alteração.

2.5.1.6 Provimento Médico

O provimento médico é um dos grandes desafios para os gestores de saúde, especialmente em áreas remotas e com alto índice de vulnerabilidade social. Além disso, a desigualdade na distribuição e a dificuldade de fixação desses profissionais são consideradas fatores agravantes para a igualdade do acesso e oferta do cuidado. Neste sentido, os programas de provimento médico são parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria dos atendimentos dos usuários do SUS e combate das disparidades e desigualdades do país.

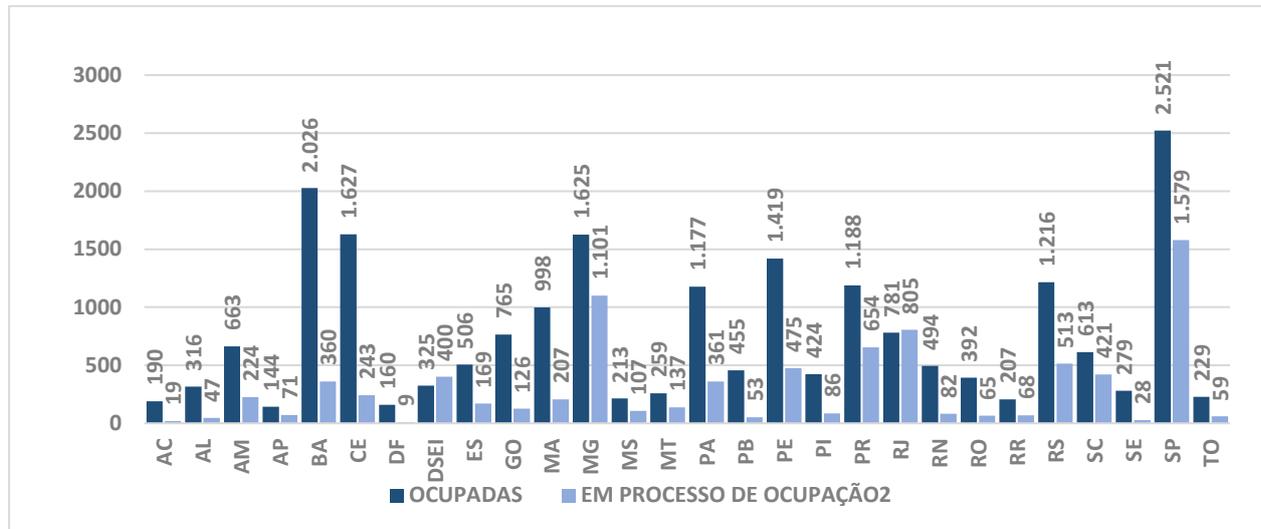
Segundo dados do estudo sobre Demografia Médica no Brasil 2023, embora a densidade de médicos por 1.000 habitantes tenha aumentado no país, prevalecem a concentração geográfica e a força de atração dos grandes centros. As capitais apresentam densidade média de médicos por habitantes (6,13) muito maior que os interiores (1,84) e, dentro de alguns estados, essa diferença é ainda mais expressiva. Em 2022, no conjunto das cidades com menos de 50.000 habitantes, onde vivem mais de 30% da população, estavam presentes apenas 8% dos médicos.

Tabela 02. Vagas dos Programas de Provimento Federal: Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM) e Programa Médicos pelo Brasil (PMpB). Brasil, 2023

UF/DSEI	Vagas de Financiamento Federal	Vagas na modalidade de Coparticipação	Vagas Autorizadas	Vagas Ativas	Profissionais Ativos (PMM)	Profissionais Ativos (PMpB)	Provimento Médico Federal
AC	189	140	329	211	152	38	190
AL	275	432	707	397	210	106	316
AM	720	231	951	896	609	54	663
AP	154	73	227	221	122	22	144
BA	1.878	1.022	2.900	2.457	1.300	726	2.026
CE	1.540	767	2.307	1.903	1.088	539	1.627
DF	141	301	442	172	123	37	160
ES	550	225	775	692	347	159	506
GO	738	309	1.047	900	595	170	765
MA	998	332	1.330	1.232	720	278	998
MG	1.492	1.897	3.389	2.804	1.287	338	1.625
MS	224	134	358	339	177	36	213
MT	271	267	538	410	222	37	259
PA	1.221	464	1.685	1.555	1.019	158	1.177
PB	422	215	637	523	318	137	455
PE	1.064	1.457	2.521	1.904	1.072	347	1.419
PI	413	195	608	535	272	152	424
PR	1.077	1.049	2.126	1.882	963	225	1.188
RJ	769	1.027	1.796	1.607	665	116	781
RN	345	353	698	581	362	132	494
RO	351	327	678	473	308	84	392
RR	254	26	280	278	185	22	207
RS	1.353	711	2.064	1.810	961	255	1.216
SC	572	761	1.333	1.084	484	129	613
SE	235	162	397	312	165	114	279
SP	2.616	2.823	5.439	4.258	2.094	427	2.521
TO	193	168	361	292	178	51	229
DSEI	743	0	743	743	279	46	325
Total Geral	20.798	15.868	36.666	30.471	16.277	4.935	21.212

Fonte: SAPS/MS, setembro/2023

Gráfico 73. Quantidade de Profissionais Ativos nos Programas de Provimento Federal: Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM) e Programa Médicos pelo Brasil (PMPB) e Vagas em Processo de Ocupação por Unidade Federativa. Brasil, 2023

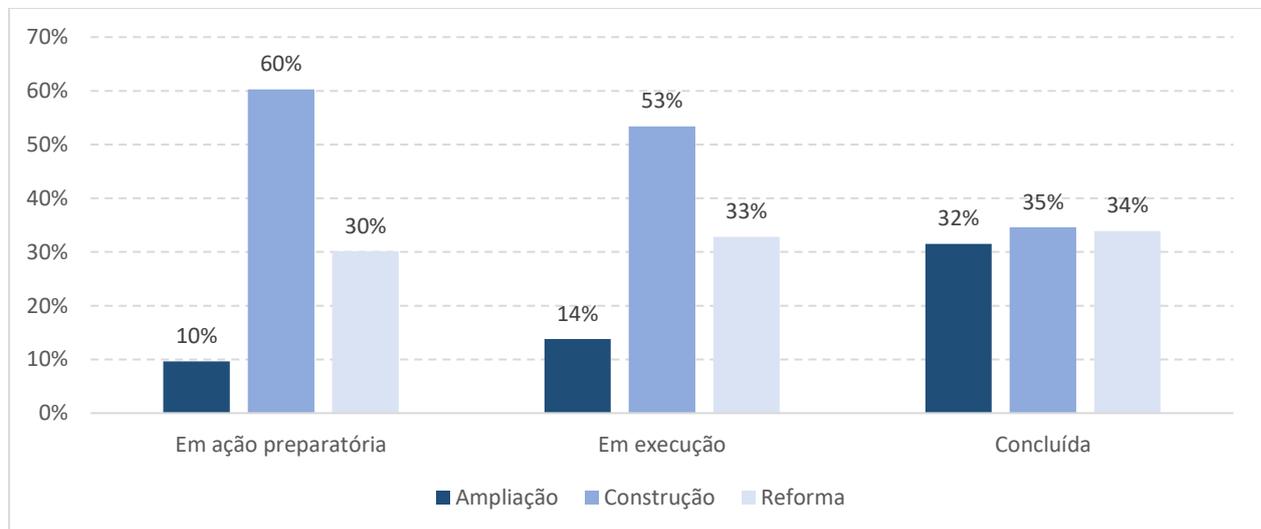


Fonte: SAPS/MS, setembro/2023

2.5.1.7 Infraestrutura na Atenção Primária

O Programa de Requalificação de UBS (Requalifica UBS) realiza obras de construção, ampliação e reforma de UBS, incluindo a construção das Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF), provendo melhores condições de acesso e de oferta de ações e serviços públicos de saúde. Envolve também ações que visam à informatização dos serviços e a qualificação da atenção à saúde desenvolvida pelos profissionais da equipe.

Gráfico 74. Estágios de Execução das Obras Vigentes. Brasil, 2023



Fonte: SISMOB, setembro/2023.

2.5.1.8 Promoção da Saúde

Condições Crônicas Não Transmissíveis

O conjunto das condições crônicas não transmissíveis é composto pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), seus condicionantes e determinantes sociais de saúde e fatores de risco. Estão relacionadas, em grande parte, a causas múltiplas e apresentam um curso clínico que varia ao longo do tempo. Há períodos de agudização, que podem gerar incapacidades e, por isso, exigem respostas e ações contínuas, proativas e integradas da Rede de Atenção à Saúde (RAS), dos profissionais de saúde e dos usuários, para controle efetivo, eficiente e com qualidade.

As DCNT têm impacto na qualidade de vida e na capacidade laboral da população, afetando sobretudo as populações vulnerabilizadas. A prevalência de tais condições tende a se agravar com o passar dos anos, devido à transição demográfica da população. Conforme apontam os dados de 2023 da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), para as 27 cidades pesquisadas, a frequência de diagnóstico médico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi de 27,9%, mantendo-se maior entre mulheres (29,3%) do que entre homens (26,4%) e maior entre os indivíduos de 55 a 64 anos de idade (média de 50,1%) e maiores de 65 anos (média de 65,1%).

Quanto ao número de óbitos que tiveram como causa doenças hipertensivas (CID I10-I15), segundo o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), houve um aumento entre 2019 e 2022, de 53.796 para 66.761 óbitos, considerando dados preliminares deste último. Tais resultados demonstram a importância da continuidade de investimentos e avanço das ações de saúde relacionadas à hipertensão, especialmente no que se refere ao diagnóstico, promoção do autocuidado e controle adequado dos casos na atenção primária à saúde.

Tabela 03. Percentual de Pessoas com Idade Igual ou Maior que 18 Anos que Referem Diagnóstico Médico de Hipertensão Arterial Sistêmica, 2014 a 2023, por sexo. Brasil (capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal) 2023.

Sexo	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2023*
Masculino	22,5	22	23,6	21,7	22,1	21,2	24,1	25,4	26,4
Feminino	26,87	27,3	27,5	26,4	27	27,3	26,2	27,1	29,3
Total	24,8	24,9	25,7	24,3	24,7	24,5	25,2	26,3	27,9

Fonte: VIGITEL/MS/2014-2023. *Não houve inquérito no ano de 2022. Para saber mais acesse: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico>

De acordo com a Pesquisa Nacional da Saúde de 2019 o percentual de indivíduos de 18 anos ou mais que referiram diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica no Brasil foi de 23,9%, o que corresponde a 38,1 milhões de pessoas. Segundo o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), no primeiro quadrimestre de 2023, constavam cerca de 37 milhões de pessoas cadastradas na atenção primária com hipertensão arterial (21,5%).

Nos principais protocolos clínicos disponíveis, é preconizado que tais pessoas tenham acesso uma vez ao ano aos exames de creatinina e eletrocardiograma, essenciais para o acompanhamento da condição de saúde. A proporção de pessoas com hipertensão que tiveram o exame de creatinina avaliado no ano de 2018 foi de 5,3%, já em 2022 foi de 6,6%, enquanto 0,4% e 0,80% tiveram o exame de eletrocardiograma avaliado em 2018 e 2022, respectivamente. Observa-se uma discrepância entre o preconizado e o registro do acesso a tais exames segundo o Sisab.

Para as pessoas com diabetes, o exame para avaliação da hemoglobina glicada e de avaliação dos pés também são considerados essenciais e, todavia, o registro do acesso a tais exames no Sisab encontra-se abaixo do preconizado, apontando lacunas importantes a serem superadas para a oferta de um cuidado compatível com a necessidade da população.

Quanto aos dados relativos ao Diabetes Mellitus, segundo o Vigitel, entre 2018 e 2023 houve aumento no percentual de adultos que referem ter diabetes, conforme dados abaixo.

Tabela 04. Percentual de Adultos (pessoas com idade igual ou maior que 18 anos) que Referem Diagnóstico Médico de Diabetes Mellitus por sexo. Brasil, 2014-2023

Sexo	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2023*
Masculino	7,3	6,9	7,8	7,1	7,1	7,1	7,3	8,6	9,1
Feminino	8,7	7,8	9,9	8,1	8,1	7,8	9,0	9,6	11,1
Total	8	7,4	8,9	7,6	7,7	7,4	8,2	9,1	10,2

Fonte: VIGITEL/MS/2014-2023. *Não houve inquérito no ano de 2022. Para saber mais acesse: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico>

Deteção precoce de neoplasias sensíveis à Atenção Primária à Saúde

O câncer de colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais incidente entre as mulheres no Brasil, excetuado o câncer de pele não melanoma, e o quarto como causa de mortes por câncer entre as mulheres. O INCA estima a ocorrência de 17.010 casos novos de câncer de colo do útero para cada ano do triênio 2023-2025, com estimativa de 15,38 casos a cada 100 mil mulheres. É importante destacar que se trata de um câncer altamente prevenível, visto que são disponibilizadas duas importantes estratégias de prevenção e controle: a vacina contra o papilomavírus humano (HPV) e o rastreamento por meio do exame citopatológico.

O rastreamento para o câncer de colo do útero, deve ser realizado em mulheres, na faixa etária de 25 a 64 anos a cada três anos, após dois exames anuais sem anormalidade. Conforme dados registrados no Sistema Nacional de Câncer (Siscan) referentes à cobertura de exame de rastreamento por citopatológico pelas usuárias do SUS na faixa etária preconizada, 36% realizaram o exame no ano de 2019, 20% em 2020, 32% em 2021 e 39% em 2022 (dados preliminares).

Já em relação ao câncer de mama, a recomendação para rastreamento desse câncer é a realização de mamografia a cada dois anos em mulheres de 50 a 69 anos. Por meio do registro de exames utilizando o Siscan é possível calcular o percentual de mulheres na faixa etária preconizada que realizaram exames de rastreamento em relação à população pelo IBGE na mesma faixa etária. De acordo com esses dados, em 2019, 24% das mulheres na faixa etária preconizada usuária do SUS realizaram mamografia nos últimos dois anos. No ano seguinte, o referido percentual baixou para 14% e aumentou em 2021, chegando a 20%. No que tange à atenção primária, as informações coletadas do Sisab indicam que, em 2021, 5% das mulheres de 50 a 69 anos tiveram solicitação de mamografia nos últimos 2 anos. Em 2022, esse percentual foi para 8%, demonstrando assim a necessidade da intensificação de investimentos e ampliação das ações voltadas para os públicos estratégicos.

Assim, considerando-se as ações desempenhadas durante a vigência do PNS 2020-2023, observa-se uma melhora na cobertura dos dois exames apresentados, considerando que o resultado dos indicadores pode ter sido impactado pela possibilidade de redução de realização de procedimentos e do envio dos dados devido ao contexto da pandemia da covid-19. Diante disso e das demais ações a serem realizadas para detecção precoce e rastreamento do câncer de colo do útero e do câncer de mama na atenção primária, espera-se aumentar a cobertura de rastreamento dos referidos cânceres e do diagnóstico precoce, favorecendo o tratamento.

Programa Saúde na Escola (PSE)

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi lançado em 2007, a partir da articulação entre o SUS e a Rede de Educação Básica, com o objetivo de desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de doenças nas escolas públicas buscando ampliar o alcance de suas ações relativas aos estudantes, famílias e comunidades bem como otimizar a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis no território.

O Programa alcançou a adesão de 5.506 municípios no ciclo 2023-2024, totalizando 102.210 escolas e 25.208.996 estudantes pactuados neste ciclo. Do total de escolas participantes do Programa, 73% (75.120) são consideradas prioritárias, ou seja, são creches públicas e conveniadas do município, escolas rurais, escolas com alunos em medida socioeducativas, e escolas que tenham, pelo menos, 50% dos alunos matriculados pertencentes a famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.

As ações desenvolvidas pelo PSE são:

- Saúde ambiental
- Saúde bucal
- Saúde auditiva
- Saúde ocular
- Prevenção à covid19
- Saúde Mental
- Promoção da atividade física
- Promoção da cultura de paz e direitos humanos
- Prevenção das violências e dos acidentes
- Prevenção das doenças negligenciadas
- Verificação da situação vacinal
- Saúde sexual e reprodutiva e prevenção do HIV/IST
- Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas
- Alimentação saudável e prevenção da obesidade

Programa Bolsa Família

O Ministério da Saúde acompanha, semestralmente, as condicionalidades de saúde de sua responsabilidade constantes do Programa Bolsa Família (PBF), quais sejam: acompanhamento da imunização e da antropometria das crianças menores de sete anos e da assistência ao pré-natal das gestantes.

Diversas pesquisas evidenciam melhorias nas condições de saúde das famílias do PBF acompanhadas periodicamente pela saúde, como redução da mortalidade infantil em crianças menores de 5 anos, especialmente as mortes decorrentes de doenças relacionadas à pobreza como desnutrição (redução de até 65%) e diarreia (redução de até 53%).

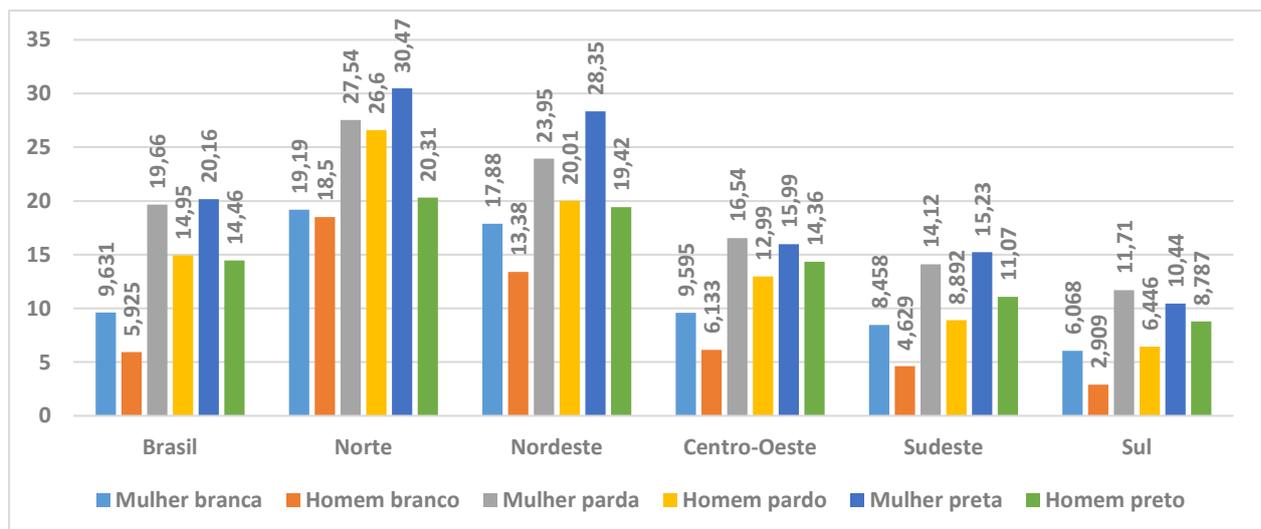
Alimentação e Nutrição

No Brasil, a alimentação é um direito social reconhecido no art. 6º da Constituição Federal. No âmbito do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) criada em 1999 e republicada em 2011, tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional e a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

Entre os fatores de risco relacionados à carga global de doenças no Brasil, a dieta inadequada é o fator que mais contribui para os anos de vida perdidos, sendo superior ao observado para o uso de álcool, drogas, tabagismo e inatividade física. A alimentação adequada e saudável está relacionada à melhoria da saúde, ao menor risco de doenças não transmissíveis e à longevidade.

O relatório “Estado Mundial da Insegurança Alimentar e Nutricional” (SOFI), divulgado pela Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) em 2022, apontou 15,4 milhões de pessoas em situação de insegurança alimentar grave no país e 61,3 milhões em situação de insegurança alimentar moderada ou grave. Além disso, estudo realizado a partir dos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2017/2018, verificou que a prevalência de insegurança alimentar moderada/grave nos domicílios chefiados por mulheres, que se autodeclararam pretas e pardas, é maior do que quando comparadas com aqueles chefiados por homens ou mulheres brancas, ou homens que se autodeclararam pretos/pardos, conforme ilustrado no gráfico abaixo.

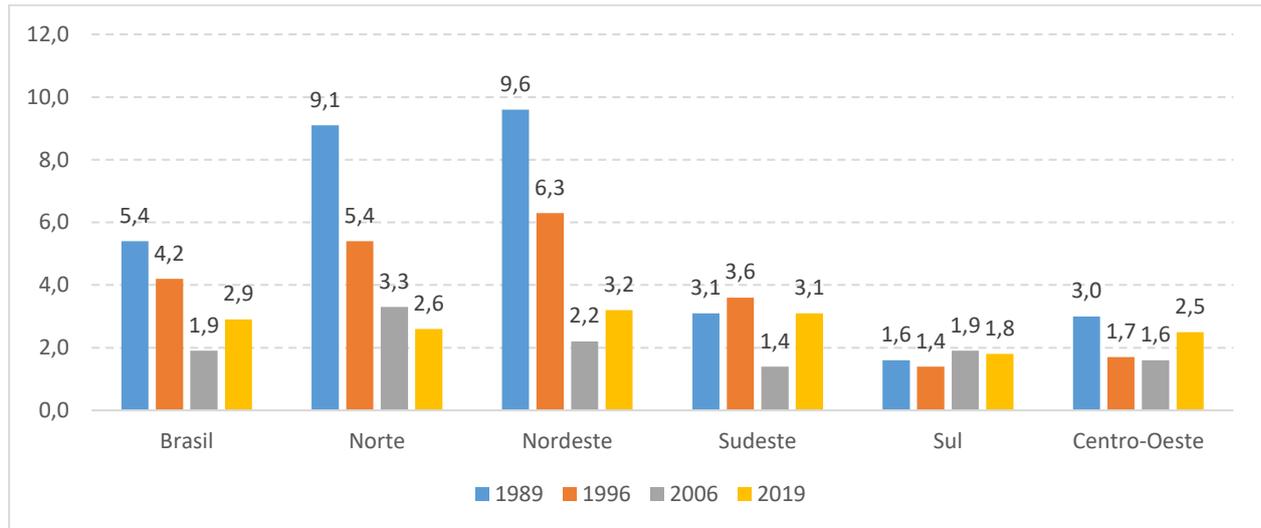
Gráfico 75. Prevalência de Insegurança Alimentar Moderada/Grave de acordo com Sexo e Raça/Cor do Chefe do Domicílio



Fonte: Santos LA et al., Interseções de gênero e raça/cor em insegurança alimentar nos domicílios das diferentes regiões do Brasil. Cad Saúde Pública. 2022;38(11):e00130422.

No público infantil, verificou-se que a prevalência do déficit ponderal em crianças brasileiras menores de cinco anos evoluiu de 5,4% em 1989 para 2,9% em 2019. A Região Nordeste apresentou maiores prevalências de baixo peso para a idade (3,2%) em comparação com as demais regiões.

Gráfico 76. Prevalência de Déficit Ponderal para Idade entre Crianças Menores de Cinco Anos. Brasil.

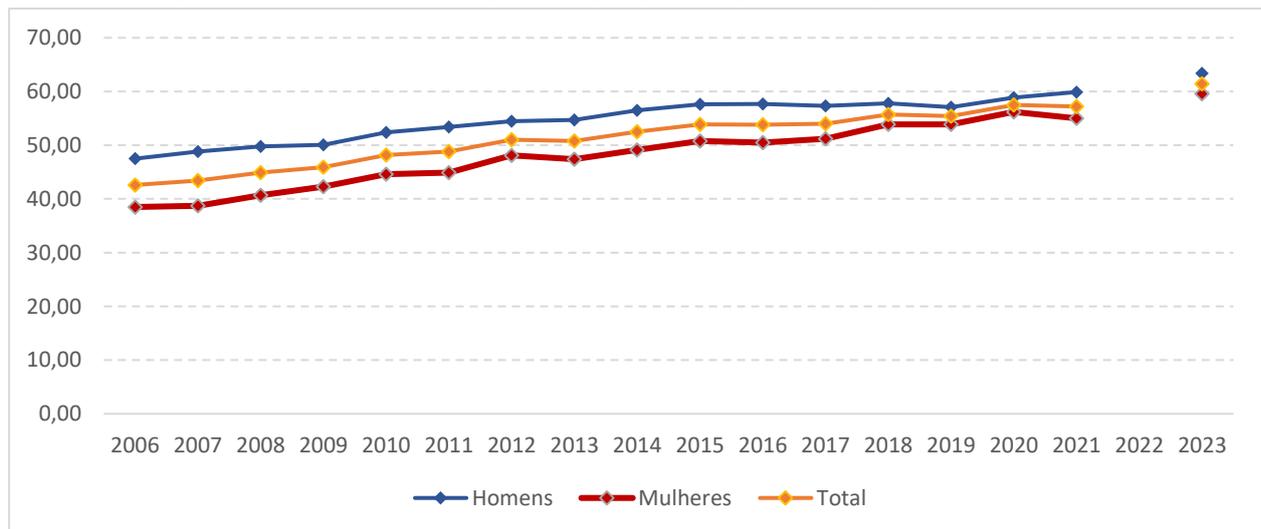


Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição, 1989*. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 1996* e 2006. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição (ENANI), 2019. *Região Norte somente urbana.

Segundo análise da variação temporal das edições do Vigitel entre 2006 e 2021, a frequência de adultos com obesidade aumentou, variando de 11,8% em 2006 a 22,4% em 2021, com maior aumento entre as mulheres, de 12,1% em 2006 a 22,6% em 2021. O Vigitel 2023, apontou que, no conjunto das 27 cidades brasileiras, a frequência de excesso de peso foi de 61,4%, com maior frequência entre os homens (63,4%) do que entre as mulheres (59,6%). Para a obesidade a frequência foi de 24,3%, semelhante entre as mulheres (24,8%) e os homens (23,8%).

Corroborando com este cenário, a Pesquisa Nacional de Saúde mostrou, em 2019, que 60,3% da população adulta brasileira estava com excesso de peso, dos quais 25,9% com obesidade. Segundo os dados do Vigitel para a população negra, há maior frequência dos indicadores de excesso de peso entre as mulheres negras (55,8%) quando comparadas às brancas (51,6%). Para a frequência de obesidade foi vista a mesma diferença, respectivamente 21,8% e 19,6%.

Gráfico 77. Frequência de Excesso de Peso (IMC \geq 25kg/m²) no Conjunto das Capitais e no Distrito Federal

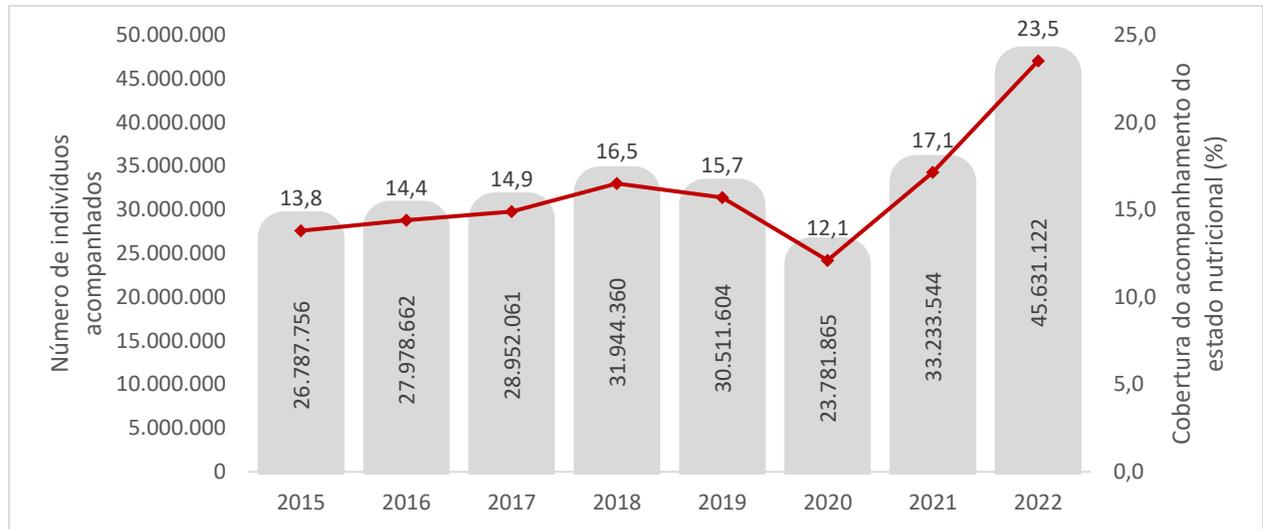


Fonte: VIGITEL (2023). OBS.: Ausência de dados em 2022, pois não houve edição do Vigitel no referido ano.

Para crianças, os dados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil de 2019 (Enani) revelaram que a prevalência de risco de sobrepeso foi de 18,3%, com domicílios situados em áreas urbanas (18,6%) com maiores prevalências que os de áreas rurais (11,8%) e entre crianças mais novas, 12 a 23 meses (23,0%). A prevalência de sobrepeso foi de 7,0% com a Região Sul apresentando a maior prevalência (8,5%) e crianças mais novas (12 a 23 meses) com maior prevalência (10,7%). A prevalência de obesidade foi de 3,0%.

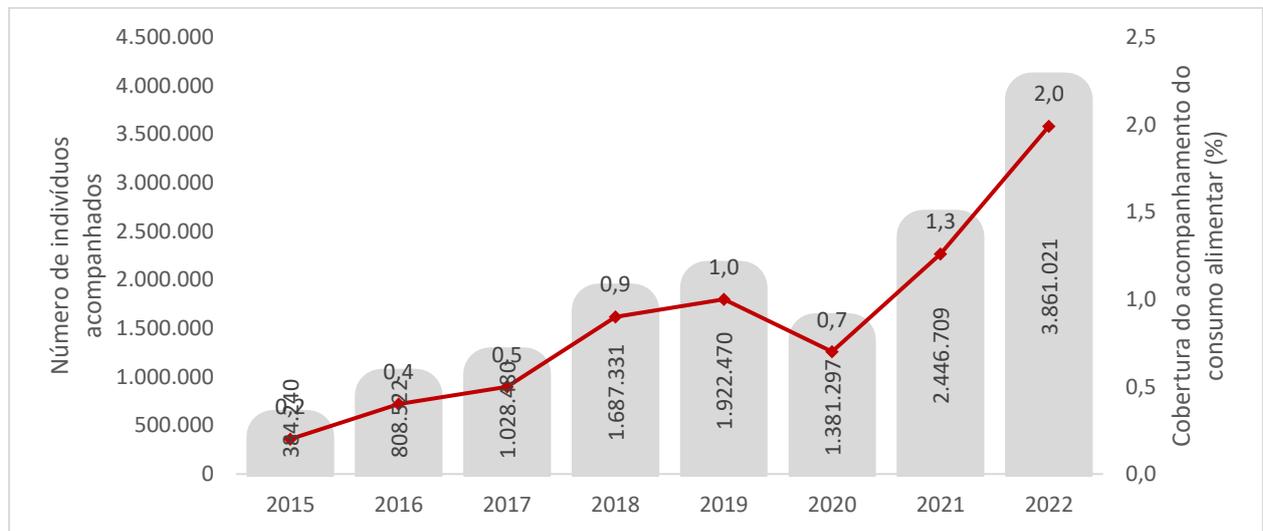
Entre 2015 e 2022, a cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) relacionada ao estado nutricional passou de 13,8% para 23,5%. Em 2022, mais de 45 milhões de pessoas tiveram peso e altura aferidos e registrados e cerca de 3,5 milhões de pessoas tiveram seu consumo alimentar avaliado. Nesse mesmo ano, foram coletados dados referentes a crianças menores de cinco anos, crianças de cinco a nove anos, adultos e idosos, conforme gráficos abaixo.

Gráfico 78. Cobertura do Acompanhamento do Estado Nutricional no Brasil (2015-2022)



Fonte: SISVAN (2022).

Gráfico 79. Cobertura do Acompanhamento do Consumo Alimentar no Brasil (2015-2022)



Fonte: SISVAN (2022).

Gráfico 80. Estado Nutricional de Crianças Menores de Cinco Anos Acompanhados na Atenção Primária de Saúde em 2022

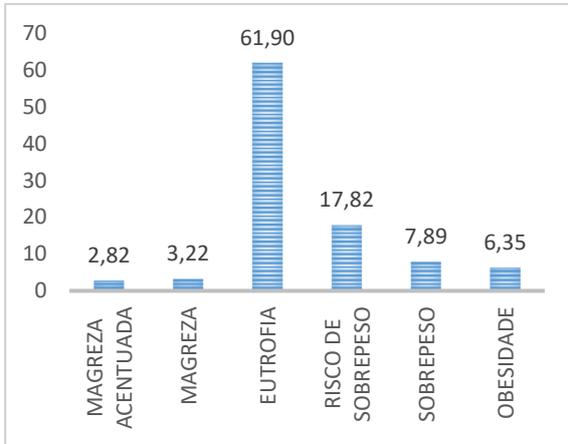


Gráfico 81. Estado Nutricional de Crianças de Cinco a Nove anos Acompanhados na Atenção Primária de Saúde em 2022

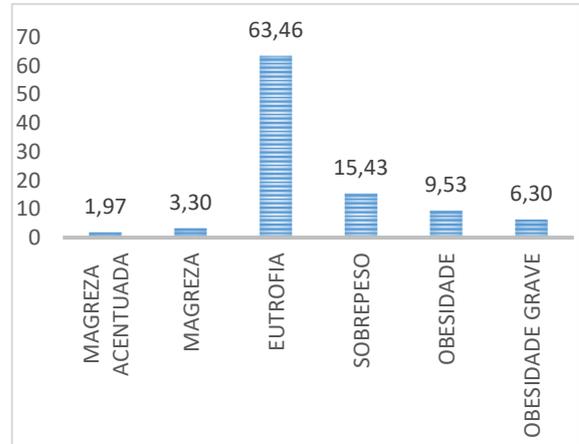


Gráfico 82. Estado Nutricional de Adolescentes Acompanhados na Atenção Primária de Saúde em 2022

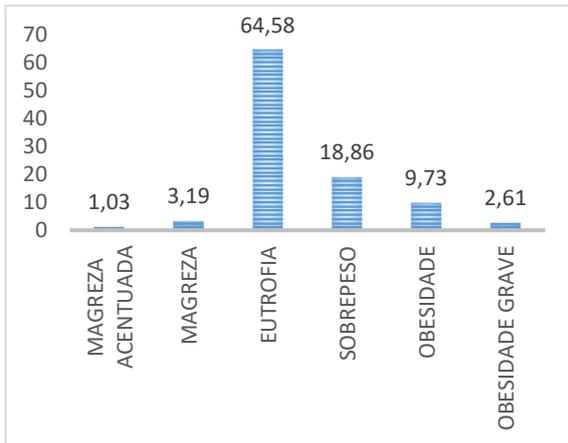


Gráfico 83. Estado Nutricional de Adultos Acompanhados na Atenção Primária de Saúde em 2022

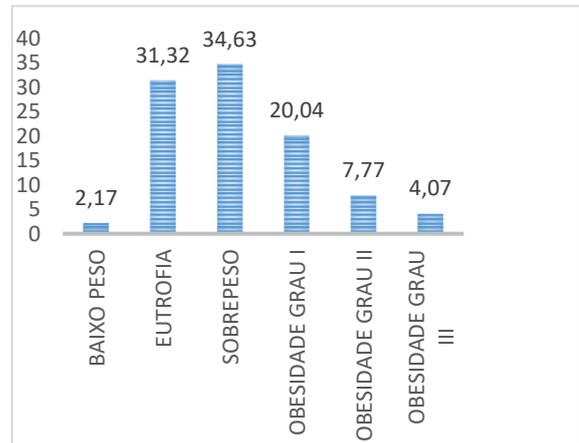
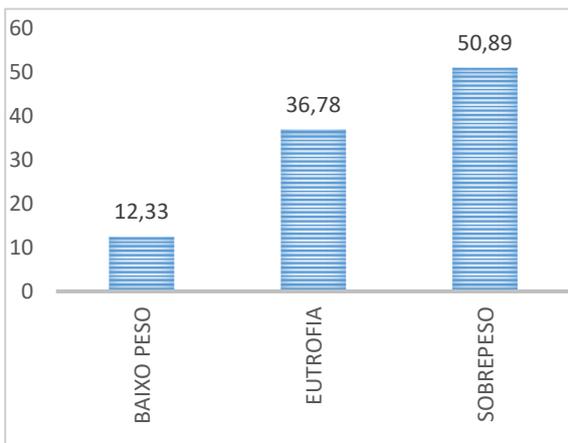


Gráfico 84. Estado Nutricional de Idosos Acompanhados na Atenção Primária de Saúde em 2022



Fonte: SISVAN (2022)

As ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) no contexto de promoção da saúde constituem-se formas mais amplas de intervenção sobre os condicionantes e determinantes sociais de saúde, de forma intersetorial e com participação da sociedade civil. Visando apoiar a implementação de ações de PAAS, o Ministério da Saúde lançou, em 2014, o Guia Alimentar para a População Brasileira e, em 2019, o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos. Além de abordar as categorias

de alimentos de acordo com o grau de processamento para a orientação nutricional, as publicações trazem informações de como comer e preparar as refeições e sugestões para enfrentar os obstáculos do cotidiano para manter um padrão alimentar saudável, como falta de tempo e inabilidade culinária.

Considerando as categorias de alimentos processados e ultraprocessados, a reformulação de alimentos é uma das estratégias para reduzir o atual consumo de sódio e açúcar. Com esse objetivo, o MS assinou termos de compromisso com o setor produtivo de alimentos com metas para redução dos teores de sódio e açúcar em diferentes categorias de alimentos.

No que se refere às ações de Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável na atenção primária, podemos destacar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), que objetiva qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção primária com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do SUS.

Considerando o cenário epidemiológico evidenciado pelo Enani de 2019, que mostrou considerável redução das prevalências de anemia e deficiência de vitamina A entre crianças de 6 a 23 meses, houve a atualização das condutas do Programa Nacional de Suplementação de Ferro e do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A de forma a direcionar as ações para as populações mais vulneráveis e com maior risco para deficiências de micronutrientes, principalmente entre crianças menores de dois anos de idade.

O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A tem como objetivo prevenir a ocorrência de hipovitaminose A e potencializar o pleno desenvolvimento infantil, por meio da suplementação profilática com megadoses de vitamina A de 100.000 UI e 200.000 UI para as crianças de seis a 59 meses de idade. Atualmente, o Programa está em 3.548 municípios e suplementa cerca de 5.8 milhões de crianças. Observa-se uma tendência decrescente no percentual de crianças que recebeu a suplementação no período.

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro atende crianças de seis a 24 meses de idade, gestantes ao iniciarem o pré-natal até o terceiro mês pós-parto, e na suplementação de gestantes com ácido fólico. O Programa tem como objetivo a prevenção e controle da anemia por meio da administração profilática de suplementos de ferro às crianças de seis a 24 meses de idade, gestantes (incluindo também o ácido fólico) e mulheres até 3º mês pós-parto e/ou pós-aborto. Em uma série histórica entre os anos de 2019 e 2022, se observa que, apesar do crescimento entre 2019 e 2020, desde então, se verifica uma redução da cobertura de dispensação de sulfato de ferro.

A Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em Pó (NutriSUS) tem como objetivo potencializar o pleno desenvolvimento infantil e contribuir para a prevenção e o controle da anemia e outras carências nutricionais. Com base nas evidências científicas mais recentes e nos dados gerados pelo Enani, a partir de 2021, o atendimento ao público prioritário da Estratégia NutriSUS passou a acontecer por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a contemplar crianças com idade entre seis e 24 meses de idade atendidas na atenção primária e beneficiárias do Programa Bolsa Família.

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), foram instituídas no SUS por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). A PNPIC objetiva contribuir para o aumento da resolubilidade do sistema. Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina, já formou mais de 13.000 profissionais de saúde do SUS em auriculoterapia em todas as cinco macrorregiões do Brasil, e mais de 400 médicos da atenção primária do SUS foram formados em acupuntura. Além disso, o Ministério da Saúde disponibiliza seis cursos de capacitação em PICS, disponíveis no Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AVASUS).

Em 2018, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) criou o ObservapicsFiocruz com o objetivo de articular a troca de conhecimento, debater, estimular pesquisas e ampliar o alcance das informações para apoiar o SUS na geração de evidências, promoção, implantação, monitoramento e avaliação das PICS. Desde então, tem desenvolvido diferentes ações de mapeamento, avaliação e divulgação dessas práticas junto a pesquisadores, gestores e profissionais de saúde no Brasil. Reúne pesquisadores em diferentes níveis de formação da Fiocruz e de outras instituições do país, bem como colaboradores de diversas áreas,

envolvidos na construção de diferentes olhares sobre a realidade, sistematização de informações e socialização de conhecimentos. Na representatividade Internacional, o ObservaPICSFiocruz se destaca como potencial parceiro da Opas e rede de Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) das Américas e tem a oportunidade de atuar para uma missão articulada e incentivadora das chamadas Medicinas Tradicionais e Complementares no nível global.

2.5.2 Atenção Especializada

2.5.2.1 Atenção Ambulatorial

A Rede de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS, teve as diretrizes estabelecidas para a sua organização por meio da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. A atenção ambulatorial é definida como um dos seus componentes caracterizada como uma prestação de serviços especializados, com densidade tecnológica intermediária para apoiar e complementar os serviços da atenção primária à saúde. Atualmente, a atenção ambulatorial especializada no SUS, é regulamentada por diversas normativas, de forma fragmentada, não se constituindo propriamente enquanto uma política estruturada. Os serviços da atenção ambulatorial especializada estão estruturados em policlínicas, clínica/centro de especialidades, unidade mista, os quais podem ser de gestão estadual, municipal ou distrital, bem como de natureza pública ou privada (com ou sem fins lucrativos).

Atualmente, os serviços especializados que compõem a atenção ambulatorial especializada existentes no SUS - conhecidos como “ambulatórios”- ocorrem por meio do encaminhamento ou referência dos pacientes pela atenção primária. Os especialistas desconhecem os profissionais que encaminharam e não possuem acesso aos prontuários com registros do cuidado previamente realizado (salvo quando há prontuários eletrônicos acessíveis). Frequentemente atuam isoladamente da atenção primária e tendem a criar um vínculo assistencial solitário, retendo de maneira desnecessária os pacientes no serviço especializado, o que acaba por gerar aumento de filas de espera para esses especialistas. Essa falha na referência e contrarreferência contribui no crescimento da dificuldade de vínculo do paciente com a atenção primária, bem como de sua atuação na coordenação do cuidado.

Considerando a consulta realizada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), em setembro de 2023, a atenção ambulatorial especializada, atualmente, possui 76.343 unidades, conforme descrito na tabela a seguir:

Tabela 05. Policlínicas e Clínicas-Centro de Especialidade por Região Geográfica. Brasil, 2023

Região	Policlínica	Clínica/Centro de Especialidade	Total
Norte	339	3.119	3.458
Nordeste	1.862	16.115	17.977
Sudeste	4.868	27.838	32.706
Sul	2.585	11.833	14.418
Centro-Oeste	1.480	6.304	7.784
Total	11.134	65.209	76.343

Fonte: CNES. Dados de Setembro/2023.

Após mapeamento, demonstrado na tabela a seguir, foi definido que as policlínicas regionais, que são unidades especializadas de apoio diagnóstico, com serviços de consultas clínicas com médicos de especialidades diferentes - definidas com base no perfil epidemiológico da população da região - realização de exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e oferta de pequenos procedimentos, serão os estabelecimentos de saúde mais adequados para compor o novo modelo de estabelecimento de saúde da atenção ambulatorial especializada com prioridade para receber o financiamento federal.

As principais especialidades, exames e procedimentos ofertados nas policlínicas regionais com modelagem federal, a depender do perfil epidemiológico da população da macrorregião, serão: **Especialidades** - Angiologia, Cardiologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Neurologia, Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ginecologia/obstetrícia, Mastologia, Urologia, Fisioterapia, Psicologia e outras; **Exames** - Ressonância Magnética, Tomografia, Mamografia, Ultrassonografia com doppler,

Ecocardiografia, Eletroneuromiografia, Teste Ergométrico, Mapa, Holter, Eletroencefalograma, Raio-X de 500Am, Eletrocardiograma, Endoscopia, Colonoscopia, Nasolaringoscopia e outros; **Procedimentos** - Vasectomia, Cauterização, pequenas cirurgias, Cuidados com o pé diabético, Biópsias (mama, tireoide, próstata, dérmica, gastroenteral) e outros.

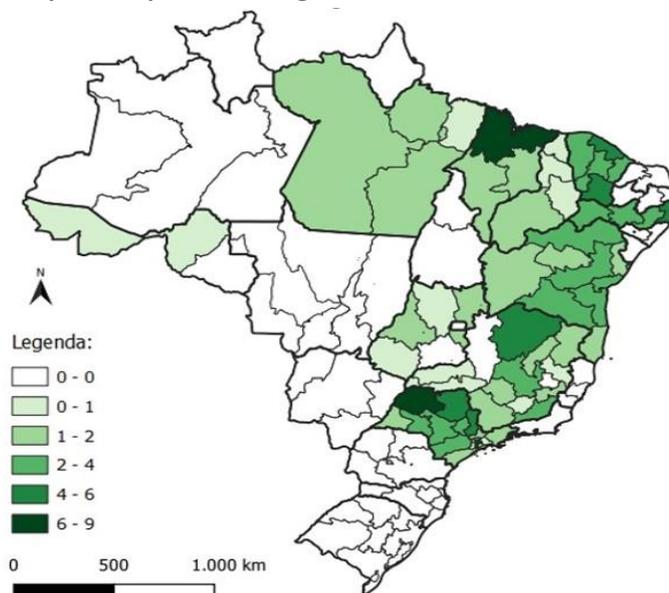
Foram identificadas 170 unidades existentes com características, perfil de atendimento e gestão estadual, considerando as necessidades apontadas no processo de formulação da nova Política Nacional de Atenção Especializada à Saúde- PNAES, conforme distribuição por unidade da federação e por macrorregião demonstrada na tabela e no mapa, a seguir:

Tabela 06. Policlínicas Regionais Prioritárias por UF. Brasil, 2023

Policlínica Regional	
UF	Quantidade
AC	1
BA	25
CE	20
GO	6
MA	11
MG	25
PA	7
PE	14
PI	5
RO	1
SP	55
Total	170

Fonte: Prospecção do Ministério da Saúde, 2023.

Mapa 04. Policlínicas Regionais Disponíveis por Macrorregiões de Saúde. Brasil, 2023



Fonte: Prospecção do Ministério da Saúde, 2023.

Ressalta-se que atualmente o financiamento dessas policlínicas regionais é realizado pelo estado e consórcio de municípios. Considerando o mapeamento realizado acima, ainda existem 55 macrorregiões de saúde brasileiras em situação de vazio assistencial absoluto. Destaca-se que foram consideradas vazio assistencial absoluto as macrorregiões de saúde onde não há presença de Policlínicas Regionais, conforme perfil de atendimento, características e gestão estadual, mapeadas pelo MS. O mapeamento trouxe também que existem macrorregiões de saúde em vazios parciais, que representam a existência de

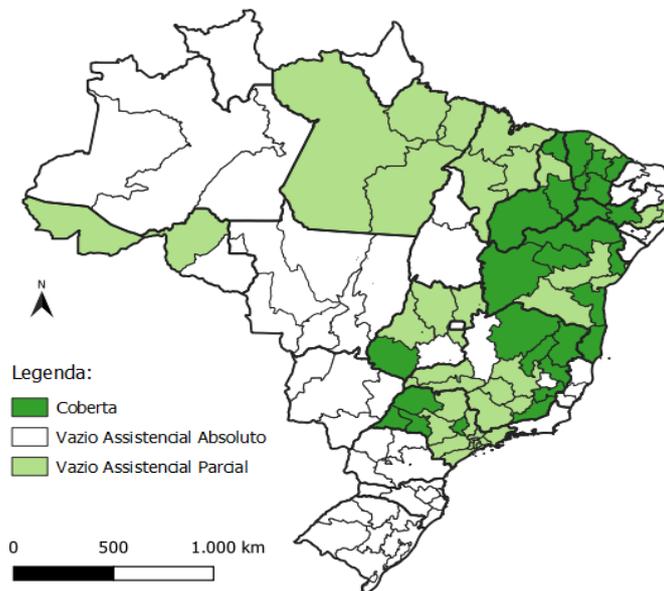
policlínica regional, no entanto, em quantitativo insuficiente naquela macrorregião, quando comparada a proporção de uma policlínica regional a cada 500 mil habitantes. Além disso, destacamos as macrorregiões de saúde que apresentam cobertura de uma ou mais policlínicas regionais para cada 500 mil habitantes. Na tabela a seguir, são apresentados o cenário e o percentual dos vazios assistenciais relacionados às policlínicas regionais, mapeadas pelo MS:

Tabela 07. Vazios Assistenciais das Policlínicas Regionais. Brasil, 2023

Status de Cobertura	Número	Percentual (%)
Vazio Assistencial Absoluto	55	0,47
Vazio Assistencial Parcial	37	0,31
Coberta	26	0,22
Total	118	1

Fonte: Prospecção do Ministério da Saúde, 2023.

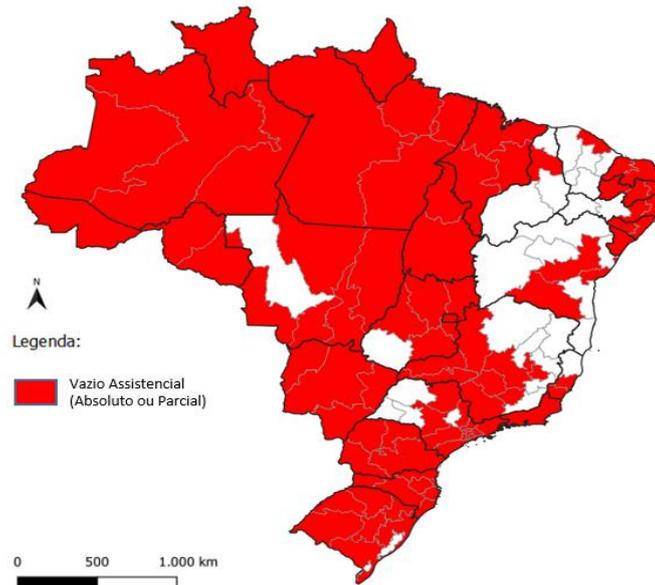
Mapa 05. Cobertura das Policlínicas nas Macrorregiões de Saúde, Brasil.



Fonte: Prospecção do Ministério da Saúde, 2023.

O mapa a seguir, demonstra as macrorregiões de saúde com o vazio absoluto ou parcial. Essas macrorregiões são consideradas prioridade pelo MS para habilitação (repasso de recurso federal para manutenção dos serviços prestados) ou construção de unidades policlínicas, observando as normas estabelecidas. Vale ressaltar que a adesão dos gestores locais à habilitação ou ao financiamento para a construção das unidades policlínicas, junto ao Ministério, é voluntária.

Mapa 06. Macrorregiões de Saúde com Vazio Absoluto ou Parcial referente a Policlínica Regional. Brasil, 2023



Fonte: Prospecção do Ministério da Saúde, 2023.

Considerando a nova Política Nacional de Atenção Especializada à Saúde e a necessidade de ampliar a oferta e o acesso aos serviços, o MS irá propor a elaboração do financiamento de policlínicas regionais como serviço de referência para a atenção ambulatorial especializada. Portanto, o MS pretende custear com recurso federal, inicialmente, 122 unidades de policlínicas regionais, conforme modelagem definida pelo Ministério. No quadro a seguir, estão destacadas as 118 macrorregiões de saúde prioritárias para habilitação ou construção de policlínica regional, considerando os seguintes critérios: a) vazio assistencial de policlínica regional; b) recorte/abrangência regional da policlínica; c) vulnerabilidade socioeconômica da região; d) porte da policlínica regional proposta.

Quadro 03. Macrorregião Prioritária para Habilitação ou Construção de Policlínicas Regionais. Brasil, 2023

Centro-Oeste			Norte			Nordeste			Sul			Sudeste		
DF	1	Distrito Federal	AC	1	Macro única - AC	AL	2	1ª Macrorregião de Saúde, 2ª Macrorregião de Saúde	PR	4	Macrorregião Oeste, Macrorregional Leste, Macrorregional Noroeste, Norte	ES	4	Central, Metropolitana, Norte, Sul
GO	5	Macrorregião Centro Sudeste, Macrorregião Centro-Norte, Macrorregião Centro-Oeste, Macrorregião Nordeste, Macrorregião Sudeste	AM	3	Central, Leste, Oeste	BA	9	Centro - Norte (NRS - Jacobina), Centro-Leste (NRS - Feira Santana), Extremo Sul (NRS - Teixeira Freitas), Leste - (NRS - Salvador), Nordeste (NRS - Alagoinhas), Norte - (NRS - Juazeiro), Oeste (NBS - Barreiras), Sudoeste (NBS - Vitória Conquista), Sul (NBS - Ilhéus)	RS	7	Centro-oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Serra, Sul, Vales	MG	14	Centro, Centro Sul, Jequitinhonha, Leste, Leste do Sul, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Sudeste, Sul, Triângulo do Norte, Triângulo do Sul, Vale do Aço
MS	3	Campo Grande, Dourado, Três Lagoas	AP	1	Macro única - AP	CE	5	1ª Macro – Fortaleza, 2ª Macro – Sobral, 3ª Macro – Cariri, 4ª Macro - Sertão Central, 5ª Macro - Litoral Leste/Jaguaribe				RJ	3	Macrorregião I, Macrorregião II e Macrorregião III
MT	5	Macrorregião Centro-Norte, Macrorregião Leste, Macrorregião Norte, Macrorregião Oeste, Macrorregião Sul	PA	4	Macrorregional I, Macrorregional II, Macrorregional III, Macrorregional IV	MA	3	Macrorregião Leste, Macrorregião Norte, Macrorregião Sul	SC	7	Alto Vale do Itajaí, Foz do Rio Itajaí, Grande Florianópolis, Grande Oeste, Meio Oeste e Serra Catarinense, Planalto Norte e Nordeste, Sul	SP	17	RRAS1, RRAS10, RRAS11, RRAS11, RRAS13, RRAS14, RRAS15, RRAS16, RRAS17, RRAS2, RRAS3, RRAS4, RRAS5, RRAS6, RRAS7, RRAS8, RRAS9
			RO	5	Macrorregião I - Porto Velho, Macrorregional II (Cacoal), Macro-Roraima, Macrorregião Centro-Sul, Macrorregião Norte	PB	3	Macrorregião I - João Pessoa, Macrorregião II - Campina Grande, Macrorregião III - Sertão/Alto Sertão						
						PE	4	Agreste, Metropolitana, Sertão, Vale do São Francisco e Araripe						
						PI	4	Cerrados, Litoral, Meio Norte, Semi-árido						
						RN	2	Macrorregião I, Macrorregião II						
						RR	1	Macro-Roraima						
14			15			33			18			38		

Fonte: Saes/MS. Dados de Setembro de 2023.

Outra problemática a ser enfrentada na concepção da nova Política Nacional de Atenção Especializada à Saúde está relacionada a formação e provimento de profissionais para o SUS, sendo uma ação estratégica para atenção ambulatorial especializada. Em 2022 existiam 321.581 médicos com um ou mais título de especialista, o que correspondia a 62,5% do total de 514.215 profissionais em atividade no país. Os demais 192.634 médicos (ou 37,5%) eram generalistas, ou seja, não possuíam título em nenhuma especialidade (Scheffer M et al., 2023⁴).

Conforme os dados apontados, o número de profissionais especialistas é insuficiente, bem como a sua distribuição pelas regiões do país, o que impacta diretamente no acesso e formação de filas para atendimento especializado no SUS. Assim, a Política de Atenção Especializada deve prever estratégias de formação, provimento e alocação de médicos especialistas, considerando as desigualdades regionais.

Para isso, algumas ações são necessárias: dimensionar a alocação dos profissionais e identificar a necessidade por região de saúde; promover processos de decisão compartilhada, matriciamento e educação permanente em saúde entre profissionais (atenção primária/atenção especializada); diagnosticar o perfil de profissionais para atenção a determinadas necessidades de saúde e para a atuação em determinados serviços de saúde; ampliar e diversificar os processos de formação médica e multiprofissional; dentre outras. Considerando a Portaria GM/MS n.º 90, de 3 de fevereiro de 2023, que institui o Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas; e ainda a necessidade de qualificação do corpo docente-assistencial e gestores de programas de residência em saúde, há a necessidade do estabelecimento de estratégias direcionadas a estimular a atuação de profissionais de especialidades diversas, como cardiologista, neurologista, ortopedista, ginecologista, entre outros, em regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais e assim ampliar o atendimento à população na atenção ambulatorial especializada seja para consultas, exames gráficos e de imagem e pequenos procedimentos por meio das policlínicas regionais, ampliando a oferta e o acesso dos usuários do SUS.

2.5.2.2 Atenção Hospitalar

Os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Constituem-se, ainda, em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A assistência hospitalar no SUS é organizada a partir das necessidades da população, a fim de garantir o atendimento aos usuários, com apoio de uma equipe multiprofissional, que atua no cuidado e na regulação do acesso, na qualidade da assistência prestada e na segurança do paciente.

De forma integrada aos demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e com outras políticas intersetoriais, a Assistência tem como objetivo garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado, assegurando a equidade e a transparência, sempre de forma pactuada com os colegiados do SUS.

O perfil de morbidade das internações no Brasil segundo os capítulos do CID 10 em 2022, é bastante diferenciado de agravos, que representa a situação da tríplice carga de doença, com uma alta incidência de internações por doenças crônicas não transmissíveis como as de origem cardiovascular, respiratória, diabetes e neoplasias, as causas externas decorrentes de acidentes e violência, e também a manutenção de um grande número de afecções infectocontagiosas.

No contexto dessa diversidade de agravos de saúde, fortalecer a atenção hospitalar, segundo a lógica das Redes de Atenção à Saúde, integrada ao território e respondendo às necessidades de saúde da população de abrangência, apesar da grande variabilidade entre estes estabelecimentos, é um desafio a ser trabalhado e superado.

⁴ Scheffer M et al. Demografia Médica no Brasil 2023. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023. 344 p. ISBN: 978-65-00-60986-8.

Estabelecimentos Prestadores de Serviço

O MS é o responsável pela Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte (HPP), contratualização, incentivo 100% SUS, certificação de hospital de ensino e versa sobre investimentos em atenção hospitalar. Além disso é responsável pela gestão do registro de solicitações de habilitações de leitos de UTI Adulto, UTI pediátrico, UTI Neonatal, Unidade Coronariana e unidades de cuidado intermediários, assim como de cuidados prolongados e hospital-dia no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Tabela 08. Estabelecimentos Hospitalares Segundo Tipologia e Natureza Jurídica. Brasil, 2023

Tipo de Estabelecimento	Pública Federal	Pública Estadual ou Distrito Federal	Pública Municipal	Empresa Pública ou Sociedade de Economia Mista	Demais Entidades Empresariais	Entidades sem Fins Lucrativos	Total
HOSPITAL GERAL	62	500	1.834	26	1.370	159	5.384
HOSPITAL ESPECIALIZADO	18	142	95	5	560	180	1.000
HOSPITAL/DIA - ISOLADO	1	15	40	1	742	49	848
TOTAL	81	657	1.969	32	2.672	1.821	7.232

Fonte: CNES. Dados de setembro de 2023.

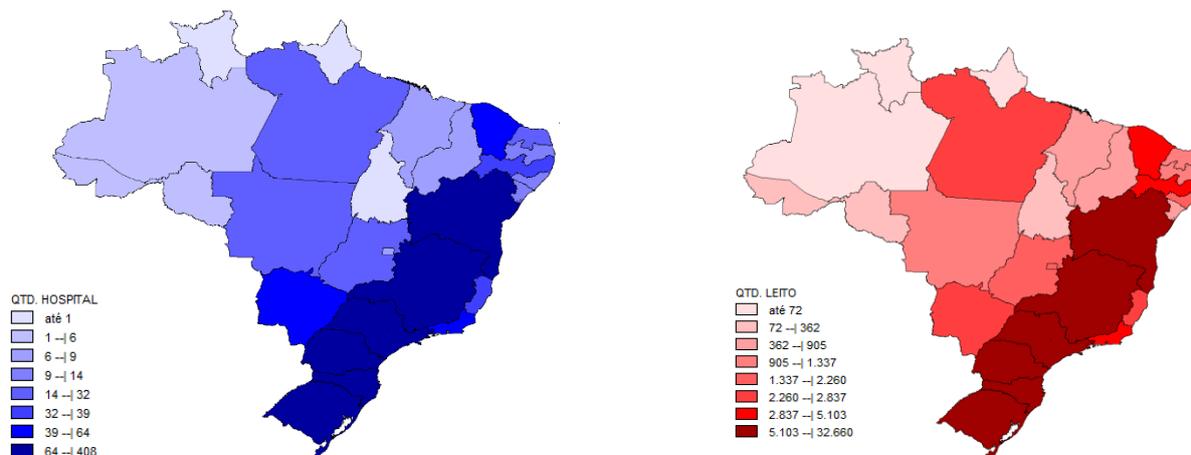
Atualmente, há 7.232 hospitais no Brasil, sendo que mais de 60%, prestam serviços ao SUS. Ainda considerando o total de hospitais cadastrados no CNES, 37% são hospitais públicos (2.707) e 25% são hospitais filantrópicos (1.821).

O Ministério da Saúde tem como prioridade expandir ainda mais a rede de hospitais no país, ampliando o acesso aos serviços de média e alta complexidade e utilizando como principal ferramenta para este objetivo o Novo Programa de Aceleração e Crescimento (PAC).

Hospitais Filantrópicos – Incentivo para Contratualização e Incentivo 100% SUS

Os hospitais filantrópicos correspondem a 25% dos hospitais do Brasil e são responsáveis por uma parcela considerável da produção hospitalar destinada ao SUS, na média (39,8%) e alta complexidade (61,19%). Em aproximadamente 900 municípios, a assistência hospitalar é realizada unicamente por hospitais beneficentes. Os mapas a seguir, demonstra a distribuição dos estabelecimentos e dos leitos filantrópicos segundo unidade federativa.

Mapa 07. Distribuição dos Hospitais Filantrópicos e Leitos SUS em Hospitais Filantrópicos por UF. Brasil, 2023



Fonte: Cnes, 2023.

Em 2005, o MS, por meio do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos, implantou um novo modelo de financiamento para esses hospitais, baseado no repasse de

incentivos financeiros calculados a partir da série histórica da produção hospitalar de cada estabelecimento.

Neste contexto, instituiu-se o Incentivo de Adesão à Contratualização, permitindo o repasse de recursos aos estabelecimentos hospitalares incorporados ao Teto de Média e Alta Complexidades dos gestores locais do SUS. A Portaria GM/MS n.º 2.035, de 17 de setembro de 2013, foi a última portaria de atualização do incentivo. Novas adesões ao incentivo de adesão à contratualização, foram suspensas desde 2014 e posteriormente a normativa citada foi revogada, sendo que o repasse do incentivo permanece apenas para os serviços já aderidos anteriormente.

No cenário atual, o instrumento de contratualização já está bem mais estabelecido, e o incentivo aos hospitais filantrópicos se perpetua por outras políticas, como é o caso do incentivo 100% SUS.

O incentivo 100% SUS é destinado à unidade hospitalar que se caracteriza como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos e que destine 100% de seus serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares exclusivamente ao SUS.

Atualmente, 117 serviços hospitalares estão aderidos ao Incentivo 100% SUS, totalizando 18.565 leitos, e o valor do recurso repassado para estes serviços totaliza uma quantia de R\$ 183.014.970,82 (cento e oitenta e três milhões, quatorze mil, novecentos e setenta reais e oitenta e dois centavos).

A tabela a seguir mostra de forma comparada os hospitais que recebem os respectivos incentivos com o total de estabelecimento filantrópicos:

Tabela 09. Hospitais Filantrópicos que Atendem 100% SUS e Recebem IAC. Brasil, 2023

TIPO	N.º de Estabelecimentos	% de Estabelecimentos	Valor repassado anual (R\$)
Hospitais Filantrópicos	1.662	100%	n/a
Hospitais IAC - Filantrópicos	890	54%	2.049.465.074,00
Hospitais 100% SUS*	117	7%	183.014.970,82
Total Estabelecimentos IAC/100% SUS	917	55%	2.232.480.044,82

Fonte: Cnes. Dados de setembro de 2023.

Nota 1: Hospitais Gerais; Hospitais Especializados; Unidades Mistas.

Nota 2: 27 Hospitais 100% SUS não recebem IAC.

A tabela a seguir demonstra a série histórica da distribuição por unidades federativas e por ano de adesão dos estabelecimentos que recebem o incentivo 100% SUS.

Tabela 10. Estabelecimentos que Recebem o Incentivo 100% SUS, por UF. Brasil, 2012 a 2023

UF	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
AL		1											1
AM		1											1
BA	14			1	2			1	1	1		1	21
CE	3	1		2								1	7
GO		1											1
MA	1												1
MG	5	4	1		1	1		2					14
MS			1	1									2
PA		1			1								2
PB		1											1
PE	6	2		1					1			1	11
PR	1	2						3		1	1		8
RJ		1		2					1				4

UF	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
RN	2	3											5
RS	2	1		1			2	1	4	1		1	13
SP	10	4	2		1		1	3	1		2	1	25
TOTAL	44	23	4	8	5	1	3	10	8	3	3	5	117

Fonte: Saes/MS. Dados extraídos em setembro de 2023.

O incentivo 100% SUS foi atualizado em 2023 por meio da Portaria GM/MS n.º 961, de 17 de julho de 2023, republicada no dia 04 de outubro de 2023. A atualização do incentivo prevê um aumento do recurso repassado para os serviços de saúde, além de trazer melhorias normativas como mecanismos de estímulo de melhoria da gestão. Para adesão ao Programa Nacional de Gestão de Custos, leva-se em consideração a produção do serviço registrada nos sistemas de informação para o cálculo do valor do incentivo.

Diante da atualização do incentivo, espera-se que mais de 100 hospitais solicitem adesão ao Programa com um aumento dos leitos hospitalares disponíveis ao SUS, levando a ampliação do acesso da população à atenção hospitalar.

Hospitais de Pequeno Porte

A Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) foi instituída pela Portaria GM/MS n.º 1.044, de 01 de junho de 2004, que foi revogada e incorporada na Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2 - Anexo XXIII, de 28 de setembro de 2017.

O objetivo principal desta política foi incrementar um novo modelo de organização e financiamento para pequenos hospitais públicos e filantrópicos brasileiros, redefinindo o seu papel assistencial no SUS para conferir maior resolutividade às suas ações.

Na época, houve a adesão de 517 estabelecimentos de saúde a Política de Hospitais de Pequeno Porte, com impacto anual de R\$ 26.207.835,13 (vinte e seis milhões, duzentos e sete mil, oitocentos e trinta e cinco reais e treze centavos). Destes, 7 estabelecimentos solicitaram a exclusão, portanto, atualmente, há 510 estabelecimentos que recebem o valor anual de R\$ 25.888.436,81 (vinte e cinco milhões, oitocentos e oitenta e oito mil, quatrocentos e trinta e seis reais e oitenta e um centavos).

Uma das principais dificuldades encontradas está no número expressivo destes hospitais espalhados pelo país, representando grande parte da rede hospitalar brasileira (67,7 %). A grande capilaridade destas unidades dentro da rede de atenção à saúde dificulta no desenho de uma política específica, pois os hospitais de pequeno porte estão presentes em territórios com demandas diversas.

Ademais, possuem distintos perfis assistenciais nas diferentes regiões do país, sendo fundamentais em diversas localidades já que muitas vezes são os únicos estabelecimentos hospitalares existentes na região e ofertam um cuidado intermediário entre o domicílio e estabelecimentos com maior complexidade e densidade tecnológica. Além disso, culturalmente há uma supervalorização da unidade hospitalar pela população, por esta representar o locus onde se nasce e morre e de oferta de emprego e de circulação de dinheiro.

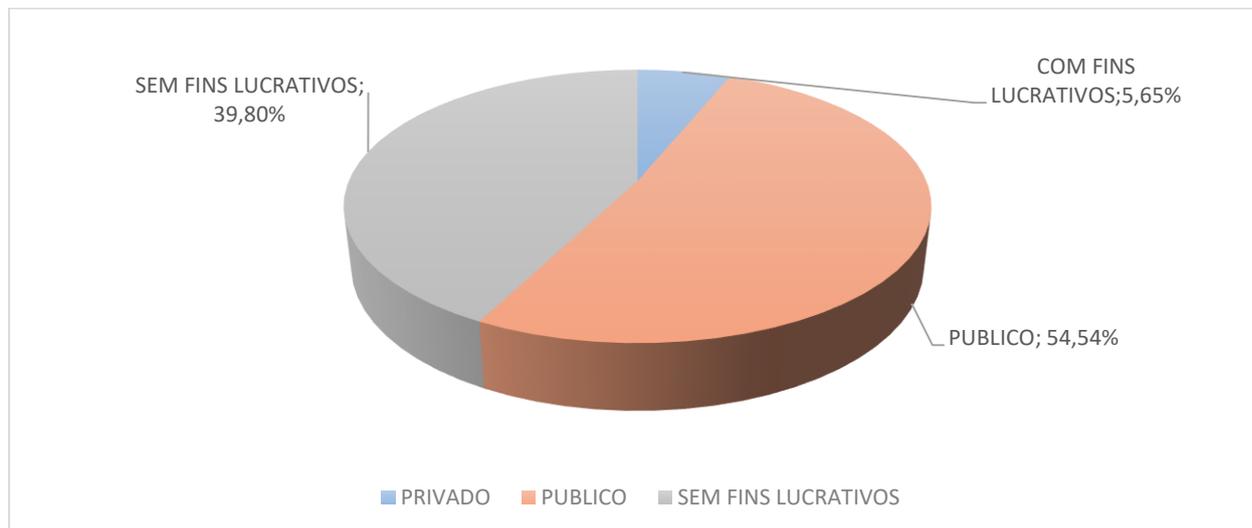
Outra dificuldade reside na superposição de ações assistenciais destes pequenos hospitais com os outros pontos de atenção, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), unidades básicas, unidades mistas, maternidades, entre outros.

A estratégia do MS para a política dos hospitais de pequeno porte é revisar o normativo vigente dentro do contexto maior de revisão da política, visando reorganizar a participação dos pequenos hospitais no SUS de forma a rever a lógica de financiamento e promover mudanças no perfil assistencial desses hospitais para orientar a prestação de serviços destes estabelecimentos, segundo as diferentes redes temáticas e políticas do SUS, adequando às necessidades do seu território, sendo este um assunto prioritário para a área finalística.

Ações e Procedimentos de Saúde Realizados

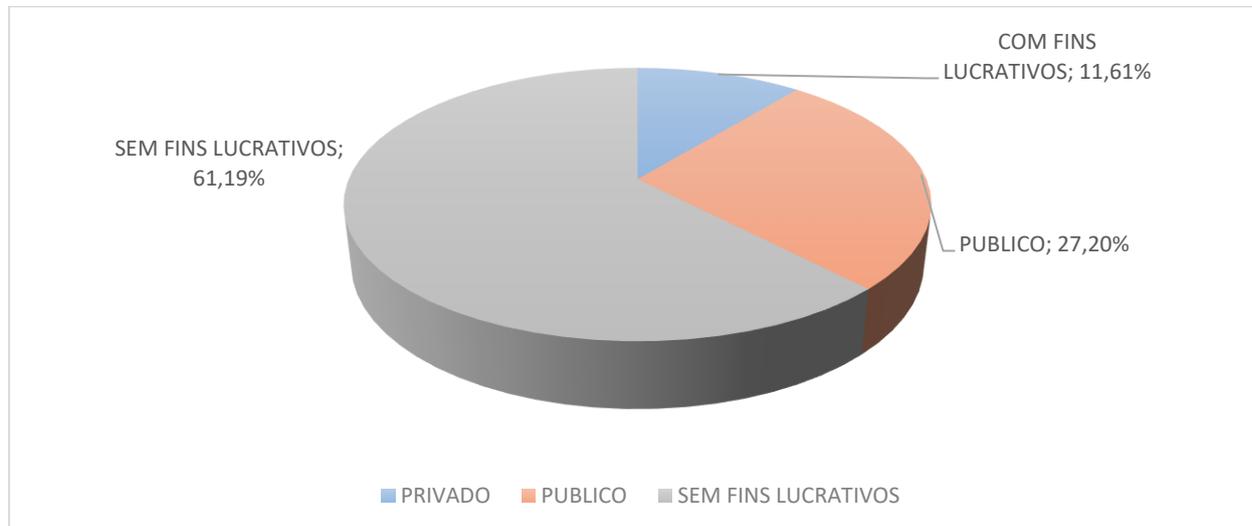
Os gráficos expressam a produção hospitalar de média e alta complexidade dos estabelecimentos hospitalares de forma proporcional, segundo a natureza jurídica. Nota-se a participação expressiva dos hospitais filantrópicos principalmente na prestação de serviços de alta complexidade para o SUS.

Gráfico 85. Produção Proporcional de AIH de Média Complexidade nos Serviços de Internação Hospitalares (SIH). Brasil, 2022



Fonte: SIA/TabWin/Saes/MS. 2022.

Gráfico 86. Produção Proporcional de AIH de Alta Complexidade nos Serviços Hospitalares. Brasil, 2022



Fonte: SIA/TabWin/Saes/MS. 2022.

Cuidado do Paciente Crítico ou Grave - Leitos de Terapia Intensiva e Cuidados Intermediários

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um serviço hospitalar destinado a usuários em situação clínica grave ou de risco, clínico ou cirúrgico, necessitando de cuidados intensivos, assistência médica, de enfermagem e fisioterapia, ininterruptos, monitorização contínua durante as 24 horas do dia, além de equipamentos e equipe multidisciplinar especializada.

De acordo com informações contidas no Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde – CNES, existem atualmente 61.859 leitos de UTI - considerando todos os tipos e especialidades com registro - dos quais 30.923 leitos de UTI habilitados ao SUS, recebendo recursos federais, nas diversas tipologias, conforme tabela a seguir.

Tabela 11. Leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI habilitadas. Brasil, 2023

Região/Unidade da Federação	UTI Adulto	UTI Pediátrica	UTI Neonatal	UTI de Queimados	UTI Coronariana	TOTAL
Região Norte	1.357	309	390	14	21	2.091
Rondônia	224	18	31	0	0	273
Acre	55	11	15	0	0	81
Amazonas	297	91	59	0	10	457
Roraima	47	10	23	0	0	80
Pará	623	153	184	2	10	972
Amapá	12	5	40	0	0	57
Tocantins	99	21	38	12	1	171
Região Nordeste	4.986	776	1.072	12	157	7.003
Maranhão	539	72	156	0	20	787
Piauí	241	31	57	0	0	329
Ceará	756	123	187	0	30	1096
Rio Grande do Norte	307	43	91	0	22	463
Paraíba	403	86	63	6	20	578
Pernambuco	1053	162	134	2	28	1379
Alagoas	321	51	94	0	10	476
Sergipe	187	23	64	0	0	274
Bahia	1179	185	226	4	27	1621
Região Sudeste	10.166	1.356	2.245	89	199	14.055
Minas Gerais	2.629	243	583	14	85	3.554
Espírito Santo	698	46	122	3	44	913
Rio de Janeiro	1.781	195	378	10	17	2381
São Paulo	5.058	872	1.162	62	53	7207
Região Sul	3.713	479	972	22	67	5.253
Paraná	1622	177	427	10	33	2269
Santa Catarina	780	111	204	8	20	1123
Rio Grande do Sul	1311	191	341	4	14	1861
Região Centro-Oeste	1.809	280	377	15	40	2.521
Mato Grosso do Sul	318	43	62	0	10	433
Mato Grosso	351	36	85	0	6	478
Goiás	792	117	144	9	16	1078
Distrito Federal	348	84	86	6	8	532
Total	22.031	3.200	5.056	152	484	30.923

Fonte: Saes/MS. Dados de setembro de 2023.

Unidades de Cuidados Prolongados

Os cuidados prolongados são uma estratégia de cuidado intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica, inclusive a atenção domiciliar, prévia ao retorno do usuário ao domicílio (reabilitação) e são organizados em: a) Unidades de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) como serviços dentro de um Hospital Geral ou Especializado; b) Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP).

No período de 2013 a 2023, foram habilitados 1.959 leitos de UCP, conforme tabela a seguir, o que totaliza o custeio anual dos leitos em R\$ 135.008.390,00 (cento e trinta e cinco milhões, oito mil, trezentos e noventa reais).

Tabela 12. Leitos de Unidade de Cuidado Prolongados (UCP) por UF. Brasil, 2013 a 2023

UF	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
AL						40						40
CE										25	25	50
DF										15		15
GO						25		23				48
MG		65	80	40	65	30	65			95	45	485
MS	68		22				20					110
PB				50		50						100

UF	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
PE							40					40
PR				22						100	15	137
RJ			40							72	20	132
RO		15										15
RS							151	20		85	44	300
SC		55		15		30	100					200
SP	20	22		60		86	35	24		15	25	287
TOTAL	88	157	142	187	65	261	411	67	0	407	174	1959

Fonte: Saes/MS. Dados de Outubro/2023.

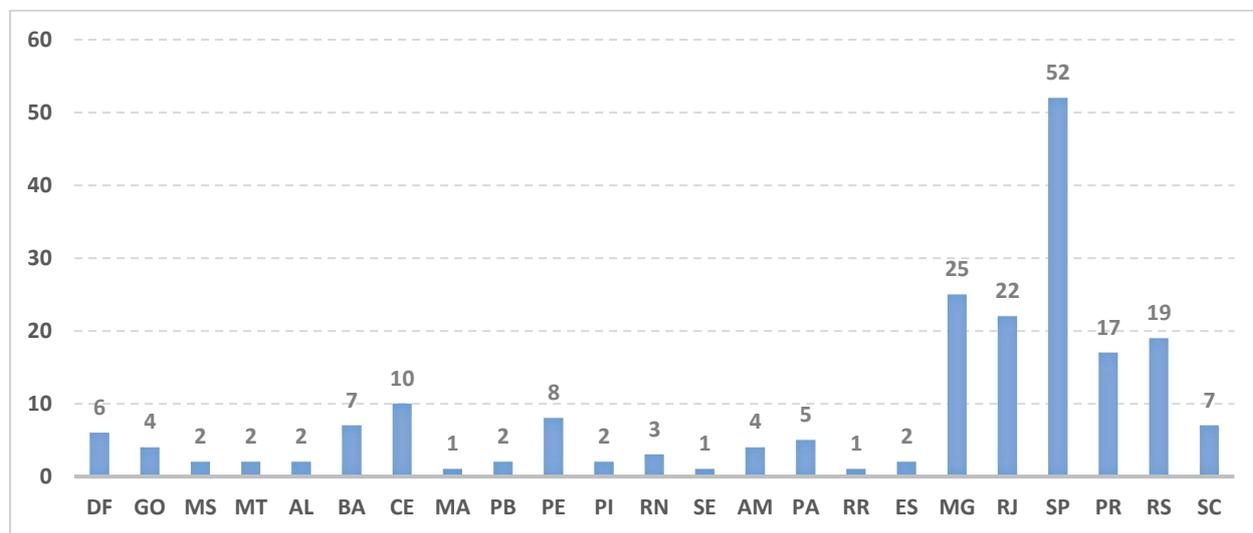
Os dados mostram que apesar do aumento constante do número de leitos de cuidados prolongados, essa ainda é uma estratégia com muito potencial de expansão, inclusive pela alta demanda de leitos destinados para pacientes que necessitam de reabilitação, considerando o envelhecimento da população, o agravamento das doenças crônicas, os agravos traumato-ortopédicos, e a necessidade do restabelecimento precoce das funções e atividades dos indivíduos.

Hospitais-Dia

O regime de hospital-dia consiste na assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período máximo de 12 horas.

A habilitação do serviço não gera impacto financeiro e alteração no teto financeiro do estado ou município. No gráfico a seguir podemos observar o número de estabelecimentos com habilitação regime de Hospital Dia para procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos (código 12.02) por unidade federativa.

Gráfico 87. Estabelecimentos Hospitalares com Habilitação em Regime de Hospital DIA (código 12.02) por UF. Brasil, 2023



Fonte: Saes/MS. 2023.

Observa-se no gráfico acima, o número de 204 hospitais com habilitação do MS em hospital-dia. A Região Norte do país é a que menos possui serviços com habilitação DIA (10), com uma unidade no estado de Roraima. Destaca-se que nos últimos anos, apenas no estado de São Paulo houve habilitação de novos leitos.

Programa Nacional de Segurança do Paciente

A segurança do paciente é um dos atributos da qualidade do cuidado e tem adquirido, em todo o mundo, grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde com a finalidade de oferecer uma assistência segura. O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013 e, atualmente disposto nos art. 157 a 166 da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5/2017, tem como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

Por meio das diversas ações realizadas no âmbito do programa desde o seu início, várias metas foram alcançadas, dentre elas as que constam na figura abaixo.

Figura 02. Produtos do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasil, 2023



Fonte: Dahu/Saes/MS. 2023

Atualmente as ações do Programa Nacional de Segurança do Paciente estão operacionalizadas principalmente por meio de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS). No atual triênio do Proadi, que finaliza em 2023, há dois projetos vigentes relacionados à segurança do paciente: Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil (Saúde em Nossas Mãos); e Implantação do Programa de Segurança do Paciente e Desenvolvimento de Ferramentas de Gestão, Educação e Práticas Compartilhada (Paciente Seguro).

2.5.2.3 Atenção às Urgências

A adequada organização do sistema de saúde para o enfrentamento das situações de urgência e emergência é um importante componente da assistência à saúde, com forte impacto na estrutura operacional do SUS e sobre o seu financiamento, bem como representa alta relevância para a sociedade.

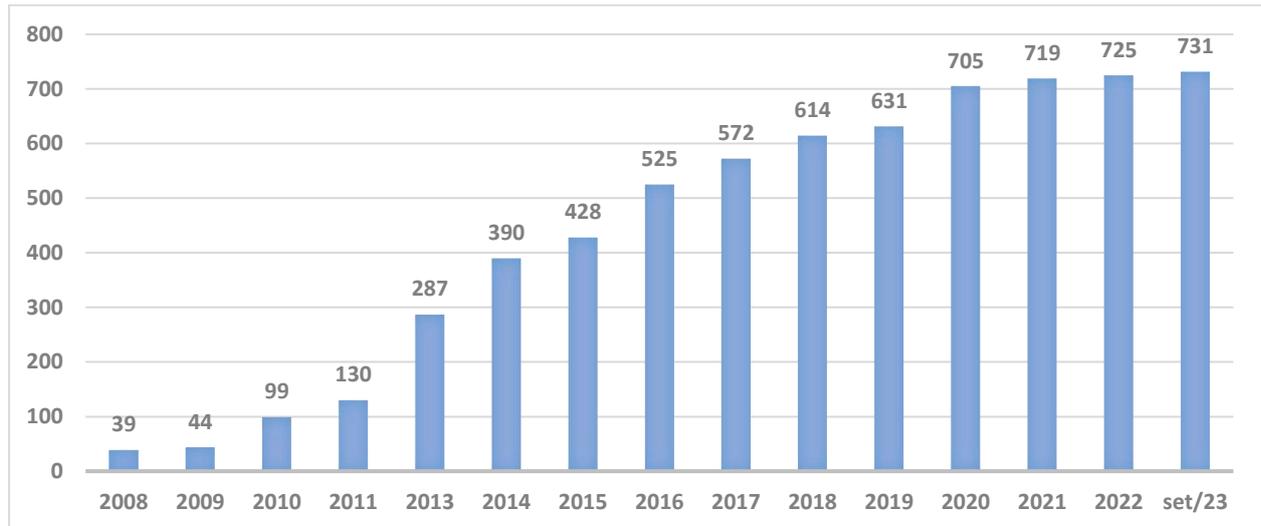
Avanços importantes vêm ocorrendo no país com a incorporação deste tema entre as áreas prioritárias na agenda pública. A Rede de Atenção às Urgências (RAU) foi instituída no SUS em 2011 e sua organização tem a finalidade de articular e integrar todos os diferentes serviços assistenciais e de apoio diagnóstico e terapêutico, objetivando ampliar e qualificar o acesso ágil e oportuno aos usuários em situação de urgência e emergência.

Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) prestam atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, além de possibilitar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o encaminhamento dos pacientes de acordo com o quadro clínico apresentado.

De maneira eficaz, a função primordial das UPAs é desempenhar um papel de complexidade intermediária entre os cuidados oferecidos pelas UBS e as urgências hospitalares. Isso implica em absorver uma parcela da demanda da população por serviços de emergência dos hospitais públicos. O gráfico abaixo apresenta a expansão da UPA 24h no país no período desde o início da implantação do serviço em 2008, até 2023.

Gráfico 88. Expansão da UPA 24h. Brasil, 2008 a 2023



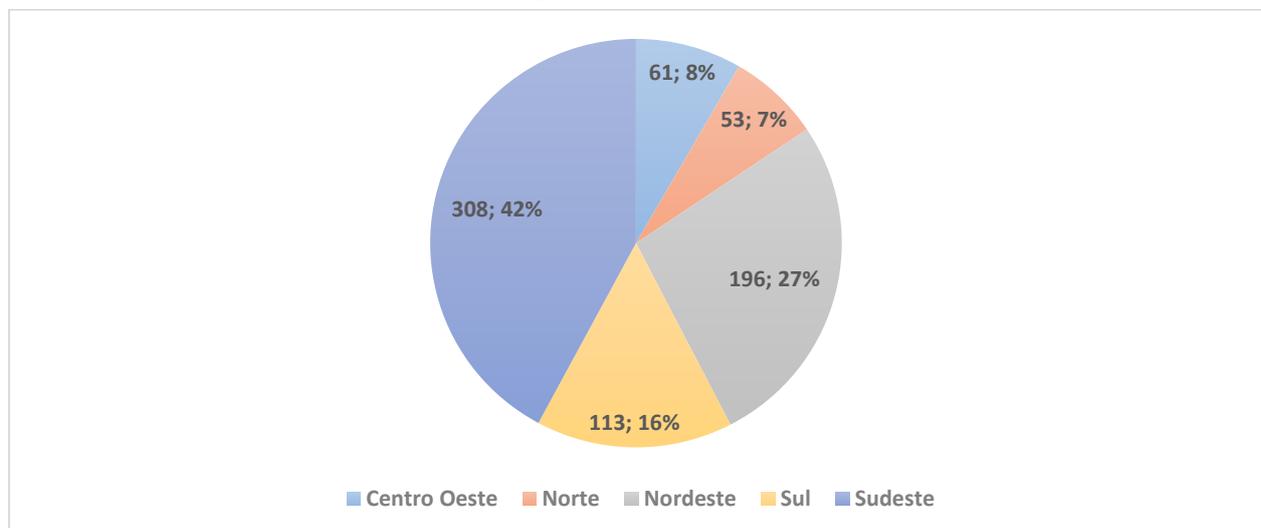
Fonte: Saes/MS. Dados de setembro de 2023.

Atualmente, o país conta com 731 UPA 24h em funcionamento, das quais 699 estão devidamente habilitadas e distribuídas em 504 municípios.

Cerca de um terço do total de UPA, ainda não habilitadas, estão com solicitações de habilitação em análise ou em tramitação para publicação, porém o restante efetivamente ainda não encaminhou solicitação de custeio após iniciar funcionamento.

A distribuição das UPAS 24h por região do país, conforme gráfico abaixo, apresenta uma distribuição proporcional à distribuição populacional de cada região.

Gráfico 89. UPA 24h em Funcionamento por Região. Brasil, 2023



Fonte: Saes/MS. Dados de setembro de 2023.

SAMU 192

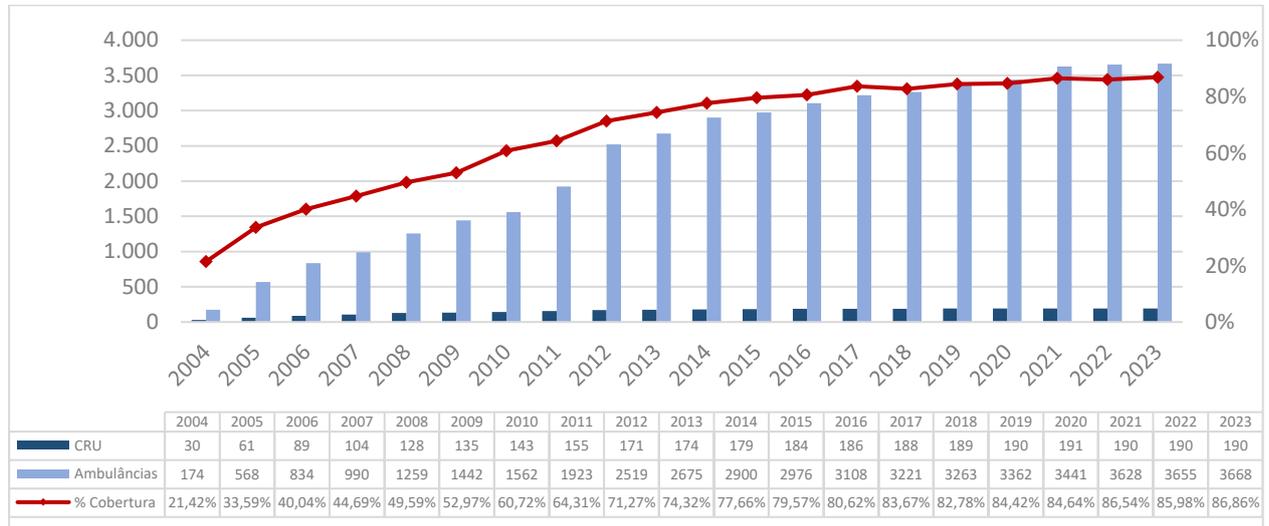
O objetivo do atendimento pré-hospitalar móvel de urgência realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) é diminuir o intervalo de tempo até que os pacientes em situações de risco cheguem ao hospital apropriado. Isso é feito ao fornecer um atendimento de alta qualidade no momento da ocorrência, aumentando, consequentemente, as chances de sobrevivência das vítimas e de redução de sequelas. É acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências.

A habilitação dos serviços SAMU 192 apresenta um crescimento rápido nos primeiros 10 anos do programa, conforme mostra o gráfico a seguir. Um dos motivos é que esse componente foi implantado, no início, principalmente pelas maiores cidades do país, que quais concentram parte significativa da

população brasileira. É importante ressaltar que o aumento da cobertura populacional nos últimos quatro anos foi da ordem de 3,5%, isto é, passando de 84% para 87%. Para o próximo quadriênio, 2024-2027, o desafio é dar continuidade à expansão da cobertura populacional de 87% para 100% no território nacional.

O atendimento de urgência e emergência do SAMU 192 envolve toda a população residente nos municípios cobertos pelas Centrais de Regulação das Urgências - CRU do SAMU 192, incluindo populações vulneráveis.

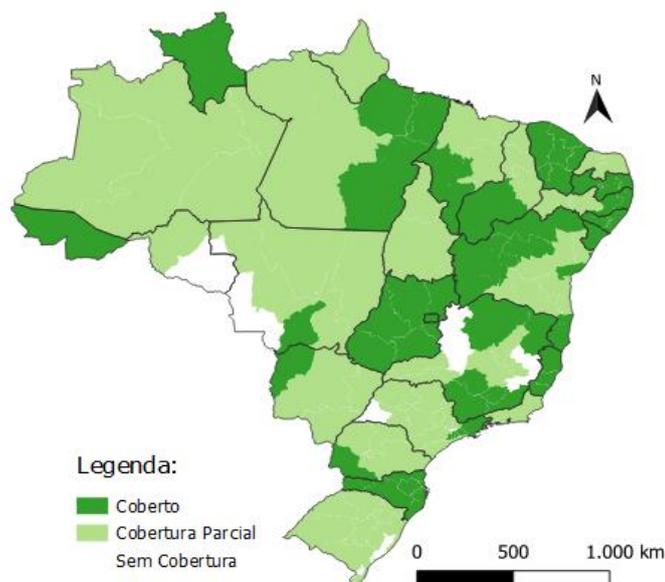
Gráfico 90. Evolução da Cobertura Populacional do SAMU 192. Brasil, 2004 a 2023



Fonte: Saes/MS. Dados de setembro de 2023.

Desde 2017, os dados apontam que a cobertura do SAMU 192 reduziu sua velocidade de expansão após 20 anos de sua criação. Atualmente o vazio assistencial é de 1.629 municípios sem acesso ao SAMU 192, com uma população descoberta de 28.343.531 brasileiros. Das 116 macrorregiões do país, 7 estão sem cobertura do SAMU 192, 54 com cobertura parcial e 55 com cobertura total, conforme mapa e tabela a seguir.

Mapa 08. Cobertura de SAMU 192 por Macrorregião de Saúde. Brasil, 2023



Fonte: Saes/MS. Dados de setembro de 2023.

Tabela 13. Cobertura de SAMU 192 por Municípios e por População. Brasil, 2023

Status	Municípios	%	População	%
Coberto	3.941	71%	184.974.108	87%
Cobertura parcial	1.386	25%	23.724.862	11%
Sem cobertura	243	4%	4.618.669	2%
Total Geral	5.570	100%	213.317.639	100%

Fonte: Saes/MS. Dados de setembro de 2023.

Sala de Estabilização (SE)

Outra iniciativa importante que será retomada e fortalecida são investimentos nas salas de estabilização, um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências no SUS.

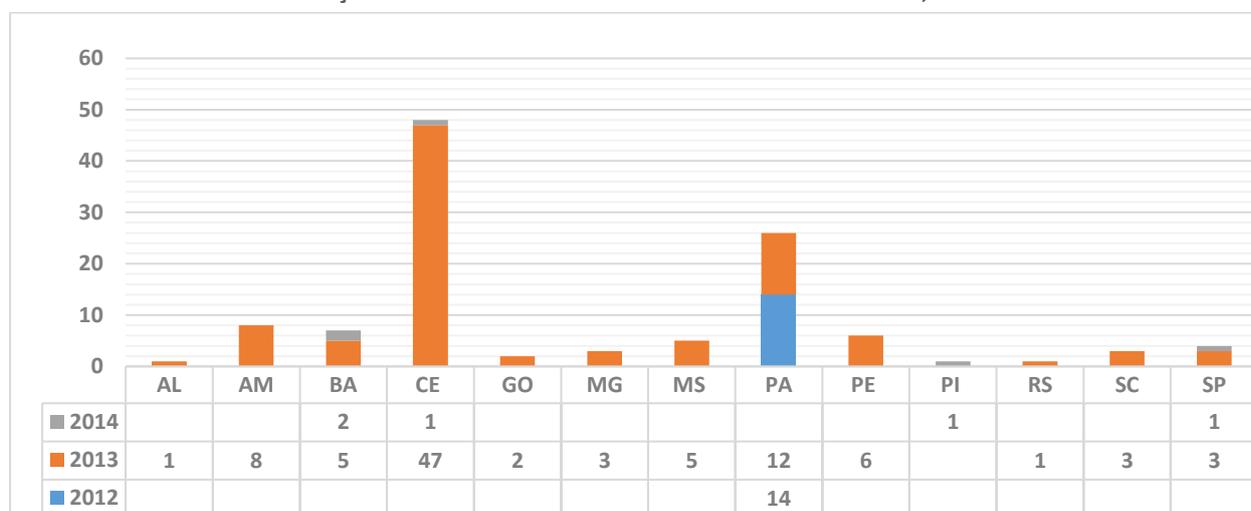
A sala de estabilização é um componente estratégico da Rede de Atenção Urgências (RAU) por se tratar de um ambiente para estabilização de pacientes críticos ou graves, com risco iminente de perder a vida, ou condições de fragilidade decorrente de trauma ou outros processos que demandam atendimento imediato, observando as diretrizes estabelecidas na Portaria GM/MS n.º 3, Anexo III, Livro II, Título III, art. 63 a 69; Portaria GM/MS n.º 6, Título VIII, Cap. II, Seção II, art. 875 a 879 e Portaria n.º 816/GM/MS, de 28 de março de 2018.

O espaço tem condições de garantir assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção à saúde pela central de regulação das urgências. Isso permite que, após a estabilização realizada pelo médico, o paciente seja encaminhado de maneira regulamentada pelo SAMU para uma unidade de saúde de maior complexidade.

Este componente tem como objetivo garantir a disponibilidade de atendimento para estabilização dos agravos críticos à saúde, principalmente em localidades de difícil acesso ou vazios assistenciais. Essa oferta assistencial reduz o tempo-resposta às situações mais críticas em saúde, garantindo um primeiro atendimento por profissionais habilitados até a chegada da unidade móvel para remoção a um local com estrutura mais adequada.

Entre 2012 e 2014 foi realizado pelo MS o repasse de recursos de investimento para 115 propostas de implantação de Salas de Estabilização em 13 diferentes estados do país, demonstrado no gráfico abaixo. Essas unidades foram instaladas em diferentes serviços de saúde. Isso é previsto porque cada território possui um desenho da rede de atenção às urgências muito específico e a identificação dos serviços aptos a receberem uma sala de estabilização deve considerar os vazios assistenciais e a rede de serviço de saúde mais próxima dessas localidades, sempre com o objetivo de facilitar o acesso, melhorando o tempo-resposta.

Gráfico 91. Salas de Estabilização com Investimento do Ministério da Saúde. Brasil, 2012 a 2014

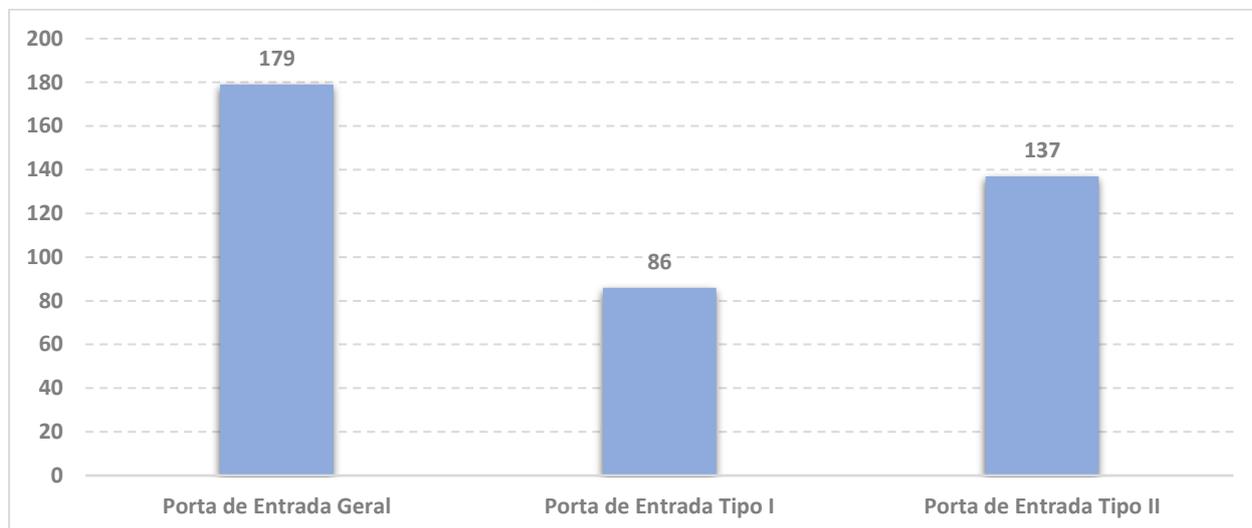


Fonte: Saes/MS. Dados de setembro de 2023.

Componente Hospitalar

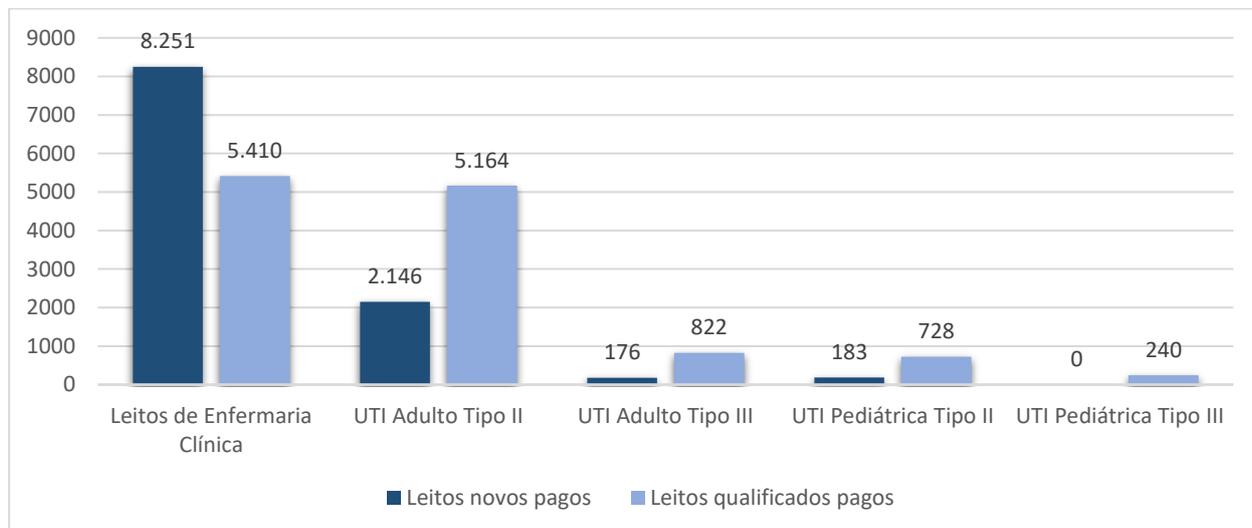
Dentro da Rede de Atenção às Urgências (RAU) a parte hospitalar é composta pelas portas hospitalares de urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias. Os gráficos a seguir, apresentam o número de portas de entradas e leitos de UTI e retaguarda no país financiados pela Rede de Atenção às Urgências (RAU).

Gráfico 92. Portas de Entradas e Leitos de UTI e Retaguarda no país Financiados pela RAU. Brasil, 2023



Fonte: Saes/MS. Dados de setembro de 2023.

Gráfico 93. Leitos Pagos pelo Ministério da Saúde. Brasil, 2023



Fonte: Saes/MS. Dados de setembro de 2023.

Considerando o período de 2020 a 2022, observa-se um crescimento médio de 14% da qualificação de portas de entrada, leitos de enfermaria clínica e leitos de UTI adulto e pediátrico, conforme tabela a seguir.

Tabela 14. Qualificação de Portas e Leitos. Brasil, 2020 a 2022

Tipologia	Total acumulado	2020/2022	Varição
Leitos Enfermaria Clínica	13.661	1.540	11%
Porta de Entrada	402	49	12%
UTI Adulto e Pediátrica	9.459	1.681	18%
Total	23.522	3.270	14%

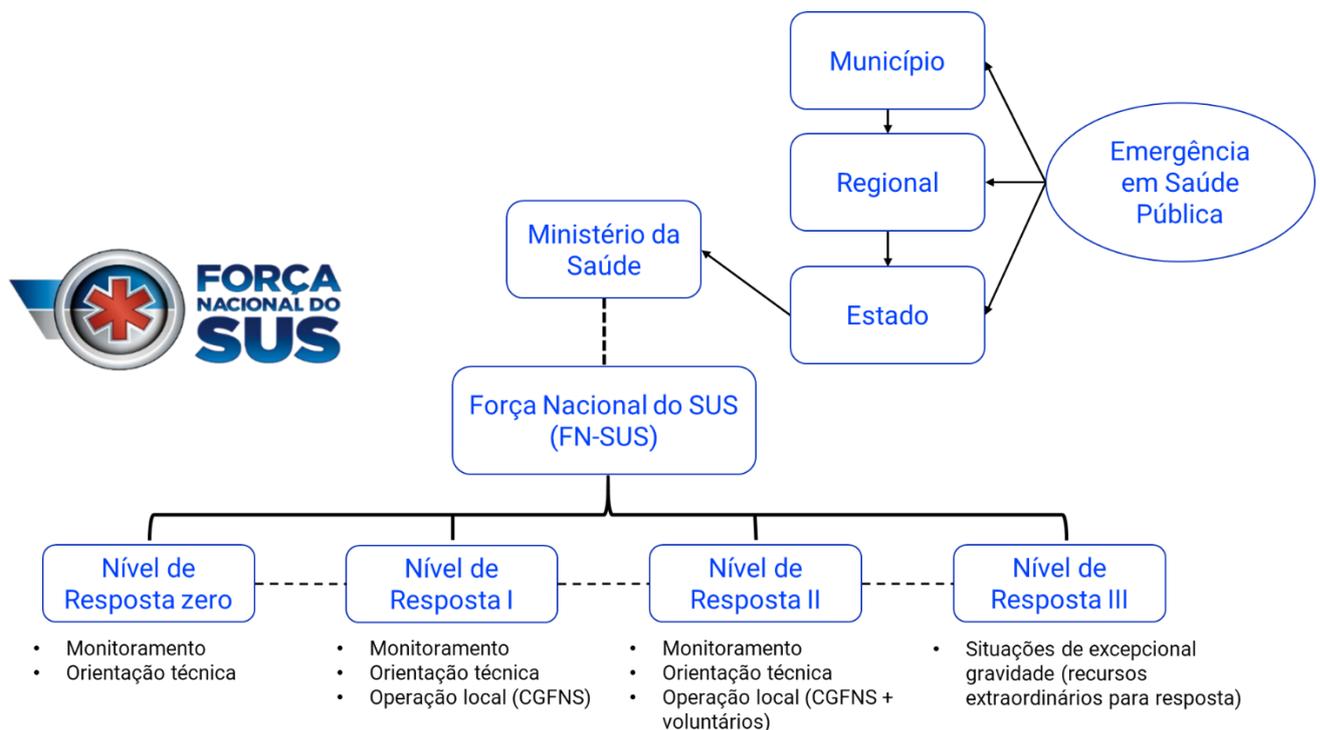
Fonte: Saes/MS. Dados de setembro de 2023.

2.5.2.4 Força Nacional do SUS (FN-SUS)

A Força Nacional do SUS (FN-SUS), instituída pelo Decreto da Presidência da República n.º 7.616, de 17 de novembro de 2011 e regulamentada pela Portaria de Consolidação MS/GM n.º 1, de 28 de setembro de 2017, Título II, Capítulo III, Seção II: Da Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), é um programa de cooperação voltado à execução de medidas de prevenção, assistência e repressão a situações epidemiológicas, de desastres ou de desassistência à população.

Por meio das disposições legais supracitadas, a equipe da FN-SUS apoia os entes federados na preparação e resposta assistencial em situações de emergência em saúde pública, apoiando o território afetado por meio de orientações técnicas, ações de busca ativa, monitoramento de pacientes, atendimentos e apoio na organização da rede de atenção à saúde local conforme o evento em curso. Essa atuação dependerá do nível de resposta que a situação instalada requer, podendo ser:

Figura 03. Níveis de resposta da FN-SUS. Brasil, 2023



Fonte: Saes/MS.2023.

A FN-SUS é composta por equipe técnica do MS e um corpo técnico assistencial formado por voluntários para equipe de resposta. A sua atuação, quando acionada, ocorre no âmbito dos componentes da Rede de Atenção às Urgências em conjunto com as demais esferas do governo local (estadual, distrital e municipal) e com outras instituições envolvidas na resposta às situações de emergência em saúde pública e desastres, para assegurar a execução das ações e serviços de saúde no âmbito assistencial.

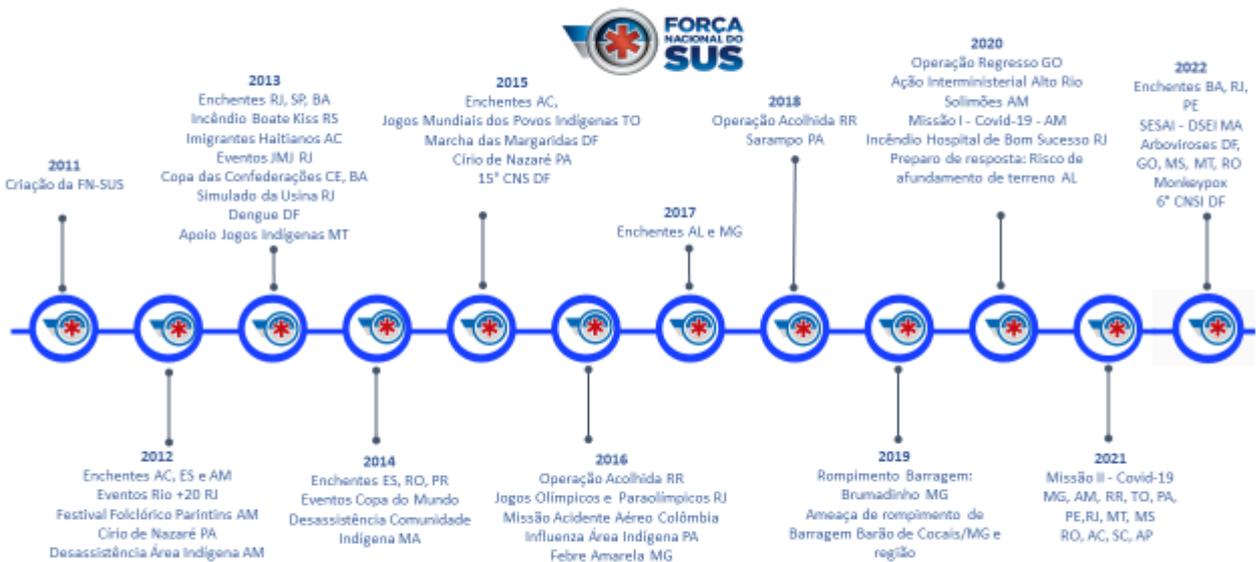
Podem participar profissionais da área da saúde, sejam do SUS, do serviço público ou da iniciativa privada, profissionais de hospitais filantrópicos ou de serviços privados que não prestam assistência ao SUS.

O processo de acionamento dos profissionais para compor cada missão é feito seguindo protocolos internos, onde é realizada uma busca no banco de voluntários conforme perfil da missão. Em seguida, é feita uma checagem com objetivo de verificar informações relacionadas ao profissional, tais como: formação, experiência profissional e outras informações de interesse.

Missões

Ao longo dos anos, a FN-SUS tem atuado em diversas missões de preparação e resposta, de perfil assistencial, apoio à gestão ou eventos de massa.

Figura 04. Série Histórica das Ações Realizadas pela FN-SUS. Brasil - 2011 a 2022



Fonte: Saes/MS.2023.

No ano de 2023, a Força Nacional do SUS atuou em 5 missões de resposta, sendo elas:

- Missão Yanomami – Resposta Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência de desassistência à população Yanomami (Portaria GM/MS n.º 28), totalizando 8.278 atendimentos e sendo mobilizado um total de 244 profissionais, no período de 15 de janeiro a 24 de junho de 2023;
- Missão Amapá – resposta ao surto de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e Síndrome Gripal (SG) no estado do Amapá, totalizando 2.034 atendimentos, incluindo 873 atendimentos médicos, 625 atendimentos de fisioterapia e 506 atendimentos de enfermagem e sendo mobilizado um total de 56 profissionais, no período de 16 de maio a 07 de julho de 2023;
- 17ª Conferência Nacional de Saúde - apoio e suporte da atenção à saúde, com foco na assistência a casos de emergência e no gerenciamento de atendimentos diversos, totalizando 552 atendimentos e sendo mobilizado um total de seis profissionais, no período de 2 a 5 de julho de 2023;
- Missão Arboviroses (ES, MG, TO, MS, SC, BA, SP e PR) – apoio nas ações das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, em conjunto com a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes), Opas e Coordenação Geral de Arboviroses (CGARB) da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA); e
- Missão Rio Grande do Sul – resposta ao estado de calamidade pública nos Municípios do Estado do Rio Grande do Sul afetados pelos eventos climáticos de chuvas intensas, totalizando 3.646 atendimentos e sendo mobilizado um total de 109 profissionais, no período de 06 de setembro a 2 de outubro de 2023.

Além das ações de resposta, a FN-SUS executa ações de preparação e capacitação para emergências em saúde pública. No ano de 2023, ocorreu o primeiro Webinar com o tema “História das Emergências em Saúde Pública”, realizado no dia 1º de setembro de 2023, tendo como objetivo a disseminação de conhecimentos e troca de experiências acerca da temática trabalhada no âmbito das Emergências em Saúde Pública. Exibido em tempo real pelo DATASUS/YouTube, esse webinar alcançou um total de 3.950 visualizações.

2.5.2.5 Atenção Domiciliar

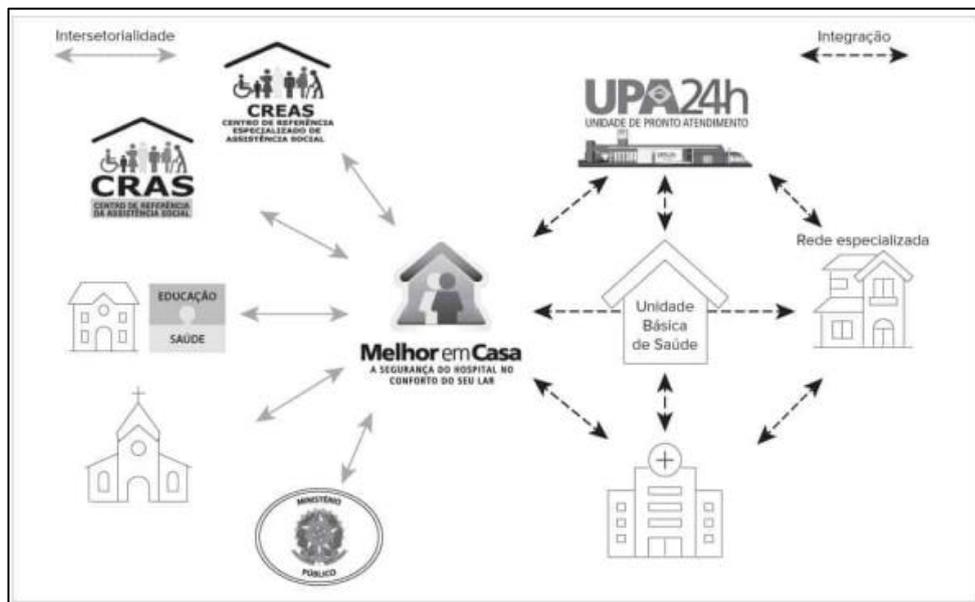
A atenção domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS) para a assistência de pacientes em modalidade Atenção Domiciliar 2 (AD2) e Atenção Domiciliar 3 (AD3)⁵, ou seja, de média a alta complexidade a pacientes mais complexos, preferencialmente oriundos de hospitais e de serviços de urgência com necessidade de assistência sistemática, com o objetivo de otimizar leitos hospitalares e, mais importante, a humanização do cuidado em ambiente domiciliar. No âmbito do SUS, a atenção domiciliar é representada pelo Programa Melhor em Casa (PMeC). A sua finalidade é promover a desospitalização dos pacientes e favorecer a rotatividade de leitos hospitalares e humanização do cuidado em ambiente domiciliar.

Criado em 2011, o programa passou por grandes evoluções em sua observância assistencial, com aumento de habilitação de equipes e alteração, durante a Pandemia covid-19, em relação à elegibilidade de pacientes mais complexos.

O Programa Melhor em Casa (PMeC) fomenta o serviço de atenção domiciliar no âmbito do SUS, complementando os cuidados realizados na atenção primária e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Já o serviço de atenção domiciliar é responsável pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ou atenção domiciliar, ou seja, das ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças, palição e reabilitação desenvolvidas em domicílio.

Desse modo, é estruturado de acordo com os princípios de universalidade e equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde, conforme figura a seguir, ao estar articulada aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo na promoção da continuidade do cuidado.

Figura 05. Fluxograma da Interação entre o Melhor em Casa com os Outros Pontos de Atenção na RAS. Brasil, 2023

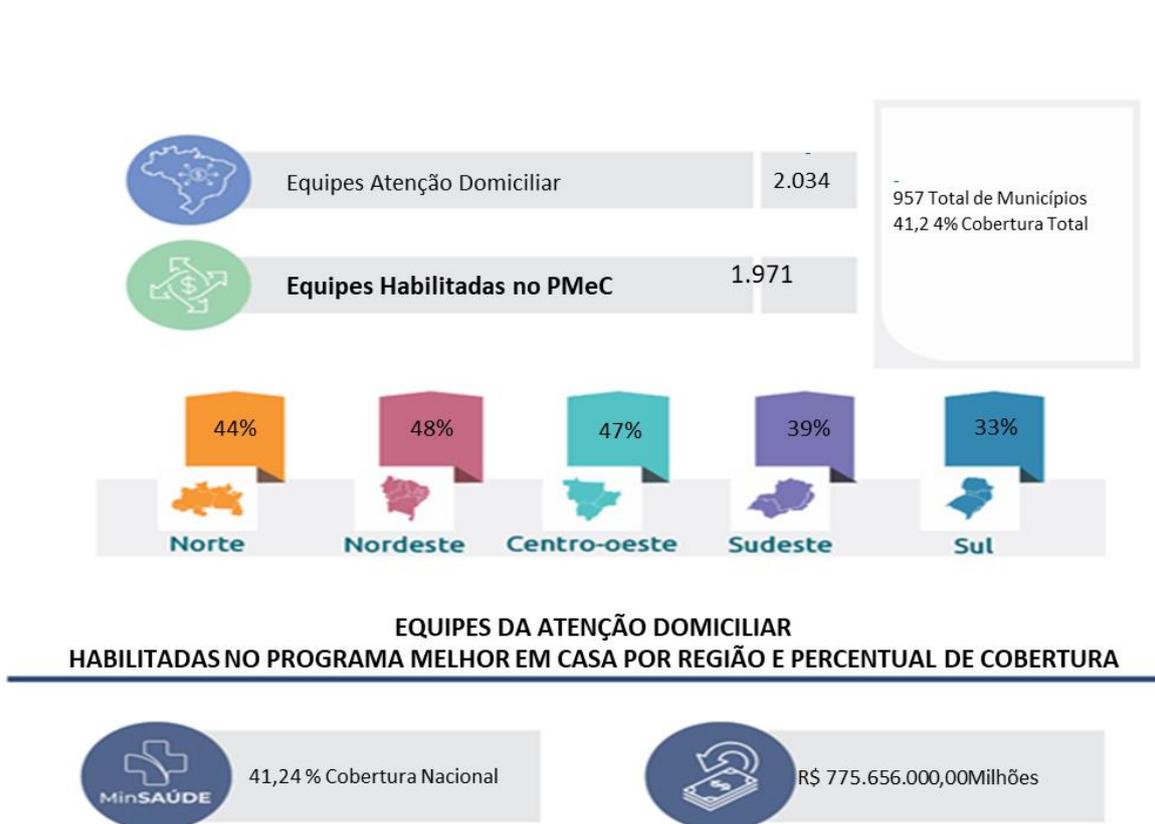


Fonte: Savassi et al, 2022.

Analisando o cenário da atenção domiciliar no Brasil e regiões no ano de 2022, conforme a figura a seguir, observa-se que haviam 1971 equipes habilitadas para o Programa Melhor em Casa (PMeC), totalizando 41,24% de cobertura nacional, conforme figura a seguir. Apesar da Região Norte apresentar um percentual de cobertura de 44%, há um vazio no Estado de Roraima. Em relação a cobertura dos demais estados, o total de 26 estados apresentam cobertura parcial. Ressalta-se que a cobertura ideal será sempre a maior possível.

⁵ Modalidades de Atenção Domiciliar — Ministério da Saúde (www.gov.br).

Figura 06. Cenário da Atenção Domiciliar Brasil e Regiões. Brasil, 2022



Fonte: CNES. Dados de dezembro de 2022

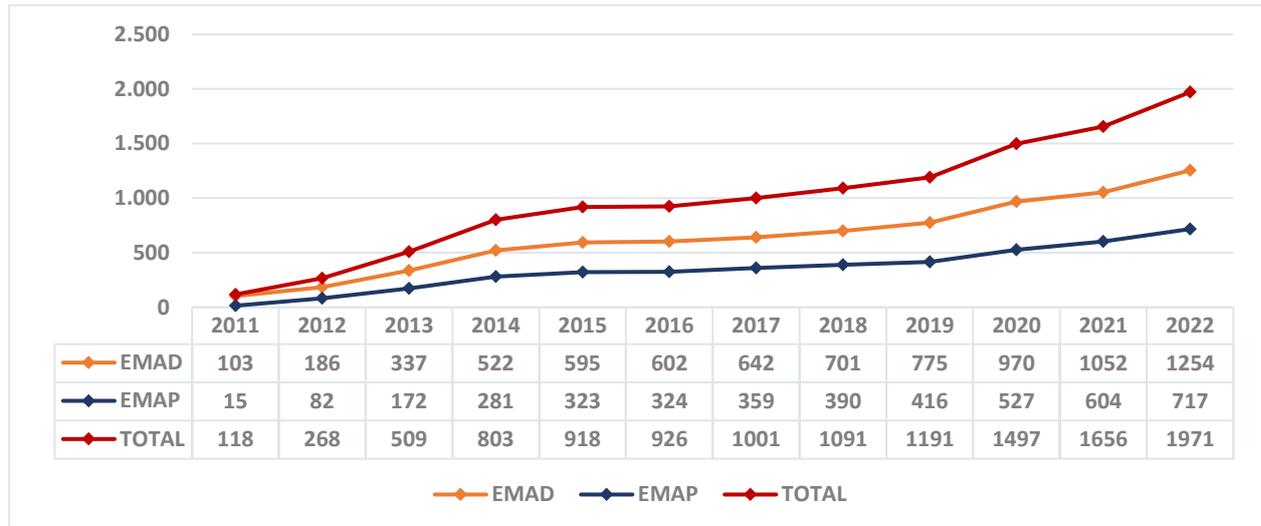
A cobertura das Equipes de Atenção Domiciliar do Programa Melhor em Casa vem aumentando gradativamente. Em 2022, o percentual de cobertura foi de 41,24%, ou seja, 88.571.395 habitantes, conforme tabela a seguir.

Tabela 15. Cobertura do Programa Melhor em Casa. Brasil, 2016 a 2022

Ano	Equipes de AD 2 e 3	População IBGE	População coberta pelo PMeC (Hab)	% de cobertura
2016	1001	206.114.067	46.013.816	22,32
2017	1033	207.660.929	48.508.949	23,36
2018	1140	208.494.900	51.247.878	24,58
2019	1551	210.147.125	68.905.127	32,79
2020	1656	211.755.692	74.464.359	35,17
2021	1858	213.317.639	83.529.798	39,16
2022	1971	214.747.509	88.571.395	41,24

Fonte: Cnes. Dados de outubro de 2022.

Gráfico 94. Evolução de Equipes EMAD e EMAP Implantadas. Brasil, 2011 a 2022



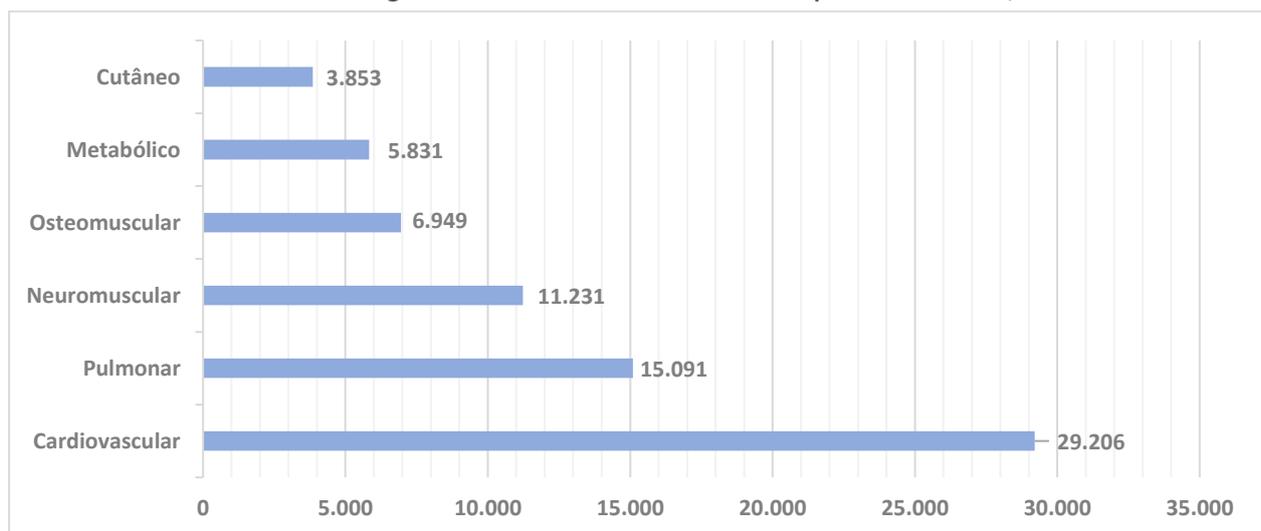
Fonte: Cnes, dezembro de 2022.

Importante ressaltar que existiram serviços de atenção domiciliar não habilitados no Programa Melhor em Casa que cadastram suas equipes no CNES. Tal fato geraram incongruências do quantitativo dos dados e, conseqüentemente, interpretação, principalmente quanto à sua cobertura em nível nacional. No gráfico acima, observa-se a evolução de equipes EMAD e EMAP implantadas no período entre 2011 e 2022.

Perfil do usuário

O perfil dos usuários assistidos pelo Programa Melhor em Casa é de reduzida capacidade funcional, decorrente do envelhecimento e de hospitalizações prolongadas e é caracterizado pela prevalência de uma população com faixa etária entre 60 e 79 anos, do sexo masculino, com patologias de base de predominância cardiovascular, seguidas por pulmonares e neuromusculares, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 95. Prevalência das Patologias de Bases dos Pacientes Assistidos pelo PMeC. Brasil, 2022



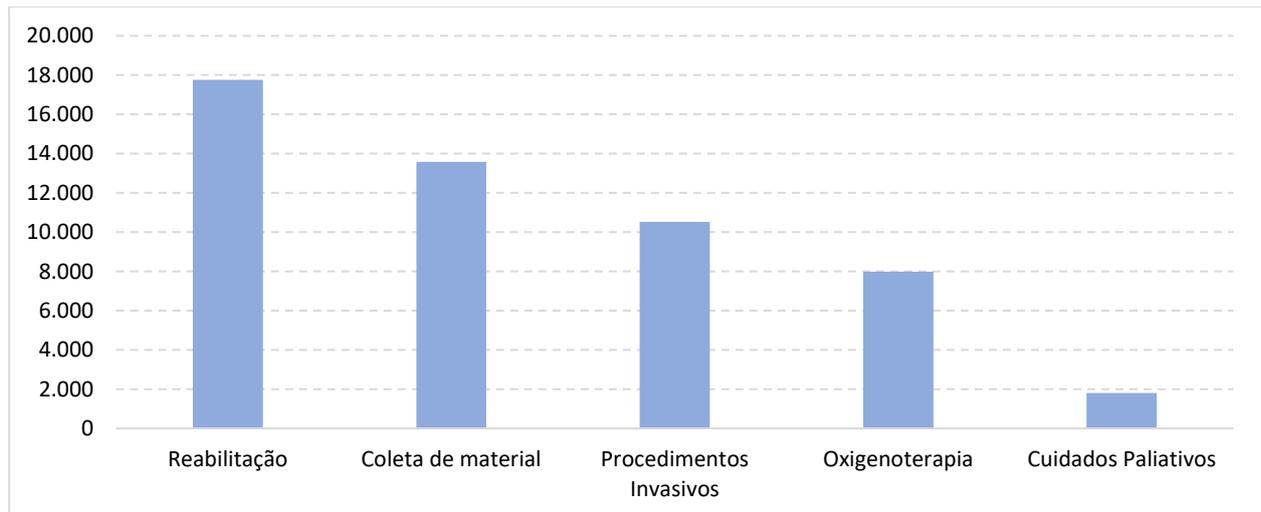
Fonte: Sisab. Dados de dezembro de 2022.

Foi observado, em 2022, por meio dos procedimentos registrados pelas equipes, que a reabilitação e procedimentos comumente realizados em ambiente hospitalar apresentam a característica de pacientes de atenção domiciliar nas modalidades AD2 e AD3, ou seja, de média a alta complexidades, embora ainda existam pacientes na modalidade AD1, conforme gráfico a seguir. Ressalta-se que a prestação da assistência à saúde na modalidade AD1 é de responsabilidade da atenção primária à saúde,

por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso e conforme o preconizado na Política Nacional de Atenção Básica e demais normativos pertinentes.

Consideram-se elegíveis, na modalidade AD2 e AD3, os usuários que, tendo indicação da atenção domiciliar, necessitem de cuidados multiprofissionais, transitórios e intensificados, minimamente semanais, com necessidade de atendimentos regulares fora de horário de funcionamento dos serviços de atenção primária e que apresentem as seguintes condições clínicas, enquanto critérios de elegibilidade ao Programa, conforme disponível na Portaria de Consolidação n. 5, de 28 de setembro de 2017, no link: [Atenção Domiciliar — Ministério da Saúde \(www.gov.br\)](http://www.gov.br).

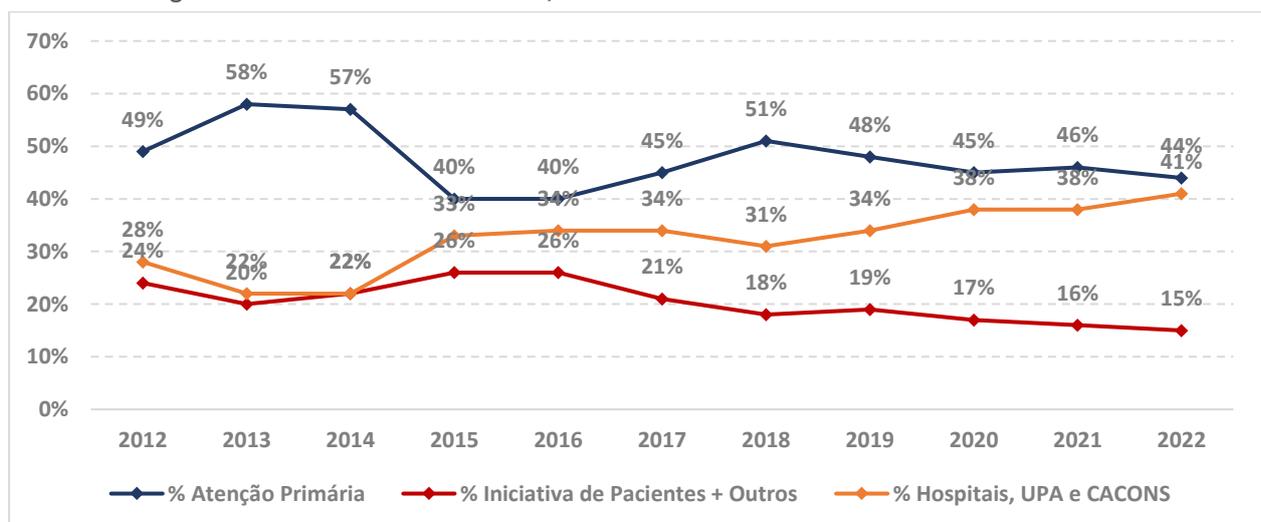
Gráfico 96. Características dos Procedimentos Agrupados – PmeC. Brasil, 2022



Fonte: Sisab (E-SUS AD). 2022.

Concomitantemente, observa-se ainda que a maioria dos pacientes vêm da atenção primária à saúde enquanto os demais são originários de hospitais e UPA por meio de desospitalizações. Entretanto, durante a pandemia covid-19, em 2019, a proporção de desospitalizações apresentou 45%, enquanto da atenção primária, 38%, mantendo-se esta característica até o momento, porém com uma queda consecutiva, conforme gráfico a seguir.

Gráfico 97. Origem dos Usuários do PMeC. Brasil, 2023



Fonte: Cnes e DOU.

O serviço de atenção domiciliar é organizado a partir de uma base territorial dentro do município no qual é habilitado (exceto em casos de municípios agrupados), com o encaminhamento do paciente ao Programa Melhor em Casa, que por sua vez avalia a elegibilidade, determina o Plano Terapêutico Singular e tempo de permanência de acordo com o mesmo até a alta compartilhada com a RAS.

Por ser um programa voltado à assistência de pacientes mais complexos, ao longo do tempo, observou-se alguns desafios relacionados à elegibilidade do paciente entre a atenção domiciliar e a atenção primária. Ademais, a compreensão e operacionalização do Programa Melhor em Casa pelos profissionais e gestores, a falta de envolvimento de estados, e a necessidade de integração com serviços sociais de cuidado também se tornaram pontos críticos.

Neste contexto, educações permanentes, cadernos específicos, instrumentos de elegibilidade e compilação de dados para pesquisas vêm sendo realizados para mitigar os gargalos encontrados nesta modalidade de atenção inserida na Rede de Atenção à Saúde. Em adição a essas estratégias, a atualização dos normativos se mostrou necessária, trazendo em seu contexto a complexidade do paciente como base para elegibilidade, assim como modelo e ferramentas de governança e gestão e revisão dos valores de incentivo financeiro.

2.5.2.6 Atenção à Saúde Mental

As propostas brasileiras para consolidação da saúde mental enquanto política de saúde pautada no cuidado em liberdade, e fortalecimento do SUS, englobam a expansão e aprofundamento de estratégias e tecnologias de atenção à saúde, para atingir o objetivo de uma sociedade sem manicômios.

Há mais de 30 anos, o Brasil somou esforços para o aprofundamento do processo de substituição de serviços hospitalares manicomial e asilares, por alinhar avanços da saúde pública e reforma psiquiátrica brasileira, o que segue sendo um desafio cotidiano. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são iniciativas consistentes para oferta de atenção psicossocial, ao passo que a Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2002, marco para a garantia de direitos e mudança do perfil assistencial, e a expansão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria GM/MS n.º 3.088 de 23 de dezembro de 2011, tem como princípio a garantia do acesso e da qualidade dos serviços e a oferta de um cuidado integral em saúde.

Não somente como modelo de cuidado, a atenção psicossocial se relaciona com o projeto de sociedade, aliado ao direito universal à saúde, e celebrado enquanto bem social constituinte do Estado brasileiro. Portanto, iniciativas no campo da saúde mental devem estar atreladas com a superação de situações de violação de direitos humanos, seja pelo enfrentamento da discriminação e violências, preconceito de raça, sexo, gênero, e ou em decorrência do racismo.

A OMS estima que um em cada oito pessoas viva com algum diagnóstico em saúde mental no mundo, o que apresenta variações significativas dado a fatores como a pobreza, raça, sexo, gênero ou idade, tal quadro demanda uma constante revisão de práticas de governança em políticas públicas de saúde. Cerca de 3% da população mundial, em todas as faixas etárias, pode necessitar de cuidados contínuos em abordagem intersetorial e diversificada em saúde mental, em função de transtornos mentais graves e crônicos, em casos de transtornos mentais considerados leves são 9% (OMS).

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, cerca de 6,2% da população brasileira deixou de realizar atividades habituais por motivo de saúde mental. E 10% das pessoas com 18 anos ou mais relatou ter recebido diagnóstico de transtorno depressivo por algum profissional de saúde mental (em 2013, eram 7,6%). São um total de 16,3 milhões de pessoas, a maioria concentradas em áreas urbanas tendo entre 45-59 anos, e com maior percentual nas Regiões Sul e Sudeste. São, ainda pessoas do sexo feminino em maior proporção e com prevalência na população preta e parda; em maior número pessoas com o ensino fundamental incompleto ou equivalente, ou superior completo (10,9% e 12,2% respectivamente).

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) divulgou dados em relação questão do suicídio. Em 2019, essa taxa foi de 6,43 por 100.000 habitantes, dentre homens e mulheres, apresentou uma proporção de 8 para 2 respectivamente. As faixas etárias mais afetadas foram pessoas entre 20 e 29 anos (21,0%), seguidas por aqueles com idades entre 30 e 39 anos (20,4%) e entre 40 e 49 anos (17,8%). Sendo que, detém concentração na Região Sul e Sudeste, e apresenta aumento significativo nas Regiões Norte e Nordeste.

Atualmente, o uso de álcool é o maior fator de risco para a população. São 3 milhões de mortes por ano em todo mundo, representando 5,3% de todas as mortes, o que é considerado uma das principais causas de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que inclui acidentes e violências por decorrência

do uso de álcool. Transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas – exceto tabaco – atingem por volta de 6% da população mundial, sendo o impacto do álcool dez vezes maior que o do conjunto das drogas ilícitas. A Pesquisa Nacional de Saúde retrata que 24% da população afirmou fazer uso de bebida alcoólica ao menos uma vez na semana, variando de 20,5% na Região Norte a 35,6% na Região Sul. Entre os homens, a proporção foi de 37,1%, enquanto, entre as mulheres foi de 17,0%. Neste mesmo ponto, as pessoas de 25 a 39 anos de idade apresentaram a maior proporção, e além disso, dentre as pessoas com educação superior completa, este percentual foi de 36,0%, enquanto 19,0% estiveram dentre os adultos sem instrução ou com o ensino fundamental incompleto.

A atenção primária à saúde é porta de entrada para o cuidado em saúde mental e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços estratégicos e especializados que oferecem acolhimento para as demandas de saúde mental em modalidade de porta aberta, podendo ser referenciadas por outros pontos da rede, ou também por demanda espontânea. Em casos agudos e crise, além da atenção primária e dos CAPS, também podem ser acionados os serviços da Rede de Atenção às Urgências (RAU).

Figura 07. Formas de Acesso aos Serviços da RAPS. Brasil, 2023



Fonte: Saes/MS.

De maneira geral a Rede de Atenção Psicossocial objetiva ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, além de acolher pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, bem como suas famílias, e comunidades. Alguns pontos de atenção psicossocial são o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), as Unidades de Acolhimento Adulto (UA), as Unidades de Acolhimento Infanto-juvenil (UAI), o Programa de Volta para Casa (PVC) e os leitos de Saúde Mental em Hospital-Geral, dentre outros pontos de atenção e componentes citados nos diferentes níveis de atenção.

A composição de fluxos no território é ação integrada, e deve abranger todos os componentes da RAPS existentes, bem como firmado com a Rede de Atenção à Saúde como um todo, e tornado seu acesso público para toda a população. É de fundamental importância estabelecer pontos de conexão com os demais serviços oferecidos no território em que a RAPS opera, buscando estratégias intersetoriais, incluindo demais recursos e iniciativas que eventualmente estejam disponíveis.

O Brasil é exemplo de oferta de serviços de saúde mental, e em implantação de redes de serviços em larga escala com foco na promoção e reabilitação de saúde, atualmente oferecendo 2.869 serviços CAPS em diferentes modalidades, 870 Serviços Referenciais Terapêuticos, e 75 Unidades de Acolhimento Adulto, além de 2.131 leitos de saúde mental oferecidos em hospitais gerais. Se destaca também o Programa de Volta para Casa, que beneficiou, até agosto de 2023, 4.072 brasileiros.

Tabela 16. CAPS, UA, SRT e Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral Habilitados na RAPS, e de Beneficiários do PVC. Brasil, 2013 a 2023.

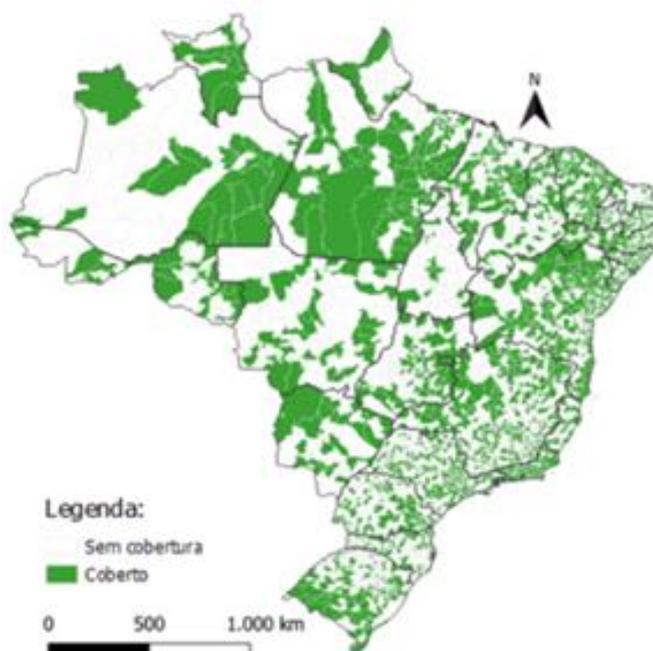
	CAPS	UA	SRT	Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral	Beneficiários do Programa de Volta Para casa
2013	1.972	14	267	719	4.245
2014	2.130	33	289	890	4.349
2015	2.265	46	361	1.061	4.394
2016	2.408	52	493	1.226	4.445
2017	2.514	58	583	1.388	4.299
2018	2.546	59	625	1.513	4.458
2019	2.639	65	693	1.707	4.520
2020	2.749	70	795	1.886	4.292
2021	2.795	69	803	1.894	4.332
2022	2.836	70	815	1.972	4.207
2023	2.869	71	870	2.131	4.071

Fonte: Cnes. Saes/MS. Dados até outubro de 2023.

Responder à necessidade de ampliação de cobertura da Rede de Atenção Primária à Saúde, implica em compreender as demandas e necessidades advindas de populações em maior vulnerabilidade. Sobretudo a relação estrutural do racismo e violência presente no contexto brasileiro acarreta uma sobrecarga, principalmente em populações sistematicamente prejudicadas por estas condições, a saber: população negra, indígena e quilombola, além de grupos populacionais vítimas de violência sistêmica, pessoas pobres, LGBTQIAP+, povos do rio e da floresta, dentre outros, que são alvo de uma sobrecarga de fatores que provocam fatores de risco à saúde mental.

Os desafios para consolidação da Rede de Atenção Primária à Saúde se convergem à cobertura dos serviços de atenção à saúde mental de base territorial e comunitária, e se relacionam intimamente com os processos de desenvolvimento da política de saúde brasileira e fortalecimento do SUS. Além disso, a cobertura da Rede de Atenção Primária à Saúde remonta o objetivo de transição de perfil de atenção à saúde, sobretudo em situações de crises e urgências, onde serviços de funcionamento 24h, como CAPS III e ad III, assim como leitos de saúde mental em hospitais gerais, se evidenciam como recursos amplamente significativos.

Mapa 09. Cobertura de Serviços da RAPS nas Regiões. Brasil, 2023



Fonte: Saes/MS. 2023.

A cobertura geral de serviços CAPS em todo Brasil chega à 1,06 CAPS para cada 100 mil habitantes. Dentre aqueles municípios com porte populacional acima de 15 mil habitantes, o que possibilita a habilitação de CAPS, 75,85% dos municípios brasileiros possuem ao menos uma modalidade deste serviço, enquanto 24,15% não possuem nenhuma modalidade. Este cenário se agrava sobretudo na Região norte do país, com índice de cobertura de 0,71, em que se destaca o estado do Amazonas em que apenas 40,2% dos municípios elegíveis com CAPS, seguido do Espírito Santo com 42,60%.

A dimensão do território nacional brasileiro guarda especificidades para a expansão da RAPS com parâmetros dinâmicos. De modo geral, conforme o gráfico acima a seguir, a modalidade de CAPS I tem sido a mais distribuída entre as regiões brasileiras, sobretudo no Nordeste do país, ainda que a Região Sudeste concentre a maior variedade dentre as modalidades de serviço, observando também a quantidade de serviços voltados para população infanto-juvenil e para pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Ainda se destacam as Regiões Norte e Centro-Oeste do país, com quantidade geral de serviços reduzida, se comparadas com as demais regiões brasileiras.

Tabela 17. Percentual de Municípios Elegíveis com e sem CAPS e Índice de Cobertura de CAPS, nas Regiões. Brasil, 2023

Região	População estimada (IBGE 2021)	% municípios elegíveis <u>com</u> CAPS habilitados	% municípios elegíveis <u>sem</u> CAPS habilitados	Cobertura CAPS/100 mil habitantes
Norte	18.906.962	63,30%	36,70 %	0,71
Nordeste	57.667.842	78,90 %	21,10 %	1,23
Centro-Oeste	16.707.336	70,00 %	30,00 %	0,75
Sudeste	89.632.912	75,85 %	24,15 %	1,03
Sul	30.402.587	77,20 %	22,80 %	1,23
Brasil	213.317.639	75,85 %	24,15 %	1,06

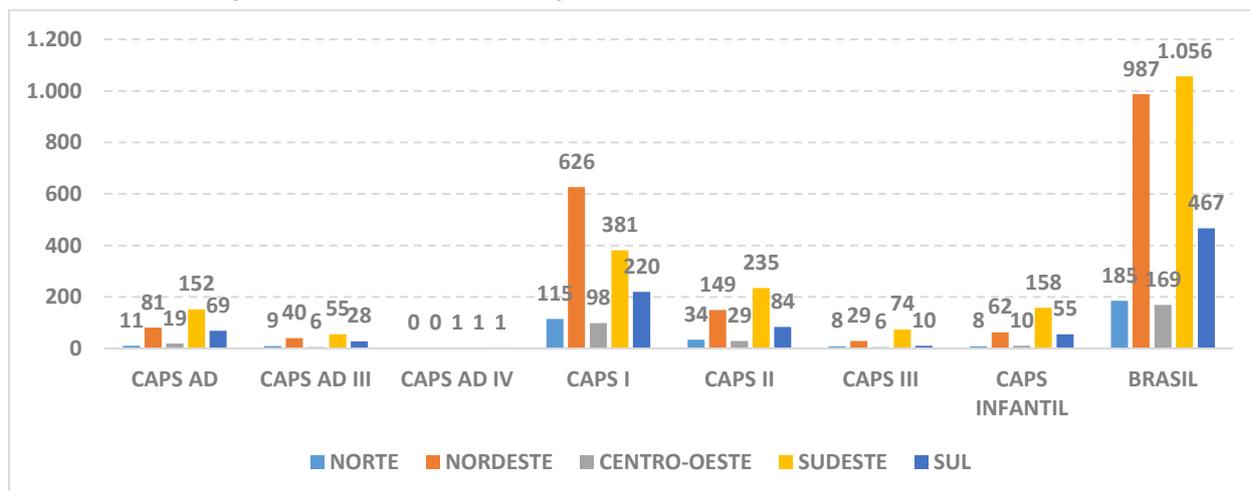
Fonte: Saes/MS. 2023.

Nota 1: Os Municípios Elegíveis para CAPS são os municípios com população acima de 15 mil habitantes (estimativa IBGE 2021).

Com intuito de ampliar a oferta de serviços de saúde mental, foi instituída a recomposição financeira para os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), habilitados pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n.º 660/ de 3 julho de 2023 e da Portaria GM/MS n.º 681, de 3 julho de 2023, destinados ao custeio das ações de atenção psicossocial realizadas, e valores incorporados ao limite financeiro de média e alta complexidade de estados, municípios e do Distrito Federal, de acordo com os tipos de serviço habilitado.

Para ampliar a oferta de serviços de saúde mental é necessário subsidiar a retomada de uma política pautada em um cuidado integral e intersetorial, aliando a política de Assistência Social, Educação, Cultura, entre outros setores, com intuito de ampliar a capacidade do SUS na atenção e cuidado psicossocial adequado. É necessário compor agendas substitutivas de instituições asilares, e fortalecer a atenção à saúde mental para o público infanto-juvenil, ao cuidado familiar, abrangendo pessoas com deficiência e questões de saúde mental, pautadas na atualidade.

Gráfico 98. Distribuição de modalidades de CAPS por UF. Brasil, 2023



Fonte: Saes/MS. 2023.

2.5.2.7 Atenção à Pessoa com Deficiência

O Ministério da Saúde, com intuito de ampliar e diversificar os serviços do SUS para a atenção às pessoas com deficiência, tem implementado, por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), sucessivas ações voltadas para o cuidado à saúde das pessoas com deficiência.

Apesar dos diversos avanços, a rede de cuidados à pessoa com deficiência ainda se encontra em implementação e seu aperfeiçoamento e qualificação torna-se fundamental. Assim, no exercício de 2023, retomou-se o processo de revisão e aprimoramento dos dispositivos normativos vigentes relacionados à RCPD, de modo que passem a retratar os atuais anseios da sociedade brasileira, sobretudo das pessoas com deficiência, que são o público-alvo dessas iniciativas.

No Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua aponta que são 18,6 milhões de pessoas de 2 anos ou mais de idade com deficiência no país em 2022, o que equivale a 8,9% da população brasileira (IBGE, 2022).

Das 18,6 milhões de pessoas com deficiência, mais da metade são mulheres, 10,7 milhões, o que representa 10% da população feminina com deficiência no País. O Nordeste foi a região com o maior percentual de população com deficiência registrada na pesquisa, com 5,8 milhões, o equivalente a 10,3% do total. Na Região Sul, o percentual foi de 8,8%. No Centro-Oeste, 8,6% e, no Norte, 8,4%. A Região Sudeste foi a que teve o menor percentual, com 8,2%. Em relação à cor autodeclarada, o percentual de pessoas com deficiência dentro da população preta foi de 9,5%, enquanto entre pardos, 8,9% e brancos 8,7% (PNAD 2022)

Em 2022, 47,2% das pessoas com deficiência tinham 60 anos ou mais de idade. Entre as pessoas sem deficiência, apenas 12,5% estavam nesse grupo etário (IBGE, 2022).

Diante deste contexto demográfico, políticas e programas devem ser desenvolvidos a fim de reduzir desigualdades e garantir o acesso à saúde.

No SUS, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se organiza em três componentes: atenção básica; atenção especializada e atenção hospitalar, domiciliar e de urgência, que deverão estar articulados em linhas integrais de cuidado, e tem como objetivo ampliar o acesso e promover a qualificação dos serviços de reabilitação, visando à inclusão social, autonomia, independência e melhoria da qualidade de vida.

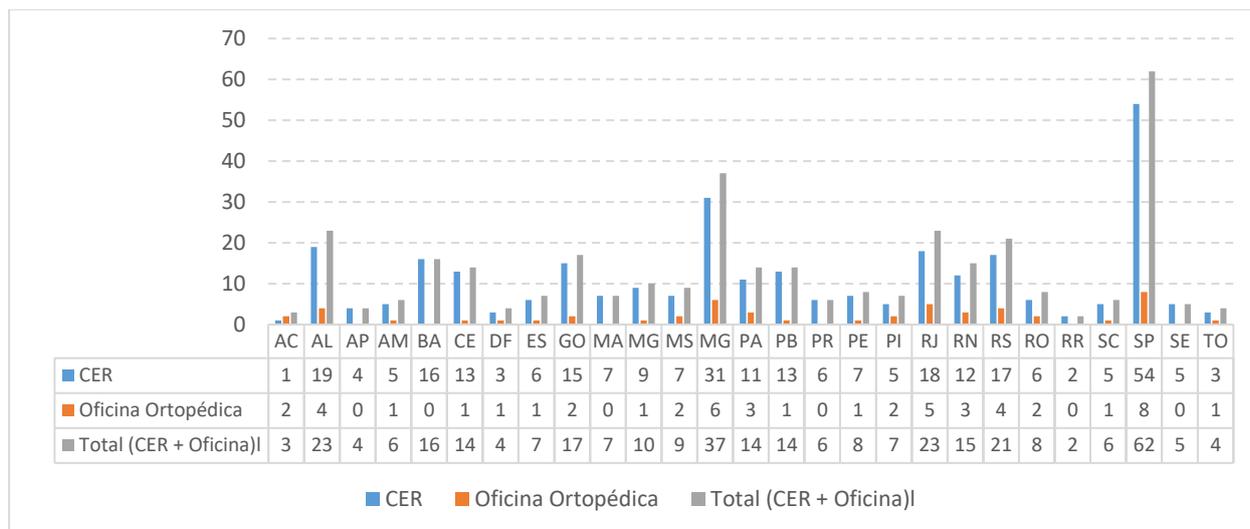
Dentre as ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência encontra-se a implantação e implementação de Centros Especializados em Reabilitação (CER), que são pontos de atenção ambulatorial multiprofissional especializado em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a Rede de Atenção à Saúde no território, que poderá ser organizado conforme a modalidade de serviços de reabilitação (auditiva, física, intelectual e/ou visual) habilitados pelo MS como CER II, CER III e CER IV, além das Oficinas

Ortopédicas que são serviços de confecção, dispensação e adaptação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção para reabilitação física.

O acesso aos serviços de reabilitação é feito pela UBS mais próxima da residência ou por meio da Secretaria de Saúde para que possa passar por avaliação de equipe na atenção primária e, caso necessário, ser encaminhado para avaliação de equipe multiprofissional dos Serviços de Reabilitação que farão o acolhimento e avaliação do usuário frente às situações clínicas e funcionais apresentadas, bem como a elaboração do projeto terapêutico com vista a atender às necessidades específicas.

Atualmente a capacidade instalada dos pontos de atenção ambulatorial da atenção especializada à saúde da pessoa com deficiência compreende 300 CER e 52 Oficinas Ortopédicas em todo território nacional, conforme gráfico a seguir.

Gráfico 99. Distribuição CER e Oficina Ortopédica Habilitados, por UF. Brasil, 2023



Fonte: Saes/MS. Dados de agosto de 2023.

Entre 2013 e 2023, o número de estabelecimentos de reabilitação passou de 120 para 352 - até a competência de agosto/2023 - correspondendo a um incremento de 193%. A ampliação ocorreu em todas as regiões do país. No que se refere à cobertura dos serviços de reabilitação no país, no entanto, considerando Centros Especializados em Reabilitação e Oficinas Ortopédicas, atualmente 95% das regiões de saúde encontram-se descobertas, sendo 60% descobertas totalmente e 35% descobertas parcialmente, conforme demonstrado na tabela a seguir.

Tabela 18. Cobertura dos serviços de reabilitação segundo região geográfica e Região de Saúde, 2023

Região Geográfica	Total de Regiões de Saúde (RS)	Coberta		Descoberta Parcialmente		Descoberta Totalmente	
		Nº RS	%	Nº RS	%	Nº RS	%
Centro-Oeste	45	2	4%	17	38%	26	58%
Nordeste	133	7	5%	53	40%	73	55%
Norte	45	3	7%	20	44%	22	49%
Sudeste	164	10	6%	49	30%	105	64%
Sul	69	1	1%	20	29%	48	70%
Total Geral	456	23	5%	159	35%	274	60%

Fonte: Saes/MS. Dados até agosto/2023.

Mapa 10. Cobertura dos serviços de reabilitação segundo região geográfica. Brasil, 2013 a 2023.



Fonte: Saes/MS. Dados de agosto de 2023.

No tocante ao custeio federal para funcionamento e manutenção dos 352 serviços habilitados (CER + Oficina Ortopédica), o MS repassa aos estados, municípios e Distrito Federal aproximadamente R\$ 704 milhões de reais anualmente, conforme demonstrado na tabela a seguir.

Tabela 19. Custeio dos CER e Oficina Ortopédica. Brasil, 2023

Objeto	Ano	Quantidade	Valor Custeio (por ano)	Objeto	Ano	Quantidade	Valor Custeio (por ano)
Centro Especializado em Reabilitação (CER)	2013	100	R\$ 234.180.000,00	Oficina Ortopédica	2013	20	R\$ 12.960.000,00
	2014	21	R\$ 281.160.000,00		2014	3	R\$ 14.904.000,00
	2015	11	R\$ 328.140.000,00		2015	0	R\$ 16.848.000,00
	2016	51	R\$ 375.120.000,00		2016	8	R\$ 18.792.000,00
	2017	10	R\$ 422.100.000,00		2017	1	R\$ 20.736.000,00
	2018	23	R\$ 469.080.000,00		2018	4	R\$ 22.680.000,00
	2019	31	R\$ 516.060.000,00		2019	8	R\$ 24.624.000,00
	2020	19	R\$ 563.040.000,00		2020	1	R\$ 26.568.000,00
	2021	6	R\$ 610.020.000,00		2021	2	R\$ 28.512.000,00
	2022	19	R\$ 657.000.000,00		2022	0	R\$ 30.456.000,00
	2023	9	R\$ 703.980.000,00		2023	5	R\$ 32.400.000,00
	Total		300		R\$ 5.159.880.000,00		

Fonte: Saes/MS. Dados até agosto/2023. Os totais de custeio apresentados correspondem ao cumulativo (ano a ano).

Informações relacionadas aos investimentos no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência podem ser obtidas por meio dos Painéis de Informações do FNS: https://painelms.saude.gov.br/extensions/Portal_Paineis/Portal_Paineis.html.

Quanto ao atendimento ambulatorial de reabilitação, anualmente os Centros Especializados em Reabilitação e Oficinas Ortopédicas ofertam uma média de 20 mil atendimentos no SUS. No período de 2012 a 2023 (até julho) foram realizados 242.304.042 atendimentos.

Tabela 20. Produção Ambulatorial de Reabilitação Registrada no SIA/SUS pelos CER e Oficinas Ortopédicas Habilitadas. Brasil, 2012 a 2023

Modalidade Procedimento	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023(*)
Auditiva	539.163	587.483	629.412	733.880	779.133	853.884	872.882	870.693	545.369	784.944	905.820	540.284
Comum	7.634.585	7.706.527	8.172.439	8.839.209	8.758.231	9.453.178	9.384.719	10.309.529	6.579.783	9.425.813	11.106.580	6.711.654
Física	4.822.712	4.723.446	4.922.044	5.068.566	4.834.257	4.801.019	4.852.395	5.049.861	2.489.813	3.816.445	4.820.888	2.940.157
Intelectual	2.994.984	2.970.138	3.192.125	3.083.636	3.246.313	3.437.645	3.609.159	4.327.373	2.505.732	3.470.724	4.433.187	2.773.253
OPM Auditiva	59.062	60.031	73.939	86.333	92.430	98.604	101.855	109.902	77.423	119.624	137.268	81.596
OPM Física	138.905	147.080	150.933	159.615	165.552	181.790	197.052	207.869	151.383	198.603	206.399	121.195
OPM Física FAEC	0	4.854	17.540	23.800	30.324	43.463	45.242	54.108	42.485	55.221	62.606	34.370
OPM Gastro	808.673	1.039.915	903.643	997.240	1.396.602	1.370.166	1.286.658	1.505.732	1.822.116	2.080.646	2.140.064	1.121.385
OPM Urologia	96.195	139.236	148.703	138.761	175.760	216.503	258.735	189.838	238.977	300.622	332.103	191.025
OPM Visual	10.121	12.071	15.492	17.059	11.334	10.433	10.955	10.245	7.020	10.314	14.168	8.580
Visual	794.036	784.767	1.079.597	1.189.343	1.204.437	1.215.238	1.219.926	1.388.784	892.187	1.382.074	1.549.564	1.117.477
Total Geral	17.898.436	18.175.548	19.305.867	20.337.442	20.694.373	21.681.923	21.839.578	24.023.934	15.352.288	21.645.030	25.708.647	15.640.976

Fonte: SIA/SUS. Saes/MS. Dados extraídos em 04/10/2023. (*) Dado parcial, correspondente à produção aprovada no período de janeiro a julho de 2023.

Entre os objetivos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, destaca-se também a ampliação da oferta de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM).

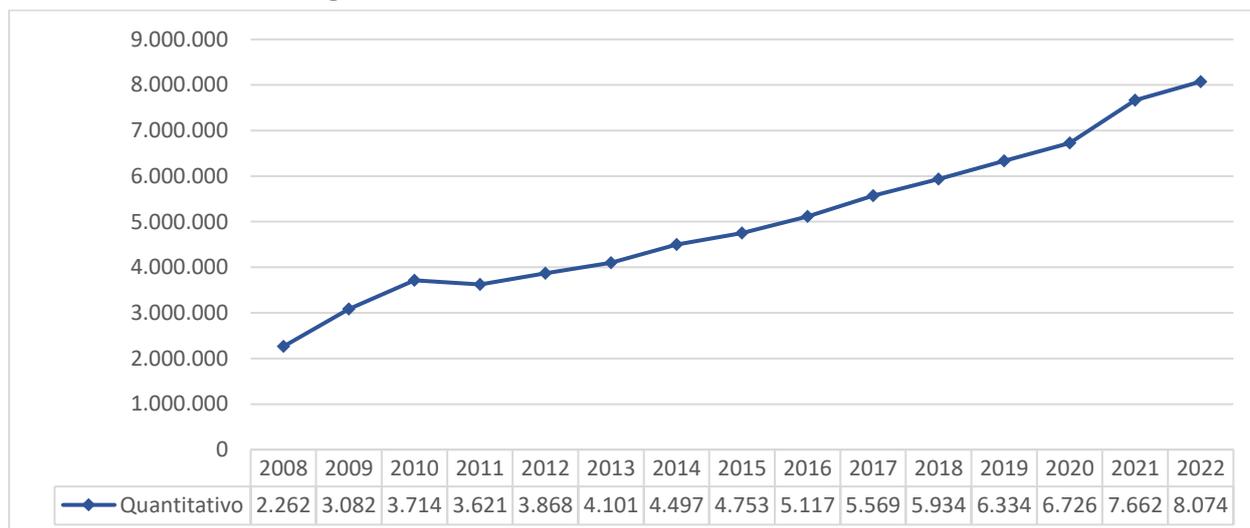
As OPM são dispositivos de tecnologia assistiva adjuvantes de grande importância no processo de reabilitação, que têm como objetivo ampliar a funcionalidade, a participação e a independência, proporcionando assim maior autonomia, qualidade de vida e inclusão social da pessoa com deficiência, contribuindo fundamentalmente na superação de barreiras.

Para a realização da concessão de OPM, os estabelecimentos de saúde do SUS utilizam como referência a tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (tabela SUS).

Atualmente a tabela SUS dispõe de 158 procedimentos relativos à concessão de OPM não cirúrgicas relacionadas à reabilitação, incluindo: auxiliares da locomoção, ortopédicas, auditivas, oftalmológicas, em gastroenterologia, em urologia e substituição/troca em órteses/próteses.

Entre 2008 e 2022, o quantitativo de procedimentos relacionados à concessão de OPMs não cirúrgicas passou de 2.262.481 para 8.074.012 procedimentos realizados, o que representa uma ampliação significativa no período indicado, conforme gráfico a seguir, dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS). Neste período foram concedidas, portanto, o total de 75.320.177 OPMs não cirúrgicas, perfazendo o valor de R\$ 5.050.642.375,09. No ano de 2023 foram concedidas até o mês de julho, o total de 4.750.398 OPMs não cirúrgicas pelo SUS, correspondendo ao valor de R\$ 290.451.946,84.

Gráfico 100. OPMs Não Cirúrgicas Concedidas. Brasil, 2008 a 2022



Fonte: Tabnet-SIA/SUS. Saes/MS. Dados extraídos em 21/09/2023.

Triagem Auditiva Neonatal (TAN)

A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) tem por finalidade a identificação precoce da deficiência auditiva. Até o mês de julho de 2023, 1.035 estabelecimentos apresentaram registro aprovado de procedimentos de emissões otoacústicas no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Desse total, 124 são novos estabelecimentos que não apresentaram registros em 2022, representando 12% do total de serviços de saúde que ofereceram o procedimento até a competência de julho de 2023. No entanto, em relação ao ano de 2022, 180 estabelecimentos não apresentaram, até o momento, produção de TAN no exercício de 2023.

No período de 2008 a 2022 foram ofertados pelo SUS o total de 8.644.274 atendimentos de TAN (exames de emissões otoacústicas evocadas para Triagem Auditiva – Teste da Orelhinha). Ressalta-se, que a ampliação da cobertura da TAN é essencial para qualificação da saúde neonatal, uma vez que possibilita a detecção precoce das deficiências auditivas e o acesso ao diagnóstico e a reabilitação em tempo oportuno, com vistas à melhoria da funcionalidade e da participação social do indivíduo.

2.5.2.8 Atenção às Pessoas com Doenças Raras

A atenção integral à saúde das pessoas com doenças raras constitui um desafio importante para os modelos de cuidado, de gestão e de financiamento do SUS, particularmente para atenção especializada que é o seguimento responsável pelas ações diagnósticas, de suporte clínico, tratamento e reabilitação.

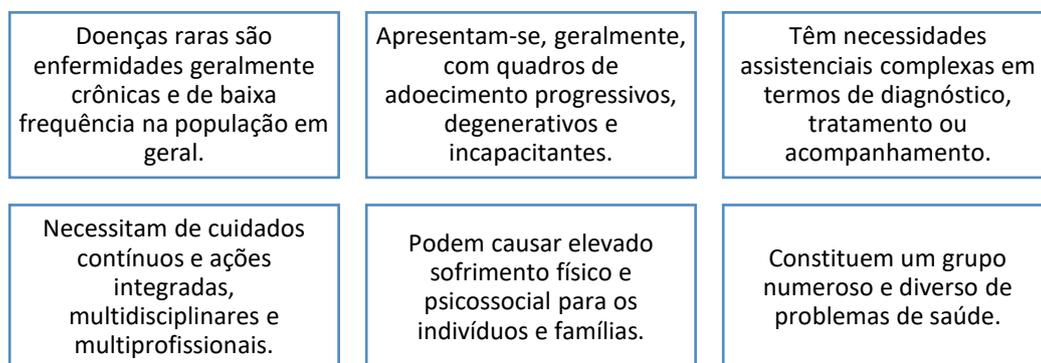
As doenças raras correspondem a um conjunto diverso de condições médicas de curso geralmente crônico e com necessidades assistenciais complexas. Afetam um número relativamente pequeno de pessoas em comparação com doenças mais comuns. Estima-se que existam mais de 5.000 tipos diferentes, cujas causas podem estar associadas a fatores genéticos, ambientais, infecciosos, imunológicos, entre tantas outras etiologias⁶.

Compõem este grupo de doenças as anomalias congênitas, os erros inatos do metabolismo, os erros inatos da imunidade, as deficiências intelectuais, entre outras doenças, e a maioria possui algum tipo de componente genético. Algumas dessas condições têm ocorrência restrita a grupos familiares ou indivíduos.

Estudos internacionais⁷ recentes apontam que de 3,5 a 5,9% das pessoas em todo mundo poderiam ser afetadas por alguma doença rara em algum momento de sua vida, mas são valores difíceis de precisar em razão de características próprias da população de cada país. A grande maioria das doenças raras afeta crianças, mas há doenças que aparecem tardiamente em adultos.

Muitas dessas condições afetam diversos sistemas que compõem o organismo humano, podendo causar deficiências e alterações no desenvolvimento. Certos grupos de doenças raras podem ter pouco impacto na qualidade de vida de quem as desenvolve, mas há muitas destas condições que podem ser graves e até levar à morte. Os sinais e sintomas de parte dessas condições pode se confundir com doenças comuns, o que pode atrasar seu diagnóstico, tornando-as um desafio para o SUS, uma vez que coexistem com epidemias e outros agravos de saúde que afetam a população brasileira.

Figura 08. Características Gerais das Doenças Raras. Brasil, 2023



Fonte: Saes/MS. 2023.

O Ministério da Saúde instituiu uma política pública, em 2014, para organizar o SUS no cuidado das pessoas com doenças raras e para permitir a habilitação de serviços especializados em doenças raras por todo país, além de contar com a rede de cuidados às pessoas com deficiência.

A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras (PNAIPDR), em conjunto com as diretrizes para atenção integral às pessoas com doenças raras no âmbito do SUS, consolidada no Anexo XXXVIII da Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017, têm como objetivos, por exemplo: melhorar o acesso aos serviços de saúde e à informação; reduzir a incapacidade causada por essas doenças; contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com doenças raras.

Cabe ao MS gerir a organização da rede de atendimento para prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças raras, hoje composta por diversos serviços de saúde do país, como os ambulatórios especializados em hospitais universitários e os serviços habilitados em doenças raras do MS.

⁶ Chung, B.H.Y., Chau, J.F.T. & Wong, G.K.S. Rare versus common diseases: a false dichotomy in precision medicine. *npj Genom. Med.* **6**, 19 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41525-021-00176-x>

⁷ Nguengang Wakap, S., Lambert, D.M., Olry, A. *et al.* Estimating cumulative point prevalence of rare diseases: analysis of the Orphanet database. *Eur J Hum Genet* **28**, 165–173 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41431-019-0508-0>

A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras tem abrangência transversal na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e tem como objetivo reduzir a mortalidade, contribuir para a redução da morbimortalidade e das manifestações secundárias e oportunizar a melhoria da qualidade de vida das pessoas por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno, redução de incapacidade e cuidados paliativos. O modelo de atenção à saúde proposto para as pessoas com doenças raras se estabelece sobre pressupostos como a integralidade assistencial e a qualidade, a efetividade e a humanização do cuidado, tendo sido estruturado para ter abrangência transversal às redes temáticas prioritárias do SUS. Hoje, estas redes são a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, a Rede de Cuidados da Saúde da Pessoa com Deficiência, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, a Rede de Atenção Psicossocial; e a Rede Cegonha.

Atualmente há 31 estabelecimentos habilitados, como Serviços de Atenção Especializada em Doenças Raras e Serviços de Referência em Doenças Raras, disponibilizando 20 procedimentos entre consultas e exames para a população. Há quatro serviços na Região Centro-Oeste, seis serviços na Região Nordeste, um serviço na Região Norte, 11 serviços na Região Sudeste e sete serviços na Região Sul do Brasil. Evidencia-se um importante vazio assistencial na Região Norte do Brasil.

Quadro 04. Estabelecimentos habilitados em Doenças Raras. Brasil, 2023

Região	UF	Município	Estabelecimento
Centro-Oeste	DF	Brasília	Hmib
Centro-Oeste	DF	Brasília	Hospital de Apoio de Brasília
Centro-Oeste	GO	Anápolis	Associação de Pais e Amigos Dos Excepcionais -Apae de Anápolis
Centro-Oeste	GO	Goiânia	Hospital Estadual de Geral de Goiânia "Dr Alberto Rassi"
Nordeste	BA	Salvador	Associação de Pais e Amigos Excepcionais - Apae
Nordeste	BA	Salvador	Hospital Universitário Prof. Edgard Santos - Hupes
Nordeste	CE	Fortaleza	Hospital Infantil Albert Sabin
Nordeste	PE	Recife	Instituto de Medicina Integral Prof Fernando Figueira Imip
Nordeste	CE	Fortaleza	Hospital Universitário Walter Cantídio
Nordeste	CE	Fortaleza	Hospital Geral de Fortaleza - Hgf
Norte	PA	Belém	Hospital Universitário Bettina Ferro Do Complexo Hospitalar Da Universidade Federal Do Pará
Sudeste	ES	Vitória	Hospital Santa Casa de Vitória
Sudeste	RJ	Rio de Janeiro	Iff
Sudeste	SP	Santo André	Ambulatório de Especialidade Da Fuabc/Faculdade de Medicina Abc/Santo André
Sudeste	MG	Bom Despacho	Centro de Especialidades Multiprofissionais Dr. Gê
Sudeste	MG	Belo Horizonte	Hosp Infantil João Paulo II
Sudeste	MG	Juiz de Fora	Hospital Universitário da Univ Federal de Juiz de Fora
Sudeste	MG	Belo Horizonte	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
Sudeste	SP	Campinas	Hc da Unicamp
Sudeste	SP	Ribeirão Preto	Hc de Ribeirao Preto
Sudeste	SP	São José do Rio Preto	Hospital de Base de São José do Rio Preto
Sudeste	MG	Belo Horizonte	Hospital Julia Kubitschek
Sul	PR	Curitiba	Hospital Pequeno Príncipe de Curitiba
Sul	PR	Curitiba	Complexo Hospital de Clínicas - Universidade Federal do Paraná
Sul	PR	Curitiba	Hospital Erasto Gaertner
Sul	RS	Porto Alegre	Hc Poa
Sul	RS	Santa Maria	Husm Hospital Universitário de Santa Maria
Sul	SC	Florianópolis	Hospital Infantil Joana de Gusmão
Sul	SC	Blumenau	Associação Renal Vida

Fonte: Cnes. Saes/MS. Acessado em setembro de 2023.

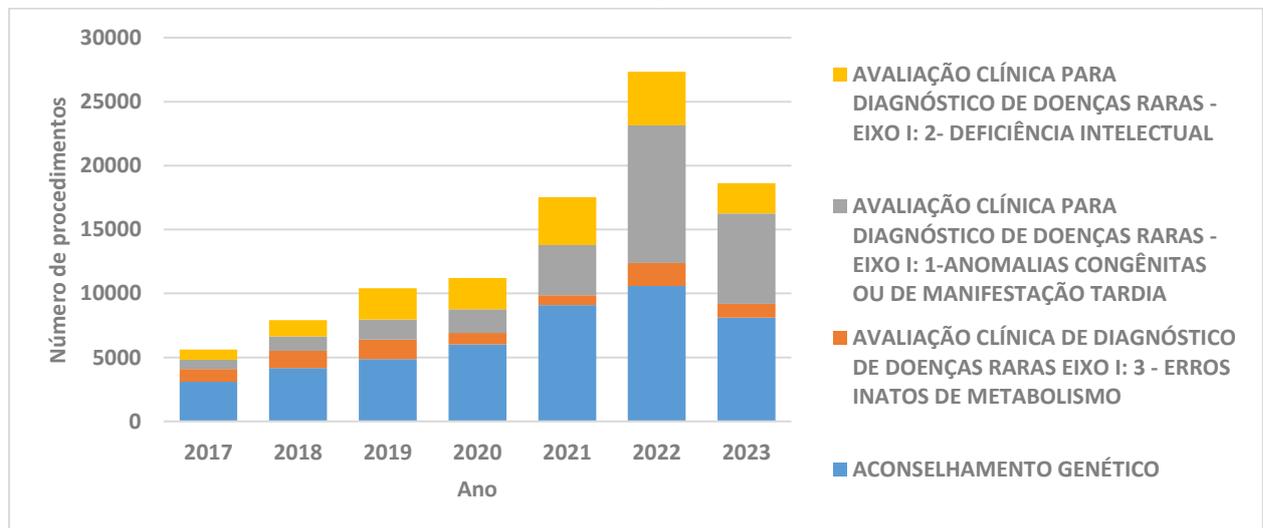
Mapa 11. Distribuição dos Estabelecimentos Habilitados em Doenças Raras. Brasil, 2023



Fonte: CNES. Saes/MS. Acessado em setembro de 2023.

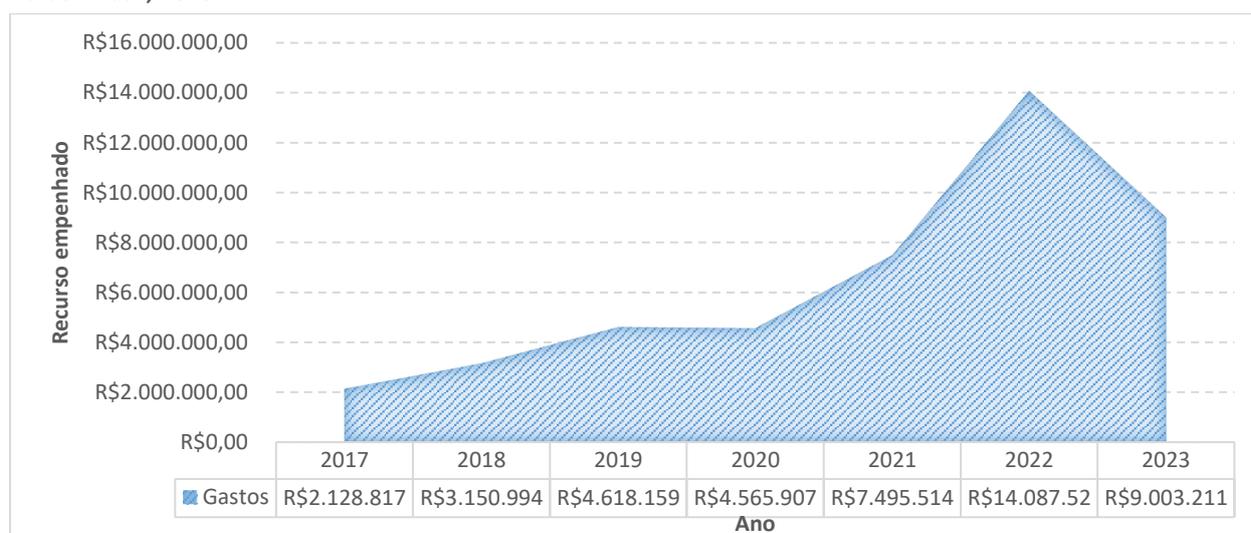
Nos serviços habilitados, há realização de procedimentos de avaliação clínica e ações de aconselhamento genético. Desde a vigência da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, já foram realizados, em âmbito nacional, 45.961 atendimentos para aconselhamento genético e 52.668 procedimentos de avaliação clínica, conforme gráfico a seguir, com incremento anual de habilitações e, conseqüentemente, o aporte de recursos tem acompanhado este crescimento. Já foram desembolsados mais de R\$ 45 milhões para pagamento desses procedimentos e dos 17 diferentes exames laboratoriais previstos no rol.

Gráfico 101. Procedimentos Realizados em Âmbito da Pnaipdr. Brasil, 2017 a 2023



Fonte: Sigtap. Acessado em setembro de 2023.

Gráfico 102. Evolução de Desembolso Total para Realização de Exames nos Serviços Habilitados em Doenças Raras. Brasil, 2023



Fonte: Sigtp. Acessado em setembro de 2023.

No entanto, como mostram dados obtidos dos sistemas de informação do MS, a grande maioria dos exames não está sendo faturada, o que parece estar relacionado à falta de capacidade dos serviços em realizar tais exames, isto é, há uma importante lacuna no que se refere a uma possível rede laboratorial de referência para doenças raras. Diante disso, já estão em curso ações visando sanar esta questão, com o estabelecimento de serviços laboratoriais para realização dos testes moleculares e genômicos.

Casos e estatísticas sobre doenças raras

O SUS monitora alguns grupos de doenças raras, principalmente as anomalias congênitas, há alguns anos⁸. Outras doenças raras são monitoradas em políticas específicas, como é o caso da triagem neonatal ou o acompanhamento de condições hematológicas. Segundo essa publicação recente da Secretaria de Vigilância à Saúde e Ambiente, os dados compilados entre os anos de 2010 e 2019 apontam os seguintes números:

- Defeitos de tubo neural: foram registrados no Sinasc, entre 2010 e 2019, 13.327 casos de nascidos vivos com os defeitos de tubo neural citados, apresentando prevalência geral de 4,57/10.000 nascidos vivos (NVs) ao longo desses anos. O maior número de casos notificados e as maiores prevalências neste período foram nas Regiões Sudeste e Nordeste.
- Microcefalia congênita: foram notificados 6.267 casos de microcefalia no Sinasc entre 2010 e 2019, sendo a prevalência 2,15/10.000 nascidos vivos. Nordeste e Sudeste registraram o maior número de casos. Entre 2015-2017, período da epidemia de microcefalia associada à infecção pelo vírus Zika, altas prevalências de microcefalia foram registradas no País, especialmente na Região Nordeste.
- Fendas orais: foram registrados 17.925 NVs com algum tipo de fenda oral, resultando em uma prevalência de 6,2/10.000 NVs. As fendas palatinas foram mais prevalentes (2,8/10.000). 57,3% das crianças com fenda oral eram do sexo masculino, 21,4% nasceram com peso inferior a 2.500 g e 21,7% nasceram com menos de 37 semanas gestacionais. A Região Sul apresentou as maiores prevalências nos três grupos de fenda oral.
- Anomalias genitais e desordens da diferenciação sexual: em todo o período, foram registrados 9.808 NVs com hipospádias e 4.029 NVs com sexo indeterminado e pseudo-hermafroditismo (atualmente chamado de desordem da diferenciação sexual). A maior prevalência de

⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Saúde Brasil 2020/2021: anomalias congênitas prioritárias para a vigilância ao nascimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 414 p.: il. Modo de acesso: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_anomalias_congenitas_prioritarias.pdf

hipospádias foi de 3,70/10.000 NVs, em 2017; e, para sexo indeterminado e desordens da diferenciação sexual, a maior prevalência foi de 1,58/10.000 NVs em 2018. A maioria dos recém-nascidos com anomalias de órgãos genitais apresentou peso ao nascer menor que 2.500 g.

- Anomalias congênitas dos membros: foram notificados 71.212 casos de defeitos de membros ao nascimento no Sinasc, sendo a prevalência geral de 24,43/10.000 NVs. Polidactilia (Q69) e deformidades congênitas do pé (Q66) foram os defeitos mais frequentes. Sudeste e Nordeste apresentaram o maior número de casos e prevalências; Centro-Oeste e Norte, os menores valores.
- Defeitos da parede abdominal: foram notificados 2.266 casos de exonfalia no Sinasc, sendo a prevalência de 0,78/10.000 NVs. As regiões com as maiores prevalências foram Sudeste e Sul. Para gastrosquise, 6.770 casos foram notificados, com prevalência de 2,30/10.000 NVs. As regiões com as maiores prevalências foram Sul e Centro-Oeste. Em torno de 48% das mães de NVs com gastrosquise tinham <19 anos.
- Síndrome de Down: ainda que não seja uma doença rara, é uma condição genética importante. Foram registrados 10.485 casos de Síndrome de Down no Brasil, resultando em uma prevalência ao nascimento de 3,59/10.000, com as maiores prevalências ocorrendo nas Regiões Sul e Sudeste. Desde 2015, um aumento importante no registro desta síndrome vem ocorrendo sobretudo em algumas unidades da federação da Região Norte. Também houve associação entre Síndrome de Down e idade materna avançada na população brasileira.

Os principais pontos críticos, desafios e oportunidades são: a) promover a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras mediante a conformação de uma Rede Brasileira de Doenças Raras, com articulação entre serviços e profissionais de saúde para compartilhamento de expertise e de recursos diagnósticos; b) Estabelecer uma rede laboratorial de referência para diagnóstico de doenças raras, como foco em biologia molecular e genômica; c) garantir a atuação sinérgica dos entes no que se refere a articulação das políticas de saúde que se interseccionam no campo das doenças raras, como a Política Nacional de Triagem Neonatal, a Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência; d) reduzir o tempo de espera para o primeiro atendimento em genética clínica com utilização de canais de telessaúde; ampliar a rede de serviços de referência em doenças raras com vistas a atender os vazios assistenciais existentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste do Brasil; e) atualizar e produzir diretrizes de cuidado e protocolos para as doenças raras com maior frequência no Brasil; f) estabelecer lista oficial de doenças raras e registro brasileiro de pessoas com doenças raras.

2.5.2.9 Sistema Nacional de Transplantes

O Brasil possui o maior sistema público de transplantes do mundo. Em números absolutos, é o segundo maior transplantador do mundo, atrás apenas dos Estados Unidos. A rede pública de saúde fornece aos pacientes assistência integral e gratuita, incluindo exames preparatórios, cirurgia, acompanhamento e medicamentos pós-transplante.

O Sistema Nacional de Transplantes (SNT) é responsável pela coordenação de todo o processo de captação e distribuição dos órgãos doados. Em 2023, o Brasil bateu um novo recorde no número de doadores efetivos, tanto em números absolutos (3.866 doadores), quanto por milhão da população (19,0 PMP). O avanço também foi observado no percentual de efetivação do potencial doador, passando de 26,4% em 2022 para 28,2% em 2023.

Os órgãos que podem ser transplantados incluem coração, fígado (vivo e falecido), pulmão (vivo e falecido), pâncreas, pâncreas-rim, intestino e multivisceral. Quanto à medula óssea, existem três modalidades: autólogas, alogênico aparentado e alogênico não aparentado. É de extrema importância conscientizar as pessoas sobre a importância do ato de doar. Inúmeras pessoas podem ser beneficiadas com os órgãos e tecidos provenientes de um mesmo doador.

Tabela 21. Evolução do Quantitativo e PMP de Potencial Doador e de Doador Efetivo. Brasil, 2013 a 2023

Brasil	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023*
Potencial Doador	8.916	9.378	9.727	10.158	10.651	10.792	11.408	10.681	12.259	13.349	13.716
Potencial Doador (PMP)	46,7	49,2	48,0	49,7	51,7	52,0	54,7	50,8	57,9	62,6	67,5
Doador Efetivo	2.562	2.710	2.836	3.000	3.420	3.531	3.767	3.329	3.205	3.522	3.866
Doador Efetivo (PMP)	13,4	14,2	14,0	14,7	16,6	17,0	18,1	15,8	15,1	16,5	19,0
Percentual de Efetivação	28,7%	28,9%	29,2%	29,5%	32,1%	32,7%	33,0%	31,2%	26,1%	26,4%	28,2%

Fontes: Sistema Informatizado do Ministério da Saúde/ CETs - Centrais Estaduais de Transplantes.

Nota 1: * Dados até agosto de 2023. Dados sujeitos a alterações com base no envio ou correção futura de dados.

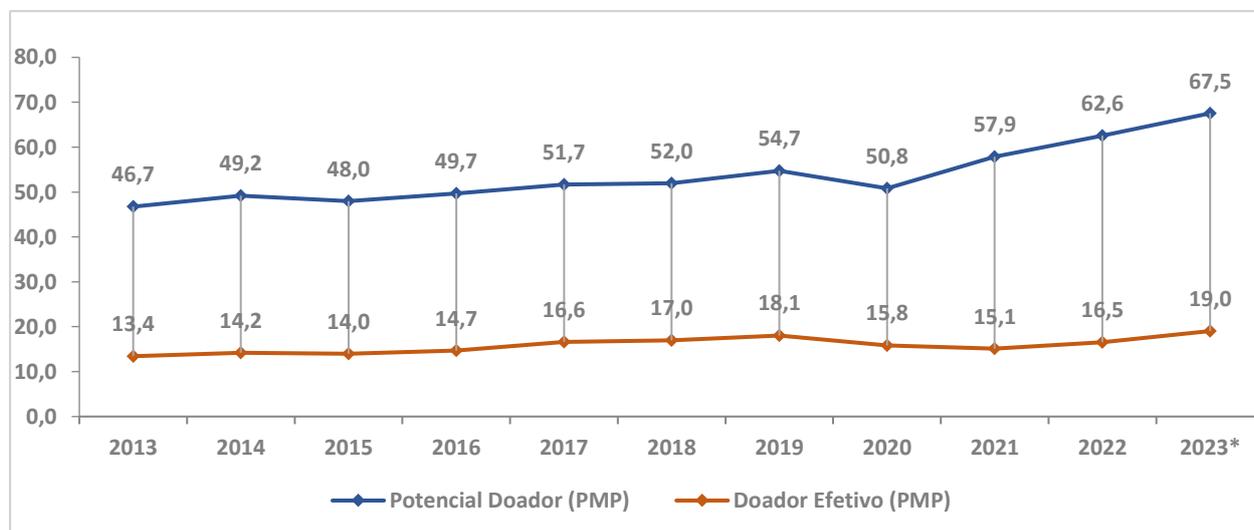
Nota 2: PMP: Partes por Milhão da População (De 2001 até 2009 foi considerada a população do censo IBGE de 2000, de 2010 até 2014 foi considerada a população do censo IBGE de 2010; a partir de 2015 está sendo considerada a população estimada pelo IBGE para o ano.

Na maioria das vezes, o transplante pode ser a única esperança de vida ou a oportunidade de um recomeço para aqueles que precisam de doações. Atualmente, 40,5 mil pessoas aguardam por um transplante de órgão no Brasil.

O sistema brasileiro de transplante está empenhado em acelerar a recuperação das taxas de doação e transplante alcançadas pré-pandemia de covid-19, considerando que houve um decréscimo de 2020 para 2022. O trabalho é lento, pois envolve a reorganização de setores diversos que necessitam entrar em sintonia fina.

As capacitações para diagnóstico e morte encefálica voltaram a acontecer de forma presencial, estimulando os profissionais a participarem efetivamente do processo de doação. A taxa de notificação dos potenciais doadores continua crescendo, mas chama a atenção a diferença de capacidade de conversão de potenciais doadores em doadores efetivos entre os estados, alguns com resultados comparáveis aos melhores países do mundo e outros com grandes dificuldades.

Gráfico 103. Evolução de Potencial Doador (PMP) e de Doador Efetivo (PMP). Brasil, 2013 a 2023



Fontes: Sistema Informatizado do Ministério da Saúde/ CETs - Centrais Estaduais de Transplantes.

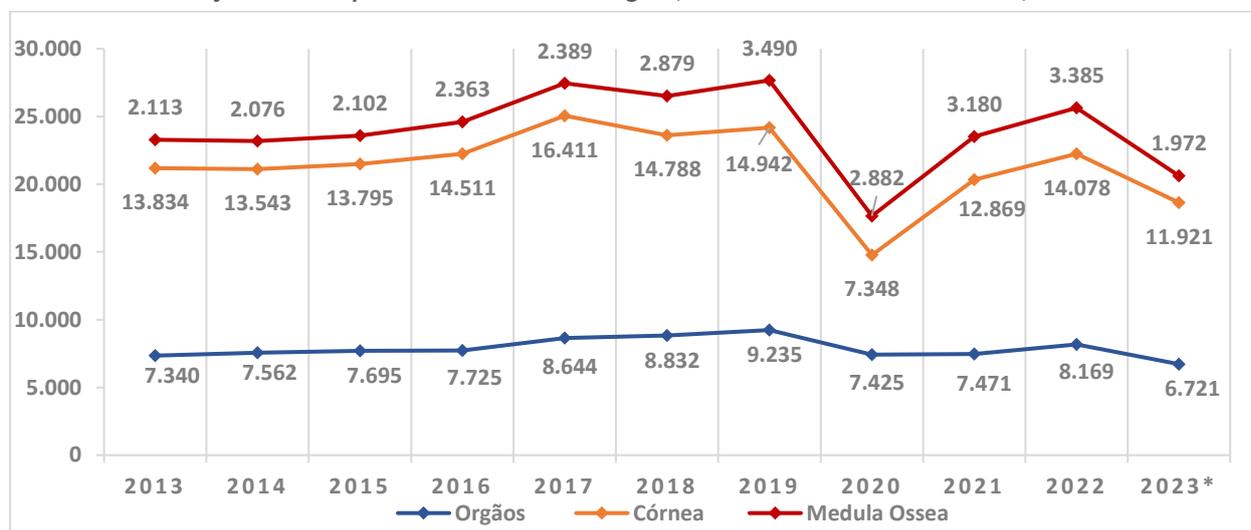
Nota 1: * Dados até agosto de 2023. Dados sujeitos a alterações com base no envio ou correção futura de dados.

Nota 1: PMP: Partes por Milhão da População (De 2001 até 2009 foi considerada a população do censo IBGE de 2000, de 2010 até 2014 foi considerada a população do censo IBGE de 2010; a partir de 2015 está sendo considerada a população estimada pelo IBGE para o ano.

No período de janeiro a agosto de 2023, o índice de transplantes de órgãos foi de 29,25 PMP (5.940 transplantes realizados), um crescimento notável nos transplantes de órgãos, com mais de 4.000 transplantes de órgãos sólidos realizados em comparação com o mesmo período de 2022. Os transplantes de tecidos oculares também apresentaram um aumento significativo de 2022 para 2023 no primeiro semestre, com um aumento de 1.972 transplantes de medula óssea em relação ao mesmo período de 2022.

Em 2023, o MS divulgou um número recorde de doadores efetivos no primeiro semestre de 2023, com 1,9 mil doadores, o que possibilitou a realização de 4.377 transplantes de órgãos, como rim, fígado e coração nos primeiros seis meses do ano, um aumento de 16,2% em relação a 2022. Quando somados os meses de julho e agosto de 2023, o total de transplantes de órgãos realizados salta para 5.914. Com a tendência de aumento já observada até agora, a expectativa é fechar 2023 com um recorde inédito de doações.

Gráfico 104. Evolução de Transplantes Realizados de Órgãos, córnea e medula Óssea. Brasil, 2013 a 2023



Fonte: Sistema Informatizado do Ministério da Saúde/CETs-Centrais Estaduais de Transplantes.

Nota 1: Dados até agosto de 2023. Dados sujeitos a alterações com base no envio ou correção futuras de dados.

Atualmente, há cerca de 633 hospitais de transplantes autorizados no país. Embora o Brasil tenha uma grande quantidade de centros transplantadores, a capacidade para a realização de transplantes segue preponderantemente instalada no Sul e no Sudeste, o que cria vazios assistenciais que promovem o aumento das desigualdades regionais no que se refere à assistência em saúde.

Tabela 22. Transplante (PMP) realizados. Brasil, 2023

Região	Valor Apurado*	Transplante	População
Região Sul	42,69	1.278	29.933.315
Região Sudeste	38,16	3.238	84.847.187
Região Centro-Oeste	19,59	319	16.287.809
Região Nordeste	18,74	1.024	54.644.582
Região Norte	4,67	81	17.349.619
Brasil	29,25	5.940	203.062.512

Fontes: Sistema Informatizado do Ministério da Saúde/ CETs - Centrais Estaduais de Transplantes.

Nota 1: Dados até agosto de 2023. Dados sujeitos a alterações com base no envio ou correção futura de dados.

Nota 2: PMP: Partes por Milhão da População (De 2001 até 2009 foi considerada a população do censo IBGE de 2000, de 2010 até 2014 foi considerada a população do censo IBGE de 2010; a partir de 2015 está sendo considerada a população estimada pelo IBGE para o ano.

Com o objetivo de avançar na realização de transplantes no país, pretende-se implantar e ampliar a atividade de doação, captação e transplantes de órgãos e tecidos nos estados e no Distrito Federal em consonância com os Planos Estaduais de Doação e Transplantes, disponibilizar equipamentos e infraestrutura com vistas a viabilizar a notificação de casos diagnosticados de morte encefálica, além da promover a criação, adequação e ampliação da rede de centros de referência em transplantes e implantação de leitos para transplantes de medula óssea, em especial os alogênicos.

Considerando que mais de 90% dos procedimentos de todo o País são financiados pelo SUS, reafirma-se a importância da organização e ampliação da oferta de serviços públicos que realizam transplantes.

2.5.2.10 Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados (Sinasan)

A atenção hemoterápica consiste no conjunto de ações desenvolvidas para regulamentação, apoio técnico e monitoramento do funcionamento do Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados, com vistas a garantir a autossuficiência do país nesse setor e harmonizar as ações do poder público em todos os níveis de governo, notadamente junto aos organismos operacionais de captação e obtenção de doação, coleta, processamento, controle e garantia de qualidade, estocagem, distribuição e transfusão de sangue, seus componentes e hemoderivados, e aos centros de produção de hemoderivados e demais produtos hemoterápicos.

A Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados é regulamentada a partir da Lei n.º 10.205, de 21 de março de 2001, e tem por finalidade garantia da oferta, regular e segura, de sangue e seus derivados, para a promoção da atenção hemoterápica e hematológica no país, inclusive para a produção de medicamentos hemoderivados.

A Política Nacional de Sangue é dirigida pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, sendo suas ações e atividades, orientadas e monitoradas pelo MS. A execução dessa política é atribuição do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados (Sinasan).

O Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados é composto pela Rede de Serviços de Hemoterapia e pelos centros produtores de hemoderivados, que atuam de forma ordenada e integrada ao sistema de saúde para prover de forma responsável a segurança transfusional e a disponibilidade de sangue e derivados, considerando esta pauta como problema de saúde pública.

Em 2023, foram identificados 2.097 serviços de hemoterapia, classificados por níveis de complexidade, a partir da sistemática de classificação do Hemoprod/Anvisa, o qual há pelo menos um Hemocentro público de referência em cada Estado e no Distrito Federal, além de diversas unidades de hematologia e hemoterapia que capilarizam a atenção hemoterápica nas redes estaduais.

Tabela 23. Estabelecimentos de Sangue por Região. Brasil, 2023

Região	Estabelecimentos de Saúde	AT Agência Transfusional	NH Núcleo de Hemoterapia	UCT Unidade de Coleta e Transfusão	HR Hemocentro Regional	UC Unidade de Coleta	HC Hemocentro Coordenador	CTLD Central de Triagem Laboratorial de Doadores	Privado SUS	Privado	Público
Norte	194	157	8	11	9	2	7	0	10	12	172
Nordeste	388	299	32	31	14	3	9	0	39	90	259
Centro-Oeste	162	101	19	32	5	0	4	1	32	28	102
Sudeste	1013	820	113	24	25	24	3	4	374	319	320
Sul	340	271	36	11	16	2	3	1	204	51	85
Total	2.097	1.648	208	109	69	31	26	6	659	500	938
Percentual	100,00%	78,59%	9,92%	5,20%	3,29%	1,48%	1,24%	0,29%	31,43%	23,84%	44,73%

Fonte: Anvisa, 2023.

A lista completa de estabelecimentos de Saúde por unidade federada estão disponíveis no link <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojN2I1YTA0ODEtNzk4Yy00NjkyLWI4NGYtMDNiZTQzNTExYzg2liwiZGl6IjI2NmMjNmMzZjMtNGQzNS04MGM3LWI3MDg1ZjVlZGQ4MSJ9>.

Coleta de Sangue

A cobertura assistencial hemoterápica vem se demonstrando sustentável ao longo dos anos, sendo que em 2022, foram realizadas cerca de 3,15 milhões de coletas de sangue de doadores voluntários de sangue, isso apenas no âmbito do SUS. Estima-se que outras 400 mil doações voluntárias ocorram na saúde suplementar.

Tabela 24. Frequência de coleta de sangue, por região, por ano, Brasil, 2015-2022

Região	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Centro-Oeste	341.492	374.566	300.525	278.934	283.910	266.621	274.589	296.371
Nordeste	838.920	835.107	839.012	814.322	800.331	702.853	761.734	803.823
Norte	244.032	246.235	259.731	248.002	238.575	217.363	227.922	257.774
Sudeste	1.397.789	1.363.355	1.381.869	1.377.545	1.362.595	1.241.674	1.252.870	1.253.940
Sul	614.142	590.209	575.577	572.064	586.413	530.154	518.418	546.571
Total	3.436.375	3.409.472	3.356.714	3.290.867	3.271.824	2.958.665	3.035.533	3.158.479

Fonte: SIA-SUS, SIH. Saes/MS.2023.

Observa-se na tabela de frequência de coleta de sangue, que no ano de 2020, houve uma diminuição no número de doações de 10% em relação ao ano de 2019, em razão da diminuição na circulação de pessoas por conta da covid-19, em 2021, pode-se observar um ligeiro aumento nesse quantitativo, considerando o número de bolsas coletadas nos anos de 2020. Em 2021, o número de doações continuou baixo, porém maior do que em 2020. Em 2022 foram coletadas 3.158.479 bolsas de sangue no país e aprovadas 2.981.437 para transfusões de hemocomponentes sanguíneos no âmbito do SUS.

Atenção à Coagulopatias Hereditárias

A atenção a coagulopatias hereditárias referem-se a um conjunto de doenças hemorrágicas, com destaque para a hemofilia A (deficiência do fator VIII), a hemofilia B (deficiência de fator IX) e a doença de Von Willebrand. O tratamento dessas doenças no Brasil é realizado quase que exclusivamente pelo SUS, o que levou o programa a ser considerado modelo internacional por meio de prêmios internacionais. Seu orçamento é de aproximadamente R\$ 1,5 bilhão por ano, para a aquisição dos medicamentos pró-coagulantes.

No período de janeiro a 30 de junho de 2023, observou-se o total de 31.746 pacientes cadastrados com coagulopatias hereditárias no Brasil, com hemofilia A e B.

Tabela 25. Pacientes Cadastrados com Coagulopatias Hereditárias no Brasil e Atendidos no SUS. Brasil, 2023.

Região/Estado	Pacientes Cadastrados	Pacientes Atendidos	UI'S de Medicamentos Dispensados
NORTE	2.209	831	170.617.852
Rondônia	141	77	12.251.200
Acre	58	34	2.346.450
Amazonas	426	205	106.676.392
Roraima	51	17	845.000
Pará	1.279	393	39.227.060
Amapá	145	50	1.957.400
Tocantins	109	55	7.314.350
NORDESTE	7.227	2.588	648.094.728
Maranhão	576	202	133.099.260
Piauí	389	155	19.581.080
Ceará	1.239	465	71.950.931
Rio Grande do Norte	564	188	27.632.620
Paraíba	659	266	64.477.285
Pernambuco	1.683	507	228.747.002
Alagoas	418	176	46.670.000
Sergipe	366	116	8.939.400

Região/Estado	Pacientes Cadastrados	Pacientes Atendidos	UI'S de Medicamentos Dispensados
Bahia	1.333	513	46.997.150
SUDESTE	14.207	4.376	1.291.391.646
Minas Gerais	3.677	1.107	273.435.993
Espírito Santo	987	321	118.045.868
Rio de Janeiro	3.392	835	264.286.110
São Paulo	6.151	2.113	635.623.675
SUL	5.837	1.772	315.795.709
Paraná	2.120	735	75.160.375
Santa Catarina	975	365	37.491.791
Rio Grande do Sul	2.742	672	203.143.543
CENTRO-OESTE	2.266	913	814.381.305
Mato Grosso	452	163	61.039.680
Goiás	673	338	234.296.080
Distrito Federal	947	324	509.448.845
Mato Grosso do Sul	194	88	9.596.700

Fonte: SIOP. Sistema Hemovida Web Coagulopatias. Dados de Setembro de 2023.

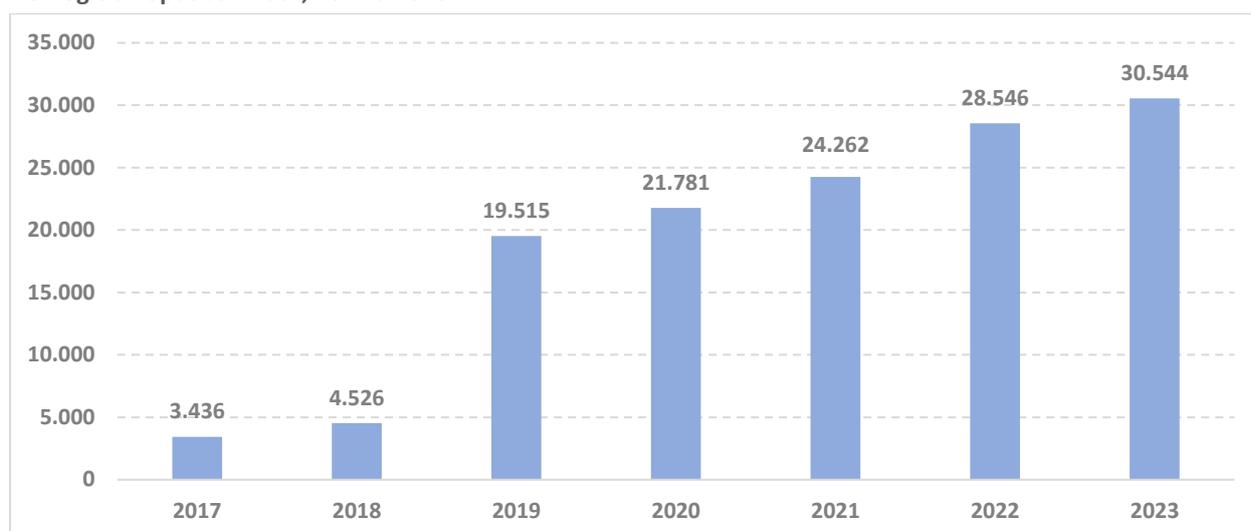
A quantidade de Unidades Internacionais (UIs) dos fatores de coagulação dispensados para o estado, leva em consideração, a necessidade de medicamento que cada paciente necessita, no momento. Avalia-se que o número de pacientes que fizeram uso de pró-coagulantes no período avaliado é, na sua maioria, acometido pela forma grave e moderada da doença diagnosticada. Portanto, esses pacientes necessitam fazer maior uso desses medicamentos em relação àqueles que desenvolveram a forma leve da doença. Cabe salientar que os pacientes podem ter realizado diversas recorrências de uso de medicamentos pró-coagulantes, a depender do seu quadro clínico, o que pode acarretar no uso de volumes de medicamentos que podem chegar a uma soma de unidades bastante elevadas, sejam em períodos diversos ou em regiões, não existe consumo estabilizado, ao contrário, o consumo é flutuante.

Atenção Integral às Pessoas com Doenças Falciforme e Outras Hemoglobinopatias.

A doença falciforme é uma doença genética e hereditária que se caracteriza pela alteração dos glóbulos vermelhos do sangue, com prevalência em pessoas de raça negra ou descendentes. Para fomentar atenção integral e qualidade de vida às pessoas com essa doença, em 2005 o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias (PNAIPDF). Em 2021, houve avanços no âmbito dessa política com a adesão de todas as unidades federadas ao Sistema Web Hemoglobinopatias – Doença Falciforme, e a ampliação do número de cadastros de pacientes em acompanhamento no SUS, totalizando 24.262 pacientes cadastrados. Os dados de 2022 e 2023 são parciais, no entanto já evidenciam a ampliação do cadastro desses pacientes.

Cabe ressaltar que muitas unidades da federação não realizaram a adesão devido a problemas de infraestrutura de tecnologia da informação e comunicação para o cadastro no sistema web hemoglobinopatias – doença falciforme. A capacitação dos profissionais da gestão local do SUS atuantes é um requisito essencial para viabilizar a qualificação dos técnicos que lidam com os instrumentos congêneres.

Gráfico 105. Pacientes com Hemoglobinopatias, Cadastrados no Sistema Informatizado Hemovida Web Hemoglobinopatias. Brasil, 2017 a 2023



Fonte: Sistema Informatizado Hemovida (<https://hemoglobinopatiasweb.datasus.gov.br/>). Dados de setembro de 2023.

Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN)

O Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNTN, instituído pela Portaria de GM/MS n.º 822/2001 de 6 de junho de 2001, e referendado pela Portaria de Consolidação n.º 5, de 28 de setembro de 2017, art. 142 ao 150, tem como objetivo geral identificar distúrbios e doenças no recém-nascido em tempo oportuno, o qual é preconizado pelo Ministério da Saúde a partir de 48 horas até o 5º dia de vida do recém-nascido, para intervenção adequada. Ele visa garantir tratamento e acompanhamento contínuo às pessoas com diagnóstico positivo, conforme previsto nas linhas de cuidado, com vistas a reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida das pessoas com doenças previstas no programa.

O Programa Nacional de Triagem Neonatal não se limita ao diagnóstico laboratorial, mas pretende promover o acesso à atenção integral dos pacientes na rede do SUS, por meio do conjunto de ações de saúde multicêntricas e multiprofissional, envolvidas no acompanhamento e tratamento das doenças do escopo: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme e outras hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita, deficiência de biotinidase e toxoplasmose congênita.

Em 26 de maio de 2022 entrou em vigor a Lei n.º 14.154, que alterou o Estatuto da Criança e do Adolescente para aperfeiçoar o Programa Nacional de Triagem Neonatal, por meio do estabelecimento de rol mínimo de doenças a serem rastreadas pelo teste do pezinho; e dá outras providências.

A ampliação está sendo realizada conforme descrito na Lei e com isso, a implementação acontecerá de forma escalonada e progressiva no Programa: Etapa I: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme e outras hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase - doenças que já fazem parte do Programa – acrescidas da toxoplasmose congênita; Etapa II: galactosemia, aminoacidopatias, distúrbios do ciclo da ureia e distúrbios da beta oxidação dos ácidos graxos; Etapa III: doenças lisossômicas; Etapa IV: imunodeficiências primárias; e Etapa V: atrofia muscular espinhal.

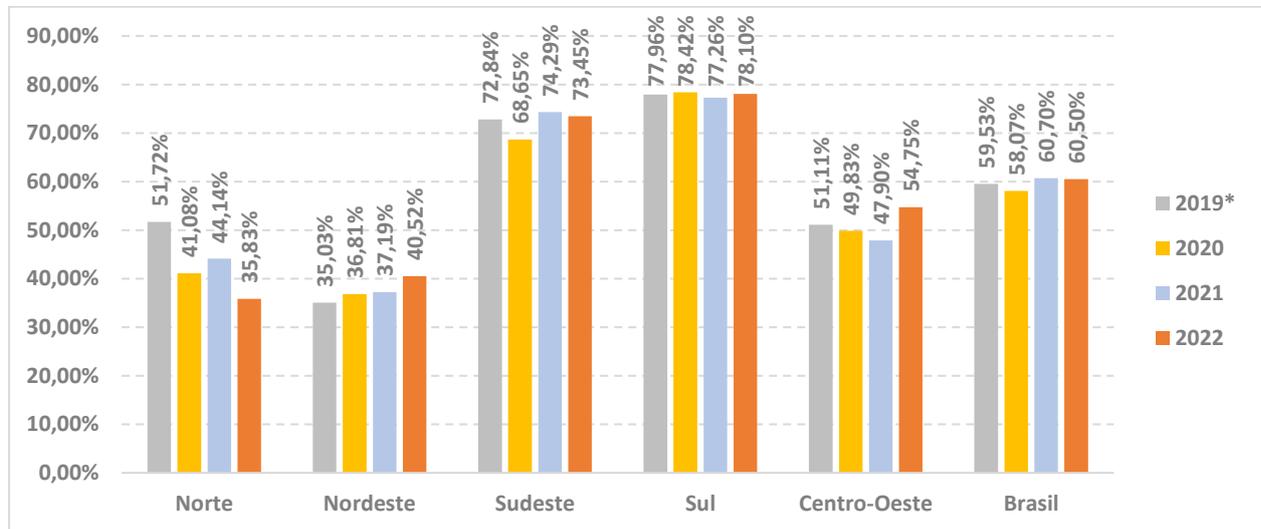
Essa ampliação deve ser realizada com base nas evidências científicas, considerando os benefícios do rastreamento, diagnóstico e tratamento em tempo oportuno, assim como priorizando as doenças com maior prevalência no Brasil e que já tenham protocolo de tratamento aprovado e com tratamento incorporado no SUS.

Periodicamente o MS revisará o escopo de doenças do Programa avaliando as novas tecnologias em saúde disponíveis para as doenças que fazem parte dos grandes grupos elencados nas diferentes etapas de progressão do Programa.

Na busca pela melhoria dos indicadores nacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal, que sempre foram bastante complexos pelo cenário heterogêneo apresentado pelos estados brasileiros, foi estabelecido o indicador “idade do recém-nascido na data da coleta do teste do pezinho” para acompanhamento em nível nacional, com o intuito de promover a ampliação do percentual de coletas de

testes do pezinho até o 5º dia de vida do recém-nascido ao final do quadriênio. O gráfico a seguir demonstra o percentual de coletas do teste do pezinho até o 5º dia de vida do recém-nascido, por região e Brasil, entre os anos de 2019 e 2022.

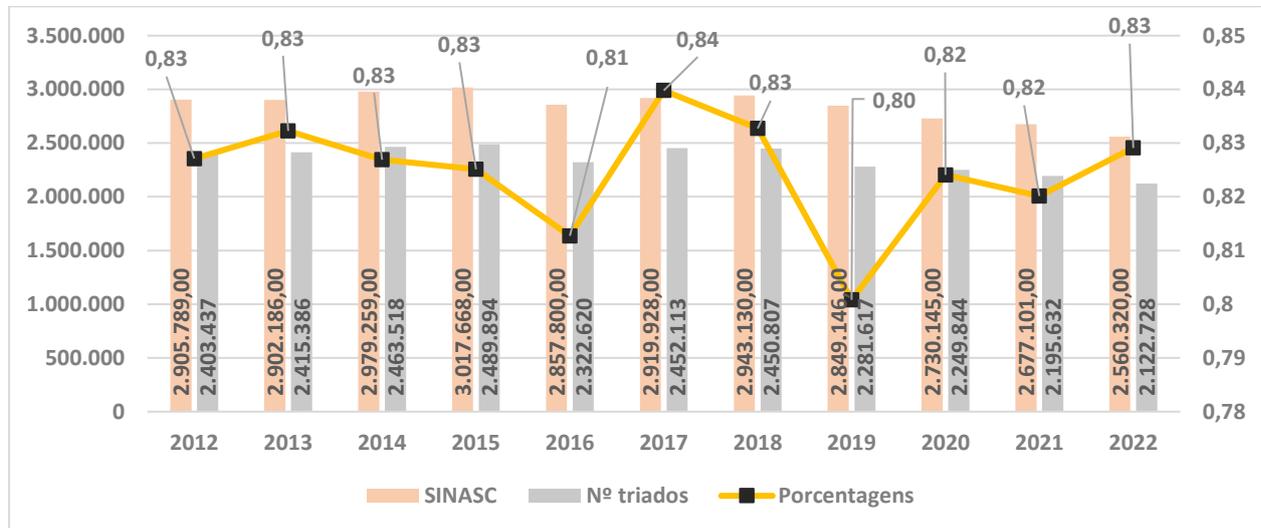
Gráfico 106. Percentual de Coletas de Testes do Pezinho até o 5º Dia de Vida do Recém-Nascido, por região. Brasil, 2019 a 2022



Fonte: Saes/MS (Plataforma FORMS – PNTN). Dados de maio de 2023.

No gráfico a seguir é apresentada a comparação nacional do número de nascidos vivos e recém-nascidos triados nos estabelecimentos de saúde públicos e privados – contratados por estados e municípios e, habilitados no Programa Nacional de Triagem Neonatal – entre os anos de 2012 e 2022.

Gráfico 107. Percentual de Cobertura PNTN. Brasil, 2023



Fonte: Saes/MS (Plataforma FORMS – PNTN), 2023.

Nota 1: A coleta dos dados do indicador de cobertura de PNTN é realizada anualmente.

Nota 2: Dados do SINASC para 2022 preliminares.

2.5.2.11 Prevenção, Controle e Tratamento do Câncer

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS tem como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde para prover uma atenção à saúde de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Em relação ao paciente oncológico, a organização da rede deve permitir que a atenção primária à saúde tenha acesso aos relatórios do tratamento, durante a sua realização, bem como à contrarreferência, quando o serviço especializado realizar a alta desse usuário. Muitas vezes, mesmo após a alta, o usuário demanda cuidados especiais, principalmente na periodicidade de acompanhamento.

A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) foi organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, devidamente estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde em consonância com o Anexo I da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 3, de setembro de 2017, e implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer foi instituída, originalmente, pela Portaria GM/MS n.º 874/2013, de 16 de maio de 2013, com o objetivo de reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas pelo câncer e ainda diminuir a incidência de alguns tipos, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com a doença, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. Atualmente está regulamentada na Portaria de Consolidação GM/MS n.º 02/2017, de 28 de setembro 2017.

A vigilância do câncer é realizada por meio da implantação, acompanhamento e aprimoramento dos registros de câncer de base populacional e dos registros hospitalares de câncer (centros de coleta, processamento, análise e divulgação de informações sobre a doença, de forma padronizada, sistemática e contínua). Os registros possibilitam conhecer os novos casos e realizar estimativas de incidência do câncer, subsídios fundamentais para o planejamento das ações locais de prevenção e controle da doença de acordo com cada região. No Brasil tem-se Informações sobre morbidade, Incidência e mortalidade por câncer. Destaca-se que se encontra em discussão uma nova normatização dos registros acima descritos.

Os dados disponíveis no PAINEL-oncologia são oriundos do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) - do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) e da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) - do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e do Sistema de Informações de Câncer (Siscan), geridos pelo Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, sendo processado pelo Departamento de Informática do SUS (Datasus). Os registros de procedimentos de diagnóstico e de tratamento realizados pelos serviços de saúde que compõem o SUS (estabelecimentos de saúde públicos ou particulares conveniados ao SUS) são consolidados pelo Datasus, formando as bases de dados dos procedimentos realizados pelo SUS no Brasil. O PAINEL-oncologia é um instrumento desenvolvido para monitorar a Lei Nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que estabelece o prazo para o início do tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada.

As informações do painel se referem ao tempo de início do primeiro tratamento oncológico calculado a partir da informação das datas de diagnóstico e de tratamento registradas no SIA (APAC e BPA-I), SIH e Siscan. E apresenta os casos diagnosticados através dos exames anatomopatológicos.

O painel pode ser acessado por meio do link: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def.

De acordo com a estimativa de incidência de câncer do INCA para o triênio de 2023 a 2025, ocorrerão no Brasil, 704 mil casos novos de câncer, 483 mil se excluídos os casos de câncer de pele não melanoma. Este é estimado como o mais incidente, com 220 mil casos novos (31,3%), seguido pelos cânceres de mama, com 74 mil (10,5%); próstata, com 72 mil (10,2%); cólon e reto, com 46 mil (6,5%); pulmão, com 32 mil (4,6%); e estômago, com 21 mil (3,1%) casos novos. Estima-se que os tipos de câncer mais frequentes em homens serão pele não melanoma, com 102 mil (29,9%) casos novos; próstata, com 72 mil (21,0%); cólon e reto, com 22 mil (6,4%); pulmão, com 18 mil (5,3%); estômago, com 13 mil (3,9%); e cavidade oral, com 11 mil (3,2%). Nas mulheres, os cânceres de pele não melanoma, com 118 mil (32,7%); mama, com 74 mil (20,3%); cólon e reto, com 24 mil (6,5%); colo do útero, com 17 mil (4,7%); pulmão, com 15 mil (4,0%); e tireoide, com 14 mil (3,9%) casos novos figurarão entre os principais.

Figura 09. Distribuição Proporcional dos Dez Tipos de Câncer mais Incidentes Estimados para 2023 por Sexo, (exceto pele não melanoma) *

Localização Primária	Casos	%			Localização Primária	Casos	%
Próstata	71.730	30,0%	Homens	Mulheres	Mama feminina	73.610	30,1%
Cólon e reto	21.970	9,2%			Cólon e reto	23.660	9,7%
Traqueia, brônquio e pulmão	18.020	7,5%			Colo do útero	17.010	7,0%
Estômago	13.340	5,6%			Traqueia, brônquio e pulmão	14.540	6,0%
Cavidade oral	10.900	4,6%			Glândula tireoide	14.160	5,8%
Esôfago	8.200	3,4%			Estômago	8.140	3,3%
Bexiga	7.870	3,3%			Corpo do útero	7.840	3,2%
Laringe	6.570	2,7%			Ovário	7.310	3,0%
Linfoma não Hodgkin	6.420	2,7%			Pâncreas	5.690	2,3%
Fígado	6.390	2,7%			Linfoma não Hodgkin	5.620	2,3%

Fonte: Inca. Saes/MS 2023.

Nota: * Números arredondados para múltiplos de 10.

Atualmente, o SUS conta com 351 estabelecimentos habilitados na alta complexidade em oncologia. Existem ainda no sistema Serviços Isolados de Radioterapia – RT que possuem autorização de funcionamento, conforme tabela e quadro abaixo. O Ministério da Saúde não habilita novos serviços que se enquadram nesse modelo. No entanto, para garantir a oferta dos serviços de radioterapia à população, o MS mante os serviços já habilitados até a sua extinção/fechamento.

Tabela 26. Hospitais Habilitados em Alta Complexidade em Oncologia no SUS. Brasil, 2023

Regiões	Privada com Fins Lucrativos	Privada Sem Fins Lucrativos	Pública	Pública Federal	Total Geral
Centro-Oeste	1	14	8	3	26
Nordeste	12	31	16	9	68
Norte	3	1	11	2	17
Sudeste	11	95	39	17	162
Sul	7	54	10	7	78
Total Geral	34	195	84	38	351

Fonte: Cnes/Datasus/Saes/MS. 2023.

Quadro 05. Hospitais Habilitados como Serviços Isolados de Radioterapia. Brasil, 2023

UF	Município	Estabelecimento	CNES
BA	Salvador	Hospital Português/Real Sociedade Portuguesa de Beneficência	0004251
PE	Recife	Instituto de Radium e Supervoltagem Ivo Roesler/IRSIR	0001023
PE	Recife	Instituto de Radioterapia Waldemir Miranda LTDA/IRWAM	2430843
RJ	Nova Iguaçu	Instituto Oncológico LTDA	2281821
SC	Florianópolis	Irmandade do Senhor Jesus dos Passos e Hospital de Caridade	0019402
SP	São José dos Campos	Instituto de Radioterapia Vale do Paraíba/CENON - Centro de Oncologia Radioterápica do Vale do Paraíba	009369

Fonte: CNES/Datasus/Saes/MS. 2023.

Esses hospitais, juntos, realizaram 1.413.733 cirurgias oncológicas nos últimos 10 anos. Até junho de 2023, foram realizadas 88.036 cirurgias oncológicas no SUS, conforme tabela a seguir.

A pandemia de covid-19 impactou no número de cirurgias oncológicas, em razão da suspensão das cirurgias eletivas, e também impactou a realização de procedimentos de radioterapia, conforme demonstrado na tabela a seguir.

Tabela 27. Produção em cirurgia oncológica. Brasil, 2012 a 2022

Região	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023 (*)
Norte	307	2.747	2.946	3.006	3.723	4.335	4.401	4.835	4.762	5.278	6.378	2.596
Nordeste	1.150	27.418	25.630	25.967	28.417	31.770	33.252	33.503	26.961	31.051	33.869	17.451
Sudeste	2.319	51.490	55.854	58.548	59.053	62.645	64.297	69.827	59.946	63.417	69.476	39.362
Sul	1.773	28.589	31.219	31.846	33.558	36.523	39.078	42.356	36.755	37.577	42.802	23.034
Centro-Oeste	284	7.158	8.216	9.100	9.409	9.855	9.868	9.863	9.027	9.915	10.384	5.593
Total	5.833	117.402	123.865	128.467	134.160	145.128	150.896	160.384	137.451	147.238	162.909	88.036

Fonte: SIH/SUS.Saes/MS.2023.

Nota: (*) Dados de 2023 se referem ao período de janeiro a junho/23.

De 2012 a 2022 foram registrados 155.149 procedimentos de radioterapia, dentre os hospitais habilitados em radioterapia no SUS, conforme tabela a seguir.

Tabela 28. Produção em radioterapia por UF no SUS, Brasil - 2012 a 2022

Região	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Norte	140	331.181	326.414	274.126	286.741	341.751	397.338	173.220	6.912	6.893	7.411
Nordeste	24.676	2.166.466	2.314.104	2.370.427	2.410.758	2.683.564	2.768.443	1.063.008	31.619	34.501	36.145
Sudeste	53.273	5.096.323	5.292.072	5.214.588	5.075.872	5.202.023	5.594.261	2.169.866	66.017	68.742	68.897
Sul	9.654	2.077.815	2.046.219	2.122.555	2.145.331	2.494.081	2.404.416	985.942	29.532	30.378	34.331
Centro-Oeste	2.617	503.867	516.408	586.521	537.487	571.100	576.368	224.948	7.725	8.215	8.365
Total	90.360	10.175.652	10.495.217	10.568.217	10.456.189	11.292.519	11.740.826	4.616.984	141.805	148.729	155.149

Fonte: SIA/SUS.Saes/MS.2023.

Nota: Alterado o modelo de pagamento da radioterapia em 2019, que passou a ser por paciente tratado e não mais por sessão de tratamento.

No mesmo período de 2012 a 2022 foram realizados 3.834.520 procedimentos de quimioterapia no SUS, conforme tabela a seguir.

Tabela 29. Produção em quimioterapia por UF no SUS. Brasil, 2012 a 2022

Região	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Norte	60.070	70.342	80.550	79.110	84.192	97.693	113.758	128.056	133.985	142.421	148.023
Nordeste	547.347	601.454	642.856	657.377	678.500	717.322	760.938	790.018	818.205	867.022	894.771
Sudeste	1.225.564	1.317.104	1.345.407	1.362.002	1.385.685	1.485.467	1.550.290	1.623.018	1.674.281	1.730.102	1.728.341
Sul	539.345	579.391	612.133	641.901	673.618	709.254	739.815	782.120	806.278	826.505	845.300
Centro-Oeste	132.135	133.266	162.079	162.749	167.160	177.791	184.606	192.304	201.793	207.123	218.085
Total	2.504.461	2.701.557	2.843.025	2.903.139	2.989.155	3.187.527	3.349.407	3.515.516	3.634.542	3.773.173	3.834.520

Fonte: SIA/SIH.Saes/MS.2023.

Plano de Expansão da Radioterapia no SUS (PER-SUS)

Instituído pela Portaria de Consolidação n.º 05/2017 - Capítulo VI - da Atenção Oncológica; Seção II - artigos 668 a 678, o Plano de Expansão da Radioterapia no SUS (PER-SUS) tem como principal objetivo ampliar e criar novos serviços de radioterapia em hospitais habilitados no SUS visando a redução dos vazios assistenciais e o atendimento das demandas regionais de assistência oncológica em consonância com os estados e municípios.

O projeto prevê a implantação de 100 soluções de radioterapia, contemplando equipamentos e infraestrutura, bem como a utilização do poder de compra do estado como instrumento para internalizar tecnologia e criar alternativas comerciais que possibilitem o fortalecimento e o desenvolvimento industrial, com o intuito de reduzir a dependência tecnológica do país.

Tabela 30. Panorama Geral dos Projetos do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS - Serviços de Radioterapia por Região. Brasil, 2023

Região	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Centro-Oeste	00	01	01	01	04	04	04
Nordeste	02	05	06	07	10	11	15
Norte	00	00	01	03	03	03	03
Sudeste	00	01	02	05	14	16	19
Sul	00	01	04	06	10	15	17
Total de Soluções concluídas	02	08	14	22	41	49	58

Fonte: PER-SUS, 2023.

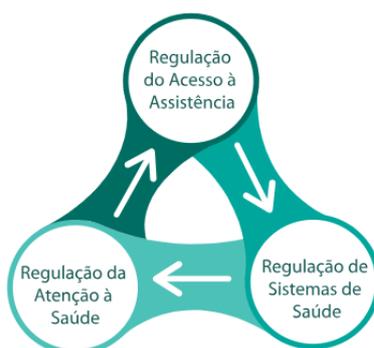
2.5.2.12 Regulação Assistencial e Controle do SUS

A regulação, o controle e a avaliação da atenção especializada no SUS compõem a política nacional de saúde e contemplam procedimentos e ferramentas de apoio à gestão, desenvolvimento e sistematização das ações de regulação da atenção, gestão e controle de sistemas de informação, e avaliação dos serviços de saúde. Neste tópico serão abordadas a Política Nacional de Regulação do SUS (PNR-SUS) e as respectivas ferramentas informatizadas disponibilizadas pelo MS, a Política Nacional de Redução de Filas (PNRF), práticas de Controle e Avaliação e o Conjunto Mínimo de Dados (CMD), como ações transversais e integradas, objetivando o fortalecimento do SUS.

Regulação Assistencial

A Política Nacional de Regulação do SUS (PNR-SUS) foi instituída pela Portaria n.º 1.559/GM/MS, de 1º de agosto de 2008, inserida no Anexo XXVI da Portaria de Consolidação n.º 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Trata-se do “instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo”. Está organizada em três dimensões integradas e transversais às políticas de saúde: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial; e contempla ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria, programação, contratação e vigilância em saúde, assim como ações que visam organizar e regular o acesso da população às ações e serviços de saúde.

Figura 10. Dimensões Integradas da Regulação no SUS. Brasil, 2023



Fonte: Unasus, 2023. <https://moodle.unasus.gov.br/vitrine29/mod/page/view.php?id=2810>.

Em relação ao custeio de centrais de regulação, como estruturas inerentes à regulação assistencial, a Portaria de Consolidação n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, em seu Título III, Capítulo II, Seção X, artigos 354 ao 368, estabelece regras para o recebimento de recursos federais, por parte dos estados e municípios.

Estão habilitadas, pelo MS, 40 centrais de regulação, em 15 estados, sendo 17 municipais e 23 estaduais ou regionais, destas 16 são do tipo ambulatorial e 24 hospitalar. Para apoiar a operacionalização destas estruturas da regulação assistencial, o MS disponibiliza, aos estados e municípios, o Sistema de

Regulação (Sisreg), que está implantado em mais de 940 centrais de regulação no país, abrangendo mais de três mil municípios.

Na tabela a seguir pode ser visualizada a distribuição das centrais de regulação, por tipo. Na sequência, são apresentados os totais de solicitações de atendimento ambulatorial e hospitalar por meio do Sisreg, por região do país.

Tabela 31. Centrais de Regulação Ambulatorial e Hospitalar do SISREG implantados. Brasil, 2023

CENTRAL DE REGULAÇÃO	AMBULATORIAL		HOSPITALAR	
	Executantes	Solicitantes	Executantes	Solicitantes
Municipal	699	2.945	137	1.650
Estadual ou Regional	73	110	37	70
Total	772	3.055	174	1.720

Fonte: Saes/MS. Dados de 25 de setembro de 2023.

Tabela 32. Solicitações de atendimento por meio do Sisreg. Brasil, 2022-2023

Região	2022		2023*		Total Geral
	Ambulatorial	Hospitalar	Ambulatorial	Hospitalar	
Centro-Oeste	7.637.531	349.218	6.301.532	333.312	14.621.593
Nordeste	16.295.602	417.322	13.247.510	290.254	30.250.688
Norte	7.917.274	459.912	6.434.603	271.866	15.083.655
Sudeste	10.330.416	156.080	8.889.857	128.295	19.504.648
Sul	9.343.301	689.504	7.659.804	561.264	18.253.873
Total Geral	51.524.124	2.072.036	42.533.306	1.584.991	97.714.457

Fonte: Saes/MS. Dados de 25 de setembro de 2023.

O MS está desenvolvendo um novo software de regulação que substituirá o Sisreg, com o objetivo de modernizar a tecnologia e melhorar a operacionalização do processo regulatório. Trata-se do *e-SUS Regulação*, que visa a adoção de novas tecnologias para o reforço nos aspectos de segurança dos dados, implementação de mecanismos de escalabilidade baseados em microsserviços, separação modular do ecossistema da regulação, adaptação às regulamentações dispostas na Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e a disponibilidade para avanços negociais necessários à adoção de melhores práticas operacionais.

O e-SUS Regulação tem como característica a integração com outros sistemas e plataformas, a saber: gov.br: objetivando a autenticação e autorização de acesso, garantindo a segurança e privacidade dos dados dos usuários; Application Programming Interface (API): que permite a integração com diferentes sistemas de informação em saúde; e Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS): que permite a troca de informações entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde cujos dados serão consumidos pelo ConecteSUS, que se destina à interação do usuário que necessita dos serviços ofertados pelo SUS.

Um dos principais avanços da estratégia é passar pela unificação e disseminação, em nível nacional, das informações sobre a regulação assistencial no SUS, em especial sobre as filas de espera, que poderão ser acompanhadas pela sociedade e usuários do SUS, por meio do ConecteSUS, promovendo a redução do absenteísmo e a transparência das informações.

Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (Cnrac)

A Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (Cnrac), instituída pela Portaria de Consolidação n.º 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (Anexo 1, do anexo XXVI), tem como finalidade intermediar a referência interestadual de pacientes que necessitam de assistência de alta complexidade, em caráter eletivo, nas circunstâncias em que inexistam, no estado de origem, serviços habilitados pelo MS capazes de realizar o atendimento. Fazem parte da Central os procedimentos que possuem o atributo específico da central de regulação na tabela SUS, nas especialidades de cardiologia, neurologia, oncologia e ortopedia.

Tabela 33. atendimentos Intermediados pela Cnrac. Brasil, 2018 a 2023

Especialidade	2018	2019	2020	2021	2022	2023*	Total Geral
Cardiologia Adulto	347	414	57	138	143	98	1.197
Cardiologia Pediátrica	420	505	262	216	181	183	1.767
Neurologia/Neurocirurgia	371	429	148	155	212	141	1.456
Oncologia	50	49	60	98	38	9	304
Traumato-ortopedia	83	69	21	13	89	79	354
Gastroenterologia	1	4	0	0	0	0	5
Total Geral	1.272	1.470	548	620	663	510	5.083

Fonte: Saes/MS. Dados de setembro de 2023

Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas (Pnrf)

O Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas (PNRF) foi instituído pela Portaria GM/MS n.º 90, de 3 de Fevereiro de 2023, com a finalidade ampliar a realização de cirurgias eletivas em todo o país, bem como reduzir a fila de exames e consultas especializadas. Por meio da referida portaria, para o ano de 2023, foram disponibilizados R\$ 600.000.000,00, para realização das cirurgias eletivas, conforme procedimentos especificados na Portaria GM/MS n.º 237, de 8 de março de 2023. A distribuição do recurso foi realizada considerando a estimativa de população de 2021 do IBGE, para cada estado do país e Distrito Federal.

Os Planos Estaduais de Redução de Filas de Cirurgias Eletivas foram pactuados nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e publicados mediante portarias da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. O monitoramento da execução dos planos estaduais se dá por meio da análise da produção aprovada das cirurgias eletivas, informada pelos gestores estaduais e municipais, nas bases de dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA/SUS e SIH/SUS).

Os indicadores de monitoramento do Programa foram pactuados no Grupo de Trabalho Tripartite de Atenção Especializada, da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Os resultados do monitoramento dos indicadores pactuados, estão disponível em [relatorio de execucao pnrf vs-final-marco-a-julho-de-2023-21-09-2023.pdf \(www.gov.br\)](http://www.gov.br/relatorio-de-execucao-pnrf-vs-final-marco-a-julho-de-2023-21-09-2023.pdf), no período de março a julho de 2023, conforme tabela a seguir.

Tabela 34. Indicadores de monitoramento do PNRf. Brasil, 2023

Monitoramento PNRf	Março a Julho 2023
Número de Cirurgias Realizadas pelo PNRf	130.854
Percentual de execução física em relação ao planejado	26,85%
Percentual de execução financeira do recurso federal disponibilizado	25,53%
Taxa de Expansão de Cirurgias Eletivas	1,20

Fonte: Relatório dos Indicadores do PNRf - Saes/MS. Acessados em setembro de 2023.

Controle e Avaliação

O controle e a avaliação são processos inerentes à função de gestão, voltados para os aspectos quantitativos, qualitativos, físicos e financeiros das políticas de saúde. Diante das necessidades de aprimoramento da gestão dos gastos e da eficiência do SUS, o MS vem desenvolvendo práticas de qualificação do controle e avaliação da política, dos programas, dos sistemas e dos serviços de saúde da atenção especializada.

Estão sendo desenvolvidas e adotadas ferramentas que subsidiem a identificação e análise de comportamentos anômalos, essenciais para o fornecimento de informações baseadas em evidências e subsídio para a tomada de decisão da alta direção do MS na formulação das políticas de saúde. As práticas executadas envolvem a análise estatística da produção assistencial para identificar comportamentos anômalos, a implementação de regras de aprimoramento dos mecanismos de controle e da qualidade da

informação nos sistemas de informação sob sua gestão, bem como os devidos encaminhamentos para notificação de gestores ou encaminhamentos para outras instâncias de controle.

Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde (CMD)

O Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde (CMD) é o documento público que coleta os dados dos atendimentos em saúde realizados em qualquer estabelecimento de saúde do país, público ou privado, em cada contato assistencial. Trata-se de uma estratégia assumida pelos gestores das três esferas de gestão para redução da fragmentação dos sistemas de informação, com dados de caráter clínico-administrativo da atenção à saúde. Foi instituído pelo Decreto de 29 de novembro de 2017 e pela Resolução CIT n.º 6, de 25 de agosto de 2016.

O Conjunto Mínimo de Dados visa a substituição dos principais sistemas de informação da atenção à saúde do país: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), bem como seus subsistemas de coleta e apoio. Será de adoção obrigatória em todo o sistema nacional de saúde, abrangendo pessoas físicas e jurídicas que realizam atenção à saúde nas esferas pública ou privada, integrantes ou não do SUS, com as seguintes finalidades:

- a) subsidiar as atividades de gestão, planejamento, programação, monitoramento, avaliação e controle do sistema de saúde, da rede de atenção à saúde e dos serviços de saúde;
- b) auxiliar na formulação, no monitoramento e na avaliação das políticas de saúde;
- c) compor as estatísticas nacionais de saúde, permitindo conhecer o perfil demográfico, de morbidade e mortalidade da população brasileira atendida nos serviços de saúde;
- d) conhecer as atividades assistenciais desenvolvidas por todos os estabelecimentos de saúde no país;
- e) fomentar a utilização de novas métricas para a análise de desempenho, alocação de recursos e financiamento da saúde;
- f) possibilitar a realização dos processos administrativos necessários às três esferas de gestão do SUS, incluindo o faturamento dos serviços prestados à população; e
- g) disponibilizar informações assistenciais em nível nacional comparáveis com as informações internacionais em saúde.

O projeto contempla a disponibilização de uma aplicação registro para os estabelecimentos de saúde e de uma plataforma de gestão dos contatos assistenciais que os gestores estaduais/municipais vão utilizar para gerenciar e processar as informações assistenciais. Conforme disposto na Resolução CIT n.º 06, de 25 de agosto de 2016, a implantação do Conjunto Mínimo de Dados será incremental e gradual, substituindo um total de nove (9) sistemas de informação atualmente instituídos, a saber: Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA01 – Coleta das informações); Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA02 - Processamento); Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C); Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I); Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC); Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS); Sistema de Informação Hospitalar (SIH); e Autorização de Internação Hospitalar (SISAIH01).

2.5.2.13 Agenda Estratégica da Atenção Especializada à Saúde

Atenção Especializada à Saúde da População Trans

O processo transexualizador foi instituído no SUS em 2008, por meio da Portaria GM/MS n.º 1.707, de 18 de agosto de 2008, e regulamentado, à época, pela Portaria SAS n.º 457, de 19 de agosto de 2008. Em 2013, esse programa foi redefinido e ampliado, por meio da Portaria GM/MS n.º 2.803, de 19 de novembro. Esta portaria foi consolidada junto às normas do MS por meio do Anexo 1 do Anexo XXI da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, de 28 de setembro de 2017.

A normativa atual do programa estabelece as diretrizes de assistência aos usuários do SUS com demanda para transição de gênero, bem como as normas para a habilitação de serviços no processo transexualizador. Em caso de aprovação e publicação da portaria de habilitação, o MS realiza repasse financeiro ao estado ou município responsável pelo estabelecimento habilitado, de acordo com a produção do serviço.

Apesar dos avanços alcançados com este programa, há necessidade de ampliação da oferta de atendimentos. Além disso, é essencial aprimorar a qualidade do cuidado prestado no acompanhamento da transição de gênero e ampliar a abrangência do atendimento das demandas específicas dessa população, no âmbito da atenção especializada à saúde.

Nesse sentido, a principal ação planejada pelo MS é a elaboração de diretrizes e parâmetros para a atenção especializada à saúde da população trans, por meio da instituição de um grupo de trabalho, com a participação de representantes da sociedade civil organizada, pesquisadores, profissionais de saúde, gestores e outros parceiros. Esse documento deverá orientar a análise de impacto regulatório, que embasará a publicação do ato normativo para a atenção especializada à saúde da população trans.

Entre 2008 e 2018, 12 serviços foram habilitados pelo MS para a atenção especializada no âmbito do processo transexualizador, sendo sete estabelecimentos habilitados apenas na modalidade ambulatorial, que pode realizar acompanhamento clínico e hormonioterapia, e cinco habilitados também na modalidade hospitalar, que pode realizar cirurgias.

Entre 2019 e 2022 não houve publicação, pelo MS, da habilitação de qualquer serviço no processo transexualizador do SUS, seja ambulatorial ou hospitalar. Nesse sentido, a partir de janeiro de 2023, a nova gestão do MS emvidou esforços a fim de habilitar os serviços que aguardavam análise ou publicação de portaria. No momento o Brasil conta com 22 serviços habilitados no processo transexualizador, sendo que 11 portarias de habilitação de serviços foram publicadas em 2023. Destes 22 serviços, 10 estão habilitados em modalidade hospitalar.

Apesar do aumento na quantidade de serviços habilitados, há vazios assistenciais, principalmente na Região Norte.

Quadro 06. Relação de Serviços Habilitados no Processo Transexualizador do SUS. Brasil, 2023

Região	UF	Município	Serviço	Modalidade
Centro-Oeste	GO	Goiânia	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás - HC/UFG	Ambulatorial e Hospitalar
Centro-Oeste	GO	Itumbiara	Núcleo de Ações Básicas de Saúde - NABS	Ambulatorial
Centro-Oeste	GO	Goiânia	Hospital Estadual Dr. Alberto Rassi - HGG	Ambulatorial e Hospitalar
Nordeste	BA	Salvador	Hospital Universitário Professor Edgard Santos - HUPES	Ambulatorial
Nordeste	PB	João Pessoa	Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga	Ambulatorial
Nordeste	PE	Recife	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco - HC/UFPE	Ambulatorial e Hospitalar
Nordeste	SE	Lagarto	Hospital Universitário Monsenhor João Batista de Carvalho Daltro	Ambulatorial
Norte	PA	Belém	Hospital Jean Bitar	Ambulatorial
Sudeste	ES	Vitória	Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes - HUCAM	Ambulatorial
Sudeste	MG	Uberlândia	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia - HC/UFU	Ambulatorial
Sudeste	MG	Belo Horizonte	Hospital Eduardo de Menezes	Ambulatorial
Sudeste	MG	Juiz de Fora	Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora - HU/UFJF	Ambulatorial e Hospitalar
Sudeste	RJ	Rio de Janeiro	Hospital Universitário Pedro Ernesto - HUPE/UERJ	Ambulatorial e Hospitalar
Sudeste	RJ	Rio de Janeiro	Instituto Estadual de Endocrinologia - IEDE	Ambulatorial
Sudeste	RJ	Rio de Janeiro	Hospital Universitário Gaffree e Guinle	Hospitalar
Sudeste	SP	São Paulo	Centro de Referência e Treinamento DST/Aids - CRT	Ambulatorial
Sudeste	SP	São Paulo	Hospital das Clínicas de São Paulo - HC/USP	Ambulatorial e Hospitalar
Sudeste	SP	São José do Rio Preto	Ambulatório de Doenças Crônicas Transmissíveis	Ambulatorial

Região	UF	Município	Serviço	Modalidade
Sul	PR	Curitiba	Centro de Pesquisa e Atendimento a Travestis e Transexuais de Curitiba - CPATT	Ambulatorial
Sul	RS	Porto Alegre	Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - HCPA	Ambulatorial e Hospitalar
Sul	RS	Rio Grande	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr. - HU/FURG	Ambulatorial e Hospitalar
Sul	SC	Florianópolis	Policlínica Municipal Centro	Ambulatorial

Fonte: Saes/MS. Dados de setembro de 2023.

O processo para a solicitação de habilitação de serviços foi simplificado, com o intuito de facilitar o cadastro de propostas no sistema de informação e, dessa forma, ampliar o número de serviços no âmbito do processo transexualizador do SUS. No entanto, evidências demonstram que ainda há diversas restrições de acesso das pessoas trans aos serviços de saúde do SUS. Outro fato relatado pelos serviços habilitados na modalidade hospitalar do processo transexualizador são as grandes filas para a realização dos procedimentos do processo transexualizador que chegam, em alguns casos, a ter espera superior a 10 anos. Esse cenário aponta para a necessidade de ampliação dos serviços ofertados à população trans, de elaboração de diretrizes e parâmetros para a atenção especializada à saúde, de estabelecimento de linhas de cuidado especializado e formação de profissionais para atendimento das demandas dessa população.

Nesse sentido, foi publicada a Portaria Saes/MS n.º 841, de 3 de outubro de 2023, que institui, no âmbito da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Grupo de Trabalho para revisão do processo transexualizador no SUS. O grupo deverá apresentar uma proposta de diretrizes e parâmetros para a atenção especializada à saúde da população trans, incluindo os anexos que orientarão a elaboração da linha de cuidados a ser desenvolvida.

2.6 SAÚDE NOS CICLOS DA VIDA

2.6.1 Saúde da Criança

As ações voltadas à saúde da criança no âmbito do SUS são orientadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), cujo objetivo é “promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos 9 anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento”.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança se estrutura em sete eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças.

Eixo 1. Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido

Esse eixo visa a redução da mortalidade infantil, em especial de seu componente neonatal. As mudanças que ocorreram nos determinantes sociais da saúde no País tiveram impacto favorável em vários indicadores de saúde da criança, porém, a redução das taxas de mortalidade neonatal permanece um grande desafio.

Tabela 35. Taxas de Mortalidade Infantil, Neonatal e Pós-Neonatal. Brasil, 2020-2023

Indicador	2020	2021	2022*	2023*
Taxa de mortalidade infantil	12,2	12,5	8,31	8,44
Taxa de mortalidade neonatal	8,8	8,8	6,28	6,35
Taxa de mortalidade pós-neonatal	3,4	3,7	2,04	2,09

Fonte: Tabwin_SIM /SINASC * Dados preliminares e sujeitos a alterações.

Tabela 36. Mortalidade Infantil por Grupo Etário. Brasil, 2020 a 2023

Grupo etário	2020	2021	2022*	2023*
Neonatal precoce	61,5%	59,6%	56,8%	56,0%
Neonatal tardia	19,1%	19,3%	18,7%	19,3%
Pós-neonatal	19,4%	21,0%	24,5%	24,8%

Fonte: Tabwin_SIM * Dados preliminares e sujeitos a alterações.

Persistem também grandes desafios relacionados às desigualdades de raça/cor, contudo, esses dados devem ser analisados com cautela, em função do percentual de registros em branco/ignorados.

Tabela 37. Mortalidade Infantil por Raça/Cor. Brasil, 2023*

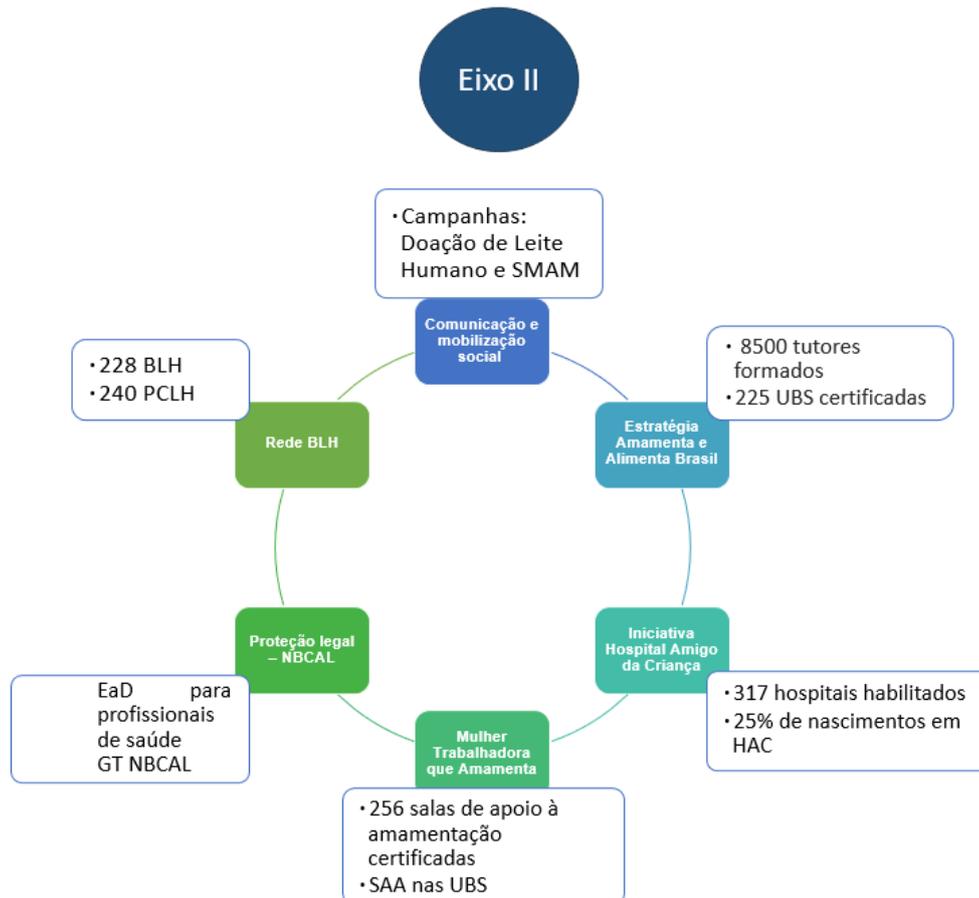
Distribuição Percentual - Raça Cor -Mortalidade						
Grupo etário	Branca	Negra	Amarela	Indígena	Branco/Ignorado	Todos
Neonatal	35,8%	55,8%	0,11%	1,5%	6,8%	100%
Pós-neonatal	41,6%	49,8%	0,24%	4,2%	4,1%	100%
Infantil	37,2%	54,3%	0,14%	2,2%	6,2%	100%
Percentual - Ano 2023	37,2%	54,3%	0,1%	2,2%	6,2%	100%

Fonte: Tabwin_SIM * Dados preliminares e sujeitos a alterações.

Eixo 2. Aleitamento materno e alimentação complementar saudável

O aleitamento materno tem se constituído em tema fundamental para a saúde e a qualidade de vida da criança, com repercussões em todos os ciclos de vida. Evidências científicas comprovam que a amamentação, quando praticada de forma exclusiva até os seis meses e complementada com alimentos adequados e saudáveis até os dois anos de idade ou mais, demonstra grande potencial transformador no crescimento, no desenvolvimento e na prevenção de doenças na infância e idade adulta.

Figura 11. Ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Brasil, 2023



Eixo 3. Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral

Esse eixo consiste na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI), conforme as orientações da Caderneta de Saúde da Criança. Dentre as ações estratégicas, destacam-se a prevenção a doenças, a promoção do desenvolvimento saudável e a garantia de acesso aos serviços de saúde de qualidade.

Eixo 4. Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas

O diagnóstico precoce, a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados são ações fundamentais das equipes da atenção primária à saúde e visam a redução de internações e óbitos infantis. Chama a atenção que as doenças respiratórias consistem na principal causa de internações em menores de um ano, em que prevalecem as afecções perinatais.

Quadro 07. Internações Pediátricas e suas Causas. Brasil, 2022

	< 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos
1	321.153 Afecções Período Neonatal	229.950 Doenças do Aparelho Respiratório	103.582 Doenças do Aparelho Respiratório
2	149.436 Doenças do Aparelho Respiratório	77.566 Doenças infecciosas e parasitárias	44.947 Lesões.envenen., conseq causas externas
3	69.696 Doenças infecciosas e parasitárias	35.962 Doenças do sistema digestivo	41.596 Doenças do sistema digestivo
4	25.012 Malformação Congênita	32.597 Lesões.envenen., conseq causas externas	39.514 Doenças infecciosas e parasitárias
5	16.463 Doenças do sistema digestivo	28.798 Doenças do sistema geniturinário	32.638 Doenças do sistema geniturinário
6	11.329 Doenças do sistema geniturinário	18.456 Malformação Congênita	15.064 Neoplasias

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH.

Eixo 5. Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz

Dados do Boletim Epidemiológico sobre Notificações de Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes mostrou que no período de 2015 a 2021 foram notificados 83.571 casos. Os familiares e conhecidos são responsáveis por 68% das agressões contra crianças, sendo a maioria dos agressores do sexo masculino e as vítimas predominantemente do sexo feminino, representando 76,9% das notificações.

Eixo 6. Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade

Para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, as crianças com deficiência ou em situações específicas e/ou de vulnerabilidade são as que mais demandam ações estratégicas e serviços de saúde prioritários, que em regra geral devem ser articulados com outras políticas públicas. Crianças com deficiência são aquelas que nascem ou adquirem algum tipo de deficiência de natureza física, mental, intelectual ou sensorial – com alguma repercussão no desenvolvimento neuropsicomotor. Crianças em situações específicas são as crianças indígenas, quilombolas, do campo e da floresta, ribeirinhas e/ou das águas, entre outras. E crianças em situação de vulnerabilidade são aquelas que estão em serviços de acolhimento institucional, filhos e filhas de mães privadas de liberdade, em situação de rua e em áreas de risco de desastres.

Eixo 7. Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno

As ações deste eixo consistem na contribuição para o monitoramento e investigação da mortalidade infantil e fetal e possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis.

2.6.2 Saúde do Adolescente

Trata-se de um grupo etário que apresenta baixa utilização dos serviços de saúde e que, portanto, demanda estratégias inovadoras para superação de barreiras de acesso. No que diz respeito às principais causas de hospitalização e óbito entre adolescentes e jovens destacam-se a gravidez, parto e puerpério e as causas externas.

Segundo dados da Opas, a média de fecundidade na adolescência no Brasil entre 2010 e 2015 (68,4 por 1.000 adolescentes) ficou acima da média latino-americana e caribenha (65,5) e também da média global (46) para o mesmo período. Apesar de muito alta, observa-se uma consistente tendência de queda a partir de 2015.

Quadro 08. Principais Causas de Internação entre Adolescentes e Jovens. Brasil, 2022

	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 ano
1	48.586 Lesões.envenen., conseq causas externas	330.034 Gravidez, Parto e Puerpério	1.175.045 Gravidez, Parto e Puerpério
2	33.465 Doenças do aparelho digestivo	78.071 Lesões.envenen., conseq causas externas	234.538 Lesões.envenen., conseq causas externas
3	31.196 Doenças do Sistema Respiratório	38.959 Doenças do aparelho digestivo	125.570 Doenças do aparelho digestivo
4	24.353 Doenças do aparelho geniturinário	35.004 Doenças do aparelho geniturinário	92.594 Doenças do aparelho geniturinário
5	22.045 Algumas doenças infecciosas e parasitárias	21.650 Algumas doenças infecciosas e parasitárias	60.240 Contatos com Serviços de Saúde
6	16.990 Gravidez, Parto e Puerpério	21.361 Doenças do Sistema Respiratório	56.866 Algumas doenças infecciosas e parasitárias

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH.

Quadro 09. Principais Causas de Óbito entre Adolescentes e Jovens. Brasil, 2021

	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 ano
1	1.373 Causas Externas	10.558 Causas Externas	33.479 Causas Externas
2	535 Neoplasias	885 Doenças infecciosas e parasitárias	7.937 Doenças infecciosas e parasitárias
3	399 Doenças do Sistema Nervoso	767 Neoplasias	2.608 Neoplasias
4	338 Doenças infecciosas e parasitárias	657 Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	2.568 Doenças do aparelho circulatório
5	211 Doenças do aparelho circulatório	585 Doenças do Sistema Nervoso	2.568 Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais
6	196 Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	499 Doenças do aparelho circulatório	1.478 Doenças do aparelho respiratório

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

As causas externas, em especial a violência, principal causa de morte entre jovens e adolescentes, se mostram um tema relevante para a saúde integral dessa população. Há anos a Fiocruz vem investindo na pesquisa e ensino para construção de políticas públicas que colaborem no enfrentamento à violência. O Núcleo de Apoio aos Profissionais que atendem crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos (NAP) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) implementou-se estratégias de educação à distância alcançando todo o país e todos os anos realiza o curso “Violência contra crianças e adolescentes – a intersectorialidade na prevenção e no atendimento”, formando profissionais para o SUS. Nessa mesma linha, a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) realiza o curso “Impactos da Violência na Escola”, para a qualificação de profissionais para melhor atuarem na gestão e na atenção às pessoas em situação de violência nos serviços públicos de saúde.

2.6.3 Saúde da Pessoa Idosa

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua de 2020-2021 (PNAD Contínua) mostra uma tendência de diminuição da proporção de pessoas com menos de 30 anos de idade na população brasileira ao mesmo tempo em que a parcela de pessoas com 60 anos ou mais vem crescendo desde 2012.

Essa mudança demográfica vem acompanhada de mudança no perfil epidemiológico, com aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como diabetes, neoplasias malignas, doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas. De 2021 a 2022, registraram-se 3.482.057 internações entre as pessoas de 60 anos e mais, cujas principais causas foram diabetes mellitus, neoplasias, doenças circulatórias e do aparelho respiratório.

2.6.4 Saúde da Mulher

A atenção à saúde das mulheres está institucionalizada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que traz entre suas diretrizes a atenção integral à saúde da mulher em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais e rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher.

Desde o estabelecimento do SUS, consideráveis avanços foram alcançados no que diz respeito à contracepção e ao planejamento familiar e reprodutivo e, atualmente, a atenção primária disponibiliza uma oferta variada de métodos contraceptivos para as mulheres, tais como: dispositivo intrauterino (DIU) de cobre, anticoncepcional injetável mensal, anticoncepcional injetável trimestral, minipílula, pílula combinada, diafragma, pílula anticoncepcional de emergência e preservativo feminino e masculino, além de ser responsabilidade da atenção primária a vinculação aos serviços de laqueadura e vasectomia.

No âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), a meta global para redução da Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi definida em menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos. Até o ano de 2019, o Brasil apresentou um período de relativa estabilidade no indicador da RMM, com tímida redução, mas com um aumento significativo durante a Pandemia da covid-19.

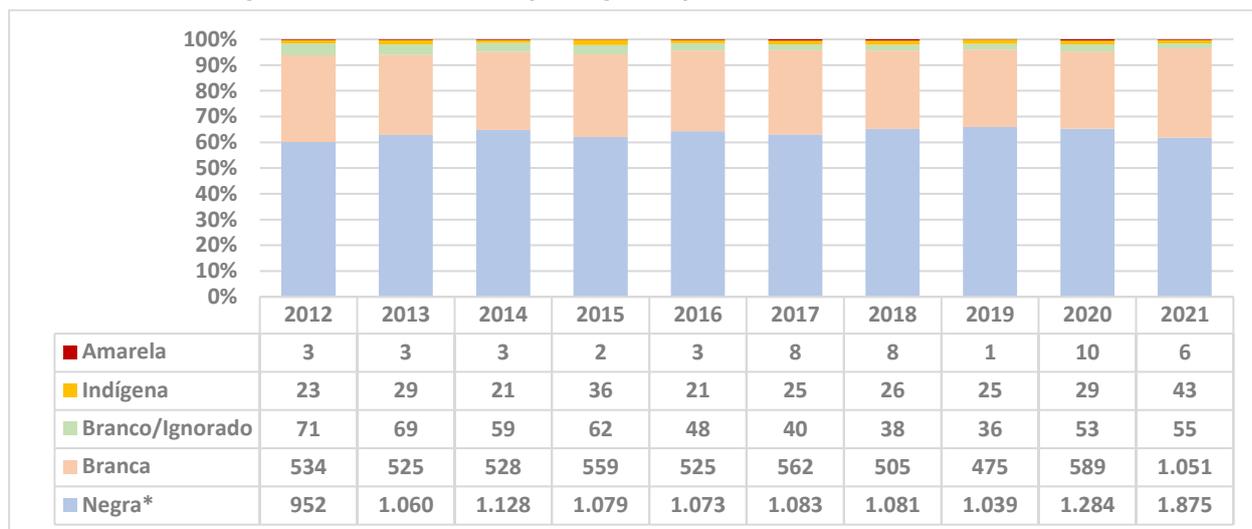
Gráfico 108. Razão de Mortalidade Materna por Ano, Brasil, 2012 a 2021



Fonte: SIM/SINASC/MS (2023).

O perfil de quem morre está relacionado à determinantes sociais, étnicos/raciais que podem relacionar-se com aspectos econômicos, culturais e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda, emprego e inferências sociais como o racismo e a violência. A identificação dos determinantes da mortalidade materna é fundamental para o desenvolvimento de estratégias e ações.

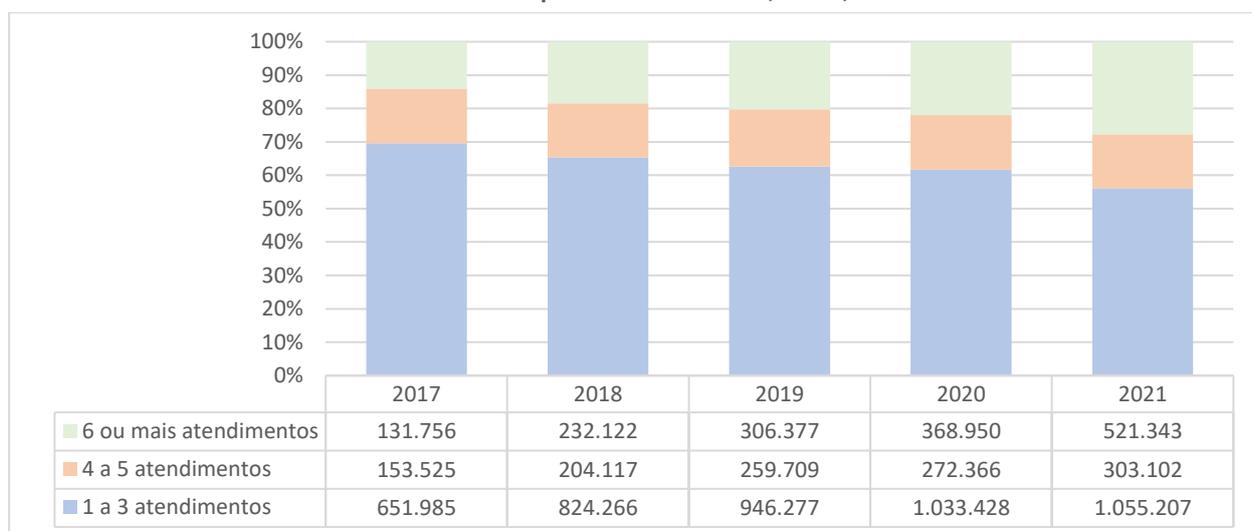
Gráfico 109. Distribuição dos Óbitos Maternos por Raça/Cor por Ano, Brasil, 2012 a 2021



Fonte: MS/Plataforma IVIS (2023). *A raça/cor negra equivale a agregação da preta e da parda.

Dentre as ações de enfrentamento à mortalidade materna destaca-se a realização das consultas preconizadas de pré-natal. Registra-se nos últimos anos um esforço do SUS para aumentar o número de consultas de pré-natal realizados por gestantes acompanhadas no SUS, com captação precoce das gestantes para realização da primeira consulta em até 84 dias da gestação.

Gráfico 110. Número de Consultas de Pré-Natal por Gestante na APS, Brasil, 2017 a 2021



Fonte: SISAB (2023).

2.6.5 Saúde do homem

Buscando ampliar o acesso dos homens à atenção primária à saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) tem como diretriz básica promover a melhoria das condições de saúde da população masculina, contribuindo, para a redução da sua morbimortalidade, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.

É interessante observar que, até o ano de 2020, as causas externas eram as principais causas de óbitos registradas entre homens de 20 e 59, que englobam os homicídios, acidentes de transporte e lesões autoprovocadas intencionalmente. Entretanto, a partir de 2020, houve o incremento da incidência das doenças infecciosas e parasitárias, principal causa de óbitos em 2021, possivelmente associado à pandemia de covid-19.

2.7 EQUIDADE DE GÊNERO, RAÇA, TERRITÓRIOS E PERIFERIAS

2.7.1 Territórios e Periferias

Os territórios periféricos e de favelas merecem, cada vez mais, especial atenção das políticas públicas na perspectiva da construção da equidade em saúde por serem espaços historicamente vulnerabilizados, caracterizados pela alta densidade demográfica, habitações precárias, dificuldades de acesso viário e insuficiente oferta de serviços públicos essenciais, além de concentrar populações que já apresentam condições de saúde desfavoráveis e uma série de vulnerabilidades sócio econômicas e ambientais. Porém, ao mesmo tempo, são potências que demonstram sua resiliência e capacidade de transformação dessa realidade adversa, produzindo alternativas em defesa da vida.

A existência de uma estigmatização desses territórios, seja pela pobreza ou pela sua caracterização como um lugar violento, está associada a uma histórica negligência nos investimentos e manutenção dos serviços de saúde, educação, serviço social, coleta de lixo, saneamento, habitação, e política de segurança pública caracterizada exclusivamente pela violência policial, entre tantos outros problemas. Durante a pandemia essas características geraram ainda mais desigualdade, com resultados diretos sobre as taxas de mortalidade mais altas nos bairros onde há favelas e menor acesso dos moradores de favelas à testagem, impactando inclusive na qualidade das informações epidemiológicas.

Pesquisas realizadas no período da pandemia evidenciaram a gravidade da situação da saúde mental de moradores de favela, com sintomas diversos de sofrimento mental associados as condições econômicas, agravados pelo desmonte das já precárias estruturas da Rede de Atenção à Saúde Mental.

Diante desse quadro, no período da pandemia por covid-19, ficou evidenciada uma potencialidade desses territórios no enfrentamento das vulnerabilidades geradas pelo modelo de produção de desigualdades. As organizações de representação dos povos de favelas produziram articulações de redes de solidariedade potentes, aglutinando associações de moradores, grupos de jovens, mulheres e ONGs que buscaram recursos por intermédio de doações e desenvolvendo projetos solidários, enfrentando esta grave situação.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁹, cerca de 11,4 milhões de pessoas moram em territórios precarizados, vários destes sendo constituídos por favelas. Cerca de 12,2% dessas pessoas (1,4 milhão) se concentram no Rio de Janeiro. Estes territórios se caracterizam por dificuldades de acesso, alta densidade de construções, habitações precárias e insuficiente oferta de serviços públicos essenciais, como abastecimento de água e coleta de lixo (IBGE, 2018)¹⁰. A população residente nestes espaços territoriais aumentou em mais de 60% entre 1991 e 2010 (IBGE, 2018).

Considerando este ritmo de crescimento, estimava-se 18 milhões de pessoas vivendo em favelas ou em demais territórios precarizados. Outros tipos de habitações urbanas precárias são comuns na Amazônia, sendo que em alguns estados há elevada proporção destas, com destaque para o Amazonas (35%), Amapá (22%) e Pará (20%) (IBGE, 2020)¹¹. O censo demográfico revelou que o Brasil tem 11.403 favelas¹², onde vivem cerca de 16 milhões de pessoas, em um total de 6,6 milhões de domicílios, segundo uma prévia dos dados do Censo Demográfico 2022, divulgada pelo IBGE.

O resultado aponta uma expansão de cerca de 40% no número de brasileiros morando em favelas nos últimos 12 anos. O Censo Demográfico de 2010 tinha contado 11,426 milhões de habitantes em favelas naquele ano.

⁹ <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/15700-dados-do-censo-2010-mostram-11-4-milhoes-de-pessoas-vivendo-em-favelas>

¹⁰ IBGE (2018) Aglomerados subnormais. O que é? <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologias-doterritorio/15788-aglomerados-subnormais.html?=&t=o-que-e>.

¹¹ IBGE (2020) Aglomerados Subnormais 2019: Classificação preliminar e informações de saúde para o enfrentamento à COVID-19. https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101717_notas_tecnicas.pdf

¹² A designação utilizada pelo IBGE, é de 'Aglomerado Subnormal', sendo este "uma forma de ocupação irregular de terrenos de propriedade alheia – públicos ou privados – para fins de habitação em áreas urbanas e, em geral, caracterizados por um padrão urbanístico irregular, carência de serviços públicos essenciais e localização em áreas com restrição à ocupação. No Brasil, esses assentamentos irregulares são conhecidos por diversos nomes como favelas, invasões, grotas, baixadas, comunidades, vilas, ressacas, loteamentos irregulares, mocambos e palafitas, entre outros.

Tabela 38. Quantitativos Gerais para com Aglomerados Subnormais, Brasil, em 2010 e 2019

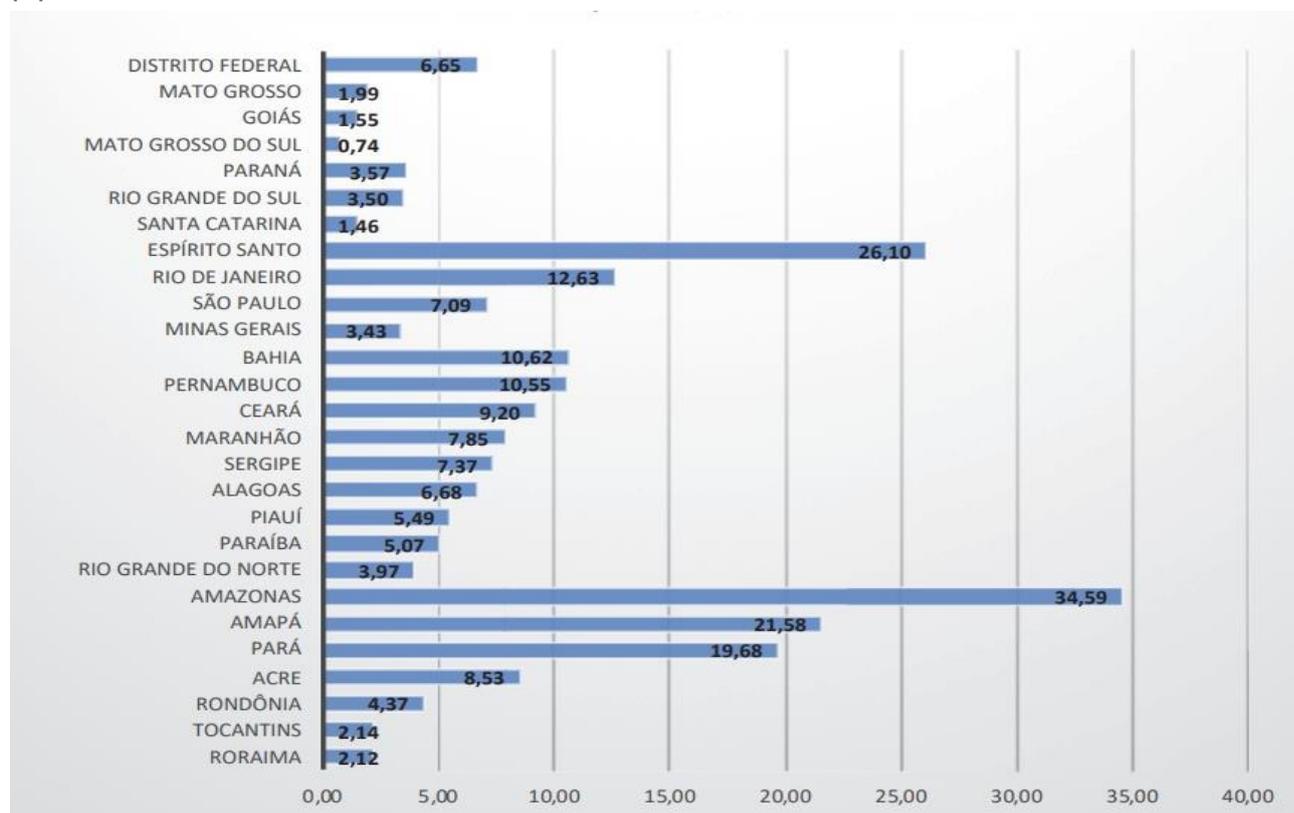
	2010 ¹	2019
Municípios com aglomerados subnormais	323	734
Número total de aglomerados subnormais	6.329	13.151
Quantidade de domicílios ocupados em aglomerados subnormais	3.224.529	5.127.747

¹Fonte: Censo demográfico 2010

²Fonte: Estimativa de domicílios ocupados realizada para a operação do Censo Demográfico 2020 conforme descrito em nota metodológica da Malha Territorial 2019 para enfrentamento da pandemia por covid-19.

Apesar desses números e das condições diferenciadas e precárias sobre as quais vivem as populações dessas periferias, bem como as características singulares encontradas nas favelas, assentamentos e outros territórios similares, também com peculiares diversas em cada região do país, esses territórios dificilmente são destacados como objetos de atenção apropriada na elaboração de políticas públicas, com estratégias que observem que as interseccionalidades presentes e as peculiaridades dessas áreas são geradoras de acesso desigual à saúde, tendo como resultados modos de adoecer e morrer também desiguais, quando comparados a parcelas das cidades com acesso a transporte, saneamento, educação e políticas públicas estruturadas.

Gráfico 111. Estimativa de Domicílios em Aglomerados Subnormais em relação ao total de domicílios ocupados (%) – Estados e Distrito Federal



Fonte: IBGE, Estimativa de domicílios ocupados realizada para a operação do Censo Demográfico 2020.

A despeito da expansão da rede de saúde nesse período, o crescimento da população nos territórios urbanos em favelas requer uma abordagem de políticas públicas que leve em consideração essas singularidades sobre as quais nos referimos. A população residente nos chamados aglomerados subnormais, é, na sua maioria, negra, com grande proporção vivendo na pobreza e extrema pobreza, em situação de insegurança alimentar e submetida a uma pressão elevada da violência urbana. Há necessidade de que o SUS passe a traçar estratégias próprias com as populações desses territórios, com forte capacidade de ação intersetorial e participativa.

Qualquer proposta a ser construída para esses territórios deverá levar em consideração alguns elementos estratégicos e tratar de desafios bastante concretos:

- instalação de dispositivos participativos que atendam as singularidades dos territórios, discutidos e implementados com as populações interessadas;
- mobilização de universidades, institutos de pesquisa, governos estaduais e municipais, para o desenvolvimento de propostas de inovação no campo das tecnologias de atenção à saúde, em especial a atenção primária à saúde, articuladas a promoção e vigilância em saúde. A combinação desses elementos deve se dar com a participação intensa dos usuários no desenvolvimento de soluções com a intenção de gerar impactos positivos imediatos para as populações;
- formulação de políticas públicas visando mudanças estruturais de médio e longo prazos no que se refere aos problemas socioambientais existentes e aspectos ligados à agenda 2030 e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável.

Inspirados em programas governamentais bem sucedidos, como é o caso dos Territórios da Cidadania, é importante destacar premissas que podem nortear a formulação de projetos voltados para a formulação de políticas públicas em territórios de periferias, dentre elas a necessidade de fortalecimento da gestão local, a perspectiva de fortalecimento das redes sociais de cooperação, a articulação de ações de dinamização econômica dos territórios e a articulação das políticas públicas em nível local, na perspectiva de construção de Territórios Sustentáveis e Saudáveis articulando as potências desenvolvidas no âmbito do SUS e colaborações com o campo da ciência e tecnologia, educação, cultura, assistência social, desenvolvimento agrário quando tratamos de questões na esfera rural ou nas suas interfaces urbano /rural, justiça, segurança pública e, em especial, com as estruturas de garantia de direitos humanos e cidadania. As múltiplas possibilidades de efetiva ação de caráter intersetorial em nível local ainda carecem de informações adequadamente organizadas, porém, elas estão disponíveis em bases de dados da assistência social da saúde e outros setores.

2.7.2 Gênero e Raça/Etnia

O Relatório das desigualdades do Brasil hoje, elaborado pelo Observatório Brasileiro de Desigualdades¹³, aponta que cabem às mulheres negras e indígenas os piores indicadores de precariedade habitacional e insegurança alimentar e que a mulher negra ganha, em média, apenas 42% do que recebe o homem não-negro (branco ou amarelo). Na região metropolitana de São Paulo, esse valor é ainda mais baixo - 38,8% - e, em Vitória, chega a 34%. E são as mulheres negras as que mais sofrem com o desemprego: em 2022, a taxa alcançou 14% para as mulheres negras, contra apenas 6,3% para os homens não negros. Já os homens negros, sobretudo os mais jovens, tendem a ser excluídos do sistema educacional e são as principais vítimas da violência.

Essas desigualdades, que estruturam a sociedade brasileira, impactam no processo de nascer, viver e morrer das populações. E foi para enfrentar o impacto do racismo na saúde que foi criada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas¹⁴ e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)¹⁵. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, criada em 2002, será abordada no item 3.10 Atenção à Saúde da População Indígena deste documento.

Criada em 2009 (Brasil, 2009), a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra reconhece o racismo como um determinante social da saúde, e propõe a inclusão dos temas racismo e saúde da população negra na formação dos profissionais de saúde. Além disso, prescreve orientações para o fortalecimento da participação do movimento negro no controle social, o fomento à pesquisa científica sobre saúde e raça/etnia e a promoção de comunicação e educação para eliminar estigmas e preconceitos bem como para fortalecer a identidade positiva da população negra, visando à redução das vulnerabilidades em saúde, como a discriminação sofrida nos serviços de saúde. Segundo Coelho, et al

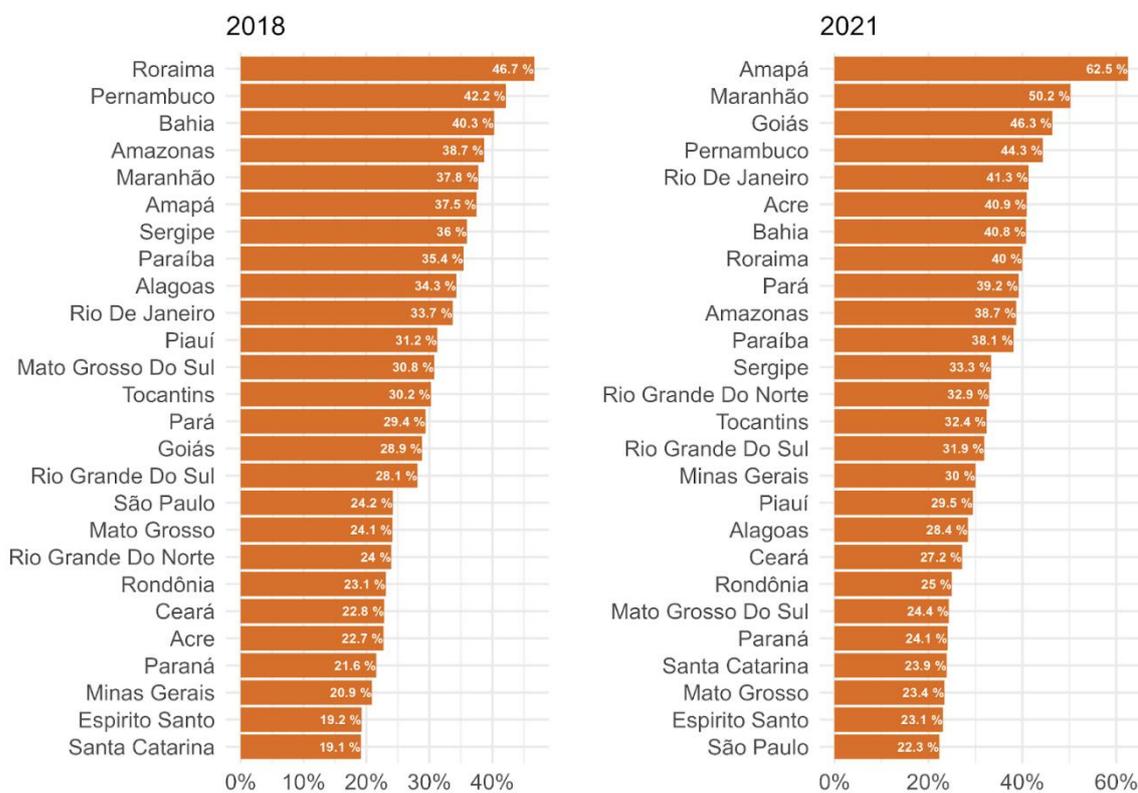
¹³ O Pacto Nacional pelo Combate às Desigualdades-2023 está disponível em: <https://combateasdesigualdades.org/observatorio-brasileiro-das-desigualdades/>

¹⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 de fevereiro de 2002. Veremos mais a frente os desafios enfrentados pela Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas.

¹⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 maio 2009.

(2023)¹⁶ “A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra tem enfrentado barreiras para serem efetivadas nos municípios...”, que podem ser demonstradas nos dados do gráfico abaixo.

Gráfico 112. Porcentagem de municípios que adotaram a PNSIPN nos planos municipais de saúde, 2023.



Fonte: IBGE, Muncis de 2018 e 2021. Elaboração: Coelho, Rony. Instituto de Estudos Pesquisas Saúde - IEPS, 2023.

A ausência de ações estruturantes, incentivos financeiros, monitoramento e recursos contribuíram até o momento para a baixa implementação da Política nas secretarias estaduais e municipais de saúde. Contribuem para a manutenção das iniquidades étnico raciais;

“As iniquidades raciais em saúde se manifestam em vários indicadores de morbimortalidade, desfechos e agravos, mesmo após ponderar por fatores socioeconômicos e demográficos. Isso tem sido evidenciado por uma série de pesquisas, abarcando desde doenças crônicas à saúde materna, saúde infantil ou saúde mental, passando também pelo enfrentamento de violências por causas externas e violências diversas no cotidiano”. Coelho et al, p. 11.¹⁷

¹⁶ Coelho R, Cordeiro MV, Nobre V e Almeida B. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: cenários e desafios para sua implementação. Brasil. Boletim Epidemiológico. Saúde da População Negra, 2023, vol.2, p. 7-13.

¹⁷ Coelho R, Cordeiro MV, Nobre V e Almeida B. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: cenários e desafios para sua implementação. Brasil. Boletim Epidemiológico. Saúde da População Negra, 2023, vol.2, p. 7-13.

Quadro 10. Cinco Principais Causas de Óbito, Segundo a Variável Raça/Cor. Brasil, 2010, 2015 e 2020.

Raça Cor	2010	2015	2020
Amarela	Doenças isquêmicas do coração	Doenças isquêmicas do coração	Outras doenças por vírus (Covid-19)
	Doenças cerebrovasculares	Doenças cerebrovasculares	Neoplasias malignas dos órgãos digestivos
	Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	Doenças isquêmicas do coração
	Influenza [gripe] e pneumonia	Influenza [gripe] e pneumonia	Doenças cerebrovasculares
	Sinais e sintomas e mal definidas	Diabetes mellitus	Sinais e sintomas e mal definidas
Branca	Doenças isquêmicas do coração	Doenças isquêmicas do coração	Outras doenças por vírus (Covid-19)
	Doenças cerebrovasculares	Doenças cerebrovasculares	Doenças isquêmicas do coração
	Sinais e sintomas e mal definidas	Influenza [gripe] e pneumonia	Doenças cerebrovasculares
	Influenza [gripe] e pneumonia	Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	Neoplasias malignas dos órgãos digestivos
	Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	Outras formas de doença do coração	Sinais e sintomas e mal definidas
Preta	Doenças cerebrovasculares	Doenças cerebrovasculares	Outras doenças por vírus (Covid-19)
	Doenças isquêmicas do coração	Doenças isquêmicas do coração	Doenças cerebrovasculares
	Sinais e sintomas e mal definidas	Sinais e sintomas e mal definidas	Sinais e sintomas e mal definidas
	Doenças hipertensivas	Diabetes mellitus	Doenças isquêmicas do coração
	Diabetes mellitus	Outras formas de doença do coração	Diabetes mellitus
Parda	Doenças cerebrovasculares	Doenças isquêmicas do coração	Outras doenças por vírus (Covid-19)
	Agressões	Doenças cerebrovasculares	Doenças isquêmicas do coração
	Sinais e sintomas e mal definidas	Agressões	Sinais e sintomas e mal definidas
	Doenças isquêmicas do coração	Sinais e sintomas e mal definidas	Doenças cerebrovasculares
	Diabetes mellitus	Influenza [gripe] e pneumonia	Agressões
Indígena	Sinais e sintomas e mal definidas	Sinais e sintomas e mal definidas	Outras doenças por vírus (Covid-19)
	Influenza [gripe] e pneumonia	Influenza [gripe] e pneumonia	Sinais e sintomas e mal definidas
	Doenças cerebrovasculares	Doenças cerebrovasculares	Influenza [gripe] e pneumonia
	Doenças isquêmicas do coração	Agressões	Doenças isquêmicas do coração
	Doenças infecciosas intestinais	Doenças isquêmicas do coração	Doenças cerebrovasculares

Fonte: MS/SVSA/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Boletim Saúde da População Negra, Brasil, 2023, v.1, p.37¹⁸.

A análise do perfil da mortalidade segundo a raça/cor nos anos de 2010 e 2015 permitiu identificar as doenças cerebrovasculares e as doenças isquêmicas do coração como a primeira ou segunda causa de morte mais frequente em todos os grupos, exceto no indígena. Neste grupo, as principais causas de morte foram pneumonia decorrente de influenza e os sinais e sintomas e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (Capítulo XVIII da CID-10), esse capítulo reúne as causas de morte classificadas como mal definidas, com exceção da categoria R95 (síndrome da morte súbita na infância).

Em 2020, em decorrência da pandemia de covid-19, a primeira causa de morte em todos os grupos de raça/cor foi representada pelo agrupamento “outras doenças por vírus”. Ainda em 2020 e considerando os grupos de pretos e pardos, destacaram-se as “doenças cerebrovasculares”, “causas mal-definidas” e doenças isquêmicas do coração. Particularmente, diabetes mellitus e agressões foram, respectivamente, a quinta principal causa de óbito entre pretos e pardos no Brasil em 2020. A propósito, as agressões se destacaram entre as cinco principais causas de morte na categoria de raça/cor parda nos três anos analisados: segunda causa em 2010, terceira em 2015 e quinta em 2020.

O Relatório do Gabinete de Transição Governamental, em 2022, identificou que as ações voltadas à redução das desigualdades raciais na saúde haviam sido quase completamente desmontadas entre 2016 e 2022, e recomenda sua retomada¹⁹.

A degradação da autoridade sanitária nacional e do papel de coordenação e articulação do MS foram fatores chave na desestruturação de políticas e programas até então bem-sucedidos, como o Programa Nacional de Imunizações (PNI), Mais Médicos, Farmácia Popular, IST-Aids e Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Relatório final da Transição, p. 17).

¹⁸ Cerqueira Prata, et al. As cinco principais causas de óbito segundo a variável raça/cor. Boletim Epidemiológico. Saúde da População Negra, 2023, vol.1, p. 7-13

¹⁹ Relatório final do Gabinete de Transição Governamental, 2022. Disponível em: <https://gabinetedatransicao.com.br/noticias/relatorio-final-do-gabinete-de-transicao-governamental/>

O Ministério da Saúde, baseado na Lei 12.288 de 20 de julho de 2010 que “institui o Estatuto da Igualdade Racial”, se propõe a priorizar a transversalização da questão étnico/racial em suas ações e instrumentos de planejamento do SUS, bem como o diálogo com outros ministérios e agentes internacionais, como a Opa, Fundo de População das Nações Unidas, Fundo das Nações Unidas para a Infância, dentre outros.

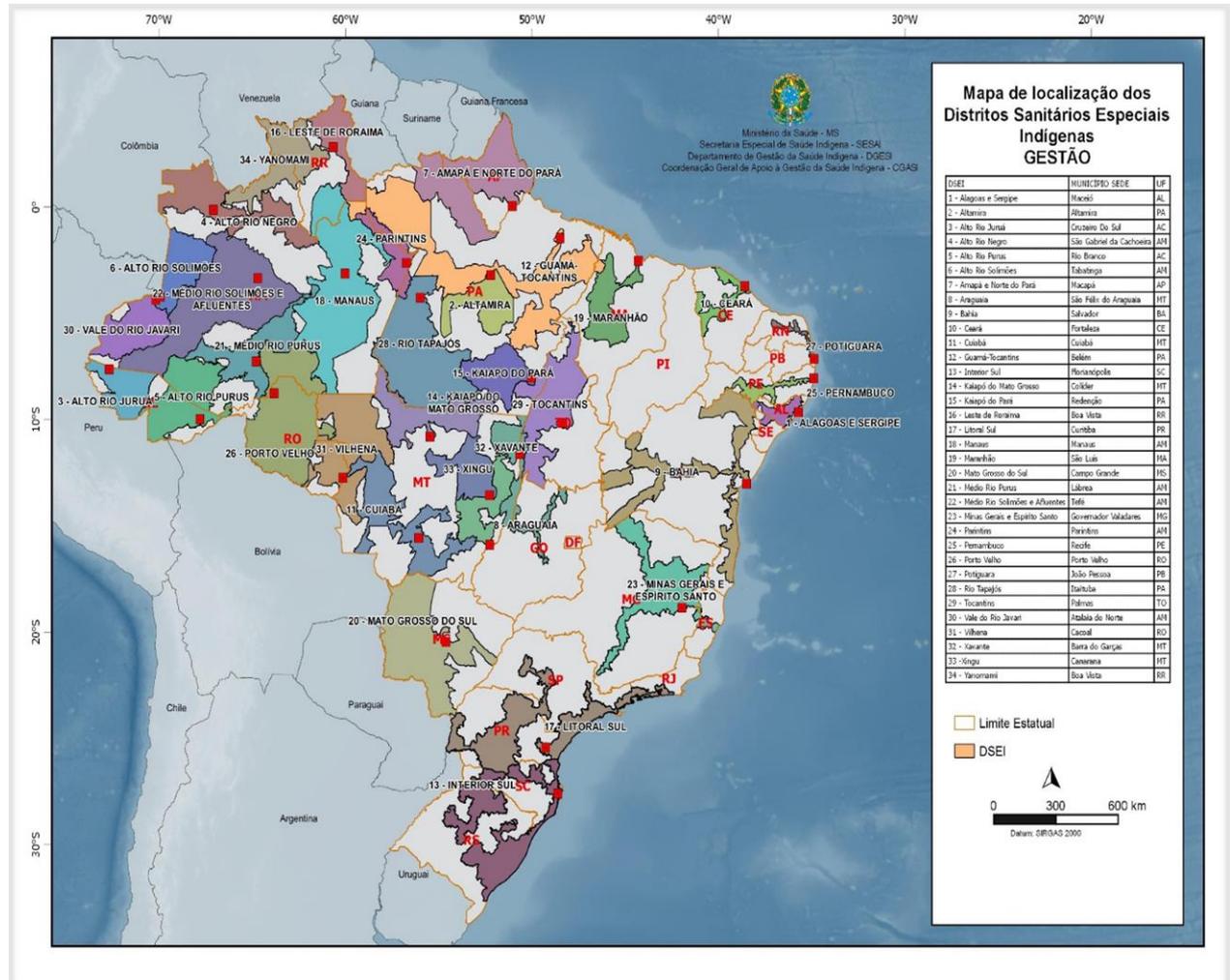
Neste sentido, foi publicada a Portaria GM/MS nº 2.198 de 06 de dezembro de 2023 que institui a Estratégia Antirracista para a Saúde no âmbito do MS. Almeja-se ainda realizar, entre outras ações, a instituição de um Comitê Técnico Interministerial de Saúde da População Negra (CTSPN), com a finalidade de monitorar e avaliar a elaboração, a implementação e o funcionamento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

Por fim, ressaltando que a equidade é um dos princípios norteadores do SUS, o MS aponta como premissa para os objetivos e metas do PNS 2024-2027, o enfrentamento ao racismo, as discriminações e desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais.

2.8 ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA

O Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS) configura uma rede de serviços implantada nas terras indígenas a partir de critérios geográficos, demográficos e culturais. Está organizado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), que executam ações de atenção primária e vigilância em saúde para a população indígena.

Mapa 12. Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) no Brasil



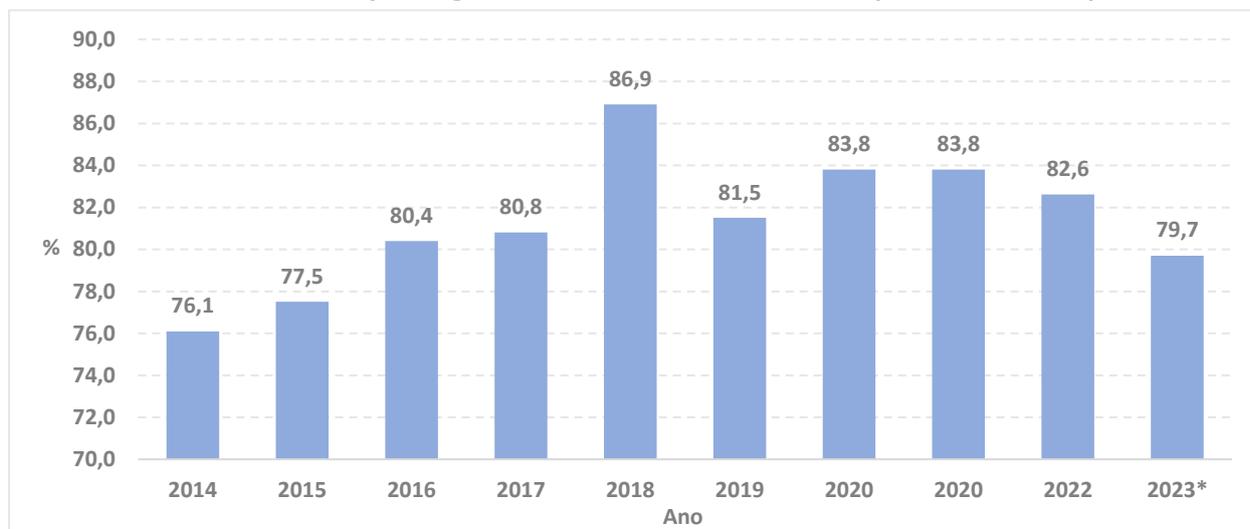
Fonte: Sesai/MS.

2.8.1 Promoção da Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

A vacinação é uma das ações mais importantes na atenção primária, pois proporciona proteção individual e coletiva contra as doenças imunopreveníveis, contribuindo para a redução da morbimortalidade infantil.

O monitoramento da situação da vacinação da população indígena é realizado por meio de indicadores, dentre eles o percentual de pessoas com esquema vacinal completo, conforme as vacinas indicadas no calendário nacional de vacinação. A faixa etária prioritária para o monitoramento da vacinação, e com a maior vulnerabilidade, é a de crianças menores de cinco anos de idade.

Gráfico 113. Percentual de Crianças Indígenas Menores de Cinco Anos com Esquema Vacinal Completo



Fonte: Sesai/MS. *Dados parciais do primeiro trimestre de 2023, sujeitos à revisão.

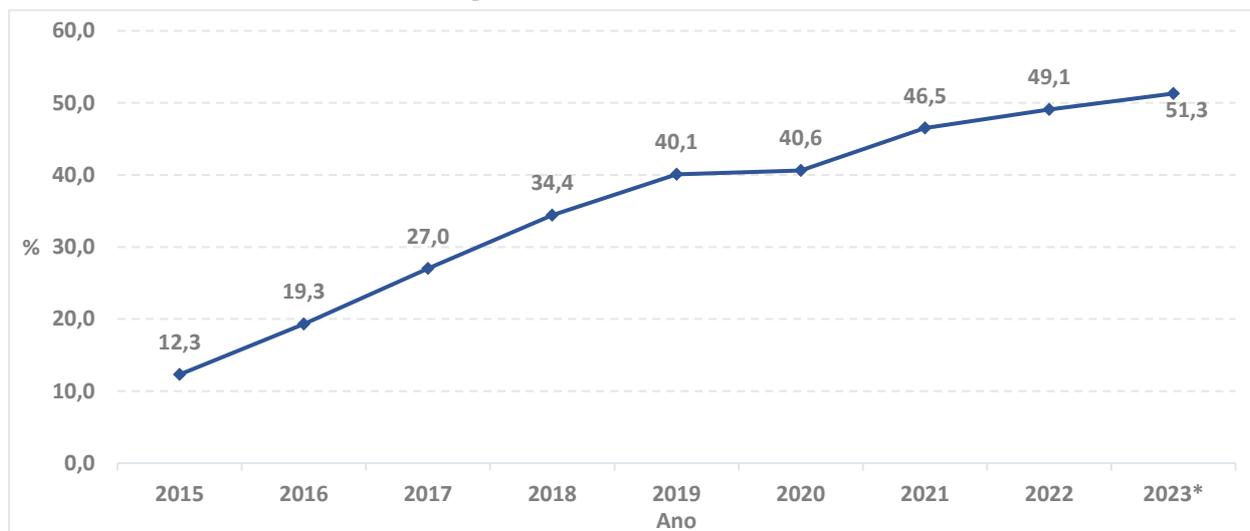
As diversas realidades de cada Dsei levam a grandes diferenças de resultados alcançados entre os distritos. Dentre as principais dificuldades enfrentadas pelos distritos para as ações de vacinação estão rotatividade de profissionais, dispersão geográfica, áreas de difícil acesso, condições ambientais diversas, não aceitação da população com a vacinação, limitação no quantitativo de vacinas distribuídas aos Dsei por alguns municípios, emergência em saúde pública da covid-19 e a infodemia como fake news.

No entanto, estratégias implementadas têm colaborado para o alcance de resultados importantes, tais como: o mês de vacinação dos povos indígenas; a Operação Gota que permite levar vacinas para áreas de difícil acesso em sete Dsei: Amapá e Norte do Pará, Alto Rio Juruá, Alto Rio Negro, Alto Rio Purus, Médio Rio Purus, Médio Rio Solimões e Afluentes, Vale do Javari. Ressalta-se que a implementação da vacinação de rotina nas aldeias, a estratégia de vacinação nas fronteiras a participação em todas as campanhas nacionais de vacinação incluindo covid-19 e o apoio às capacitações em sala de vacina e rede de frio e o microplanejamento para as atividades de vacinação de alta qualidade realizadas pelos distritos.

A atenção ao pré-natal possibilita prevenir e detectar precocemente patologias maternas e fetais, incluindo doenças infectocontagiosas, visando promover o desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos à gestante. A gestação, o parto e nascimento são eventos fisiológicos, mas também sociais e envolvem aspectos rituais importantes para reprodução física e cultural de um povo. Em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi), a atenção ao pré-natal das mulheres indígenas considera os protocolos técnicos preconizados e também a articulação com os modelos próprios de cuidado da gestação, do parto e do puerpério dos povos indígenas.

O MS preconiza a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal ao longo da gestação. O registro dos atendimentos realizados nos Dsei é inserido no “Módulo de pré-natal” no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi). O indicador de cobertura considera as consultas realizadas por médico ou enfermeiro nas gestações finalizadas em determinado período, excluindo-se aquelas finalizadas por aborto.

Gráfico 114. Percentual de Gestantes Indígenas com Cobertura de Seis ou mais Consultas de Pré-Natal



Fonte: Sesai/MS. *Dados primeiro semestre de 2023.

O aumento no registro das consultas observado coincide com a qualificação da inserção de informações no Siasi. Ademais, informa-se que a partir de 2015 o sistema passou por diversas melhorias e se tornou oficial para os dados referentes aos atendimentos de pré-natal realizados nos territórios.

Além disso, destaca-se que nos anos de 2020 e 2021 mesmo tratando-se de dois anos atípicos, em que se enfrentou a pandemia da covid-19, os percentuais seguiram ascendentes.

Contudo, após a estratificação dos dados por Dsei, observam-se diferenças importantes entre os percentuais de gestantes que tiveram seis ou mais consultas de pré-natal, para o quadriênio de 2020-2023.

Embora a inserção de dados das seis ou mais consultas de pré-natal tenha apresentado ascendência permanente na série analisada, destacam-se percentuais díspares entre os Dsei Alto Rio Juruá (10,9%) e Yanomami (7,2%) em 2022.

Ainda, no período gestacional, vale destacar que o atendimento odontológico à gestante é fundamental, uma vez que é aumentado o risco de desenvolver doenças periodontais, em função da variação hormonal, que aumenta a possibilidade do processo inflamatório gengival. Sem o diagnóstico e tratamento adequados, é aumentado o risco de crianças desenvolverem cárie precoce na infância, além de contribuir para o baixo peso ao nascer. Também pode ocorrer o parto prematuro pela presença de microrganismos durante um caso da doença periodontal, causado pela formação de subprodutos bacterianos que podem chegar na corrente sanguínea e alcançar a cavidade uterina. Este deslocamento bacteriano induz também ao aumento de mediadores inflamatórios que podem resultar em contrações uterinas prematuras e dilatações cervicais e, conseqüentemente, trazer desfechos desfavoráveis para a gestação, bem como o parto prematuro.

Assim, o acompanhamento do indicador “percentual de gestantes indígenas com no mínimo uma consulta odontológica durante o pré-natal”, visa avaliar se as gestantes indígenas assistidas têm acesso ao atendimento e ao tratamento odontológico durante a gestação, na perspectiva da linha do cuidado integral, a fim de diminuir possíveis agravos bucais durante a gestação.

O câncer do colo do útero, também chamado de câncer cervical, é causado pela infecção genital persistente por alguns tipos do Papilomavírus Humano (HPV), chamados de tipos oncogênicos. Compete ao MS desenvolver ações para prevenção do câncer do colo do útero por meio de ações de educação em saúde, vacinação de grupos indicados e detecção precoce do câncer e de suas lesões precursoras por meio de seu rastreamento. O rastreamento é uma tecnologia da atenção primária, e os profissionais atuantes nesse nível de atenção devem conhecer o método, a periodicidade e a população-alvo recomendados, sabendo ainda orientar e encaminhar para tratamento as mulheres conforme os resultados dos exames e garantir seu seguimento. A rotina recomendada para o rastreamento no Brasil é a repetição do exame Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo de um ano. Tais diretrizes justificam-se pela ausência de evidências de que o rastreamento anual seja significativamente mais efetivo do que se realizado em intervalos de três anos.

Considerando os 34 Dsei, no ano de 2021, foram realizados 24.338 exames citopatológicos em mulheres na faixa etária elegível para o rastreamento segundo as diretrizes nacionais, o que corresponde à cerca de 17,8% do total de mulheres elegíveis. Já no ano de 2022, foram realizados 30.056 exames citopatológicos em mulheres na faixa etária elegível para o rastreamento segundo as diretrizes nacionais, o que corresponde à cerca de 21,9% do total de mulheres elegíveis. Diante dos dados apresentados, justifica-se a necessidade de organização do rastreio do câncer do colo do útero nos territórios por meio de ações programadas, bem como o monitoramento das ações.

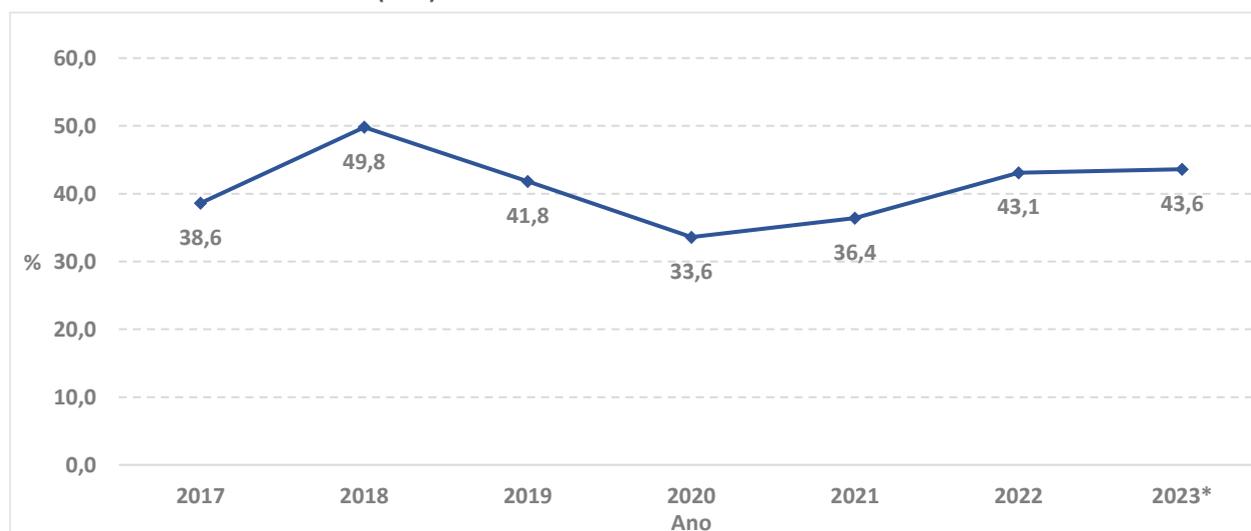
As consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento constituem um eixo estruturante na linha de cuidado da atenção integral à saúde da criança e visa a promoção do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento para promoção da saúde da criança e prevenção de agravos. Este acompanhamento possibilita a identificação de necessidades especiais das crianças que mereçam abordagem oportuna e reveste-se de particular relevância, considerando a cultura e o determinantes sociais de saúde que fazem parte do contexto das crianças indígenas.

A ampliação e qualificação das consultas de crescimento e desenvolvimento infantil foram estabelecidas como primordiais na saúde indígena nos últimos anos. Cabe ressaltar que o monitoramento do indicador “Proporção de crianças indígenas menores de um ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento (CeD)” foi implantado pelo MS somente no ano de 2017 e seu monitoramento se dava por meio de planilhas preenchidas pelos Dsei e enviadas ao nível central. A partir de 2018, o monitoramento passou a ser realizado pelo Siasi, no “Módulo de Morbidades”, por meio do CID.10 Z.001- “Exames de rotina da criança”.

A consulta de crescimento e desenvolvimento promove uma mudança na rotina do cuidado das crianças indígenas, que anteriormente era centrada na assistência às intercorrências, ao desenvolver consultas de puericultura que concentram esforços nos níveis de promoção de saúde e prevenção de agravos.

Todavia, esse novo paradigma de saúde apresenta desafios em sua implantação. É exigida uma logística de entradas regulares das equipes multidisciplinares de saúde indígena nas comunidades, o que é especialmente desafiador nas áreas de difícil acesso. Outro importante desafio na implantação e monitoramento deste indicador é que não existem parâmetros de comparação, uma vez que é um indicador exclusivo do MS.

Gráfico 115. Percentual de Crianças Indígenas Menores de Um Ano com Acesso às Consultas Preconizadas de Crescimento e Desenvolvimento (CeD)



Fonte: Sesai/MS. *Dados primeiro semestre de 2023.

Em 2020, o universo de crianças indígenas com um ano completo foi de 22.327 e destas, 7.494 (33,6%) tiveram acesso a seis consultas preconizadas. Em 2021 houve uma diminuição sensível no número de crianças menores de um ano, totalizando 20.453 crianças e destas, 7.442 (36,4%) tiveram as consultas preconizadas. Em 2022, o total de crianças indígenas com um ano completo foi de 22.233 e destas, 9.582 (43,1%) receberam as consultas preconizadas.

No que se refere a saúde bucal, a primeira consulta odontológica programática (COP) tem como objetivo avaliar as condições gerais de saúde e realizar exame clínico odontológico com a finalidade diagnóstica e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo terapêutico, para posterior realização do tratamento.

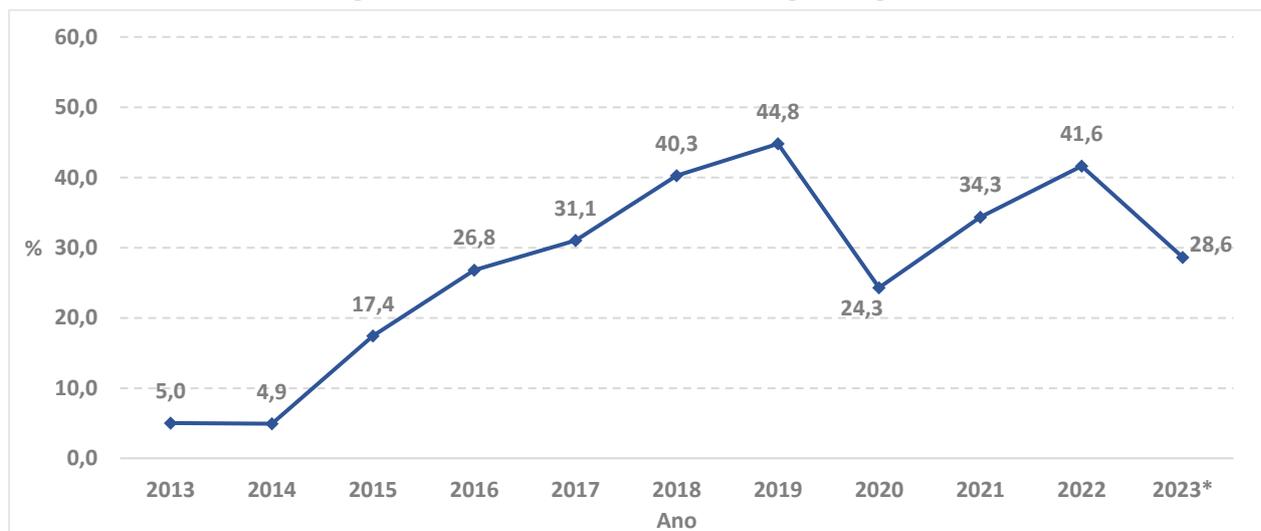
Dessa forma, acompanhar esta cobertura permite avaliar o acesso ao tratamento odontológico, expressado por meio do percentual de pessoas que realizaram a consulta odontológica programática. Espera-se que, uma vez realizada a primeira consulta odontológica programática, seja dado seguimento ao tratamento, sendo considerado o tratamento odontológico básico concluído quando a infecção intrabucal estiver controlada, ou seja, realizou-se todos os procedimentos de atenção básica previstos no plano preventivo terapêutico realizados, estando o usuário livre de cárie e doença periodontal.

Nesse sentido, a resolutividade da assistência básica odontológica pode ser avaliada pela proporção de tratamento odontológico básico concluído em relação ao total de pacientes que realizaram a primeira consulta odontológica programática.

Com o início da pandemia da covid-19 em 2020, houve a expressiva piora na atenção à saúde bucal, em virtude da diminuição dos atendimentos odontológicos. Todos os atendimentos odontológicos eletivos em 2020 foram suspensos, causando a queda expressiva dos indicadores de saúde bucal, ficando apenas permitidos os atendimentos de urgência e emergência, como estratégia para reduzir risco de contaminação da covid-19. Em 2021, os atendimentos foram normalizados e em 2023 os Dsei ainda contam com alta demanda reprimida.

Destaca-se que a partir de 2015 o sistema passou por diversas melhorias e se tornou oficial para os dados referentes aos indicadores de saúde bucal, que são extraídos da base nacional do Siasi, especificamente do “Consolidado Mensal de Odontologia – Ficha 7” do Módulo de Saúde Bucal.

Gráfico 116. Percentual de Indígenas com Primeira Consulta Odontológica Programática

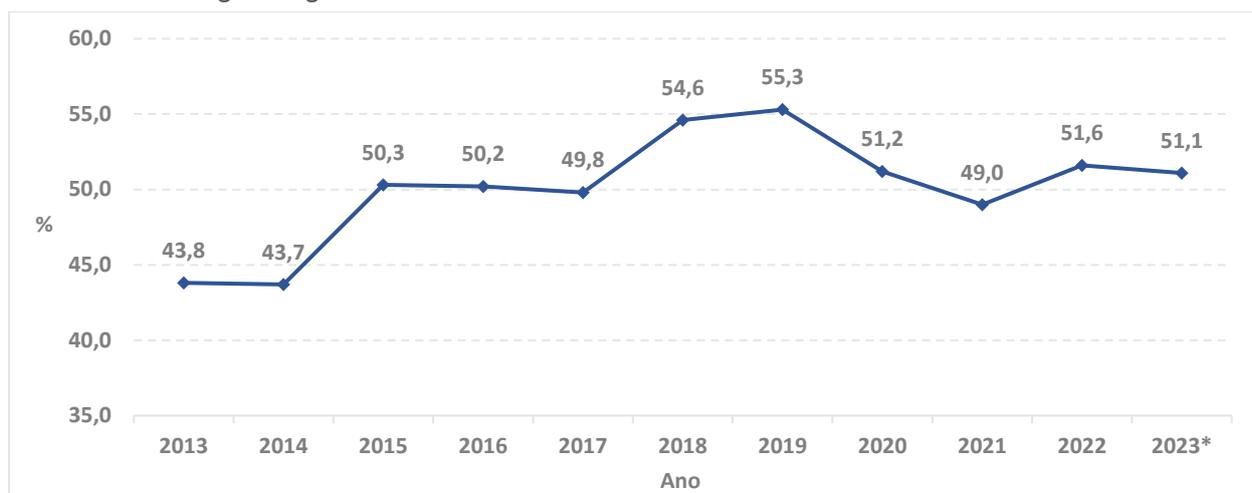


Fonte: Sesai/MS. Dados primeiro semestre de 2023.

Para o indicador de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta, em 2019, do total de primeiras consultas odontológicas programáticas (347.829), 192.552 (55,36%) tiveram tratamentos odontológicos básicos concluídos.

Em 2020 houve queda, alcançando 97.153 (51,24%) no total de 189.608 primeiras consultas odontológicas programáticas. Em 2021 o indicador manteve a queda, com 129.484 tratamentos concluídos (49,09%). Observou-se que de 2020 a 2022, houve o aumento no indicador de 0,43%. No primeiro semestre de 2023 o alcance foi de 115.838 (51,17%) indígenas com tratamento odontológico básico concluído.

Gráfico 117. Percentual de Tratamento Odontológico Básico Concluído na População Indígena com Primeira Consulta Odontológica Programática



Fonte: Sesai/MS. *Dados primeiro semestre de 2023.

A vigilância alimentar e nutricional está inserida no contexto da vigilância epidemiológica e consiste em um instrumento de apoio às ações de vigilância e promoção da saúde em territórios indígenas.

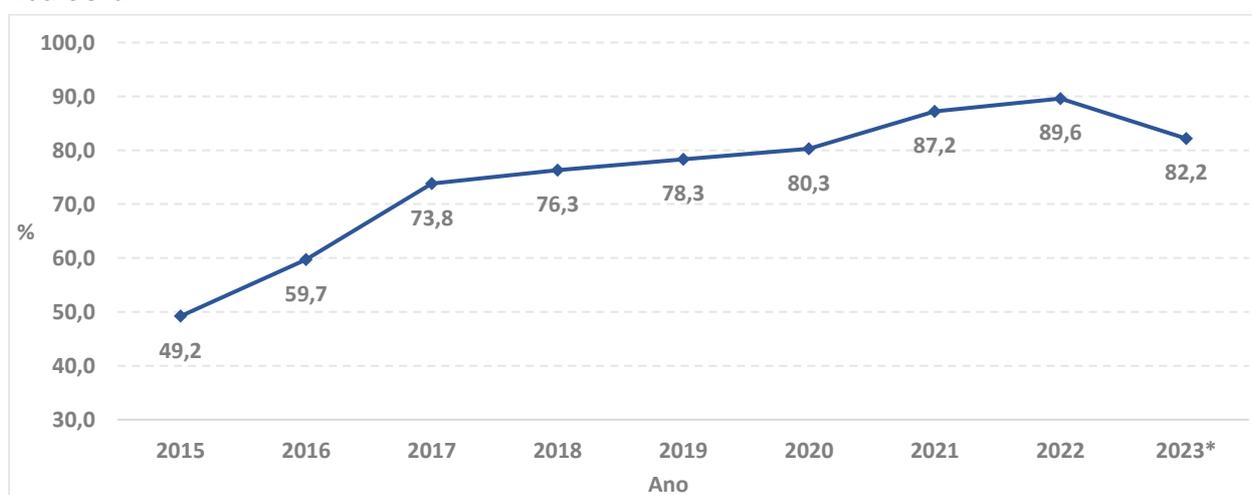
No contexto indígena, as ações de vigilância alimentar e nutricional são desenvolvidas pelos profissionais que compõem as equipes multidisciplinares de saúde indígena que inserem dados provenientes destas ações no Siasi, no Módulo de Vigilância Alimentar e Nutricional e se restringem aos registros realizados pelos Dsei.

A análise de situação de saúde das crianças menores de cinco anos no contexto da vigilância alimentar e nutricional se inicia com a avaliação antropométrica (peso e estatura) e outros, que possibilita ao profissional habilitado avaliar cada acompanhamento realizado individualmente, e a partir dessas informações, identificar determinantes sociais, ambientais e tendência de transição nutricional no âmbito do território.

O acompanhamento antropométrico possibilita identificar casos de desvio nutricional, como a ocorrência de déficit nutricional ou excesso de peso e, a partir desse resultado, a equipe deve investigar os fatores de risco associados a essa condição.

Informa-se que a partir de 2015 o sistema passou por diversas melhorias e se tornou oficial para os dados referentes aos atendimentos de vigilância alimentar e nutricional realizados nos territórios.

Gráfico 118. Percentual de Crianças Indígenas Menores de Cinco Anos Acompanhadas pela Vigilância Alimentar e Nutricional



Fonte: Sesai/MS. *Dados primeiro semestre de 2023.

No que tange ao número de crianças acompanhadas, o ano de 2020 apresenta o menor percentual de crianças acompanhadas, porém, mesmo sendo um ano atípico, com pandemia por covid-

19, apresentou o maior número de crianças menores de cinco anos cadastradas no Siasi (109.592) e 87.984 crianças acompanhadas. Com relação aos outros anos, temos: 2021: 105.339 cadastradas e 91.895 acompanhadas; 2022: 105.682 cadastradas e 94.677 acompanhadas; e 2023: 105.592 cadastradas e 86.781 acompanhadas.

A mortalidade infantil representa a qualidade de vida e as condições de saúde e desenvolvimento de uma população. Apesar dos avanços na área da saúde, o tema ainda é considerado um importante problema de saúde pública, fazendo parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) no Brasil.

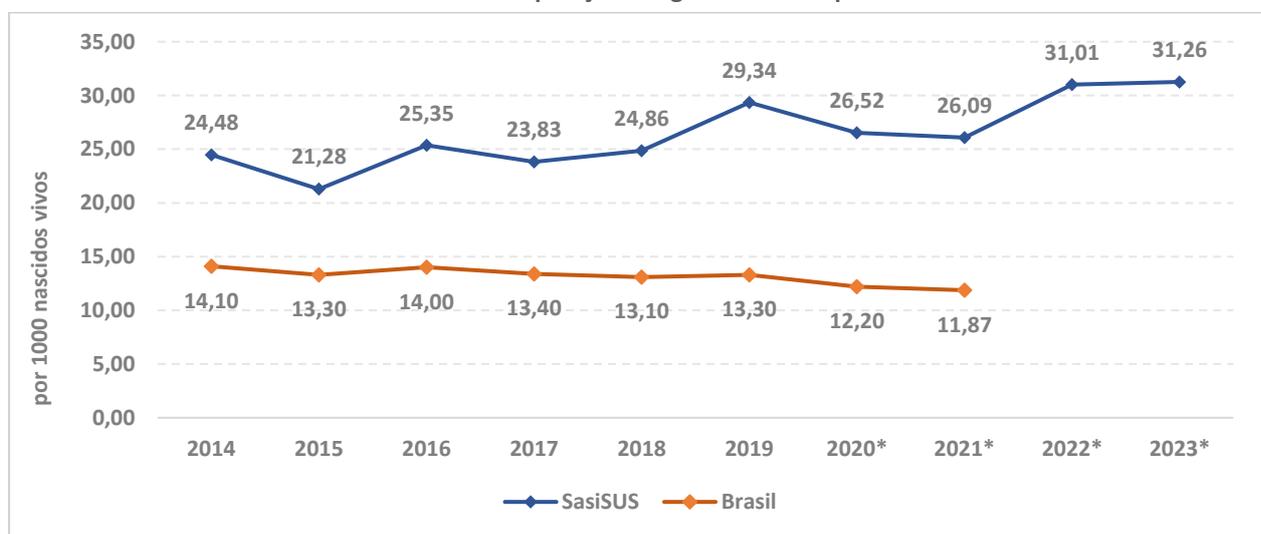
Essa temática é importante e desafiadora por se caracterizar como multifatorial, podendo representar uma dificuldade para a adoção de medidas para evitar novas ocorrências, por envolver aspectos étnico-culturais relacionados ao luto, comprometendo a investigação do óbito.

A taxa de mortalidade infantil (TMI) estima o risco de uma criança que nasceu viva morrer antes de completar um ano de idade, além de refletir geralmente as condições de vida da população, sendo influenciada por fatores socioeconômicos, como acesso aos serviços de saneamento ambiental e de saúde, bem como a qualidade das tecnologias disponíveis para atenção materno-infantil. Os parâmetros utilizados para classificar a taxa de mortalidade infantil são: alto (50 por mil nascidos vivos), médio (20-49,9 por mil nascidos vivos) e baixo (20 por mil nascidos vivos). Entretanto, essa comparação deve ser feita com cautela, ressaltando que os dados não são padronizados em relação à população e os óbitos não passaram por algum fator de correção.

É possível verificar diferentes comportamento desta taxa no Brasil e no SasiSUS ao longo dos anos. Em 2000, a taxa de mortalidade infantil no SasiSUS era de 74,6 óbitos por 1.000 nascidos vivos, caindo para 31,26 no primeiro semestre de 2023.

Pode-se observar que, para o período estudado, a taxa de mortalidade infantil indígena permanece, aproximadamente, 2,3 vezes maior que a da população infantil do Brasil, corroborando com as inequidades socioeconômicas e uma maior vulnerabilidade dessa população.

Gráfico 119. Taxa de Mortalidade Infantil na População Indígena Assistida pelo Sasisus e TMI Brasil



Fonte: Sesai/MS e SVSA/MS, 2023. *Dados sujeitos a revisão.

Em relação à necessidade de redução da mortalidade infantil, diversos problemas e desafios ocorrem no âmbito do SasiSUS e incluem:

- a forte transição demográfica da população indígena, bem como a transição epidemiológica que impactam na segurança alimentar e na ocorrência de doenças;
- crescente influência da vida urbana, que teve como principais efeitos a redução das práticas de agricultura, pesca, caça e extração vegetal, resultando na retração da produção local, na transformação da dieta alimentar e no incremento do trabalho assalariado entre os moradores.

Outro indicador importante na análise do óbito materno e infantil diz respeito à investigação dos eventos. São eles a proporção de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados e a proporção de óbitos em crianças indígenas menores de um ano investigados.

A investigação, como parte da vigilância epidemiológica do óbito, é um processo fundamental na identificação do evento, permitindo avaliar a qualidade dos serviços de saúde e conhecer o contexto social e econômico da família, além de subsidiar os gestores nas medidas de prevenção e controle para evitar novos óbitos, principalmente por causas evitáveis.

A investigação de óbitos infantis e maternos é utilizada para aprimorar a vigilância, além de identificar fatores determinantes da mortalidade e suas causas, e visa apoiar a tomada de decisão dos gestores e a implantação de medidas que promovam a melhoria da qualidade da atenção à saúde da mulher, da gestação, do parto e do nascimento, e que sejam eficazes para evitar novas ocorrências.

Um baixo percentual de óbitos investigados em 2020 teve influência direta da pandemia da covid-19, além de se considerar os aspectos étnico-culturais relacionados ao luto, o que pode dificultar a realização de entrevistas domiciliares relacionadas ao óbito, por parte das equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI).

Gráfico 120. Percentual de Óbitos Maternos Indígenas Investigados



Fonte: Sesai/MS, 2023. *Dados sujeitos a revisão. **Dados primeiro semestre de 2023.

Ao longo da série histórica são demonstrados os percentuais de investigação alcançados e pode-se observar que, no geral, as metas nacionais não estão sendo alcançadas, o que pode ser justificado pelo fato que os distritos apresentam uma maior dificuldade em conseguir investigar todos os óbitos registrados.

Gráfico 121. Percentual de Óbitos Infantis Indígenas Investigados

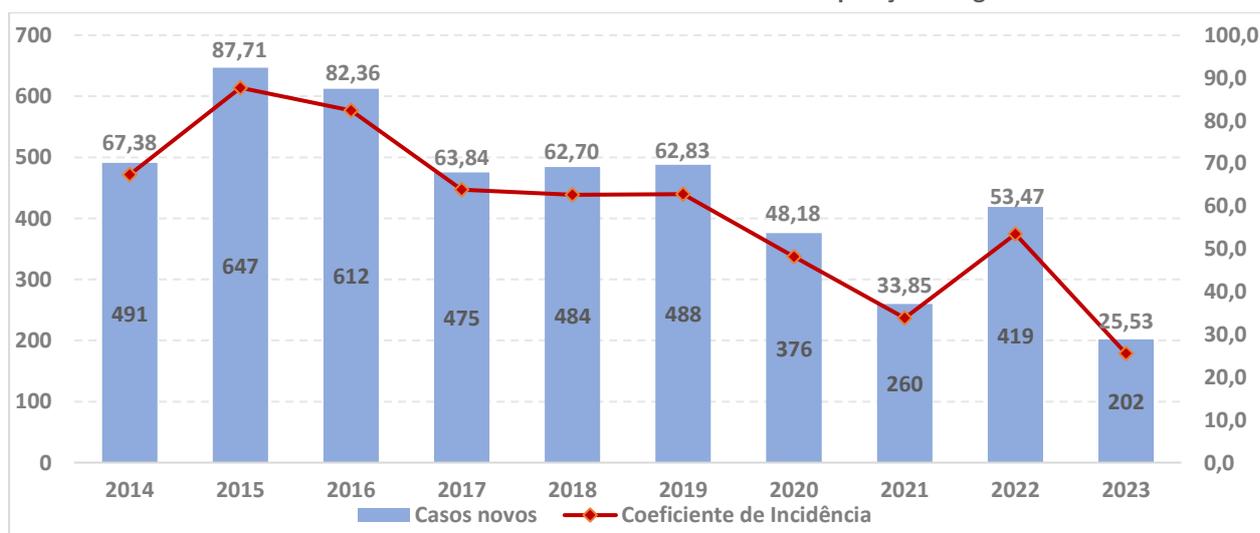


Fonte: Sesai/MS, 2023. * Dados sujeitos a revisão. **Dados primeiro semestre de 2023.

Os principais problemas e desafios enfrentados pelo SasiSUS referentes à estruturação da vigilância do óbito materno e infantil nos Dsei estão relacionados à insuficiência e/ou rotatividade dos profissionais de saúde, demandando qualificação permanente dos agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento; atualização do Siasi; pouca capacidade de internet nos distritos; demora na aquisição ou problemas no fornecimento dos insumos e equipamentos (material médico-hospitalar-odontológico, combustível, horas-voou, veículos, motores, etc.); dificuldade na articulação interfederativa com as Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Saúde e/ou Cartórios; estruturas precárias das unidades básicas de saúde indígena; dificuldade de realizar matriciamento direcionado às equipes multidisciplinares de saúde indígena.

A tuberculose é considerada um grave problema de saúde pública e a população indígena está entre os grupos mais vulneráveis para o adoecimento. No que concerne aos dados inseridos no Siasi, o maior número de casos novos e maior coeficiente de incidência ocorreram no ano de 2015 (647 casos/87,71casos por 100mil hab.), com diminuição de casos novos na população indígena nos anos posteriores até 2021; em 2022 ocorre aumento de casos quando comparado ao ano de 2021.

Gráfico 122. Casos Novos e Coeficiente de Incidência de Tuberculose na População Indígena



Fonte: Sesai/MS, 2023. Dados do primeiro semestre de 2023.

Em relação aos casos novos de tuberculose por Dsei em 2022, os que apresentaram os maiores números de casos foram Mato Grosso do Sul, Xavante, Maranhão, Alto Rio Solimões e Araguaia, que juntos totalizaram 190 casos dos 419 inseridos Siasi. Destaca-se os Dsei de Cuiabá e Médio Rio Purus não registraram nenhum caso novo da doença no Siasi.

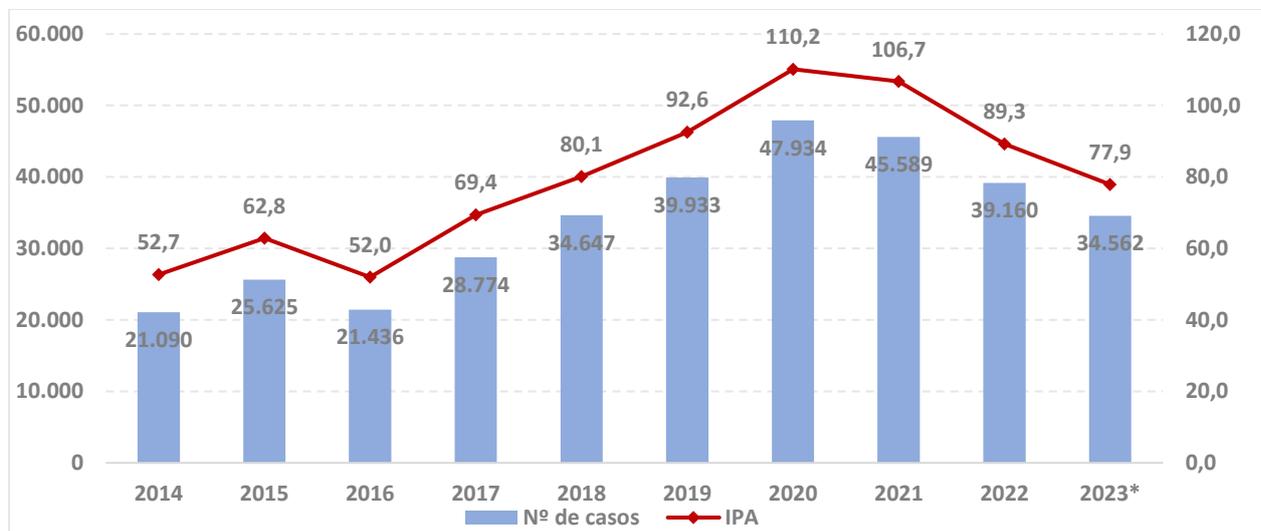
Outro ponto de destaque é a malária, uma doença infecciosa febril aguda, potencialmente grave, cujos agentes causadores são protozoários do gênero *Plasmodium* transmitidos por mosquitos *antropofílicos Anopheles*. No Brasil, mais de 99% dos casos da doença são registrados na região da Amazônia Legal, onde estão situados 25 Dsei.

Ressalta-se que entre 2014 e 2019 utilizou-se como indicador a incidência parasitária anual. O indicador foi amplamente utilizado no monitoramento de casos de malária no Brasil, pois permite classificar os territórios em alto risco ($\geq 50,0$), médio risco (de 10,0 a 49,9) e baixo risco (de 0,1 a 9,9).

Tendo em vista a necessidade de identificar territórios que estão prestes a eliminar a doença como problema de saúde pública, adotou-se como indicador o número de casos autóctones, seguindo o pactuado internacionalmente pelo Brasil para eliminação da doença até 2030 nos ODS.

A doença está presente, atualmente, em 21 Dsei e entre 2014 e 2023, segundo dados do Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Malária (Sivep-malária), houve um aumento de aproximadamente 63,9% no número de casos registrados em áreas indígenas. Nesse mesmo período, a incidência parasitária anual variou de 52,7 para 77,9 mantendo-se na classificação de alta risco de contaminação por malária.

Gráfico 123. Número de Casos Autóctones de Malária e Incidência Parasitária Anual



Fonte: Sesai/MS, 2023. *Dados primeiro semestre de 2023.

Até setembro de 2023, o Dsei Yanomami concentrou 53,9% ($n=18.620/34.562$) de todos os casos notificados no SasiSUS, seguido pelos Dsei Alto Rio Negro (9,4% - $n=3.232/34.562$), Parintins (8,0% - $n=2.759/34.562$), Rio Tapajós (7,8% - $n=2.684/34.562$) e Médio Rio Solimões e Afluentes (5,5% - $n=1.901/34.562$).

Observa-se que não foram alcançados os resultados esperados de diminuição constante da doença, principalmente a partir de 2017, no qual houve um aumento progressivo no número de casos e na incidência parasitária anual. É importante considerar que o aumento no número de casos de malária está associado a fatores relacionados ao desequilíbrio socioeconômico e ambiental, ou seja, a doença depende da densidade do vetor, a presença de hospedeiros humanos e acesso precário aos serviços de saúde.

Nesse sentido, observou-se entre 2015 e 2022 um aumento expressivo de atividades ilegais, principalmente garimpo e extração de madeira no interior de terras indígenas, de maneira que gerou um reconhecido impacto ambiental, mobilização rápida e volumosa de grupos populacionais e mudanças repentinas na estrutura econômica e social das populações na região da Amazônia Legal, com impactos diretos à saúde dos povos indígenas, entre eles o aumento no número de casos de malária.

Além disso, problemas logísticos, atrasos ou falta de suprimento de materiais médicos hospitalares, com destaque para lâminas, lancetas e corantes, a falha na manutenção e aquisição de equipamentos como microscópios e a quantidade insuficiente de profissionais capacitados para o diagnóstico e tratamento oportuno da malária por parte dos Dsei contribuíram para a diminuição do acesso de diversos povos aos serviços de controle da doença ao longo dos anos.

Desde 2019, o MS, por meio da Fiocruz, busca contribuir para o aprimoramento e fortalecimento do SasiSUS e da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Foram desenvolvidos 37 projetos em saúde indígena que atuaram nas áreas de atenção primária, educação e formação permanente, sistema de informação, saúde mental, doenças emergentes e reemergentes, práticas ancestrais indígenas, participação e controle social, segurança alimentar e nutricional, tecnologias sustentáveis em água, saneamento e energia, entre outras áreas.

Estes projetos atuaram em todo o território brasileiro em mais de 20 terras indígenas e Dsei em parceria com mais de 40 etnias. Além disso, outros projetos em saúde indígena vêm sendo executados historicamente por meio da Fiocruz em diferentes programas institucionais. A trajetória de atuação do MS por meio da Fiocruz em saúde indígena tem produzido protocolos, metodologias, inovações e publicações que tem contribuído para políticas públicas e planejamento de metas para novos programas.

A capacidade de resposta do sistema de saúde também inclui a oferta do melhor cuidado em saúde, incluindo abordagens inovadoras que ampliem o leque terapêutico tanto para profissionais quanto para a população em geral e, que possuam custo econômico executável pelo sistema público. O tratamento atual nos níveis secundário e terciário de atenção e de suporte se constituem um desafio importante dado o crescimento exponencial dos custos econômicos além dos impactos na saúde. O cenário atual exige que os sistemas de saúde ofereçam modelos de cuidados mais sustentáveis em sinergia com a perspectiva saúde única, ou seja, que considere o ser humano no seu contexto social e ambiental. Além disso, os sistemas de saúde devem funcionar de modo articulado com os sistemas tradicionais, garantir respostas mais eficazes, haja vista que muitas vezes a oferta da biomedicina não consegue a aderência necessária das comunidades tradicionais. Ainda, a mudança no perfil demográfico e o alastramento do sofrimento mental agravado pela pandemia de covid-19 tem sido associado com impactos em diversas áreas da vida social.

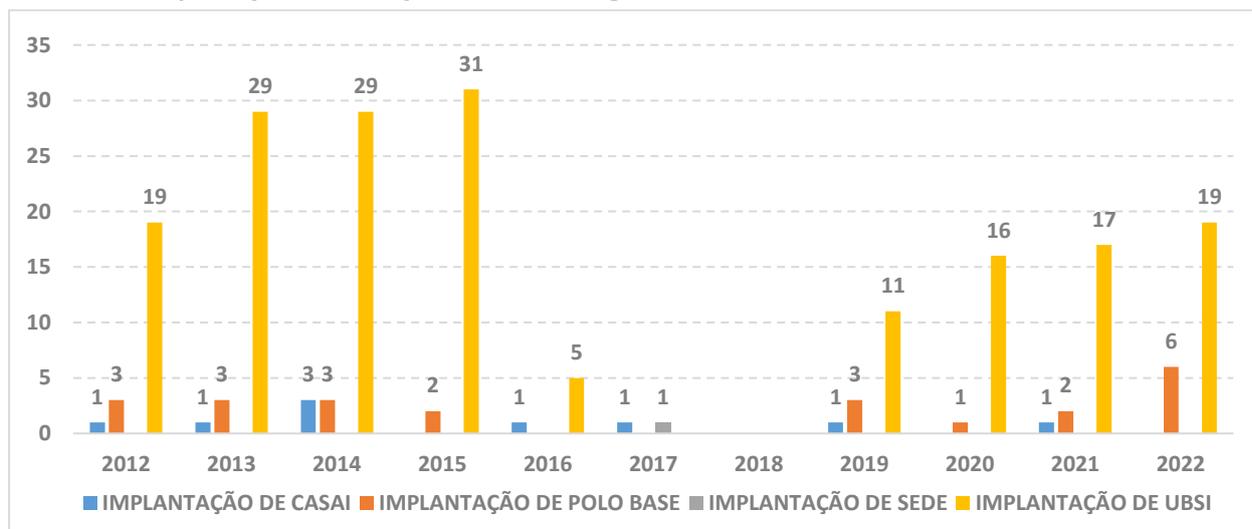
Neste contexto, investir em modelos de cuidado integrativo que levem em conta os aspectos físicos, mentais e emocionais, tais como as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) é fundamental, dado experiências em outros países. No SUS, algumas experiências para enfrentamento dos desafios da saúde pública têm sido implementadas com uso das PICS, no entanto, pouco sistematizadas e avaliadas, além da proliferação de intervenções sem o devido monitoramento de critérios de segurança e implantadas de modo isolado. Neste sentido, é necessário avaliar as estratégias que vêm sendo desenvolvidas pelos serviços públicos de saúde e pelas instituições, contribuindo para o desenvolvimento de modelos e painéis de indicadores que possibilitem maior monitoramento, qualidade e segurança. O fortalecimento deste campo visa, também, a interlocução com o desenvolvimento da fitoterapia e das Práticas Ancestrais dos Povos Indígenas nos seus territórios.

2.8.2 Edificações de Estabelecimentos de Saúde Indígena e Ações em Saneamento

As ações de edificações compreendem a execução de obras e serviços de implantação, reforma, ampliação e manutenção dos estabelecimentos de saúde destinados à prestação do serviço de atenção primária de saúde realizado pelas equipes multidisciplinares de saúde indígena, tais como: Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI), sedes de Polo Base de Saúde Indígena (PBSI), Casas de Apoio à Saúde Indígena (Casai) e alojamentos.

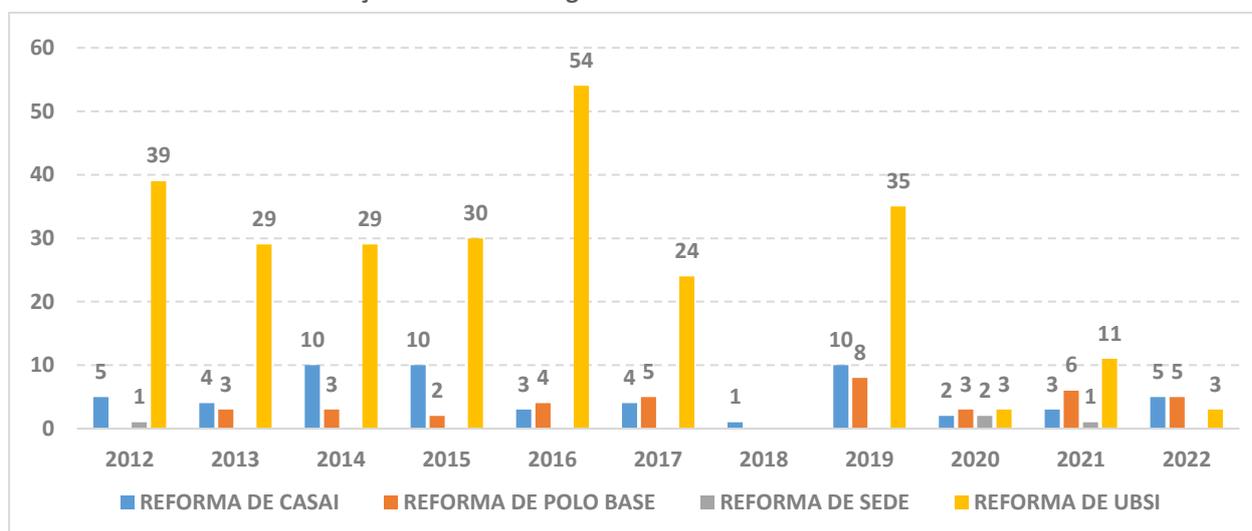
Nesse contexto, os gráficos a seguir apresentam a quantidade de obras de implantação e reforma de cada tipo de estabelecimento de saúde indígena que foram concluídas entre os anos 2011 e 2022.

Gráfico 124. Implantação de Edificações de Saúde Indígena



Fonte: Sesai/MS, 2023.

Gráfico 125. Reforma de Edificações de Saúde Indígena



Fonte: Sesai/MS, 2023.

Quanto às implantações de edificações de saúde, é possível notar números satisfatórios entre 2012 e 2015, havendo uma descontinuidade, pelo menos de notificação, de obras de implantação de edificação concluídas entre 2016 e 2018, retornando como uma modesta crescente entre 2019 e 2022, alcançando neste último ano os números de 2012.

Quanto às obras de reforma de edificação de saúde, observam-se números satisfatórios entre 2012 e 2017, uma interrupção, pelo menos de notificação em 2018, um retorno dentro da média dos últimos anos em 2019 e números abaixo da média entre 2020 e 2022.

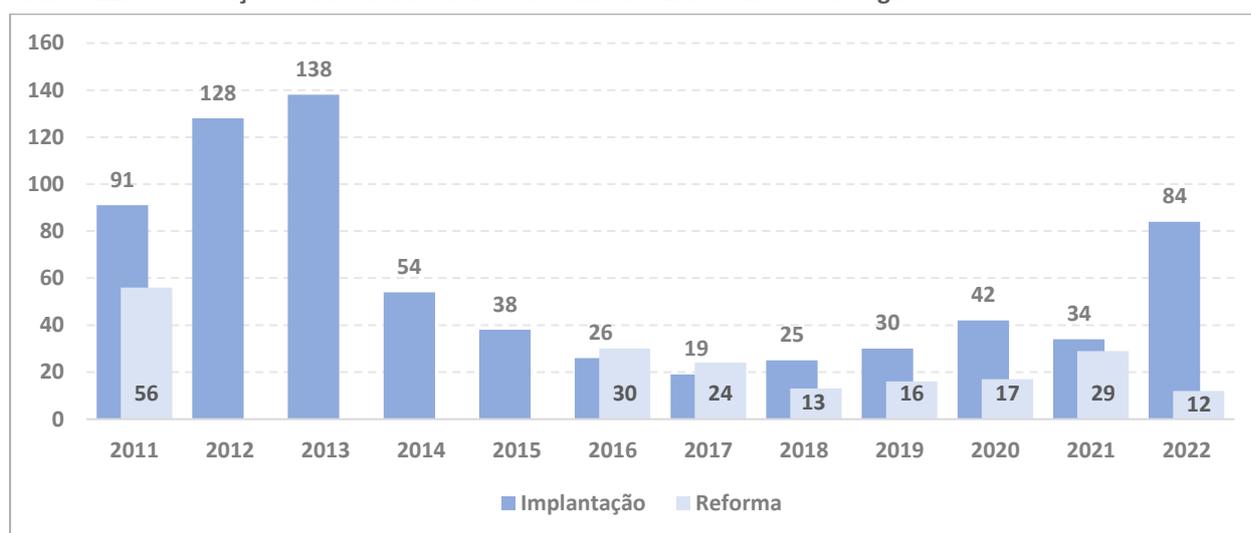
A partir da instituição da Constituição Federal brasileira, que delegou à União a competência privativa para tratar da saúde indígena, instituiu-se, por meio da Lei n.º 9.836, de 23 de setembro de 1999, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do SUS, que considera, dentre outras ações, o saneamento básico como estratégia indispensável para a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Nesse sentido, compete ao MS, por meio dos Dsei, o planejamento e a execução, direta ou mediante parcerias, dos serviços de saneamento básico: abastecimento de água, esgotamento sanitário e gerenciamento de resíduos sólidos em áreas indígenas, que devem ser pautados por uma abordagem diferenciada e global, considerando a realidade local e suas especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais.

As obras de saneamento ocorrem a partir da implantação, reforma, ampliação e manutenção de sistemas de abastecimento de água, além de obras, são entregues a população indígena módulos sanitários domiciliares empregados como unidades de esgotamento sanitário, e as ações de controle da qualidade da água e gestão de resíduos sólidos.

O fornecimento de água potável é a ação de saneamento mais priorizada pelo MS. As informações disponíveis sobre a implantação de infraestruturas de abastecimento de água datam, portanto, da época de transição da atribuição a este Ministério, como pode ser observado no gráfico a seguir que mostra o histórico de construção e reforma de sistemas de abastecimento ao longo dos anos.

Gráfico 126. Construção e Reforma de Novos Sistemas de Abastecimento de Água

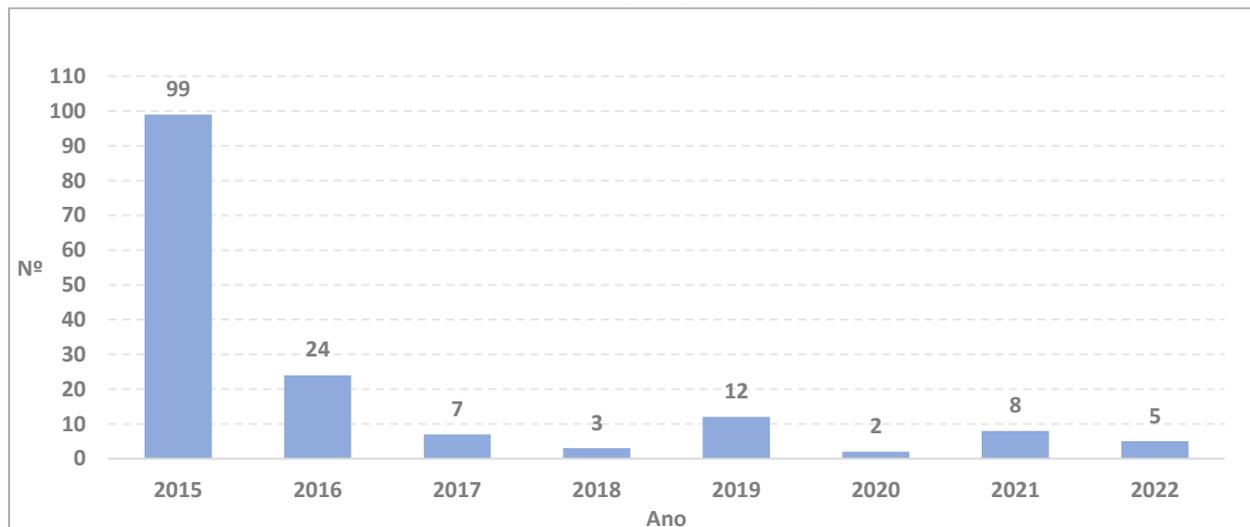


Fonte: Sesai/MS, 2023.

Além da implantação e operacionalização de infraestruturas relacionadas ao abastecimento de água, são realizadas intervenções diretamente nos domicílios, denominadas Módulos Sanitários Domiciliares (MSD), que visam à implantação de instalações hidrossanitárias, minimamente compostas por vaso sanitário, descarga de água, lavatório e ramal de descarte, que conduz o esgoto até sua disposição final (tanque séptico, filtro anaeróbio e sumidouro).

É importante mencionar que a instalação de módulos sanitários nas aldeias se dá de forma a respeitar as tradições e cultura da população indígena, evitando que essa tecnologia não seja utilizada pela comunidade, em função da resistência nas mudanças dos hábitos tradicionais. Geralmente, as comunidades indígenas isoladas e aquelas de recente contato, localizadas na Região Norte do país, são as que possuem maior objeção à essas estruturas, inviabilizando a implantação da solução. Há situações em que a instalação de módulos sanitários em comunidades não habituadas a essa solução pode transformar-se em depósitos de resíduos e, conseqüentemente, resultar em potenciais focos de contaminação na aldeia, expondo a comunidade a possíveis riscos à saúde pública, ao invés de favorecer a melhoria das condições de vida dos povos indígenas.

Gráfico 127. Obras de Módulos Sanitários Domiciliares (MSD), Fossas Sépticas e Sumidouros



Fonte: Sesai/MS, 2023.

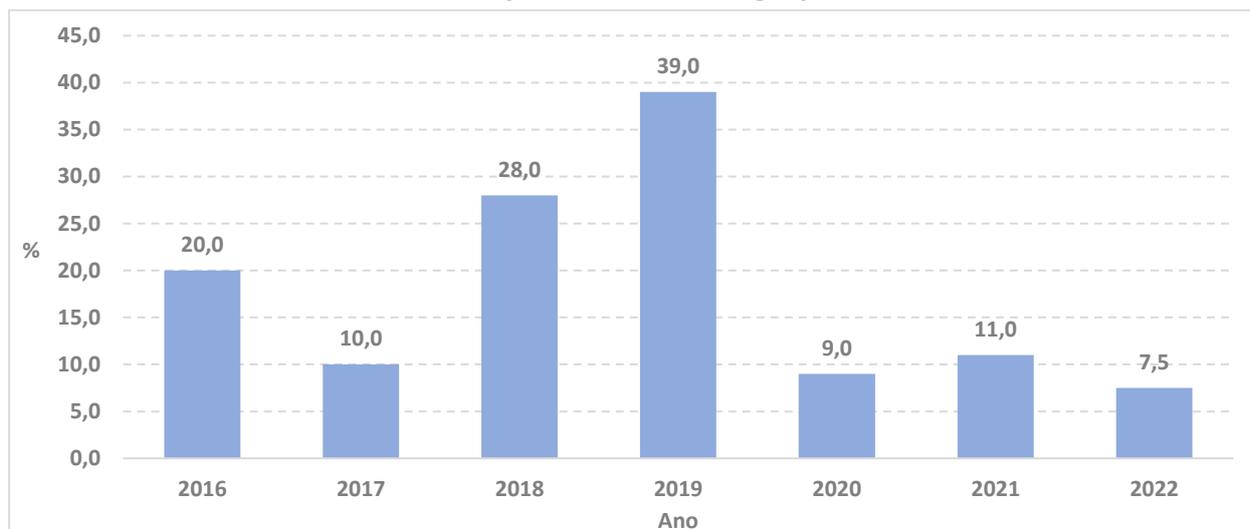
Vale destacar que a metodologia de contagem utilizada no gráfico acima é desconhecida, podendo ter sido utilizada a metodologia de contagem de cada módulo sanitário construído ou aldeias atendidas, independentemente da quantidade de módulos, valendo para todos os anos até 2019. Mas ressalta-se que a partir de 2020, a contagem foi apenas de aldeias atendidas.

Concomitante à implantação de infraestruturas de abastecimento de água em aldeias indígenas, é realizado o monitoramento da qualidade da água para consumo humano, atividade fundamental para promover a saúde e reduzir a ocorrência de doenças e agravos de transmissão hídrica. São desenvolvidas, ainda, ações preventivas e corretivas relacionadas ao abastecimento de água com vistas a garantir a segurança da água por meio da implementação de boas práticas no abastecimento, desde o ponto de captação ao ponto de consumo. Adota-se como referência a Portaria GM/MS n.º 888, de 4 de maio de 2021, que dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade.

Considerando as especificidades dessa atividade em áreas indígenas e a competência deste Ministério estabelecida na Portaria referenciada anteriormente, foi publicado, em 2014, o documento de Diretrizes para Monitoramento da Qualidade da Água para Consumo Humano em Aldeias Indígenas (DMQAI), e a partir disso foram criadas as metas para o Monitoramento da Qualidade da Água, sendo uma agenda seguida regularmente, mas que frequentemente esbarra em questões logísticas para sua realização.

Anualmente os Dsei elaboram o Plano de Monitoramento da Qualidade da Água para Consumo Humano com a indicação das localidades nas quais são planejadas visitas mensais para aferição da qualidade da água nas infraestruturas de abastecimento. Os resultados das análises são sistematizados em planilhas disponibilizadas e é realizado o acompanhamento da atividade.

Gráfico 128. Percentual de Aldeias com Aferição da Qualidade da Água para Consumo Humano



Fonte: Sesai/MS, 2023.

Os percentuais de aferição da qualidade da água para consumo humano nas aldeias estiveram em crescimento até o ano de 2019, tendo sido diminuído em razão da pandemia de covid-19 e devido a restrições de acesso às aldeias, o que impactou a realização dessa atividade. Além disso, a partir de 2020 foram considerados critérios de frequência de coleta de amostras no ano e de número de parâmetros analisados em cada amostra para contabilizar as aldeias com aferição da qualidade da água. Por esse motivo, o percentual de aldeias com essa atividade pode ter apresentado a discrepância observada entre o quadriênio 2016-2019 e 2020-2023.

Em relação ao gerenciamento de resíduos sólidos em áreas indígenas, desde o ano de 2014, são adotadas estratégias no âmbito dos Dsei, primando pela execução de ações mitigadoras relacionadas aos resíduos gerados, sejam domésticos ou provenientes dos serviços de saúde, para promover um ambiente mais saudável e reduzir os riscos à saúde da população indígena. O manejo é realizado diretamente ou mediante parcerias com órgãos municipais e outras instituições, considerando a realidade local e os aspectos etnoculturais dos povos indígenas com vistas à melhoria das condições sanitárias do ambiente.

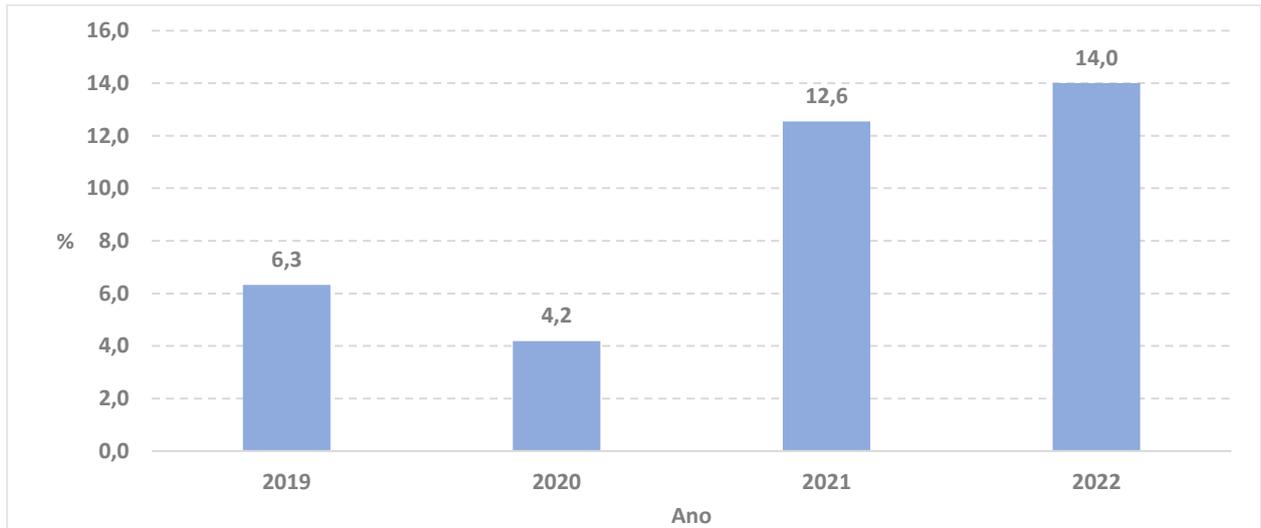
Neste contexto, foi produzido o documento “Orientações para a Gestão Integrada de Resíduos Sólidos no Âmbito dos Distritos” a fim de começar a delimitar as ações e estratégias que devem orientar, bem como auxiliar a elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Áreas Indígenas (PGRSI) e dos Planos Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) para as unidades de saúde.

Conforme os relatórios de atividades enviados pelos Dsei, no ano de 2020 foram realizadas 1.394 atividades de educação em saúde voltadas ao gerenciamento de resíduos sólidos em aldeias indígenas e ainda 1.598 inspeções sanitárias, a partir de visitas domiciliares com repasse de orientações, o que não representa o número de aldeias onde foram realizadas as atividades, pois muitas se repetem no sentido de promover estas ações.

Do total de 6.565 aldeias indígenas, segundo a planilha de caracterização do saneamento das aldeias atualizada pelos Dsei em junho de 2022, há serviço de coleta municipal de resíduos domiciliares em aproximadamente 480 aldeias (7,3% do total), coleta seletiva implantada em 111 (1,7%) e atividades de logística reversa (principalmente pilhas e baterias) em 1.224 aldeias (18,6%). Os mutirões de limpeza de resíduos ocorreram com maior frequência nas aldeias onde não há o serviço de coleta por parte dos municípios, sejam incentivados pelas equipes ou realizados pelos próprios moradores como ação coletiva, característica de muitos destes povos.

Visando melhorar a situação das aldeias em relação aos resíduos sólidos, os Dsei desenvolvem atividades de gerenciamento de resíduos sólidos nas comunidades indígenas para melhorar as condições ambientais e sensibilizar a população, sendo que toda atividade gera relatórios que são entregues mensalmente pelos Distritos por meio de planilhas de acompanhamento.

Gráfico 129. Percentual de Aldeias com Gerenciamento de Resíduos Sólidos



Fonte: Sesai, 2023.

Cabe ressaltar que a implantação dos serviços de saneamento básico possui diversos desafios a serem enfrentados em função das especificidades locais, relacionadas, principalmente, à dificuldade de acesso, capacidade técnica e logística para a operacionalização dos serviços, bem como referente à resistência, de algumas etnias, às soluções convencionais de saneamento.

Destaca-se, por fim, o fortalecimento das ações desenvolvidas e a ampliação dos investimentos buscados pelo Ministério com a finalidade de promover a saúde dos povos indígenas por meio do acesso ao conjunto de serviços, infraestruturas, instalações operacionais de saneamento básico e medidas educativas.

2.9 QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Os desafios apresentados para o enfrentamento da atual situação de saúde da população brasileira, especialmente diante da recente pandemia da covid-19 e o estágio de desenvolvimento do SUS, impõem aos gestores, aos profissionais e aos trabalhadores da saúde a necessidade da integralidade da assistência ao cidadão e, necessariamente, a integração da assistência farmacêutica nas redes de atenção à saúde e a qualificação dos serviços farmacêuticos a serem disponibilizados ao usuário em todo o território nacional, observando-se, inclusive, todo o processo de descentralização da gestão e sua regionalização.

O aprimoramento da assistência farmacêutica se deu com a publicação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) em 2004, como parte integrante da Política Nacional de Saúde, em que objetivou diminuir o foco dado ao medicamento e evidenciar a AF como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva. Essa política explicita a necessidade da melhoria da gestão, qualificação dos serviços, o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos como principais eixos estratégicos para melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004)²⁰.

Apesar dos avanços das políticas nacionais de medicamentos e assistência farmacêutica, os municípios brasileiros enfrentam problemas e dificuldades no que se refere à descentralização das ações e, sobretudo, à capacidade de gestão, comprometendo a missão de garantir o acesso da população aos medicamentos e seu uso racional (VIEIRA, 2010)²¹. É notório que a gestão da assistência farmacêutica se constitui em um dos maiores desafios de governo na área da saúde, devido ao seu alto custo e grau de complexidade, na qual envolve aspectos assistenciais, técnicos, logísticos e tecnológicos, culturais, políticos, econômicos e sociais, bem como baixa qualificação dos serviços farmacêuticos, falhas nos componentes constitutivos da assistência farmacêutica, aumento crescente da demanda de medicamentos pela população e escassez dos recursos públicos.

Diante das evidências alusivas à qualificação e gestão da assistência farmacêutica no SUS, agravada pela pandemia de covid-19, faz-se necessário garantir o acesso da população a serviços farmacêuticos qualificados e aos medicamentos e insumos estratégicos no âmbito do SUS de forma eficiente e efetiva observando as especificidades regionais e o uso racional.

Como instrumento racionalizador de parte das ações da assistência farmacêutica, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) compreende as orientações necessárias para a seleção, a padronização, bem como para o financiamento e acesso aos medicamentos utilizados na Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS.

O financiamento da assistência farmacêutica é realizado pelas três esferas de governo. No âmbito federal, entre as principais ações voltadas para o acesso e a qualificação da assistência farmacêutica, destacam-se a aquisição centralizada de medicamentos e insumos estratégicos, o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), a Política e o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) e o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (Qualifar-SUS) que se estrutura em eixos estratégicos para atender demandas desta área que envolvem o cuidado, a estruturação de serviços, as demandas de educação e de informação. O MS também atua, de forma complementar, na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), financiando a aquisição dos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) para atendimento a essa população específica, além de atuar por meio da Secretaria de Atenção à Saúde Indígena na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no SUS.

O componente básico da assistência farmacêutica garante o custeio e a distribuição de medicamentos e insumos essenciais destinados aos agravos prevalentes e prioritários da atenção básica. O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) destina-se à garantia do acesso seguro e racional de medicamentos para controle de doenças e agravos específicos com potencial impacto

²⁰ BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1 n. 96, 20 de maio de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

²¹ VIEIRA, Fabiola S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 27, n. 2, p. 149-156, 2010.

endêmico e relacionadas a situações de vulnerabilidade social. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é uma estratégia caracterizada pela busca da garantia da integralidade do tratamento e, por isso mesmo, abriga, de modo geral, medicamentos indicados para doenças mais complexas, bem como aqueles que são usados em casos de refratariedade ou intolerância à primeira ou à segunda linha de tratamento, estando as linhas de cuidado definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

Com o objetivo de complementar a distribuição e ampliar o acesso ao cidadão aos medicamentos e insumos utilizados na atenção primária, o Programa Farmácia Popular credencia farmácias e drogarias da rede privada, aumentando a capilaridade de atendimento ao usuário do SUS. O Farmácia Popular disponibiliza medicamentos gratuitos para hipertensão, diabetes e asma, e, desde junho de 2023, também para osteoporose e anticoncepcionais. Pelo sistema de copagamento, com até 90% de desconto, o Programa também oferece medicamentos para dislipidemia, rinite, doença de Parkinson, glaucoma e fraldas geriátricas.

No âmbito federal, nas últimas gestões, o processo de qualificação da assistência farmacêutica no Brasil sofreu forte descontinuidade, especialmente no tocante à expansão de programas e projetos estratégicos e estruturantes para o SUS, a exemplo do Programa Farmácia Popular do Brasil e do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS), no recuo das ações e da agenda prioritária de ampliação de serviços farmacêuticos, especialmente os relacionados ao cuidado ao usuário do SUS nos diferentes níveis de atenção.

A pandemia de covid-19 demonstrou fragilidades nos processos de aquisições de medicamentos e insumos para a saúde e a dependência de matéria-prima internacional para produção, por exemplo, de vacinas e medicamentos, além de outros produtos básicos para a assistência à saúde, apontando para a necessidade nacional de reinvestimento e priorização da cadeia produtiva nacional e de todo o complexo produtivo e industrial da saúde articulado com a agenda de prioridades do SUS e com o fortalecimento da regulação de mercado pela Anvisa e demais órgãos públicos e privados, evitando os abusos ocorridos durante o pico da pandemia e que ainda impactam nas compras públicas nacionais e internacionais de todos os entes federados.

Os desafios para garantir o desenvolvimento das ações de qualificação da assistência farmacêutica, bem como o abastecimento nacional de medicamentos e insumos estratégicos com ações e articulações tripartite e internacionais, coloca sob responsabilidade do Ministério da Saúde a recondução do processo de fomento à produção nacional, pesquisa e inovação, inclusive na saúde digital, priorizando a produção e aquisição alinhadas à agenda estratégica do SUS no que se refere à garantia do acesso e da produção de medicamentos incorporados ao sistema de saúde, sem deixar de priorizar aqueles de relevância para a saúde pública, incluindo os medicamentos negligenciados e órfãos de produção nacional, bem como as articulações para as parcerias com organismos internacionais de apoio e fomento à saúde pública no mundo e especialmente na América Latina e Caribe.

A fim de qualificar a assistência farmacêutica no SUS, o MS busca atualizar e qualificar os profissionais e gestores de saúde, de todas as regiões do país, em relação às necessidades da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), da Política Nacional de Medicamentos (PNM) e da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), ampliando o acesso, a utilização e o uso racional de medicamentos com uniformização da atuação em todos os níveis e participação do controle social em todo o processo.

2.9.1 Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais é elaborada atendendo aos princípios fundamentais do SUS, a universalidade, a equidade e a integralidade. Lista os medicamentos disponibilizados por meio de políticas públicas e indicadores para os tratamentos das doenças e dos agravos que acometem a população brasileira. Apresenta as responsabilidades de financiamento da assistência farmacêutica entre os entes (União, estado e municípios), proporcionando transparência nas informações sobre o acesso aos medicamentos do SUS. É atualizada a cada dois anos e torna-se um grande desafio para os gestores do SUS diante da complexidade das necessidades de saúde da população, da velocidade da incorporação tecnológica e dos diferentes modelos de organização e financiamento do sistema de saúde.



A publicação da RENAME 2022 resulta do trabalho constante do MS, por meio da Subcomissão Técnica de Atualização da RENAME e do Formulário Terapêutico Nacional, e dos demais gestores do SUS. Tal publicação apresenta uma nova forma de organização, com o objetivo de facilitar o acesso à informação, promovendo a interface das informações com o Formulário Terapêutico Nacional - FTN, protocolos, diretrizes e manuais do MS. Adotou a classificação “AWaRe” em relação aos medicamentos antimicrobianos, que contribui para a redução do desenvolvimento de bactérias resistentes a estes medicamentos e está alinhada ao Plano de Ação Global da Organização Mundial de Saúde - OMS sobre a resistência antimicrobiana.

A RENAME em sua última atualização, em 2022, 37 tecnologias foram incorporadas ou ampliadas na relação, sendo 29 medicamentos e oito em ampliação de uso.

2.9.2 Programa Farmácia Popular do Brasil

O Programa Farmácia Popular do Brasil, lançado em junho de 2004, tem como objetivo principal a ampliação do acesso aos medicamentos. Inicialmente, trabalhou-se somente com a Rede Própria de farmácias implantadas em parceria com estados, municípios e instituições de ensino superior e entidades filantrópicas. Em 2006, o Ministério da Saúde expandiu o Programa Farmácia Popular para as farmácias e drogarias do setor privado, sendo denominado “Aqui Tem Farmácia Popular”, onde inicialmente eram vendidos medicamentos para o tratamento da hipertensão e diabetes, além dos anticoncepcionais, com preços até 90% menores dos que são cobrados nos estabelecimentos privados não-credenciados.

Em 2010, o Programa Farmácia Popular do Brasil – Aqui Tem Farmácia Popular ampliou a cobertura com a disponibilização de medicamentos para o controle e tratamento de influenza H1N1, dislipidemia, asma, rinite, Parkinson, osteoporose e glaucoma, e ampliou o elenco de medicamentos para o tratamento da diabetes e hipertensão. Além dos medicamentos, o Programa também passou a fornecer fraldas geriátricas para incontinência.

Em 2011, o Governo Federal lançou a campanha Saúde Não Tem Preço (SNTTP) que visa disponibilizar medicamentos gratuitos para o tratamento de hipertensão e diabetes e, posteriormente, em maio de 2012, a gratuidade foi ampliada para os medicamentos indicados para o tratamento da asma por meio da ação Brasil Carinhoso, o qual faz parte do Plano Brasil Sem Miséria (BSM) que visa tirar as famílias da extrema pobreza. Após a implementação da gratuidade para os medicamentos mencionados, cresceu o número de dispensações realizadas, inclusive dos itens do copagamento.

Em 2016, a iniciativa chegou ao marco de quase 35 mil farmácias credenciadas atendendo mais de 22 milhões de brasileiros. Contudo, nos últimos anos, com a redução do número de municípios de até 40 mil habitantes com farmácias credenciadas, cerca de 2 milhões de brasileiros deixaram de ser atendidos pelo Farmácia Popular.

Em junho de 2023, o Governo Federal anunciou diversas ações para a retomada do Programa Farmácia Popular do Brasil com a expansão da oferta de medicamentos gratuitos e o credenciamento de novas unidades em municípios de maior vulnerabilidade. Em uma ação inédita, todos os 55 milhões de beneficiários do Bolsa Família passaram a ter acesso a todos os 39 medicamentos e fraldas geriátricas disponíveis no programa de forma totalmente gratuita.

Além de medicamentos gratuitos para o tratamento de diabetes, asma e hipertensão, a população brasileira também passou a ter acesso gratuito aos medicamentos indicados para o tratamento de osteoporose e contraceptivos por meio das farmácias credenciadas ao PFPB. O programa também oferece medicamentos de forma subsidiada para dislipidemia, rinite, doença de Parkinson, glaucoma, diabetes mellitus associada a doença cardiovascular e fraldas geriátricas. Nesses casos, o Ministério da Saúde paga parte do valor dos medicamentos (até 90% do valor de referência tabelado) e o cidadão paga o restante, de acordo com o valor praticado pela farmácia. Ao todo, o Farmácia Popular contempla o tratamento para 11 indicações.

O Programa Farmácia Popular passará a atender também a população indígena. O objetivo é ampliar e facilitar o acesso, de forma complementar, à assistência farmacêutica básica à população atendida nos DSEI. Com a ação, o Farmácia Popular passará a ofertar todos os medicamentos do rol do

programa de forma gratuita para essa população. Para evitar o deslocamento, um representante da comunidade será escolhido para retirar os medicamentos indicados, sem a necessidade de indicação de um CPF para ser atendido pelo programa. Essa iniciativa entrará em prática em um projeto piloto no território Yanomami e, em seguida, expandida de forma gradual para as outras regiões. As ações serão implementadas com a participação dos conselhos distritais de saúde indígena.

Atualmente, existem 30.962 estabelecimentos credenciados ao Farmácia Popular, distribuídos em 4.433 municípios (79,6%), e mais de 65 milhões de cidadãos atendidos desde 2006, com média, nos últimos anos, de mais de 20 milhões de pessoas por ano. Dentre os anos de 2020 a 2023, foram dispensadas cerca de 52,2 bilhões de unidades pelo Programa, num investimento de R\$ 9,77 bilhões no período.

Tabela 39. Usuários Atendidos, Unidades Distribuídas e Valores Executados Pelo Programa Farmácia Popular do Brasil, 2020 A 2023

Descrição	2020	2021	2022	2023*
Usuários atendidos	20.102.014	20.102.823	20.746.950	19.071.632
Unidades dispensadas	14.329.895.834	14.329.600.948	14.068.340.207	9.487.465.776
Valor Executado (R\$)	2.597.045.190,00	2.529.311.313,00	2.714.303.271	1.925.996.000,16

Fonte: SECTICS/MS.

* Dados de agosto/2023.

A ampliação do programa nos territórios ficou estagnada desde 2014, sendo urgente a sua ampliação nas regiões que acompanham as prioridades do SUS para garantia do acesso nos municípios que atendem ao Programa Mais Médicos e outros programas governamentais a fim de garantir a capilaridade do acesso e a redução das disparidades regionais. Assim, nos próximos anos, o programa buscará o equilíbrio no credenciamento de farmácias entre as regiões do país, reduzindo os vazios assistenciais e diminuindo a concentração da oferta nos grandes centros urbanos, buscando atingir, até 2027, a ampliação do credenciamento em cerca de 50% das farmácias existentes em cada unidade da Federação.

Evidências demonstraram que o Programa Farmácia Popular reduziu as internações hospitalares e mortalidade em relação à hipertensão e diabetes²². Observa-se, nesse sentido, a importância de ampliar a interface da assistência farmacêutica com a ciência de dados para viabilizar a racionalização de recursos, o planejamento estratégico, a gestão de riscos e o monitoramento de ações que ampliem o acesso e uso racional de medicamentos pela população.

2.9.3 Compras Centralizadas de Medicamentos

2.9.3.1 Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)

O componente básico da assistência farmacêutica é constituído por uma relação de medicamentos e de insumos farmacêuticos, voltados aos principais agravos e programas de saúde da atenção básica. O elenco desses itens pode ser consultado nos anexos I e IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).

No ano de 2023, do elenco de medicamentos do componente básico, o MS adquiriu de forma centralizada 20.281.332 unidades de contraceptivos injetáveis trimestral e mensal, pílula combinada, minipílula, pílula de emergência, DIU e misoprostol; 528.785.038 unidades de medicamentos e insumos para o tratamento do Diabetes Mellitus, entre eles frascos de insulina humana NPH, canetas de insulina humana NPH, frascos de insulina humana regular, canetas de insulina humana regular e agulhas para

²² VIDOTTI, CARLOS CEZAR FLORES; BONFIM, A. ; GAMA, C. L. S. ; SILVA, D. ; ARAGAO, E. S. ; SANTOS, G. F. ; GUIMARAES, J. M. M. ; BERTOLDO, J. ; SANTOS, K. O. B. ; SOUZA, L. E. P. F. ; NATIVIDADE, M. S. ; SILVA, S. A. L. S. E. ; MENDES, V. A. O Programa Farmácia Popular - política para ampliação do acesso a medicamentos no enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis. In: Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 424 p. : il. ; FERREIRA, P. A. A. Efeitos do copagamento de medicamentos sobre a saúde no Brasil: evidências do programa Aqui Tem Farmácia Popular. Revista do BNDES, Rio de Janeiro, n. 47, p. 67-117, 2017.; ALMEIDA, Aléssio Tony Cavalcanti de; VIEIRA, Fabiola Sulpino; SÁ, Edvaldo Batista de. Os efeitos do acesso a medicamentos por meio do Programa Farmácia Popular sobre a saúde de portadores de doenças crônicas não transmissíveis. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília, 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8977/1/AcessoSaude.pdf>

caneta aplicadora de insulina. Além disso, para o Programa Calamidade Pública, foram adquiridas 1.177.172 unidades de medicamentos e insumos para compor os kits, contendo 32 medicamentos e 16 insumos. Em 2023, foram distribuídos 87 kits para atendimento das unidades da federação atingidas por desastres naturais associados a chuvas, ventos e granizos, até o mês de setembro do ano em referência.

Tabela 40. Aquisições Centralizadas de Medicamentos e Insumos Destinados aos Programas do CBAF, 2019 a 2023

Especificação	2019	2020	2021	2022	2023
Unidades adquiridas para o Programa Saúde da Mulher	30.942.942	38.312.156	32.095.944	19.285.748	20.281.332
Unidades adquiridas para insulino dependentes (insulinas humanas e agulhas)	204.013.147	166.125.064	161.743.154	832.154.188	528.785.038
Outras unidades adquiridas	817.400	942.090	1.272.450	4.163.866	1.177.172
Unidades Totais Adquiridas	235.773.489	205.379.310	195.111.548	855.603.802	550.243.542
Valor investido com transporte de medicamentos (R\$ 1,00)	500.000,00	728.958,21	1.014.059,48	271.055,09	590.282,90
Valor Total Investido (R\$ 1,00)	462.124.212,87	620.270.189,33	627.105.249,85	782.787.859,90	675.157.765,36

Fonte: SECTICS/MS. Aquisições firmadas até 31 de agosto de 2023.

Medicamentos para Intubação Orotraqueal (IOT)

Quanto aos medicamentos para Intubação Orotraqueal (IOT), considerando o cenário de 2020 da pandemia do covid-19 e a falta de oferta suficiente para suprir, no tempo devido, os estoques dos estados e do Distrito Federal, o MS implementou ações estratégicas para aquisição desses medicamentos, em 2020 e 2021, para auxiliar na manutenção dos estoques de medicamentos para intubação oro-traqueal em todo o país. As aquisições foram baseadas na lista de medicamentos apresentada pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), em articulação com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

Em 2022, com objetivo de recompor os estoques estratégicos e dar suporte emergencial aos estados e municípios no tratamento de pacientes com a covid-19, foi realizado o Pregão Eletrônico SRP n.º 34/2022 para aquisição de medicamentos para IOT. Entretanto, as atas de registro de preços decorrentes desse Pregão não foram executadas, tendo em vista a disponibilidade dos medicamentos no estoque do Ministério da Saúde e a baixa demanda apresentada pelos estados. Observa-se a diminuição do consumo desses medicamentos, gerando aumento nos estoques dos estabelecimentos de saúde dos estados e DF, acrescidos da taxa de cobertura vacinal que ocasionou redução da necessidade desses medicamentos pelas unidades federativas.

Nesse contexto, segue abaixo o total de unidades farmacêuticas distribuídas entre 2020 e 2023, para atendimento de solicitações de medicamentos para intubação oro-traqueal.

Tabela 41. Unidades Farmacêuticas Distribuídas de Medicamentos IOT, 2020-2023

Ano de distribuição	Unidades farmacêuticas distribuídas
2020	4.754.919
2021	17.666.303
2022	2.866.881
2023	11.261.358
Total	36.549.461

Fonte: SECTICS/MS. Data atualização: 28/09/2023.

2.9.3.2 Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica - Cesaf

O componente estratégico da assistência farmacêutica (Cesaf) contempla 77 fármacos em 108 apresentações farmacêuticas e insumos em seu elenco para o tratamento de doenças e agravos de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações

vulneráveis. O componente estratégico atende 27 programas estratégicos de saúde do sus, quais sejam: cólera, controle do tabagismo, coqueluche, doença de chagas, doença do enxerto contra hospedeiro, esquistossomose, febre maculosa, filariose, geohelmintíases, hanseníase, influenza, leishmanioses, lúpus, malária, meningites, micoses endêmicas, mieloma múltiplo, raiva humana, sífilis, tracoma, tuberculose, toxicologia, toxoplasmose, brucelose, covid-19, alimentação e nutrição e para saúde da criança. De 2019 a 2023* foram adquiridos mais de 1 bilhão de unidades farmacêuticas, o que correspondeu a um valor investido de R\$ 1,86 bilhão.

Tabela 42. Unidades Farmacêuticas e Insumos Adquiridos pelo Cesaf, 2019-2023

Denominação	2019	2020	2021	2022	2023*
Unidades de medicamentos	182.855.059	200.181.565	136.643.661	151.482.452	164.539.282
Unidades de insumos	57.713.740	58.000.000	45.000.336	21.669.664	47.010.000
Total de Unidades	240.568.799	258.181.565	181.643.997	173.152.116	211.549.282
Valores investidos (R\$ 1,00)	303.999.991	304.813.334	349.999.418	486.499.654	415.310.728

Fonte: CESAF/DAF/SECTICS/MS.

*Dados de agosto/2023.

Há diversas barreiras que impedem os avanços da assistência farmacêutica do componente estratégico, como a morosidade no processo aquisitivo; a baixa informação sistematizada e confiável do uso dos medicamentos; a divergência dos preços dos medicamentos aos praticados no mercado e a alta variação do custo médio mensal; e a falta de comprometimento dos laboratórios contratados.

Neste sentido, faz-se necessário o aprimoramento da comunicação e da sistematização dos fluxos dos processos aquisitivos por meio de um sistema informatizado e integrado de programação e monitoramento; a qualificação dos profissionais da assistência farmacêutica e o aprimoramento do sistema informatizado com a inclusão de módulo de monitoramento do cuidado farmacêutico dos usuários do SUS que subsidiem informações qualificadas.

2.9.3.3 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf)

O componente especializado da assistência farmacêutica (Ceaf) é uma estratégia consolidada para o acesso a medicamentos no SUS, caracterizado pela busca da integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial, para as situações clínicas nas diferentes linhas de cuidado contempladas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo MS.

Este componente especializado está regulamentado nas Portarias de Consolidação GM/MS n.º 02 e n.º 06, de 28 de setembro de 2017. Possui um elenco de 177 fármacos em 338 apresentações farmacêuticas que contemplam doenças ou agravos de saúde relacionados aos PCDT das diferentes linhas de cuidado. Os medicamentos dividem-se em três grupos conforme características, responsabilidades e formas de organização, o detalhamento de cada um pode ser observado nas portarias mencionadas anteriormente.

Pode-se visualizar o crescimento da execução orçamentária relacionada ao componente especializado nos últimos anos na tabela a seguir:

Tabela 43. Execução Orçamentária do Ceaf, 2019 A 2022

2019	2020	2021	2022
R\$ 5.921.824.000,00	R\$ 6.269.000.000,00	R\$ 6.980.000.000,00	R\$ 7.917.148.683,00

Fonte: SECTICS/MS

Estão contemplados no Grupo 1A um elenco de 87 fármacos em 148 apresentações farmacêuticas. O Grupo 1B contempla 34 fármacos e 68 apresentações. Ambos totalizam 101 condições clínicas preconizadas em 86 PCDT. Ressalta-se que o componente especializado passa por mudanças frequentes, considerando, principalmente, a publicação de novos ou a atualização de PCDT, a incorporação de novas tecnologias e as mudanças de responsabilidades tripartite para fornecimento dos medicamentos. Tais alterações exigem uma atenção permanente dos gestores no que tange a elaboração

de estratégias que possam contemplar as especificidades previstas nos PCDT e a diversidade do território brasileiro.

O desenvolvimento de novos medicamentos nas últimas décadas possibilitou o avanço no tratamento para várias doenças, contribuindo para o aumento da expectativa e da qualidade de vida da população. Entretanto, o acesso a estas tecnologias não se universalizou, sendo este ainda um dos maiores nós críticos no SUS. Os recursos públicos são finitos e, atrelados a capacidade de pagamento de tributos pela população, não se pode garantir medicamentos de última geração para poucos cidadãos e deixar muitos deles sem acesso a medicamentos essenciais (VIEIRA, 2019)²³.

Cabe destacar a importância de PCDT que contemplem as necessidades da população baseados em evidências, com critérios de custo efetividade e que levem em consideração também as questões sociais no cuidado em saúde. Este é um dos grandes paradigmas que envolvem o componente especializado, pois, conforme as responsabilidades pactuadas entre os entes federativos, este componente é o responsável pela aquisição dos medicamentos de alto impacto orçamentário que são incorporados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec). Ao Ministério da Saúde cabe, ainda, dialogar com os estados e DF quanto as estruturas necessárias e as estratégias de implantação dos PCDT para possibilitar a o acesso da população a novas tecnologias.

Uma das principais estratégias para ampliar o acesso a medicamentos e produtos considerados estratégicos para o SUS são as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP). As PDP são realizadas entre instituições públicas e empresas privadas, buscando promover a produção pública nacional e o desenvolvimento de novas tecnologias. Atualmente o Grupo 1A do Ceaf conta com um total de 22 medicamentos em 38 apresentações farmacêuticas, destes, 12 medicamentos e 21 apresentações encontram-se em fase de finalização do processo de desenvolvimento, transferência e absorção da tecnologia.

A execução do componente especializado envolve as etapas de solicitação, avaliação, autorização, dispensação e renovação da continuidade do tratamento. Em 2023, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 1.022, que altera o Capítulo II do Título IV do Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2. O novo texto adequa as regras de execução no que diz respeito à implementação de processos eletrônicos nas etapas de solicitação e renovação de medicamento, permitindo que estes ocorram pela via digital, garantindo a continuação dos avanços experimentados por meio das flexibilizações que ocorreram devido à pandemia de covid-19.

No que se refere à etapa de avaliação, considerando as particularidades loco regionais e potenciais dificuldades relacionadas à interpretação e compreensão das recomendações e critérios de elegibilidade dos PCDT, verifica-se a necessidade de uniformização das informações em âmbito nacional, visando contribuir com a parametrização dos sistemas informatizados de gestão no território nacional, auxiliando na padronização de exigências para acesso aos tratamentos e contribuindo na redução dos tempos de avaliação das solicitações. Além disso, a descrição dos parâmetros de monitoramento clínico, contribuiriam com os profissionais de saúde que efetuam o acompanhamento farmacoterapêutico dos usuários dos medicamentos contemplados no componente especializado.

²³ VIEIRA, Fabiola S. Desafios do estado quanto à incorporação de medicamentos no Sistema Único De Saúde. IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Brasília- DF, 2019. Acesso em 29 set 2023. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9357/1/td_2500.pdf

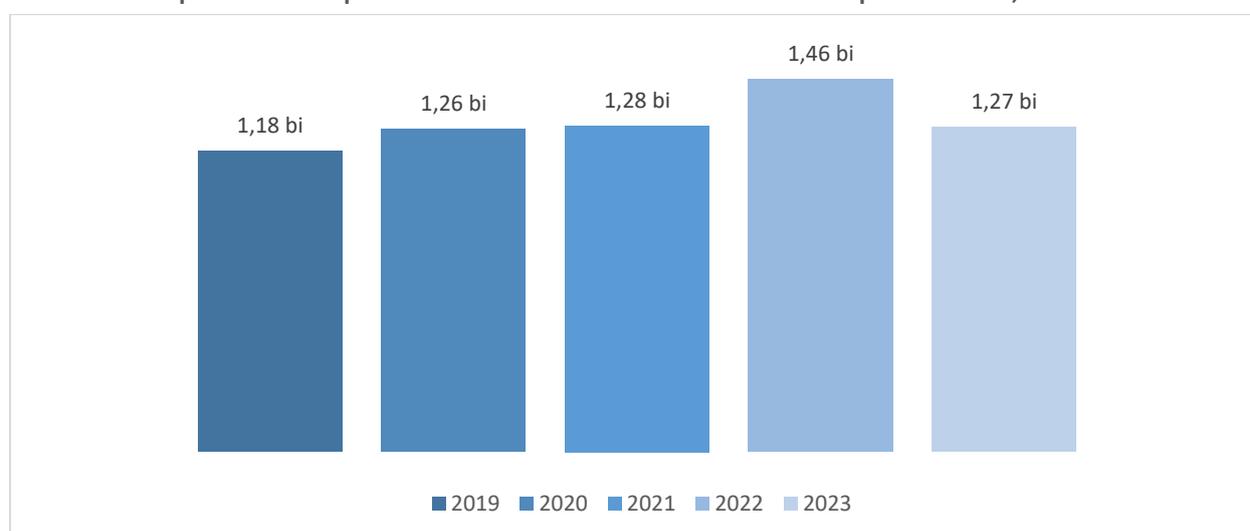
2.9.4 Compras Públicas Descentralizadas de Medicamentos e Insumos Estratégicos

2.9.4.1 Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)

No âmbito do componente básico da assistência farmacêutica (CBAF), destaca-se o aumento da contrapartida federal do financiamento de R\$ 5,10 para R\$ 5,58 per capita/ano em 2017. Em 2019, a contrapartida federal foi ampliada para o valor médio per capita/ano de R\$ 5,95 aplicada sob o maior valor de repasse levando em consideração o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e a população estimada do IBGE. A aquisição dos medicamentos e insumos do componente básico, previstos nos Anexos I ao IV da Rename, que contempla 184 fármacos em 371 apresentações, além de 15 insumos, ocorre de forma centralizada (responsabilidade da União) ou, na grande maioria, de forma descentralizada (financiamento da União, Estados, Distrito Federal e Municípios).

O CBAF engloba ainda o atendimento à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp) por meio do repasse anual de R\$ 17,73 por pessoa privada de liberdade. Entre 2019 a setembro de 2023, foram repassados R\$ 6,45 bilhões para compra descentralizada de medicamentos de todo o CBAF conforme gráfico a seguir:

Gráfico 130. Repasses do Componente Básico aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, 2019-2023



Fonte: SECTICS/MS.

* Dados parciais de 26/09/2023.

É importante ressaltar que o recurso descrito para essas aquisições descentralizadas se refere às despesas obrigatórias que são essenciais para a sustentabilidade da assistência farmacêutica na atenção básica em toda a rede SUS. Entretanto, a produção de informações sobre essas aquisições pelos entes é um grande desafio para o SUS por toda a dificuldade de registro de dados e posterior envio para a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica (Bnafar), bem como a pela qualidade destes dados enviados, fundamentais para o monitoramento da utilização desses recursos e para a ampliação da transparência pública e para o aprimoramento da tomada de decisão dos gestores nos diferentes níveis de gestão no país.

2.9.4.2 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf)

Os medicamentos dos Grupos 1B e 2 possuem execução descentralizada e de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal de acordo com a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 02 e legislação vigente, ocorrendo somente em estabelecimentos de saúde vinculados às unidades públicas designadas pelos gestores estaduais de saúde.

O Grupo 1B contempla 34 fármacos e 68 apresentações. O financiamento dos medicamentos desse grupo pelo MS é realizado mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças.

A tabela abaixo correspondente ao repasse financeiro realizados aos estados e Distrito Federal correspondente ao Grupo 1B:

Tabela 44. Repasse da União para os Estados e Distrito Federal do Grupo 1B, 2019-2022

2019	2020	2021	2021
R\$ 576.725.443,00	R\$ 441.984.377,00	R\$ 339.278.729,00	R\$ 470.148.742,00

Fonte: SECTICS/MS.

Aumentar o número de estabelecimentos de saúde descentralizados que são aptos a realizarem as etapas de execução do componente especializado se apresenta como um dos maiores desafios da gestão estadual, constando como meta em 14 dos 27 planos estaduais de saúde vigentes, e também da gestão federal, considerando que de acordo com a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, esta possui um papel de prestar cooperação técnica e promover a descentralização para as unidades federadas e para os municípios, dos serviços e ações de saúde. A aproximação com os estados a fim de apoiar estrategicamente as ações e a descentralização do componente especializado ainda é um desafio. Há necessidade de compreender melhor as especificidades das unidades federativas e criar esforços coletivos para o enfrentamento das adversidades além de diminuir as lacunas existentes em cada território.

Para além do aumento do número de unidades para a execução descentralizada do componente especializado, uma análise dos planos estaduais de saúde vigentes apontou que as ações referentes ao cuidado farmacêutico ficaram em segundo plano quando comparadas com as metas mais citadas nos planos em relação ao Ceaf. Metas com a temática sobre melhorias nos fluxos de gestão, melhoria e/ou implementação de sistemas de gestão e implementação/qualificação do apoio institucional também ficaram entre as mais citadas nos planos estaduais analisados, ilustrando o entendimento comum da necessidade de qualificar estes pontos como forma de garantir acesso e promover o uso racional de medicamentos. A aproximação com a Rede de Atenção à Saúde, ações para qualificação profissional e a promoção de maior articulação interfederativa também foram apontadas como prioridade em diversos dos planos estaduais em relação ao Ceaf.

2.9.5 Cuidado Farmacêutico

O serviço de cuidado farmacêutico compreende “um conjunto de serviços clínicos dirigidos aos usuários, que englobam ações integrais e integradas de saúde e visam a prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia, assim como atividades técnico-pedagógicas voltadas aos usuários e profissionais de saúde, que envolvem o matriciamento acerca da farmacoterapia, ambos com vistas a melhoria da qualidade de vida das pessoas”. (Conasems, 2021)²⁴

É importante destacar que serviços de cuidado farmacêutico envolvem inúmeras atividades como rastreamento em saúde (identificação de doença ou condição de saúde em pessoa assintomática); dispensação e reconciliação medicamentosa (entrega de medicamento, avaliação e orientação adequada quanto ao uso de medicamentos); revisão da farmacoterapia (avaliação detalhada dos medicamentos utilizados pelo usuário e recomendações aos prescritores); monitorização terapêutica de medicamentos (avaliação e interpretação dos níveis séricos de medicamentos para o alcance de concentrações plasmáticas efetivas e seguras); acompanhamento farmacoterapêutico (gerenciamento da farmacoterapia e das condições de saúde do usuário, incluindo método clínico adequado); dentre outros. (Conasems, 2021)

A implementação do cuidado farmacêutico no contexto dos componentes da assistência farmacêutica é um dos grandes desafios, tendo em vista que passa por um processo estrutural de reformulação do registro de informações sobre a saúde do cidadão que deve ser de forma integrada e levar em consideração dados clínicos do usuário para o devido monitoramento dos desfechos em saúde. Garantir o acesso de forma ampliada e com foco na pessoa é um dos objetivos da implementação do cuidado farmacêutico, pois garante, além do acesso à tecnologia em saúde, o acesso ao cuidado relacionado ao uso adequado dos medicamentos.

²⁴ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Instrumento de Referência dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica. Brasília: Conasems, 2021. Disponível em <https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-1.amazonaws.com/institucional/publicacoes/instrumento-de-referencia-serv-farmaceuticos-1675937828.pdf>. Acesso em: 03 out. 2023.

O cenário atual do Ceaf se apresenta caracterizado por diferentes modelos de dispensação nos estados, distrito e municípios, sendo necessário conhecer as diferentes realidades do território, verificar as necessidades de cada local e apoiar a implementação baseada nessas diferentes características. O apoio à implementação do cuidado farmacêutico passa pela estruturação do registro dos atendimentos, construção de materiais educativos impressos e digitais, programa de aperfeiçoamento dos profissionais farmacêuticos e atendentes, bem como construção de protocolos que qualifiquem o processo de dispensação dos medicamentos do componente especializado.

Em 2023, foi realizada a revisão das métricas e parâmetros de monitoramento da meta apresentada no PNS (2020-2023) tendo em vista que eram atribuídas responsabilidades às secretarias estaduais de saúde para a implantação dos serviços de cuidado farmacêutico sem ter ocorrido a pactuação tripartite da forma de monitorar a efetivação destes serviços. Assim, foi aprovada a nova proposta buscando a implantação do cuidado farmacêutico nas farmácias do componente especializado das secretarias estaduais de saúde e do Distrito Federal conforme consta na Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 711, de 11 de maio de 2023.

Nessa nova perspectiva, o desenvolvimento e o funcionamento desses serviços devem ser monitorados a partir das informações de atendimento ambulatorial, prioritariamente, nos estabelecimentos de saúde (UBS, Nasf, etc), farmácias da atenção primária e do componente especializado utilizando os dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) tendo como padrão de referência desta informação as consultas e outros procedimentos de cuidado realizadas pelo farmacêutico diretamente ao usuário do SUS.

Posteriormente, é feita a avaliação dos serviços em articulação com os entes. Nessa avaliação são observadas as atividades realizadas nas consultas/atendimentos e acompanhamento farmacêutico para rastreamento em saúde; reconciliação medicamentosa; revisão da farmacoterapia; monitorização terapêutica de medicamentos e do acompanhamento farmacoterapêutico; podendo alcançar outros serviços de cuidado farmacêutico. Essa produção de atividades é mensalmente alimentada pelos estabelecimentos de saúde no SIA/SUS e serão monitorados um rol de procedimentos que caracterizam os serviços farmacêuticos produzidos e que contemplam os subgrupos da tabela de procedimentos do SUS do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (Sigtap).

Para isso, o MS, iniciou a customização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (e-SUS APS (PEC)) para aprimorar as informações de cuidado farmacêutico nestas “consultas” e ampliar o rol de procedimentos produzidos durante o atendimento aos usuários nas unidades de saúde e também para contemplar o cuidado realizado em domicílio ou por telessaúde.

2.9.6 Programa Nacional de Qualificação da Assistência no SUS (Qualifar-SUS)

O Programa Qualifar-SUS, instituído em 2012, é organizado em quatro eixos - estrutura, educação, informação e cuidado – e tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da assistência farmacêutica nas ações e serviços de saúde, visando uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada.

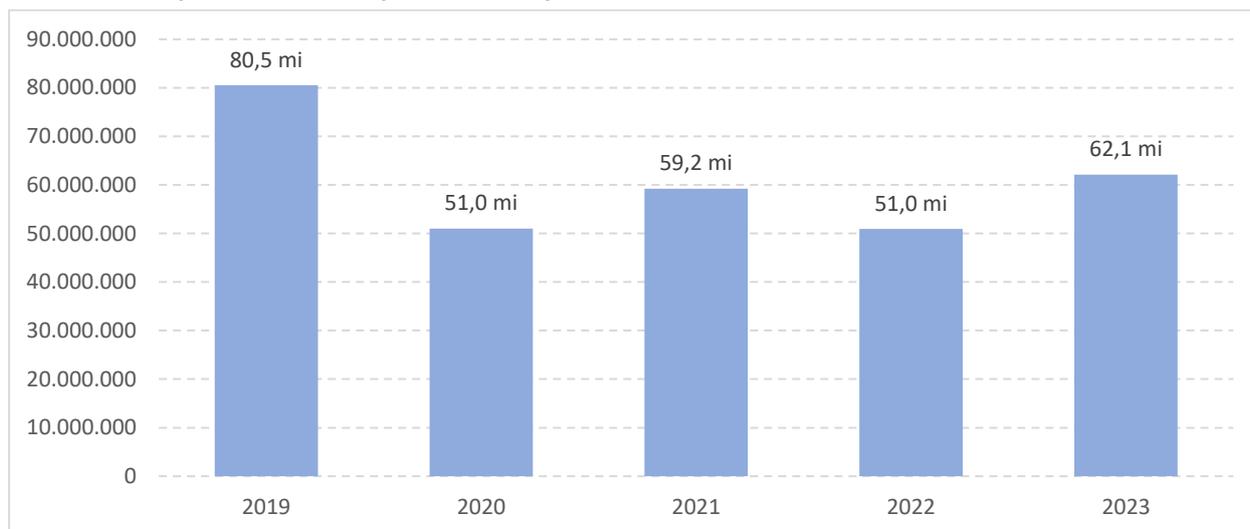
O eixo estrutura do Qualifar-SUS destina, aos municípios habilitados, recursos financeiros de investimento e de custeio para estruturação dos serviços e ações da assistência farmacêutica na atenção primária à saúde, de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na assistência farmacêutica, considerando a área física, os equipamentos, os mobiliários e os recursos humanos.

Atualmente, o eixo estrutura do Programa Qualifar-SUS conta com 3.508 municípios habilitados e, desde 2019, não foram habilitados novos municípios. Há necessidade de inclusão da totalidade dos municípios ao Programa, bem como aprimorar a estratégia de qualificação da assistência farmacêutica nos três níveis de atenção à saúde, aperfeiçoando os eixos de educação, informação e, em especial, o de cuidado.

O Programa prevê repasse de recursos de custeio e investimento no ano de habilitação para os municípios habilitados e, conforme monitoramento trimestral, há repasse de custeio para o registro da posição de estoque, entradas, saídas e dispensações.

Foram repassados R\$ 303,9 milhões no período de 2019 a setembro de 2023.

Gráfico 131. Repasse de recursos para os Municípios Habilitados no Qualifar-SUS, 2019-2023



Fonte: SECTICS/MS. * Dados parciais de 26/09/2023.

O Programa Qualifar-SUS é importante para o aporte de recursos para o município e para a efetivação da Política de Assistência Farmacêutica Municipal. Sendo assim, cabe destacar os principais desafios e necessidades de aprimoramento: promover eficiência na alocação dos gastos e instrumentos de monitoramento adequado para acompanhamento de resultados; qualificar os serviços técnico-gerenciais (estrutura, informação, educação); fomentar os serviços clínicos farmacêuticos, atividades técnico-pedagógicas e de educação em saúde; aprimorar a gestão com intensificação de recursos de tecnologia de informação, bem como o estímulo de envio de dados mínimos relacionados as ações e serviços da assistência farmacêutica pelos entes.

2.9.7 Plantas Medicinais e Fitoterápicos

A Política e o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) têm o objetivo de garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional. São desenvolvidas ações de apoio a projetos de secretarias de saúde, capacitação de profissionais de saúde, elaboração de monografias de plantas medicinais de interesse do SUS e articulação com instituições públicas e privadas atuantes na cadeia produtiva do setor.

Entre 2019-2022, foram apoiados 43 projetos para estruturação da assistência farmacêutica em plantas medicinais e fitoterápicos. Em 2023, serão apoiados seis novos projetos, tendo no edital de Chamada Pública n.º 4/2023 o valor global de R\$ 5.500.000,00. Ao todo o Programa apoiará 49 projetos até este ano.

Considerando a complexidade na estruturação de projetos de Farmácia Viva, há previsão de implantação de Centros de referência em Plantas Medicinais e Fitoterápicos (CRPMF), com o objetivo de servir de apoio à estruturação dos projetos financiados pelo MS, no âmbito da sua região. Dentre as competências dos centros de referência, vale destacar a capacitação de profissionais, cultivo e fornecimento de mudas certificadas, cenário de pesquisas científicas, entre outras responsabilidades.

Deve-se ressaltar que, se por um lado existem muitas dificuldades na execução do projeto pelas secretarias contempladas, o monitoramento/acompanhamento dos mesmos pela equipe técnica do MS também apresenta grandes desafios. A regularização das execuções dos contratos firmados entre MS e secretarias de saúde municipais e estaduais tem por objetivo dar concretude aos objetivos firmados para a implementação mais efetiva da assistência farmacêutica em plantas medicinais e fitoterápicos. Os resultados obtidos a partir de dados históricos de monitoramento e de execução dos projetos contemplados até o presente momento refletem a necessidade de ajustes nas formas de monitoramento adotadas até então. Novas formas de monitoramento que permitam o envio de informações periódicas, além da participação em reuniões semestrais para discussão dos resultados obtidos são ações imprescindíveis.

Atualmente, 12 fitoterápicos fazem parte da Rename, a saber: Aloe vera (L.) Burm. f. (Babosa); Cynara scolymus L. (Alcachofra); Glycine max (L.) Merr. (Isoflavona da soja); Harpagophytum procumbens DC. Ex Meissn. (Garra-do-diabo); Maytenus ilicifolia Mart. ex Reissek (Espinheira Santa); Mentha x piperita L. (Hortelã); Mikania glomerata Spreng. (Guaco); Plantago ovata Forssk. (Plantago); Rhamnus purshiana DC. (Cáscara sagrada); Salix alba L. (Salgueiro); Schinus terebenthifolius Raddi (Aroeira); e Uncaria tomentosa Willd. ex Roem. & Schult. (Unha-de-gato). Vale ressaltar que desse elenco de 12 medicamentos, apenas quatro espécies são nativas brasileiras.

Segundo dados da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS, de 2020 até agosto de 2023, 1.368 municípios informaram movimentação de entrada e/ou saída de fitoterápicos da Rename, representando 24,56% do total de municípios brasileiros

Contudo, em análise realizada em abril de 2022, observa-se a presença relevante de fitoterápicos não constantes na Rename, tais como ginkgo (Gingko biloba), valeriana (Valeriana officinalis), hera (Hedera helix), maracujá (Passiflora incarnata) na forma de fitoterápico simples ou em associações, cardo-mariano (Sylibum marianum), melilotus (Melilotus officinalis), castanha-da-índia (Aesculus hippocastanum) e açafrão-da-terra (Curcuma longa). Esses dados atestam uma demanda real desses produtos na atenção primária à saúde, já que ocorre a incorporação deles em relações municipais e estaduais de medicamentos essenciais.

Tabela 45. Municípios com Movimentação Anual de Fitoterápicos, 2019-2023

Municípios	2019	2020	2021	2022	2023
Total	981	1.060	1.261	1.427	1.368*
Percentual	17,6%	19,0%	22,64%	25,62%	24,56%*

Fonte: Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica – Bnafar/DAF/ SECTICS /MS e Siplam.

*Dados até 31 de agosto/2023.

A diferença no número de municípios, quando comparados o ano de 2022 e os meses de 2023, ocorre devido à contabilização anterior de municípios em duplicidade (que enviam dados tanto pelo Hórus quanto pelo Webservice próprio), sem filtros de apenas itens Rename. O problema foi identificado e resolvido.

É notória a importância do envio de informações por parte dos municípios e estados brasileiros à Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS. A consolidação e análise dos dados nacionais de posição de estoque, entradas, saídas, avaliações e dispensações realizadas pelos estabelecimentos de saúde dos Municípios, Estados e Distrito Federal é fundamental para que esses dados se tornem, de fato, informações para subsidiar a tomada de decisão no âmbito municipal da assistência farmacêutica. Porém, até o momento, a subnotificação é uma realidade. Por fim, cabe destacar que apesar do número de municípios que adquirem fitoterápicos e fazem o envio de informações ao MS ter aumentado nos últimos dois anos, o percentual ainda é pequeno.

Diante disso, entende-se que é necessário a adoção de medidas que visem um aumento no número de municípios que adquirem fitoterápicos. Além disso, cabe à gestão nacional um mapeamento das necessidades locais para que o envio de dados ocorra de forma adequada, seja pela necessidade de ajustes nos sistemas de transmissão de dados, ou de sensibilização de profissionais e gestores sobre a importância dessa ação.

Ademais, considerando a biodiversidade brasileira, as pesquisas e o potencial de inovação na área e o foco no uso racional de medicamentos, a expansão das opções terapêuticas a partir da ampliação do elenco de fitoterápicos na Rename é essencial. Além disso, deve-se considerar a incorporação desses produtos nos - PCDT, principalmente para doenças crônicas tratáveis no âmbito da atenção primária à Saúde.

A inserção de novos fitoterápicos na Rename possibilitaria um incremento da cadeia produtiva desses insumos estratégicos para o Brasil, considerando a biodiversidade nacional e os compromissos assumidos no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e outros acordos que envolvem acesso, geração de empregos qualificados e renda justa, e valorização da defesa do meio ambiente. Para além disso, espera-se que a Política e o Programa de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos

sejam fortalecidos, ampliando-se o número de municípios que desenvolvem ações relacionadas à política, com profissionais capacitados e que realizam a dispensação de fitoterápicos no âmbito do SUS.

Além da necessidade de ampliação da lista de fitoterápicos no SUS e da incorporação desses nos PCDT, deve-se pensar em ações educacionais que visem ampliar e estimular a qualificação de profissionais prescritores através da promoção de cursos e eventos. Desde 2020, vem sendo oferecido o curso “Fitoterapia - Harmonizando conceitos” em parceria com o Núcleo de Educação à Distância (NEAD) da Escola de Governo Fiocruz Brasília. Foram realizadas seis ofertas, totalizando 5.685 concluintes. Ademais, encontra-se em elaboração um curso de Fitoterapia Clínica direcionado para profissionais prescritores do SUS, com carga horária de 180 horas que será disponibilizado também pelo Nead da Escola de Governo Fiocruz Brasília.

2.9.8 Saúde Digital na Assistência Farmacêutica

As estratégias de saúde digital traçadas a partir de 2009 com a construção do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) e, posteriormente, dos serviços de interoperabilidade para envio de dados via webservices para a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica (Bnafar), bem como outras estratégias de inovação para qualificação da gestão da informação para a assistência farmacêutica no país, foram sendo descontinuadas e/ou precarizadas em termos de tecnologias, impedindo o avanço no setor e consequentemente estagnando a agenda de qualificação nacional de serviços farmacêuticos focando na geração de indicadores gerenciais e assistenciais no SUS, bem como fragilizando o processo de suporte a tomada de decisão dos gestores e profissionais de saúde.

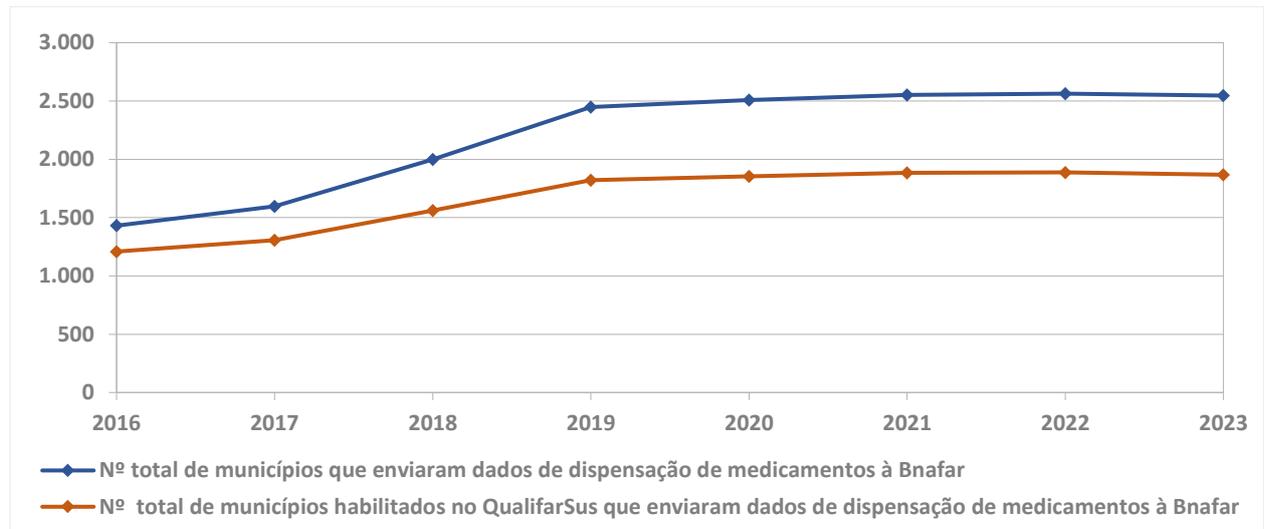
Na busca de retomar as estratégias de fortalecimento da saúde digital na assistência farmacêutica, diversas ações têm sido desenvolvidas em 2023 para fortalecimento da gestão da informação e comunicação, dentre estas, as relacionadas à manutenção do sistema Hórus, até sua substituição gradativa para soluções descentralizadas nos estados e municípios na estratégia do e-SUS Assistência Farmacêutica (e-SUSAF) que nascerá integrado a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) a partir da interoperação realizada por meio da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica (Bnafar), que hoje integra as informações sobre posição de estoque, entrada, saída e dispensação de medicamentos constantes na Rename, realizadas pelos estabelecimentos de saúde dos municípios, estados e Distrito Federal.

Ações estratégicas em parceria com a Secretaria de Atenção Primária à Saúde para o desenvolvimento de alternativa para o atendimento nos serviços de cuidado farmacêutico no SUS no prontuário eletrônico do cidadão estão em andamento e impactarão no registro clínico dos atendimentos nas farmácias da atenção primária e do componente especializado que também serão contempladas no rol de dados de ações e serviços de saúde da BNAFAR.

Estão sendo redesenhadas, no âmbito dos grupos de trabalho da CIT, novas estratégias de priorização de desenvolvimento compartilhado de soluções tecnológicas para a AF com Conass e Conasems que facilitarão a sustentabilidade das soluções e possibilitarão a integração e a regularidade do envio de dados pelos municípios, estados e DF para o webservice da Bnafar.

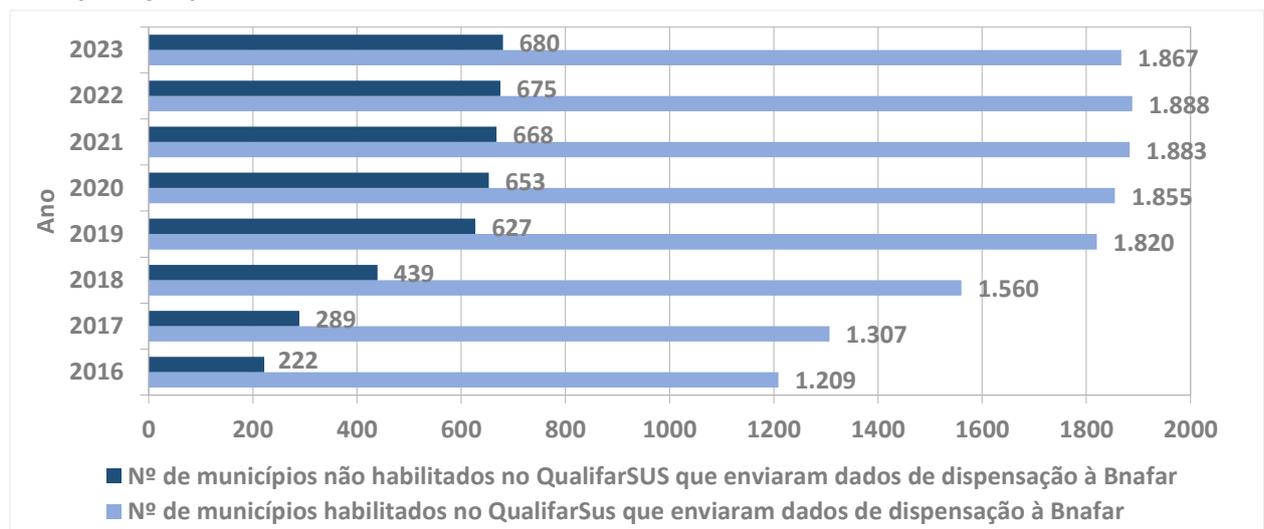
Os gráficos a seguir retratam a série histórica de utilização do Sistema Hórus e webservice pelos entes federados.

Gráfico 132. Número de Municípios Brasileiros Habilitados no Programa QualifarSUS e Não Habilitados que Enviaram Dados de Dispensação por Ano, 2016-2023



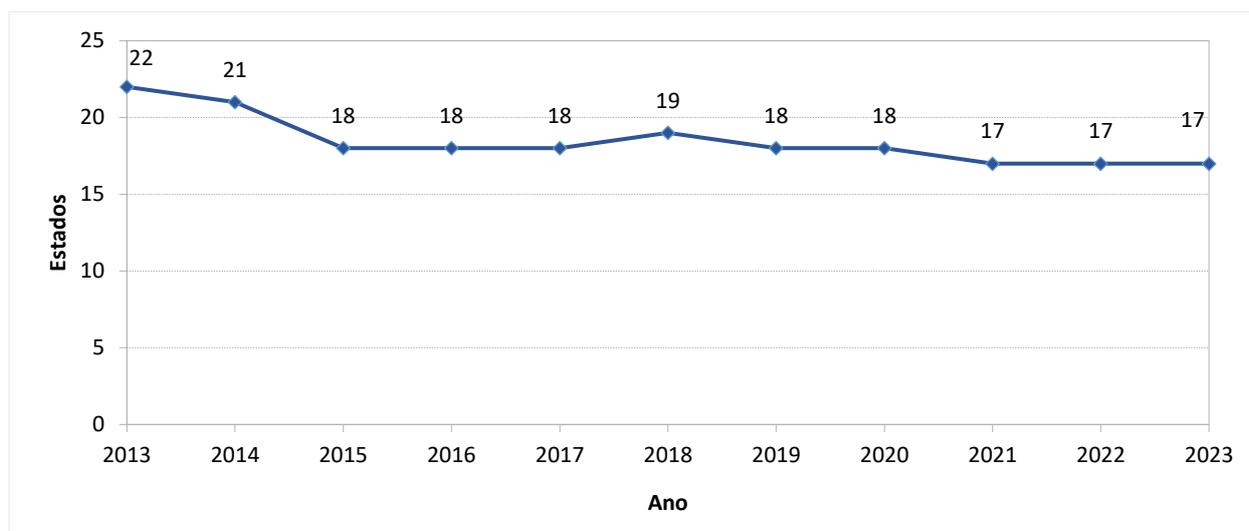
Fonte: SECTICS/MS.

Gráfico 133. Número de Municípios Brasileiros Habilitados e Não Habilitados no QualifarSUS que Enviaram Dados de Dispensação por Ano, 2016-2023



Fonte: SECTICS/MS.

Gráfico 134. Estados que Utilizam o Sistema Hórus e Enviam Dados do Componente Especializado (CEAF) da AF, 2013-2023



Fonte: SECTICS/MS.

O fluxo de dados para atender as demandas da federação é exponencial e abrange todas as etapas do ciclo da assistência farmacêutica. São dados que norteiam as ações tanto operacionais, quanto de gestão e, quanto mais qualificados forem, evitam perdas, desvios, fraudes e desperdício dos medicamentos e, conseqüentemente, desabastecimento.

Faz-se necessário um sistema que contemple de forma mais adequada e integrada todas as etapas desse ciclo. A estruturação dos dados é mais um dos grandes desafios para o MS. Além disso, é necessário realizar o monitoramento dos processos por meio da análise dos indicadores de desempenho, de uma maneira que permita cruzar dados essenciais, planejar ações, dar suporte a decisões precisas de uma forma mais rápida e integral, apoiar os estados e o acesso aos medicamentos à toda população brasileira.

2.9.9 Judicialização e os Impactos na Assistência Farmacêutica

A judicialização de medicamentos no âmbito do MS se tornou um entrave estruturante para o SUS. Elas são decorrentes de medicamentos não incorporados ao Sistema, muitos deles similares aos da Rename; de medicamentos incorporados, mas que não alcançam o paciente em tempo hábil e que prejudicam a programação de compras administrativas; e de prescrição de medicamentos incompatíveis com os praticados pelo SUS. Além disso, a gestão orçamentária e financeira é destoada da gestão jurídica em âmbito nacional, comprometendo os recursos da programação do componente especializado da assistência farmacêutica (Ceaf).

Em 2023, foram executados até o momento R\$ 1,32 bilhão em depósitos judiciais e/ou compra de medicamentos para atender às sentenças judiciais, o que corresponde a 13,2% do montante de R\$ 9,97 bilhões destinados à compra de medicamentos do componente especializado.

A judicialização, além de despesas diretas para aquisições de forma tempestiva, também impacta nos estoques já adquiridos a partir das programações dos grupos 1A, consumindo no âmbito do MS, até esta data, R\$ 129,2 milhões de reais.

De 2014 a 2023, foram dispendidos cerca de R\$ 12 bilhões de reais, dos quais R\$ 10,5 bilhões foram pagos, conforme demonstrado na tabela abaixo.

Tabela 46. Execução Financeira de Sentenças Judiciais da Ação 4705 do MS, 2014-2023

Ano	Empenho	Liquidação	Pagamento
2014	722.898.981	701.378.913	701.378.913
2015	1.078.636.542	1.067.707.746	1.067.707.746
2016	1.292.137.998	1.287.352.208	1.287.352.208
2017	992.524.926	977.019.186	977.019.186

Ano	Empenho	Liquidação	Pagamento
2018	1.264.868.060	1.033.646.761	1.033.646.761
2019	1.377.387.796	1.088.433.201	1.088.429.903
2020	883.467.369	696.402.940	696.402.940
2021	1.724.002.729	1.593.311.105	1.592.894.890
2022	1.355.825.814	1.087.963.062	1.087.941.432
2023	1.537.646.488	1.123.755.381	1.123.755.381
Total	12.229.396.703	10.656.970.503	10.656.529.360

Fonte: Tesouro Gerencial, em 06/11/2023.

Ainda que as demandas judiciais sejam amparadas pela legislação brasileira, elas interrompem o fluxo dos procedimentos governamentais e dificultam a capacidade do gestor público em padronizar e implementar plenamente a assistência farmacêutica ao cidadão. Mesmo com a ampliação do acesso à população com ações, programas e incorporações de medicamentos, as demandas judiciais não observam significativamente essas alterações, resultando na continuidade dos fornecimentos judiciais com o decorrente gasto financeiro, acarretando prejuízos às ações programadas e em execução pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) e pela Política Nacional de Medicamentos (PNM) no SUS.

Como forma de reduzir a judicialização, aponta-se como soluções a proximidade com o Poder Judiciário, com os gestores do SUS representados pelo Conass e Conasems, com os Conselhos de Saúde e com as entidades de classe (Conselho Federal de Medicina); a vinculação dos medicamentos judicializados aos similares disponíveis na Rename, provocando os profissionais de saúde a prescrição de medicamentos da referida Relação; tornar célere a distribuição de medicamentos na Rede SUS, o que implica na agilidade dos processos aquisitivos e na distribuição dos medicamentos e insumos, implementando a informatização desses processos; e agilizar a incorporação de medicamentos na Rename.

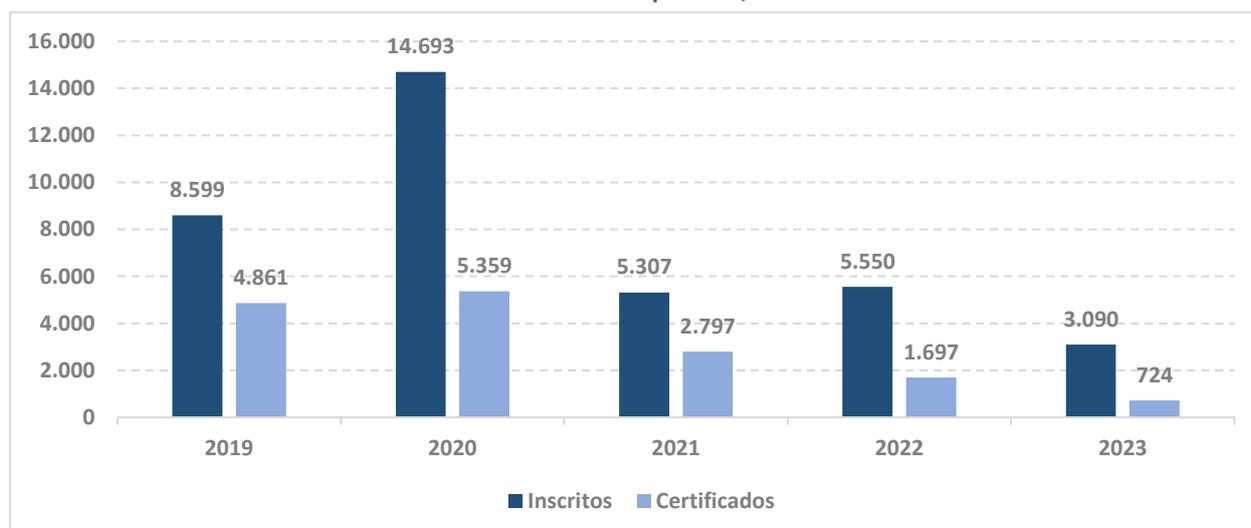
2.9.10 Capacitação, Cooperação, Pesquisa e Inovação na Assistência Farmacêutica

No intuito de qualificar os serviços farmacêuticos e o fortalecimento da assistência farmacêutica no SUS, o MS, por meio de cooperação, desenvolve diversas ações voltadas à promoção da educação permanente para os profissionais e gestores de saúde no SUS.

Apesar das ofertas de capacitações e parcerias institucionais realizadas no último quadriênio, ainda é necessário o aprimoramento das agendas e a definição de prioridades de educação permanente, formação, pesquisa e cooperações (nacionais e internacionais), com foco na melhoria dos serviços farmacêuticos no SUS e a integração ensino-serviço e comunidade que subsidiem projetos articulados as agendas governamentais como do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) e as parcerias em andamento com as agências e organismos internacionais vinculadas a ONU e OMS, como a Opas e parceiros institucionais de outros países.

De janeiro a agosto de 2023, foram emitidos 724 certificados em diversos cursos. Somando-se com o quantitativo de 2019 (4.861), 2020 (5.359), 2021 (2.797) e 2022 (1.697) totalizam 15.438 certificados emitidos. Os cursos ofertados são realizados na modalidade à distância no formato autoinstrucional, sem limite de inscrição e/ou certificação.

Gráfico 135. Total de Profissionais Inscritos e Certificados por Ano, 2019-2023



Fonte: SECTICS/MS

Tabela 47. Quantitativo de Profissionais Inscritos e Certificados por Curso Ofertado da Assistência Farmacêutica, 2019 a 2023

Cursos Ofertados	Inscritos	Certificados
Políticas de Saúde e AF no SUS	10.581	3.913
Atualização em Fitoterapia	19.120	5.665
Políticas Informadas por Evidências em AF	2.556	692
Utilização do Hórus	3.392	3.856
Cuidado Farmacêutico no CEAF - PROADI-SUS	106	43
Projeto Piloto - Rede de Apoio à AF (MG, SP, DF e PE)	61	41
Qualificação em AF	1.423	1.228
Total	37.239	15.438

Fonte: SECTICS/MS.

A necessidade de definição das estratégias de educação permanente para o próximo quadriênio priorizará o desenvolvimento de cursos e treinamentos voltados ao cuidado farmacêutico, ao programa Farmácia Popular do Brasil, doenças negligenciadas, planejamento e gestão, bem como gestão da informação e comunicação na assistência farmacêutica.

No caso dos estudos, as prioridades, para além da pesquisa da Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil, observarão o Programa Farmácia Popular, estudos sobre acesso e uso de medicamentos nos componentes da assistência farmacêutica, que vão desde doenças negligenciadas até as doenças raras relacionadas aos contratos de compartilhamento de risco após incorporação no SUS, além da avaliação permanente das despesas com compras públicas de medicamentos e insumos estratégicos para o sistema de saúde e que também apoiem ao aperfeiçoamento do processo de tomada de decisão da gestão, baseada em evidências para orientar as pactuações.

2.9.10.1 Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil - Pnaum

A Pnaum é uma pesquisa de abrangência nacional que busca conhecer os aspectos relacionados ao acesso, utilização e uso racional de medicamentos no Brasil, com a finalidade de implementar as políticas públicas da assistência farmacêutica, principalmente via pactuações tripartite.

A primeira Pnaum foi realizada em 2012 para que o Brasil suprisse a ausência de informações nacionais para o monitoramento e avaliação da efetividade das políticas públicas de medicamentos e de assistência farmacêutica no país, sendo realizada por meio de termos de cooperação com universidades.

Os dados apresentados na Pnaum demonstram aspectos relacionados à estrutura, à oferta de serviços farmacêuticos nos diferentes níveis de atenção, ao acesso à medicamentos, utilização e uso racional de medicamentos no Brasil no tocante a gestão e ao atendimento nas unidades de saúde do SUS, bem como as patologias e condições clínicas específicas dos usuários.

Portanto, é necessária a normatização e uma periodicidade de realização mais dinâmica e célere das dimensões inquérito, serviços e fone desta pesquisa. Dado que a última foi realizada em 2012, é insuficiente para promover ações e serviços públicos de qualidade nos dias atuais.

2.10 INOVAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE

2.10.1 Complexo Econômico-Industrial da Saúde

A saúde se apresenta como um vetor de desenvolvimento do Brasil capaz de enfrentar os grandes desafios econômicos, sociais e ambientais do século XXI. O alinhamento entre inovação, produção e acesso, tendo como instrumentos articulados os projetos de pesquisas, as parcerias público-privadas e transferências de tecnologia, assim como o financiamento e regulação para produção e inovação voltadas para o desafio do acesso universal à saúde, é central na estratégia do MS para o desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis).

Segundo Gadelha (2022), o Ceis configura a base econômica e material em saúde, contemplando a produção e inovação de bens e serviços de saúde. Este conjunto é composto por setores econômicos da área da saúde, definidos como²⁵:

Subsistema de Base Química e Biotecnológica	Subsistema de Base Mecânica, Eletrônica e de Materiais	Subsistema de Serviços	Subsistema de Informação e Conectividade
<ul style="list-style-type: none"> Atividades e setores econômicos envolvidos no desenvolvimento e produção de medicamentos de síntese química e biológica, insumos farmacêuticos ativos, vacinas, hemoderivados e regentes para diagnóstico. 	<ul style="list-style-type: none"> Atividades e setores envolvidos no desenvolvimento e produção de equipamentos médico-hospitalares, insumos, próteses e órteses, dispositivos de diagnóstico, equipamentos de proteção individual. 	<ul style="list-style-type: none"> Atividades e setores envolvidos na produção de serviços de cuidado à saúde, abrangendo a atenção primária, a produção hospitalar, ambulatorial, os serviços de diagnóstico e tratamento e os serviços de varejo e distribuição de bens em saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Atividades e setores emergentes no contexto da 4ª Revolução Tecnológica, envolvidos no desenvolvimento e produção de serviços para gerar, processar e transformar em conhecimento dados na área da saúde, reforçando a conexão entre os diferentes subsistemas.

O desenvolvimento do Ceis está atrelado à capacidade do Estado de implementar políticas públicas aptas para orientar a produção e a inovação em saúde a partir do desafio do acesso universal e garantir a oferta de insumos estratégicos à população brasileira. É essencial criar mecanismos para aprofundar a articulação entre a política social, industrial e de inovação, fortalecendo o vínculo do uso do poder de compra do Estado aos produtos estratégicos para o SUS.

Compreendendo a importância dessa temática e considerado a reconstrução da agenda e da estrutura institucional do MS, foi publicado o Decreto n.º 11.358, de 1º de janeiro de 2023, fortalecendo o Complexo Econômico-Industrial, retomando ações que haviam sido descontinuadas e estabelecendo novas agendas voltadas para o setor de serviços, informação e conectividade.

Assim, ressalta-se o retorno do funcionamento do Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde a partir de 1º de setembro de 2022, com a publicação do Decreto n.º 11.185, que tem a atribuição pela promoção da articulação institucional das entidades públicas e privadas, a promoção de um ambiente de segurança jurídica e institucional.

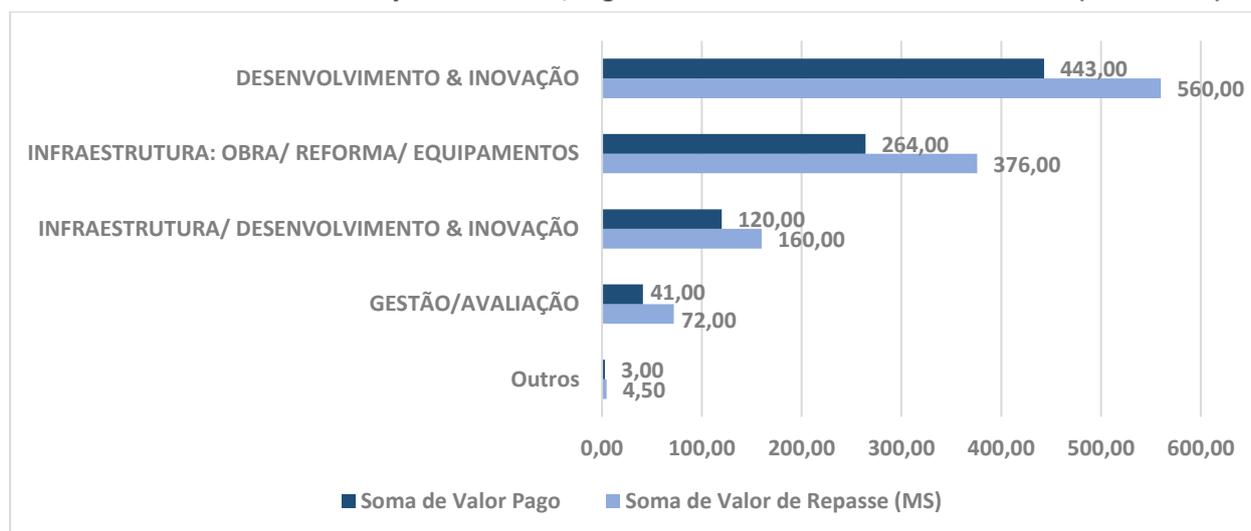
²⁵ Gadelha CAG. Complexo Econômico-Industrial da Saúde: a base econômica e material do Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública 2022.

Ações de Fomento - Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (Procis)

As ações de fomento são realizadas por meio do Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (Procis), que tem como objetivo geral apoiar e fomentar o desenvolvimento tecnológico, a transferência de tecnologia e a inovação e produção nacionais, visando ampliar o acesso a tecnologias no âmbito do SUS e promover a eficiência produtiva do Complexo Econômico-Industrial.

O Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde é executado mediante parcerias com instituições públicas e privadas sem fins lucrativos, por meio do repasse de recursos federais para o desenvolvimento de projetos vinculados ao objetivo, às diretrizes e às estratégias do Programa.

Gráfico 136. Financiamento de Projetos Via Procis, Segundo Bloco de Investimento – 2012-2022 (em milhões)



Fonte: SECTICS/MS.

Nota: O termo Valor Pago corresponde ao valor desembolsado para a instituição. O termo Valor de Repasse corresponde ao valor firmado do projeto.

Assuntos prioritários para o quadriênio 2024-2027

Em consonância com a reconstrução da agenda do Complexo Econômico-Industrial da Saúde em 2023, incluindo o fortalecimento das ações já apresentadas neste documento, apresentam-se os assuntos prioritários para o quadriênio 2024-2027.

Reconstrução do Grupo Executivo do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (GECEIS)

- A reconstrução da agenda do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) está sendo trabalhada em uma perspectiva de valorização da dimensão estratégica das políticas de governo voltadas para a saúde no desenvolvimento econômico e social do país. O normativo que trata do GECEIS está disposto no Decreto n.º 11.464, de 03 de abril de 2023. Neste sentido, o GECEIS é configurado como ambiente para alinhar medidas e ações que visem a garantir o acesso da população brasileira à saúde efetiva e de qualidade como também desenvolver tecnologias e inovações estratégicas para os interesses e prioridades do SUS. O Grupo Executivo reúne, dentre outros, órgãos de governo da área social, econômica, de ciência e tecnologia, bem como de fomento e de regulação. Ainda, possibilita articulação com o setor produtivo público e privado, academia e sociedade civil. As atividades do GECEIS contarão com o apoio do Fórum de Articulação com a Sociedade Civil.

Estratégia Nacional para o Desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (instituída pelo Decreto n.º 11.715, de 26 de setembro de 2023)

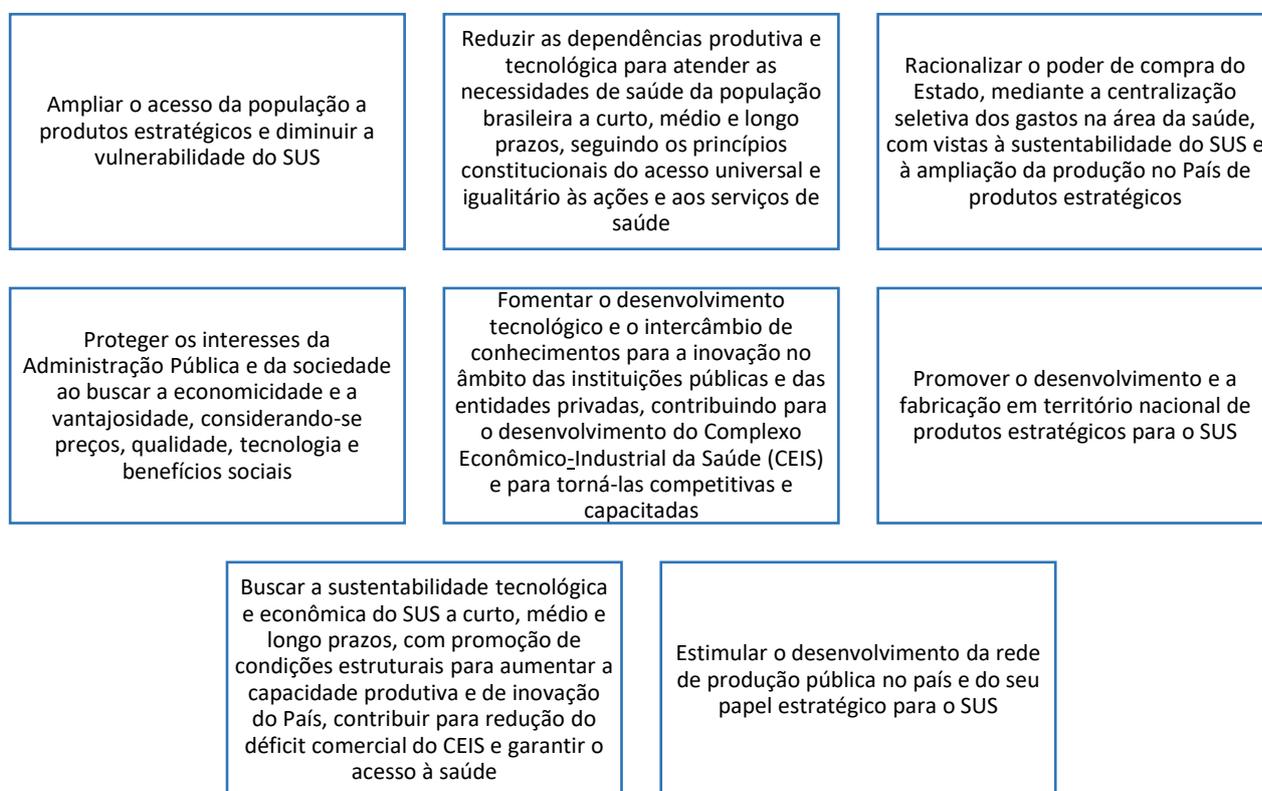
- A implementação da estratégia tem o objetivo de orientar os investimentos, públicos e privados, nos segmentos produtivos da saúde e em inovação, na busca de soluções produtivas e tecnológicas para enfrentar os desafios em saúde, com vistas à redução da vulnerabilidade do SUS e à ampliação do acesso à saúde.
- De forma a apresentar o detalhamento da Estratégia, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 1.354, de 27 de setembro de 2023, com destaque para os seguintes programas:
- I - Programa de Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP);
- II - Programa de Desenvolvimento e Inovação Local (PDIL);
- III - Programa para Preparação em Vacinas, Soros e Hemoderivados (PPVACSH);
- IV - Programa de Produção e Desenvolvimento Tecnológico para Populações e Doenças Negligenciadas (PPDN);
- V - Programa de Modernização e Inovação na Assistência (PMIA);
- VI - Programa para Ampliação e Modernização de Infraestrutura do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (PDCEIS).

É importante ressaltar que todos os programas propostos na nova Estratégia Nacional para o Desenvolvimento do Ceis contemplam ações voltadas para populações configuradas como prioritárias ou vulneráveis, visando atender a redução das desigualdades sociais. Alguns programas estão sendo estruturados de forma mais generalista, de acordo com as frentes de atuação do SUS (a exemplo do Programa para Preparação em Vacinas, Soros e Hemoderivados - PPVACSH), contudo também foi estruturado um programa destinado exclusivamente a populações e doenças negligenciadas - Programa de Produção e Desenvolvimento Tecnológico para Populações e Doenças Negligenciadas (PPDN).

2.10.2 Parcerias para Desenvolvimento Produtivo (PDP)

As Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) envolvem a cooperação mediante acordo entre instituições públicas e entidades privadas para desenvolvimento, transferência e absorção de tecnologia, produção, capacitação produtiva e tecnológica do país em produtos estratégicos para atendimento às demandas do SUS.

Figura 12. Objetivos das PDP



Fonte: SECTICS/MS.

Desde 2009, foram firmadas 138 parcerias para o desenvolvimento produtivo, sendo: 71 vigentes e 67 extintas. Neste conjunto de parcerias, os produtos podem ser classificados por plataformas tecnológicas conforme demonstra a figura a seguir.

Figura 13. Número de Produtos Objetos de PDP Vigentes - por Plataformas Tecnológicas



Fonte: SECTICS/MS.

Principais resultados obtidos por meio de Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo:

Produção Nacional de Produtos Acabados	Produção Nacional de Ingredientes Farmacêuticos Ativos	Produção Nacional de medicamentos por Laboratórios Públicos
<ul style="list-style-type: none"> • 29 medicamentos; e • 2 produtos para a saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • 22 IFA diferentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Farmanguinhos: sevelamer, tacrolimo, pramipexol, atazanavir, cabergolina, tenofovir+lamivudina; • Funed/farmanguinhos: entecavir; • Lafepe: clozapina, quetiapina e olanzapina; • LFM: leflunomida e riluzol.

Quanto à produção de medicamentos por meio da Fiocruz, o Instituto de Tecnologia em Fármacos, mais conhecido por Farmanguinhos, registrou em 2022 seu maior fornecimento de medicamentos nos últimos cinco anos, com mais de 520 milhões de unidades farmacêuticas, sendo a maior parte composta por antirretrovirais, seguidos pelos imunossupressores, antiparkinsonianos e demais categorias. Atualmente, o portfólio do Instituto dispõe de 92 apresentações de 32 medicamentos com registro na Anvisa.

Além disso, no ano de 2022, Farmanguinhos concluiu a absorção tecnológica do tuberculostático 4 em 1 (Rifampicina 150 mg + Isoniazida 75 mg + Etambutol 275 mg+ Pirazinamida 400 mg), fruto de parceria com a farmacêutica indiana Lupin e terá uma nova linha produtiva exclusivamente para tuberculostáticos, com área total de 750m² e capacidade para produzir até 420 milhões de unidades farmacêuticas por ano.

A instituição também avançou nas etapas de transferência e absorção de tecnologia com as PDP vigentes como o antineoplásico Imatinibe, o antirretroviral Duplivilir e o imunossupressor Tacrolimo que estão na fase IV de internalização de tecnologia, entre outras parcerias em andamento.

Em relação a vacinas e biofármacos a Fiocruz conta com 16 projetos na carteira de transferência de tecnologia, sendo quatro de vacinas virais: Tetravalente Viral, Rotavírus, Poliomielite Inativada (IPV) e a covid-19; duas de vacinas bacterianas: Pneumococos 10 e 12 valentes e mais recentemente a Meningocócica ACWY. Além de dez biofármacos: Alfaepoetina, Infliximabe, Betainterferona, Alfataliglicerase, Etanercepte, Rituximabe, Trastuzumabe, Somatropina, Golimumabe e Adalimumabe.

Quanto à produção da vacina contra a covid-19, a Fiocruz incorporou rapidamente a tecnologia necessária para a produção nacional por meio da parceria com a AstraZeneca. O cronograma do projeto incluiu três etapas principais: a transferência de conhecimento para o processamento final do Ingrediente Farmacêutico Ativo (IFA), a transferência de tecnologia para a produção nacional e o aumento da capacidade de produção do IFA. Nesse sentido, para aumentar a capacidade de produção do IFA, é necessária a implementação de equipamentos e sistemas, incluindo sistemas de drenagem descartável, prover materiais de consumo, sistemas de produção e sistemas de controle de temperatura e ventilação. Diante desse contexto, estão em andamento algumas etapas, como por exemplo, a finalização da infraestrutura, qualificação de equipamentos, validação do processo em escala ampliada, submissão de registros regulatórios e liberação para a distribuição dos lotes.

Além disso, também é necessário buscar o avanço do desenvolvimento tecnológico por meio da implantação da tecnologia de RNA mensageiro genuinamente brasileira, até a escala industrial, considerando o controle de qualidade e os estudos clínicos, conforme a construção da vacina para covid-19 solicitada pela OMS. Espera-se como resultado final desse projeto, uma vacina de RNAm desenvolvida nacionalmente para covid-19, e, principalmente, ter implantada em Bio-Manguinhos/Fiocruz a plataforma de RNA para desenvolvimento e produção de vacinas, tornando-se apta a atender as demandas de emergência em saúde.

É importante destacar que, apesar dos avanços, ainda são identificadas lacunas no fornecimento de medicamentos pelo SUS, sendo uma delas na área de oncologia. O tratamento atual é realizado por diferentes formas farmacêuticas, em especial, pelos sólidos orais e injetáveis. Nestes dois seguimentos, existe uma enorme necessidade de fabricação de medicamentos, tanto de medicamentos antigos, que ainda são de grande necessidade para tratar diversos tipos de câncer, quanto para ter uma opção pública que possa diminuir os preços praticados para os medicamentos mais modernos. Outro ponto crucial para o SUS é a entrada de novas tecnologias e conseqüentemente novos tratamentos como os injetáveis de longa duração para tratamento de pacientes com HIV.

2.10.3 Desenvolvimento do Parque Fabril

Complexo Industrial de Biotecnologia em Saúde (CIBS)

O Complexo Industrial de Biotecnologia em Saúde é um projeto de expansão do campus de Bio-Manguinhos/Fiocruz, em Santa Cruz (Rio de Janeiro). O objetivo principal deste complexo industrial é aumentar a capacidade de produção de vacinas e outros produtos farmacêuticos da instituição. O projeto prevê a construção de novos prédios e a modernização das instalações existentes. O novo campus terá uma área de 580 mil metros quadrados e contará com uma capacidade de produção de 100 a 120 milhões de frascos de vacinas e biofármacos por ano. Para os próximos anos, será necessário realizar a pré-operação da fábrica, que consiste em uma série de preparações e verificações antes do início da ampliação do fornecimento de vacinas para o SUS.



O início da construção do empreendimento está previsto para dezembro de 2023. Atualmente, o percentual de execução do projeto é de 17,92%, sendo a previsão de conclusão do empreendimento com a “qualificação, validação e regulamentação da construção” para janeiro de 2029. Dentre os diversos benefícios para a sociedade a partir da a construção do Complexo, pode-se citar a ampliação do portfólio e maior quantitativo dos produtos da linha atual de produção; ampliação do acesso da população a medicamentos essenciais; fortalecimento e ampliação do Programa Nacional de Imunizações; possibilidade de redução gradual no preço dos produtos; geração de empregos qualificados; desenvolvimento econômico e social (geração de aproximadamente 5.000 empregos indiretos); repercussão positiva – Centro de Referência de Produção de Imunobiológicos Nacional e Internacional.

Fábrica de Oncológicos

O projeto visa à adequação da fábrica para produção de oncológicos, em Farmanguinhos, com o objetivo de atender a transferência de tecnologia de medicamentos como, por exemplo, o mesilato de imatinibe, que já está no portfólio do Instituto como medicamento regular para possível fornecimento ao MS. Além disso, pretende-se utilizar a mesma fábrica para a ampliação da produção e do portfólio de medicamentos oncológicos que são fornecidos pelo SUS, tanto de medicamentos estratégicos, mas que estão em falta no mercado nacional, quanto de medicamentos oncológicos mais modernos. A obra não foi iniciada e a data prevista para conclusão é 31 de dezembro de 2027.

Fábrica de Hemoderivados

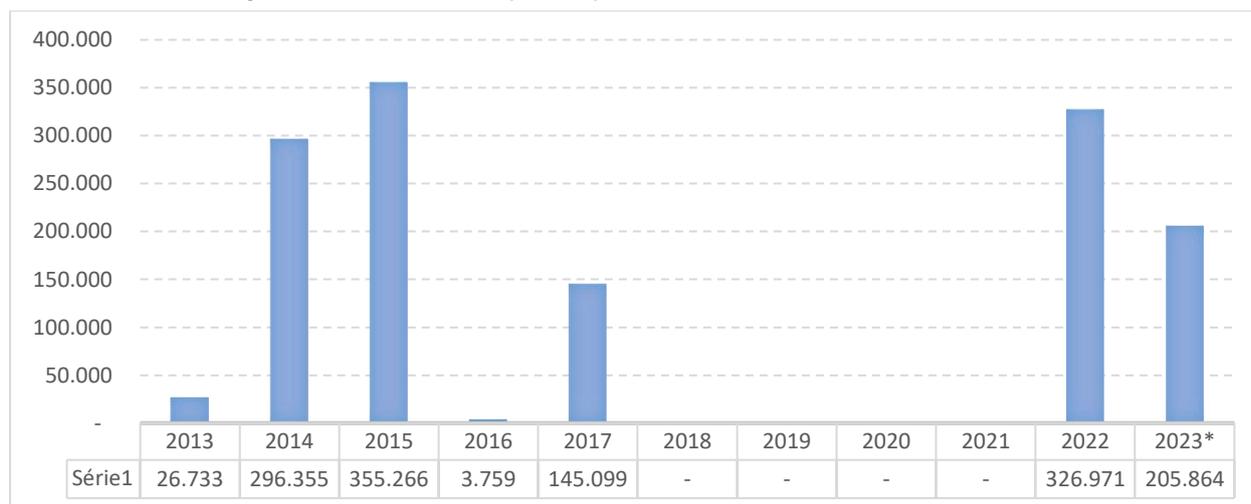
A construção da fábrica tem o objetivo de garantir a produção nacional de hemoderivados ou medicamentos obtidos por meio de engenharia genética para o SUS. É considerada a maior fábrica de medicamentos hemoderivados da América Latina, com capacidade para processar até 500 mil litros de plasma ao ano. Está localizada no município de Goiana, no estado de Pernambuco. Encontra-se com o percentual global de avanço das obras acima de 80% de execução.



Foto: Fábrica de Hemoderivados e Fator VIII recombinante.

Os medicamentos hemoderivados vêm sendo distribuídos ao SUS, por meio do fracionamento do plasma brasileiro, obtido da rede de hemocentros qualificados pela Hemobrás. O gráfico a seguir apresenta a evolução dos dados de distribuição de medicamentos desde o início desta operação.

Gráfico 137. Distribuição de Hemoderivados (frascos)



Fonte: Hemobrás.

*No período de 2018 a 2021, a Hemobrás não estava realizando a distribuição de hemoderivados devido à determinação da Portaria GM/MS n.º 922, de 04 de abril de 2017. A partir da Portaria GM/MS n.º 1.710, de 08/07/2020, que revogou a anterior, foi possível retomar as atividades e a distribuição de medicamentos em 2022.

**Acumulado até setembro/2023.

Na tabela a seguir é possível visualizar a projeção de cobertura da demanda do SUS por medicamento que será atendida a partir da conclusão da fábrica.

Tabela 48. Cobertura da Demanda do SUS por Medicamento

Medicamento	Produção	% de Atendimento ao SUS
Albumina	10 toneladas	100
Imunoglobulina	2 toneladas	100
Fator VIII plasmático	60 Mi de UI	10
Fator IX plasmático	90 Mi de UI	60
Fator de Von Willebrand	70 Mi de UI	100
Fator VIII recombinante	1,2 bilhão de UI	100

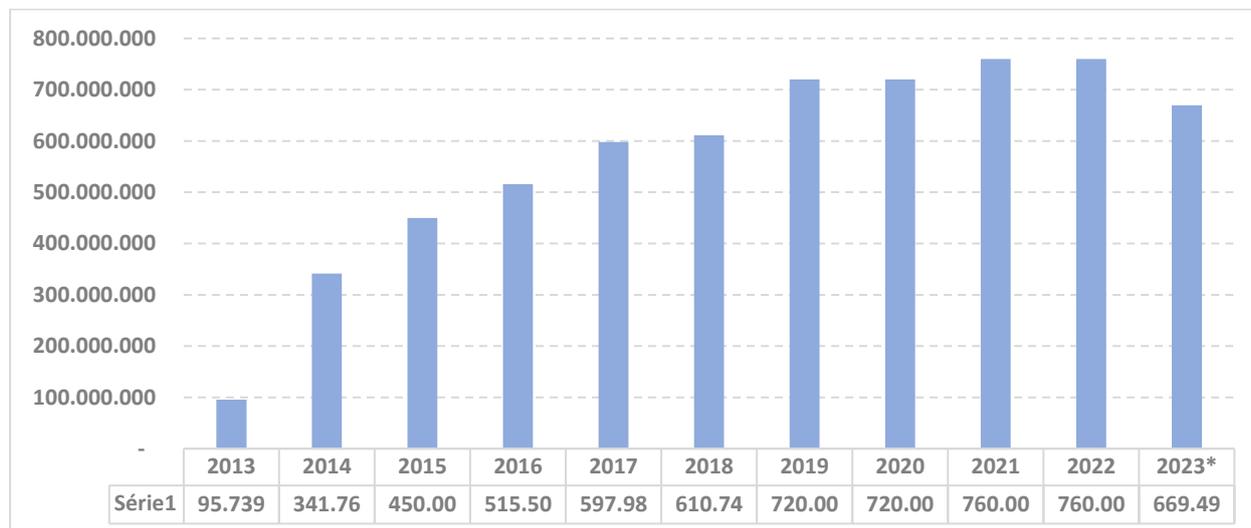
Fonte: Hemobrás

Fábrica de Fator VIII

A Fábrica de Fator VIII corresponde a um dos blocos do Parque Fabril da Hemobrás e está em fase de finalização com 96,18% concluído. Tem o objetivo de obter a produção nacional do Fator VIII de coagulação recombinante e posterior distribuição ao SUS, sendo de suma importância para o tratamento dos pacientes com hemofilia A.

O fator VIII recombinante é distribuído pela Hemobrás desde 2013 e vem atendendo 100% da demanda do SUS desde então.

Gráfico 138. Distribuição de Fator VIII Recombinante (UI)



*Acumulado até setembro/2023.

Fonte: Hemobrás.

2.11 PESQUISA, DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE

2.11.1 Pesquisa e Desenvolvimento Científico em Saúde

Indicadores conjunturais internacionais apontam que o desenvolvimento científico e tecnológico dos países está estreitamente relacionado ao seu desenvolvimento econômico. A área da saúde representa um dos mais importantes componentes da relação entre desenvolvimento científico e tecnológico versus desenvolvimento econômico. Os investimentos em ciência e tecnologia em saúde impactam direta e indiretamente na melhoria da situação de saúde, com a ampliação do acesso aos bens e serviços de saúde e a oferta de melhores tecnologias diagnósticas e terapêuticas, reduzindo as vulnerabilidades e promovendo o desenvolvimento social de forma sustentável.

Com o objetivo de contribuir para que o desenvolvimento nacional se faça de modo sustentável, e com apoio na produção de conhecimentos técnicos e científicos ajustados às necessidades econômicas, sociais, culturais e políticas do país, foi instituída a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS)²⁶, em 2008, que envolve três eixos temáticos articulados: produção e inovação, pesquisa e desenvolvimento e regulação em saúde. O desenvolvimento científico e tecnológico em saúde é uma das competências constitucionais do SUS, considerando o mérito técnico-científico e a relevância social, devendo considerar o compromisso político e ético com a produção e com a apropriação de conhecimentos e tecnologias que contribuam para a redução das desigualdades sociais em saúde.

Nesse contexto, foram estabelecidas estratégias que incluem: a cooperação técnica nacional e internacional em Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CT&IS); a ampliação da difusão do uso compartilhado de conhecimentos científicos e sua aplicação em formato e linguagem adequados aos gestores de saúde; e a articulação intra e interinstitucional para alinhar prioridades e reunir esforços com os diversos atores envolvidos na implementação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.

²⁶ Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde/2008 - Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica_Portugues.pdf

A cooperação técnica permite que as diretrizes acordadas no nível político sejam concretizadas a partir da execução de programas e projetos. A cooperação técnica internacional, por sua vez, complementa as capacidades nacionais e possibilita a ampliação dos investimentos na área no país. Esse tipo de parceria é crucial para a promoção da inovação em saúde, pois permite o intercâmbio de conhecimento e de informações entre pesquisadores brasileiros e de outros países. O fomento à pesquisa científica e tecnológica em saúde resulta na produção de evidências e na geração de soluções tecnológicas a serem utilizadas na formulação, aprimoramento e implementação de políticas e programas de saúde, bem como na oferta de melhores tecnologias para prevenção, diagnóstico e tratamento.

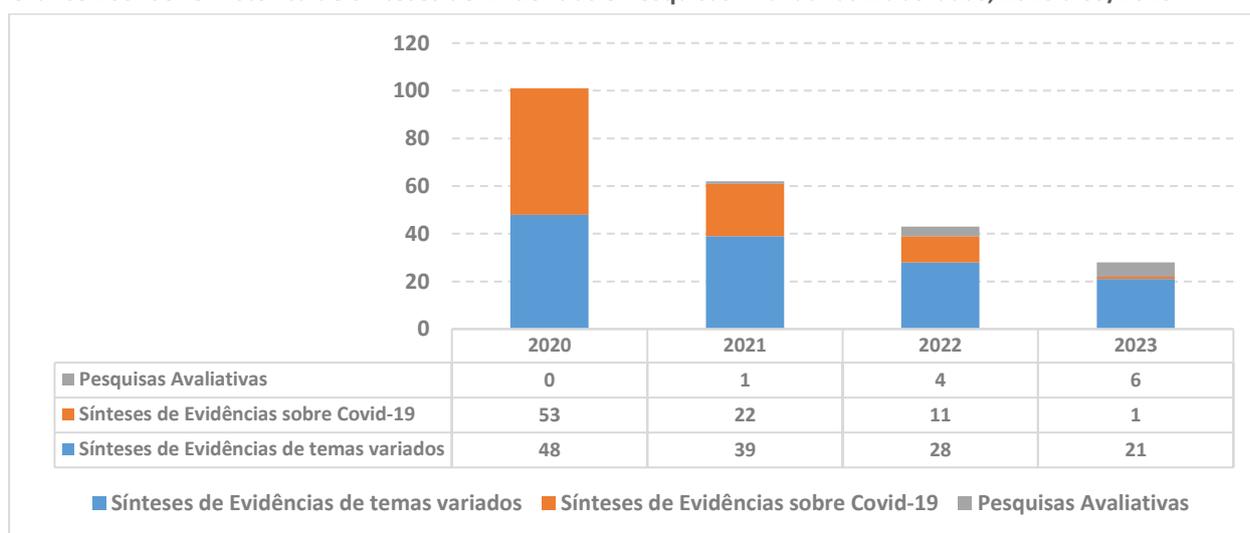
Para alinhar as prioridades atuais de saúde com as atividades de pesquisa científica e tecnológica, o Ministério da Saúde publicou a Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (APPMS)²⁷, que traz 172 linhas de pesquisa - distribuídas em 14 eixos temáticos - e permite direcionar os recursos para temas de pesquisas estratégicas para o SUS.

No âmbito das Políticas Informadas por Evidências (PIE), foram elaboradas um total de 223 sínteses de evidências, de 2020 a 2023, com destaque para temas de relevância para a saúde pública como a covid-19 em que foram elaboradas 87 sínteses de evidências, a Monkeypox e a desnutrição grave, que subsidiou o Centro de Operações de Emergências Yanomami, no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN). Além disso, foram lançadas três chamadas públicas de fomento à pesquisa voltadas para avaliação de políticas públicas e fortalecimento da Rede EVIPNet²⁸ Brasil, com investimento total de R\$ 2.849.400,00.

Ademais, dentre as estratégias para promoção das Políticas Informadas por Evidências e com vistas a promover a cultura avaliativa no MS, destaca-se a realização de dois cursos de pós-graduação, especialização e mestrado profissional em saúde coletiva, com formação voltada para avaliação de impacto de políticas e programas de saúde; a elaboração de uma diretriz de avaliação de impacto de política de saúde; e o fomento e a elaboração de 11 avaliações executivas, sendo cinco elaboradas a partir de parceria com universidade pública, e seis executadas internamente, entre 2020 a 2023 sobre políticas, programas e ações em diversas áreas, a saber, atenção especializada, pesquisa clínica, vigilância em saúde e ciência e tecnologia.

O gráfico a seguir apresenta a série histórica, de 2020 a 2023, das sínteses de evidências elaboradas, com destaque para os estudos sobre covid-19, e o quantitativo de pesquisas avaliativas elaboradas.

Gráfico 139. Série Histórica de Sínteses de Evidências e Pesquisas Avaliativas Elaboradas, 2020 a 09/2023



Fonte: SECTICS/MS.

De 2020 a agosto de 2023, foram lançadas 15 chamadas públicas de fomento à pesquisa em saúde de âmbito nacional, totalizando 259 pesquisas fomentadas, sendo 120 projetos sobre temas relacionados

²⁷ Agenda de prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde – APPMS/ 2018. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf

²⁸ Rede para Políticas Informadas por Evidências

à covid-19; 20 chamadas públicas estaduais, totalizando 490 pesquisas fomentadas em 18 unidades da federação referentes à 6ª e 7ª edições do Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS); e, na modalidade contratação direta e encomenda direta, foram fomentadas 51 pesquisas. No âmbito da Avaliação de Tecnologias em Saúde e Políticas Informadas por Evidências, foi lançada uma chamada pública com financiamento de três pesquisas.

Em 2020, o Ministério da Saúde, publicou o Plano de Ação de Pesquisa Clínica no Brasil (https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acao_pesquisa_clinica_brasil.pdf) cujas diretrizes foram instituídas por meio da Portaria GM/MS n.º 559, de 09 de março de 2018. Esse Plano, que tem o objetivo de aumentar a capacidade do Brasil em desenvolver e atrair pesquisas clínicas, com vistas ao fortalecimento do SUS, foi organizado em seis eixos: 1. Regulação Ética; 2. Regulação Sanitária; 3. Fomento Científico e Tecnológico; 4. Formação em Pesquisa Clínica; 5. Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC); 6. Gestão do Conhecimento.

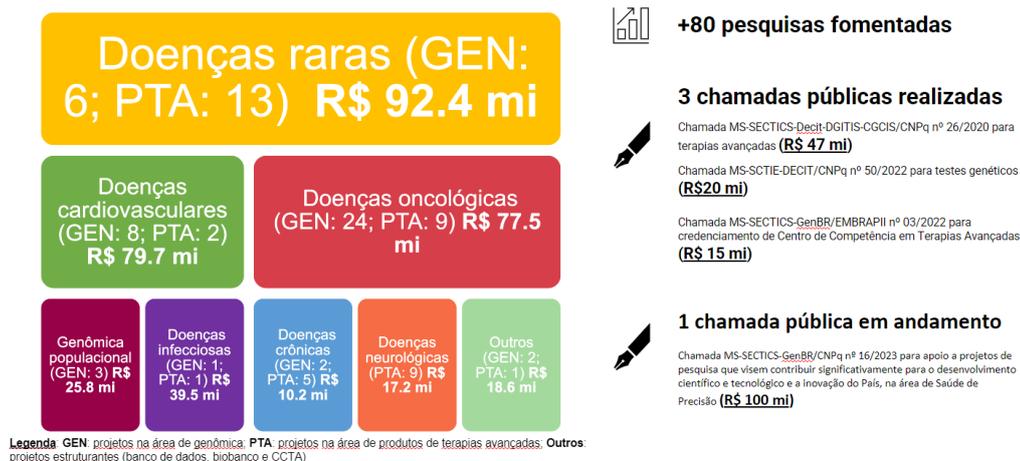
A Rede Brasileira de Pesquisa Clínica (RBPclin) foi instituída por meio do Decreto n.º 11.287, de 13 de dezembro de 2022, atendendo a uma ação prevista no eixo 5 do Plano de Ação, que previa a reestruturação do modelo de gestão e governança da Rede de Pesquisa. Como instância de articulação e de consultoria, a Rede Brasileira de Pesquisa Clínica pretende proporcionar um ambiente colaborativo e favorável à cadeia de pesquisa e de inovação em saúde no País, tornando o Brasil mais atrativo e competitivo no cenário global de pesquisas e contribuindo com o aperfeiçoamento do SUS.

Diante da crescente expansão dos avanços científicos, tecnológicos e de inovação em saúde, o mundo discute cada vez mais a adoção da saúde de precisão para a melhoria da qualidade de vida da população e o uso racional do investimento público em saúde. Por saúde de precisão, entende-se o conjunto de técnicas que utilizam informações clínicas e biológicas do indivíduo ou de subgrupos da população para personalizar o cuidado em saúde.

Nesse sentido, o MS instituiu, por meio da Portaria GM/MS n.º 1.949, de 4 de agosto de 2020, o Programa Nacional de Genômica e Saúde de Precisão - Genomas Brasil. Trata-se de um programa de CT&I, que tem por objetivo estruturar as bases para a implementação da saúde de precisão no SUS. O Programa tem como finalidades: 1. incentivar o desenvolvimento científico e tecnológico nacional nas áreas de genômica e saúde de precisão; 2. promover o desenvolvimento da indústria genômica nacional; e 3. estabelecer prova de conceito para uma linha de cuidado em genômica e saúde de precisão no âmbito do SUS. Está organizado em seis eixos temáticos, a saber: 1. Normas e Processos; 2. Pesquisa e Desenvolvimento; 3. Inovação Tecnológica; 4. Capacitação Científica; 5. Força de Trabalho; e 6. Disseminação de Conhecimento.

Até 2023, foram fomentadas mais de 80 pesquisas em diferentes áreas do conhecimento, tais como: doenças raras, oncológicas, cardiovasculares e infecciosas; genômica (populacional e clínica); desenvolvimento de tecnologia nacional para a obtenção de produtos de terapias avançadas, testes genéticos e biópsias líquidas. Também foi fomentado o sequenciamento completo de genoma humano de aproximadamente 21 mil brasileiros e brasileiras. Os dados gerados pelos estudos poderão auxiliar no desenvolvimento de novas estratégias de prevenção de doenças, de diagnóstico, de terapias e de tratamentos para o SUS.

Figura 14. Pesquisas Fomentadas no Âmbito do Programa Genomas Brasil, 2020 A 2023, Conforme Temática



Fonte: SECTICS/MS.

Chamadas Públicas lançadas em 2023:

Chamada n.º 16/2023	Chamada n.º 18/2023
<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar projetos de pesquisa que visem contribuir significativamente para o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação do País, na área de Saúde de Precisão aplicável ao SUS. • Com investimento de R\$ 100 milhões, as linhas de pesquisa contemplaram o desenvolvimento de tecnologias terapêuticas, como os PTAs (produtos de terapia gênica, celular e engenharia tecidual); ferramentas de bioinformática aplicadas à genômica clínica e populacional humana; e pesquisas clínicas, estudos de custo-efetividade e intervenções terapêuticas, relacionadas a análises genéticas e terapias avançadas, que auxiliem no diagnóstico, tratamento ou prevenção de doenças. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciência de dados: mudanças climáticas e impactos para a saúde. • Desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação do País, na área de análise de dados relacionadas às mudanças climáticas e seus impactos na saúde, de forma a produzir evidências que possam mitigar esses efeitos na saúde de populações vulneráveis, prever desastres e gerar evidências científicas para subsidiar gestores de saúde na tomada de decisão. • Investimento previsto: R\$ 10 milhões.
Chamada n.º 21/2023	Chamada n.º 22/2023
<ul style="list-style-type: none"> • Estudos transdisciplinares em Saúde Coletiva que visa aproximar o conhecimento científico e a gestão pública por meio de estratégias inovadoras e efetivas de comunicação. • Proporcionar conhecimento amplo em áreas prioritárias, estratégicas e de interesse ao SUS, tendo a equidade e sustentabilidade como pilares nas temáticas relacionadas às condições pós-covid; alimentação e nutrição; Determinantes Sociais em Saúde (DDS); Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT); redução da morbimortalidade e violência em populações em condição de vulnerabilidade; gestão e políticas públicas de saúde; informação e saúde digital; tecnologia, incorporação e inovação em saúde; trabalho e educação em saúde; e vigilância em saúde e ambiente. • Investimento previsto: R\$ 80 milhões. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evidências em Saúde que tem como objeto apoiar projetos de pesquisa que visem contribuir significativamente para o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação do País, nas seguintes áreas: Avaliações das Políticas Públicas de Saúde e Sínteses de Evidências para Políticas, de modo a subsidiar e apoiar a tomada de decisão em políticas públicas, por parte dos gestores do Ministério da Saúde. • Investimento previsto: R\$ 1,6 milhão.

Com o objetivo de promover o avanço da saúde e da pesquisa científica no país para o quadriênio 2024-2027, destacam-se as ações de fomento de pesquisas prioritárias estratégicas em saúde, desenvolvidas em modelo colaborativo e/ou multicêntrico com base em uma agenda prioritária nacional

e ainda a ampliação da capacidade de sintetizar e disseminar evidências, promovendo pesquisas avaliativas para apoio à tomada de decisão no SUS. Neste período, é crucial concentrar esforços na promoção da inovação em saúde, no fortalecimento da infraestrutura de pesquisa e desenvolvimento, na formulação de estratégias e promoção de ações de articulação intersetorial para fortalecer a capacidade científica e tecnológica nacional em pesquisas pré-clínicas e clínicas, bem como nas áreas de genômica e saúde de precisão, no enfrentamento de doenças emergentes, como a covid-19 e seus efeitos de longo prazo, no entendimento das consequências do envelhecimento da população e como promovê-lo de forma saudável, na expansão do acesso a tratamentos e vacinas de alta eficácia sobretudo direcionados às doenças de determinação social, na formação de recursos humanos qualificados e na integração entre ciência, tecnologia e sistema de saúde.

Destaca-se que a Chamada Pública n.º 21, lançada em 2023, com a temática de Estudos Transdisciplinares, tem como um de seus eixos a equidade em saúde e dispõe de linha de pesquisa voltada para o desenvolvimento de estudos sobre o impacto de Determinantes Sociais em Saúde (DSS) no processo saúde-doença e no acesso à saúde da população brasileira, com particular atenção aos agravos e à morbimortalidade de populações em condição de vulnerabilidade e de estratégias de promoção da equidade em saúde. Um dos objetivos principais é apoiar estudos de análise e identificação de fatores de ordem econômica, social, ambiental, regional, cultural, racial/étnica, de identidade de gênero e orientação sexual, psicológica e/ou comportamental, que atuam sobre a saúde da população e seus territórios. Dessa forma, a busca por soluções sustentáveis e equitativas para os desafios da saúde pública deve estar no centro das prioridades assegurando que os benefícios da ciência e tecnologia em saúde alcancem todos os brasileiros, contribuindo para o impacto de políticas e programas de saúde.

Para prover soluções em saúde e contribuir com a melhoria dos serviços prestados pelo SUS, o MS, por meio da Fiocruz, desenvolve uma ampla variedade de pesquisas. Devido a suas características únicas, a Instituição é capaz de atuar na compreensão dos fenômenos epidemiológicos, condicionantes da saúde, agentes causadores de doenças e em toda cadeia produtiva, desde a pesquisa básica até a fabricação de produtos na área de saúde, com atuação importante no desenvolvimento tecnológico.

Em 2022, 2.601 projetos de pesquisa e desenvolvimento tecnológico avançaram na Fiocruz. Foram 30 áreas de pesquisa, 194 grupos de pesquisa ativos. Com produção de conhecimentos para o controle de doenças, como por exemplo, covid-19, H1N1, Zika, dengue, Chikungunya, aids, malária, chagas, leishmaniose, tuberculose, hanseníase, sarampo, rubéola, esquistossomose, meningites e hepatites, além de outros temas ligados à saúde coletiva, entre os quais estão a violência, as mudanças climáticas e a história da ciência.

Tabela 49. Total de Pesquisas Realizadas na Fiocruz

2021	2022	2023*
2.934	2.601	2.245

Fonte: Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento – SIOP. *Junho/2023.

Contribuindo para o desenvolvimento, produção e distribuição de insumos estratégicos, a Fiocruz busca por novas formas de fazer diagnósticos de acordo com a necessidade da população, principalmente em áreas de pesquisa negligenciadas pelo setor privado. Esse desenvolvimento não é isolado, sendo a instituição participante das principais redes de pesquisa nacionais e internacionais, visto que o compartilhamento do conhecimento amplia a possibilidade de benefícios para a população.

Durante a pandemia foi inaugurado em tempo recorde um Centro de Pesquisas dedicado às emergências sanitárias, que visa elevar a qualidade das pesquisas nacionais a fim de obter respostas rápidas e oportunas para possíveis futuras ameaças.

Nesse complexo da pesquisa, a Rede Fiocruz de Biobancos (RFBB) objetiva estabelecer e manter biobancos estruturados em rede, para dar suporte a projetos de pesquisa que sejam de benefício e de interesse da saúde pública em âmbito nacional, levando em consideração a política de CT&I da Fiocruz, além de facilitar e permitir o acesso do maior número possível de pesquisadores aos biobancos participantes da RFBB.

Mesmo com a rede de Biobancos existente, a Fiocruz construiu um Biobanco específico para amostras de covid-19. A obra teve início em maio de 2020 e inaugurou em 2022, para albergar o Biobanco

covid-19 Fiocruz com vistas ao enfrentamento da pandemia, garantindo a guarda segura, confiável, ética e rastreável de amostras de pacientes internados e/ ou testados para a covid-19. O prédio contempla ambientes de criopreservação e laboratórios com nível de biossegurança 2 e tem por objetivo o armazenamento de mais de 1.500.000 amostras humanas e não-humanas também para o enfrentamento da pandemia do novo coronavírus.

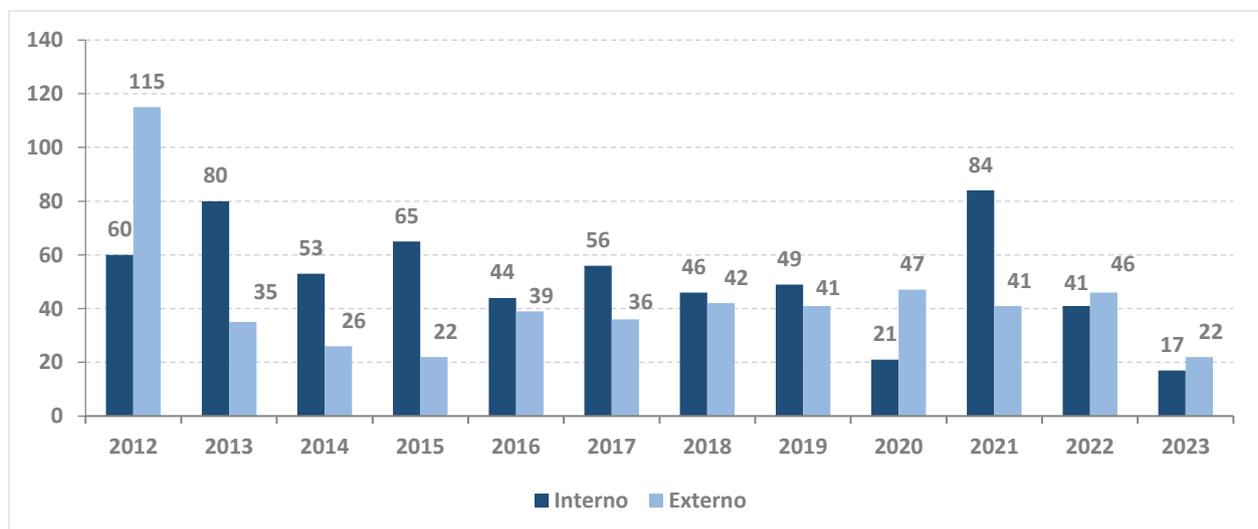
2.11.2 Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde

A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) é um processo multidisciplinar que reúne informações sobre as questões clínicas, sociais, econômicas, éticas e organizacionais relacionadas ao uso de tecnologias em saúde. Esse processo ocorre de modo imparcial, transparente, robusto e sistemático que se vale de evidência real, aliada ao conhecimento científico produzido sob a perspectiva de diferentes atores (*stakeholders*) para a incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde para o SUS. A avaliação considera aspectos como segurança, acurácia, efetividade e eficiência da tecnologia em avaliação, sempre, observando a economicidade entre os custos e benefícios em relação às tecnologias já disponíveis.

Em 2011, com o advento da Lei Federal nº 12.401, de 28 de abril de 2011, o processo de incorporação de tecnologias em saúde foi aprimorado e fortalecido com a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), que tem como atribuição assessorar o MS na incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde para o SUS. O objeto dessa incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde são: novos medicamentos, produtos e procedimentos, como também na constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

Entre 2012 e 2023, foram recebidas 1.128 demandas para incorporação, alteração ou exclusão de tecnologias em saúde no SUS. Dessas 1.128 demandas recebidas, 512 foram demandas externas (qualquer interessado) e 616 foram demandas internas do MS (secretarias finalísticas).

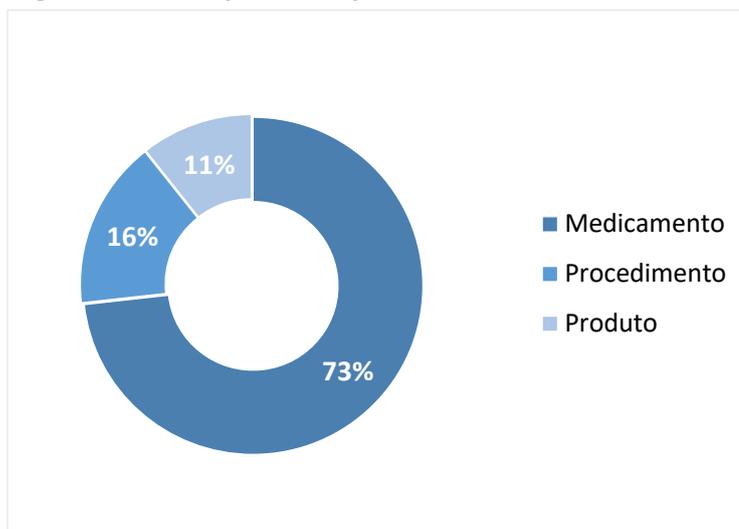
Gráfico 140. Demandas Recebidas, 2012-2023



Fonte: SECTICS/MS.

Quanto aos tipos de tecnologias demandadas, 73% (826) foram medicamentos, 16% (182) procedimentos e 11% (120) produtos para a saúde.

Gráfico 141. Tipos de Tecnologia Demandadas para Avaliação, 2012-2023

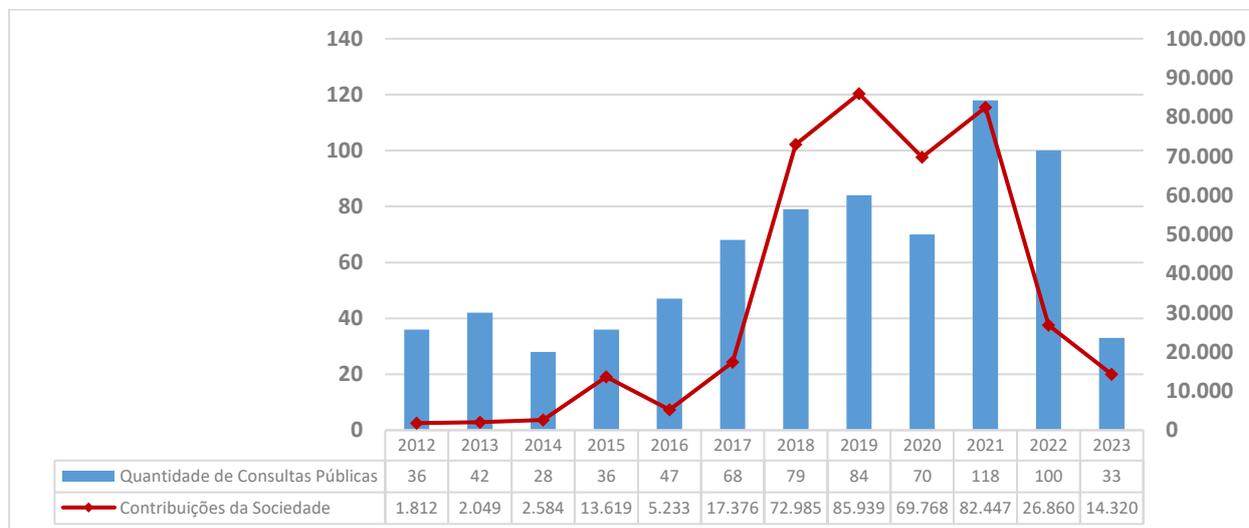


Fonte: SECTICS/MS.

De todas as demandas avaliadas desde 2012, a Conitec recomendou a incorporação de 421 (37,32%), não incorporação de 259 (22,96%), exclusão de 84 (7,84%) e a não exclusão de 4 (0,35%) tecnologias. Entre os anos de 2020 a 2023 foram incorporadas 133 tecnologias em saúde para serem disponibilizadas pelo SUS.

Para que a sociedade possa apresentar contribuições por meio de sugestões técnico-científicas ou contribuições relativas às experiências de pacientes e cuidadores, são realizadas consultas públicas. Entre 2012 e 2023, foram realizadas 741 consultas públicas abertas para diversas incorporações de tecnologias ao SUS. Isso resultou em 394.992 contribuições da sociedade nas consultas públicas abertas.

Gráfico 142. Consultas Públicas Realizadas e Contribuições Recebidas, 2012-2023



Fonte: SECTICS/MS

As informações e dados apresentados neste tópico são atualizadas diariamente e podem ser acessadas e consultadas no Painel da Conitec, através do link <https://lookerstudio.google.com/embed/reporting/ed1f017c-58e0-4177-aeb2-61f59d50b183/page/PzCbB>.

O quadriênio 2020-2023 foi atípico tendo em vista a pandemia mundial da covid-19. Com ela surgiram novas necessidades e respostas rápidas da parte ministerial ao enfrentamento da crise sanitária. Diversos desafios surgiram na incorporação de novas tecnologias em saúde pelo SUS e na constituição ou alteração de novos protocolos. Pode-se citar a indisponibilidade de profissionais qualificados na temática, contingenciamento orçamentário, complexidade dos temas versados, falta de evidências robustas e as urgências visando a sistematização científica.

Tais desafios mostraram a importância de se gerar uma estrutura sustentável ao SUS com respostas rápidas e eficientes aos seus usuários. Assim, para o quadriênio 2024-2027 buscar-se-á o aprimoramento do processo brasileiro de avaliação de tecnologias de saúde amparado em um *compliance* normativo, somado ao avanço da ciência; redução da judicialização da saúde no país; dar mais visibilidade ao processo de gestão e incorporação de tecnologias em saúde, bem como no processo de elaboração dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs).

O MS tem desenvolvido uma grande ação para ampliar e qualificar a participação popular no processo de avaliação e incorporação de tecnologias em saúde. O intuito é aproximar a sociedade brasileira para disseminação de conhecimentos em saúde. Para isso, a Conitec disponibiliza relatórios com linguagem para o público em geral, possibilitando ampliar a participação e o protagonismo da sociedade no que se refere ao processo de incorporação de tecnologias no SUS.

Um novo desafio é atrair os demais órgãos federais e suas respectivas agendas na abordagem interdisciplinar definida no Plano Plurianual (PPA) 2024-2027 como norte transversal de ações das políticas públicas.

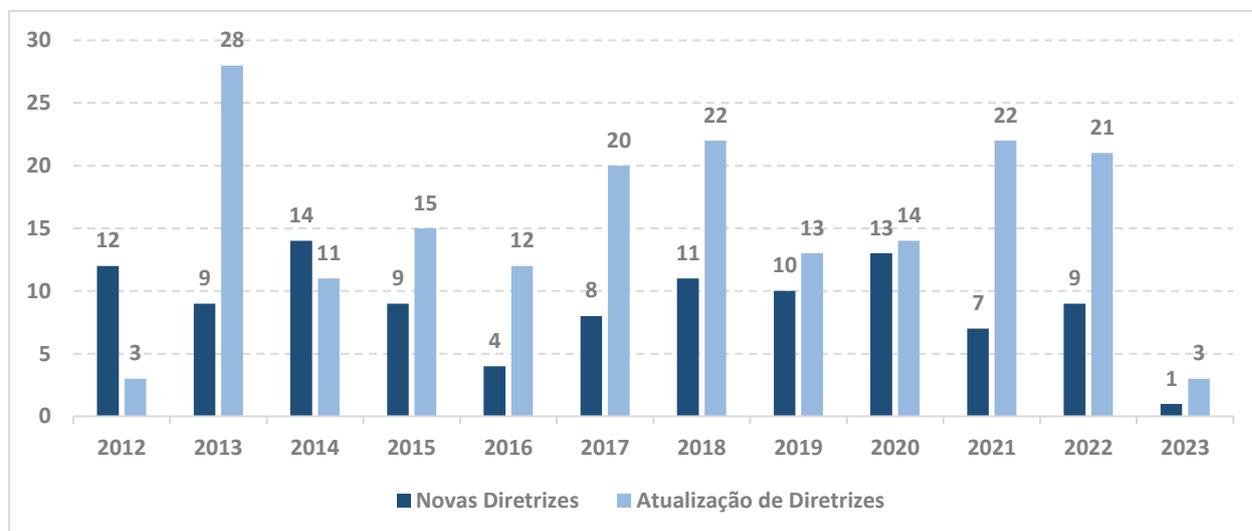
2.11.3 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

Outra importante iniciativa do MS é a elaboração e atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), que são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde, o tratamento preconizado com os medicamentos e demais produtos apropriados, as posologias recomendadas, os mecanismos de controle clínico e o acompanhamento e verificação dos resultados terapêuticos a serem seguidos pelos trabalhadores do SUS.

Esses documentos são elaborados com base em evidências científicas e consideram os critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas.

De 2012 a setembro de 2023, o MS elaborou e/ou atualizou 291 protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Sendo 107 novas diretrizes e 184 atualizações.

Gráfico 143. Número de Diretrizes Novas e Atualizadas, 2012-2023



Fonte: SECTICS/MS. Dados de 2023 em atualização.

Consoante as informações prestadas entre 2020 e 2023, foram realizados 90 PCDTs, até o momento. As informações estão disponibilizadas por meio do site da Conitec, botão “Recomendações da Conitec”, em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/recomendacoes-da-conitec>. As informações estão agrupadas por ano com os respectivos relatórios, decisões e portarias, destacando os PCDT’s de Endometriose, Leiomioma de útero, DDT Carcinoma de Mama, Síndrome de Turner, Osteoporose, Síndrome de Ovários Policísticos, Neoplasia Maligna Epitelial de Ovário, Assistência ao Parto Normal, Atenção à Gestante: a Operação Cesariana, Detecção Precoce do Câncer de Mama, além do PCDT de Doença Falciforme, do Denocarcinoma de próstata e diabetes mellitus, prevalentes na população negra.

Vale frisar que a elaboração de PCDT, possui desafios a serem superados. De modo geral, as demandas possuem especificidades que podem esbarrar em dificuldades técnicas na elaboração dos estudos, tais como escassez de evidência científica, maior complexidade relacionada ao tema, demandando mais tempo para sistematização da evidência científica, sendo primordial a execução de ações visando o cumprimento dos prazos legais.

2.11.4 Economia da Saúde

A Economia da Saúde compreende o estudo, pesquisa, desenvolvimento e aplicação de instrumentos econômicos em ações estratégicas e operacionais, com a finalidade de potencializar a atuação do setor saúde que tragam as melhores decisões para a distribuição dos recursos, com o objetivo final de oferecer à população assistência de qualidade e melhor estado de saúde. A área engloba grandes temas, desde saúde e desenvolvimento a economia política da saúde.

São realizadas análises macroeconômicas do setor saúde, sobre a conjuntura político-econômica e seus impactos no SUS, levantamentos da participação do setor saúde no Produto Interno Bruto (PIB) e dos benefícios da oferta de assistência para a economia do país; também é feito o assessoramento técnico a estados e municípios na institucionalização, estruturação, organização e funcionamento dos Núcleos de Economia da Saúde, além da coordenação e gestão da Rede de Economia da Saúde (Rede-ECOS) e da Biblioteca Virtual em Economia da Saúde (BVS- ECOS).

Tendo em vista a relevância dessa temática e suas contribuições para o SUS, observou-se a necessidade de ampliação no objeto central da Economia da Saúde no nível do Planejamento Estratégico. Anteriormente, o PNS 2020-2023 contemplava apenas o aumento do número de estabelecimentos de saúde gerando informações de custos por meio do Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS), e, no próximo período (2024-2027), além desse trabalho desenvolvido, serão priorizadas ações que visam promover o uso racional dos recursos do SUS, por meio da ampliação da quantidade dos Núcleos de Economia da Saúde implantados nos entes federativos, bem como a ampliação do conhecimento na área de Economia e Desenvolvimento em Saúde, com o avanço nos estudos relacionados a economia da saúde.

Principais ações desenvolvidas na Economia da Saúde:

Núcleos estaduais e municipais de Economia da Saúde (NES)	Rede de Economia da Saúde (Rede-ECOS)
<ul style="list-style-type: none"> • Compõem a estrutura organizacional das Secretarias de Saúde dos estados e municípios. • Cinco eixos principais: 1- elaboração de estudos econômicos; 2- implementação do Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC); 3- apoio na declaração de dados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS); 4- apoio na utilização do Banco de Preços em Saúde (BPS) e do Catálogo de Materiais (CATMAT); 5- suporte às instâncias de gestão do SUS nos orçamentos da área da Saúde. • 12 NES ativos; 4 inativos; e 11 estados não possuem NES em seu organograma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Criada em 2011 com o objetivo de apoiar o avanço da Economia da Saúde no SUS, através de ferramentas que auxiliavam na difusão de informações sobre a temática e na tomada de decisão. • Principais eixos: 1- apoio na implementação de políticas públicas na Economia da Saúde; 2- formação e difusão de informação; 3- estímulo à formação de técnicos e gestores do SUS. • A Rede-ECOS está hospedada na plataforma Ágora, uma parceria entre o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), e conta com 196 participantes (diversos órgãos e instituições).

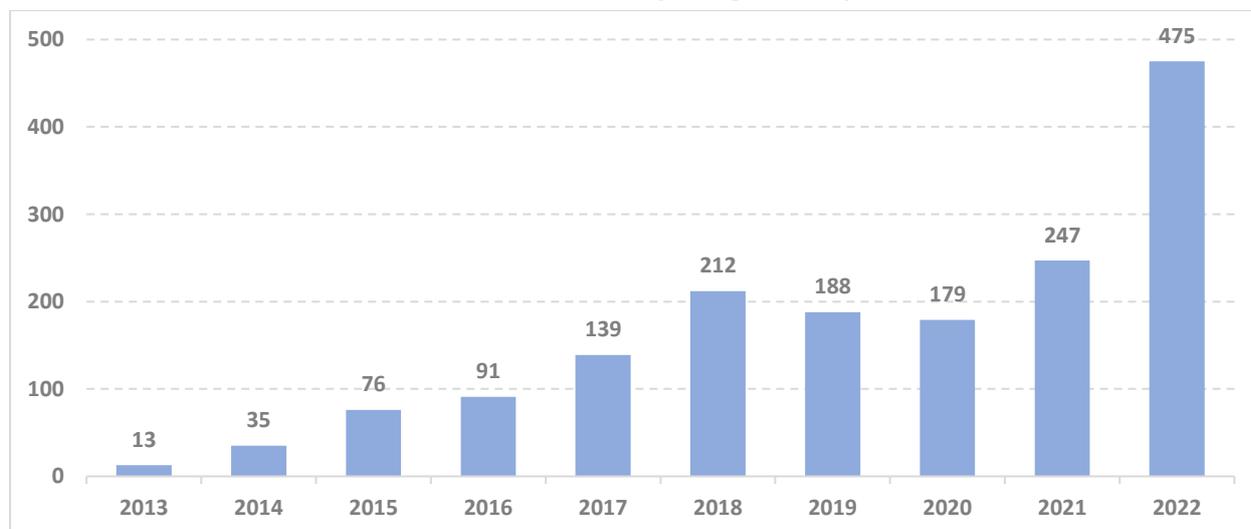
Programa de Apuração e Gestão de Custos do SUS (ApuraSUS)
<ul style="list-style-type: none"> • O Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (ApuraSUS) é uma ferramenta do PNGC que tem como objetivo principal promover a cultura de gestão de custos em unidades de saúde do SUS, por meio de capacitações (presenciais e remotas), suporte técnico (contínuo e integral) e disponibilização do ApuraSUS. • Em 2022, foram realizadas 61 capacitações; 47 sensibilizações aos secretários municipais e estaduais; 626 unidades transmitindo dados e sendo acompanhadas; 1º Boletim Economia da Saúde - Gestão de Custos; 475 estabelecimentos em saúde captados, implantados e em monitoramento. • SIOPS: 8 treinamentos presenciais, 3 virtuais e 1.324 profissionais capacitados.

Fomentar estudos e diretrizes metodológicas em Economia da Saúde e Desenvolvimento
<ul style="list-style-type: none"> • Estudos em temáticas voltadas a saúde e desenvolvimento; regulação econômica em saúde; alocação de recursos; promoção do uso racional e eficiente dos recursos públicos; eficiência das ações e serviços de saúde; política monetária, fiscal e cambial; inter-relação agenda de desenvolvimento e saúde; financiamento da saúde; aspectos macroeconômicos do setor saúde e economia política da saúde. • Estudos para auxiliar discussões do financiamento e gastos em saúde do SUS, coordenar e estabelecer métodos e mecanismos para a avaliação de impacto de Políticas Públicas, acompanhar a agenda macroeconômica com vistas a realização de análises e estudos de suas repercussões para o SUS e para o desenvolvimento socioeconômico e sanitário do país. • 92 estudos realizados de 2017 a 2022.

Fonte: SECTICS/MS.

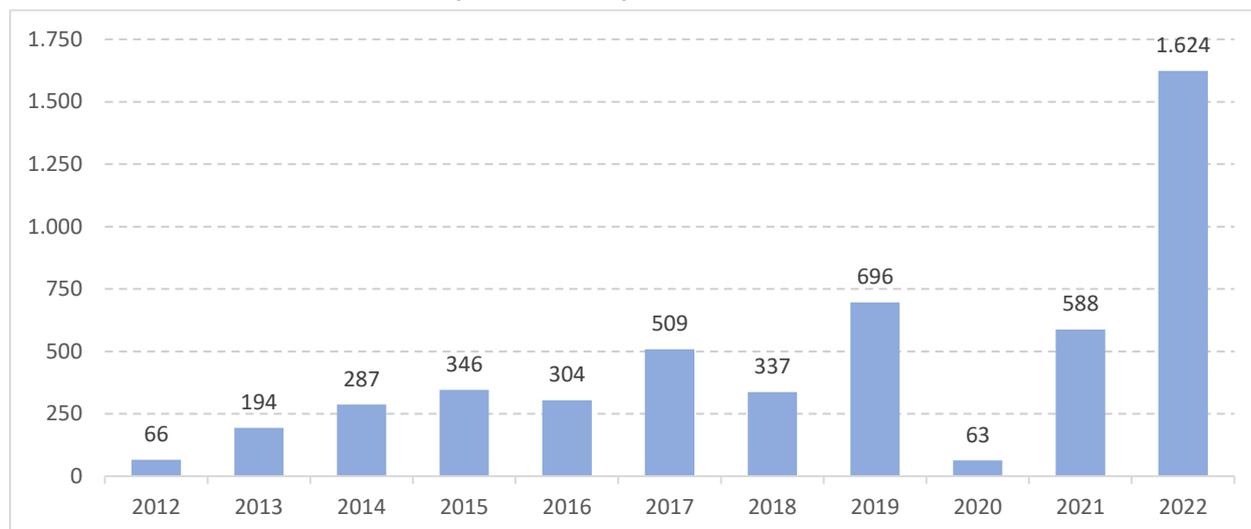
O fortalecimento e ampliação dos núcleos de economia da saúde se estabelecem como instrumento de articulação e de apoio à governança com foco no bom uso dos recursos, na equidade e qualidade das ações e serviços públicos de saúde. É necessário transformá-los em centros de gestão estratégica a partir da ampliação e uso qualitativo dos sistemas de informação em Economia da Saúde e da realização de estudos econômicos, ambos como subsídios para a tomada de decisão.

Gráfico 144. Número de Unidades de Saúde com Alimentação Regular no Apurasus, 2019-2022



Fonte: SECTICS/MS.

Gráfico 145. Número de Profissionais Capacitados no ApuraSus, 2012-2022



Fonte: SECTICS/MS

Prioridades para o período 2024-2027:

<p>Núcleos estaduais e municipais de Economia da Saúde (NES) e Rede de Economia da Saúde (Rede-ECOS)</p>	<p>Programa de Apuração e Gestão de Custos do SUS (ApuraSUS)</p>	<p>Fomentar estudos e diretrizes metodológicas em Economia da Saúde e Desenvolvimento</p>
<ul style="list-style-type: none"> Em 2023, foi identificado que as ações de fomento aos NES e à Rede ECOS foram descontinuadas, resultando em sua desmobilização. Desse modo, as reestruturações dos NES e da Rede ECOS foram identificadas como estratégias estruturantes para o fortalecimento da Economia da Saúde no Brasil. Este fomento permitirá que gestores, profissionais do SUS e pesquisadores ampliem e qualifiquem as ações de economia da saúde para melhorar a tomada de decisões no SUS. Além disso, é importante que os Núcleos de Economia da Saúde se desenvolvam a partir da integração com outros órgãos e instituições relacionados à saúde, bem como, universidades e centros de pesquisa, por meio da Rede Ecos. 	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver/adaptar metodologia de custeio para unidades de saúde ainda não abarcadas pelo PNGC. Elaborar projeto piloto para apuração de custos no Ministério da Saúde. Desenvolver e operacionalizar o painel de indicadores do PNG. Elaborar e manter o novo sistema ApuraSUS. Alcançar 800 estabelecimentos apurando custos no sistema ApuraSUS. 	<ul style="list-style-type: none"> Produção de estatísticas e análises do gasto federal com itens de saúde. Análise de conjuntura econômica com enfoque nos impactos para o setor saúde. Estudos de natureza preditiva de forma a pautar a alta gestão em relação as oportunidades e ameaças colocadas pelos eventos de natureza conjuntural. Estudos referentes a temas estratégicos para a economia e desenvolvimento em saúde, tais como: acompanhamento da temática do financiamento, do orçamento, dos impactos da política econômica para o SUS, industrialização e desenvolvimento, dentre outros.

2.12 VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE

2.12.1 Imunizações

O Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 1973, é responsável pela política nacional de imunizações e tem como missão reduzir a morbimortalidade por doenças imunopreveníveis, com fortalecimento de ações integradas de vigilância em saúde e ambiente para promoção, proteção e prevenção em saúde da população brasileira.

Este programa de imunizações é considerado uma das principais e mais relevantes intervenções em saúde pública no Brasil, tendo logrado nos seus 50 anos de existência êxitos concretizados pela eliminação da poliomielite e da circulação do vírus autóctone da rubéola e drástica diminuição da incidência de doenças imunopreveníveis, como difteria, tétano, coqueluche e meningites.

Destaca-se, ainda, seu êxito no enfrentamento da pandemia da covid-19 com uma vigilância oportuna e estratégica e a operacionalização de um plano de vacinação que possibilitou a realização de uma campanha de dimensões nunca vistas no país, que só foi possível graças a um trabalho articulado envolvendo as três esferas de gestão, parcerias com as sociedades científicas, de classe e civil, além de laboratórios produtores nacionais, por meio de ações coordenadas, articuladas e de planejamento, que abrangeu capacitação, infraestrutura e logística e fortalecimento do sistema de informação, capazes de permitir decisivamente o enfrentamento da pandemia.

Outra estratégia importante que ganha destaque nessa conjuntura, em 2023, é a realização das Oficinas de Microplanejamento para as Atividades de Vacinação de Alta Qualidade, ofertadas para as 27 unidades federativas, distribuídas em 16 turmas. Durante todo o processo de execução dessa agenda, vários instrumentos foram aplicados para orientar os trabalhadores e gestores da saúde na leitura e análise dos territórios de saúde, sistematização de rotinas, organização de processo de trabalho, análise da preparação e estruturação de insumos e rede de frio. Ao todo foram capacitados 1.195 facilitadores estaduais (profissionais da atenção primária, vigilância epidemiológica, saúde indígena, representantes dos Cosems e membros da comunidade científica). Para o desenvolvimento das ações de multivacinação a partir do microplanejamento, o Ministério da Saúde destinou, aos estados e municípios, o montante de R\$ 136.614.324,77, dividido em duas parcelas: 60% transferidos automaticamente via fundo a fundo e 40% atrelados à execução do microplanejamento nos territórios.

Os avanços na prevenção e controle de doenças imunopreveníveis ao longo dos anos foram alcançados pelo desenvolvimento de diversas estratégias que combinaram ações de rotina, campanhas, bloqueio vacinal e varredura, além da ampliação da oferta de vacinas e de segmentos populacionais atendidos.

Quadro 11. Mudanças Ocorridas no Calendário Nacional de Vacinação. Brasil, 2020 a 2023.

Ano	Vacina	Mudança
2020	Febre amarela	Retomada da dose de reforço da vacina febre amarela para crianças de 4 anos de idade.
	Tríplice viral	Ampliação da oferta de uma dose até 59 anos.
	Vacina meningocócica ACWY	Introdução da vacina meningocócica ACWY (conjugada) para os pacientes com Hemoglobinúria Paroxística Noturna (HPN) em uso de Eculizumabe (Aprovação pela CONITEC em dezembro de 2019, uso na rede do CRIE em 2020) Ampliação do uso da vacina no Sistema Único de Saúde (SUS), para os adolescentes de 11 e 12 anos de idade.
2022	Vacina meningocócica C (conjugada)	Disponibilização da vacina meningocócica C (Conjugada) para as crianças e adolescentes não vacinados até 10 anos de idade. Fortalecimento da rotina e otimização de uso da vacina com validade próxima. (Temporária)
	Vacina meningocócica ACWY (conjugada)	Ampliação da disponibilização da vacina para adolescentes de 11 a 14 anos e instituição de uma dose de reforço ou dose única, de acordo com situação vacinal (Temporariamente).
	Vacina HPV	Ampliação do uso para meninos de 09 a 14 anos e para homens e mulheres imunodeprimidos até 45 anos.

Ano	Vacina	Mudança
2023	Vacina meningocócica ACWY (conjugada)	Ampliação da disponibilização da vacina para adolescentes de 11 a 14 anos e instituição de uma dose de reforço ou dose única, de acordo com situação vacinal (Temporariamente até dezembro do referido ano).
	Vacina HPV	Incorporação de novos grupos para a vacinação – vítimas de violência sexual.

Fonte: SVSA/MS.

Em 2020, além das mudanças implementadas, foram realizadas a Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite e a Multivacinação para Atualização da Caderneta de Vacinação das crianças e adolescentes menores de 15 anos de idade, além da 22ª Campanha Nacional de Vacinação contra Influenza. Também foram realizadas duas ações da vacinação contra o sarampo: uma para crianças e adolescentes de cinco a 19 anos e outra para adultos de 20 a 49 anos. Nestas ações, foram vacinadas respectivamente, 95 mil crianças e adolescentes e cerca de 38 milhões de adultos. Deu-se continuidade as estratégias implementadas em 2019 pelo *Movimento Vacina Brasil* (ação para mobilizar a sociedade a contribuir para melhorar as coberturas vacinais). Ainda, foi realizada a Operação Gota visando ampliar o acesso da população que vive em regiões de difícil acesso geográfico do país (área rurais, ribeirinhas e indígenas) à vacinação nos estados Amazonas, Acre, Amapá e Pará. Para o fortalecimento das ações de imunizações nos territórios, o PNI formalizou uma parceria com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), por meio de convênio, como estratégia de fortalecimento das ações de vacinação do país e qualificação de recursos humanos.

Considerando que as indicações dos imunobiológicos são periodicamente revisadas, em 2021 o Sistema Único de Saúde (SUS) adquiriu as vacinas Penta acelular (contra difteria, tétano, pertussis acelular, inativada contra a poliomielite (VIP) e *Haemophilus influenzae*) e b) Hexa acelular (contra difteria, tétano, pertussis acelular, inativada contra a poliomielite (VIP), *Haemophilus influenzae* b e Hepatite B recombinante) em substituição à vacina DTPa para ser utilizada nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), conforme indicação clínica descrita nos documentos normativos do PNI.

Em 2021 teve início a vacinação contra a covid-19 em todas as Unidades Federadas para grupos prioritários. Essa estratégia de vacinação permanece até os dias atuais e esforços têm sido empreendidos para proteger a população e evitar formas graves da doença. Neste ano também foi realizada a 23ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza, que coincidiu com a campanha de vacinação contra a covid-19. Na referida estratégia foram administradas 71.889.287 doses com alcance de cobertura vacinal de 72,8%. Também foi realizada a Campanha Nacional de Multivacinação para Atualização da Caderneta de Vacinação das crianças e adolescentes menores de 15 anos de idade, com destaque para a vacinação contra a poliomielite e o sarampo.

Ainda em 2023 foi realizada a 24ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza e a 8ª Campanha Nacional de Vacinação contra o Sarampo de forma simultânea. No que se refere à campanha de seguimento, foram administradas 8.620.563 doses de tríplice viral, sendo 6.552.277 doses administradas em crianças menores de cinco anos de idade. A cobertura alcançada neste público foi de 50,69%. Além disso, foi realizada a Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite e de Multivacinação para atualização da Caderneta de Vacinação das crianças e adolescentes menores de 15 anos de idade, de forma simultânea.

Em 2022, a partir de 29 de julho, foi instaurado o COE para Monkeypox, após a declaração por parte da OMS a Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional SPII, em 23 de julho de 2022. Em 13 de março de 2023, o Brasil iniciou a vacinação emergencial contra a Monkeypox, tendo aplicado 19.116 doses até 25 de setembro de 2023. No dia 11 de maio de 2023 foi suspenso o alerta de ESPII por parte da OMS.

Ainda no que concerne às ações para recuperação das coberturas vacinais, foi realizado o Plano de Ação: Estratégia de Vacinação nas Fronteiras – Agenda 2022, onde as 33 cidades gêmeas do Brasil, realizaram a intensificação da vacinação para melhorar as coberturas vacinais. Destaca-se que o plano foi operacionalizado conjuntamente com os Ministérios da Saúde de 8 países fronteiriços para que as ações ocorressem também nos municípios destes países. Para isso, foram pactuadas ações entre os países e respectivos municípios em 15 reuniões precursoras. As ações tiveram início em maio de 2022, na tríplice

fronteira de tabatinga (AM) e concluída em novembro de 2022, no município de Chuí (RS), fronteira com o Uruguai.

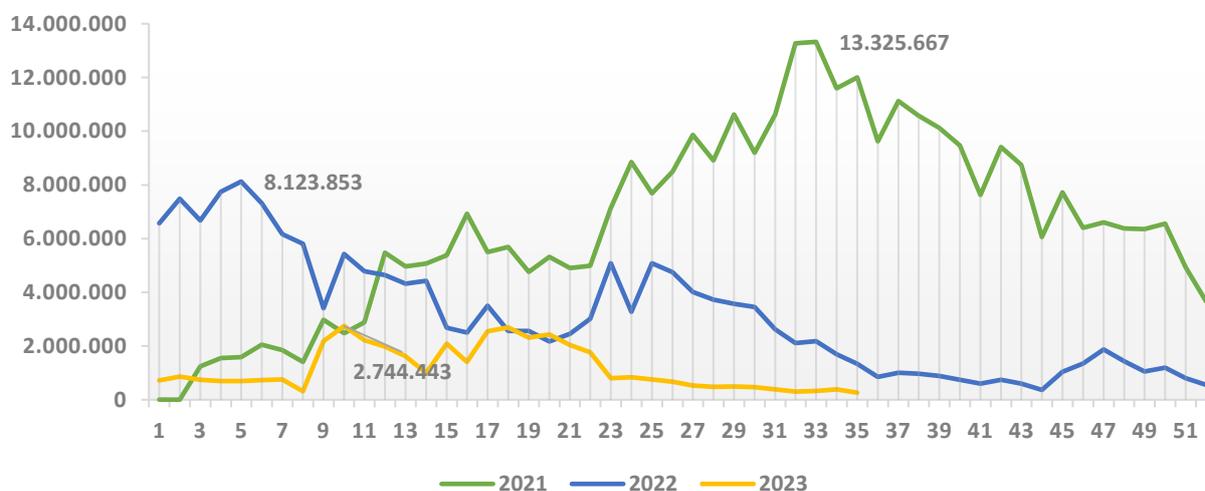
Atualmente as vacinas covid-19 monovalentes estão recomendadas para todas as faixas etárias a partir de seis meses de idade. O esquema vacinal é constituído de três doses para as idades entre seis meses e menores de cinco anos de idade, e de duas doses para pessoas a partir de cinco anos de idade e mais. É recomendada ainda, uma dose de reforço para as faixas etárias a partir de cinco anos até 39 anos de idade, e de duas doses de reforço para as faixas etárias a partir de 40 anos e mais. Já as vacinas bivalentes estão recomendadas uma dose de reforço para a população-alvo a partir de 12 anos de idade, e para toda a população a partir de 18 anos de idade.

Na avaliação de doses aplicadas, foram feitas 517.159.690 doses monovalentes desde o início da campanha em janeiro de 2021 até a semana epidemiológica 35 (agosto) de 2023. Do total de doses aplicadas, 2.162.125 foram na faixa etária de seis meses a dois anos; 3.389.658, na faixa de três a quatro anos; 28.826.253, na faixa de cinco a 11 anos; 37.778.018, na faixa etária de 12 a 17 anos; na faixa etária de 18 a 39 anos foram aplicadas 180.986.759 doses; e na faixa de 40 anos e mais foram aplicadas 263.540.362 doses.

Foram aplicadas 28.445.860 doses bivalentes desde o dia 26 de fevereiro de 2023 até a SE 35 de 2023. Na faixa etária de 12 a 17 anos foram aplicadas 205.441 doses; na faixa de 18 a 39 anos foram aplicadas 6.787.013 doses; e na faixa etária de 40 anos e mais foram aplicadas 21.449.179 doses.

No gráfico, a seguir, observa-se que o maior volume de doses aplicadas da vacina contra a covid-19 foi na SE 35 em 2021, com 13.325.667 doses. Em 2022, o maior quantitativo registrado foi na SE 5 (janeiro), com 8.123.853 doses, considerando que para a semana citada a faixa etária recomendada para vacinação era de cinco anos de idade e mais. Em 2023, o maior quantitativo até então observado foi na SE 10 (março), com 2.744.443 doses. Essa variação pode ter ocorrido devido às correções realizadas no banco de dados com a inserção de novos registros e correções de registros anteriores.

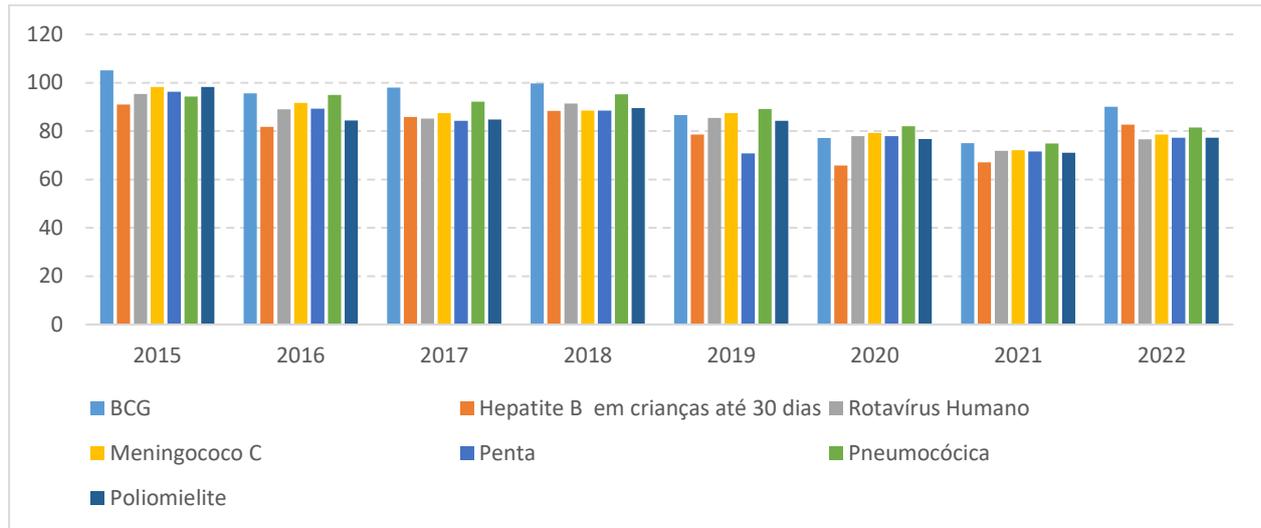
Gráfico 146. Série Temporal do Total de Doses Aplicadas por Semana Epidemiológica – Brasil, 2021 a 2023



Fonte: Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). Data de extração: 18/09/2023. Dados sujeitos a alterações.

O Programa Nacional de Imunizações estabelece metas para as coberturas vacinais no país, sendo preconizadas para a maioria das vacinas o alcance de pelo menos 95%, com exceção das vacinas BCG e rotavírus, cujas metas são de 90% para cada uma, como também, as vacinas HPV e Meningocócica ACWY que tem como meta 80%, conforme gráfico a seguir.

Gráfico 147. Coberturas Vacinais por Vacinas em Menores de 1 Ano de Idade. Brasil, 2015 a 2022. *

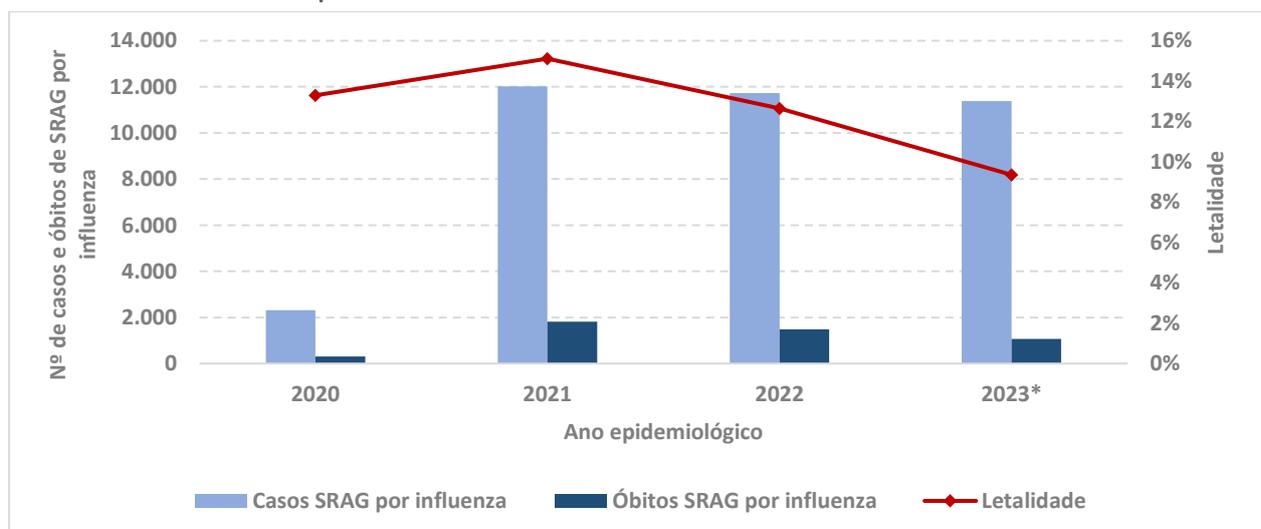


Fonte: <http://sipni.datasus.gov.br>. Dados preliminares e sujeitos alteração

Investimentos e esforços vêm sendo desempenhados para a informatização, conectividade e a qualificação dos dados proveniente das ações de imunização, considerando, inclusive, a articulação interinstitucional e a coordenação de processos para melhorar a integração entre os diferentes níveis e esferas do setor público. Neste ano foi realizada a 25ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza para grupos prioritários com um total de doses aplicadas de 61.733.210 e alcance de cobertura vacinal de 58,54%.

A vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) foi implementada no Brasil em abril de 2009 em função da pandemia de influenza A (H1N1) pdm09, e, a partir disso, o MS vem fortalecendo a vigilância dos vírus respiratórios. Em 2020, foi incorporado na vigilância já estabelecida o monitoramento e ações da covid-19. Assim, entre 2020 e 2023, até a SE37 (setembro), foram notificados 2.173.299 casos de SRAG por covid-19. Destes, 32% (685.598/2.173.299) evoluíram ao óbito. O ano com o maior registro de casos hospitalizados e óbitos por covid-19 foi 2021. Após o alcance de boas coberturas vacinais observou-se redução na hospitalização e na evolução a óbito por covid-19, fato observado, principalmente, a partir de 2022. No gráfico, a seguir, observa-se que a letalidade dos casos de SRAG por covid-19 (casos graves) apresentou uma média de 29% nesse período analisado.

Gráfico 148. Óbitos e Casos por SRAG



Fonte: Sivep-gripe. Acesso em 18/09/2023.

Streptococcus pneumoniae (pneumococo) é a principal causa de meningite bacteriana no país. Entre 2010 e 2022, o coeficiente de incidência médio foi de 0,47 casos por 100 mil habitantes, com letalidade média de 29,3%. A partir de 2010, houve a introdução da vacina pneumocócica 10-valente

conjugada, sendo possível observar uma redução importante na incidência de casos da doença em menores de um ano, passando de 7,15 casos/100 mil hab., em 2010, para ,54 casos/100 mil hab. em 2022.

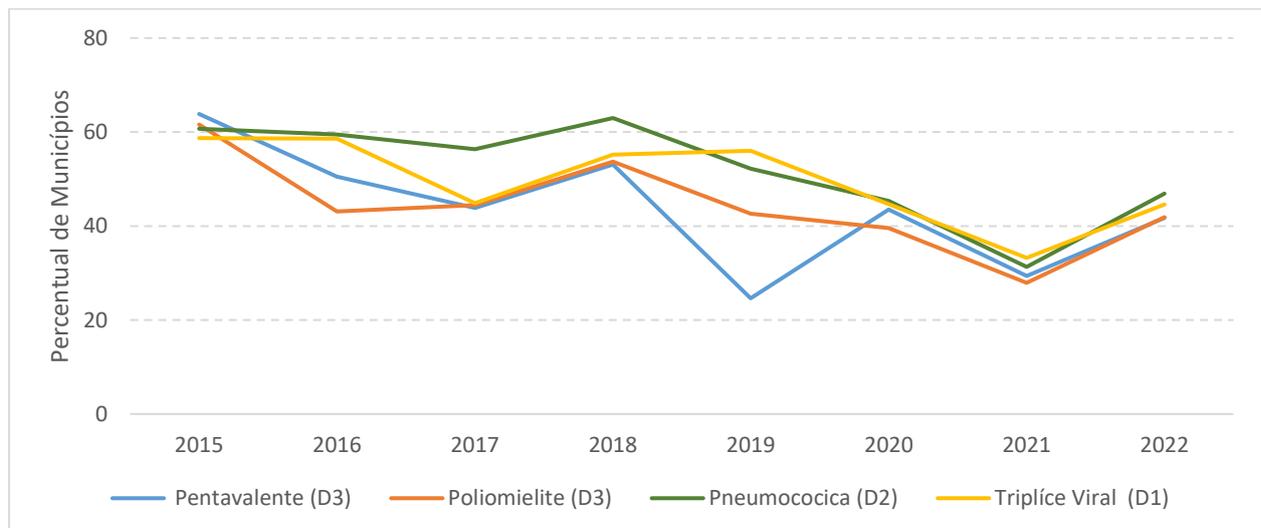
Até a década 1990, o *Haemophilus influenzae* era a segunda causa mais comum de meningite bacteriana. Após a introdução da vacina conjugada contra o *Haemophilus influenzae* (Hi) sorotipo b no Calendário Nacional de Vacinação em meados de 1999, observou-se redução acima de 90% no CI da doença. Entre os anos de 2010 e 2022, o CI médio da doença na população em geral foi de 0,06 casos por 100 mil habitantes. As crianças menores de um ano de idade permanecem sendo o principal grupo de risco, com CI médio de 1,39 caso por 100 mil habitantes.

Durante os anos de 2019 a 2022, foram notificados 65.888 casos de meningites. Deste total, 40.013 casos foram confirmados para as seguintes etiologias: 17.458 casos de meningite viral, 7.330 casos de meningite não especificada, 6.581 casos de meningite por outras bactérias, 2.247 casos de meningite por outras etiologias, 2.074 casos de doença meningocócica, 1.168 casos de meningite tuberculosa, 387 casos de meningite por h. influenzae e 109 casos com etiologia ignorada/em branco.

De 2018 a 2021, foram notificados 16.211 casos suspeitos de coqueluche, dos quais 4.129 (25%) foram confirmados. Destes 53% (2.188/4.129) ocorreram nos menores de um ano de idade, grupo mais vulnerável para a morbimortalidade. Ressalta-se que entre os menores de um ano, 74% (1.619/2.188) eram menores de seis meses de idade, grupo mais suscetível à doença, uma vez que não receberam o esquema vacinal completo (ao menos três doses da vacina Penta).

A situação da vacinação no Brasil se agravou ainda mais com a pandemia da covid-19, quanto à homogeneidade entre as vacinas pentavalente, pneumocócica, poliomielite e tríplice viral (para D1), somente 13,93% dos 5.570 municípios brasileiros alcançaram as coberturas vacinais adequadas.

Gráfico 149. Homogeneidade de Coberturas Vacinais por Vacinas Seleccionadas em Crianças de 1 ano de Idade ou Menos. Brasil, 2015 a 2022*

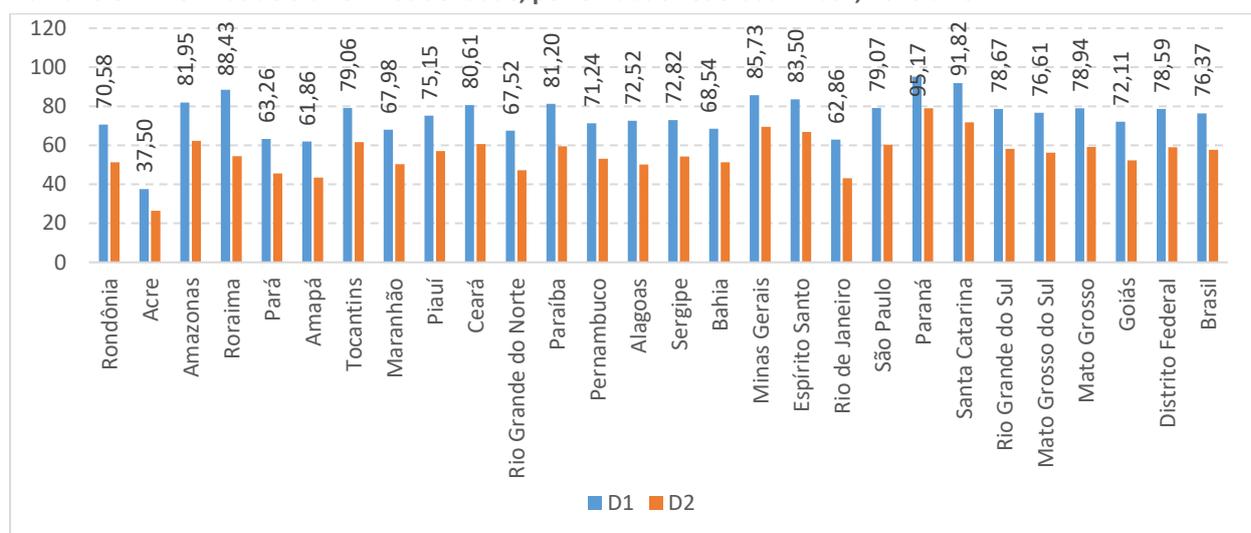


Fonte: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI-SVSA/MS). Dados preliminares e sujeitos alteração.

A vacinação do Papiloma Vírus Humano para meninas apresentou, entre 2013 e 2022, coberturas vacinais de 76,3% para a dose 1 (D1) e 57,7% para a dose 2 (D2), percentuais abaixo de 80%, que é o estabelecido como adequado pelo PNI. As coberturas vacinais com a D1 nas meninas variaram de 37,5% a 95,1%, no Acre e no Paraná, respectivamente. Em relação à D2, nenhuma UF alcançou a meta de 80% de cobertura.

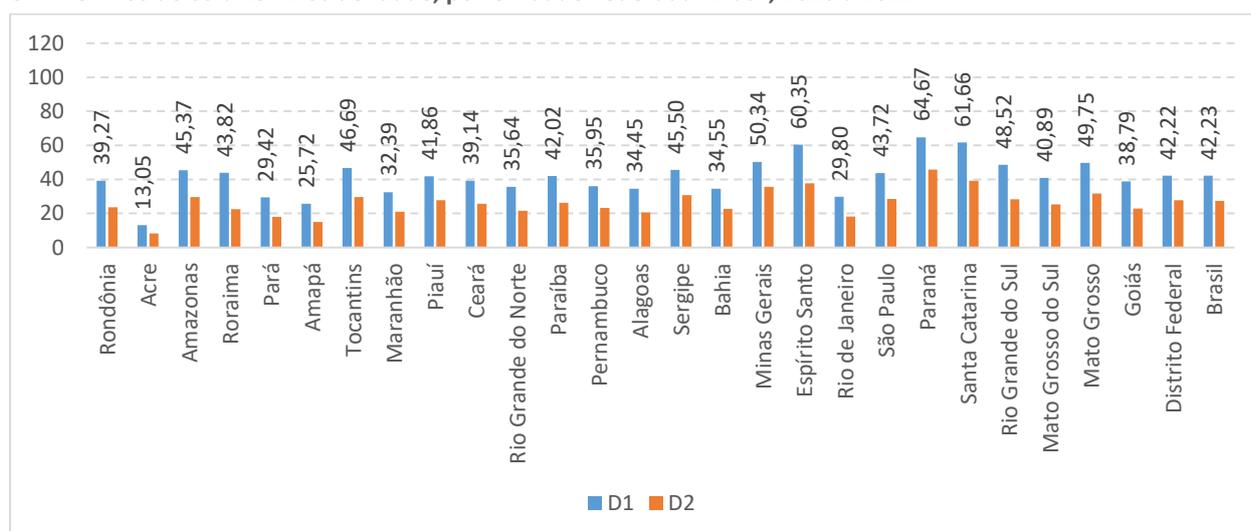
As coberturas vacinais para os meninos de 11 a 14 anos de idade, no mesmo período, apresentaram resultados bem abaixo da meta para ambas as doses do esquema vacinal. A D1 apresentou 42,2% de cobertura e a D2, 27,4%. A variação por UF com a D1 foi de 13,05% no Acre a 6% no Paraná; com a D2, a variação foi de 8,3% no Acre e 45,8% no Paraná.

Gráfico 150. Coberturas Vacinais com Primeiras e Segundas Doses Acumuladas* da Vacina Papiloma Vírus Humano em Meninas de 9 a 15 Anos de Idade, por Unidade Federada. Brasil, 2016 a 2022



Fonte: SIPNI-SVSA/MS. *Doses acumuladas 2016 a 2022. **Dados preliminares e sujeitos à alteração.

Gráfico 151. Coberturas Vacinais com Primeiras e Segundas Doses Acumuladas* da Vacina Papiloma Vírus Humano em Meninos de 09 a 15 Anos de Idade, por Unidade Federada. Brasil, 2016 a 2022

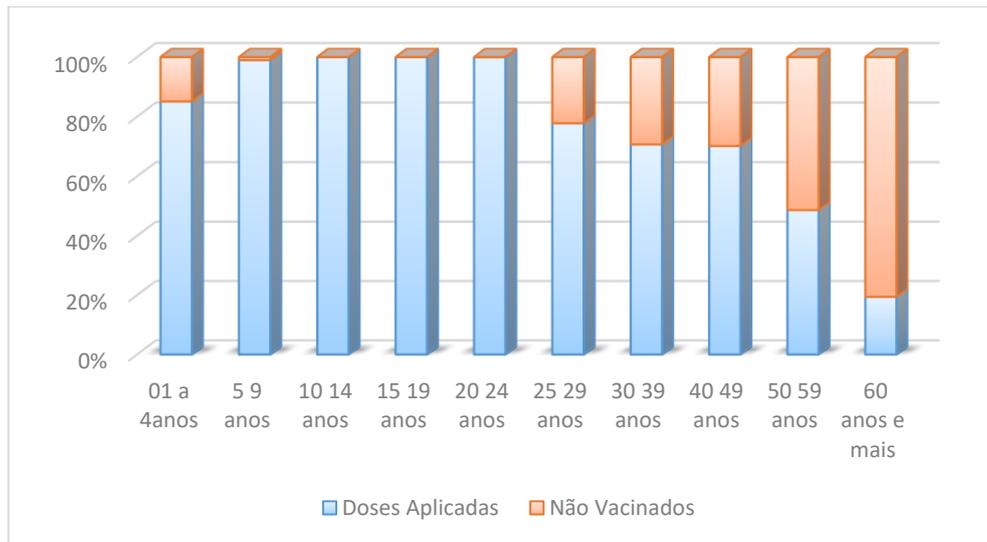


Fonte: SIPNI-SVSA/MS. *Doses acumuladas 2016 a 2022. **Dados preliminares e sujeitos à alteração.

Em relação às coberturas vacinais com primeiras doses acumuladas da vacina tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba) desde 1997 a 2022, por grupos de idade, constatou-se que as coberturas são heterogêneas entre as faixas etárias. As maiores coberturas foram na faixa etária de cinco a nove anos e 10 a 14 anos de idade, atingindo respectivamente 100% e 97% de cobertura vacinal. Os adolescentes de 15 a 19 anos de idade e os adultos jovens de 20 a 29 anos de idade apresentaram cobertura vacinal de 65% e 30% respectivamente, demonstrando persistência de grupos populacionais suscetíveis.

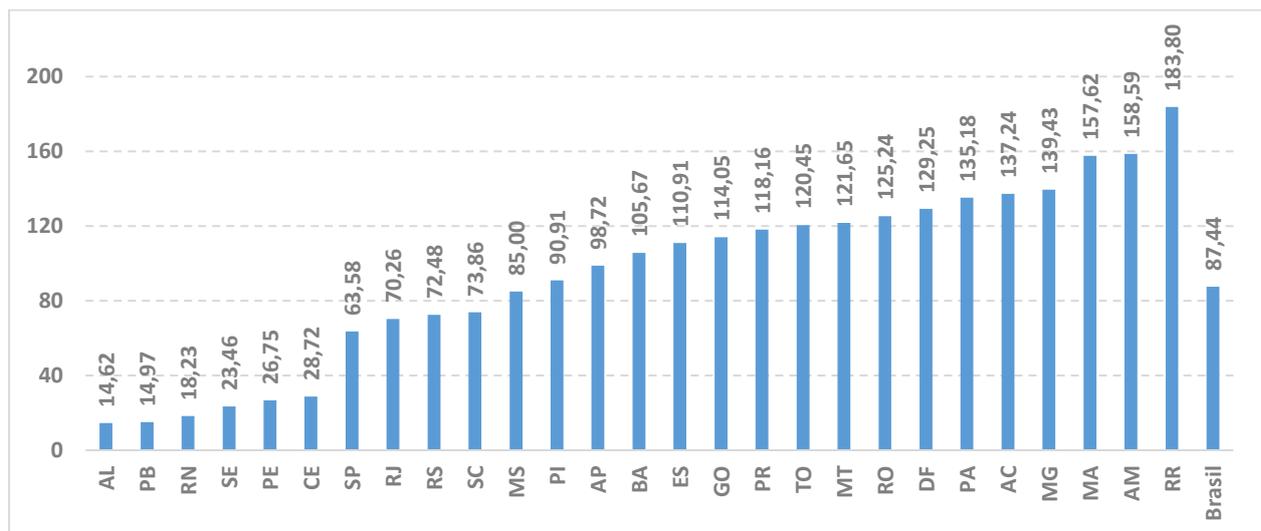
De 1994 a 2022, as coberturas vacinais com doses acumuladas da vacina febre amarela mostraram-se heterogêneas. Em parte, essa heterogeneidade é justificada devido ao período e ao total de habitantes (população alvo) dos municípios em cada unidade da federação que passaram a compor as áreas com recomendação de vacinação. Portanto, não podem ser perfeitamente comparáveis. Verificou-se cobertura de 100% em 14 das 27 unidades da federação, que historicamente compõem a área com recomendação de vacinação, e baixas coberturas nos estados de Sergipe e Alagoas, que tiveram em 2017 inclusão de um município cada na respectiva área.

Gráfico 152. Percentual de Vacinados e Não Vacinados com Doses Acumuladas da Vacina Tríplice Viral na Rotina por Grupos Etários. Brasil, 2022*



Fonte: SIPNI-SVSA/MS. * Doses acumuladas até 2022. **Dados preliminares e sujeitos à alteração.

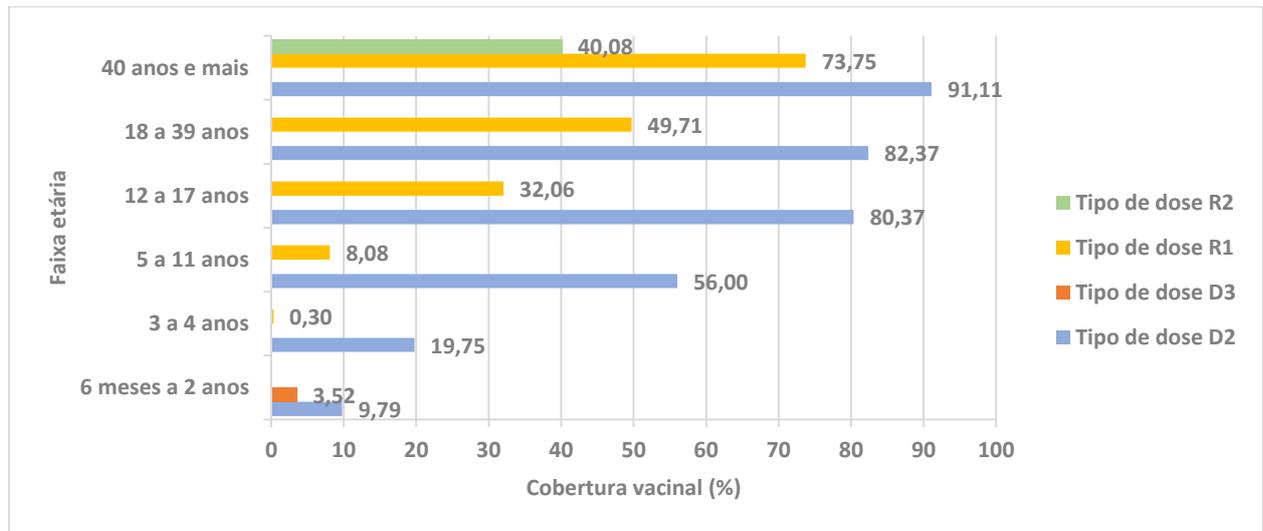
Gráfico 153. Cobertura Vacinal com Doses Acumuladas da Vacina Febre Amarela por Unidade Federada e Brasil, 2022*



Fonte: SIPNI-SVSA/MS. Os Estados do Nordeste foram contemplados com áreas de recomendação de vacinação a partir de 2018. *Doses acumuladas até 2022. **Dados preliminares e sujeitos à alteração.

Na avaliação da cobertura das vacinas monovalentes, a meta definida é igual ou maior a 90%. Os dados apresentados estão acumulados desde o início da vacinação em 2021 até os dias atuais, setembro de 2023. Dessa forma, observa-se que apenas a faixa etária de 40 anos e mais conseguiram alcançar a meta de cobertura vacinal para a última dose do esquema primário, D2 (91,11%). As demais faixas etárias não conseguiram alcançar a meta de cobertura para nenhuma outra dose. Verifica-se que a faixa etária que tem apresentado menor cobertura vacinal é a de 6 meses a 2 anos de idade (D2: 9,79%).

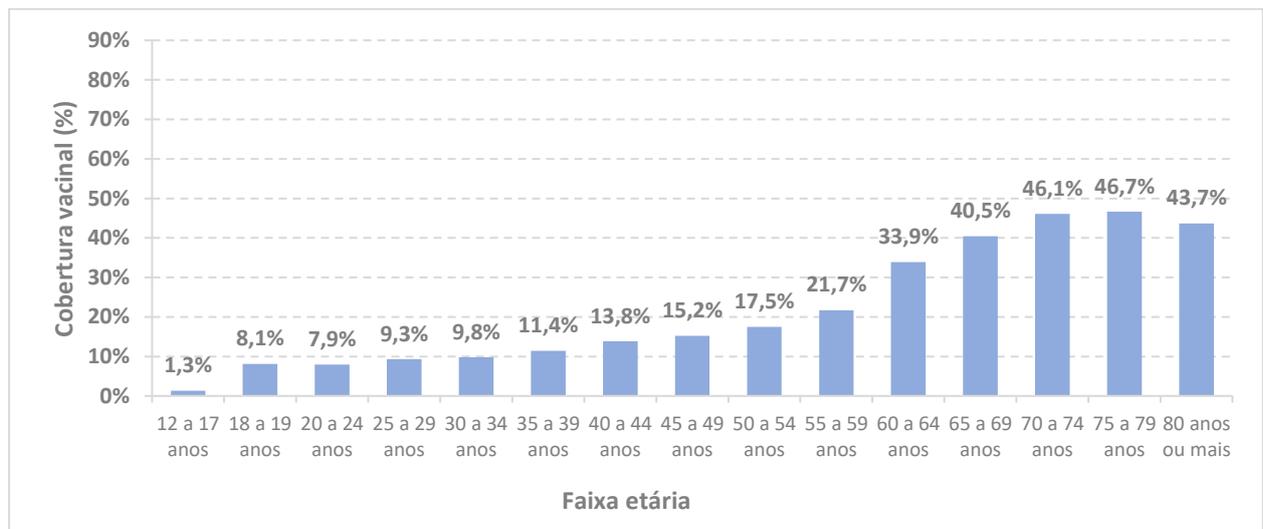
Gráfico 154. Cobertura Vacinal (%) das Vacinas Monovalentes por Tipo de Dose e por Faixa Etária – Brasil, 2021 a 2023



Fonte: Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). Data de extração: 18/9/2023. Dados sujeitos a alterações.

Na avaliação da cobertura vacinas bivalentes, a meta definida é igual ou maior a 90%. Observa-se que nenhuma faixa etária conseguiu alcançar a meta de cobertura vacinal. Somente as faixas de 60 anos e mais apresentam cobertura acima de 40%, onde as idades de 75 a 79 anos apresenta maior cobertura (46,7%).

Gráfico 155. Cobertura Vacinal da Vacina Bivalente por Faixa Etária – Brasil, 2023*



Fonte: Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). Data de extração: 26/9/2023. *Dados sujeitos a alterações.

2.12.2 Vigilância Laboratorial

A promoção e a vigilância em saúde e ambiente são uma abordagem global, multissetorial, transdisciplinar, transcultural, integrada e unificadora que visa equilibrar e otimizar de forma sustentável a saúde de pessoas, animais e ecossistemas.

Esta abordagem mobiliza vários setores, disciplinas e comunidades, em diferentes níveis da sociedade, para trabalhar em conjunto, promover o bem-estar e enfrentar ameaças à saúde e aos ecossistemas.

Opera nos níveis local, regional, nacional e global, que inclui, como parte essencial, a vigilância laboratorial. Nos últimos anos, ocorreu uma revolução tecnológica nas metodologias e equipamentos utilizados nas análises laboratoriais. Nos últimos 20 anos observou-se, entre outros pontos, o surgimento e aumento do número de testes *point-of-care* (POC), dentre outras metodologias, tais como a evolução da biologia molecular; plataformas diagnósticas com altos níveis de acurácia e robustez (reprodutibilidade

em condições distintas); simplificação na execução das metodologias; aumento da portabilidade e mobilidade dos equipamentos; e a ampliação do número de parâmetros analíticos e biomarcadores possíveis de serem medidos e detectados, respectivamente.

No campo da vigilância em saúde única, especialmente no que se refere a vigilância de patógenos endêmicos, emergentes e reemergentes, estas novas ferramentas laboratoriais quando alinhadas à epidemiologia, permitem a construção de uma sólida base para a tomada de decisões de gestão em saúde fundamentadas em evidências científicas.

Apesar disso, é preciso destacar que a incorporação destes avanços tecnológicos, bem como a sua capilarização no país constitui-se num desafio que exige investimentos robustos e contínuos, não apenas para a aquisição das novas tecnologias, mas também para a sua maior distribuição no território nacional, formação dos profissionais e a avaliação do impacto, medido nos principais indicadores de vigilância epidemiológica em saúde.

Recentemente, a humanidade vivenciou a maior pandemia da história moderna. Da insegurança quanto à identificação e origem do vírus até a disponibilização das vacinas, o laboratório foi fundamental para o diagnóstico, monitoramento e projeções. O desafio de realizar em tempo célere o diagnóstico acurado da covid-19 foi superado pela tecnologia que impulsionou o desenvolvimento de novos métodos laboratoriais. Deste período caótico, onde ocorreu milhares de mortes, sequelas, precarização do trabalho, saúde e economia, também resultou a evolução tecnológica para a inovação e produção de insumos para a promoção da saúde em geral, bem como a consolidação do conceito de que os agentes infecciosos, em geral, não estão restritos a grupos ou limitados espacialmente, evidenciando que o controle das doenças infecciosas é tão eficaz quanto a abrangência das medidas de vigilância, especialmente laboratorial.

O Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab), estabelecido pela Portaria GM Nº 2.031/2004, é composto pelas Redes: Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica e Nacional de Laboratórios de Vigilância em Saúde Ambiental, Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária e Nacional de Laboratórios de Assistência Médica de Alta Complexidade, sendo o Ministério da Saúde, responsável por assessorar e cooperar tecnicamente, junto aos estados e o Distrito Federal, na implementação das Redes Nacionais de Laboratórios, em articulação com as demais unidades competentes, além de ajudar a promover o processo de educação permanente e de capacitação dos profissionais de vigilância em saúde.

A Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica e a Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Ambiental, escopo da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente em articulação com as demais unidades competentes são compostas atualmente pelos 27 Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) e sua respectiva Rede Descentralizada (LMSP), localizados nos 26 Estados e Distrito Federal, 14 Laboratórios de Fronteira (LAFRON) e também conta com unidade sob gestão federal, o Instituto Evandro Chagas, em Belém/PA.

A Rede ainda é classificada de acordo com sua expertise em Laboratórios de Referência Nacional (LRN), Laboratórios de Referência Regional (LRR) e possui 3 Centros Nacionais de Influenza, os *National Influenza Centers – NIC*, que são o Instituto Evandro Chagas (IEC/PA), Fiocruz/RJ e o Instituto Adolfo Lutz (IAL/SP).

Mapa 13. Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (RNSLP)



Fonte: SVSA/MS.

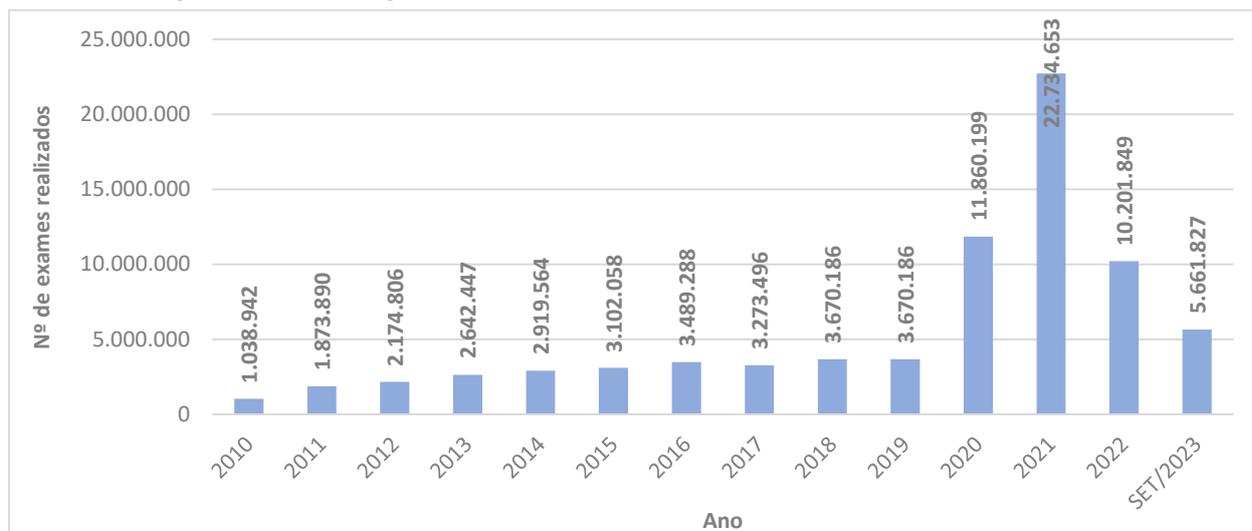
O diagnóstico laboratorial é a primeira linha de resposta a qualquer emergência em saúde pública. O investimento na estruturação, ampliação e manutenção da rede laboratorial do país irá proporcionar a redução do número de mortes, diminuição do tempo de resposta e do tempo de internação em centros de tratamento, desonerando o Estado. Quanto maior for o investimento em políticas de prevenção e metodologias que permitam o diagnóstico de uma determinada doença de forma mais rápida e acurada, maior será a probabilidade de que ocorra a recuperação do paciente e controle das doenças, com menores custos para o indivíduo, sociedade e Estado.

A evolução na capacidade de produção da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública demonstra que, quanto maior o investimento em seu parque tecnológico e na sua modernização, maior será o acesso da população aos diagnósticos, garantindo assim, um tratamento mais adequado e em tempo oportuno.

Embora já tenha havido investimento, se faz necessária a estruturação do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab) para enfrentar futuras pandemias e outras Emergências em Saúde Pública.

Conforme é possível verificar no gráfico a seguir, houve aumento de aproximadamente 700%, entre 2017 a 2022, na produção de exames realizados pela Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, resultado do investimento realizado para o combate à pandemia, demonstrando que investimentos são necessários para garantir a população acesso ao diagnóstico laboratorial.

Gráfico 156. Capacidade de Produção de Exames



Fonte: Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL)-SVSA/MS (2010-setembro/2023).

2.12.3 Emergências em Saúde Pública

Uma emergência em saúde pública (ESP) caracteriza-se como uma situação que demande o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública em situações que podem ser epidemiológicas (surtos e epidemias), de desastres, ou de desassistência à população.

Ao longo dos anos, o Brasil tem investido em estratégias para aprimoramento das ações de preparação, vigilância e resposta, a fim de prevenir, detectar, avaliar e controlar de forma efetiva as doenças, agravos, eventos de saúde pública, bem como os fatores de risco para desastres que ameacem a saúde da população. Entretanto, há um longo caminho a ser percorrido para promover o fortalecimento, a ampliação e a modernização da Vigilância em Saúde do País.

Para atender ao compromisso do Brasil em adotar medidas adequadas de prevenção e controle das Emergências em Saúde Pública, conforme previsão no Regulamento Sanitário Internacional (RSI) destacam-se, entre as iniciativas relevantes da área, a Rede Nacional de Centros de Informação Estratégica em Vigilância em Saúde (CIEVS) e Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh); o gerenciamento do Programa Nacional de Riscos em Saúde Associados a Desastres (Vigidesastres) e o Programa de Treinamento em Epidemiologia de Campo (EpiSUS); e a oferta de intercâmbio técnico e cursos em três idiomas, para países da América do Sul e Central e países de língua portuguesa, por meio do Programa de Formação em Emergências em Saúde Pública (Profesp).

No que se refere à preparação temos a formação e treinamento de profissionais em emergências em saúde pública, onde se destaca o Programa de Treinamento em Epidemiologia aplicada aos Serviços do SUS (EpiSUS), atualmente dividido em três níveis: fundamental, intermediário e avançado. Em todos os níveis é prevista a máxima do “aprender fazendo”, com valorização da aplicação do conteúdo teórico na prática dos serviços do SUS. Um de seus principais objetivos é contribuir com a formação de força de trabalho qualificada para o SUS, em cada um de seus níveis de gestão, considerando as necessidades relacionadas à coleta e análise de dados, vigilância em saúde e investigações de surto, epidemias e pandemias.

Em 2023, o EpiSUS foi Reacreditado pela Rede Global do Programa de Epidemiologia de Campo, a Tephinet, em consonância com padrões que garantem um treinamento de alta qualidade. Atendendo às categorias superiores, nomeadas como “reacreditação com mérito e com distinção”, foi concedido ao EpiSUS-Avançado o título de reacreditação com base nas experiências de fornecimento de evidências para a tomada de decisão e resposta às emergências.

O EpiSUS-Fundamental foi implantado no Brasil em 2017. O curso nasceu da necessidade de qualificar os profissionais de saúde, a fim de aprimorar suas habilidades na realização da vigilância, na investigação de casos, respostas a surtos e outros eventos da saúde. Possui uma carga horária de 200h (aproximadamente três meses) e atualmente tem formato presencial. A população-alvo é de profissionais

do SUS que atuam nos territórios nas diferentes áreas da vigilância, atenção em saúde e laboratório. Nesse nível, é possível abarcar as atividades de resumir dados e monitorar o envio de relatórios em um nível local de vigilância; participar de investigações epidemiológicas de campo; resumir e interpretar dados de vigilância e preparar oportunamente relatórios de vigilância para uso interno.

Entre 2019 e 2021, o nível fundamental foi ofertado por meio de uma plataforma EAD, devido às consequências da pandemia de covid-19 e à necessidade de manter o distanciamento social, reduzindo as possibilidades de encontros presenciais. Essa iniciativa possibilitou que as turmas fossem ampliadas e ofertadas a um maior número de municípios e estados simultaneamente. Entretanto, seguindo o formato preconizado pela Tephinet, em 2022 as turmas passaram a ser semipresenciais e em 2023 totalmente presenciais e descentralizadas para os estados e municípios, com o apoio do Ministério na primeira turma em cada localização. Os resultados dos últimos quatro anos estão apresentados na tabela a seguir.

Tabela 50. Número de Egressos do EpiSUS-Fundamental Segundo Unidade da Federação e Ano de Realização, Brasil, 2020 a 2023

Unidade da Federação	2020	2021	2022	2023*
AC	0	0	2	0
AL	0	0	16	0
AM	0	0	25	0
AP	0	0	4	0
BA	0	0	43	0
CE	103	55	72	0
DF	0	0	65	25
ES	0	0	41	40
GO	0	0	53	0
MA	0	0	10	0
MG	0	0	93	0
MS	0	0	18	0
MT	0	0	14	0
PA	0	0	29	1
PB	0	0	16	0
PE	0	0	63	0
PI	0	0	5	0
PR	0	0	21	0
RJ	0	31	143	78
RN	0	0	14	0
RO	0	0	26	0
RR	0	0	20	0
RS	0	0	26	0
SC	0	0	75	0
SE	0	0	7	0
SP	0	0	81	0
TO	0	0	13	0
Total	103	86	995	144

Fonte: SVSA/MS. *Números de egressos de 2023 sujeitos à alteração.

O EpiSUS-Intermediário foi implementado no Brasil em 2019 e constitui-se como uma pós-graduação em Epidemiologia de Campo, atualmente realizada em parceria com a Fiocruz Brasília. Em 2022 o curso passou por reformulações internas e em 2023 está em processo de descentralização de suas turmas. A especialização *lata sensu* tem duração média de nove meses, com carga horária de 544 horas distribuídas em módulos presenciais e atividades à distância. O público-alvo é composto por profissionais com formação de nível superior, preferencialmente na área da saúde, com experiência profissional de pelo menos um ano desenvolvendo atividades de nível superior em saúde pública/saúde coletiva, vigilância em saúde, epidemiologia e afins.

No contexto da pandemia de covid-19 o EpiSUS-Intermediário foi ofertado também em formato EAD no ano 2021. Tal oferta ampliou o número de alunos em todo o território brasileiro, mas dificultou o acompanhamento das atividades em todo o território nacional. Em 2023, considerando a volta às atividades presenciais, a oferta voltou a ser completamente presencial, conforme preconizado pela Tephinet.

O número de egressos das turmas de EpiSUS-Intermediário realizadas em 2023 está apresentado na tabela a seguir. Cabe destacar que há uma turma em andamento no estado de Santa Catarina e outra que iniciou no final do mês de outubro nos estados da Região Norte.

Tabela 51. Número de Egressos do EpiSUS-Intermediário Segundo Unidade da Federação e Ano de Realização, Brasil, 2020 e 2021

Unidade da Federação	2020	2021	2023*
AC	0	11	0
AL	0	19	0
AM	2	31	0
AP	0	17	0
BA	0	33	0
CE	2	22	0
DF	9	49	0
ES	0	17	0
GO	2	22	0
MA	0	14	0
MG	2	36	0
MS	0	23	0
MT	0	24	0
PA	0	29	0
PB	0	22	0
PE	0	22	0
PI	0	13	0
PR	0	25	0
RJ	0	35	0
RN	0	14	0
RO	0	23	0
RR	0	14	0
RS	2	35	0
SC	0	21	28
SE	0	16	0
SP	0	54	0
TO	0	7	0
Total	19	648	28

Fonte: SVSA/MS. *Números de egressos de 2023 sujeitos à alteração.

Por sua vez, o EpiSUS-Avançado foi implementado em 2000 e tem duração de dois anos (24 meses) – aproximadamente 3.600 horas (80% prática e 20% teórica). O treinamento é concentrado em Brasília/DF e sediado na SVSA/MS. Os profissionais em treinamento são alocados em áreas técnicas e participam de investigações epidemiológicas, em apoio às Unidades Federadas, na vigência de situações e emergências em saúde pública. A dedicação é exclusiva, em tempo integral e a população-alvo são profissionais graduados com experiência profissional e pós-graduação em saúde pública ou áreas afins. Aqui, tem-se os objetivos de coletar dados e implementar melhorias aos sistemas de vigilância; conduzir e liderar investigações utilizando a epidemiologia analítica; desenhar, conduzir, analisar e interpretar dados de estudos epidemiológicos analíticos e desenvolver e divulgar relatórios epidemiológicos e apresentações orais para audiência externa.

As atividades do EpiSUS-Avançado permaneceram acontecendo mesmo no contexto da pandemia da covid-19, já que os profissionais em treinamento nesse nível participam das respostas feitas pelo Ministério da Saúde em contextos de surtos, epidemias e pandemias. Houve suporte contínuo para que os profissionais pudessem dar continuidade às suas atividades de campo, como a disponibilização de máscaras, álcool em gel e testes de covid-19 para os profissionais que precisaram se deslocar.

Os resultados desse nível, considerando o período de 2020 a 2023 estão apresentados na tabela a seguir. Cabe destacar que, em 2020, o EpiSUS-Avançado contou com a participação de dois integrantes de Guiné Bissau.

Tabela 52. Número de Egressos do EpiSUS-Avançado Segundo Unidade da Federação e Ano de Realização, Brasil, 2020 a 2023.

Unidade da Federação	2020	2021	2022	2023
AC	0	0	0	1
AL	0	0	0	0
AM	0	0	0	0
AP	0	0	0	0
BA	1	1	3	3
CE	1	1	1	1
DF	0	1	0	1
ES	0	0	0	1
GO	0	0	1	1
MA	1	0	2	0
MG	0	2	0	1
MS	0	0	0	0
MT	0	0	0	0
PA	1	0	1	0
PB	0	0	0	0
PE	1	3	2	1
PI	0	0	0	0
PR	0	0	1	0
RJ	0	1	0	0
RN	0	0	0	1
RO	0	0	0	0
RR	0	0	0	0
RS	0	1	0	2
SC	0	0	0	0
SE	0	0	1	0
SP	1	1	0	2
TO	0	0	0	0
Total	6	11	12	15

Fonte: SVSA/MS. Dados sujeitos à alteração.

O Programa de Formação em Emergências em Saúde Pública (Profesp), outra estratégia que envolve a preparação, estabelecido em 2021, possui o objetivo capacitar os profissionais para a atuação em emergências de saúde, visando um conceito de formação permanente e continuada, e disponibilizando capacitações para profissionais atuantes nos vários setores e níveis de gestão do SUS. Por meio da plataforma virtual, o Programa disponibiliza ampla e abrangente capacitação para que os profissionais estejam preparados para atuar em Emergências em Saúde Pública.

O modelo de Educação a Distância (EaD) é a estratégia adotada nos cursos, empregando princípios didáticos e pedagógicos fundamentais para o sucesso da aprendizagem em ambiente virtual e com assincronia de participação, permitindo que cada cursista desenvolva seu progresso de estudo em momentos particulares. O Programa atua por meio de metodologias de ensino autoinstrutivas e

descentralizadas, com o uso de conteúdos interativos, infográficos, aulas e animações. Todos os cursos estão disponíveis na plataforma online <https://profesp.saude.gov.br>.

A partir de 2023, o Profesp disponibiliza seus cursos em três níveis de complexidade, os quais compõem o percurso formativo do Programa. Espera-se que, a partir da realização dos cursos do percurso formativo, o profissional adquira os conhecimentos necessários para a atuação em Emergência em Saúde Pública.

O nível bronze (I), primeiro a ser disponibilizado aos cursistas, oferece cursos fundamentais e básicos sobre preparação, vigilância, alerta, resposta e gestão de uma Emergência em Saúde Pública. Por ser o nível de ingresso no Profesp, não requer dos cursistas experiência prévia nos assuntos abordados. A proposta é que os profissionais sejam apresentados aos conceitos e ensinamentos básicos a respeito da vigilância em saúde. Os cursos abordam diversos assuntos de forma abrangente, muitas vezes tratando de temas similares, mas com enfoques diferentes. Para este nível, há maior oferta de cursos e vagas, a fim de capacitar o maior número de pessoas nos assuntos essenciais para a atuação em Emergência em Saúde Pública, criando uma base sólida de conceitos e conhecimentos fundamentais.

Em seguida, o nível prata (II) apresenta cursos de maior complexidade e duração, que requerem maior esforço e dedicação dos cursistas para além dos conhecimentos adquiridos no nível básico. Os cursistas são apresentados a temas complexos e multifacetados, que envolvem diferentes áreas de atuação e o uso de ferramentas e softwares na prática de vigilância em saúde.

Por fim, o nível ouro (III) oferta os cursos de maior complexidade e duração, que exigem dos profissionais os conhecimentos acumulados ao longo dos outros níveis para contextualizar os problemas e situações deste nível. Este, apresenta menor número de cursos e menor oferta de vagas, uma vez que são cursos de alta complexidade e que não são essenciais para a rotina de todos os profissionais que atuam nas Emergências em Saúde Pública.

Vale destacar que o Programa também oferece como parte da formação complementar exercícios simulados em que os participantes podem aprimorar e desenvolver seus conhecimentos em situações que remetem à prática do profissional de saúde no contexto das Emergências em Saúde Pública. Os cursos disponibilizados pelo Programa são:

Nível I:

- Curso Básico de Preparação e Resposta às Emergências em Saúde Pública;
- Curso Básico de Vigilância Epidemiológica Hospitalar no âmbito da RENAVEH;
- Curso Básico da Rede CIEVS;
- Curso básico de diversidade e inclusão para emergências em saúde pública.

Nível II:

- Curso R de trás para frente;
- Curso de Comunicação de Risco em Emergências em Saúde Pública;
- Curso de Emergências Biológicas.

Nível III:

- Curso de Emergências Complexas;
- Curso de Visualização de dados no âmbito das emergências em saúde pública.

A tabela a seguir mostra os dados de matriculados nos cursos em português, por unidade federativa do Brasil.

Tabela 53. Número de Matrículas nos Cursos em Português, por Unidade Federativa do Brasil

Unidade da Federação	Matrículas
AC	221
AL	456
AM	452
AP	133
BA	846
CE	654
DF	513

Unidade da Federação	Matrículas
ES	320
GO	359
MA	511
MG	1238
MS	210
MT	293
PA	615
PB	418
PE	801
PI	195
PR	259
RJ	1013
RN	393
RO	182
RR	144
RS	466
SC	413
SE	217
SP	1195
TO	282
Total	12799

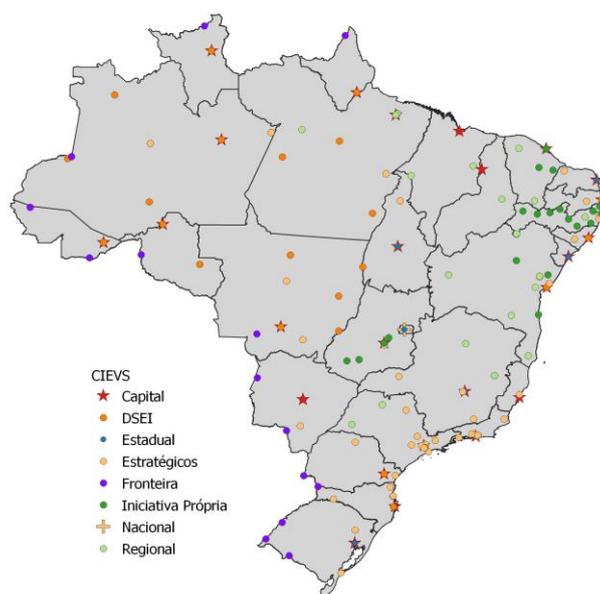
Fonte: SVSA/MS. Dados sujeitos à alteração.

Na vigilância, as ações de detecção, notificação, verificação, avaliação, comunicação, monitoramento e resposta a eventos de saúde que possam constituir emergência em saúde são realizadas pela Rede Nacional de Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Rede Cievs). O Cievs tem como finalidade realizar a detecção, a notificação, o monitoramento e o apoio à resposta a eventos de saúde que possam constituir emergência em saúde pública, no âmbito das três esferas de gestão do SUS. No Brasil, o **Cievs Nacional** é o ponto focal nacional do Regulamento Sanitário Internacional (PF-RSI), e realiza a interlocução com a Organização Pan Americana da Saúde (Opas) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), permanecendo o seu escopo de atuação junto às ações de detecção, vigilância e resposta às emergências em saúde. Na detecção de potenciais eventos de emergência em saúde é realizada a identificação imediata de potenciais ameaças, atuando 24/7/365, por meio da adoção de inteligência epidemiológica, que oportuniza a captura de rumores, avaliação de mudança dos cenários das doenças, agravos para emissão de alerta e comunicação ativa com a Rede Cievs, gestores e PFRSI dos países e OMS.

Tendo em vista a ampliação do serviço executado pelo Cievs, verificou-se a necessidade de criação da Rede Nacional dos Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Rede Cievs) com o objetivo de garantir a atuação de todos os Centros de forma rápida, estruturada, e articulada, formando uma organização de inteligência técnica-informativa, capaz de responder de forma oportuna e coordenada às emergências em saúde pública, nos diferentes níveis da vigilância em saúde pública.

A Rede Cievs está organizada nos respectivos níveis de gestão do SUS de acordo com as seguintes tipologias, composta por 190 unidades Cievs, sendo: 01 Cievs Nacional, 26 Cievs Estaduais e 01 Cievs do Distrito Federal, 42 Cievs Regionais (incluindo as unidades Cievs de Iniciativa Própria, não instituídas por Portaria), 26 Cievs de Capitais, 46 Cievs Municipais, 14 Cievs de Fronteiras e 34 Cievs dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei).

Mapa 14. Unidades Cievs Distribuídas no Brasil por Tipologia.



Fonte: SVSA/MS.

O Cievs Nacional foi instituído pela Portaria GM/MS n.º 30, de 07 de julho de 2005, revogada pela Portaria GM/MS Nº 4.641, de 28 de dezembro de 2022, com a finalidade realizar a detecção, a notificação, o monitoramento e o apoio à resposta a eventos de saúde que possam constituir emergência em saúde pública, no âmbito das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como uma das atividades de rotina do Cievs Nacional, a detecção consiste no levantamento de rumores relacionados a saúde e que podem constituir um potencial risco para a saúde pública. Estes rumores são triados e aqueles classificados como relevantes são compartilhados com a área técnica, Cievs estadual ou país, ora para informar, ora para solicitar a veracidade da notícia, bem como maiores informações quando já foi confirmado.

Na tabela, a seguir, há informações sobre os rumores detectados por ano.

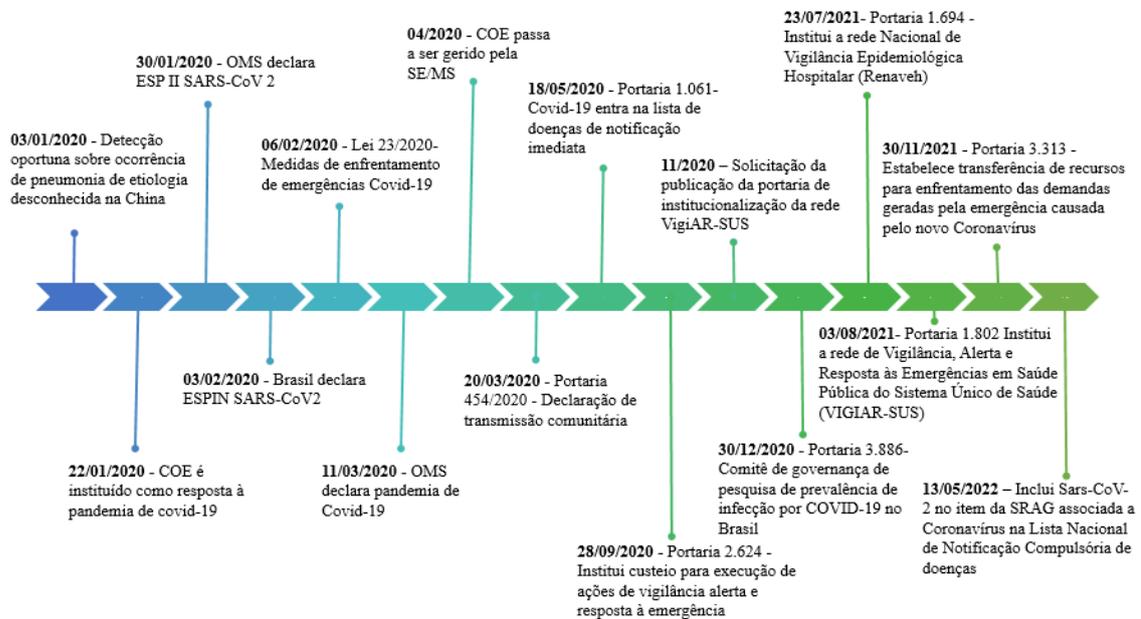
Tabela 54. Panorama dos Rumores Detectados no Cievs Nacional nos Anos de 2020 a 2023

Ano	Rumores Nacionais	Rumores Internacionais	Verificações	Respondido	Total Rumores
2020	1.802	1.091	147	19	2.893
2021	3.559	2.570	299	89	6.129
2022	3.389	2.923	446	286	6.312
2023	1.831	1.613	363	94	3.444

Fonte: Elaborado pelo Cievs Nacional. Dados preliminares.

A detecção precoce pelo Centro Nacional de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Cievs) culminou na ativação do Centro de Operações de Emergência (COE) implementação da resposta à pandemia de infecção do SARS-CoV-2 (covid-19) o que demonstra a importância das estratégias de vigilância e alerta visando uma resposta oportuna na área de saúde pública.

Figura 15. Linha do Tempo – covid-19



Fonte: SVSA/MS. Dados sujeitos a revisão.

O compartilhamento de informações atuais e oportunas de potenciais ameaças à saúde é realizada no Comitê de Monitoramento de Eventos em Saúde Pública (CME), espaço para compartilhamento de e diálogo entre diferentes técnicos e gestores para apoiar a tomada de decisão às emergências em saúde pública (ESP). O Cievs Nacional é responsável por organizar as reuniões do CME de forma semanal, sendo assim, ocorrem 52 reuniões ao ano onde são discutidos eventos em monitoramento que podem causar danos à Saúde Pública.

Em complementação às ações de detecção, monitoramento, alerta e resposta às emergências em saúde pública realizadas pela Rede Cievs, o Ministério da Saúde dispõe da Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh). Seu objetivo principal é permitir o conhecimento, a detecção, a preparação e a resposta imediata às emergências em saúde pública que ocorram no âmbito hospitalar. A Renaveh é composta pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE), instituídos no âmbito das unidades de saúde estratégicas vinculados ao Ministério da Saúde, bem como pelas referências municipais, estaduais e nacional para coordenação das ações de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH). A Renaveh tem como objetivo a detecção oportuna de potenciais emergências em saúde pública identificadas no ambiente hospitalar, possibilitando a rápida transferência de informações entre os demais entes que desempenham ações de preparação, vigilância e resposta no contexto local e nacional, como o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Cievs) e as áreas técnicas que subsidiam o manejo de doenças, agravos e eventos de saúde pública, garantindo a adoção de medidas de prevenção, controle e mitigação de danos.

A Rede era composta por 238 NHE em hospitais estratégicos no ano de 2020, com representatividade em todas as regiões do País, sendo: 85 na Região Nordeste, 80 na Região Sudeste, 27 na Região Sul, 26 na Região Norte, e 20 na Região Centro-Oeste.

Em fevereiro de 2020 o Brasil declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência da covid-19, e com a disseminação do vírus em diferentes países, a OMS declarou a pandemia no mês seguinte. Considerando o seu papel na recepção e manejo dos casos graves da doença, os hospitais foram os serviços de saúde mais demandados pela pandemia de covid-19.

Esse cenário evidenciou a importância dos núcleos frente às emergências em saúde pública, ao passo que mantinham a vigilância e o monitoramento da situação hospitalar e, principalmente, o

gerenciamento da alta demanda de notificações e investigações dos casos. Contudo, os desafios atrelados à pandemia de covid-19 mostraram a necessidade de reestruturação da Renaveh, objetivando o fortalecimento e ampliação dessa rede. Nesse sentido, por meio da portaria GM/MS nº 2.624, de 28 de setembro de 2020, foi instituído o incentivo de custeio, em caráter excepcional e temporário, para a execução de ações de vigilância, alerta e resposta à emergência de covid-19, com ênfase no fortalecimento e ampliação das ações desenvolvidas pelos Cievs e pela Renaveh. Para a execução dessa estratégia foi elaborado o Plano de fortalecimento e ampliação da Renaveh.

O plano estabelecido tinha como meta reestruturar a Renaveh com a inclusão de 437 novos núcleos, além de apoiar o fortalecimento daqueles 238 núcleos já existentes e vinculados à rede. Além disso, foram estabelecidos seis indicadores para acompanhamento do processo de ampliação e fortalecimento, sendo dois indicadores de implementação: fortalecimento da Renaveh e ampliação da Renaveh. Os indicadores operacionais contabilizavam quatro: qualificação dos NHE; representatividade da Renaveh; registro oportuno; e notificação negativa/positiva.

Até 2021, por meio da estratégia de ampliação e fortalecimento foram vinculados 262 novos NHE, totalizando 500 núcleos. A meta estabelecida foi alcançada no ano de 2022 e ultrapassada ainda no mesmo ano, totalizando o quantitativo de 803 NHE vinculados. Atualmente, a rede é composta por 882 núcleos, presentes em todas as unidades da federação, sendo 131 na Região Norte, 69 Região Centro-Oeste, 311 na Região Sudeste, 76 na Região Sul e 295 na Região Nordeste.

Além disso, outro ponto muito importante é que essa estratégia possibilitou o fortalecimento dos NHE situados em municípios fronteiriços, como o de Foz do Iguaçu/PR (fronteira com Paraguai e Argentina), Oriximiná/PA (fronteira com a Guiana e Suriname), Porto Velho (fronteira com a Bolívia) e Uruguaiana/RS (fronteira com a Argentina e Uruguai), e também a ampliação de NHE em quatro outros municípios: Brasiléia/AC (fronteira com a Bolívia), Oiapoque/AP (fronteira com a Guiana Francesa), Ponta Porã/MS (fronteira com o Paraguai) e Tabatinga/AM (fronteira com Colômbia e Peru), ou seja, estão presentes em fronteiras com nove dos dez países que possuem fronteira com o Brasil. Os NHE em municípios de fronteiras são pontos estratégicos para a vigilância em saúde, tornando-se ferramentas que detectam oportunamente as alterações no perfil de morbimortalidade no local e, principalmente, a introdução de novas doenças, sendo capazes de monitorar e responder a esses eventos, evitando que se espalhe na comunidade.

O processo de fortalecimento e ampliação da Renaveh possibilitou maior integração entre os entes que desempenham atividades de vigilância em saúde no âmbito hospitalar, bem como a implementação sistemática de ações de qualificação para a sensibilização e potencialização das capacidades de detecção oportuna de potenciais emergências em saúde pública no ambiente intra-hospitalar.

As ações inseridas no eixo da resposta as ESP, se dá de forma articulada entre o EpiSUS-Avançado, o Programa Vigidesastres e, atualmente, com a formação da Equipe de Resposta Rápida em âmbito nacional. As principais atividades se concentram na operacionalização e apoio gerencial do Centro de Operação Emergencial (COE), missões exploratórias, investigações de surto, apoio à resposta aos desastres. Dentre os COE, destacamos: em 2020, o COE Inundações da Região Sudeste e COE covid-19; em 2022, o COE Arboviroses e COE MPOX; 2023, o COE Arboviroses, o COE Influenza Aviária, o COE Yanomami pela Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) por desassistência ao povo indígena Yanomami.

O Programa Nacional de Vigilância em Saúde dos Riscos Associados aos Desastres (Vigidesastres), instituído pela Portaria GM/MS Nº 4.185, de 1º de dezembro de 2022, possui atribuições relacionadas à gestão de risco de desastres com o desenvolvimento de ações de vigilância e resposta às emergências de saúde pública por desastres. Assim, o programa realiza o acompanhamento das áreas de risco suscetíveis a ocorrências de desastres, monitoramento de eventos, comunicação imediata, qualificação profissional, ações de preparação para emergências em saúde pública com a elaboração de diretrizes, normativas, planos, protocolos, procedimentos, boletins e informes, além da preparação, o programa atua na resposta aos eventos apoiando estados e municípios com o envio de equipe técnica e kits de medicamentos e insumos estratégicos para apoiar na resposta a emergência nos territórios.

A ocorrência de desastres no Brasil é frequente e afeta milhares de pessoas todos os anos. As tipologias mais frequentes estão relacionadas aos desastres de origem natural, como inundações

graduais, enxurradas, alagamentos, deslizamentos, seca e estiagem, além de eventos de caráter tecnológico, como colapso e rompimento de barragens, incêndios em parques industriais e comunidades. Segundo o Sistema Integrado de Informações sobre Desastres (S2ID), de 2020 a set de 2023 foram registrados 20.216 decretos de situação de emergência ou estado de calamidade pública por situação de desastres, afetando 103.407.055 pessoas e serviços essenciais neste período. Dos decretos registrados 72,52 % estão relacionados a desastres de origem natural, destes 3,50% estão relacionados a desastres geológicos, 11,21% desastres hidrológicos, 29,47% desastres meteorológicos e 53,68 % de desastres climatológicos.

No que se refere à resposta, de 2020 a setembro de 2023 foram enviados 381 kits de medicamentos e insumos estratégicos para os municípios afetados, e apoio nas emergências: 2020, inundações na Região Sudeste; 2021, chuvas intensas na Bahia, com deslocamento de equipe técnica para território, Chuvas intensas Tocantins; 2022, Chuvas intensas em Bahia, Amapá, Rio de Janeiro, Pernambuco e Paraná; 2023, Desastre litoral norte de São Paulo, Maranhão, Acre e Porto Alegre, com deslocamento de equipe técnica para Maranhão, Acre e Porto Alegre. Cabe enfatizar que cada kit possui a capacidade de abastecer cerca de 500 pessoas desabrigadas/desalojadas por 3 meses.

2.12.4 Vigilância em Saúde do Trabalhador

A estratégia de Vigilância em Saúde do Trabalhador configura-se como linha condutora para alcance da atenção integral a essa população. Parte dessa estratégia inclui o fortalecimento da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), criada em 2002, e da implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, publicada em 2012, as quais tem os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) como componentes essenciais para disseminação e qualificação das ações em toda Rede de Atenção à Saúde do SUS.

Existem 221 Centros habilitados abrangendo 3.870 municípios. Porém, a cobertura efetiva apresenta diferenças loco-regionais, relacionadas tanto ao quantitativo de municípios e de população abrangida por cada Cerest quanto ao modelo de atuação dos referidos Centros.

2.12.5 Vigilância em Saúde Ambiental

De 2013 a 2022, foram registradas 1.361.322 notificações de intoxicações exógenas, que podem ser definidas como a consequência clínica e/ou bioquímicas da exposição a substâncias químicas encontradas no ambiente. As intoxicações não se distribuem de forma homogênea, podendo apresentar diferenças quando avaliadas por atributos geográficos, sociais e econômicos. Em 2022, as maiores incidências concentraram-se nas Regiões Sudeste (65,23 por 100 mil habitantes) e Centro-Oeste (62,62 por 100 mil habitantes).

Esse cenário figura um importante problema de saúde dada a exposição e interação humana com diversas substâncias químicas presentes no ambiente, além do fato de que essas intoxicações apresentam um padrão crescente no país, haja vista que nos últimos 10 anos (2013 a 2022) houve um incremento de 67,79% na incidência. Os agrotóxicos se destacam pela magnitude dos casos de intoxicações. No período de 2013 a 2022, foram notificados 131.605 casos, sendo 55,81% no sexo masculino, 44,17% no feminino e ignorado 0,01%.

A OMS²⁹ elegeu, em 2019, a poluição do ar e mudança do clima como um dos dez principais eixos da agenda global, tendo em vista que a poluição atmosférica é considerada o maior risco ambiental para a saúde humana. De acordo com a OMS, nove em cada 10 pessoas no mundo respiram ar contendo altos níveis de poluentes e sete milhões de mortes anuais ocorrem em função da exposição à poluição atmosférica. Dessas, estima-se que 21% sejam por pneumonia, 20% por derrame, 34% por doenças cardíacas isquêmicas, 19% por doença pulmonar obstrutiva crônica e 7% por câncer de pulmão.

O SUS é enormemente impactado pelos agravos relacionados à poluição atmosférica. A OMS considera que entre 20 e 30% das internações por doenças respiratórias podem estar relacionadas à poluição atmosférica. Entre 2013 e 2022 ocorreram 1.126.578 internações no país por doenças respiratórias ultrapassou 18,9 bilhões, dos quais 1,72 bilhão apenas em 2022.

²⁹ Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação sobre a saúde dos trabalhadores 2015-2025. 54^o Conselho Diretor. Washington, D.C: OMS. 2015. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33985/CD54_10Rev.1-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 27 de outubro de 2023.

De acordo com a OMS³⁰, aproximadamente, 3,3% das mortes no mundo em 2016 foram atribuídas à falta de acesso adequado à água, ao esgotamento sanitário e à higiene (Water, Sanitation and Hygiene – WASH). Percentual equivalente a, aproximadamente, dois milhões de mortes evitáveis, que atingem principalmente crianças menores de 5 anos, responsáveis por 13% de todas as mortes. Nesse contexto, destacam-se as doenças diarreicas, sendo 69% provocada por condições inadequadas de WASH³¹, além de serem responsáveis por 8% de todas as mortes no mundo em crianças menores de 5 anos.

Infelizmente, essas doenças afetam sobretudo as populações que vivem em contextos de maior vulnerabilidade, com baixas condições socioeconômicas e ambientais, e que já sofrem outras pressões³². Segundo a OMS (2019), nos países de baixas renda, crianças menores de três anos apresentam em média três episódios de diarreia por ano. E sua principal complicação é a desidratação, que influencia negativamente o crescimento e o desenvolvimento da criança e, se não for corrigida rapidamente, pode causar complicações mais graves.

As doenças diarreicas são transmitidas principalmente pela via fecal-oral e são frequentemente causadas pela ingestão de agentes patogênicos, constituindo a água um dos principais veículos de transmissão, mas também podem acontecer por transmissão direta de pessoa a pessoa e de animais para pessoas, bem como por transmissão indireta pelo consumo de alimentos contaminados e contato com objetos contaminados, principalmente quando se têm condições precárias no que tange ao saneamento e à higiene^{34 35 36}.

Segundo estudo de Pruss-Ustun et al.³⁷ a estimativa da carga das doenças diarreicas relacionadas as condições inadequadas de água, esgotamento sanitário e higiene (WASH), calculada para 145 países de baixa e média renda (Estados-Membros da OMS com níveis de rendimento definidos pelo Banco Mundial em 2012). Os resultados indicaram que 60% de todas as mortes causadas por doenças diarreicas foram atribuídas a condições inadequadas de WASH, equivalente a 829.000 mortes por ano e, dentre essas, 35% foram atribuídas a água contaminada (31% esgotamento sanitário e 12% higiene).

³⁰ WHO. Safer water, better health. World Health Organization, 2019

³¹ WHO. Burden of disease attributable to unsafe drinking-water, sanitation and hygiene, 2019 update. Geneva: World Health Organization; 2023.

³² ASMUS, Gabriela Farias et al. Vulnerabilidade em saúde no contexto de mudanças ambientais: o caso das doenças de transmissão hídrica em Caraguatatuba, Litoral Norte-SP. 2014.

³³ HELLER, Léo. Relação entre saúde e saneamento na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 3, p. 73-84, 1998.

³⁴ WHO. Guidelines for drinking-water quality: fourth edition incorporating the first addendum. World Health Organization, 2017.

³⁵ CAIRNCROSS, Sandy; FEACHEM, Richard. Environmental health engineering in the tropics: Water, sanitation and disease control. Routledge, 2019.

³⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

³⁷ PRÜSS-USTÜN A., WOLF J., CORVALÁN C., BOS R., NEIRA M. Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the environmental burden of disease from environmental risks. Geneva: World Health Organization; 2016.

2.13 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é uma Agência Reguladora de abrangência nacional que atua de forma vinculada ao MS, com sede e foro no Distrito Federal e atuação em todo país, por meio das atividades realizadas em portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados. Compõe o SUS e tem a função de coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), atuando de forma conjunta com os estados, o DF e os municípios.

A Anvisa é responsável por controlar e regular a produção e consumo de produtos e serviços relacionados com a saúde, protegendo e promovendo a saúde da população brasileira, garantindo que os produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária sejam produzidos e utilizados de forma segura, eficaz e com qualidade. Atua baseada em valores como visão sistêmica, transparência, diálogo, ação integrada do SNVS, conhecimento técnico e excelência na prestação de serviços à sociedade.

2.13.1 Registro e Autorizações

2.13.1.1 Alimentos

A Anvisa é órgão responsável pelo registro de alimentos e pela avaliação de segurança dos insumos usados na fabricação desses produtos, incluindo aditivos alimentares, materiais que entram em contato com os alimentos e novos ingredientes. A maioria dos alimentos comercializados no Brasil são dispensados de autorização junto à Anvisa, pois seus riscos à saúde estão mais ligados ao processo de fabricação do que a formulação. O registro é restrito a categorias destinadas a grupos vulneráveis ou produtos obtidos de processos tecnológicos novos ou que pretendem alegar benefícios específicos à saúde. Já para os insumos, a maioria passa por algum tipo de regulação da Anvisa.

A tabela a seguir apresenta os registros concedidos, por categorias de produtos, de 2020 a 2022. A categoria de alimentos infantis continua a líder em quantidade de registro aprovados, o que tem relação com as regras atuais, que obrigam que todos os alimentos processados destinados a crianças menores de três anos sejam registrados.

Tabela 55. Registros de Alimentos Concedidos Por Categoria, 2020-2022

Categorias de produtos	2020	2021	2022	Total
Alimentos infantis	72	44	44	160
Suplementos alimentares de probióticos ou enzimas	31	26	27	84
Alimentos enterais	16	15	20	51
Resinas/Embalagens recicladas	15	19	3	37
Novos alimentos	-	-	2	2
Total	134	104	96	334

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

2.13.1.2 Medicamentos

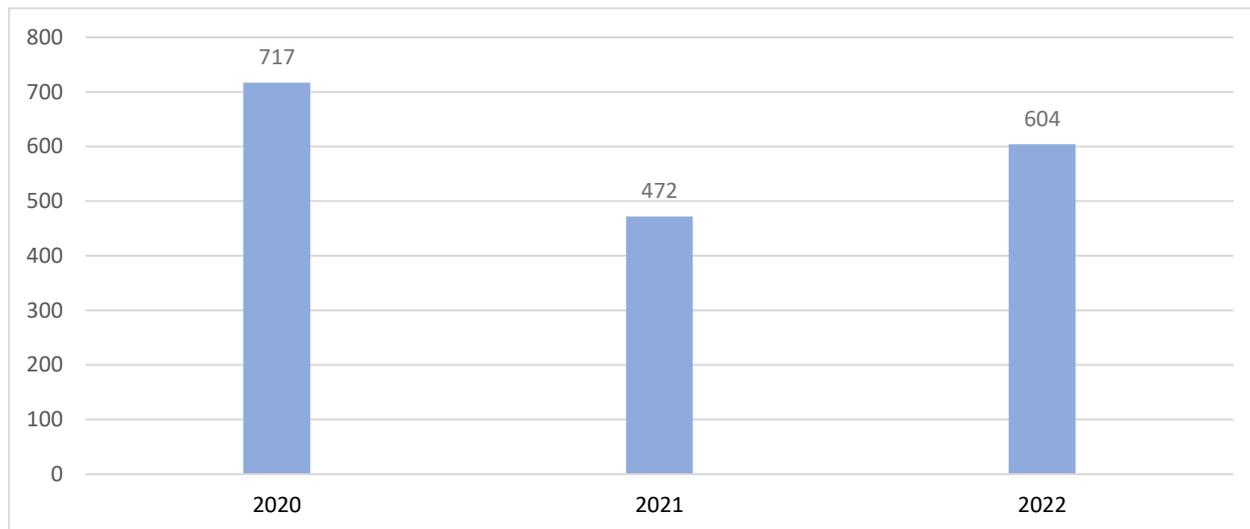
A Anvisa desempenha um papel de grande importância na regulação e monitoramento de medicamentos no Brasil, sendo sua missão primordial assegurar a qualidade, eficácia e segurança dos produtos disponíveis no mercado.

A pandemia causada pelo novo coronavírus trouxe a necessidade de publicação de regulamentos que aprimorassem e agilisassem o registro e pós registro de medicamentos, como a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n.º 415, de 26 de agosto de 2020; RDC n.º 484, de 19 de março de 2021, que dispõe sobre procedimentos temporários e extraordinários para a autorização, em caráter emergencial, de medicamentos anestésicos, sedativos, bloqueadores neuromusculares e outros medicamentos hospitalares usados para manutenção da vida de pacientes, com a possibilidade de notificações e a RDC n.º 688, de 13 de maio de 2022, que dispõe sobre os procedimentos e requisitos para a manutenção das autorizações já concedidas e para os novos pedidos de Autorização Temporária de Uso Emergencial (AUE), em caráter experimental, de medicamentos e vacinas contra a covid-19.

O ano de 2022 foi marcado pela determinação pelo MS do fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) relacionada à covid-19. Essa determinação levou à revisão de uma série de atos publicados em decorrência da pandemia, mas não encerrou outras ações de enfrentamento necessárias frente ao surgimento de novas variantes do vírus e para garantir proteção vacinal à população pediátrica.

Ainda em 2022, o mundo foi acometido por uma nova ameaça causada pelo vírus Monkeypox, causador da chamada varíola do macaco. No que compete à Anvisa e à regularização de medicamentos e vacinas, publicou-se a RDC nº 747, de 19 de agosto de 2022, permitindo a dispensa temporária do registro de produtos adquiridos pelo MS para prevenção ou tratamento da Monkeypox.

Gráfico 157. Número de Registros de Medicamentos, Produtos Biológicos e Insumos Farmacêuticos Ativos Concedidos, 2020 A 2022



Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

2.13.1.3 Produtos para Saúde

A Anvisa é responsável pela regularização de produtos para saúde, nome dado aos dispositivos médicos utilizados na realização de procedimentos médicos, odontológicos e laboratoriais, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação ou anticoncepção.

Desde 2015, os processos regulatórios para a autorização da comercialização de dispositivos médicos de menor risco, especificamente os de classe de risco I e II³⁸, começaram a ser simplificados. Em 2017, a Anvisa instituiu o regime de notificação para os dispositivos médicos da classe de risco I, os dispensando da análise que antes era feita no regime de registro ou cadastro, sem que haja renúncia ao cumprimento da legislação sanitária, por meio da RDC nº 270/2019. Em 2020, a edição da RDC nº 423, de 16 de setembro de 2020, estendeu o regime de notificação para os dispositivos médicos da classe de risco II, fazendo com que o regime de cadastro fosse extinto.

A partir da RDC nº 348, de 17 de março de 2020, e da RDC n.º 349, de 19 de março de 2020, dispositivos médicos essenciais e estratégicos para o combate à covid-19 passaram a ter análise prioritizada pela Anvisa.

³⁸ Os produtos para saúde são classificados em quatro classes de risco, conforme o risco associado na sua utilização: Classe I – baixo risco; Classe II – médio risco; Classe III – alto risco; Classe IV – máximo risco.

Tabela 56. Número de Novos Produtos Para Saúde Aprovados Por Tipo, 2020 A 2022

Ano	Implantes Ortopédicos	Materiais de Uso em Saúde	Dispositivos de Diagnóstico In Vitro	Equipamentos de Uso em Saúde	Total
2020	240	5.800	2.200	1.900	10.140
2021	153	4.864	1.432	1.288	7.737
2022	218	4.844	1.490	1.259	7811

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

2.13.2 Fiscalização e Monitoramento

2.13.2.1 Monitoramento de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária

O monitoramento de produtos sujeitos à vigilância sanitária é o processo de coleta sistemática, contínua de dados de segurança dos produtos, da análise e interpretação de dados e outras informações, da adoção de medida de prevenção e controle, da avaliação da medida adotada e da disseminação de informações sobre um produto autorizado para o uso humano, pela Anvisa.

A farmacovigilância é a vigilância de eventos adversos aos medicamentos e vacinas. Recebeu, nesses anos de pandemia, uma atenção especial em função da introdução dos fármacos e vacinas destinados ao enfrentamento do novo coronavírus. Em 2021, o sistema VigiMed passou a ser o canal oficial da Anvisa, para recebimento de notificações de eventos adversos a medicamentos e vacinas.

Tecnovigilância é a vigilância dos eventos adversos e queixas técnicas de equipamentos, produtos de diagnósticos de uso in vitro e materiais de uso de saúde.

Tabela 57. Número de Notificações de Eventos Adversos e Queixas Técnicas, Recebidas no Notivisa, 2020 – 2022

Ano	Eventos Adversos	%	Queixas Técnicas	%	Total
2020	2.562	18,4%	11.363	81,6%	13.925
2021	2.576	17,2%	12.364	82,8%	14.940
2022	3.479	19,6%	14.234	80,4%	17.713

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Biovigilância é um conjunto de ações de monitoramento e controle que abrangem todo o ciclo do uso terapêutico de células, tecidos e órgãos humanos desde a doação até a evolução clínica do receptor e do doador vivo com a finalidade de obter informações relacionadas aos eventos adversos para prevenir a sua ocorrência ou recorrência.

Tabela 58. Número de Reações Adversas Envolvendo Células, Tecidos e Órgãos Utilizados em Transplantes, Segundo a Gravidade do Dano, 2020 – 2022

Ano	2020				2021				2022			
	L	M	G	O	L	M	G	O	L	M	G	O
Gravidade												
Células	3	4	2	-	7	7	3	1	52	9	6	1
Tecidos	12	-	-	-	3	2	1	-	29	6	3	-
Órgãos	16	32	9	21	13	13	2	14	37	66	24	16
Total	99				66				249			

Legenda Gravidade – L: Leve; M: Moderada; G: Grave; O: Óbito.

Fonte: Limesurvey-Biovigilância/Anvisa.

2.13.2.2 Fiscalização de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária

A Anvisa realiza ações de investigação das irregularidades sanitárias relacionadas a produtos e serviços. As ações de fiscalização são realizadas a partir de programas de monitoramento e decorrentes de denúncias e queixas técnicas, que podem iniciar um processo de investigação sanitária, em que são avaliadas as informações apresentadas e, se necessário, são realizadas diligências para que existam subsídios suficientes e robustos para a tomada de decisão mais adequada da Agência.

Quando uma infração sanitária é confirmada e há identificação de autoria e materialidade, instaura-se um Processo Administrativo Sanitário (PAS), tendo como premissas a consistência jurídica do processo e o respeito à ampla defesa e contraditório.

Tabela 59. Infrações Sanitárias Apuradas Por Tipo de Infração, 2020-2022

Tipo de infração	2020	2021	2022	Total
Propaganda irregular	311	172	177	660
Descumprimento de notificação/RE/ recolhimento	180	220	152	552
Comércio de produto sem registro	296	313	81	690
Rotulagem irregular	109	106	53	268
Desvio de qualidade (laudo de análise e outros)	130	214	52	396
Sem Autorização de Funcionamento de Empresas (AFE)	87	192	39	318
Alteração pós-registro sem anuência	22	14	5	41
Outras	331	389	238	958
Total	1.466	1.620	797	3.883

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Tabela 60. Risco das Infrações Sanitárias no Período, 2020-2022

Risco das infrações*	2020	2021	2022	Total
Alto	226	706	793	1.725
Médio	49	50	62	161
Baixo	88	127	120	335
Total	363	883	975	2.221

*Processos analisados e encaminhados para julgamento.

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

No que se refere ao enfrentamento do coronavírus, houve atuação no julgamento das infrações sanitárias tais como: desvio de qualidade de produtos, ausência de comunicação de doentes a bordo de meios de transporte, procedimentos de limpeza e desinfecção de superfícies inadequados, entre outros, além da realização de monitoramento mensal dos riscos.

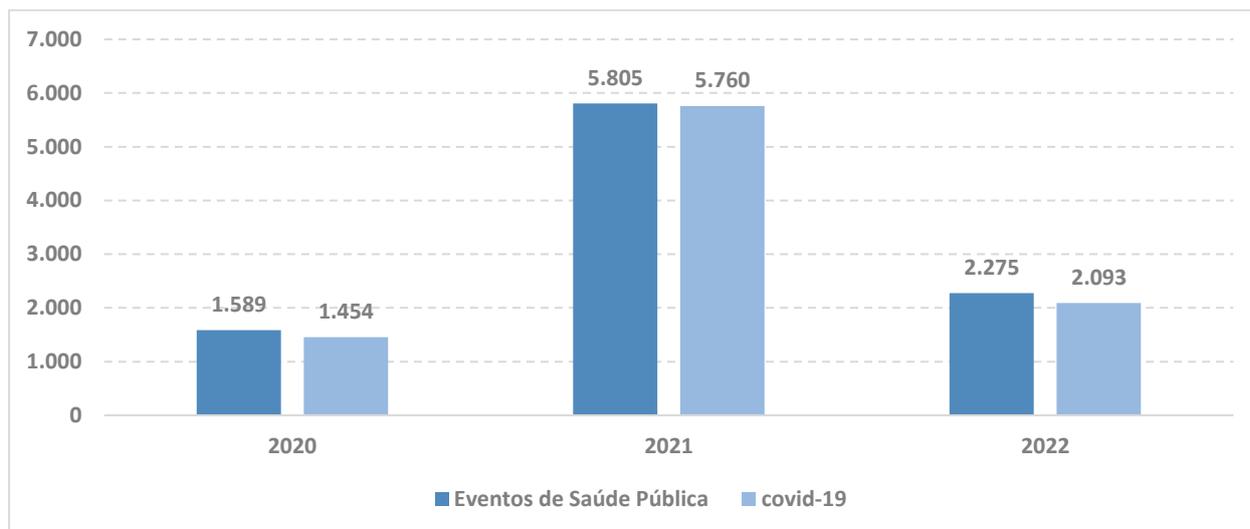
2.13.2.3 Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados (PAF)

A Anvisa exerce a fiscalização e o monitoramento em portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados, abrangendo meios de transporte, produtos e serviços. Também fiscaliza o cumprimento de normas e adota medidas de prevenção e controle de surtos, epidemias e outros agravos à saúde.

Buscando melhorias nos fluxos operacionais e procedimentos de trabalho foi estabelecido, em 2022, um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) e ações direcionadas ao gerenciamento de risco. Além da implantação do Risk Manager que é o sistema utilizado para registro e acompanhamento das inspeções realizadas em infraestrutura, meios de transporte e serviços.

No que tange aos eventos de saúde pública detectados em ambientes de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados entre os anos de 2020 e 2022, percebe-se a prevalência em torno de 90% para casos de covid-19, quando comparados ao total de eventos registrados.

Gráfico 158. Eventos de Saúde Pública em Ambientes de PAF, 2020-2022



Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Na área de importação, a partir de 2020, foram publicadas resoluções sobre requisitos direcionados a medicamentos, insumos e produtos para saúde em virtude da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) relacionada ao coronavírus. Essas normas, publicadas de forma extraordinária e temporária, foram importantes para a manutenção do abastecimento de produtos nos serviços de saúde.

2.13.3 Anvisa reconhecida pela Organização Mundial de Saúde

Com o objetivo de promover o acesso, a inovação e a produção de medicamentos de qualidade por meio do reconhecimento do Brasil como autoridade sanitária de referência internacional na lista da OMS, a Anvisa tem trabalhado para obter a certificação *WHO Listed Authority (WLA)*.

Em 2021, a Anvisa instituiu um Grupo de Trabalho para realizar uma autoavaliação da Agência com o uso da *Global Benchmarking Tool Plus (GBT+)*, que é uma ferramenta da OMS para avaliação dos sistemas regulatórios das Autoridades Sanitárias Nacionais, atribuindo níveis de maturidade de I a IV. O nível de maturidade I: trata de sistema regulatório com apenas alguns elementos existentes; nível II: apresenta um sistema regulatório nacional que desempenha parcialmente funções regulatórias essenciais; nível III: se refere a um sistema regulatório estável, com bom funcionamento e integrado; nível IV: identifica um sistema regulatório que funciona num nível avançado de rendimento e melhoria contínua. O sistema é uma união de outras ferramentas utilizadas desde 1997 para vacinas e medicamentos.

As agências avaliadas em níveis de maturidade III e IV pela ferramenta de avaliação da OMS (GBT) são publicamente listadas pela OMS como confiáveis na WLA. Essas agências terão excelência reconhecida internacionalmente e os produtos regulados por essas agências se beneficiariam de acesso preferencial a sistemas de compras da OMS, bem como de outras organizações e de países que se pautam pelos mesmos critérios da Organização. Além disso, esse status fortalece a competitividade internacional de produtos fabricados no Brasil e amplia a possibilidade de reconhecimento unilateral dos atos regulatórios da Anvisa, facilitando acesso a outros mercados.

Em 2022, a OMS estabeleceu uma lista transitória de autoridades de referência que valerá até fevereiro de 2027, sendo a Anvisa incluída por estar pré-qualificada junto à OMS para vacinas e por alcançar o Nível IV de maturidade pela avaliação regional da OpaS.

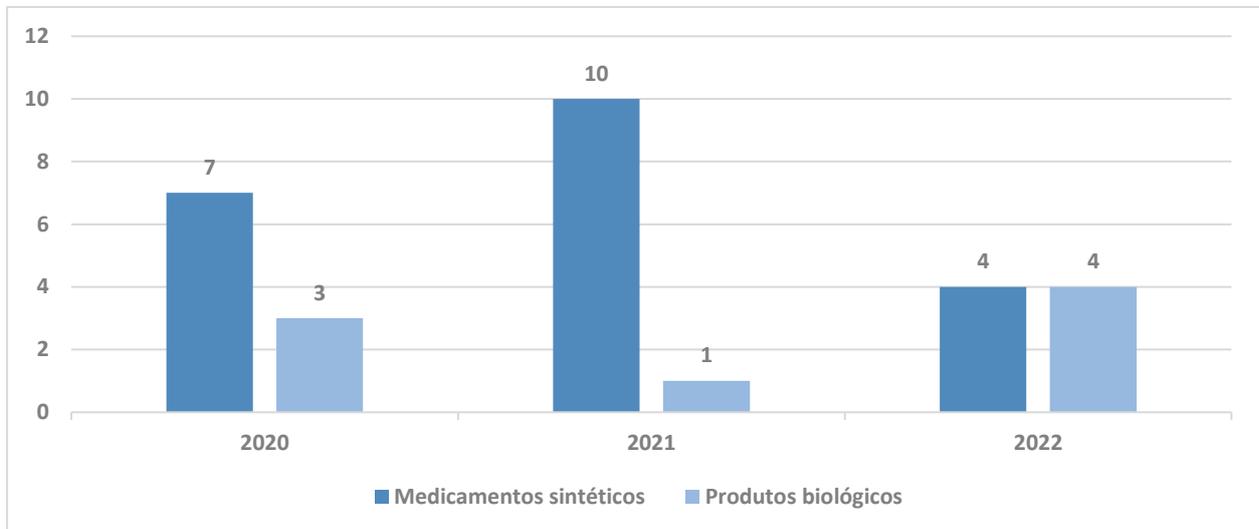
2.13.4 Ações de Equidade Promovidas pela Vigilância Sanitária

2.13.4.1. Medicamentos para doenças raras

A RDC nº 205, de 28 de dezembro de 2017, estabelece procedimentos especiais em relação ao registro de medicamentos para tratamento de doenças raras. Esses procedimentos abrangem tanto uma

análise mais célere, com prazos mais curtos, quanto a aceitação de provas por meio de termo de compromisso.

Gráfico 159. Número de Registros Concedidos de Medicamentos e Produtos Biológicos para Doenças Raras, 2020 a 2022



Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

2.13.4.2. Boas Práticas no Ciclo do Sangue

Por determinação do Supremo Tribunal Federal (STF), a Anvisa revogou a alínea "d" do inciso XXX, do art. 25, da RDC nº 34, de 11 de junho 2014, que restringia a doação de sangue por homossexuais do sexo masculino, contribuindo para a garantia de direitos e de igualdade da população LGBTIQIAP+.

2.14 GESTÃO EM SAÚDE

2.14.1 Gestão Interfederativa e Participativa

O planejamento no SUS é de responsabilidade conjunta das três esferas da federação, sendo que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios devem desenvolver suas respectivas atividades de maneira funcional para conformar um sistema de Estado que seja nacionalmente integrado. Assim, as atividades de planejamento desenvolvidas de forma individual, por cada ente federado, em seus respectivos territórios, devem levar em conta as atividades das demais esferas, buscando gerar complementaridade e funcionalidade, no contexto do Planejamento Regional Integrado.

Observa-se então uma vertente importante para o planejamento no SUS, que é o fortalecimento das relações interfederativas e o trabalho conjunto e solidário entre as esferas de gestão do SUS.

Além disso, destaca-se a relevância de o planejamento refletir as necessidades de saúde da população, estabelecido pela legislação por meio das participações social e popular, para possibilitar que os movimentos sociais e a população participem do processo de formulação, controle e avaliação das políticas de saúde, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade, possibilitando o acesso, de forma equitativa, a todo cidadão.

Nesse contexto, faz necessário o fortalecimento dos canais para efetiva participação social e popular. A participação social se expressa por meio das conferências de saúde que se reúnem a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para o planejamento e também pelo conselho de saúde, de caráter permanente e deliberativo, é órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. Com relação a participação popular, a qual se refere o artigo 31 da Lei Complementar n.º 141, de 2012, é necessário que se estabeleça os canais para efetiva participação das pessoas que residem numa determinada localidade e que desejam contribuir para definição das políticas.

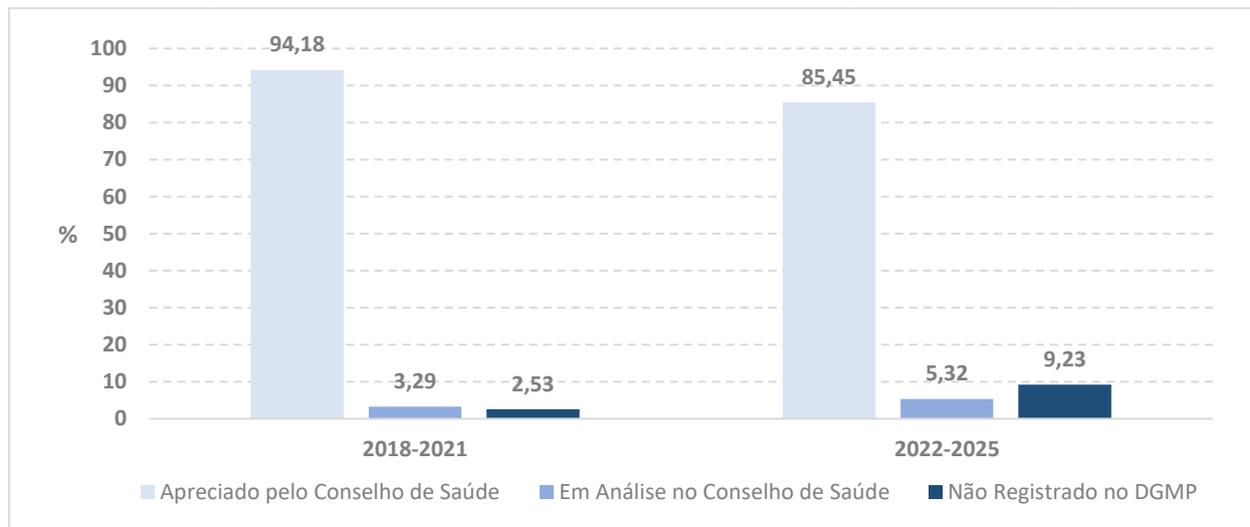
Espera-se que as participações social e popular contribuam no aperfeiçoamento do campo da gestão do SUS, seus processos e instrumentos, como também a geração e disponibilização de informações estratégicas, em tempo oportuno, para subsidiar a tomada de decisão, a partir da identificação de problemas e apontar a correção de rumos. Assim, o fortalecimento das relações interfederativas e das participações social e popular pode impactar na elaboração de planejamentos que reflitam as necessidades de saúde da população. Como o planejamento dos entes se expressam nos instrumentos de planejamento do SUS, temos aqui uma fonte de consulta para análise do processo de planejamento, que precisa envolver a participação social e popular, elaboração dos instrumentos de planejamento por parte dos gestores, envio desses instrumentos para apreciação nos respectivos conselhos de saúde e análise e parecer por parte do referido órgão colegiado.

Os instrumentos de planejamento (plano de saúde, programação anual de saúde e relatório de gestão) são registrados e ou elaborados no digiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP). Esse sistema configura-se, então, como a fonte de informação para análises acerca do planejamento no SUS.

Assim, em consulta ao DGMP na data de 09/10/2023, apurou-se que 5.018 municípios (90,12% do total) haviam registrado o plano de saúde de 2022-2025 no referido sistema. Contudo, desse total, apenas 1.490 municípios (29,69%), inseriram a resolução do respectivo conselho de saúde que definia as diretrizes para o planejamento.

Quanto à elaboração, envio e apreciação do plano de saúde dos municípios, observa-se que para o ciclo de planejamento 2018-2021, cerca de 2,5% dos municípios não o registraram no DGMP e em 3,2% não houve manifestação do respectivo conselho de saúde. Para o atual ciclo de planejamento, 2022-2025, esses percentuais situam-se em 9,2% e 5,32, respectivamente, conforme gráfico a seguir:

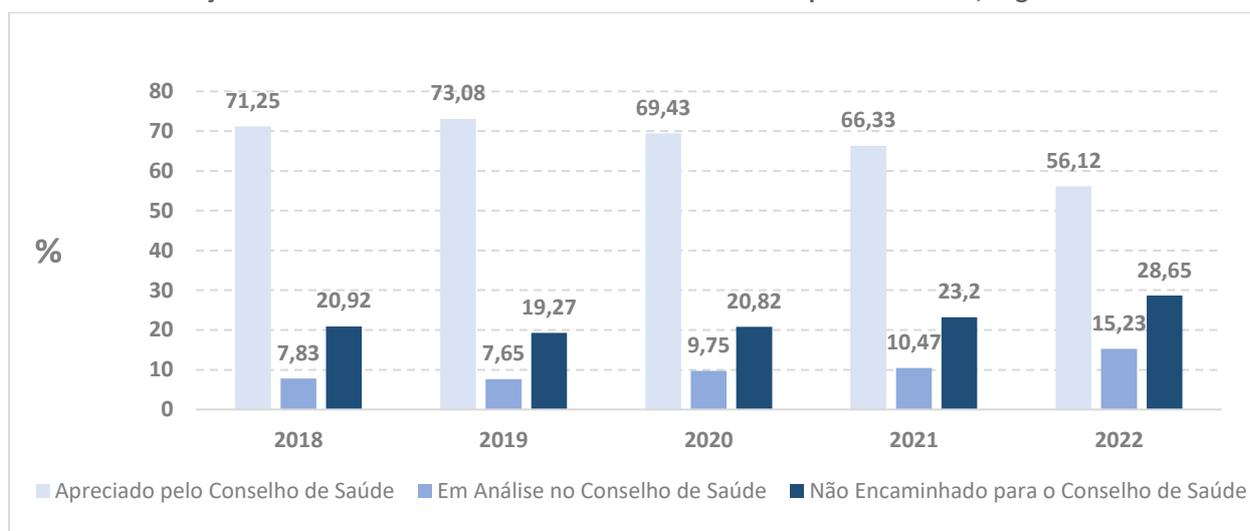
Gráfico 160. Situação do Plano de Saúde 2018-2021 e 2022-2025 dos Municípios Brasileiros, Segundo Status



Fonte: DGMP – Dado coletado em 31/10/2023.

Com relação ao relatório de gestão, observou-se que, entre 2018 e 2022, a média da inadimplência na elaboração desse instrumento por parte dos municípios é de 22,57% e, em média, cerca de 10% dos municípios permanecem com o referido relatório em análise no respectivo conselho de saúde, consoante apresentado no gráfico a seguir:

Gráfico 161. Situação do Relatório de Gestão de 2018 a 2022 dos Municípios Brasileiros, Segundo Status



Fonte: DGMP – Dado coletado em 31/10/2023.

Os dados apontam dificuldades para elaboração e apreciação dos instrumentos de planejamento em tempo compatível com a previsão legal, porém, indicam a necessidade de elaboração de instrumentos que de fato expressem o planejamento pautado pelas necessidades de saúde da população em questão, portanto, implicando na efetiva participação social e popular na elaboração do planejamento.

2.14.2 Recursos Financeiros

A previsão, alocação e disponibilização de recursos financeiros tem sido um ponto permanente de debates e de recorrentes alterações no regramento para cálculo e cômputo dos limites mínimos constitucionais a serem despendidos com ações e serviços públicos de saúde (ASPS).

Desde a instituição da Emenda Constitucional (EC) n.º 29, de 2000, a União deve aplicar um montante mínimo, que tem sofrido variações em consequência de sucessivos instrumentos legais. A LC n.º 141, de 2012 regulamentou a EC n.º 29, manteve a indexação à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) e, principalmente, definiu o rol de ações e serviços públicos de saúde, cujas dúvidas suscitadas a respeito foram dirimidas com a edição do Acórdão n.º 31/2017 – TCU – Plenário.

Posteriormente à EC n.º 29, houve a modificação da condição de indexação ao PIB para a vinculação à Receita Corrente Líquida (RCL) da União, por meio da EC n.º 86, aprovada em 17 de março de 2015, que vinculou percentuais aos recursos para o setor. Em princípio, pretendia-se o escalonamento de percentuais da RCL de 13,2% em 2016 até 15% em 2020, o que vigorou por um curtíssimo prazo, em função da edição da EC n.º 95, de 15 de dezembro de 2016 (Teto de gastos), que fixou o montante de 15% da RCL de 2017 e estabeleceu, para os exercícios posteriores, o valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA.

Mais recentemente, o parâmetro de disponibilização de recursos da União para o SUS foi novamente alterado. Neste sentido, esse novo dispositivo constitucional, qual seja, a EC n.º 126, de 21 de dezembro de 2022 previu a revogação da EC n.º 95/2016, após o estabelecimento de novas regras fiscais estabelecidas por Lei Complementar. Dessa forma, com a sanção da Lei Complementar n.º 200, em 30 de agosto de 2023, a EC n.º 95/2016 perdeu a vigência, ficando restabelecido o parâmetro de 15% da receita corrente líquida do exercício como piso de recursos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde. Com base em casos semelhantes anteriores, a área econômica encaminhou consulta ao Tribunal de Contas da União (TCU) questionando se o novo piso de aplicaria apenas em 2024 ou se haveria retroatividade para o ano de 2023. O TCU se manifestou favoravelmente ao entendimento que o piso de 15% da RCL se aplica apenas para 2024.

No entanto, a LC 201, de 24 de outubro de 2023, deixou expresso que o parâmetro a ser adotado em 2023 deve ser 15% da RCL prevista na aprovação da Lei Orçamentária de 2023 e que a regra reestabelecida de 15% da RCL apurada no exercício vigente passaria a valer a partir de 2024.

Esse contexto, recorrentemente desafiador, induz o MS a aprimorar sua capacidade de gestão, de forma a aperfeiçoar critérios de priorização, qualificação do gasto setorial e criar sinergia entre a programação prioritária e as proposições apresentadas ao Orçamento Geral da União, por meio de emendas parlamentares com tipologias diversas, no sentido de somar esforços para potencializar os resultados positivos da atuação setorial, diante da realidade conjuntural de limitações nas disponibilidades financeiras.

Com relação ao rateio dos recursos da União, vinculados a ações e serviços públicos de saúde, a Lei Complementar n.º 141 estabelece que, além dos critérios fixados no parágrafo anterior, devem ser observadas as necessidades de saúde da população, levando em consideração as dimensões epidemiológicas, demográfica, socioeconômica e espacial, além da capacidade de oferta, em consonância com o propósito de redução das desigualdades regionais, intenção estabelecida no Inciso II, Parágrafo 30 do Art. 198 da Constituição Federal.

No entanto, ainda se observam fragilidades na execução descentralizada, principalmente com relação à modalidade de transferência dos mais de 43% do total dos gastos em ações e serviços públicos de saúde de responsabilidade da esfera federal. Para atender à reivindicação recorrente das demais esferas administrativas, devido ao alegado e crescente grau de rigidez do Orçamento Federal, o MS publicou a Portaria n.º 3.992, de 2017, que modificou o modo como os recursos federais devem ser repassados a estados e municípios, favorecendo a flexibilidade para a gestão financeira dos entes federativos, observada a vinculação com a funcional-programática da União que originou o repasse dos recursos. Essa nova forma de execução das transferências converteu os repasse dos seis blocos de financiamento em duas modalidades de repasse: custeio e investimento.

Tabela 61. Aplicação Mínima Constitucional em Saúde - Comparativo do Piso Constitucional em Saúde - EC'S 95/113, 2017-2024

(Em R\$ bilhões)

ITEM	RCL/Piso Apurado	RCL/Piso Apurado	RCL/Piso Apurado	Aplicação em ASPS	Aplicação acima do mínimo	Despesas ASPS não Computadas para o Piso ⁽²⁾	Total Acima do Piso
	(EC 95/2016)	(EC 113/2021)	(LC 201/2023 - EC 86/2015) ⁽⁸⁾				
RCL 2017	727,3	727,3		-	-	-	-
Piso 2017 (15% da RCL)	109,1	109,1		114,7	5,6	0,6	6,2 ⁽⁰⁾
Piso 2018 (Piso 2017 + IPCA 3,0%)	112,4	112,3		116,8	4,4	0,6	5,0 ⁽⁰⁾
Piso 2019 (Piso 2018 + IPCA 4,39%)	117,3	116,5		122,3	5,0	1,5	6,5 ⁽⁰⁾
Piso 2020 (Piso 2019 + IPCA 3,37%)	121,2	121,5		159,0	37,7	1,4	39,2 ⁽³⁾
Piso 2021 ⁽⁴⁾ (Piso 2020 + IPCA 4,52%)		127,0		179,1	52,1	1,8	53,9 ⁽⁴⁾
Piso 2022 (Piso 2021 + IPCA 10,06%)		139,8		151,9	12,0	1,3	13,4 ⁽⁵⁾
Piso 2023 (Piso 2022 + IPCA 5,74%) / RCL R\$ 1,3 Tri ⁽⁶⁾		147,9	172,8	172,8 ⁽⁷⁾	0	2,6	2,6
Piso 2024 (RCL 15% - R\$ 1.456,6 Bilhão) ⁽⁸⁾		155,7	218,5	218,5	0,0		0,0

(1) Transposição da memória de cálculo usando o Piso 2021 segundo a EC 113/2021.

(2) Reposição de Restos a Pagar Cancelados (Previsto para 2023 - R\$ 2,6 bi) e Royalties do Petróleo somente até 2021.

(3) Valor empenhado de crédito extraordinário em 2020 - R\$ 42,2 bilhões (incluindo valores de emendas RP 6/7/8).

(4) Valor empenhado de crédito extraordinário em 2021 - R\$ 48,0 bilhões.

(5) Crédito extraordinário de 2021 reaberto em 2022 - R\$ 4,5 bilhões.

(6) Regra vigente até a sanção da LC 200/2023 previa execução do mínimo da saúde de acordo com a regra da EC 113/2021. No entanto, a LC 201/23 estabeleceu o que o mínimo seja equivalente à RCL prevista na aprovação da LOA/2023.

(7) Estimativa de Cumprimento do Piso de Acordo com a LC 201/2023.

(8) Após aprovação da LC 200/2023 volta a vigor a EC 86/2015 para 2024.

2.14.2.1 Cooperação Técnica e Desenvolvimento em Saúde

O MS tem se dedicado, especialmente ao longo dos últimos 20 anos, em conferir uniformidade de critérios e maior segurança aos procedimentos de administração e gerenciamento dos projetos de cooperação técnica, no âmbito dos órgãos e entidades da pasta.

O MS busca formular e definir diretrizes referentes aos programas e projetos de cooperação técnica e de desenvolvimento em saúde com instituições nacionais e organismos internacionais, apoiar as secretarias da pasta na implementação de melhores práticas, de articular estratégias para o aprimoramento e para a inovação na gestão de programas e projetos de cooperação técnica, além de estabelecer normas de padronização dos processos de governança e gerenciamento de projetos de cooperação técnica em saúde que objetivam o aperfeiçoamento e fortalecimento do SUS.

O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) foi concebido em 2009, com o propósito de apoiar e aprimorar o SUS por meio de estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; de capacitação de recursos humanos; de pesquisas de interesse público em saúde; de desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde; além da possibilidade de prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares demandados pelo MS. O programa é executado por meio de parcerias com entidades de saúde de reconhecida excelência, em conformidade com a Lei Complementar n.º 187, de 2021.

O Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), foram concebidos para incentivar a realização de projetos de atenção oncológica e de atenção à saúde da pessoa com deficiência e foram instituídos pela Lei n.º 12.715, de 2012, regulamentados pelo Decreto n.º 7.988, de 2013 com vigência prorrogada até 2026 pela Lei n.º 14.564, de 2023. Os programas foram criados com o objetivo de ampliar a oferta de prestação de serviços médico-assistenciais, apoiar a formação, o treinamento e o aperfeiçoamento de recursos humanos, bem como a realização de pesquisas clínicas, epidemiológicas e experimentais.

Os projetos são desenvolvidos por instituições de direito privado, associações ou fundações sem fins lucrativos que atuam na prevenção e combate ao câncer ou que promovam ações de promoção à saúde e de reabilitação/ habilitação da pessoa com deficiência, identificação e diagnóstico precoce, tratamento e uso terapêutico de tecnologias assistivas. O Pronon e Pronas/PCD têm como objetivo fortalecer as políticas de saúde voltadas à pessoa com deficiência e diagnosticada com câncer por meio da ampliação da oferta de serviços e da prestação de serviços médico-assistenciais; do apoio à formação, ao treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos em todos os níveis de atenção; bem como da realização de pesquisas clínicas, epidemiológicas, experimentais e socioantropológicas. As instituições interessadas em participar do desenvolvimento de ações e serviços no âmbito do Pronon e Pronas/PCD deverão estar autorizadas previamente pelo Ministério da Saúde.

De outro lado, a gestão de projetos de cooperação técnica, ao longo dos últimos anos, atua para promover a uniformidade de critérios e maior segurança aos procedimentos de administração e gerenciamento dos projetos de cooperação técnica existentes na esfera do SUS. É atribuição o planejamento, a padronização e o monitoramento de diretrizes estratégicas de gerenciamento de projetos, que estejam relacionadas diretamente a essa tríade, contribuindo para uma governança estratégica no que tange a gestão de projetos de cooperação técnica.

Em que pese a possibilidade de aperfeiçoamento dos programas, é importante mencionar que seu financiamento é limitado à imunidade tributária aferida pelas instituições participantes do Proadi-SUS ou pela capacidade das instituições em captar recursos por meio de renúncia fiscal no Pronon e Pronas.

Especificamente sobre o Proadi-SUS, o gráfico abaixo demonstra o valor de evolução da imunidade tributária aplicada no programa no período de 2018 a 2023, por hospital, a saber: Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), Hospital Sírio Libanês (HSL), Hospital Beneficência Portuguesa (BP), Hospital Moinho de Ventos (HAMV), Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) e Hospital do Coração (HCOR).

Gráfico 162. Valor dos Termos de Ajuste das Esre, por Ano, no 4º e 5º Triênios do Proadi-SUS



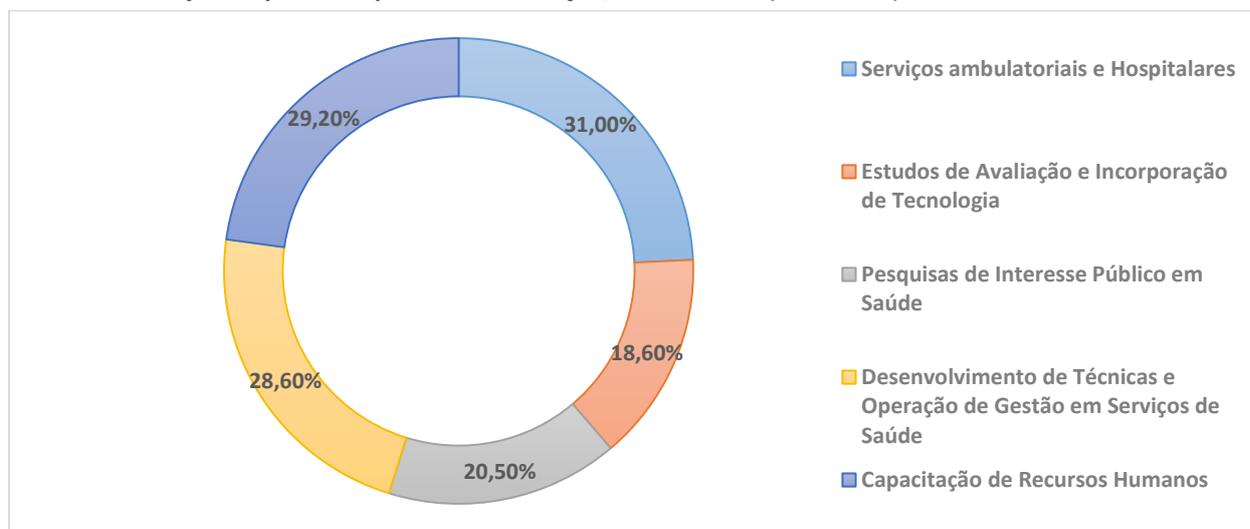
*Valores previstos, que podem ser alterados.

Fonte: CGPROADI/Decoop/SE/MS, 2023.

A cada triênio, os projetos do Proadi-SUS podem ser executados por meio da prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares aos usuários do SUS, em até 30% do valor da imunidade tributária usufruída pelas Entidades de Saúde de Reconhecida Excelência (Esre) no triênio, e o valor restante deve ser executado por meio de projetos de apoio nas áreas de: 1) estudos de avaliação e incorporação de

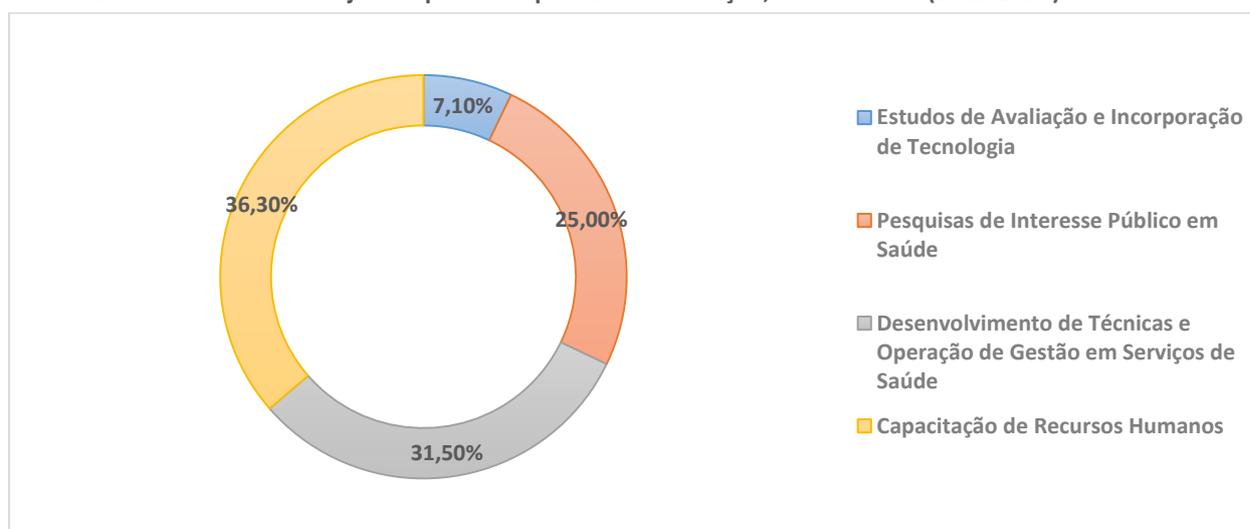
tecnologia; 2) capacitação de recursos humanos; 3) pesquisas de interesse público em saúde; e 4) desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde, conforme gráficos a seguir.

Gráfico 163. Projetos Aprovados por Área de Atuação, no 4º Triênio (2018-2020) do Proadi-SUS



Fonte: CGPROADI/Decoop/SE/MS, 2023.

Gráfico 164. Percentual de Projetos Aprovados por Área de Atuação, no 5º Triênio (2021-2023) do Proadi-SUS



Fonte: CGPROADI/Decoop/SE/MS, 2023.

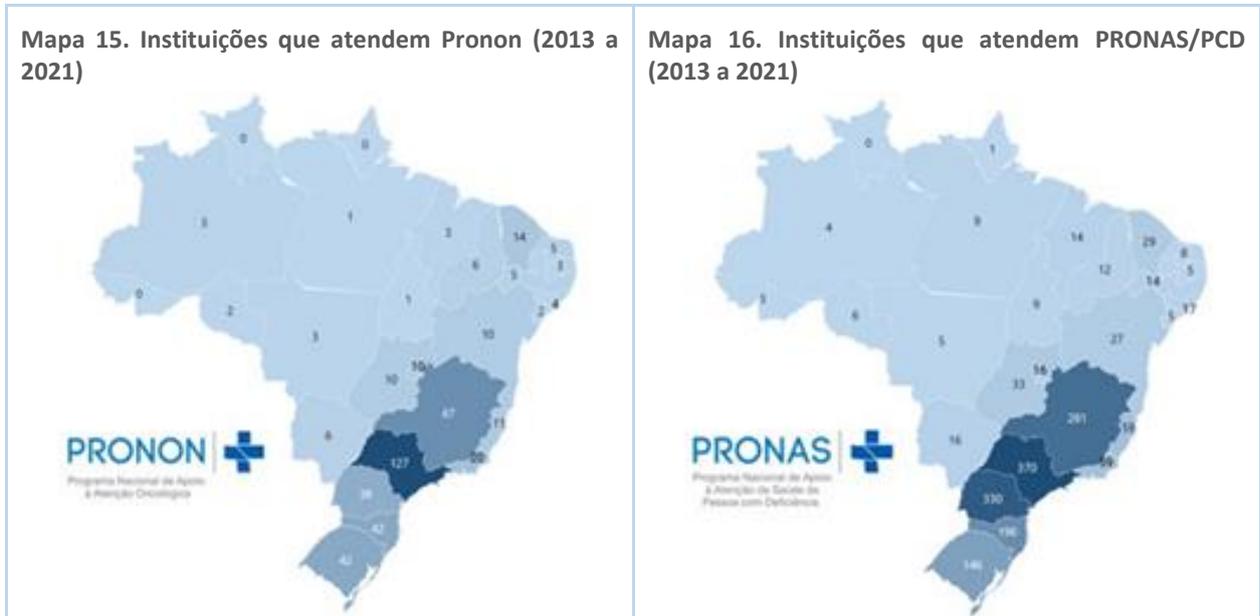
No que diz respeito ao Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD): têm como objetivo fortalecer as políticas de saúde voltadas à atenção oncológica e a atenção à saúde da pessoa com deficiência por meio da ampliação da oferta de serviços e da prestação de serviços médico-assistenciais; do apoio à formação, ao treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos em todos os níveis de atenção; bem como da realização de pesquisas clínicas, epidemiológicas, experimentais e socioantropológicas.

Contribuição do Pronon ao SUS e à População:

- 58,7% da população brasileira reside em regiões com menor cobertura de atenção oncológica e 6,6% da população reside em áreas de vazio assistencial.
- As regiões com menor cobertura receberam 53,3% dos projetos entre 2013 e 2018, o que representou 46,8% dos recursos investidos. As regiões com maior cobertura receberam 23% dos projetos (35,3% dos recursos investidos).

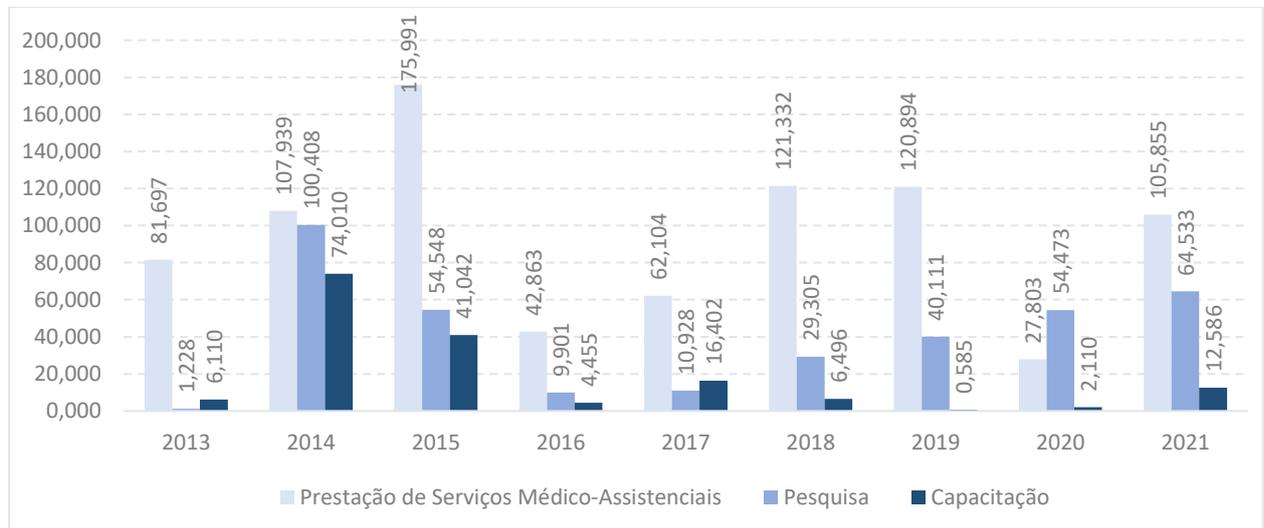
Contribuições do Pronas ao SUS e à população:

- 10,6 milhões de pessoas apresentam deficiências, com necessidade de reabilitação e sem planos privados de saúde. A maioria dessa população reside em macrorregiões de saúde com 1 a 20% de cobertura de serviços de reabilitação.
- A alocação de recursos foi mais expressiva em regiões com maior número de estabelecimentos de reabilitação: Sudeste e Sul. Entretanto, os projetos se distribuíram majoritariamente em macrorregiões com coberturas menores.



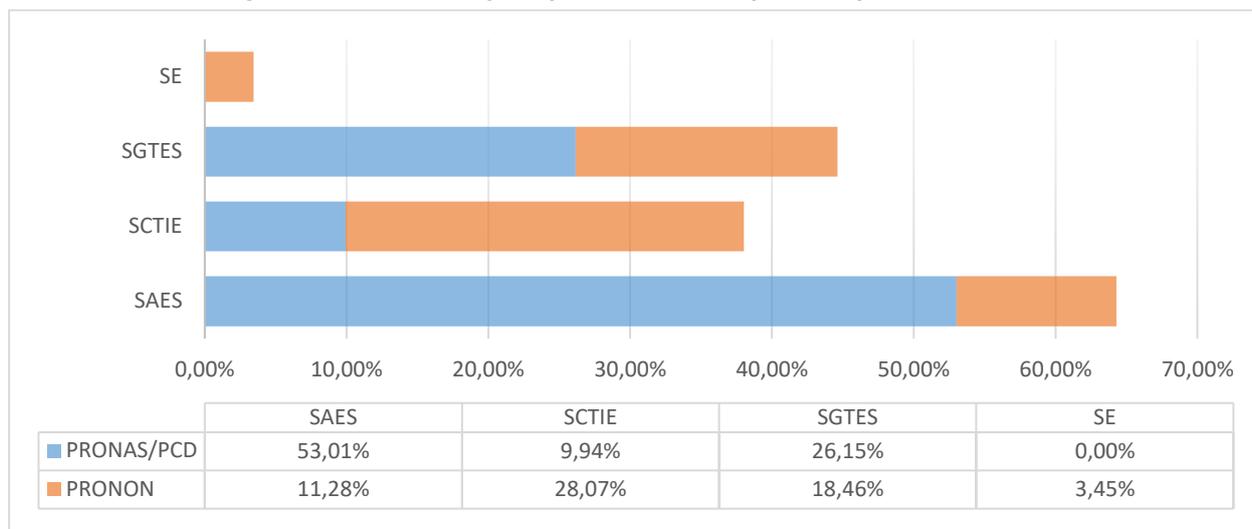
Fonte: CGPC/Decoop/SE/MS, 2023.

Gráfico 165. Valor Total de Projetos Pronon e Pronas/PCD por Campo de Atuação (R\$ milhões)



Fonte: CGPC/Decoop/SE/MS, 2023.

Gráfico 166. Distribuição Percentual de Projetos por Secretaria Responsável pelo Tema



Fonte: CGPC/Decoop/SE/MS, 2023.

Tendo em vista que a Lei que instituiu os dois programas havia se encerrado em 2021 e sua prorrogação foi aprovada por intermédio da Lei n.º 14.564, em 04 de maio de 2023, não houve abertura de prazo para novos pedidos e nem para submissão de novos projetos no exercício fiscal de 2022. No ano de 2023, com a prorrogação estabelecida, houve a abertura de prazo para a apresentação de projetos, os quais estão em fase de análise pelo Ministério da Saúde.

No que diz respeito aos termos de cooperação técnica, até o final do exercício de 2022, registrou-se a execução de 33 termos de cooperação centralizados; 25 termos de cooperação descentralizados. Dos 33 projetos centralizados, 31 totalizam um montante de R\$ 9.606.988.510,47 pactuados junto à Opas. Por sua vez, os 25 termos de cooperação descentralizados totalizam R\$ 462.222.734,63 pactuados.

Cabe ressaltar que estes termos de cooperação têm um período de vigência finita, gerando anualmente o encerramento e início de novos instrumentos. Assim, entre os processos acompanhados até setembro de 2023, observa-se o recebimento de 61 novos processos destinados à parceria com a Opas. Desse montante, seis dizem respeito a novos projetos de cooperação técnica de secretarias no âmbito do MS e 10 referem-se a propostas de novos projetos de cooperação técnica por parte de entes subnacionais. Ainda do montante referenciado inicialmente, 24 processos referem-se a propostas das secretarias no âmbito do MS para a continuidade de projetos existentes, enquanto 21 processos dizem respeito à continuidade de projetos por parte de entes subnacionais.

Por fim, é importante destacar que existem Projetos de Cooperação Internacional (Prodocs) que totalizam R\$ 150.061.236,75 pactuados com organismos internacionais como PNUD, UNESCO e UNFPA.

É importante ressaltar que, no ano de 2022, em decorrência da Lei n.º 12.527 - Lei de Acesso à Informação (LAI), foi lançado um painel de monitoramento dos projetos de cooperação técnica internacional para trazer mais transparência e disponibilização das informações relativas às parcerias com organismos internacionais.

Nele podem ser consultados os tipos de projeto supracitados, a contraparte, a área técnica responsável no Ministério, área temática, valores totais pactuados, valores a repassar para organismos internacionais, entre outras informações sobre a execução dos projetos de cooperação técnica internacional.

Para que as cooperações e o desenvolvimento em saúde fortaleçam a gestão do SUS de modo a promover entregas de valor e mais eficientes, importa considerar que as ações se voltem para os desafios referentes à governabilidade e governança dos Programas e dos projetos de cooperação técnica, que foram negligenciados nos últimos anos.

Para efetivação dessa visão estratégica, entende-se que há dois recursos chaves a serem priorizados: tecnologias de inteligência da informação e habilidades técnicas para produção da informação, que serão fomentadas e associadas ao monitoramento e avaliação.

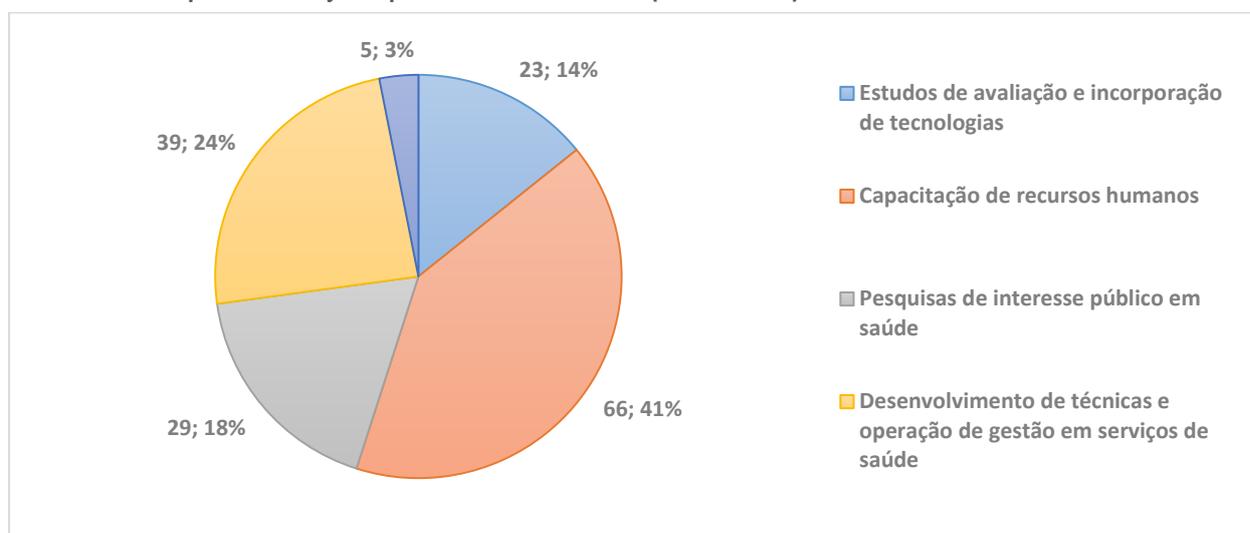
Deste modo os desafios impostos para 2024-2027 são:

- Aperfeiçoar a gestão dos programas Proadi-SUS, Pronon e Pronas;
- Aperfeiçoar a gestão das modalidades de Cooperação Técnica;
- Desenvolver e implementar a gestão de risco e integridade do processo de cooperação técnica;
- Empregar informações estratégicas para qualificar a tomada de decisão sobre cooperação técnica orientada por evidências;
- Estruturar o suporte de recursos tecnológicos ao Departamento com foco na transformação digital.

Especificamente, no que diz respeito aos projetos desenvolvidos no âmbito do Proadi-SUS, o período de 2024 – 2027 terá investimentos importantes na saúde indígena, no desenvolvimento de tecnologias de saúde, inovação em saúde e organização da rede de atenção especializada.

Os projetos propostos para o triênio 2024 a 2026 estão distribuídos conforme gráfico a seguir:

Gráfico 167. Proposta de Projetos para o Próximo Triênio (2024 a 2026)



Fonte: CGPROADI/Decoop/SE/MS, 2023.

2.14.3 Gestão do Trabalho em Saúde

No que se refere à formulação de políticas públicas relacionadas à gestão e regulação do trabalho na saúde, bem como políticas orientadoras da formação e qualificação dos/as trabalhadores/as da saúde no Brasil, nos últimos anos houve profundas transformações que resultaram no esvaziamento das pautas estratégicas.

Para tanto, considerando o próximo quadriênio, torna-se fundamental o resgate e valorização dessas políticas e programas, com sua realocação na agenda da gestão federal, consolidando o trabalho e a educação na saúde como imprescindíveis para operacionalização do SUS e garantia do acesso de qualidade dos/as usuários/as às ações e serviços de saúde.

Nesse contexto, a defesa de condições, relações, processos e vínculos de trabalho, seguros, dignos e humanizados, transversalizados por ações de formação, qualificação e distribuição de ofertas de educação na saúde, são premissas estruturantes e que devem nortear as políticas propostas por essa instância.

A equidade é um dos princípios norteadores do SUS, garantido pela constituição, sendo o papel do Estado a promoção de políticas que visem o enfrentamento das iniquidades no âmbito da saúde, considerando a diversidade humana – classe social, raça e etnia, gênero e identidade de gênero, geração, orientação sexual, deficiência, etc.

Desse modo, é fundamental reconhecer e compreender os fenômenos interseccionais de gênero, raça e etnia no campo do trabalho e da educação em saúde, com a finalidade de criar e/ou ampliar as condições necessárias ao exercício da equidade no âmbito do SUS.

As assimetrias de gênero se refletem nas leis, políticas e práticas sociais, assim como nas identidades, atitudes e comportamentos das pessoas. As desigualdades de gênero tendem a aprofundar

outras desigualdades sociais e a discriminação de classe, raça, casta, idade, orientação sexual, etnia, deficiência, língua ou religião, dentre outras (HERA, 1995)³⁹.

Outro aspecto importante diz respeito ao racismo estrutural, que define a organização econômica, política, legal, social e cultural, produzindo privilégios de um grupo de certa etnia ou cor em detrimento de outro, percebido como subalterno (ALMEIDA, 2019)⁴⁰. As barreiras geradas pelas desigualdades raciais, étnicas e de identidade de gênero são determinantes para o processo de saúde e doença das mulheres, especificamente as mulheres negras, indígenas, travestis e transexuais (GÓES; NASCIMENTO, 2013)⁴¹.

Conexões entre gênero, raça e classe ampliam o sistema de opressão atravessando o corpo da trabalhadora, portanto torna-se imprescindível reconhecer a interseccionalidade como ferramenta analítica para estruturar adoção de medidas eficientes para a valorização e equidade no trabalho no SUS.

A seguir são apresentados levantamentos que demonstram a desigualdade de gênero, raça e outras diversidades presente nos mais diversos âmbitos do trabalho. Sendo um reflexo da sociedade nas quais estão inseridas.

Cabe ressaltar que os dados com categorização de gênero, raça e etnia no mundo do trabalho ainda são incipientes para a construção de séries históricas, o que ratifica a necessidade de se institucionalizar e transversalizar a temática da equidade no trabalho no setor saúde.

Dados do Ipea (2011)⁴² demonstram que o desemprego é uma realidade permeada pelas desigualdades de gênero e raça. Em 2009, a maior taxa de desemprego remete-se às mulheres negras (12%), enquanto a menor taxa de desemprego corresponde à dos homens brancos (5%). Ademais com relação ao perfil do trabalho doméstico, as mulheres dedicadas ao trabalho doméstico remunerado representavam a maioria (17,1%), em 2009, sendo expressivamente superior ao total de homens. Considerando as desigualdades raciais, as mulheres negras, em 2009 representaram a maioria desempenhando a função de trabalhadoras domésticas (21,8%) comparado a 12,6% de mulheres brancas com esta ocupação.

Outro aspecto relevante que perpassa pelas desigualdades de gênero, é o enfretamento às diversas formas de violências relacionadas ao trabalho na saúde. Uma pesquisa realizada em 2020, pelo Instituto Patrícia Galvão, intitulada Pesquisa Violência Contra Mulheres em Dados⁴³, demonstrou que 76% das mulheres entrevistadas reconhecem já ter passado por um ou mais episódios de violência e assédio no trabalho. Outro achado desta pesquisa revelou que 92% das entrevistadas concordam que mulheres sofrem mais constrangimento e assédio no trabalho que os homens. A partir desse contexto, e considerando que a força de trabalho feminina na saúde corresponde a mais de 70%, configura-se um desafio institucional enfrentar as violências no trabalho no SUS.

Dados atuais, referente ao ano de 2021, da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua, indicam a permanência das desigualdades raciais no âmbito do trabalho, e destacam que as maiores taxas de desocupação (64,1%) e subutilização (65,6%) foram observadas na população negra (preta e parda), independentemente do nível de instrução dessas pessoas (PNAD, 2021)⁴⁴.

Por outro lado, ao considerar a inserção no mercado de trabalho, no que se refere aos cargos gerenciais, estes são ocupados majoritariamente (69%) por brancos enquanto pessoas pardas e pretas ocupam apenas 29,5% destes cargos. Além desses dados, sabe-se que os homens são predominantes nos cargos executivos e de maior prestígio, com maior representatividade na política e maiores salários, ainda

³⁹ HEALTH EMPOWERMENT, RIGHTS AND ACCOUNTABILITY – HERA. Direitos sexuais e reprodutivos: idéias para ação. [S.l.: s.n.], [19--]. Folder elaborado com base nos conceitos e acordos da CIPD, 1994 e da Conferência Mundial da Mulher, 1995.

⁴⁰ ALMEIDA, S. L.; VELLOZO, J. C. O. Crise, racismo e neoliberalismo. In: SOUZA, E. A.; OLIVEIRA e SILVA, M. L. (org.). Trabalho, questão social e serviço social: a autofagia do capital. 1. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2019.

⁴¹ GOES, E. R.; NASCIMENTO, E. R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571-579, out/dez 2013.

⁴² Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Retrato das desigualdades de gênero e raça / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ... [et al.]. - 4ª ed. - Brasília: Ipea, 2011. 39 p.: il.

⁴³ Instituto Patrícia Galvão/Locomotiva. Percepções sobre a violência e o assédio contra mulheres no trabalho. 2020. Disponível em: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/dados-e-fontes/pesquisa/percepcoes-sobre-a-violencia-e-o-assedio-contra-mulheres-no-trabalho-instituto-patricia-galvao-locomotiva-2020/>

⁴⁴ IBGE. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. 2ª edição. ISBN 978-85-240-4547-9

que o grau de instrução das mulheres seja superior ao dos homens, ou o contingente da força de trabalho seja majoritariamente feminino, a exemplo da saúde. (VAZ, 2013)⁴⁵.

Ao considerar informações sobre mercado de trabalho das pessoas com deficiência no Brasil, em 2022, a taxa de participação da força de trabalho das pessoas com deficiência era de apenas 29,2%. Ademais, uma parcela significativa (cerca de 55,0%) das pessoas com deficiência que trabalhavam estavam na informalidade.

O nível de ocupação das pessoas com deficiência foi de 26,3%, menos da metade do percentual encontrado para as pessoas sem deficiência (65,7%). Ao considerar o nível de escolaridade, esse padrão se repete.

O tema de diversidade de gênero tem se intensificado, nos últimos anos, motivados pelo movimento e organização social em torno dessa temática. No Brasil, estima-se que 2% da população adulta brasileira é formada por pessoas transgênero ou não-binárias, correspondendo a cerca de 3 milhões de indivíduo (Spizzirri et al, 2021)⁴⁶. Segundo estimativa da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra), cerca de 90% da população travesti e transexual está na prostituição como forma de sobrevivência, dado que reflete a vulnerabilidade e dificuldade dessa população se estabelecer no mercado formal de trabalho (ANTRA, 2019)⁴⁷.

Diante das iniquidades no trabalho, o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização da trabalhadora no SUS, criado em março de 2022, consolida-se como agenda prioritária a ser inserida no PNS 2024-2027, sendo um compromisso assumido por este governo no enfrentamento às desigualdades de gênero raça, etnia, sexualidade, deficiências, etc., reconhecendo o papel do Estado como promotor e articulador de estratégias e de políticas públicas que alterem as iniquidades sociais presentes no país.

2.14.3.1 Gestão e valorização do trabalho na saúde

Entende-se o trabalho como constituidor da identidade e articulador entre a esfera social e a vida privada do trabalhador. O trabalho é mais do que o ato de trabalhar ou de vender sua força de trabalho em busca de remuneração. Há também uma remuneração social pelo trabalho, ou seja, o trabalho enquanto fator de pertinência a grupos e a certos direitos sociais. O trabalho possui, ainda, uma função psíquica, enquanto um dos grandes alicerces da constituição do sujeito e da sua rede de significados. Processos como reconhecimento, gratificação, mobilização da inteligência, além de estarem relacionados à realização do trabalho, estão ligados à constituição da identidade e da subjetividade (LANCMAN; GHIRARDI, 2002)⁴⁸.

Compreender as organizações do trabalho e seus reflexos na qualidade de vida, na saúde e no modo de adoecimento dos trabalhadores é de fundamental importância na compreensão e na intervenção em situações de trabalho que estejam gerando sofrimento e agravos a saúde. As mudanças atuais no mundo do trabalho provocam um impacto na vida de indivíduos que são obrigados a conviver com lógicas de mercado extremamente mutantes, criando uma situação de constante instabilidade, precarização, incertezas e de ameaças como pandemias.

O trabalho ocupa um lugar privilegiado na vida dos seres humanos na constituição da identidade individual e possui implicação direta nas diversas formas de inserção social dos indivíduos na constituição de redes de relações sociais e de trocas afetivas e econômicas, base da vida cotidiana das pessoas.

A atuação da gestão do trabalho, enquanto política, deve repercutir em ações estratégicas e pressupor a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalho na saúde, respeitando as premissas da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e da Política Nacional

⁴⁵ VAZ, D. V. O teto de vidro nas organizações públicas: evidências para o Brasil. *Economia e Sociedade*, v. 22, n. 3, p. 765–790, dez. 2013.

⁴⁶ Spizzirri, G., Eufrásio, R., Lima, M.C.P. et al. Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. *Sci Rep* 11, 2240 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81411-4>

⁴⁷ Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra). Antra representa o Brasil em audiência na CIDH sobre a situação das pessoas LGBTI. Disponível em: < <https://antrabrasil.org/2019/11/21/antra-representa-o-brasil-em-audiencia-na-cidh/>>.

⁴⁸ LANCMAN, S.; GHIRARDI, M. I. G. Pensando novas práticas em terapia ocupacional, saúde e trabalho. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, [S. l.]*, v. 13, n. 2, p. 44-50, 2002. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v13i2p44-50. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13895>. Acesso em: 31 out. 2023.

de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde-SUS (PNPST) instituída por meio do Protocolo nº 008/2011 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS).

Neste sentido ações, práticas, políticas, programas e afins, são desenvolvidas nos territórios pela Rede Colaborativa de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Regerts) com o objetivo de fortalecer a proteção social e a saúde da trabalhadora e do trabalhador da saúde com foco no trabalho decente, digno, seguro e democrático contribuindo para o processo de desprecarização do trabalho e enfretamento às violências relacionadas ao trabalho na saúde, sobretudo na prevenção e combate ao assédio moral e sexual, racismo e discriminação de gênero, considerando a articulação intra e intersectoriais.

Destacam-se ainda, as ações voltadas para a valorização dos trabalhadores através da equidade de oportunidades de desenvolvimento profissional em carreiras que associem a evolução funcional a um sistema permanente de qualificação. Assim como direcionadas a promoção à saúde e segurança na perspectiva da universalidade de acesso, da integralidade de atenção à saúde, da equidade, da participação popular e do controle social, da autonomia das pessoas e da descentralização do sistema.

Para isso, existem dois eixos de atuação:

a) Proteção Social do Trabalho na Saúde

Normas, programas e medidas destinados à proteção social do trabalho na saúde, compreendida como a forma de articulação entre Estado, trabalho e sociedade para assegurar os direitos da trabalhadora e do trabalhador da saúde. Visa, nesse sentido, atuar de maneira colaborativa para o fortalecimento institucional das políticas públicas e para a criação de alternativas que garantam a desprecarização do trabalho e a promoção de uma cultura de proteção social mais solidária e equânime aos trabalhadores da saúde.

Enfatiza-se aqui, o debate sobre a carreira no SUS, como uma estratégia de valorização do trabalho na saúde. Reconhecido como parte da luta histórica de trabalhadores e trabalhadoras desde o movimento da reforma sanitária, ratificado por meio da Lei n.º 8.142 de 1990, no inciso IV do art. 2º, que estabeleceu a implantação de comissão de elaboração do plano de carreira, cargos e salários (PCCS), para a instituição de planos de carreira pelos entes federados.

Neste contexto, foi instituída em 1990, a primeira comissão especial para elaboração de proposta do PCCS para os servidores do SUS, no âmbito do MS, que apresentou ao CNS a proposta de orientações gerais para o PCCS para os Estados, Municípios e Distrito Federal. Em 2003 foi reinstalada a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS) e em 2004 foi recriada a comissão especial, sendo então publicado em 2006 documento com as diretrizes nacionais para instituição de PCCS no âmbito do SUS.

A primeira iniciativa de carreira única por categoria profissional ocorreu em 2009, por meio da proposta de Emenda Constitucional – PEC 454/2009, a fim de estabelecer diretrizes para a organização da carreira única de Médico de Estado. Em 2010, foi novamente instituída a comissão especial, no âmbito do MS, com a atribuição de elaborar uma proposta de carreira para o SUS.

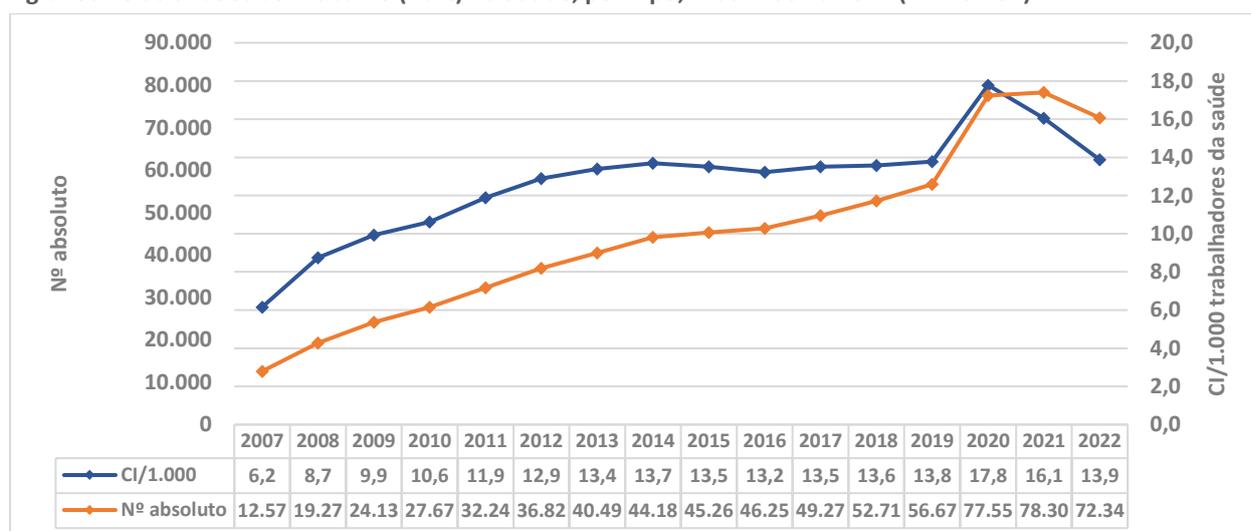
Durante os anos subsequentes, não houveram iniciativas expressivas ou avanços significativos no debate, sendo então, em 2023 reinstalada a MNNP-SUS, reconhecendo as carreiras como instrumento de gestão do trabalho integrado ao planejamento e ao desenvolvimento organizacional.

b) Saúde e segurança do trabalhador da saúde

Conjunto de ações, atividades, normas e medidas destinadas à humanização das relações sociais no trabalho, promoção de saúde do trabalhador dos serviços de saúde, prevenção de doenças e agravos relacionados ao trabalho na saúde, visando criar um ambiente organizacional que propicie o bem-estar e a segurança dos trabalhadores, considerando a participação social.

Segundo notificações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), disponíveis publicamente pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), e monitorados pela Vigilância em Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, entre os anos de 2007 a 2022, foram registrados 715.791 doenças e agravos relacionados ao trabalho entre trabalhadores da saúde, apresentando uma elevação no período de mais de 475% no número de casos, passando de 12.572 registros em 2007 para 72.346 em 2022. O coeficiente de incidência (CI) de doenças e agravos relacionados ao trabalho na saúde aumentou mais de 125,3%, passando de 6,2/1.000 trabalhadores da saúde para 13,9/1.000 trabalhadores da saúde, média de 12,7 a cada 1.000 trabalhadores na saúde.

Gráfico 168. Frequência Absoluta e Coeficiente de Incidência (/1.000 trabalhadores da saúde) de Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (Dart) na Saúde, por Tipo, Brasil 2007 a 2022 (n=715.791)



Fonte: Sistema Nacional de Agravos de Notificação e Cadast.

As doenças e agravos relacionados ao trabalho na saúde com maior percentual de notificações foram: 81,7% acidentes de trabalho com exposição a material biológico (n=584.857) e 16,8% acidentes de trabalho (n=119.914).

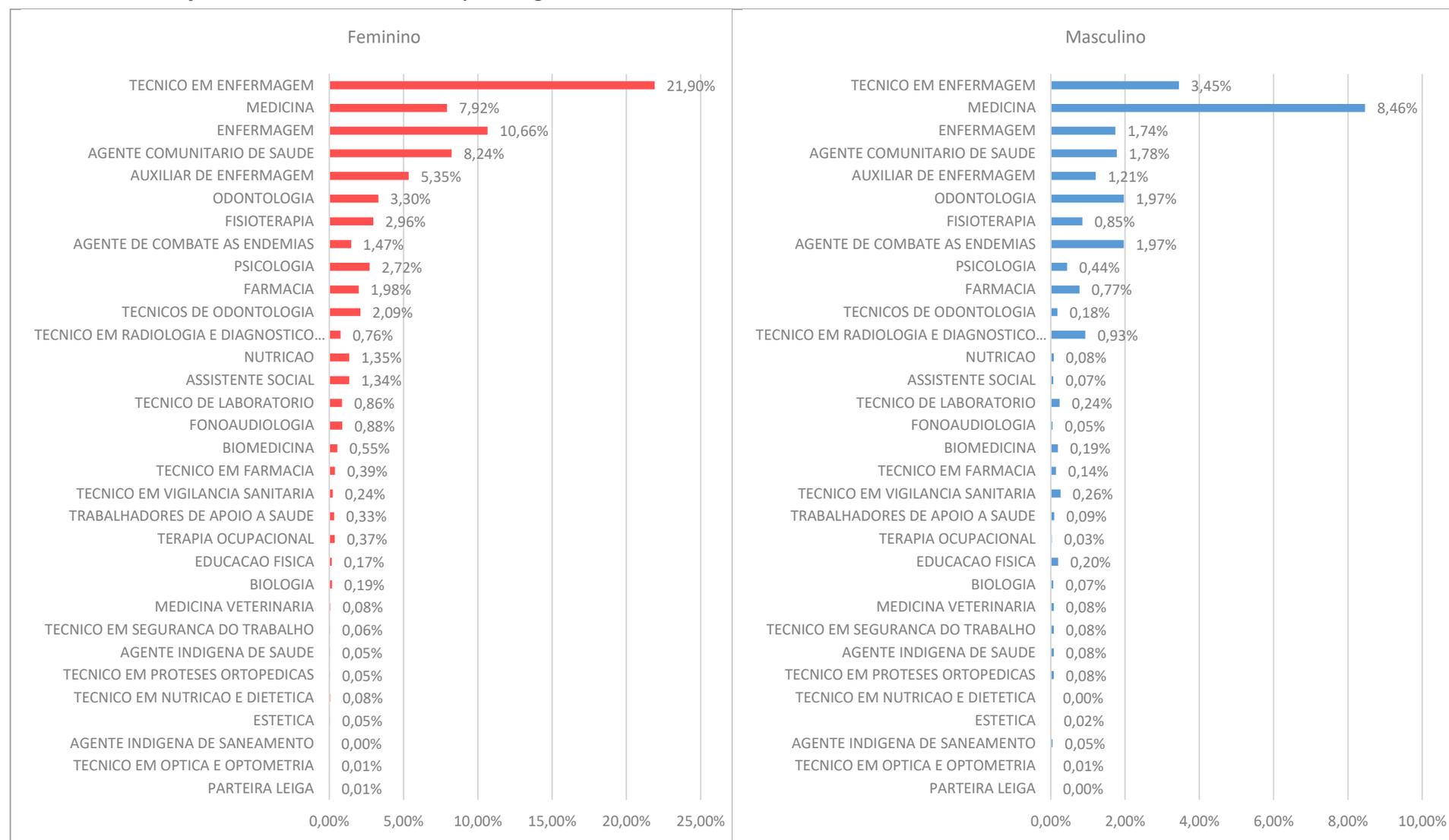
2.14.3.2 Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde

Dados de junho de 2023, extraídos das bases institucionais e compilados pelo Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts), indicam que temos no Brasil 2.934.594 trabalhadores de saúde, distribuídos pelos 27 estados da federação, com maior número no estado de São Paulo, que concentra 22,79% dos trabalhadores.

Ao definir um perfil demográfico desses trabalhadores, observa-se que as mulheres representam 74,89% enquanto os homens somam 25,11% e que a faixa etária predominante está distribuída entre 25 e 54 anos.

Já no que se refere ao nível de escolaridade, os dados evidenciam que grande parte dos trabalhadores possui ensino superior (49,35%), seguidos dos técnicos de nível médio (37,11%) e daqueles com ensino fundamental (14,61%). Esses trabalhadores estão distribuídos em 32 categorias profissionais, conforme apresentado no gráfico a seguir. Observa-se a predominância de técnicos em enfermagem, que representam 25,35% das ocupações.

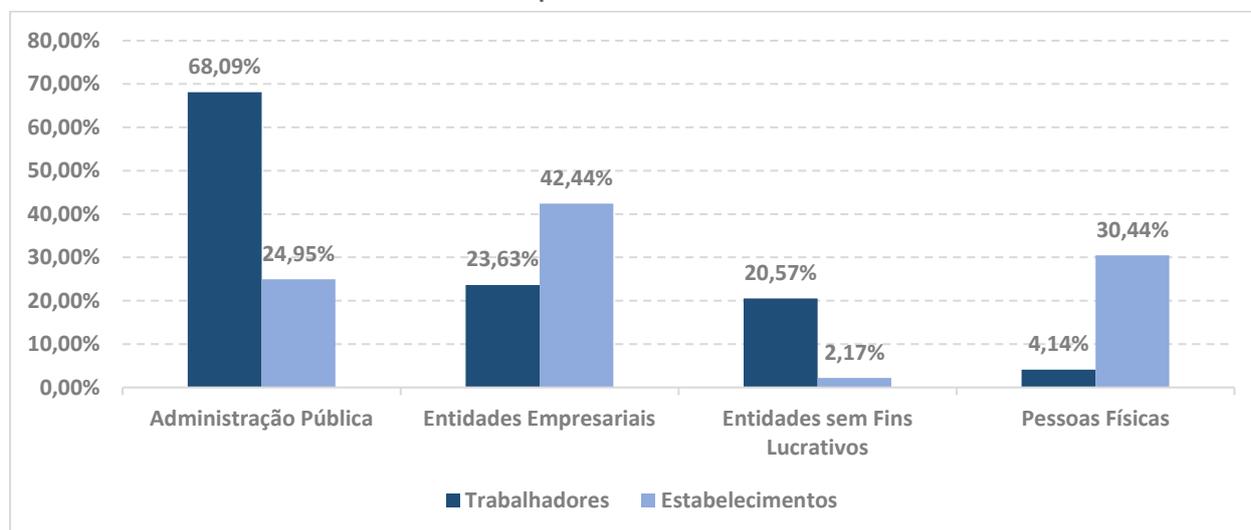
Gráfico 169. Distribuição dos Trabalhadores de Saúde por Categoria Profissional



Fonte: CNES e Receita Federal, junho de 2023.

O gráfico a seguir informa o vínculo dos trabalhadores e dos estabelecimentos com a administração pública, as entidades empresariais, as entidades sem fins lucrativos e pessoas físicas. Nesse sentido, observa-se que a maior parte (42,44%) dos estabelecimentos é composta por entidades empresariais, seguida das pessoas físicas (30,44%). Em contrapartida, ao observar os trabalhadores, verifica-se que a maioria (68,09%) está vinculada à administração pública, sendo o maior empregador na área de saúde.

Gráfico 170. Trabalhadores e Estabelecimentos por Natureza Jurídica



Fonte: CNES e Receita Federal, junho de 2023.

2.14.3.3 Regulação das Relações de Trabalho em Saúde

A regulação do trabalho em saúde se define como o conjunto de leis, portarias, resoluções e outros documentos infralegais que estabelecem regras para o funcionamento das relações trabalhistas, em termos de carga horária, salários, carreiras e outros, bem como regras para a delimitação dos escopos de práticas de cada profissão ou ocupação relacionada à saúde, tendo em vista a proteção da população contra os riscos do mau exercício profissional. Portanto as políticas de regulação do trabalho em saúde têm se desenvolvido em duas vertentes: a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS e a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde.

A Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS) é um fórum paritário que reúne gestores (as), prestadores (as) de serviços e entidades sindicais representativa dos(as) trabalhadores(as) do SUS, que trata sobre todos os temas pertinentes às relações de trabalho em saúde.

Após o funcionamento por um período intermitente, a mesa assumiu caráter permanente em 2003, mediante a publicação da Resolução CNS nº 331, de 4 de junho. Em 14 anos de trabalhos ininterruptos, a mesa de negociação permanente se constituiu enquanto ferramenta importante para a gestão do trabalho no âmbito do SUS, firmando nove protocolos – produtos que formalizam os acordos pactuados pelos membros da mesa, oferecendo diretrizes que orientam os processos ligados à gestão do trabalho e aos (as) trabalhadores (as) do SUS. A mesa funcionou ininterruptamente até 2019, quando teve suas atividades paralisadas.

Com a retomada do processo democrático, no dia 13 de março de 2023, o CNS reinstalou a mesa de negociação permanente do SUS com uma nova estrutura e composição publicada por intermédio da Resolução CNS n.º 708/2023.

O retorno das atividades da mesa se deu com a definição da metodologia de trabalho e com o estabelecimento de um cronograma de reuniões nas quais se dará a condução e implementação das atividades para o futuro próximo.

A mesa atuará para implementar um Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS e para fornecer apoio técnico aos estados, municípios, DF e regiões de saúde para a (re)instalação e fortalecimento das mesas de negociação de todos os entes federativos.

Outro espaço temático importante é a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), considerando a extrema fragmentação de órgãos e instituições que regulam o exercício profissional no Brasil, a câmara se constitui em espaço de diálogo e soluções entre conselhos profissionais, ministérios, estados, municípios, Distrito Federal e agências na área da regulação do exercício profissional em Saúde. A sua criação se deu em 2004, por meio da Portaria GM/MS n.º 827, de 5 de maio de 2004 (alterada pela Portaria GM/MS n.º 174, de 27 de janeiro de 2006) e teve reuniões até o ano de 2018.

O MS está em processo de reinstauração desta Câmara. E, em paralelo, está construindo uma plataforma, a Biblioteca de Regulação do Trabalho em Saúde (BRTS), que deverá ser capaz de compilar e disponibilizar de forma acessível toda a normativa legal e infralegal vigente no país sobre regulação do trabalho em saúde, como forma de dar transparência à sociedade sobre as práticas profissionais da saúde e sua evolução.

2.14.4 Educação em Saúde

Quanto à qualificação dos profissionais de saúde e gestores em processos de educação, foram oferecidos cursos nas diversas áreas da saúde, sendo elaborados por instituições de ensino, para formação, qualificação, especialização lato sensu e stricto sensu voltados para estudantes de nível técnico, graduação, pós-graduação, gestores, docentes, trabalhadores e profissionais da área da saúde.

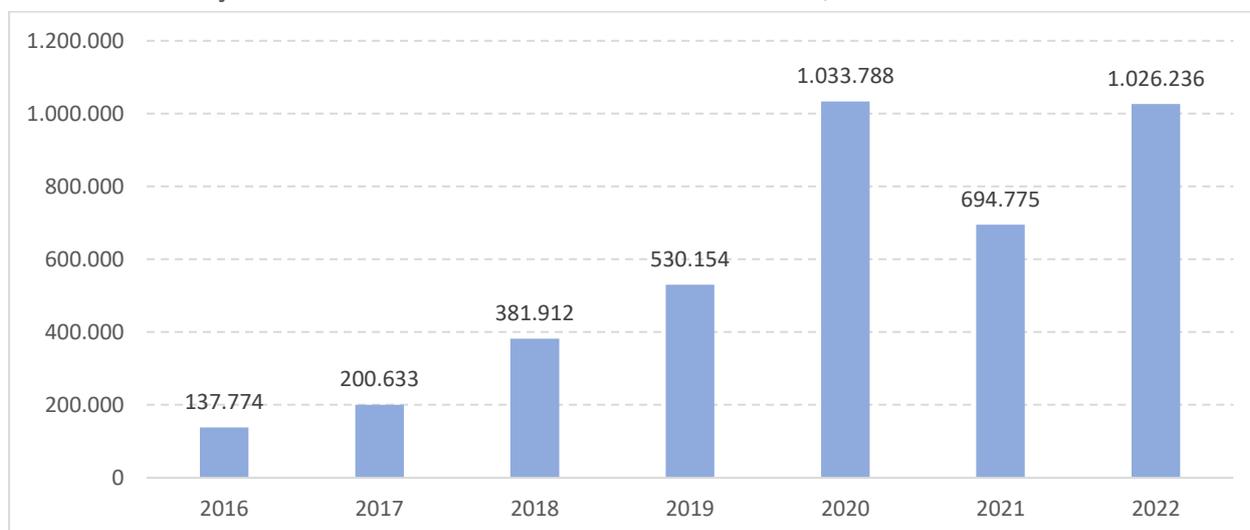
A promoção da qualificação pode ser entendida como um processo contínuo de construção à medida que novas ações sejam desenvolvidas para atendimento das necessidades do SUS. Cabe ressaltar que a utilização das tecnologias educacionais permite a promoção de processos educacionais para mais pessoas, com qualidade, em menos tempo e com menor dispêndio per capita de recursos, gerando assim, um aumento gradativo dos resultados ao longo dos anos.

Levando-se em consideração o número de qualificações realizadas por profissionais do SUS (gestores e trabalhadores) de 2016 a 2021 ao total foram qualificados 2.979.036 profissionais, trabalhadores e gestores de saúde.

No contexto advindo da pandemia de covid-19, ocorreu uma alteração no cenário mundial com as práticas de isolamento social, necessárias para a contenção da mesma. A partir do entendimento da Educação em Saúde como uma potente ferramenta para a aproximação dos profissionais e trabalhadores da saúde e da população com a temática, foram desenvolvidas e implementadas diversas ações de capacitação, com atualizações frequentes que ocorriam de acordo com o avanço das pesquisas e do aprendizado na prática clínica.

Nos anos de 2020 e 2022, ocorreram alta procura pelas ofertas educacionais à distância, podendo ser visualizado no gráfico abaixo, o aumento significativo do número de profissionais, trabalhadores e gestores de saúde qualificados.

Gráfico 171. Evolução do Número de Profissionais de Saúde e Gestores Qualificados

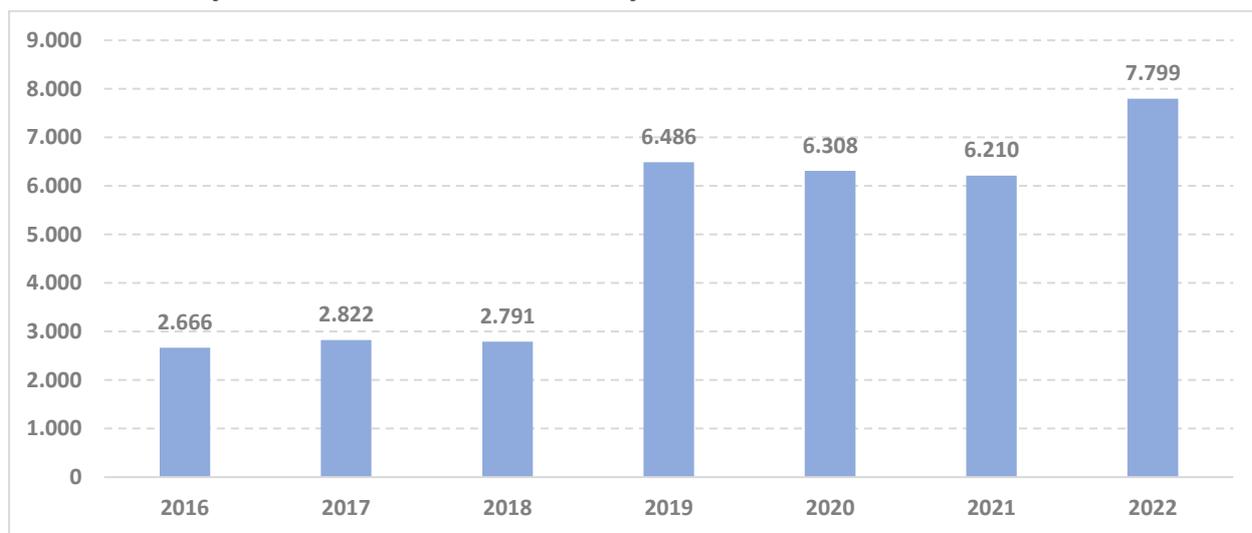


Fonte: Relatório de Gestão TCU/2022.

A qualificação do atendimento em saúde tornou-se fundamental para a segurança dos profissionais que atuaram no enfrentamento à pandemia, bem como dos pacientes que recebiam o atendimento, contribuindo para que os resultados alcançados nos últimos anos apresentassem uma curva de produtividade notadamente mais acentuada.

Além disso, uma das ações intersetoriais direcionadas ao fortalecimento de áreas estratégicas para o SUS, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que tem como pressuposto a educação pelo trabalho e atua no fortalecimento das ações de integração ensino-serviço-comunidade oferta bolsas para tutores (professores), preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação das diferentes áreas da saúde como forma de incentivo para o desenvolvimento de atividades que envolvem o ensino, a pesquisa, a extensão universitária e a participação social. Segue o histórico do número de beneficiados no período de 2016 a 2022:

Gráfico 172. Evolução do Número de Beneficiados em Ações do PET-Saúde



Fonte: Relatório de Gestão TCU/2022

Foram desenvolvidas, ainda, ações no âmbito das Residências em Saúde, que têm por objetivo incentivar a formação de especialistas em áreas e regiões prioritárias, definidas de acordo com as demandas locais e regionais apresentadas pelos gestores do SUS para proporcionar profissionais qualificados para uma prática mais integrada, resolutiva, multiprofissional, humanizada e ética e contribuir com a implementação, o fortalecimento e a articulação das Redes de Atenção à Saúde no SUS.

Elaborou-se, o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde (PNFRS) - 2021-2023, instituído pela Portaria GM/MS n.º 1.598, de 15 de julho de 2021. Esse plano compreendeu um conjunto de ações estratégicas destinadas à valorização e qualificação de residentes, corpo docente-assistencial, gestores de programas de residência e ao apoio institucional para os programas de residência em saúde no Brasil, o desenvolvimento do PNFRS se apoiou em três Eixos:

- I - Ofertas Educacionais;
- II - Valorização Ensino-Assistencial; e
- III - Apoio Institucional.

Em 2022, contabilizou-se no âmbito do Plano a oferta de seis especializações para preceptores e coordenadores de programas de residência em saúde, com o total de 3.700 vagas. A especialização em Preceptoría de Residências tem a 3ª oferta prevista para 2023, com 400 vagas. Além disso, está prevista a oferta de 13 capacitações/aperfeiçoamento com inscrições abertas para residentes, preceptores, tutores e coordenadores de programas de residência em saúde, no total de 2.636 vagas; e Oferta de 66 cursos de qualificação/atualização sendo que 47 cursos com inscrições abertas no portal UNA-SUS.

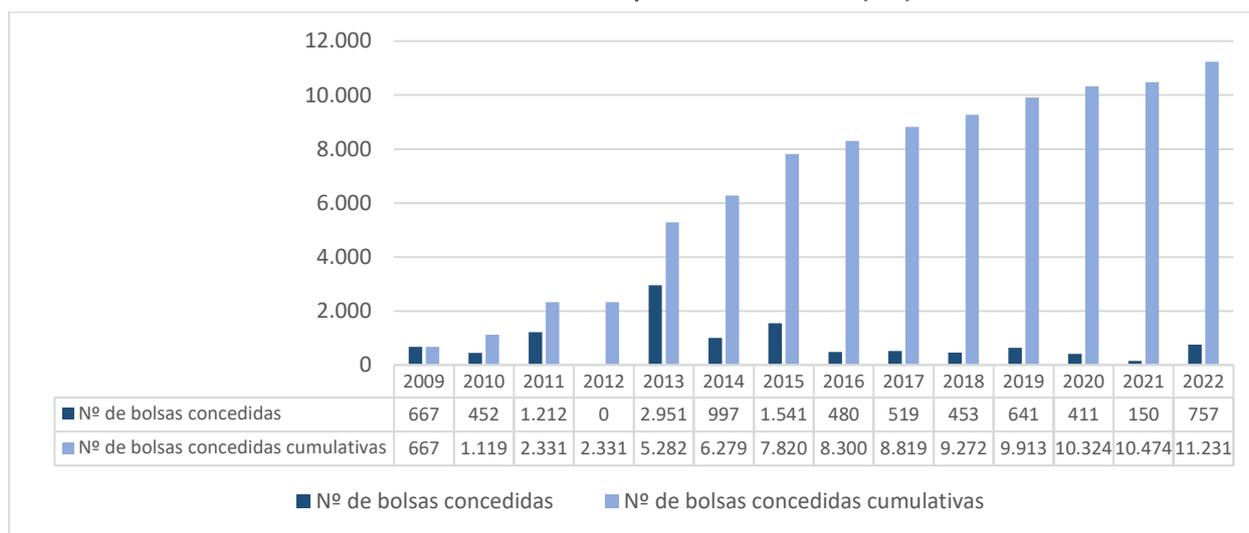
Pelo Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde há a projeção de ampliação do número de bolsas ofertadas para 4.103, sendo 2.509 no eixo Valorização Ensino Assistencial – Preceptores Médica e 1.594 no eixo Valorização Ensino-Assistencial – Preceptores Mult.

Outras ações desenvolvidas foi a continuidade do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência Médica) e do Programa Nacional de Bolsas

para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (Pró-Residência), sem perder de vista, a formação de especialistas estratégicos para o enfrentamento da covid-19, tais como: intensivistas; urgência e emergência; infectologia; pneumologia; dentre outros.

O Pró-Residência Médica tem por objetivo incentivar a formação de especialistas em regiões prioritárias que apresentam vazios de formação e assistência. Atualmente possui 15.429 residentes médicos ativos no SIGRESIDÊNCIA (setembro/2023) e em 2024 prevê a ampliação de 963 bolsas a serem concedidas pelo Ministério da Saúde. Segue abaixo o histórico do número de beneficiados no período de 2009 a 2022:

Gráfico 173. Número de Bolsas Concedidas Cumulativas pelo Pró-Residência (MS) em 2022

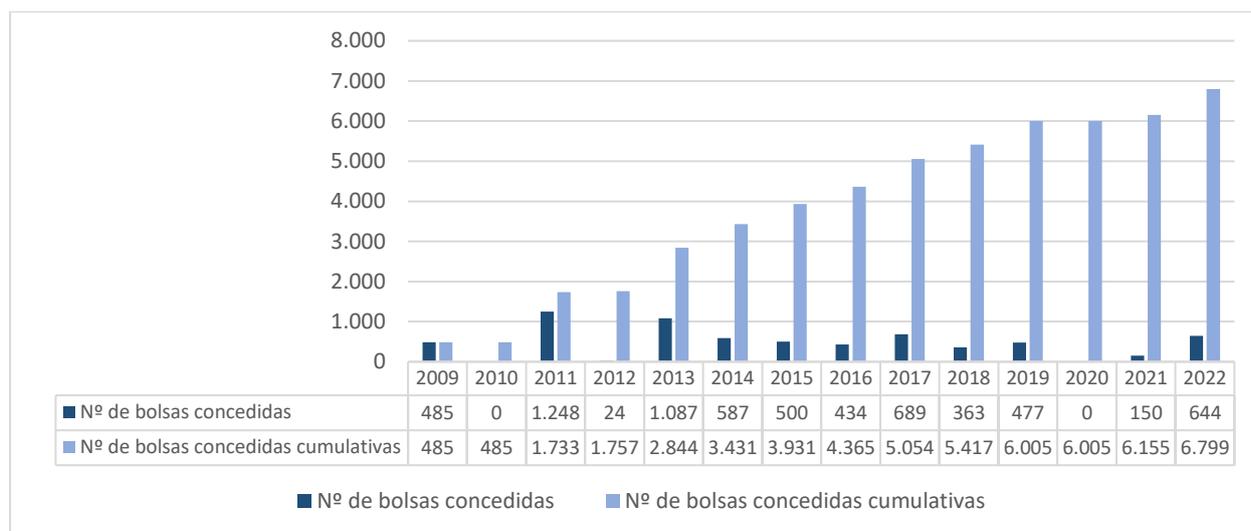


Fonte: SIG-RESIDÊNCIAS (2023).

O último edital do MS, em março de 2023, teve como prioridade territorial o índice de Vulnerabilidade Social. O número de bolsas concedidas pelo Pró-residência alcançou 277 Programas de Residência Médica, com 753 bolsas concedidas em 53 especialidades/áreas de concentração, em 23 UF selecionadas.

O Programa Pró-residência Multiprofissional também tem o objetivo de incentivar a formação de especialistas em regiões prioritárias com vazios de formação e assistência. Em 2023, possui 8.004 residentes ativos no SIGRESIDÊNCIA (setembro/2023) e tem a prospecção da ampliação de 837 bolsas a serem concedidas pelo MS em 2024. Segue abaixo o histórico do número de beneficiados no período de 2009 a 2022:

Gráfico 174. Número de bolsas concedidas cumulativas pelo Pró-Residência (MS) - Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde



Fonte: SIG-RESIDÊNCIAS (2023).

Pelo Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas e o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde para 2024 há a projeção de ampliação de 1.800 bolsas a serem concedidas pelo Ministério da Saúde.

Todavia, ainda existem grandes desafios que podemos vislumbrar, entre eles: o desenvolvimento de novas tecnologias que melhorem o cuidado, a articulação dos planos de residência às Redes de Atenção à Saúde, a articulação intersetorial e interministerial, o trabalho multiprofissional, a ampliação do escopo de práticas por meio do compartilhamento de atos de cuidado entre especialistas e generalistas e entre as profissões da saúde; a inserção de temáticas relacionadas à organização do sistema de saúde e a tecnologias leves de cuidado (currículos e matrizes de competências); a estruturação dos programas de residência: cenários de prática, estrutura física, qualificação da coordenação, supervisão e apoio pedagógico; aprimoramento das estratégias para valorização da preceptorial no SUS; a ociosidade de vagas de residência; a necessidade de ampliação dos programas e vagas de residências; as desigualdades regionais na distribuição de profissionais de saúde; a necessidade de fortalecer o caráter público das residências e regular o mercado privado educacional; dificuldade no acesso a dados atualizados para realizar a regulação do mercado de trabalho e o planejamento da política pública e acesso a informações para tomada de decisões e a inserção da educação popular em saúde nas Residências em Saúde.

Por fim, no escopo de atuação da educação na saúde, para o próximo quadriênio 2024-2027 pretende-se continuar a desenvolver-se ações para fortalecer a gestão da educação na saúde no SUS a partir da integração ensino-serviço-comunidade, da educação permanente em saúde e das residências em saúde.

Ancorado na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), disposta no Anexo XL da Portaria de Consolidação GM/MS Nº 2, de 28 de setembro de 2017, que tem como base o princípio pedagógico da educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços e cuja finalidade é qualificar a prestação de serviços saúde para população essas ações têm o intuito de aprimorar o cuidado à saúde, fortalecer a gestão estratégica do SUS, da educação em saúde. Bem como valorizar as políticas e programas de gestão do trabalho e educação na saúde, com a realocação na agenda da gestão federal dessas políticas que consolidam o trabalho e a educação na saúde como imprescindíveis para a sustentabilidade do SUS e a garantia do acesso de qualidade dos/as usuários/as às ações e aos serviços de saúde, sendo a utilização da Educação Permanente em Saúde (EPS) considerada uma importante estratégia do SUS para a qualificação, aprimoramento e desenvolvimento de seus trabalhadores, nos territórios, tanto no nível superior como no nível técnico-profissional.

Efetivamente, a educação permanente em saúde é um conceito político pedagógico concebido como uma ação estratégica para a transformação e qualificação das práticas de saúde, para a organização

das ações e dos serviços, com os processos formativos e com as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.

Essa proposta privilegia o processo de trabalho como eixo central da aprendizagem e enfatiza a capacidade humana de criar conhecimento novo, a partir da discussão e análise conjunta e participativa dos problemas do cotidiano do trabalho, suas causas e as implicações que as alternativas e soluções trazem na busca das transformações das práticas de saúde, objetivo essencial do ato educativo.

Neste contexto, o fortalecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde apresenta-se como eixo transversal de todas as ações formativas, e ressignifica o sentido do trabalho junto às trabalhadoras e trabalhadores do SUS, de forma que as práticas colaborativas e interprofissionais se efetivem nos atos e vivências cotidianas do cuidado em saúde; com o fortalecimento de práticas de gestão participativa e de escuta ativa às necessidades dos serviços e suas equipes, de participação social e valorização do saber popular em todos os espaços do cuidado e de gestão.

No que se refere à indução de processos de mudança na formação profissional em saúde nos âmbitos do ensino técnico profissional, ensino de graduação, ensino pós-técnico e de pós-graduação, em especial nos Programas de residências em saúde, especialização, mestrados e doutorados profissionais, tem como finalidade a adequação e oferta de processos formativos que atendam, mais efetivamente, às necessidades do SUS.

Atualmente, na gestão da educação são marcantes a desarticulação dos processos de educação permanente com as necessidades do SUS, a incipiência da integração ensino-serviço-comunidade na formação do e para o SUS e insuficiência e baixa valorização de tutores e preceptores.

Dentre as causas desses problemas centrais destacam-se a descontinuidade e baixo investimento técnico, político e financeiro em políticas de gestão do trabalho e educação na saúde para os entes federados e incipiente processo de monitoramento e avaliação das políticas e programas de educação e do trabalho em saúde.

O desenvolvimento de ações que melhorem esse cenário se justifica pela necessidade premente de se investir na melhoria da qualidade e das condições de trabalho no âmbito do SUS, bem como no processo de produção direta de ações e serviços nos diversos níveis de atenção, quanto nas atividades técnico-gerenciais e administrativas necessárias ao funcionamento do SUS em todo território nacional.

Ademais, a diversidade de situações vivenciadas em cada estado demanda por qualificação de pessoal para o desenvolvimento do processo de planejamento da gestão do trabalho e da educação na saúde, de maneira a se alinhar conceitos e métodos, além de fortalecer uma cultura institucional que valorize a tomada de decisão e o monitoramento e avaliação das ações realizadas, fundadas na articulação equilibrada das racionalidades política, técnica e administrativa que deve permear o processo de fortalecimento das relações de trabalho e da formação em saúde para o SUS.

De tal modo, por meio dos pressupostos da integração ensino-serviço-comunidade, da educação permanente em saúde, das residências em saúde, com a inclusão dos usuários, para continuidade das ações desenvolvidas para o quadriênio 2024-2027, propõe-se como resultados esperados: fortalecer a gestão da educação na saúde no SUS com o intuito de promover o aprimoramento do cuidado à saúde, fortalecendo a gestão estratégica do SUS, a educação em saúde, a partir de investimentos técnicos, políticos e financeiros em políticas de gestão do trabalho e educação na saúde para os entes federados e de ações de educação permanente de acordo com as necessidades do SUS, integrando ensino-serviço-comunidade na formação do e para o SUS e valorização de tutores e preceptores.

Para além disso, pretende-se ainda alcançar a valorização das políticas e programas de gestão do trabalho e educação na saúde.

2.14.5 Saúde Digital

A saúde digital visa incorporar estratégia de integração entre as redes de atenção à saúde, especialmente como instrumento de ampliação da cobertura e resolutividade do SUS, com vistas ao aperfeiçoamento da integralidade e da continuidade do cuidado aos usuários e da comunicação e troca de experiências entre gestores e profissionais de saúde.

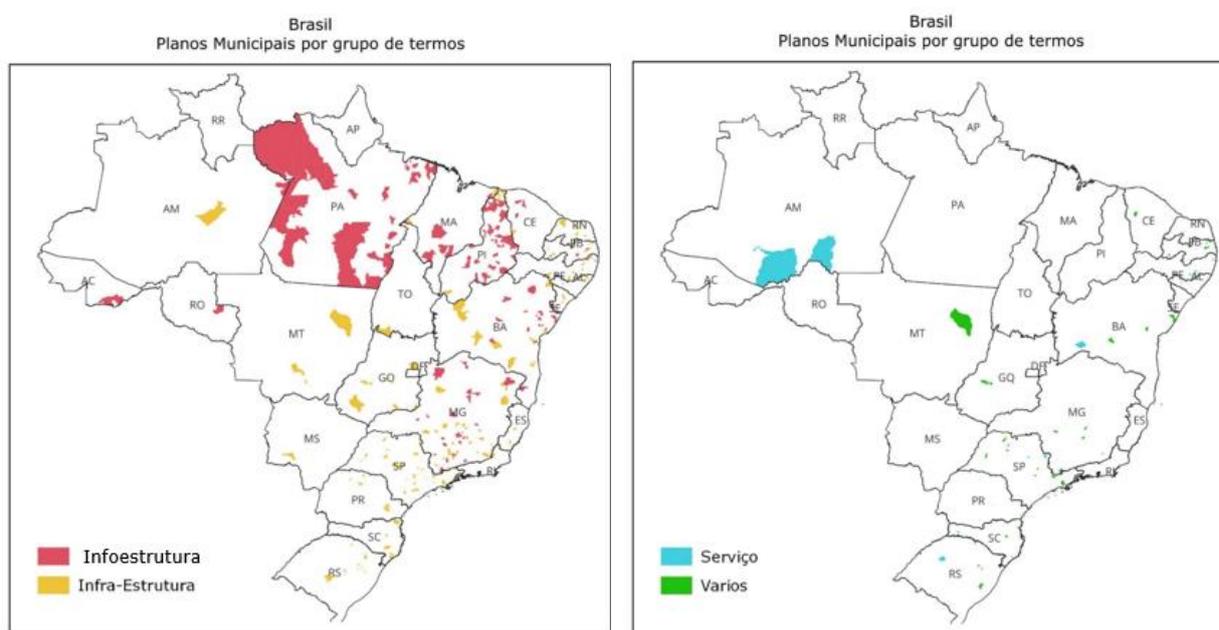
A implementação de serviços de saúde digital busca potencializar o aprimoramento tecnológico necessário para promover a transformação digital no SUS.

2.14.5.1 Transformação Digital do SUS

A promoção de estratégias para a transformação digital no SUS aponta para um conjunto de ações governamentais que requer competências institucionais, profissionais e comportamentais para a estruturação e utilização das tecnologias de informação e comunicação na saúde, partindo da importância da elaboração de planos de ação como ferramentas dos processos de transformação digital no SUS junto aos entes federativos, de forma a induzir o aumento da eficácia e eficiência das ações que envolvem a qualificação da gestão e o aprimoramento das ações e serviços do sistema de saúde, em todos os seus processos de planejamento, organização, implementação, assistência e controle.

Ademais, de forma a justificar ações que induzam a construção de estratégias de transformação digital no SUS, aponta-se que, atualmente, apenas 6,79% dos municípios apresentaram em seus planos municipais de saúde termos relacionados à saúde digital nas suas diretrizes (período de 2018-2021 e 2022-2025).

Figura 16. Campo Semântico da Saúde Digital nos Planos Municipais de Saúde



Infoestrutura	Infra-Estrutura	Serviços
Gestão de informação	Cabeamento	Telessaúde
Site	Computador	Sala de Situação
Plataforma	Informatização	Saúde Digital
Prontuário eletrônico	Internet	Radio
Sala de situação	Software	
Sistema de informação	Interoperabilidade	

Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos no <https://digisusgmp.saude.gov.br/v1.5/transparencia/diretriz/termo>.

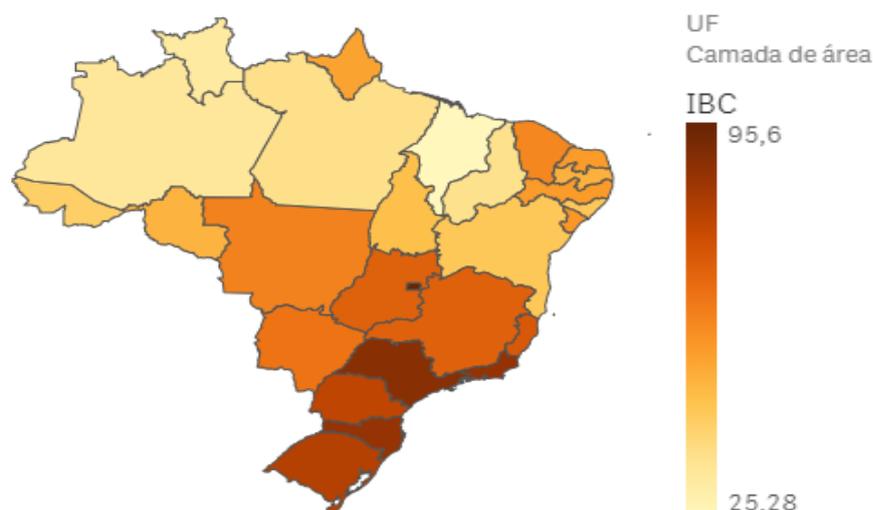
Ainda, como forma de contextualizar o cenário de conectividade, ponto de convergência para que as demandas de saúde digital se apoiem e consigam progredir no âmbito das demandas territoriais, cabe destacar o Índice Brasileiro de Conectividade (IBC), sistematizado pela Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel), que apresenta um cenário entre municípios e unidade federativas com seus respectivos estágios de conectividade, a partir dos dados do setor de telecomunicações do país, considerando as seguintes variáveis:

- Densidade de acessos móveis de telefonia móvel: número de acessos de telefonia móvel dividida pela população, ponderada pela tecnologia do acesso (2G, 3G, 4G e 5G);
- Densidade de acessos de banda larga fixa: número de acessos de banda larga fixa dividida pela população, ponderada por faixa de velocidade máxima contratada;
- Percentual da população coberta por telefonia móvel;
- Adensamento de estações: quantidade de estações rádio base (ERB) por 10.000 habitantes;
- Existência de backhaul de fibra ótica nas respectivas localidades;
- Grau de competitividade de banda larga fixa, medido pelo inverso do índice de Herfindahl–Hirschman (HHI); e
- Grau de competitividade de telefonia móvel, medido pelo inverso do índice de Herfindahl–Hirschman (HHI).

O índice brasileiro de conectividade tem por referência uma variação do índice de 0 a 100, sendo que zero é o valor dos municípios que obtiveram a menor nota na variável específica e 100 é o valor para aqueles que obtiveram as notas máximas em todos os quesitos. Os municípios com os dez maiores índices são Armação de Búzios/RJ com 83,28, Xangri-lá/RS com 79,45, Capão da Canoa/RS com 79,13, Imbé/RS, Bombinhas/SC com 78,83, Balneário Camboriú/SC com 78,54, São Sebastião/SP com 77,77, Pirapora/MG com 77,40, Confins/MG com 76,82 e Florianópolis/SC com 76,81. Já os municípios com os menores valores são Uiramutã/RR com 10,90, Chaves/PA com 11,51, Fernando Falcão/MA com 11,86, Melgaço/PA com 11,94, Marajá do Sena/MA com 12,26, Amajari/RR com 13,12, Currais/PI com 13,22, Prainha/PA com 13,41, Alto Alegre/RR com 13,72 e Baianópolis/BA com 13,74 o que explicita uma forte disparidade no interior do país, em especial das Regiões do Sul e Sudeste, em comparação ao Norte e Nordeste.

Quando se faz um recorte por unidades federativas, observa-se o seguinte cenário:

Mapa 17. Índice Brasileiro de Conectividade (IBC) por UF



Fonte: Anatel (2022), [Anatel - Índice Brasileiro de Conectividade](#).

Por outro lado, ao se analisar o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), proposto pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) do ano de 2021, percebe-se que as unidades da federação que apresentam os valores mais acentuados de vulnerabilidade estão nas Regiões Norte e Nordeste, conforme os dados abaixo:

Tabela 62. Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) por UF

UF	IVS
Acre	0.366
Maranhão	0.359
Pernambuco	0.351
Amazonas	0.342

UF	IVS
Alagoas	0.334
Paraíba	0.332
Sergipe	0.316
Pará	0.299
Rio de Janeiro	0.297
Piauí	0.297
Bahia	0.294
Rio Grande do Norte	0.289
Roraima	0.28
Ceará	0.277
Distrito Federal	0.259
Tocantins	0.254
Goiás	0.249
São Paulo	0.247
Amapá	0.229
Espírito Santo	0.225
Mato Grosso	0.221
Minas Gerais	0.21
Rio Grande do Sul	0.203
Mato Grosso do Sul	0.191
Rondônia	0.189
Paraná	0.182
Santa Catarina	0.123

Fonte: IPEA (2021), Planilha (ipea.gov.br).

2.14.5.2 Informação em Saúde

A disponibilização de dados e informações estratégicas e qualificadas por meio dos sistemas de saúde, plataformas do ConecteSUS e canais de comunicação oficial do MS, devem facilitar e favorecer o monitoramento, a avaliação e o apoio ao processo de tomada de decisão dos gestores e profissionais de saúde, além de contribuir para o acompanhamento, transparência e controle por parte da população.

Ampliar o número de serviços digitais disponibilizados para o SUS é uma estratégia importante por considerar a quantidade total de funcionalidades, aplicações, painéis e o conjunto de dados implementados pela gestão federal para promover a ampliação do acesso a serviços e informações de saúde para cidadãos, profissionais de saúde e gestores; bem como para apoiar a integração dos estados aos dados disponibilizados pela Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), o compartilhamento de dados e a interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde, com vistas a contribuir para o aprimoramento dos processos de planejamento, gestão e territorialização dos serviços e ações de saúde do SUS.

Nesse sentido, a reativação da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage) é uma importante ação direcionada para o compromisso permanente do MS com a transparência ativa e com a disseminação de informações qualificadas para a tomada de decisão. Criada em 2006 – originalmente como Sala de Situação em Saúde (Portaria GM/MS n.º 2.398/2006) – e oficialmente instituída em 2012 (Portaria GM/MS n.º 406/2012), a Sage foi desativada em 2018, apesar de ter sido reconhecida como uma iniciativa exitosa, tanto dentro do MS, quanto fora dele, por outros órgãos do Governo Federal, por órgãos de controle, pela academia e pela sociedade.

Trata-se de uma plataforma on-line, de acesso facilitado, com painéis digitais, dinâmicos e atualizados, que possibilitam a qualificação do acompanhamento de intervenções em saúde pública (políticas, programas, planos, projetos, estratégias e ações), amparando a elaboração de análises contextuais que são utilizadas na formulação, avaliação e correção de rumos das intervenções na área da saúde.

Assim, sua reativação proporcionará a disseminação de dados, indicadores e informações aptos a auxiliar na redução das incertezas no processo decisório da gestão em saúde. Além disso, a Sage pode contribuir para o desenvolvimento de projeções e inferências setoriais e para a transparência das ações desenvolvidas nas diferentes áreas finalísticas do MS, fortalecendo o planejamento e a confiança na gestão pública em saúde.

Para a reativação da Sage, faz-se necessária a pactuação e o fortalecimento dos seguintes aspectos:

- Composição da uma equipe técnica de profissionais de tecnologia da informação e comunicação (TIC) em saúde pública;
- Criação de infraestrutura tecnológica, baseada em software livre;
- Restabelecimento de fluxos e cronograma de envio e validação de dados/indicadores considerados estratégicos para o monitoramento e avaliação de intervenções em saúde com as áreas técnicas das Secretarias do MS;
- Recuperação da séria histórica atualizada com dados/indicadores das intervenções em saúde pública e atualização mensal destes a partir do ano de 2023;
- Padronização do modelo de envio de dados e das fichas de metadados; e
- A reinstalação de pelo menos 16 painéis de dados e informações estratégica em saúde até 2027.

2.14.5.3 Monitoramento e Avaliação de Intervenções em Saúde Pública

O processo da sistemática de monitoramento e avaliação se constitui numa ferramenta de fundamental importância para a geração de conhecimento para a tomada de decisão. O monitoramento verifica o andamento das metas e atividades e permite inferências a respeito dos processos escolhidos para o seu cumprimento. Já a avaliação amplia e aprofunda a análise dos processos e resultados, a partir das questões contextualizadas durante o processo de monitoramento das atividades.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990), em seus artigos 15 e 17, assim como o Capítulo IV da Lei Complementar n.º 141, de 2012, apontam as atribuições de monitoramento, avaliação, transparência e disseminação das informações em saúde. Esta última define, inclusive, a necessidade de indicadores e dá centralidade ao instrumento de planejamento no qual deverá conter o processo e o resultado de cada ente federado: o Relatório de Gestão.

Outro normativo que destaca a importância do monitoramento e avaliação das intervenções em saúde pública como o caminho para a melhoria de uma gestão é o Decreto n.º 7.508, de 2011, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Nesse contexto, cabe ao MS implementar as necessárias ações para o fortalecimento da cultura do monitoramento e avaliação das intervenções em saúde pública (políticas, programas, planos, projetos, estratégias e ações), buscando dar vida às normativas supracitadas e fomentar, junto aos estados e municípios, o processo de monitoramento e avaliação, com ações como:

- Realização de cursos de especialização em Monitoramento e Avaliação em Saúde com oferta nacional;
- Reativação e reestruturação do comitê Consultivo de Monitoramento e Avaliação do SUS (CCMA-SUS): órgão de caráter consultivo e permanente, que tem em sua composição representantes das diversas Secretarias do MS, com o objetivo de aperfeiçoar as intervenções em saúde pública;
- Retomada da formulação da Política de Monitoramento e Avaliação no âmbito do MS, de forma articulada e integrada as demais secretarias e unidades vinculadas;

- Retomada das articulações para o monitoramento do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS 3), ação coordenada pela Secretaria-Executiva do MS.

Com efeito, esse esforço contribuirá para a institucionalização de um monitoramento e avaliação consubstanciados na transparência e na implementação da Política de Monitoramento e Avaliação das políticas, programas e demais intervenções no âmbito do MS.

2.14.5.4 Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA)



Criada em 1996, a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) nasceu da necessidade de produzir e tornar disponíveis informações apropriadas à formulação, gestão e avaliação de políticas e ações públicas de saúde. Desativada em 2014 por decisões da gestão e reativada em 2023, a Ripsa é atualmente formada por 43 instituições governamentais e não governamentais, de renomada capacidade técnica e científica, que realizam um trabalho colaborativo para disponibilizar dados básicos, indicadores e

análises de situação sobre as condições de saúde e suas tendências, no intuito de municiar os três níveis de direção do SUS com informações adequadas, oportunas, abrangentes e aptas a subsidiar a tomada de decisão sobre a condução de políticas e ações de saúde pública.

Figura 17. Instituições Membro da Ripsa

1. Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP);	20. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES);
2. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO);	21. Ministério da Saúde (MS);
3. Associação Brasileira de Telemedicina e Telessaúde (ABTms);	22. Ministério da Previdência Social (MPS);
4. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);	23. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS);
5. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME);	24. Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS);
6. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);	25. Universidade de Brasília (UNB);
7. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS);	26. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ);
8. Fundação Getúlio Vargas (FGV);	27. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP);
9. Fundação João Pinheiro (FJP);	28. Universidade Estadual Paulista (UNESP);
10. Fundação Oswaldo Cruz - Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (CIDACS);	29. Universidade Federal do Acre (UFAC);
11. Fundação Oswaldo Cruz - Centro de Pesquisa René Rachou (Fiocruz Minas - IRR);	30. Universidade Federal do Amazonas (UFAM);
12. Fundação Oswaldo Cruz - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (Fiocruz - IAM);	31. Universidade Federal da Bahia (UFBA);
13. Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz - ENSP);	32. Universidade Federal de Goiás (UFG);
14. Fundação Oswaldo Cruz - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Fiocruz - ICICT);	33. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG);
15. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE);	34. Universidade Federal do Pará (UFPA);
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);	35. Universidade Federal de Pelotas (UFPEl);
17. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP);	36. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);
18. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA);	37. Universidade Federal do Piauí (UFPI);
19. Instituto Nacional do Câncer (INCA);	38. Universidade Federal de São Carlos (UFSCar);
	39. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP);
	40. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN);
	41. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC);
	42. Universidade de São Paulo (USP); e
	43. Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP/FMRP).

2.14.5.5 Dados Abertos

A Política de Dados Abertos do Governo Federal define regras para promover a abertura de dados governamentais no âmbito dos órgãos e entidades federais (como ministérios, autarquias, agências reguladoras e fundações públicas).

Tendo como pilar as disposições da Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527, de 2011), essa política é constituída por uma série de documentos normativos, que tratam de obrigações, planejamento e orientações, em especial o Decreto n.º 8.777, de 11 de maio de 2016, e a Resolução n.º 3, de 13 de outubro de 2017, do Comitê Gestor da Infraestrutura Nacional de Dados Abertos (CG-INDA).

No âmbito do MS, o Plano de Dados Abertos (PDA) é o instrumento norteador das ações de implementação e promoção de abertura de dados (inclusive os geoespacializados), que deverão obedecer aos padrões mínimos de qualidade, de forma a facilitar o entendimento e a reutilização das informações geradas no âmbito das organizações públicas. Atualmente, está vigente o PDA/MS 2022-2023 e em elaboração o plano para o próximo biênio.

No cenário em que a melhoria da gestão pública, a participação social e a necessidade por melhores serviços públicos são temas prioritários que demandam a disponibilização de informações qualificadas em tempo oportuno, o Plano reflete o esforço do MS para disponibilizar informações e dados relacionados à saúde de forma transparente e acessível ao público em geral, sendo insumo fundamental para auxiliar na construção e na consolidação do governo aberto. Além de promover a transparência, a participação pública e a inovação, a ampliação continuada dos conjuntos de dados abertos permite ao cidadão obter mais informações sobre as ações de governo, tornando possível sua contribuição ativa no processo de decisão e melhoria do funcionamento do Estado.

Nesse contexto, o portal de dados abertos do Ministério oferece atualmente acesso a 31 conjuntos de dados, incluindo informações essenciais, como os conjuntos de dados relativos à Campanha Nacional de Vacinação contra a covid-19 e ao Registro de Ocupação Hospitalar.

2.14.5.6 TabNet e TabWin

As aplicações TabNet e TabWin são ferramentas criadas pelo MS, que possibilitam a tabulação de dados e, a partir disso, a geração de relatórios (com agilidade e objetividade) a partir das diversas bases de dados do SUS. Podem ser acessadas por meio do TabNet, por exemplo, informações relevantes sobre cobertura vacinal, nascimentos, mortalidade e morbidade, atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares, orçamentos públicos em saúde e outros dados relacionados a análise de políticas públicas de saúde, inclusive por instituições interessadas e pelo público em geral.

Recentemente, houve um aumento expressivo na adesão e acesso a esses sistemas de tabulação, bem como um considerado avanço das tecnologias atuais acerca da extração de dados. Neste sentido, o MS tem trabalhado para aprimorar e atualizar tecnologicamente as duas ferramentas, que atualmente são objeto de importante projeto de modernização. Além disso, outro desafio a ser enfrentado é a ampliação dos temas cobertos pelas ferramentas de tabulação, frente à dinâmica de crescimento das ações do SUS.

2.14.5.7 LocalizaSUS

O LocalizaSUS é uma plataforma de dados estratégicos de saúde, distribuídos em diversos painéis, criada para dirimir a necessidade por análises contextuais que possam ser utilizadas na formulação de políticas públicas e no monitoramento e avaliação de intervenções específicas na área da saúde.

Atualmente, o LocalizaSUS conta com 56 painéis de informação, que mostram diversas questões sobre o acompanhamento e legado do enfrentamento da pandemia da covid-19, além de demais ações de responsabilidade do MS.

Os painéis de informação permitem que gestores, profissionais de saúde, representantes da sociedade civil, legisladores federais, estaduais e municipais, dentre outros, realizem o acompanhamento das ações prioritárias do MS.

2.14.5.8 Programa Conecte SUS

Instituído pela Portaria GM/MS n.º 1.434, o Programa Conecte SUS é atualmente o principal meio de concretização da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 (ESD28) e tem, entre outros, os seguintes objetivos: a implantação da Rede Nacional de Dados em Saúde, e a informatização da rede de atenção à saúde, incluindo os estabelecimentos públicos e privados e a gestão em saúde pública dos estados e municípios, permitindo sistemas de informação do MS para beneficiar os usuários do SUS. Esses objetivos são materializados por meio dos projetos da RNDS, do Informatiza APS e do Conectividade APS (encerrado em dezembro de 2022).

O Conecte SUS Cidadão é uma evolução dos aplicativos Cartão SUS Digital (2015) e Meu DigiSUS (2019) que davam acesso ao Cartão Nacional de Saúde (CNS) e às informações pessoais e estabelecimentos de saúde contidos no cartão. A primeira versão do Conecte SUS Cidadão foi lançada em

2020, um marco que iniciou um processo de aumento do número de downloads. Em 2021, com o início da vacinação contra a covid-19, o número de downloads do aplicativo ConecteSUS Cidadão alcançou a marca de mais de 24,2 milhões. Em 2022 com a disponibilização do Certificado Nacional de Vacinação covid-19, esse número foi ampliado para mais de 33,8 milhões de downloads.

Com a crescente demanda pela ampliação do acesso aos serviços e às informações de saúde pela população, o Conecte SUS seguirá expandindo as suas funcionalidades com novos Miniapps visando garantir a continuidade do cuidado de forma abrangente e escalável, aproximando a população ainda mais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Houve ainda, a inclusão de novas funcionalidades como a área de conteúdo que se propõe a informar a população de forma confiável através de 50 conteúdos de saúde de A-Z do MS. Uma grande mudança em direção ao usuário como protagonista é a disponibilização de ajudas em todas as áreas do aplicativo para descrever o que é aquele serviço, como utilizá-lo e dúvidas principais.

Nas novas funcionalidades o usuário além de ter acesso ao seu histórico clínico e à informação sobre a rede de saúde mais próxima com base na sua geolocalização, ele poderá ter acesso aos conteúdos confiáveis sobre saúde e realizar a gestão pessoal da sua saúde com o diário da saúde, alergias e contatos.

Figura 18. Funcionalidades ConecteSUS

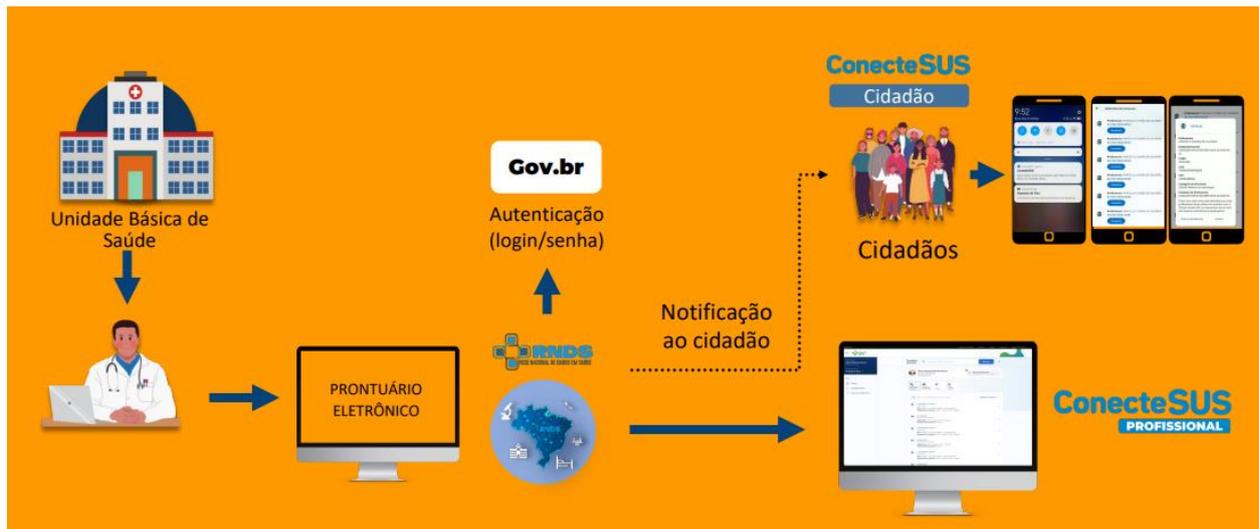


Fonte: Datasus.

Uma outra inovação disponibilizada recentemente para a população no Conecte SUS Cidadão é a opção de permitir ou não que retiradas de medicamentos relacionados ao Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), sejam realizadas em seu CPF, podendo o usuário retornar a adesão no momento que desejar. Nessa atualização, o usuário também pode emitir o seu Certificado de Vacinação no padrão brasileiro ou da União Europeia, possibilitando a equivalência e utilização do certificado em diversos países. Ainda sobre vacinas, foram incluídas novas vacinas e um novo documento foi disponibilizado, o Certificado Internacional de Vacinação ou Profilaxia. A população pode realizar, ainda, o agendamento online de consultas na atenção primária à saúde diante da disponibilização de agendas da UBS, onde o cidadão que estiver vinculado a uma equipe terá acesso à marcação.

O Conecte SUS Profissional é uma plataforma destinada a todos os profissionais de saúde vinculados às equipes de Atenção Primária e Saúde da Família para acesso ao histórico clínico do cidadão, composto por informações existentes na RNDS. O Conecte SUS Profissional tem como pontos de sustentação os seguintes fundamentos: dados compartilhados com o profissional de saúde, informações para um melhor diagnóstico, conduta e maior conhecimento técnico para a tomada de decisão terapêutica.

Figura 19. ConecteSUS



Fonte: Datasus.

Por sua vez o Conecte SUS Gestor disponibiliza aos gestores federais, estaduais e municipais de saúde os indicadores compostos de dados da RNDs, utilizados como instrumento fundamental para o planejamento em saúde, a tomada de decisão e a formulação de políticas públicas.

Já a nova plataforma do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), lançado no dia 19 de setembro de 2022, foi projetada com objetivo de criar e disponibilizar um sistema web, responsivo, com configuração de resolução mobile, tablet e desktop, para que os profissionais de saúde possam registrar, em tempo real, as notificações individuais e coletivas das doenças, assim como comunicar a ausência de casos, em todos os estados e municípios.

A ferramenta entrou em produção com as notificações da nova doença infecciosa causada pelo vírus da varíola dos macacos, a MonkeyPox, abrangendo a notificação, investigação e conclusão. O e-SUS Sinan irá receber ainda cerca de 50 tipos de doenças e agravos, que serão incluídas de forma gradativa. As próximas doenças e agravos que serão priorizadas são: tuberculose, arboviroses, hepatites, hanseníase, exantemáticas, entre outras conforme estudo e necessidade. O novo SINAN foi uma das soluções tecnológicas divulgadas durante o lançamento do e-SUS Linha da Vida, fazendo parte do programa que reúne diferentes plataformas do SUS, contribuindo para o acompanhamento eficiente da saúde do cidadão.

Na perspectiva de qualificação das informações em saúde, uma questão central a ser observada refere-se à proteção de dados e segurança da informação. Nesta temática o MS visa viabilizar contratações para melhorar e adequar a infraestrutura e segurança da informação com fins de garantir a disponibilidade e integridade dos sistemas e serviços de saúde, o uso racional dos instrumentos de Tecnologia da Informação e Comunicação, alinhado às políticas de TIC, visando garantir confiabilidade, integralidade e disponibilidade das informações, dos serviços e sistemas essenciais, por meio do incremento e modernização dos mecanismos tecnológicos, controles efetivos dos processos de segurança e de riscos, assim como a otimização de recursos humanos, orçamentários e tecnológicos.

A área de segurança da informação é responsável por proteger todos os sistemas e informações do MS, atuando na criação de políticas e normas de segurança cibernética, proteção de dados, no tratamento e resposta a incidentes de segurança, monitoramento de ataques, análise de segurança de sistemas e redes, conscientização e treinamento dos usuários e pelo estudo de novas tecnologias para proteger a instituição. Como também, segue os princípios da ISO27000, alinhada com as ameaças atuais e adequada à missão do MS. A Segurança da Informação é desenvolvida com base em modelos e padrões normalizadores, frameworks e normas instituídas por órgãos oficiais.

Durante o ano de 2022, aconteceram dois workshops voltados para conscientização de segurança da informação no uso de ativos de TI e o fator humano na Segurança da Informação. O evento é realizado anualmente, desde 2019, com objetivo de proporcionar aos colaboradores maior maturidade sobre a segurança da informação e proteção de dados do MS.

2.14.5.9 Telessaúde

A utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) está destinada a melhoria dos atendimentos e resultados de saúde, visando o incremento do acesso aos serviços de saúde e da resolutividade da assistência, por meio do modelo de cuidado mediado por TIC e integrado a Rede de Atenção à Saúde em todas as esferas do SUS. Dessa maneira, os serviços de telessaúde serão ofertados por meio de incentivos junto a Rede de Núcleos de Telessaúde, assim como por meio de parcerias e ações estratégicas junto aos entes federados considerando os estabelecimentos e instituições de saúde em todos os níveis de gestão, com vistas a ampliação e diversificação de serviços de telessaúde aos usuários do SUS.

Para tanto, se faz necessária a publicação de instrumentos normativos para organização, padronização e operacionalização dos modelos operativos e processos de trabalho para a adesão e oferta de serviços. Como, também, realizar atividades de formação e educação continuada junto aos entes federativos, estabelecimentos e profissionais de saúde e às instituições que já executam os atendimentos em telessaúde para padronização e integração dos instrumentos de monitoramento e avaliação das ações e serviços apoiados.

Assim, espera-se oportunizar a execução de serviços de saúde por meio de TIC como meio para desenvolver ações de apoio à atenção à saúde e à educação permanente em saúde digital em todo território nacional, a fim de realizar atendimentos remotos, apoio ao diagnóstico, ações educativas e apoiar a tomadas de decisão dos profissionais e gestores de saúde.

Vale observar que para se garantir a universalidade de atendimento e a equidade do cuidado, será importante acompanhar o avanço do percentual de municípios contemplados com a oferta de ações e serviços de saúde digital, bem como o aprimoramento das estruturas tecnológicas e da qualificação dos serviços e processos de trabalho junto aos entes federativos e estabelecimentos de saúde.

Nesse sentido, é imprescindível o estabelecimento de um índice de maturidade digital com o objetivo estabelecer parâmetros para mensurar os estágios de desenvolvimento da transformação digital nos diversos serviços que integram a Rede de Atenção à Saúde.

Pesquisas no âmbito da Saúde Digital, destacam que a telessaúde emerge como possibilidade para melhorar a qualidade da assistência à saúde, principalmente para as populações que vivem em regiões com condições precárias de infraestrutura e/ou naquelas em que existem limitações geográficas. Ainda, diante os desafios e a utilização da telessaúde, neste contexto, elencam os seus benefícios:

- Agilidade nos laudos;
- Maior resolutividade;
- Usuários mais satisfeitos;
- Acesso rápido a médicos especialistas e profissionais de saúde;
- Aumento da capacidade de serviços;
- Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde do SUS;
- Fomento da interoperabilidade de Sistemas de Informação;
- Vinculação aos sistemas de regulação.

Atualmente, foram identificados um total de 57 Núcleos de Telessaúde cadastrados no país. Contudo, há outros seis Núcleos de Telessaúde, não cadastrados, o que indica um total de 63 Núcleos de Telessaúde distribuídos no território nacional em janeiro de 2023.

Tabela 63. Busca ativa de Núcleos de Telessaúde por Região

Região	Núcleos de Telessaúde
Nordeste	29
Sudeste	19
Norte	8
Centro-Oeste	4
Sul	3

Fonte: Seidigi/MS, 2023.

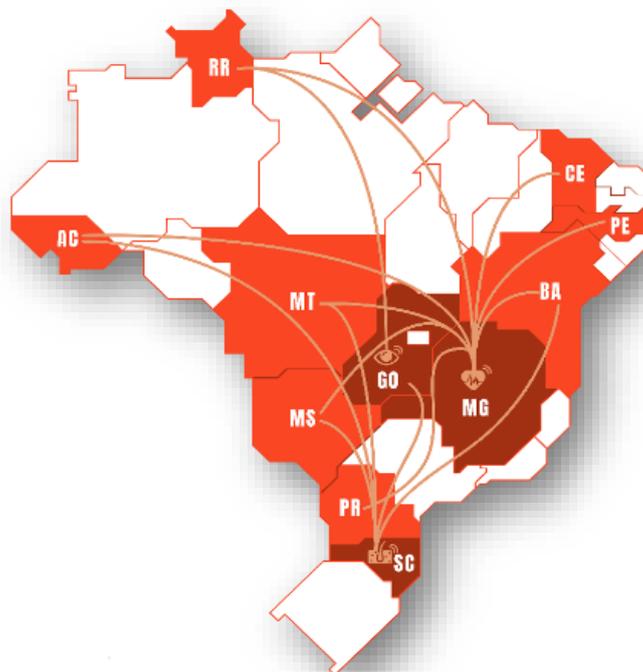
Em relação aos projetos, existem 13 vigentes financiados pelo MS, firmados por meio de convênios (CV) e termos de execução descentralizada (TED), que tem propiciado o funcionamento de 13 Núcleos de Telessaúde e se encontram sediados em 11 estados brasileiros.

Em complemento, cumpre informar que três projetos atuam de maneira complementar em todo o território nacional, ofertando serviços em tele-educação, teleconsultoria e telediagnóstico o que propicia o alcance dos serviços em 18 estados.

Ademais, registra-se que a execução destes projetos em outros estados é realizada de maneira coordenada pois da interação e indução da gestão pública federal e estadual de forma que estes Núcleos de Telessaúde, inseridos na Oferta Nacional de Telediagnóstico (ONT) por meio da Plataforma Nacional de Telediagnóstico, possam emitir seus laudos a partir da demanda de outros estados. Sobre a oferta de telediagnóstico, informa-se que esta atividade coordenada visa ampliar o serviço de diagnóstico de exames realizados a distância nas áreas com maior necessidade do país. Ou seja, mesmo sediado em um estado diferente, o Núcleo de Telessaúde abrange as demandas oriundas de outros estados. Neste contexto, registra-se o alcance atual de três Núcleos de Telessaúde que atuam diretamente na oferta nacional de telediagnóstico.

1. Núcleo de Telessaúde Estadual de Goiás, com a especialidade de oftalmologia, atendendo os estados de Goiás, Roraima e Santa Catarina;
2. Núcleo de Telessaúde Estadual de Minas Gerais, com a oferta da especialidade de eletrocardiograma para os estados de Minas Gerais, Paraná, Mato Grosso, Acre, Roraima, Ceará, Pernambuco e Bahia.
3. Núcleo de Telessaúde Estadual de Santa Catarina, com oferta da especialidade de dermatologia para os estados de Santa Catarina, Mato Grosso do Sul, Acre, Mato Grosso, Goiás e Bahia.

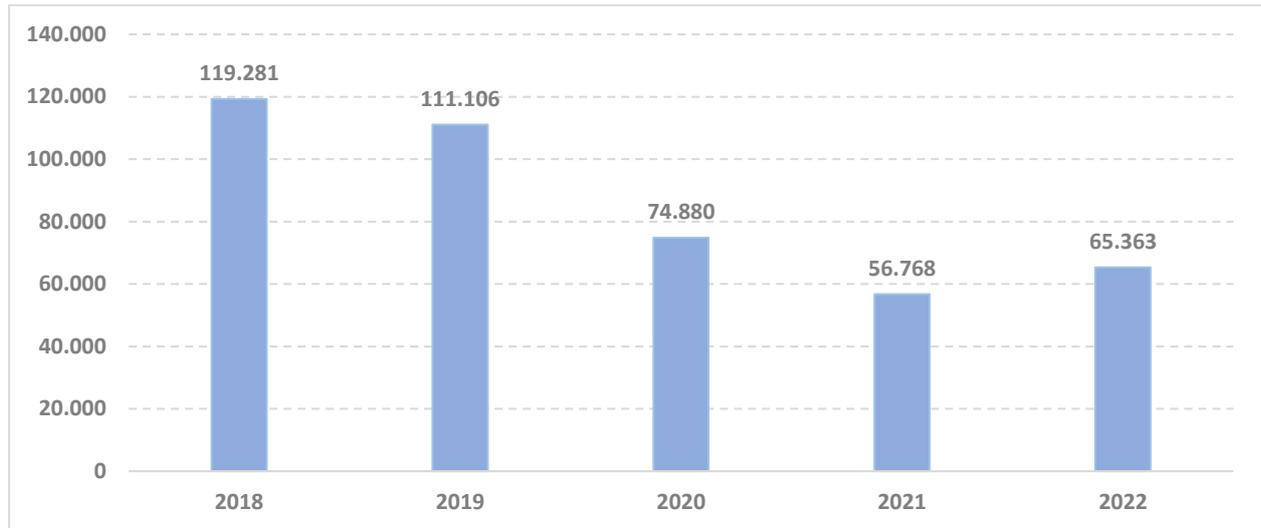
Mapa 18. Oferta Nacional de Telediagnóstico



Fonte: PNTD, 2023.

Quanto à oferta de serviços na modalidade de teleconsultoria, observa-se uma queda nos anos de 2020 e 2021, em razão da pandemia da covid-19, conforme representado no gráfico abaixo:

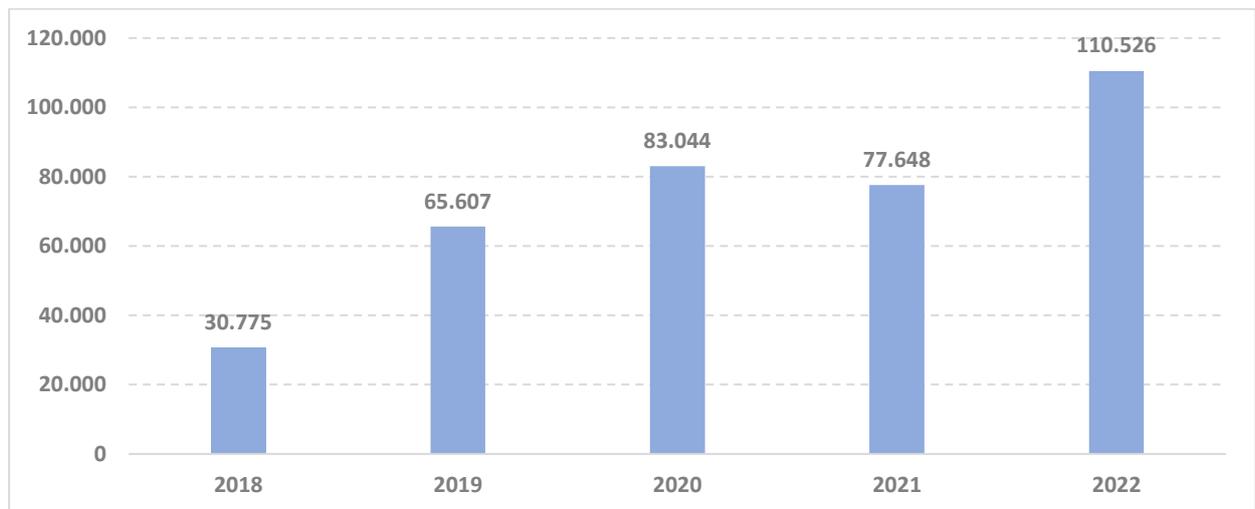
Gráfico 175. Número de Registros de Teleconsultoria, 2018 a 2022



Fonte: Sistema de Monitoramento e Avaliação dos Resultados do Programa Telessaúde (SMART), 2022

No histórico do número de participações em tele-educação registra-se um crescimento significativo, mesmo diante da pandemia, pois este serviço mostrou-se de extrema importância na capacitação e treinamento de profissionais da saúde no enfrentamento da calamidade pública decorrente da pandemia, conforme demonstra o gráfico ao a seguir:

Gráfico 176. Número de Registros de Tele-educação, 2018-2022



Fonte: Sistema de Monitoramento e Avaliação dos Resultados do Programa Telessaúde (SMART), 2022.

Atualmente, leva-se em consideração a tipologia do projeto, ou seja, se o repasse do recurso se destina a implantação, manutenção ou ampliação das atividades desenvolvidas pelos Núcleos.

Outros serviços de telessaúde são realizados e aferidos no âmbito da RAS e estão contemplados no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos (Sigtap) na Rede Nacional de Dados em Saúde. Este documento de gestão permite registrar, acompanhar e monitorar alguns procedimentos realizados. Os procedimentos convergentes à temática de telessaúde podem ser realizados no âmbito da atenção primária à saúde e na atenção especializada (ambulatorial e hospitalar).

Abaixo, apresentam-se os números absolutos destes procedimentos durante os anos de 2021, 2022 e 2023 (até julho), na atenção primária:

Tabela 64. Procedimentos realizados na Atenção Primária por ano

Ano	Nº de Procedimentos
2021	1.766.781
2022	495.619
2023	109.251
Total	2.371.651

Fonte: Ficha de Atendimento Odontológico Individual; Ficha de Atendimento Individual e Ficha de Procedimento da Coleta Simplificada de Dados (CDS) do e-SUS APS, fornecido pela CGPROJ/SAPS/MS (SISAB).

Nesse período, 2.021 municípios foram identificados em 25 estados e no Distrito Federal, somente o estado de Roraima não realizou algum tipo de serviço.

Abaixo, apresentam-se os números de procedimento realizados por UF:

Tabela 65. Procedimentos realizados por UF

UF	2021	2022	2023	Total
AC	4	10	9	23
AL	3.350	2.293	990	6.633
AM	3.699	7.382	1.569	12.650
AP	-	-	12	12
BA	23.721	10.640	2.930	37.291
CE	8.844	1.457	197	10.498
DF	3.160	2.839	779	6.778
ES	33.031	7.591	1.908	42.530
GO	10.643	12.675	2.675	25.993
MA	3.916	1.485	7	5.408
MG	382.988	117.523	23.146	523.657
MS	8.157	7.588	2.122	17.867
MT	11.744	3.584	514	15.842
PA	65.827	2.434	662	68.923
PB	2.809	1.799	546	5.154
PE	4.697	2.319	378	7.394
PI	3.433	1.526	256	5.215
PR	93.348	17.339	3.554	114.241
RJ	25.035	2.658	607	28.300
RN	395	703	50	1.148
RO	2.253	560	220	3.033
RS	18.978	8.768	1.907	29.653
SC	131.837	78.553	26.478	236.868
SE	1.613	426	1.067	3.106
SP	916.802	202.223	36.500	1.155.525
TO	6.497	1.244	168	7.909
TOTAL	1.766.781	495.619	109.251	2.371.651

Fonte: Ficha de Atendimento Odontológico Individual; Ficha de Atendimento Individual e Ficha de Procedimento da Coleta Simplificada de Dados (CDS) do e-SUS APS, fornecido pela CGPROJ/SAPS/MS (SISAB).

Outro dado importante é a distribuição dos procedimentos por tipos estabelecimentos em saúde na atenção primária à saúde:

Tabela 66. Procedimentos Realizados por Tipos de Estabelecimentos na APS

Tipos de Estabelecimentos	Quantidade
Central de Abastecimento	6
Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, Estadual	1
Centro de Apoio à Saúde da Família	4.372
Centro de Saúde/Unidade Básica	2.308.834
Clínica/Centro de Especialidade	1.063
Consultório Isolado	4
Hospital Geral	15
Policlínica	1.352
Polo Academia da Saúde	1.429
Posto de Saúde	53.691
Pronto Atendimento	1
Secretaria de Saúde	13
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	10
Unidade Mista	777
Unidade Móvel Terrestre	83
Total	2.371.651

Fonte: Ficha de Atendimento Odontológico Individual; Ficha de Atendimento Individual e Ficha de Procedimento da Coleta Simplificada de Dados (CDS) do e-SUS APS, fornecido pela CGPROJ/SAPS/MS (SISAB).

Abaixo, apresentam-se os números absolutos destes procedimentos durante os anos de 2021, 2022 e 2023 (até julho), da atenção especializada:

Tabela 67. Procedimentos realizados na Atenção Especializada por ano

Ano	Quantidade de Procedimentos
2021	1.080.318
2022	661.217
2023	373.629
Total Geral	2.115.164

Fonte: Base de dados do SIA-SUS, fornecido pelo DATASUS.

Abaixo, apresentam-se os números de procedimento realizados na atenção especializada por unidade da federação:

Tabela 68. Procedimentos realizados na Atenção Especializada por UF

UF	2021	2022	2023	Total
AC	187	731	775	1.693
AL	13.458	6.285	2.561	22.304
AM	1	1.970	1.647	3.618
AP	944	1.107	510	2.561
BA	32.904	45.528	17.238	95.670
CE	3.395	9.411	4.886	17.692
DF	36.900	28.650	11.959	77.509
ES	3.804	15.287	11.368	30.459
GO	1.504	2.056	14.870	18.430
MA	3.134	19.663	2.822	25.619
MG	167.894	60.717	24.418	253.029

UF	2021	2022	2023	Total
MS	2.229	4.668	2.966	9.863
MT	1.755	1.122	925	3.802
PA	3.292	7.859	3.530	14.681
PB	4.596	567	321	5.484
PE	12.103	12.839	9.190	34.132
PI	-	124	11	135
PR	60.028	19.226	11.330	90.584
RJ	28.680	25.088	14.840	68.608
RN	14.446	11.333	6.061	31.840
RO	1.302	3.358	2.949	7.609
RR	-	141	82	223
RS	58.352	38.951	24.895	122.198
SC	13.752	9.816	6.098	29.666
SE	1.621	2.380	851	4.852
SP	609.969	330.491	194.599	1.135.059
TO	4.068	1.849	1.927	7.844
Total	1.080.318	661.217	373.629	2.115.164

Fonte: Base de dados do SIA-SUS, fornecido pelo DATASUS.

Outro dado importante é a distribuição dos procedimentos por tipos estabelecimentos em saúde considerando a atenção especializada:

Tabela 69. Procedimentos Realizados na Atenção Especializada por Tipo de Estabelecimento

Tipos de Estabelecimento	Quantidade
Central de Abastecimento	1.015
Central de Gestão em Saúde	8.642
Central de Regulação do Acesso	103
Centro de Apoio à Saúde da Família	17
Centro de Atenção Hemoterapia e ou Hematológica	2.904
Centro de Atenção Psicossocial	131.271
Centro de Imunização	342
Centro de Saúde/Unidade Básica	90.752
Clínica/Centro de Especialidade	756.665
Consultório Isolado	886
Farmácia	12
Hospital Especializado	388.491
Hospital Geral	517.103
Hospital/Dia - Isolado	29.759
Policlínica	131.537
Polo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde	69
Posto de Saúde	2.473
Pronto Atendimento	5.152
Pronto Socorro Especializado	254
Pronto Socorro Geral	93
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (home care)	354
Telessaúde	15.777

Tipos de Estabelecimento	Quantidade
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (sadt isolado)	30.411
Unidade de Vigilância em Saúde	85
Unidade Mista	980
Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência	11
Unidade Móvel terrestre	6
Total Geral	2.115.164

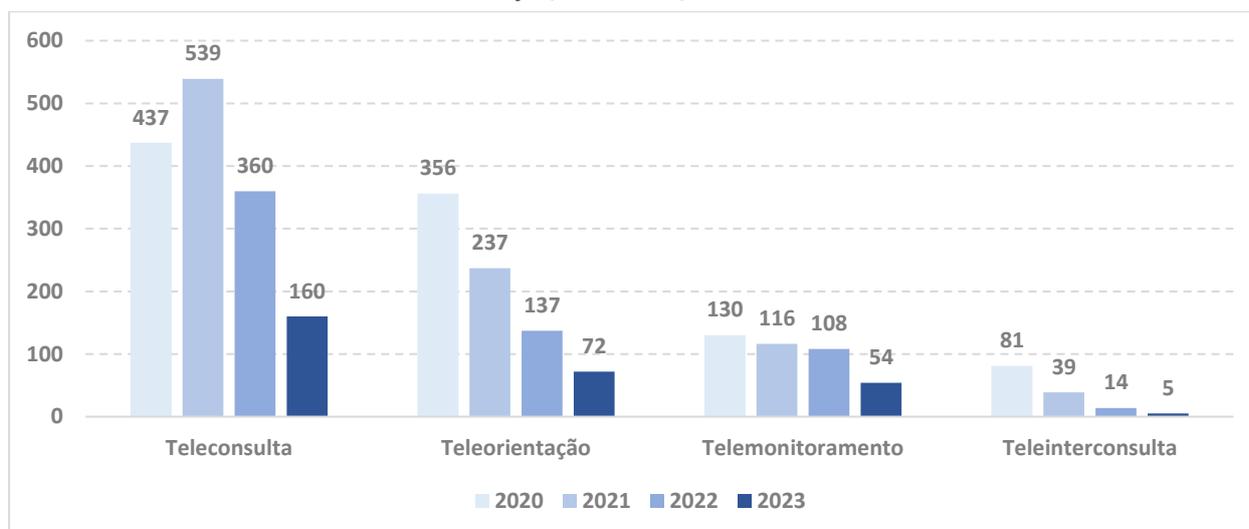
Fonte: Base de dados do SIA-SUS, fornecido pelo DATASUS.

Desse modo, é possível destacar a importância do monitoramento das informações sobre os procedimentos afetos à telessaúde visando a compreensão sobre as atividades assistenciais ofertadas no âmbito do SUS, bem como sobre os estabelecimentos com maior poder de oferta e sua incidência nos estados e municípios do Brasil.

No total, foram identificados 2.115.164 (dois milhões, cento e quinze mil, cento e sessenta e quatro) procedimentos de telessaúde na atenção especializada e 2.371.651 (dois milhões, trezentos e setenta e um mil, seiscentos e cinquenta e um) procedimentos na atenção básica.

Durante a pandemia por covid-19 o MS, por meio da Fiocruz, ampliou a oferta de serviços de telessaúde e telemedicina (teleconsulta, teleorientação, telemonitoramento e teleinterconsulta), assim como a intensificação do uso de outras tecnologias como programas de mensagens instantâneas e redes sociais, para a comunicação e atendimento a pacientes/familiares e triagem para determinação das prioridades em consultas, como forma de reinvenção dos serviços frente à pandemia.

Gráfico 177. Teleatendimentos Realizados de jan/2020 a out/2023



Fonte: Sistema Absolute

2.14.6 Auditoria do SUS

A auditoria do SUS é estabelecida por meio do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), instituída pela [Lei n.º 8.689, de 27 de julho de 1993](#), e regulamentada pelo [Decreto n.º 1.651, de 28 de setembro de 1995](#). Dentre seus principais objetivos, está o de avaliar a estrutura, os processos aplicados e os resultados alcançados pelas ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS, aferindo sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade.

No contexto atual, o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DenaSUS) - antes denominado Auditoria-Geral do SUS (AudSUS) - desempenha o papel de órgão central do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e também atua como órgão de auditoria no âmbito federal. A estrutura e o funcionamento do sistema de auditoria, em nível federal, servem como referência para os estados, Distrito Federal e municípios, orientando a organização necessária para alcançar os mesmos objetivos, dentro de suas respectivas atuações.

Nessa linha, desempenha um papel fundamental, ao fornecer informações essenciais para a gestão das políticas públicas de saúde. Através de suas atividades de auditoria, o Sistema Nacional de Auditoria evidencia aspectos relevantes relacionados à efetividade, legalidade e economicidade na utilização dos recursos destinados à saúde. Dessa forma, se configura como um instrumento estratégico da governança pública em saúde, contribuindo para a avaliação das políticas e programas e auxiliando os gestores nas tomadas de decisão em relação às ações e serviços de saúde oferecidos à sociedade brasileira.

Nessa perspectiva, é fundamento do DenaSUS a promoção do fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria, com a articulação, a integração e a interlocução entre os seus componentes, tendo em vista a qualificação e a padronização das atividades, sobretudo o desenvolvimento institucional e o aperfeiçoamento dos profissionais.

Atualmente, ações mais auspiciosas vêm sendo desenvolvidas no Sistema Nacional de Auditoria, e envolvem o mapeamento da implantação e o funcionamento dos componentes para a realização do fluxo das macroatividades de apoio, com o objetivo de desenvolver a capacitação dos servidores, contemplando os componentes de auditoria como um todo, o que contribui para o preenchimento de eventuais lacunas existentes.

Necessário citar, ainda, que são realizados encontros nacionais propiciando a integração dos auditores internos dos componentes de auditoria das três esferas de governo, visando à ampliação do conhecimento e ao intercâmbio de experiências relacionadas à auditoria interna, no contexto da saúde pública.

De outro giro, ressalta-se que o DenaSUS vem avançando na proposta de instituição da carreira de Auditor do SUS, em nível federal, que serve como referência para os estados, Distrito Federal e municípios, para estruturação de suas respectivas carreiras. Contudo, o Departamento, ainda, enfrenta grandes desafios que exigem aprimoramento contínuo e atuação estratégica. Primeiramente, há uma complexidade inerente à vastidão territorial do Brasil, que exige uma capacidade logística e de gestão para realizar auditorias em diferentes realidades locais. Como também, limitação de acesso a sistemas de informação do MS necessários à realização das atividades, e limitação de ferramentas tecnológicas avançadas que possibilitem estratégias inteligentes necessárias para o alcance de resultados mais expressivos.

Em suma, realizar auditoria no SUS, contribuindo para a qualificação da gestão, visando a melhoria da atenção e do acesso às ações e serviços de saúde, aferindo a adequação, qualidade e efetividade dessas ações e serviços ainda não é uma realidade. A auditoria hoje executada tem foco na verificação da regularidade técnico-financeira da aplicação dos recursos do SUS, onde é confrontada a adequação da realidade fiscalizada à norma, sem avaliar a eficácia dos controles internos utilizados, quando se deveria avaliar a estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade.

A auditoria precisa ainda evoluir na comunicação com os conselhos de saúde, de forma a assegurar que os conselhos sejam ouvidos no planejamento das atividades e tenham conhecimento das ações realizadas pelo DenaSUS de forma atualizada e acessível. Assim como ter quadro de pessoal quantitativa e qualitativamente compatíveis com as atribuições e acesso a sistemas corporativos que propiciem o cumprimento de seu papel de auditoria interna.

Ainda neste contexto, busca-se fortalecer a governança e a gestão da auditoria para uma atuação proativa, que pressupõe um reposicionamento da auditoria que deve ser compreendida como uma ferramenta de gestão e não policial.

Levando em consideração os desafios enfrentados em diferentes contextos e cenários, o DenaSUS realiza atividades cruciais para o alcance da sua missão. Tais atividades podem ser oriundas do Plano Anual de Auditoria (PAA), documento elaborado anualmente pelo Departamento, ou por demandas externas.

Em que pese o contexto desafiador, a auditoria tem apresentado resultados expressivos, conforme dados extraídos dos relatórios de gestão:

Tabela 70. Atividades realizadas no período de 2011 a agosto/2023

Atividade	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023*
Auditoria	-	903	1.046	957	814	1.083	819	480	-	189	139	244	128
Visita Técnica	-	519	391	250	200	169	484	71	-	14	3	10	-
Verificação de Termo de Ajuste Sanitário (TAS)	-	82	107	68	55	53	53	28	-	1	-	-	-
Fiscalização	-	354	117	9	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Monitoramento	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	3
Inspeção Técnica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	27	2
Inspeção – Programa Farmácia Popular	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	187	105
Procedimento de Análise Informatizada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89	233
Total	1.360	1.858	1.661	1.284	1.071	1.305	1.356	579	350	205	151	559	471

*Dados de janeiro a agosto de 2023, extraídos do 2º RQPC.

Fonte: Relatório Anual de Gestão (RAG) dos anos de 2011 a 2022.

Conforme se verifica na tabela acima, houve redução das atividades de controle realizadas pelo órgão de auditoria do SUS nos últimos anos, tendo como principal fator a redução da força de trabalho do Departamento. Entre 2018 e 2019, houve perda de 292 servidores ativos em virtude de aposentadorias, o que diminuiu sobremaneira a capacidade de auditoria deste órgão de auditoria. Diante de tal fato, foram realizados processos seletivos internos no Ministério da Saúde em 2021/2022, que resultaram no acréscimo de 81 novos servidores, mas que não supriram a carência total do DenaSUS.

Ademais, a situação de saúde pública causada pela pandemia da covid-19 declarada em março/2020 também impactou profundamente na execução das atividades por este órgão de auditoria, em virtude da faixa etária elevada dos servidores, com significativa parcela de servidores em grupo de risco, por idade ou comorbidades, que não poderiam ser inseridos em equipes de auditorias para atuar *in loco*, reduzindo a já escassa força de trabalho apta a atuar. Apesar de todas as dificuldades apresentadas, em 2022, o número das atividades de controle realizadas teve um considerável aumento, foram encerradas, 559 atividades de controle, entre auditorias e visitas técnicas.

Além disso, dentre as diversas atividades realizadas pelo Departamento, ressaltam-se que as verificações de Termo de Ajuste Sanitário (TAS) foram realizadas apenas até o ano de 2018, e em 2022 foram iniciadas as atividades de inspeção técnica e Procedimento de Análise Informatizada (PAI), em resposta a extensa demanda oriunda do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB).

O “Procedimento de Análise Informatizada (PAI)”, regulamentado pela Portaria GM/MS n.º 1.053/2022, é realizado somente nos estabelecimentos privados credenciados ao Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), assim como o tipo de atividade “inspeção PFPPB”. O PAI é uma metodologia baseada no nível de risco, obtido a partir da combinação da probabilidade e do impacto da ocorrência de determinado evento de risco, sendo que na seleção dos processos auditáveis do PFPPB, foram utilizados critérios de relevância, materialidade e criticidade resultantes da aplicação de trilhas de auditoria.

Essa estratégia permite maior agilidade na identificação de possíveis irregularidades/impropriedades/inconsistências, dispensando a análise detalhada de estabelecimentos que apresentarem nota de risco inferior ao limite de tolerância definido, de modo a propiciar maior tempo para os demais processos de auditoria, não elegíveis à aplicação do PAI.

As Inspeções Técnicas resultaram da análise dos resultados do PAI que sinalizaram uma probabilidade maior de riscos quanto à correta dispensação de medicamentos por meio do PFPPB, desencadeando a necessidade de uma inspeção prévia antes da realização do procedimento tradicional de auditoria.

Destaca-se que em 2023, foram realizados 233 Procedimentos de Análise Informatizada (PAI), número superior às 128 auditorias realizadas.

Por fim, vislumbra-se a criação e implantação da Política Nacional de Auditoria do SUS (PNAS), contemplando auditoria como atividade típica do estado e carreira, financiamento tripartite para o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), autonomia da auditoria com a vinculação ao gestor do SUS, educação permanente e continuada, pesquisa e desenvolvimento incluindo ferramentas digitais e aperfeiçoamento de bancos de dados e materiais em diversas mídias de divulgação.

2.14.7 Ouvidoria do SUS

O MS conta com a Ouvidoria-Geral do SUS (OUVSUS) como um canal de comunicação direto com os cidadãos, por meio do qual recebe reclamações, denúncias, elogios, críticas e sugestões sobre os serviços prestados. Também, concentra praticamente toda disseminação de informações em saúde pública no Disque Saúde 136, por meio de atendimento humano e eletrônico, prestando aos cidadãos as políticas públicas disponíveis e os trâmites para que sejam acessadas.

A OUVSUS tem como objetivo principal garantir e ampliar o acesso do cidadão na busca efetiva de seus direitos, atuando como ferramenta de gestão e instrumento de fortalecimento do controle social.

As demandas são diversas e algumas são recorrentes, como pedidos de consultas, atendimentos, tratamentos e medicamentos. Destacam-se, também, os relatos de insatisfação ou de prática de irregularidade ou ilícito, bem como elogios e pedidos de informação.

Essas manifestações são encaminhadas à instância governamental correspondente – municipal, estadual e federal – para o fornecimento da resposta de acordo com as providências cabíveis.

Em 2021, por meio do Disque 136, as ligações recebidas resultaram em 2.262.107 atendimentos eletrônicos pela Unidade de Resposta Audível (URA) e 1.015.931 atendimentos humanos. É importante ressaltar que nem todos os atendimentos geram manifestações, pois em muitos casos o cidadão entra em contato para obter informações, tais como locais de vacinação, protocolos de imunização, efeitos colaterais de determinado imunizantes, planos de saúde, dentre outros. Esses contatos são classificados como “disseminação de informação” e diferem do registro de “manifestações” que é a atribuição clássica de ouvidoria - recebimento, cadastro, tratamento, encaminhamento de demandas e retorno ao cidadão.

A redução de 10,2% do total de atendimentos em relação a 2020 é resultado do início e da gradativa expansão da imunização da população em 2021. Esses números continuaram a diminuir em 2022 em razão da continuidade da política pública de imunização.

No ano de 2022, foram realizados 2.428.691 milhões de atendimentos, sendo 1.584.174 eletrônicos e 844.517 atendimentos humanos. O ano foi marcado pela grande quantidade de manifestações relacionadas ao Conecte SUS, uma ferramenta que disponibiliza um conjunto integrado de informações em saúde no país. Houve um aumento significativo no número de registros nos quais os cidadãos buscavam informações sobre o Certificado Nacional de Vacinação covid-19 ou a Carteira Nacional de Vacinação Digital.

Já no ano de 2023, até o mês de agosto, foram registrados 1.296.683 milhões de atendimentos eletrônicos e 294.100 mil atendimentos humanos. Os assuntos mais recorrentes foram sobre os Programas Farmácia Popular do Brasil e Mais Médicos, que retratam a importância da assistência farmacêutica e atenção à saúde para os usuários do SUS.

A diminuição dos atendimentos, comparado a anos anteriores, principalmente o humano, justifica-se pela mudança contratual da central de atendimento do Disque Saúde 136, que recebe e redireciona as ligações dos usuários do SUS, conforme a temática e necessidade dos mesmos.

Tabela 71. Manifestações por Tipo de Demanda/Ano

Classificação	2020		2021		2022		2023 (até agosto)	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Reclamação	34.965	32	57.238	43	58.906	49	23.815	49
Denúncia	32.248	29	16.440	12	6.928	6	4.147	8
Solicitação	24.661	22	44.644	33	43.775	36	16.996	35
Informação	11.881	11	11.854	9	9.014	7	2.214	5

Classificação	2020		2021		2022		2023 (até agosto)	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Sugestão	4.495	4	2.209	2	845	1	785	2
Elogio	1.576	1	2.248	2	1.839	2	983	2
Total	109.826	100	134.633	100	121.307	100	48.940	100

Fonte: OUVSUS/MS.

No tocante ao tipo de manifestação mais frequentemente tratada no ano de 2022 foi a reclamação, que tem como característica principal o relato de algum tipo de insatisfação; representaram, portanto, cerca de 49% do total de manifestações recebidas.

Importa destacar que a quantidade de reclamações, ainda que substancial, aumentou quando comparada com o ano anterior. Em 2021, cerca de 43% das manifestações recebidas se enquadravam na tipologia reclamação, número este que aumentou para 49% em 2022.

No período de janeiro a agosto do ano de 2023, os tipos de classificações apresentaram-se similares ao ano de 2022, porém, levando-se em consideração o volume mensal, é possível visualizar uma diminuição de registro de manifestações no ano de 2023, que pode ser justificada pela mudança contratual da central de atendimento do Disque Saúde 136, onde grande parte das manifestações são registradas.

Tabela 72. Manifestações por Canal de Atendimento/Ano

Canal de Atendimento	2020		2021		2022		2023 (até agosto)	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Disque Saúde 136	62.367	56,8	87.128	64,7	68.361	56,4	23.396	47,8
Internet	45.015	41,0	46.486	34,5	52.217	43,0	24.740	50,5
Correios	2.410	2,1	986	0,7	540	0,4	663	1,4
Pessoalmente	34	0,1	33	0,1	189	0,2	141	0,3
Total	109.826	100	134.633	100	121.307	100	48.940	100

Fonte: OUVSUS/MS.

O Disque Saúde 136 e a internet (formulário web e e-mail) são os canais mais utilizados. Em 2022, que essa porcentagem chegou a 99,4%, com significativo aumento da utilização do disque saúde e ligeira redução do uso da internet.

Tabela 73. Manifestações por Assuntos Mais Demandados/Ano

Assunto	2020		2021		2022		2023 (até agosto)	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Gestão	47.392	43	65.779	49	71.417	59	25.861	53
Vigilância em Saúde	22.576	21	20.683	15	3.554	3	996	2
Assistência à Saúde	11.200	10	15.740	12	17.443	14	8.239	17
Assistência Farmacêutica	9.342	9	13.695	10	10.830	9	3.020	6
Demais assuntos	19.316	18	18.736	14	18.063	15	10.824	22
Total	109.826	100	134.633	100	121.307	100	48.940	100

Fonte: OUVSUS/MS.

Em 2020 e 2021, os assuntos ‘Gestão’ e ‘Vigilância em Saúde’ foram os mais demandados, com 64% das manifestações.

Apesar de ser o mais recorrente, por abordar manifestações relacionadas aos recursos humanos e aos serviços de saúde, o assunto ‘Gestão’ abarcou todas as manifestações da ação “Brasil Conta Comigo”, o que aumentou consideravelmente o quantitativo de registros.

Já o assunto 'Vigilância em Saúde', segundo mais demandado, categorizou a grande maioria das manifestações relativas à covid-19, como dúvidas diversas acerca da pandemia, informações sobre casos suspeitos e confirmados, vacinação, transmissão, sintomas, prevenção, entre outros.

Nos anos de 2022 a 2023 (até o mês de agosto), foram recebidas predominantemente manifestações sobre os assuntos 'Gestão' e 'Assistência à Saúde', que demonstram a insatisfação da população com recursos humanos, dificuldade em conseguir a documentação necessária para acessar serviços, direitos e informações no âmbito do SUS, incluindo informações médicas, como prontuários, exames e outros registros médicos; e também a dificuldade da população em conseguir a prestação de serviços de saúde caracterizada pelo acesso inicial ou pela continuidade da assistência médica.

No quadriênio 2020/2023 foram realizadas 66 pesquisas, compreendendo diferentes assuntos abordados. Dentre elas, 19 foram pesquisas de satisfação voltadas a pessoas que utilizaram os serviços do SUS para a realização de diferentes procedimentos, com a finalidade de avaliar os serviços prestados pelo SUS. Outras pesquisas tiveram como objetivo a disseminação de informações importantes na área da saúde. Por fim, um terceiro grupo foi realizado com finalidade variável de atualização de dados, monitoramento de políticas e levantamento de informações.

Entre as pesquisas de satisfação, a única que perpassou todos os quatro anos teve o objetivo de medir a satisfação dos usuários a fim de avaliar os serviços prestados pela UTI do Hospital Cristo Redentor, do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre/RS.

Todas as pesquisas foram telefônicas, realizadas pela equipe de operadores do ativo do Disque Saúde 136. Durante a pandemia da covid-19, grande parte desse contingente foi deslocado para atender demandas do receptivo. Em consequência, houve redução no quantitativo de pesquisas realizadas em relação aos anos anteriores.

Em termos de resultados, em 2020 as pesquisas cobriram um público-alvo de 1.833.094 pessoas/instituições. Desse total, foi realizado contato com 317.040 possíveis respondentes, tendo sido aplicados com sucesso 138.503 questionários ou repasse de informações.

Em 2021, o público-alvo total foi de 797.349 pessoas/instituições. Desse quantitativo foi realizado contato com 170.335, os quais resultaram em 71.295 questionários aplicados.

No ano de 2022 as pesquisas foram voltadas para a disseminação de informações, culminando em um público-alvo menor, porém, com um maior alcance proporcional, comparado aos anos anteriores. Desta forma, de um total de 169.578 contatos telefônicos, foi possível ter acesso a 153.976 deles, sendo realizados com sucesso 69.652 pesquisas/repasse de informações.

Entre os anos de 2020 e 2022 foram abordadas as seguintes temáticas nas pesquisas: Quimioterapia, Doenças Raras, Nefrologia, CGJUD, Leucemia Mielóide, Câncer de próstata, pacientes atendidos no Grupo Hospitalar Conceição, cirurgias eletivas; oftalmologia (AIH), Projeto Mais Médicos, ortopedia (APAC), ImunizaSUS, Medicina Nuclear (APAC), Câncer de Colo Uterino, mulheres trabalhadoras que amamentam, ConecteSUS, dengue, malária, Aids, hepatite, câncer de pele, e poliomielite.

Atualmente o MS entende que as pesquisas são ferramentas capazes de aproximar o cidadão à gestão do SUS e de contribuir para as melhorias contínuas dos serviços do SUS. Nesta perspectiva, está sendo previsto atendimento ativo no contrato de modernização da nova Central de Teleatendimento Disque Saúde, cujo início está previsto para 2024. Com vistas à inovação, ao maior alcance do público alvo, redução do tempo de realização, maior agilidade, estarão inclusas no novo contrato, novos mecanismos para realização de pesquisas para além do contato telefônico.

No que se refere a ampliação das estruturas de ouvidoria do SUS, importa destacar o entendimento de que as ouvidorias são instrumentos de participação direta da população na administração pública, as ouvidorias do SUS aproximam os cidadãos da gestão e dos serviços de saúde, produzindo dados e relatórios sobre a efetividade das políticas a partir da visão de seus usuários, que auxiliam na melhoria da qualidade dos serviços públicos.

Nesse sentido, apoia-se a criação, a modernização e a integração das ouvidorias do SUS nas três esferas de gestão, por meio de ações de consultoria técnica, capacitação e suporte tecnológico, dentre outras. Atualmente a rede de ouvidorias é composta por 2.284 ouvidorias do SUS em todo o país.

A OUVSUS recebe manifestações relacionadas ao SUS de todo país, e grande parte são encaminhadas para secretarias de saúde estaduais e municipais. Um dos grandes desafios é melhorar o

índice de resolutividade dessas manifestações recebidas. Além qualificar as respostas, visto que algumas demandas são concluídas com respostas vagas, termos técnicos, dificultando a compreensão por parte dos usuários do SUS. Para tanto, faz-se necessário investir em um trabalho de sensibilização nos estados e municípios fortalecendo a Rede Nacional de Ouvidorias do SUS com ações de parceria entre os entes federados.

Por conseguinte, a OUVSUS precisa refletir sobre as potencialidades de práticas inovadoras na concepção e no trabalho das instâncias que compõem a Rede Nacional de Ouvidorias do SUS. Está sendo implantado o Projeto “Laboratório de Inovação em Ouvidorias do SUS” com objetivo de disseminar práticas de inovadoras e estratégicas de atuação em ouvidorias do SUS; realizar diagnósticos para identificar pontos críticos considerando as experiências dos usuários do SUS; posicionar a OUVSUS como ator estratégico para melhoria das ações e serviços com foco no usuário; e melhorar a qualidade de vida do cidadão pela prestação do direito à saúde.

Ademais, ao regulamentar o direito constitucional de acesso do cidadão às informações públicas, a Lei nº 12.527, de 2011 tornou essencial o princípio de que o acesso é a regra e o sigilo, a exceção. Além disso, consolidou e definiu o marco regulatório sobre o acesso à informação pública sob a guarda do Estado e estabeleceu procedimentos para que a administração responda aos pedidos de acesso à informação do cidadão.

O Serviço de Informações ao Cidadão (SIC), do MS, foi instituído pela Portaria nº 1.582, de 18 de julho de 2012. As principais atividades do SIC estão voltadas para o atendimento ao cidadão nos pedidos de acesso à informação sobre atividades exercidas pelo MS, relativas à sua política, à sua organização e a seus serviços.

Em relação à evolução dos pedidos recebidos no MS, informa-se que no ano de 2020, foram aportados o total de 5.840, sendo uma média de 486 pedidos por mês. O órgão recebeu nesse período um total de 1.104 recursos, sendo 743 de 1ª instância (67,3%), 235 de 2ª instância (21,3%), 116 de 3ª instância (10,5%) e 10 de 4ª instância (0,9%).

No ano de 2021 o MS recebeu 5.322 pedidos, uma média de 444 pedidos por mês. Nesse período, foi recebido um total de 1.360 recursos, sendo 814 de 1ª instância (59,9%), 331 de 2ª instância (24,3%), 201 de 3ª instância (14,8%) e 14 de 4ª instância (1,0%).

É importante ressaltar que o MS enfrentou uma situação crítica em face dos descumprimentos de prazos da Lei de Acesso à Informação (LAI). Tendo em vista as várias áreas envolvidas diretamente no enfrentamento da covid-19, bem como o registro volumoso de solicitações sensíveis diversas demandas acumularam-se, ocasionando um alto percentual de demandas fora do prazo (em omissão).

Em 2022 foram recebidos 4.025, uma média de 335 pedidos recebidos por mês. Nesse período, foi recebido um total de 674 recursos, sendo 416 de 1ª Instância (61,7%), 147 de 2ª Instância (21,8%), 83 de 3ª Instância (12,3%) e 28 de 4ª Instância (4,2%).

De janeiro a setembro de 2023 o MS recebeu 4.257 pedidos, colocando-o em 3º lugar no ranking de órgão mais demandado na Administração Pública, cujo tempo médio de resposta encontra-se em 15,51 dias. Na oportunidade, registra-se que o MS se encontra sem omissões.

Ademais, o órgão recebeu em 2023 um total de 702 recursos, sendo 444 de 1ª Instância (63,2%), 150 de 2ª Instância (21,4%), 88 de 3ª Instância (12,5%) e 20 de 4ª Instância (2,8%).

Nesse contexto, expressa-se outro desafio, o de efetivar a transparência pública como instrumento para políticas de saúde. Apesar de a LAI estar bem estruturada no MS, há interesse em implementar melhorias em prol do cidadão e organizações da sociedade civil para que conheçam, de forma proativa, os programas e ações desenvolvidos pelo MS, ofertados como ferramentas em transparência ativa, para a realização do direito à saúde e a melhoria do bem-estar da população.

2.15 SAÚDE SUPLEMENTAR

A regulação é um processo dinâmico e, por isso, pretende-se alcançar um processo de regulação generativa, no sentido da elaboração de modelos assistenciais em parceria com todos os atores setoriais para se chegar ao resultado saúde, à realização do mutualismo efetivo onde todos contribuem para o bem do sistema, à solidariedade e ao compartilhamento efetivo de riscos, onde o beneficiário bem cuidado pelo sistema minimiza o risco de todos, reduzindo, inclusive o grau de conflito no setor e, conseqüentemente, a judicialização.

Processos recentes de revisão da agenda regulatória e atualização do planejamento estratégico da Agência Nacional de Saúde (ANS) são fundamentais para o redirecionamento dos esforços empreendidos a fim de seguir no cumprimento de sua missão institucional, voltada para as entregas à sociedade. A busca pelo equilíbrio e sustentabilidade do mercado e das garantias assistenciais com qualidade, seguem como princípios que orientam a ação regulatória, acentuados ainda mais pelos acontecimentos recentes no quadro da saúde do país e do mundo no transcorrer e nos desdobramentos da pandemia da covid-19. Ao mesmo tempo que nos desviou de alguns caminhos previamente traçados, também proporcionou a necessária correção de rumos exigidos pelos impactos e repercussões daquele fenômeno mundial.

A ANS atua na regulação, normatização, controle e fiscalização do setor de saúde suplementar que abarca 50,7 milhões de beneficiários, ou seja, aproximadamente um quarto da população brasileira.

Figura 20. Dados Assistência médico-hospitalar e odontológica – Saúde Suplementar



Fonte: Boletim Panorama agosto 2023 – ANS.

No período entre dezembro de 2019 e maio de 2023, o crescimento do número de beneficiários de planos de assistência médica foi de 7,6% e dos planos exclusivamente odontológicos foi de 22,2%.

Tabela 74. População Residente, Beneficiários e Taxa de Cobertura Brasil – 2020-2022

	2020		2022	
População residente	169.799.170		203.062.512	
Beneficiários em planos privados de assistência médica	30.909.969	18,20%	49.641.853	24,40%
Beneficiários em planos exclusivamente odontológicos	2.283.388	1,30%	29.042.536	14,30%

Fonte: SIB/ANS/MS – 05/2023 e IBGE – Censis Demográficos 2000 e 2022.

A variação do número de beneficiários em planos de assistência médica também costuma flutuar em consonância com os movimentos do PIB, demonstrando uma importante correlação do mercado de saúde suplementar com o crescimento econômico nacional. Da mesma forma que o observado em relação ao emprego formal, a queda considerável do PIB no período da pandemia (todo ano de 2020) não correspondeu a uma queda tão acentuada no número de beneficiários de planos de assistência médica, no mesmo período.

Mapa 19. Distribuição de beneficiários pelas Unidades da Federação

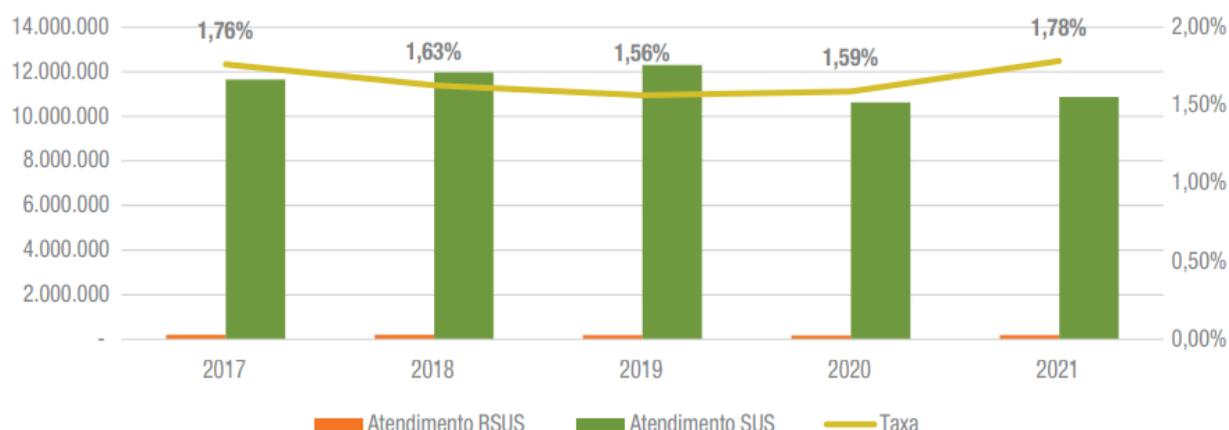


Fonte: SIB/ANS/05-2023.

O processo de ressarcimento ao SUS realizado pela ANS é um importante mecanismo regulatório que busca devolver aos cofres públicos os valores dispendidos no tratamento de beneficiários de operadoras no SUS e impedindo o subsídio, ainda que indireto, de atividades lucrativas com recursos públicos. Em 2022, assim como já havia acontecido de forma histórica em 2021, a Agência conseguiu realizar as notificações das operadoras de planos de saúde com prazo menor de um ano após a data do atendimento no SUS. Nesse ano, foi enviado ao SUS, o total de R\$ 972,8 milhões, a título de ressarcimento, superando o valor remetido no exercício anterior em 9,95%.

Historicamente, o SUS realiza, em média, 11 a 12 milhões de internações a cada ano, registradas em Autorizações de Internações Hospitalares (AIH). Em cerca de 1,7% destas, os pacientes são identificados como beneficiários de planos privados de saúde com cobertura para a realização do procedimento por meio de financiamento da operadora, e configuram o conjunto a ser tratado no processo de Ressarcimento ao SUS, operacionalizado pela ANS.

Gráfico 178. Internações SUS, internações identificadas no âmbito do Ressarcimento ao SUS e taxa de internações identificadas, Brasil – 2017-2021*



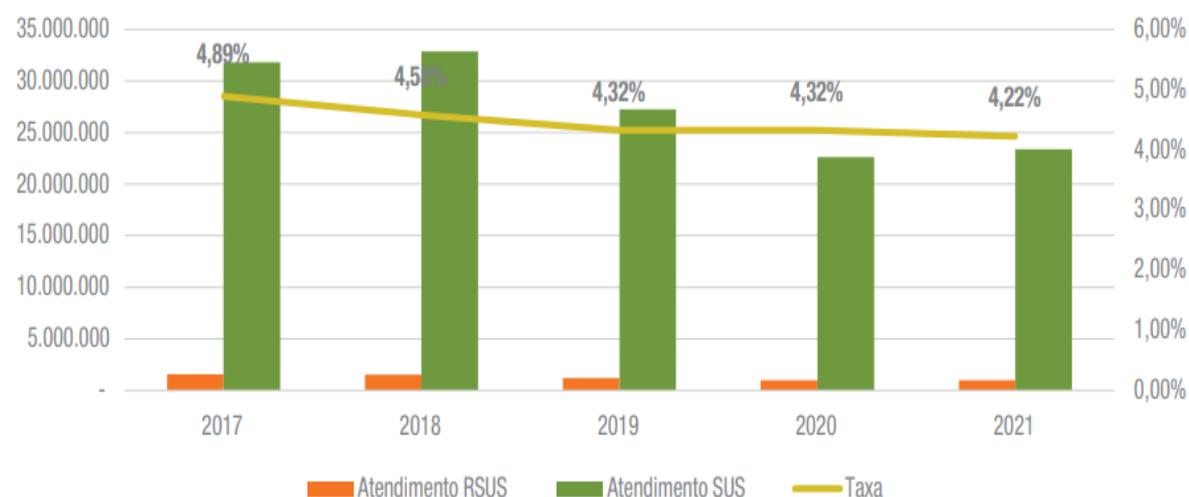
Fonte: Sistema de Gestão do Ressarcimento – SGR/ANS.

*Dados compilados por ano de ocorrência da internação. Legenda: RSUS – Procedimentos identificados como tendo sido realizados por beneficiários no SUS, sendo alvo do procedimento de ressarcimento ao SUS.

No gráfico acima, destaca-se o impacto da pandemia de covid-19 sobre a utilização do SUS em 2020 e 2021, com redução do número absoluto de casos. Nesses anos, houve redução também no volume de internações identificadas no âmbito do ressarcimento ao SUS, trazendo, conseqüentemente, pequeno impacto sobre a taxa de utilização do SUS por beneficiários de planos de saúde.

No caso dos procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade registrados em APACs (Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade), são realizados, em média, cerca de 27,5 milhões de procedimentos por ano. Desse total, aproximadamente, 4,5% são atendimentos prestados a beneficiários de planos de saúde. Nesses casos, o período pandêmico teve maior impacto sobre a redução na utilização dos procedimentos, seja pela suspensão de atendimentos eletivos, ou pela própria redução de demanda devido ao isolamento praticado pela população. A taxa de utilização de procedimentos ambulatoriais em beneficiários de planos de saúde também foi afetada, passando de 4,89% em 2017 para 4,22% em 2021

Gráfico 179. Procedimentos ambulatoriais SUS identificados no âmbito do Ressarcimento ao SUS e taxa de procedimentos ambulatoriais identificados, Brasil – 2017-2021*

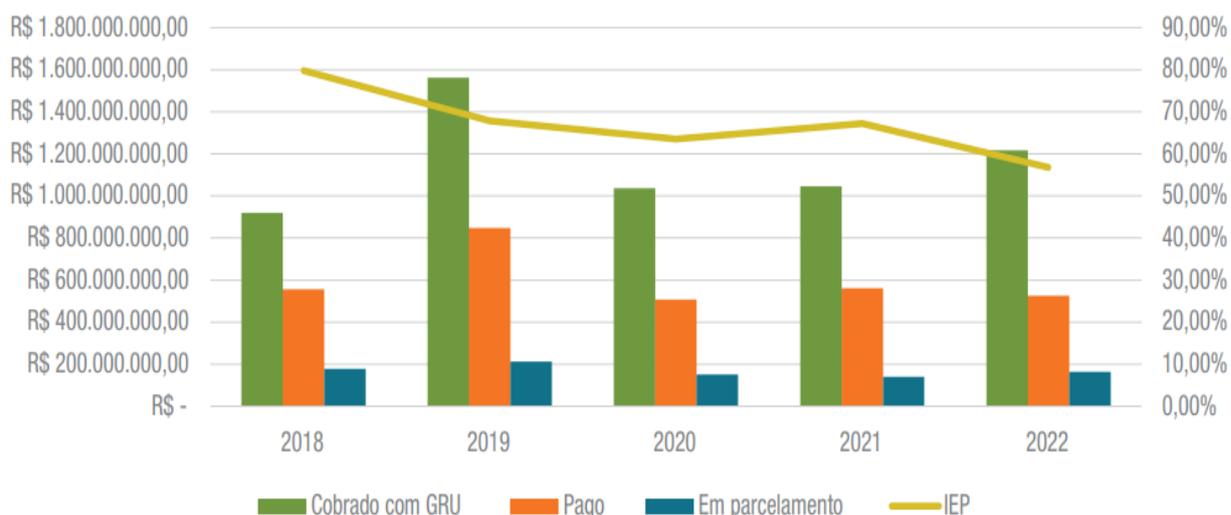


Fonte: Sistema de Gestão do Ressarcimento – SGR/ANS. Nota 1: Dados compilados por ano de ocorrência do procedimento.

*Os procedimentos ambulatoriais incluídos nesta análise pertencem aos subgrupos: 02 – Procedimentos com finalidade diagnóstica; 03 – Procedimentos clínicos; 04 – Procedimentos cirúrgicos; 05 – Transplantes de órgãos, tecidos e células; 07 – Órteses, próteses e materiais especiais. Legenda: RSUS – Procedimentos identificados como tendo sido realizados por beneficiários no SUS, sendo alvo do procedimento de ressarcimento ao SUS.

A partir de 2014, a ANS passou a identificar e notificar, além das internações, os atendimentos ambulatoriais prestados no SUS e registrados por meio de APAC. Nos últimos anos, por conta da melhoria na metodologia do processo de ressarcimento ao SUS, houve aumento considerável dos valores cobrados, ultrapassando a marca de R\$ 1,5 bilhão cobrados em 2019, e mantendo a média de cerca de R\$ 1 bilhão por ano. Do total cobrado, parte significativa é paga na data de vencimento, outra parte, menos volumosa, é parcelada, e, por fim, há débitos inadimplentes ou sendo discutidos judicialmente.

Gráfico 180. Cobrança, pagamento e índice de Efetivo Pagamento do Ressarcimento ao SUS, Brasil – 2018-2022*



Fonte: Sistema de Gestão do Ressarcimento – SGR/ANS.

*Dados compilados por ano de vencimento das GRUs. GRU - Guia de Recolhimento da União | IEP - Índice de Efetivo Pagamento

O ciclo de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, antes a cada dois anos, de acordo com a Lei n.º 14.307, em 03 de março de 2022, passou a ter prazo de conclusão da análise das propostas de 180 dias, prorrogáveis por 90 dias.

Foram incorporadas para cobertura obrigatória na saúde suplementar 42 novas tecnologias. Além das novas tecnologias incorporadas, também foram alteradas algumas diretrizes de utilização (DUT), o que incluiu cerca de 60 itens, entre procedimentos, medicamentos, novas indicações e ampliações de uso, bem como ampliações importantes para pacientes com transtornos de desenvolvimento global, como o Transtorno do Espectro Autista (TEA), e o fim dos limites para consultas e sessões de psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia, desde que indicadas pelo médico que acompanha o paciente.

A ANS tem desenvolvido iniciativas para induzir a eficiência e a qualidade na produção de saúde por meio de programas e projetos tais como: Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento; Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (PROMOPREV); Projeto Parto Adequado; Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar (PM Qualiss); e o Programa de Acreditação de Operadoras.

O Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento avalia as operadoras a partir das reclamações registradas pelos beneficiários nos canais da ANS. O objetivo do programa é estimular as empresas a qualificarem o atendimento prestado aos consumidores. A partir do resultado do monitoramento, são identificados os planos que apresentam risco à assistência à saúde e que poderão ter a sua comercialização temporariamente suspensa.



O Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar (PM Qualiss) avalia e divulga o desempenho dos hospitais por meio de um conjunto de indicadores, de modo a induzir a melhoria da qualidade da rede. A participação é voluntária e tem como critérios de inclusão hospitais gerais com acreditação em nível máximo ou certificados (ONA 1 ou ONA 2). Até junho de 2023, já havia 174 hospitais participantes de forma voluntária no Programa, que estão distribuídos em 23 unidades da federação.

3 INDICADORES GERAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

Os indicadores de saúde procuram descrever e monitorar a situação em saúde de uma população. Os indicadores relacionados, a seguir, serão utilizados para o acompanhamento da Política Nacional de Saúde nos próximos quatro anos.

Anualmente, serão apresentados, por meio de Relatórios Anuais de Gestão, as evoluções em relação aos índices de referência, o que permitirá apurar o impacto gerado pela realização das metas descritas no Plano Nacional de Saúde.

A seleção dos indicadores levou em consideração os seguintes critérios:

- Integrar o rol de indicadores-chave do PPA 2024-2027;
- Contribuir para as Agendas Transversais e ou Prioritárias de Governo;
- Integrar os indicadores dos ODS 2030;
- Indicadores abordados na análise de situação do Plano; e/ou
- Indicadores influenciados por metas contempladas no PNS 2024-2027.

Quadro 12. Indicadores Gerais

Nº	Indicador Geral	Unidade de Medida	Índice e Ano Base de Referência
1	Taxa de mortalidade neonatal. (ODS e PPA)	1/1.000	8,80 (2021)
2	Taxa de mortalidade fetal.	1/1.000	11,0 (2021)
3	Taxa de mortalidade neonatal precoce.	1/1.000	6,6 (2021)
4	Razão de mortalidade materna. (ODS e PPA)	1/100.000	57,9 (2019)
5	Taxa de mortalidade infantil indígena por causas evitáveis. (PPA)	1/1.000	19,01 (2022)
6	Mortalidade prematura (30 a 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis. (ODS)	Percentual	9,1% (2021)
7	Taxa de detecção de aids em menores de 5 anos.	1/100.000	1,2 (2021)
8	Taxa de detecção de aids em adultos maiores de 13 anos.	1/100.000	20,8 (2021)
9	Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano.	1/1.000	10,3 (2022)
10	Coeficiente de incidência de tuberculose. (ODS e AS – PNS)	1/100.000	38 (2022) *
11	Taxa de detecção de hepatite B em crianças de 0 a 5 anos.	1/100.000	0,48 (2022)
12	Razão entre o número de casos de hepatite C e o número de pessoas tratadas para hepatite C.	1/100	88% (2022)
13	Índice de redução das filas de espera por procedimentos eletivos de Atenção Especializada à Saúde. (PPA)	Percentual	0 (ago/2023)
14	Percentual de pacientes com hemofilia grave ou moderadamente grave, com idade até 12 anos, em programa de profilaxia regular ou imunotolerância. (PPA)	Percentual	65% (mai/2023)
15	Número de eventos hemorrágicos em pacientes com hemofilia A e B por paciente ao ano	Número decimal	1,58
16	Coeficiente de tuberculose de todas as formas na população indígena.	Coeficiente	53,47 (2022)
17	Número de casos autóctones de malária nos Dsei endêmicos.	Número absoluto	39.157 (2022)

(*) Dados preliminares e sujeitos a alterações.

4 OBJETIVOS E METAS

Objetivo 1: Fortalecer a atenção primária, ampliando a cobertura da Estratégia Saúde da Família e da Saúde Bucal, com vistas à universalização do acesso, à abrangência do cuidado integral, à promoção da saúde, à prevenção de doenças e agravos e à redução de desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais.

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência (mês/ano)	Previsão 2024-2027
1	Ampliar a cobertura populacional estimada da Atenção Primária à Saúde (APS).	Cobertura populacional estimada da Atenção Primária à Saúde.	64,56% (abr/2023)	91,02%
2	Ampliar o número de equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde.	Número de equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) implantadas com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde.	199 (mar/2023)	299
3	Implantar Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF) com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde.	Número de Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF) implantadas com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde	36 (mar/2023)	76
4	Ampliar o número de equipes Multiprofissionais (eMulti) nos municípios brasileiros, com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde.	Número de equipes Multiprofissionais (eMulti) implantadas com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde.	1.115 (set/2023)	9.555
5	Ocupar vagas nos programas de provimento médico da Atenção Primária à Saúde (APS).	Número de vagas ocupadas nos programas de provimento médico da Atenção Primária.	13.075 (jul/2023)	29.613
6	Ampliar o quantitativo de polos credenciados do Programa Academia da Saúde.	Número de polos do Programa Academia da Saúde credenciados.	1.602 (abr/2023)	3.000
7	Ampliar a realização de inserção de métodos contraceptivos de longa duração na Atenção Primária à Saúde (APS).	Número de procedimentos de inserção de métodos contraceptivos de longa duração na Atenção Primária realizados.	52.119 (dez/2022)	118.866
8	Ampliar a cobertura populacional estimada de atenção integral à saúde das populações em situação de rua e privadas de liberdade.	Cobertura populacional estimada de atenção integral à saúde das populações em situação de rua e privadas de liberdade.	40,79% (mar/2023)	90%
9	Ampliar a oferta de serviços de saúde bucal para melhorar as condições de saúde da população brasileira.	Cobertura populacional estimada de saúde bucal.	47,50% (abr/2023)	90%
10	Ampliar a estruturação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) com investimento em obras, equipamentos e materiais permanentes.	Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) estruturadas com investimento em obras, equipamentos e materiais permanentes.	0 (jul/2023)	27.772
11	Ampliar o número de equipes de Atenção Primária à Saúde de referência para o atendimento aos adolescentes em medida socioeducativa.	Número de equipes de Atenção Primária à Saúde de referência para o atendimento aos adolescentes em medida socioeducativa em funcionamento.	201 (set/2023)	482
12	Ampliar a proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, tendo iniciado o pré-natal até a 12ª semana de gestação.	Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, tendo iniciado o pré-natal até a 12ª semana de gestação.	42% (dez/2022)	65%

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência (mês/ano)	Previsão 2024-2027
13	Ampliar o registro da oferta de procedimentos de PICS ⁴⁹ na Atenção Primária à Saúde (APS) para cada mil habitantes cadastrados na APS no período de 12 meses.	Quantidade de procedimentos de PICS registrados no SISAB para cada mil habitantes cadastrados na APS.	11 (dez/2022)	28
14	Aumentar o número de domicílios com o risco para insegurança alimentar avaliado.	Número de domicílios com Risco para insegurança alimentar avaliado.	0 (dez/2022)	12.000.000
15	Aumentar o percentual de ações de promoção da alimentação adequada e saudável no ambiente escolar.	Percentual de atividades coletivas com o tema alimentação adequada e saudável desenvolvidas por escolas aderidas ao Programa Saúde na Escola (PSE).	31,40% (dez/2022)	55%
16	Alcançar pessoas com idade entre 40 e 74 anos atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS) que tiveram a avaliação do risco cardiovascular realizada no intervalo de 12 meses, em relação ao total de pessoas na mesma faixa etária cadastradas na APS.	Proporção de pessoas com risco cardiovascular avaliado.	0,27% (ago/2023)	40%
17	Acompanhar na Atenção Primária os beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) com perfil saúde nas condicionalidades de saúde.	Percentual de beneficiários do Programa Auxílio Brasil com perfil saúde acompanhados nas condicionalidades de saúde na Atenção Primária à Saúde.	78,79% (dez/2022)	81%
18	Ampliar o número de mulheres cadastradas na Atenção Primária à Saúde (APS) na faixa etária de 25 a 64 anos com exame de rastreamento do câncer de colo do útero avaliado nos últimos 36 meses.	Percentual de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com exame de rastreamento do câncer de colo do útero avaliado nos últimos 36 meses.	7,45% (out/2023)	16%
19	Ampliar o número de mulheres cadastradas na APS na faixa etária de 50 a 69 anos com exame de mamografia avaliado nos últimos 24 meses.	Percentual de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos com exame de mamografia avaliado nos últimos 24 meses.	3,39% (ago/2023)	8%
20	Ampliar a proporção de atendimentos individuais por problema ou condição avaliada "obesidade" na Atenção Primária à Saúde.	Proporção de atendimentos individuais por problema ou condição avaliada "obesidade" na Atenção Primária à Saúde.	3,5% (out/2023)	5%

⁴⁹ PICS – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

Objetivo 2: Promover a ampliação da oferta de serviços da atenção especializada com vista à qualificação do acesso e redução das desigualdades regionais.

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência (mês/ano)	Previsão 2024-2027
1	Ampliar os procedimentos especializados realizados (cirurgia, radioterapia e quimioterapia) para o tratamento do câncer.	Número de procedimentos especializados realizados (cirurgia, radioterapia e quimioterapia) para o tratamento do câncer ao ano.	4.225.078 (dez/2022)	5.220.614
2	Ampliar a oferta de serviços de saúde mental financiados pelo Ministério da Saúde, no âmbito da Rede de Centros de Atenção Psicossocial.	Número de serviços de saúde mental financiados pelo Ministério da Saúde.	5.930 (mai/2023)	7.852
3	Ampliar o número de pessoas beneficiárias ao Programa de Volta para Casa.	Número beneficiários do Programa de Volta para Casa.	4.207 (dez/2022)	5.815
4	Alcançar a taxa de expansão de procedimentos de cirurgias eletivas proposta para cada ano.	Taxa de Expansão de Cirurgias Eletivas.	1,19 (mar-ago/2022)	1,35
5	Ampliar a Cobertura Populacional de Atenção Domiciliar.	Percentual Cobertura Populacional de Atenção Domiciliar.	43,80% (jul/2023)	52%
6	Emitir a certificação de qualidade dos hospitais que realizam serviços de alta complexidade no SUS.	Número de hospitais com certificação integrada da qualidade em alta complexidade e ensino emitida pelo Ministério da Saúde.	0 (jun/2023)	120
7	Ampliar o número de leitos de terapia intensiva adulto, financiados pelo Ministério da Saúde.	Número de leitos de terapia intensiva adulto financiados pelo Ministério da Saúde.	21.982 (mai/2023)	23.421
8	Ofertar Unidades de Policlínicas financiadas pelo Ministério da Saúde.	Número de Unidades Policlínicas financiadas pelo Ministério da Saúde.	0 (jun/2023)	182
9	Ampliar o número de Profissionais Especialistas atuando no SUS.	Número de Profissionais Especialistas atuando no SUS.	0 (jun/2023)	1.000
10	Ampliar os procedimentos cirúrgicos de transplante de órgãos sólidos e córnea realizados.	Número de procedimentos cirúrgicos de transplante de órgãos sólidos e córnea realizados ao ano.	22.234 (dez/2022)	24.542
11	Ampliar o número dos transplantes de células-tronco hematopoéticas (transplante de medula óssea) realizados.	Número de transplantes de células-tronco hematopoéticas (TCTH) realizados ao ano.	3.385 (dez/2022)	3.665
12	Ampliar o índice de doador de órgãos por milhão de população (pmp).	Índice de doadores de órgãos por milhão de população (pmp).	16,5 (dez/2022)	26,6
13	Implantar o modelo de Informação de regulação assistencial nos municípios.	Percentual de municípios com modelo de Informação de regulação assistencial implantado.	0% (ago/2023)	50%
14	Ampliar as regiões de saúde com oferta de serviços de reabilitação financiadas pelo Ministério da Saúde.	Percentual de regiões de saúde com oferta de serviços de reabilitação financiados pelo Ministério da Saúde.	39% (jul/2023)	60%
15	Ampliar as coletas de sangue no SUS, em 2% ao ano, para disponibilizar sangue, componentes e derivados aos serviços de saúde necessários à realização dos procedimentos de média e alta complexidade.	Número de coletas de sangue realizadas no SUS ao ano.	3.159.774 (dez/2022)	3.420.241
16	Ampliar os serviços de hematologia e hemoterapia com melhoria das	Números de serviços de hematologia e hemoterapia com melhoria das	33 (dez/2022)	95

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência (mês/ano)	Previsão 2024-2027
	instalações físicas financiados pelo Ministério da Saúde.	instalações físicas financiados pelo Ministério da Saúde.		
17	Ampliar o percentual de recém-nascidos vivos com coleta do teste do pezinho até o 5º dia de vida, triados no Programa Nacional de Triagem Neonatal - PNTN.	Percentual de recém-nascidos vivos com coleta do teste do pezinho até o 5º dia de vida triados no PNTN.	60,50% (dez/2022)	70%
18	Ampliar a cobertura do exame doppler transcraniano para crianças com doença falciforme com dois anos de idade.	Percentual de crianças com doença falciforme com dois anos de idade que realizaram o exame doppler transcraniano.	21,78% (out/2023)	60%
19	Ampliar o número de exames diagnósticos realizados no SUS para doenças raras e condições genéticas crônicas e complexas.	Número de exames diagnósticos realizados no SUS para doenças raras e condições genéticas crônicas e complexas ao ano.	14.280 (dez/2022)	31.280
20	Ampliar a oferta de procedimentos para a população trans, previstos na atenção especializada à saúde.	Número de procedimentos realizados na atenção especializada à saúde previstos para a população trans ao ano.	14.181 (dez/2022)	31.000
21	Ampliar a cobertura populacional com vistas à Universalização do SAMU 192.	Percentual de população coberta pelo SAMU 192.	87% (nov/2023)	100%

Objetivo 3: Reduzir e controlar doenças e agravos passíveis de prevenção e controle, com enfoque na superação das desigualdades de acesso, regionais, sociais, de raça/etnia e gênero.

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência (mês/ano)	Previsão 2024 - 2027
1	Alcançar, pelo menos, 75% de municípios utilizando as declarações eletrônicas de nascido vivo ou de óbito até 2027.	Percentual de municípios utilizando as declarações eletrônicas de nascido vivo ou de óbito.	0% (nov/2023)	75%
2	Ampliar o número de exames ao ano realizados pela Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (RNLSP).	Número de exames ao ano realizados pela RNLSP.	11.008.499 ⁵⁰ (dez/2022)	37.539.574
3	Aumentar o índice composto de redução da carga de HIV/aids, TB, HCV, HBV e sífilis congênita.	Índice composto de HIV/aids, TB, HCV, HBV e sífilis congênita.	0 (dez/2022)	≥ 4
4	Implantar a vigilância epidemiológica das micoses endêmicas nas UF.	Número de unidades federadas com a vigilância epidemiológica das micoses endêmicas implantada.	0 (out/2023)	27
5	Reduzir o número de casos autóctones de malária na Região Amazônica.	Número absoluto de casos autóctones de malária na Região Amazônica.	129.000 (dez/2022)	41.200
6	Reduzir a taxa de incidência média de arboviroses (dengue, chikungunya, Zika e febre amarela) no Brasil.	Taxa de incidência média de arboviroses nos últimos 5 anos.	622,4/100.000 (jun/2023)	560,2/100.000
7	Aumentar o índice composto de eliminação como problema de saúde pública das Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs) - raiva, doença de chagas, leishmaniose visceral, esquistossomose e hanseníase.	Índice composto de raiva, doença de chagas, leishmaniose visceral, esquistossomose e hanseníase.	0 (set/2023)	≥5
8	Ampliar a cobertura das redes de preparação, vigilância e resposta às emergências em saúde pública por regiões de saúde. ⁵¹	Percentual de regiões de saúde com a presença de serviços de CIEVS, RENAHEH, VIGIDESASTRES e profissionais capacitados no EPISUS Fundamental.	0% (mai/2023)	80%
9	Ampliar o percentual de municípios com cobertura adequada (95%) das vacinas: penta (DTP/HepB/Hib) - PENTA; polio injetável - VIP; e pneumo 10 - VPC10, sarampo, caxumba, rubéola - SCR, em crianças de até 1 ano de idade.	Percentual de municípios com cobertura adequada (95%) das vacinas: penta (DTP/HepB/Hib); polio injetável - VIP; e pneumo 10 - VPC10, sarampo, caxumba, rubéola - SCR, em crianças de até 1 ano de idade.	15,53% (dez/2022)	50%
10	Distribuir imunobiológicos aos estados de acordo com a demanda estimada.	Percentual de imunobiológicos distribuídos aos estados de acordo com a demanda estimada.	93,60% (dez/2022)	100%
11	Ampliar o percentual de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) regionais e municipais com atuação satisfatória.	Percentual de Cerest com atuação satisfatória.	81,28% (nov/2023)	70%
12	Alcançar a implantação da Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPEA) em todos os	Percentual de municípios prioritários com Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos	34,7% (228) (nov/2023)	100%

⁵⁰ Média da capacidade anual, instalada, de realização de exames dos últimos 4 anos: 7.415.224 (2018; 2019;2020;2022), desconsiderando o ano epidêmico (2021)

⁵¹ Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RENAHEH), Vigilância de Populações Expostas aos Riscos Associados aos Desastres (VIGIDESASTRES), e Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (EPISUS).

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência (mês/ano)	Previsão 2024 - 2027
	municípios prioritários.	(VSPEA) implantada.		
13	Desenvolver pesquisas científicas com enfoque epidemiológico e genético para entender os determinantes sociais, fatores condicionantes, raciais/étnicos e de gênero que influenciam a ocorrência e a disseminação de doenças e agravos.	Número de pesquisa científica com enfoque epidemiológico e genético iniciada.	62 (2020/2023)	100
14	Realizar estudos sobre determinantes ambientais da saúde: mudanças do clima, poluição e biodiversidade.	Percentual de execução das ações de produção de conhecimento planejadas.	0% (nov/2023)	100%
15	Estratificar os municípios brasileiros por meio do uso de dados epidemiológicos, entomológicos, socioambientais, visando identificar regiões prioritárias para intervenção das arboviroses.	Percentual de estratificações de risco socioambiental, epidemiológica e entomológica realizadas.	0% (nov/2023)	100%
16	Ampliar as fiscalizações ou inspeções de conformidade para reduzir a oferta de produtos fumígenos irregulares.	Número de fiscalizações e inspeções de conformidade dos produtos realizadas.	2 (out/2023)	18

Objetivo 4: Promover o desenvolvimento científico, tecnológico, produtivo, inovativo e avaliativo em saúde para atender a população de forma equitativa, sustentável, acessível, considerando a diversidade territorial e contribuindo para a prosperidade econômica, social e redução da dependência de insumos para a saúde.

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência (mês/ano)	Previsão 2024 - 2027
1	Ampliar o percentual de pesquisas em saúde prioritárias fomentadas.	Percentual de pesquisas prioritárias fomentadas.	87% (dez/2022)	90%
2	Ampliar o número de sequências genômicas completas de brasileiros.	Número de sequências genômicas completas geradas.	8.000 (mai/2023)	80.000
3	Ampliar o número de estudos secundários ⁵² ofertados para apoiar à tomada de decisão no SUS.	Número de estudos secundários ofertados para apoiar à tomada de decisão no SUS.	39 (dez/2022)	150
4	Ampliar o número de entes federativos com Núcleo de Economia da Saúde implantado por região.	Número de entes federativos com Núcleo de Economia da Saúde implantado por região.	8 (mai/2023)	10
5	Ampliar o número de projetos e instrumentos voltados para o desenvolvimento, inovação e produção local de tecnologias em saúde visando a ampliação do acesso e o fortalecimento da soberania nacional. ⁵³	Número de projetos e instrumentos voltados para o desenvolvimento, inovação e produção local formalizados.	2 (out/2023)	84
6	Ampliar o percentual de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) submetidos à avaliação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (Conitec), em razão de incorporação de tecnologias em saúde no SUS.	Percentual de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas submetidas à Conitec.	68% (dez/2022)	100%
7	Manter o número de projetos de pesquisa em saúde e ambiente em desenvolvimento.	Número de projetos de pesquisa em saúde e ambiente em desenvolvimento.	1.840 (jul/2023)	2.200

⁵² Estudos secundários são estudos rápidos que sintetizam evidências de forma clara e acessível, já disponíveis na literatura científica sobre um tema em questão com o intuito de facilitar o uso de evidências na tomada de decisão. Tem-se como referência o documento "Serviço de produção de evidências para apoio à tomada de decisão: portfólio de produtos"

⁵³ A meta é composta por projetos e instrumentos formalizados para o fortalecimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde publicados.

Objetivo 5: Ampliar o acesso da população aos medicamentos, insumos estratégicos e serviços farmacêuticos, qualificando a assistência farmacêutica, articulada à pesquisa, à inovação e à produção nacional, regulação, com qualidade e uso adequado no Sistema Único de Saúde, reduzindo as iniquidades.

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência (mês/ano)	Previsão 2024 -2027
1	Ampliar o número de usuários atendidos pelo Programa Farmácia Popular do Brasil.	Número de usuários atendidos pelo Programa Farmácia Popular do Brasil.	16.996.582 (jul/2023)	25.000.000
2	Adquirir fármacos e insumos estratégicos no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica sob responsabilidade do Ministério da Saúde conforme Relação Nacional de Medicamentos (Rename).	Número de fármacos e insumos estratégicos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica adquiridos.	47 (mai/2023)	47
3	Adquirir fármacos e insumos estratégicos no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica sob responsabilidade do Ministério da Saúde conforme Relação Nacional de Medicamentos (Rename).	Número de fármacos e insumos estratégicos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica adquiridos.	86 (mai/2023)	86
4	Adquirir fármacos e insumos estratégicos no âmbito do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica sob responsabilidade do Ministério da Saúde conforme Relação Nacional de Medicamentos (Rename).	Número de fármacos e insumos estratégicos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica adquiridos.	74 (mai/2023)	74
5	Ampliar o número de serviços de cuidado farmacêutico realizados nos estabelecimentos de saúde ofertados aos usuários do SUS.	Número de serviços de cuidado farmacêutico realizados nos estabelecimentos de saúde ofertados aos usuários do SUS.	6.251.476 (set/2023)	39.000.000
6	Ampliar o número de estados, DF e municípios habilitados no Programa de Qualificação Nacional da Assistência Farmacêutica no SUS.	Número de estados, DF e municípios habilitados nos eixos do Programa de Qualificação Nacional da Assistência Farmacêutica no SUS.	3.508 (jun/2023)	5.596
7	Ampliar o número de estados, Distrito Federal e municípios enviando dados à Bnfar ⁵⁴ para o aperfeiçoamento do repasse de recursos de aquisição descentralizada de medicamentos e insumos estratégicos dos componentes Básico e Especializado da Assistência Farmacêutica.	Número de estados, Distrito Federal e municípios enviando dados de estoque e dispensação de medicamentos e insumos estratégicos para a população à Bnfar.	4.183 (jun/2023)	5.596
8	Ampliar o número de entes federados apoiados para o fortalecimento da gestão e estruturação da política de plantas medicinais e fitoterápicos no âmbito da Assistência Farmacêutica do SUS.	Número de entes federados apoiados para o fortalecimento da gestão e estruturação da política de plantas medicinais e fitoterápicos no âmbito da Assistência Farmacêutica do SUS.	641 (dez/2022)	5.596
9	Ampliar as soluções digitais desenvolvidas no âmbito da assistência farmacêutica para aprimoramento da gestão da	Número de soluções digitais desenvolvidas no âmbito da Assistência Farmacêutica para aprimoramento da gestão da	3 (set/2023)	15

⁵⁴ Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde (Bnfar).

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência (mês/ano)	Previsão 2024 -2027
	informação e comunicação dos entes federados.	informação e comunicação dos entes federados.		
10	Fomentar pesquisas no âmbito da Assistência Farmacêutica do SUS.	Número de pesquisas relacionadas à Assistência Farmacêutica no SUS fomentadas ao ano.	0 (set/2023)	13
11	Alcançar o cumprimento dos requisitos da Organização Mundial da Saúde (OMS) relacionados à Anvisa para o reconhecimento do Brasil como autoridade referência em medicamentos e vacinas.	Percentual de cumprimento dos requisitos da OMS relacionados à Anvisa para medicamentos e vacinas.	73% (mai/2023)	100%

Objetivo 6: Promover e qualificar a oferta de ações e serviços de saúde e saneamento ambiental, considerando os diferentes contextos étnico-culturais da população indígena, em articulação e fortalecimento dos saberes e práticas tradicionais.

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência (mês/ano)	Previsão 2024 -2027
1	Aumentar o percentual de indígenas menores de um ano com esquema vacinal completo.	Percentual de crianças indígenas menores de um ano com esquema vacinal completo.	76,05% (dez/2022)	84%
2	Ampliar o percentual de crianças indígenas menores de um ano com no mínimo seis consultas de crescimento e desenvolvimento.	Percentual de crianças indígenas menores de um ano com no mínimo seis consultas de crescimento e desenvolvimento.	43,01% (dez/2022)	60%
3	Ampliar o percentual das gestantes indígenas com no mínimo seis consultas de pré-natal.	Percentual das gestantes indígenas com no mínimo seis consultas de pré-natal.	49,01% (dez/2022)	65%
4	Ampliar o percentual das mulheres indígenas entre 25 e 64 anos com acesso à coleta do exame citopatológico ou papanicolau (PCCU).	Proporção de mulheres indígenas, com idade entre 25 e 64 anos, com uma coleta de exame citopatológico ou papanicolau no ano.	21,09% (dez/2022)	35%
5	Ampliar o percentual de crianças indígenas menores de um ano com no mínimo seis acompanhamentos alimentar e nutricional realizados.	Percentual de crianças indígenas menores de um ano com no mínimo seis acompanhamentos alimentar e nutricional realizados.	65,04% (dez/2022)	80%
6	Ampliar a investigação de óbitos em crianças indígenas menores de um ano.	Percentual de óbitos em crianças indígenas menores de um ano de idade investigados.	80,07% (dez/2022)	90%
7	Ampliar a investigação de óbitos maternos em mulheres indígenas.	Percentual de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados.	100% (dez/2022)	100%
8	Ampliar o percentual de gestantes indígenas com no mínimo uma consulta odontológica durante o pré-natal.	Percentual de gestantes indígenas com no mínimo uma consulta odontológica durante o pré-natal.	5,45% (dez/2022)	35%
9	Ampliar o percentual da população indígena com primeira consulta odontológica programática.	Percentual da população indígena com primeira consulta odontológica programática.	41,61% (dez/2022)	60%
10	Ampliar o percentual de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica programática.	Percentual de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica programática.	51,67% (dez/2022)	60%
11	Aumentar a proporção de DSEI com processo de monitoramento sistemático dos indicadores de saúde.	Proporção de Dsei com processo de monitoramento dos indicadores de saúde implementado.	0% (dez/2022)	100%
12	Ampliar o número de aldeias beneficiadas com obras de infraestrutura de abastecimento de água potável.	Número de aldeias beneficiadas com obras de infraestrutura de abastecimento de água potável.	96 (dez/2022)	286
13	Ampliar o percentual de aldeias com coleta e análise de água para consumo humano.	Percentual de aldeias com coleta e análise de qualidade da água para consumo humano no ano.	7,6% (dez/2022)	18%

Objetivo 7: Aprimorar o cuidado à saúde, fortalecendo a gestão estratégica do SUS, do trabalho e da educação em saúde, e intensificar a incorporação da inovação e da saúde digital e o enfrentamento das discriminações e desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais.

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência (mês/ano)	Previsão 2024 -2027
1	Ampliar o número de serviços digitais disponibilizados para o SUS.	Número de serviços digitais disponibilizados para o SUS.	30 (jun/2023)	54
2	Ampliar o número de painéis de dados e informações estratégicas em saúde disponibilizados na Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) para acesso dos cidadãos e gestores.	Número de painéis disponibilizados na Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE).	0 (jun/2023)	16
3	Ampliar o número de atendimentos de telessaúde realizados.	Número de atendimentos de telessaúde realizados.	1.460.725 (dez/2022)	10.000.000
4	Ampliar o percentual de categorias profissionais com demografias ⁵⁵ concluídas.	Percentual de categorias profissionais com demografias concluídas.	14,29% (mai/2023)	100%
5	Ampliar o número de instrumentos de planejamento e dimensionamento da força de trabalho no âmbito do SUS validados.	Número de instrumentos validados.	0 (mai/2023)	2
6	Ampliar o percentual de Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do SUS aderidas ao Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS).	Percentual de Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do SUS aderidas ao SiNNP-SUS.	0% (mai/2023)	100%
7	Ampliar o número de gestores/trabalhadores certificados na área da gestão do trabalho no âmbito do SUS.	Número de gestores/trabalhadores certificados.	0 (mai/2023)	702
8	Ampliar o percentual de estados que implantaram o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde e Segurança da Trabalhadora e do Trabalhador do SUS (PNAIST/SUS).	Percentual de estados que implantaram o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde e Segurança da Trabalhadora e do Trabalhador do SUS (PNAIST/SUS).	0% (out/2023)	70%
9	Ampliar a instituição dos espaços colegiados para fortalecer a gestão e a regulação do trabalho em saúde.	Número de reuniões realizadas após a instituição dos espaços colegiados.	0 (dez/2022)	12
10	Fomentar a produção científica na área da gestão e regulação do trabalho na saúde.	Número de projetos de pesquisa financiados.	0 (dez/2022)	6
11	Ampliar o número de qualificações de trabalhadores, gestores, estudantes e usuários em temas da área da saúde prioritários para o SUS.	Número de trabalhadores, gestores, estudantes e usuários qualificados.	2.754.799 (dez/2022)	302.000
12	Ampliar o número de bolsas financiadas do Programa de Educação para o Trabalho na Saúde (PET-SAÚDE).	Número de bolsas financiadas pelo Programa de Educação para o Trabalho na Saúde (PET-SAÚDE).	15.024 (abr/2023)	42.900

⁵⁵ A demografia é um campo do conhecimento que trata da produção e interpretação de informações diversas sobre a população, a partir de meios como gráficos, tabelas e relatórios diversos. Nesse caso, a demografia das profissões tem como objetivo retratar a dinâmica da formação (panorama de cursos e vagas, alunos ingressantes e egressos, projeções de oferta de profissionais) e do mercado de trabalho das categorias profissionais da área da saúde (como Medicina, Odontologia, Enfermagem e Farmácia), evidenciando o número de profissionais (geral e por especialidade), a concentração e dispersão geográfica dos profissionais, entre outros. Dessa forma, no período previsto, será produzido um estudo demográfico para cada uma das quatro categorias profissionais mencionadas. O monitoramento será realizado a partir da aferição das publicações institucionais que contarão, por sua vez, com relatórios e publicações intermediárias.

Nº	Meta	Indicador	Índice de Referência (mês/ano)	Previsão 2024 -2027
13	Ampliar o número de projetos executados de Vivências no SUS.	Número de Projetos de Vivências no SUS executados.	0 (mai/2023)	300
14	Ampliar o número de bolsas de residência médica e de residência em área profissional da saúde financiadas pelo MS.	Número de bolsas de residência médica e residência em área profissional da saúde financiadas pelo MS.	24.747 (mai/2023)	30.000
15	Ampliar o percentual de preceptores e gestores de programas de residências em saúde qualificados.	Percentual de preceptores e gestores de programas de residências em saúde qualificados.	0% (jun/2023)	75%
16	Ampliar o número de bolsas de incentivo à preceptoria de residência médica e de residência em área profissional da saúde financiadas pelo MS.	Número de bolsas de incentivo à preceptoria de residência médica e de residência em área profissional da saúde financiadas pelo MS.	0 (mai/2023)	5.000
17	Ampliar o número de estratégias e dispositivos visando a implantação do Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde (SUS) para o enfrentamento às iniquidades em saúde.	Número de estratégias e dispositivos implantados.	0 (dez/2022)	42
18	Implantar novos componentes no Sistema Nacional de Auditoria (SNA).	Número de novos componentes implantados no SNA.	273 (jun/2023)	305
19	Realizar auditorias de natureza operacional ⁵⁶ nas políticas e programas de saúde do Ministério da Saúde.	Número de auditorias operacionais realizadas.	0 (out/2023)	4
20	Aumentar o percentual de manifestações respondidas ao cidadão em até 30 dias do recebimento na Ouvidoria-Geral do SUS.	Percentual de manifestações respondidas ao cidadão em até 30 dias do recebimento.	46,01% (ago/2023)	70%
21	Ampliar o número de serviços de apoio à atenção da saúde da pessoa com câncer e da pessoa com deficiência beneficiados pelo PRONON ⁵⁷ e ou PRONAS-PCD ⁵⁸ .	Número de serviços de apoio à atenção da saúde da pessoa com câncer e da pessoa com deficiência beneficiados pelo PRONON e/ou PRONAS-PCD ampliado.	2.069 (dez/2021)	3.500
22	Aumentar o número de entes federados com Relatório de Gestão encaminhado para apreciação no Conselho de Saúde.	Número de entes federados com Relatório de Gestão encaminhado para apreciação no Conselho de Saúde.	3.706 (dez/2022)	5.595
23	Ampliar o número de participantes nas iniciativas de educação permanente e/ou educação popular em saúde.	Número de participantes nas iniciativas de educação permanente e/ou educação popular em saúde.	2.000 (dez/2022)	24.000
24	Aumentar o número de alunos concluintes nas ações formativas para redução das desigualdades regionais e sociais em saúde.	Número de alunos concluintes nas ações formativas para redução das desigualdades regionais e sociais em saúde.	160 (jun/2023)	23.000

⁵⁶ As auditorias operacionais diferem das tradicionais, conhecidas tecnicamente como auditorias de conformidade, pela metodologia empregada. Enquanto as auditorias de conformidade se concentram na verificação da conformidade dos gestores com legislações e procedimentos, as auditorias operacionais adotam uma abordagem mais abrangente. O TCU caracteriza a auditoria operacional como um processo de coleta e análise sistemáticas de informações sobre características, processos e resultados de um programa, atividade ou organização. Essa abordagem, fundamentada em critérios específicos, tem como objetivo avaliar o desempenho da gestão governamental, subsidiar os mecanismos de responsabilização por desempenho e contribuir para a melhoria contínua da gestão pública.

⁵⁷ PRONON – Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica.

⁵⁸ PRONAS/PCD – Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência.

5 GESTÃO DO PLANO

O PNS é um instrumento de planejamento que reflete a ampla discussão técnica e política sobre as prioridades e desafios do setor Saúde no âmbito nacional e que respeita a participação social, uma vez que considera as diretrizes e os resultados das Conferências de Saúde.

Tão importante quanto definir os resultados prioritários que se pretende alcançar nos próximos quatro anos é estipular como será desenhada a gestão do Plano que, entre outras questões, deve obedecer à dinâmica da administração federal e do processo de planejamento do SUS, tendo em atenção os prazos estabelecidos e os subsídios gerados pelos demais instrumentos de gestão e de controle.

O processo de planejamento no âmbito do SUS tem como base diversos referenciais legais e normativos, tais como a Lei n.º. 8.080/90, a Lei Complementar n.º. 141/2012 e, em particular, a Portaria n.º. 2.135, de 2013, incorporada na Portaria de consolidação n.º 1, de 2017, que estabeleceu as diretrizes e indicou os instrumentos responsáveis pela sua operacionalidade, destacadamente o Plano Nacional de Saúde (PNS), a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas (RQPC) e o Relatório de Gestão (RAG).

As metas quadrienais expressas e organizadas no PNS em objetivos são anualizadas na PAS, instrumento de operacionalização essencial para promover a eficiência da gestão do plano. Além de explicitar a anualização das metas, a Programação apresenta a previsão de alocação dos recursos orçamentários a serem executados no exercício.

O monitoramento da execução da PAS é realizado formalmente a cada quatro meses, por meio do Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas (RQPC), encaminhado para apreciação do CNS e apresentado em audiência pública na Comissão Mista de Orçamento (CMO) do Congresso Nacional.

A prestação de contas consolidada do exercício se dá por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG), instrumento que apresenta os resultados alcançados relativos ao desempenho das metas propostas e do emprego dos recursos orçados, e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no PNS. Por determinação da Lei n.º 141/12, o Poder Público de todas as esferas deverá submeter o RAG à deliberação dos Conselhos de Saúde.

Figura 21. Sistemática de Elaboração dos Instrumentos de Planejamento do SUS



Fonte: Coordenação-Geral de Planejamento (CGPL/SPO/SE/MS).

O PNS apresenta, ainda, um capítulo específico com um rol de indicadores gerais da Política Nacional de Saúde, além daqueles identificados nos objetivos específicos que indicarão o desempenho das metas e que, ao final do período correspondente, possibilitará uma avaliação global do desempenho setorial.

Merece destaque também o alinhamento entre a programação do Plano Plurianual (PPA) e o PNS. Esta relação, aprimorada nos últimos anos, permitiu ao MS identificar as potencialidades e fragilidades em sua atuação, o que tem aperfeiçoado o processo de planejamento e, conseqüentemente, a interface com o controle social. As observações originadas desse processo possibilitam uma análise mais consistente de metas e indicadores do Relatório Anual de Gestão RAG.

6 LISTA DE TABELAS

TABELA 01. PROPORÇÃO DE CRIANÇAS DE UM ANO DE IDADE VACINADAS NA APS CONTRA DIFTERIA, TÉTANO, COQUELUCHE, HEPATITE B, INFECÇÕES CAUSADAS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B E POLIOMIELITE INATIVADA, POR QUADRIMESTRE, POR UF. BRASIL, 2023	65
TABELA 02. VAGAS DOS PROGRAMAS DE PROVIMENTO FEDERAL: PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL (PMM) E PROGRAMA MÉDICOS PELO BRASIL (PMPB). BRASIL, 2023	66
TABELA 03. PERCENTUAL DE PESSOAS COM IDADE IGUAL OU MAIOR QUE 18 ANOS QUE REFEREM DIAGNÓSTICO MÉDICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, 2014 A 2013, POR SEXO. BRASIL (CAPITAIS DOS ESTADOS BRASILEIROS E DO DISTRITO FEDERAL) 2023.	68
TABELA 04. PERCENTUAL DE ADULTOS (PESSOAS COM IDADE IGUAL OU MAIOR QUE 18 ANOS) QUE REFEREM DIAGNÓSTICO MÉDICO DE DIABETES MELLITUS POR SEXO. BRASIL, 2014-2023	68
TABELA 05. POLICLÍNICAS E CLÍNICAS-CENTRO DE ESPECIALIDADE POR REGIÃO GEOGRÁFICA. BRASIL, 2023	75
TABELA 06. POLICLÍNICAS REGIONAIS PRIORITÁRIAS POR UF. BRASIL, 2023	76
TABELA 07. VAZIOS ASSISTENCIAIS DAS POLICLÍNICAS REGIONAIS. BRASIL, 2023	77
TABELA 08. ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES SEGUNDO TIPOLOGIA E NATUREZA JURÍDICA. BRASIL, 2023	81
TABELA 09. HOSPITAIS FILANTRÓPICOS QUE ATENDEM 100% SUS E RECEBEM IAC. BRASIL, 2023.....	82
TABELA 10. ESTABELECIMENTOS QUE RECEBEM O INCENTIVO 100% SUS, POR UF. BRASIL, 2012 A 2023.....	82
TABELA 11. LEITOS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI HABILITADAS. BRASIL, 2023	85
TABELA 12. LEITOS DE UNIDADE DE CUIDADO PROLONGADOS (UCP) POR UF. BRASIL, 2013 A 2023	85
TABELA 13. COBERTURA DE SAMU 192 POR MUNICÍPIOS E POR POPULAÇÃO. BRASIL, 2023	90
TABELA 14. QUALIFICAÇÃO DE PORTAS E LEITOS. BRASIL, 2020 A 2022	91
TABELA 15. COBERTURA DO PROGRAMA MELHOR EM CASA. BRASIL, 2016 A 2022	95
TABELA 16. CAPS, UA, SRT E LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL HABILITADOS NA RAPS, E DE BENEFICIÁRIOS DO PVC. BRASIL, 2013 A 2023.	100
TABELA 17. PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS ELEGÍVEIS COM E SEM CAPS E ÍNDICE DE COBERTURA DE CAPS, NAS REGIÕES. BRASIL, 2023.....	101
TABELA 18. COBERTURA DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO SEGUNDO REGIÃO GEOGRÁFICA E REGIÃO DE SAÚDE, 2023 ...	103
TABELA 19. CUSTEIO DOS CER E OFICINA ORTOPÉDICA. BRASIL, 2023	104
TABELA 20. PRODUÇÃO AMBULATORIAL DE REABILITAÇÃO REGISTRADA NO SIA/SUS PELOS CER E OFICINAS ORTOPÉDICAS HABILITADAS. BRASIL, 2012 A 2023	105
TABELA 21. EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO E PMP DE POTENCIAL DOADOR E DE DOADOR EFETIVO. BRASIL, 2013 A 2023.....	112
TABELA 22. TRANSPLANTE (PMP) REALIZADOS. BRASIL, 2023	113
TABELA 23. ESTABELECIMENTOS DE SANGUE POR REGIÃO. BRASIL, 2023.....	114
TABELA 24. FREQUÊNCIA DE COLETA DE SANGUE, POR REGIÃO, POR ANO, BRASIL, 2015-2022.....	115
TABELA 25. PACIENTES CADASTRADOS COM COAGULOPATIAS HEDITÁRIAS NO BRASIL E ATENDIDOS NO SUS. BRASIL, 2023.	115
TABELA 26. HOSPITAIS HABILITADOS EM ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA NO SUS. BRASIL, 2023	120
TABELA 27. PRODUÇÃO EM CIRURGIA ONCOLÓGICA. BRASIL, 2012 A 2022.....	121
TABELA 28. PRODUÇÃO EM RADIOTERAPIA POR UF NO SUS, BRASIL - 2012 A 2022	121
TABELA 29. PRODUÇÃO EM QUIMIOTERAPIA POR UF NO SUS. BRASIL, 2012 A 2022	121
TABELA 30. PANORAMA GERAL DOS PROJETOS DO PLANO DE EXPANSÃO DA RADIOTERAPIA NO SUS - SERVIÇOS DE RADIOTERAPIA POR REGIÃO. BRASIL, 2023.....	122
TABELA 31. CENTRAIS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DO SISREG IMPLANTADOS. BRASIL, 2023	123
TABELA 32. SOLICITAÇÕES DE ATENDIMENTO POR MEIO DO SISREG. BRASIL, 2022-2023	123
TABELA 33. ATENDIMENTOS INTERMEDIADOS PELA CNRAC. BRASIL, 2018 A 2023	124
TABELA 34. INDICADORES DE MONITORAMENTO DO PNRF. BRASIL, 2023	124
TABELA 35. TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL, NEONATAL E PÓS-NEONATAL. BRASIL, 2020-2023.....	128
TABELA 36. MORTALIDADE INFANTIL POR GRUPO ETÁRIO. BRASIL, 2020 A 2023	128

TABELA 37. MORTALIDADE INFANTIL POR RAÇA/COR. BRASIL, 2023*	128
TABELA 38. QUANTITATIVOS GERAIS PARA COM AGLOMERADOS SUBNORMAIS, BRASIL, EM 2010 E 2019	135
TABELA 39. USUÁRIOS ATENDIDOS, UNIDADES DISTRIBUÍDAS E VALORES EXECUTADOS PELO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL, 2020 A 2023	159
TABELA 40. AQUISIÇÕES CENTRALIZADAS DE MEDICAMENTOS E INSUMOS DESTINADOS AOS PROGRAMAS DO CBAF, 2019 A 2023	160
TABELA 41. UNIDADES FARMACÊUTICAS DISTRIBUÍDAS DE MEDICAMENTOS IOT, 2020-2023	160
TABELA 42. UNIDADES FARMACÊUTICAS E INSUMOS ADQUIRIDOS PELO CESAFA, 2019-2023	161
TABELA 43. EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO CEAFA, 2019 A 2022	161
TABELA 44. REPASSE DA UNIÃO PARA OS ESTADOS E DISTRITO FEDERAL DO GRUPO 1B, 2019-2022	164
TABELA 45. MUNICÍPIOS COM MOVIMENTAÇÃO ANUAL DE FITOTERÁPICOS, 2019-2023	167
TABELA 46. EXECUÇÃO FINANCEIRA DE SENTENÇAS JUDICIAIS DA AÇÃO 4705 DO MS, 2014-2023	170
TABELA 47. QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS INSCRITOS E CERTIFICADOS POR CURSO OFERTADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, 2019 A 2023	172
TABELA 48. COBERTURA DA DEMANDA DO SUS POR MEDICAMENTO	179
TABELA 49. TOTAL DE PESQUISAS REALIZADAS NA FIOCRUZ	184
TABELA 50. NÚMERO DE EGRESSOS DO EPISUS-FUNDAMENTAL SEGUNDO UNIDADE DA FEDERAÇÃO E ANO DE REALIZAÇÃO, BRASIL, 2020 A 2023	202
TABELA 51. NÚMERO DE EGRESSOS DO EPISUS-INTERMEDIÁRIO SEGUNDO UNIDADE DA FEDERAÇÃO E ANO DE REALIZAÇÃO, BRASIL, 2020 E 2021	203
TABELA 52. NÚMERO DE EGRESSOS DO EPISUS-AVANÇADO SEGUNDO UNIDADE DA FEDERAÇÃO E ANO DE REALIZAÇÃO, BRASIL, 2020 A 2023	204
TABELA 53. NÚMERO DE MATRÍCULAS NOS CURSOS EM PORTUGUÊS, POR UNIDADE FEDERATIVA DO BRASIL	205
TABELA 54. PANORAMA DOS RUMORES DETECTADOS NO CIEVS NACIONAL NOS ANOS DE 2020 A 2023	207
TABELA 55. REGISTROS DE ALIMENTOS CONCEDIDOS POR CATEGORIA, 2020-2022	212
TABELA 56. NÚMERO DE NOVOS PRODUTOS PARA SAÚDE APROVADOS POR TIPO, 2020 A 2022	214
TABELA 57. NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES DE EVENTOS ADVERSOS E QUEIXAS TÉCNICAS, RECEBIDAS NO NOTIVISA, 2020 – 2022	214
TABELA 58. NÚMERO DE REAÇÕES ADVERSAS ENVOLVENDO CÉLULAS, TECIDOS E ÓRGÃOS UTILIZADOS EM TRANSPLANTES, SEGUNDO A GRAVIDADE DO DANO, 2020 – 2022	214
TABELA 59. INFRAÇÕES SANITÁRIAS APURADAS POR TIPO DE INFRAÇÃO, 2020-2022	215
TABELA 60. RISCO DAS INFRAÇÕES SANITÁRIAS NO PERÍODO, 2020-2022	215
TABELA 61. APLICAÇÃO MÍNIMA CONSTITUCIONAL EM SAÚDE - COMPARATIVO DO PISO CONSTITUCIONAL EM SAÚDE - EC'S 95/113, 2017-2024	221
TABELA 62. ÍNDICE DE VULNERABILIDADE SOCIAL (IVS) POR UF	239
TABELA 63. BUSCA ATIVA DE NÚCLEOS DE TELESSAÚDE POR REGIÃO	246
TABELA 64. PROCEDIMENTOS REALIZADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA POR ANO	249
TABELA 65. PROCEDIMENTOS REALIZADOS POR UF	249
TABELA 66. PROCEDIMENTOS REALIZADOS POR TIPOS DE ESTABELECIMENTOS NA APS	250
TABELA 67. PROCEDIMENTOS REALIZADOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR ANO	250
TABELA 68. PROCEDIMENTOS REALIZADOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR UF	250
TABELA 69. PROCEDIMENTOS REALIZADOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR TIPO DE ESTABELECIMENTO	251
TABELA 70. ATIVIDADES REALIZADAS NO PERÍODO DE 2011 A AGOSTO/2023	254
TABELA 71. MANIFESTAÇÕES POR TIPO DE DEMANDA/ANO	255
TABELA 72. MANIFESTAÇÕES POR CANAL DE ATENDIMENTO/ANO	256
TABELA 73. MANIFESTAÇÕES POR ASSUNTOS MAIS DEMANDADOS/ANO	256
TABELA 74. POPULAÇÃO RESIDENTE, BENEFICIÁRIOS E TAXA DE COBERTURA BRASIL – 2020-2022	259

7 LISTA DE QUADROS

QUADRO 01. LEGISLAÇÕES QUE NORMATIZAM OS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO FEDERAIS DO MS	6
QUADRO 02. RANKING DOS PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSA DE ÓBITOS ENTRE AS CAUSAS EXTERNAS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA. BRASIL, 2021.	49
QUADRO 03. MACRORREGIÃO PRIORITÁRIA PARA HABILITAÇÃO OU CONSTRUÇÃO DE POLICLÍNICAS REGIONAIS. BRASIL, 2023.....	79
QUADRO 04. ESTABELECIMENTOS HABILITADOS EM DOENÇAS RARAS. BRASIL, 2023	108
QUADRO 05. HOSPITAIS HABILITADOS COMO SERVIÇOS ISOLADOS DE RADIOTERAPIA. BRASIL, 2023	120
QUADRO 06. RELAÇÃO DE SERVIÇOS HABILITADOS NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR DO SUS. BRASIL, 2023.....	126
QUADRO 07. INTERNAÇÕES PEDIÁTRICAS E SUAS CAUSAS. BRASIL, 2022	130
QUADRO 08. PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO ENTRE ADOLESCENTES E JOVENS. BRASIL, 2022	131
QUADRO 09. PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITO ENTRE ADOLESCENTES E JOVENS. BRASIL, 2021	131
QUADRO 10. CINCO PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITO, SEGUNDO A VARIÁVEL RAÇA/COR. BRASIL, 2010, 2015 E 2020...	138
QUADRO 11. MUDANÇAS OCORRIDAS NO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO. BRASIL, 2020 A 2023.	191
QUADRO 12. INDICADORES GERAIS	263

8 LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01. TAXAS DE FECUNDIDADE TOTAL, BRASIL E GRANDES REGIÕES 2010-2022	14
GRÁFICO 02. TAXAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDADE, SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE DA MÃE, BRASIL, 2010-2022	15
GRÁFICO 03. PIRÂMIDE ETÁRIA DO BRASIL, 2010 E 2022	15
GRÁFICO 04. DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA POR FAIXA ETÁRIA, 2010, 2022 E 2060.....	16
GRÁFICO 05. PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO NA FAIXA ETÁRIA DE 0 A 14 ANOS E DE 65 ANOS OU MAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL, NO BRASIL, DE 2018 A 2060	16
GRÁFICO 06. EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER NO BRASIL, 2010 A 2060	17
GRÁFICO 07. CASOS HUMANOS DE FEBRE AMARELA SILVESTRE POR PERÍODO DE MONITORAMENTO (JULHO A JUNHO) E POR REGIÃO DO LOCAL PROVÁVEL DE INFECÇÃO (AMAZÔNICA [ENDÊMICA] E EXTRA-AMAZÔNICA), BRASIL	19
GRÁFICO 08. CASOS AUTÓCTONES DE MALÁRIA NO BRASIL, 2003-2023*	21
GRÁFICO 09. NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS, CONFIRMADOS E TAXA DE LETALIDADE POR LEPTOSPIROSE, SEGUNDO ANO DE INÍCIO DOS SINTOMAS. BRASIL, 2010 A 2023.....	22
GRÁFICO 10. CASOS NOTIFICADOS, CONFIRMADOS E ÓBITOS DE FEBRE MACULOSA POR ANO DE INÍCIO DOS SINTOMAS, BRASIL, 2010 A 2023	22
GRÁFICO 11. NÚMERO DE CASOS E ÓBITOS POR DDA. BRASIL, 2009 A 2023*	23
GRÁFICO 12. COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA PARA DOENÇA DE CHAGAS, POR 100 MIL HABITANTES, POR UF, BRASIL, 2010 A 2021.....	24
GRÁFICO 13. COEFICIENTE DE MORTALIDADE PARA DOENÇA DE CHAGAS, POR 100 MIL HABITANTES, POR UF, BRASIL, 2012 A 2021	24
GRÁFICO 14. NÚMERO ABSOLUTO E TAXA DE ÓBITO POR ESQUISTOSSOMOSE. BRASIL, 2012 A 2022*	25
GRÁFICO 15. TAXA DE DETECÇÃO GERAL DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE E TAXA DE DETECÇÃO DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS POR 100 MIL HABITANTES. BRASIL, 2012 A 2022.....	26
GRÁFICO 16. TAXA DE DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV EM GESTANTES, AIDS EM MENORES DE 5 ANOS, TAXAS DE DETECÇÃO DE AIDS, COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR AIDS E NÚMERO DE CASOS DE HIV, POR ANO, BRASIL, 2011 A 2021	27
GRÁFICO 17. TAXA DE DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV, SEGUNDO REGIÕES, BRASIL, 2011 A 2021	27
GRÁFICO 18. PREVALÊNCIA DO HIV EM POPULAÇÕES CHAVE, BRASIL, 2013 A 2017	28
GRÁFICO 19. TAXA DE DETECÇÃO DE AIDS (POR 100 MIL HABITANTES) EM HOMENS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, BRASIL, 2011 A 2021	28
GRÁFICO 20. TAXA DE DETECÇÃO DE HEPATITES VIRAIS (POR 100 MIL HABITANTES) SEGUNDO AGENTE ETIOLÓGICO E ANO DE NOTIFICAÇÃO, BRASIL, 2012 A 2022	29
GRÁFICO 21. TAXA MÉDIA DE DETECÇÃO DAS HEPATITES A, B E C, SEGUNDO REGIÕES, BRASIL, 2013 A 2022.....	29
GRÁFICO 22. STATUS DO ALCANCE DAS METAS 95-95-95. BRASIL, 2013-2022.....	30
GRÁFICO 23. NÚMERO DE PVHIV QUE INICIARAM TRATAMENTO E NÚMERO TOTAL DE INDIVÍDUOS EM TRATAMENTO, POR ANO. BRASIL, 2009-2022	31
GRÁFICO 24. TAXA DE DETECÇÃO DE SÍFILIS ADQUIRIDA (POR 100 MIL HABITANTES), TAXA DE DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTES E TAXA DE INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA (POR 1.000 NASCIDOS VIVOS), SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO, BRASIL, 2011 A 2021	32
GRÁFICO 25. TAXA DE DETECÇÃO DE SÍFILIS ADQUIRIDA (POR 100 MIL HABITANTES) SEGUNDO REGIÃO DE RESIDÊNCIA E ANO DE DIAGNÓSTICO, BRASIL, 2011 A 2021	32
GRÁFICO 26. COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE. BRASIL, 2003 A 2022*	33
GRÁFICO 27. COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE. UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2022*	34
GRÁFICO 28. PROPORÇÃO DE COINFEÇÃO TB-HIV. UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2022*	34
GRÁFICO 29. PERCENTUAL DE CURA E INTERRUPTÃO DO TRATAMENTO DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONARES COM CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL. BRASIL, 2001 A 2022*.....	35
GRÁFICO 30. COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR TUBERCULOSE. BRASIL, 2002 A 2022*	35
GRÁFICO 31. COEFICIENTE DE MORTALIDADE PREMATURA (30 A 69 ANOS) POR DCNT, SEGUNDO GRUPOS DE CAUSAS. BRASIL, 2000 A 2021	37

GRÁFICO 32. TENDÊNCIA DA PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA POR SEXO (2006-2023). BRASIL, 2023.....	37
GRÁFICO 33. TENDÊNCIA DA PREVALÊNCIA DE DIABETES POR SEXO (2006-2023). BRASIL, 2023.....	38
GRÁFICO 34. TENDÊNCIA DA PREVALÊNCIA DE OBESIDADE POR SEXO (2006-2023). BRASIL, 2023.....	38
GRÁFICO 35. NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES DE LESÕES AUTOPROVOCADAS, SEGUNDO REGIÕES. BRASIL 2012 A 2022* (DADOS PRELIMINARES)	39
GRÁFICO 36. NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL, POR REGIÕES. BRASIL 2012 A 2022* (DADOS PRELIMINARES).....	40
GRÁFICO 37. COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA (/100MIL PEAO) E Nº ABSOLUTO DOS AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO UNIVERSAL DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR, BRASIL, 2006-2022*	41
GRÁFICO 38. NOTIFICAÇÕES DAS DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO DE NOTIFICAÇÃO SENTINELA, BRASIL, 2006-2022*.....	42
GRÁFICO 39. TAXA DE MORTALIDADE GERAL (POR 1.000 HABITANTES), SEGUNDO SEXO. BRASIL, 2012 A 2022	42
GRÁFICO 40. TAXA DE MORTALIDADE POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO GRANDES GRUPOS DA CID10. BRASIL, 2012 A 2022	43
GRÁFICO 41. TAXA DE MORTALIDADE POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO GRANDES GRUPOS DA CID-10 E SEXO MASCULINO. BRASIL, 2012 A 2022	43
GRÁFICO 42. TAXA DE MORTALIDADE POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO GRANDES GRUPOS DA CID-10 E SEXO FEMININO. BRASIL, 2012 A 2022	44
GRÁFICO 43. RAZÃO DA MORTALIDADE MATERNA (POR 100 MIL NASCIDOS VIVOS). BRASIL, 2012 A 2021	44
GRÁFICO 44. PROPORÇÃO DE MORTE MATERNA SEGUNDO RAÇA/COR. BRASIL, 2013 A 2021	45
GRÁFICO 45. TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL. BRASIL E REGIÕES, 2012 A 2021	45
GRÁFICO 46. PROPORÇÃO DE MORTE INFANTIL SEGUNDO RAÇA/COR. BRASIL, 2013 A 2021.....	46
GRÁFICO 47. PERCENTUAL DE MORTES POR COMPONENTES DA MORTALIDADE INFANTIL. BRASIL, 2021	46
GRÁFICO 48. PROPORÇÃO DE MORTALIDADE POR GRUPOS DO CID-10 PARA CRIANÇAS COM MENOS DE UM ANO DE IDADE, EM 2021, NO BRASIL	47
GRÁFICO 49. PROPORÇÃO DE MORTALIDADE POR GRUPOS DO CID-10 PARA CRIANÇAS DE 1 A 4 ANOS DE IDADE. BRASIL, 2021.....	47
GRÁFICO 50. PROPORÇÃO DE MORTALIDADE POR GRUPOS DO CID-10 PARA CRIANÇAS DE 5 A 9 ANOS DE IDADE, EM 2021, NO BRASIL	48
GRÁFICO 51. TAXA DE MORTALIDADE FETAL. BRASIL, 2010 - 2021	48
GRÁFICO 52. EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE MORTALIDADE POR SUICÍDIO, SEGUNDO SEXO. BRASIL 2012 A 2022* (DADO PRELIMINAR). CÓDIGOS CID-10 (X60 A X84; Y87.0)	49
GRÁFICO 53. EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE MORTALIDADE POR LESÕES DE TRÂNSITO, SEGUNDO REGIÕES. BRASIL 2012 A 2022* (DADO PRELIMINAR). CÓDIGOS CID-10 (V01 A V89).....	50
GRÁFICO 54. EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE MORTALIDADE DE MOTOCICLISTAS, SEGUNDO REGIÕES. BRASIL 2012 A 2022* (DADO PRELIMINAR). CÓDIGOS CID-10 (V20 A V39).....	50
GRÁFICO 55. EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS, SEGUNDO REGIÕES. BRASIL 2012 A 2022* (DADO PRELIMINAR). CÓDIGOS CID-10 (X85-Y09; Y35; Y22-Y24; Y87.1; Y89.0)	51
GRÁFICO 56. PESSOAS EM IDADE DE TRABALHAR (PIT), PESSOAS NA FORÇA DE TRABALHO (PFT), PESSOAS OCUPADAS (PO) E TAXA DE DESOCUPAÇÃO, POR ANO, BRASIL 2020 A 2023 (2º TRI.).....	52
GRÁFICO 57. DISTRIBUIÇÃO DE PESSOAS OCUPADAS SEGUNDO SETORES DE ATIVIDADE ECONÔMICA. BRASIL, 2022	53
GRÁFICO 58. TENDÊNCIA DA PREVALÊNCIA DE TABAGISMO (2006-2023). BRASIL, 2023.	53
GRÁFICO 59. TENDÊNCIA DA PREVALÊNCIA DE CONSUMO ABUSIVO* DE ALCÓOL (2006-2023). BRASIL, 2023.....	54
GRÁFICO 60. TENDÊNCIA DA PREVALÊNCIA DE CONSUMO RECOMENDADO DE FRUTAS E HORTALIÇAS (2008-2023). BRASIL, 2023.....	54
GRÁFICO 61. TENDÊNCIA DA PREVALÊNCIA DE ATIVIDADE FÍSICA NO TEMPO LIVRE (2009-2023). BRASIL, 2023.....	54
GRÁFICO 62. DISTRIBUIÇÃO DE POPULAÇÃO ESTIMADA E EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA COFINANCIADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, SETEMBRO DE 2013 - SETEMBRO DE 2023	55

GRÁFICO 63. COBERTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE POR ANO DE REFERÊNCIA, SEGUNDO O MÉTODO DE CÁLCULO TRADICIONAL (DESCONTINUADO). BRASIL, 2012-2020	56
GRÁFICO 64. COBERTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE POR ANO DE REFERÊNCIA, SEGUNDO O MÉTODO DE CÁLCULO ESTABELECIDO PARA O PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2020-2023. BRASIL, 2021-2023	56
GRÁFICO 65. COBERTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE POR ANO DE REFERÊNCIA, SEGUNDO O MÉTODO DE CÁLCULO ESTABELECIDO PARA O PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2020-2023	57
GRÁFICO 66. EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS SOLICITADAS E HABILITADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, COM PUBLICAÇÃO DE PORTARIA, BRASIL, SETEMBRO DE 2023	61
GRÁFICO 67. COBERTURA DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL POR ANO DE REFERÊNCIA, SEGUNDO O MÉTODO DE CÁLCULO TRADICIONAL (DESCONTINUADO). BRASIL, 2012-2021	62
GRÁFICO 68. COBERTURA DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL POR ANO DE REFERÊNCIA, SEGUNDO O MÉTODO ESTABELECIDO PARA O PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2020-2023. BRASIL. 2021-2023	62
GRÁFICO 69. UNIDADES ODONTOLÓGICAS MÓVEIS (UOM) POR ANO DE REFERÊNCIA, BRASIL, 2012-2023	63
GRÁFICO 70. CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) CREDENCIADOS E DAS ADESÕES À REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPD) POR ANO DE REFERÊNCIA, BRASIL, 2012-2023	63
GRÁFICO 71. EVOLUÇÃO NO CREDENCIAMENTO DE LABORATÓRIOS REGIONAIS DE PRÓTESES DENTÁRIAS (LRPD). BRASIL, 2012 A 2023	64
GRÁFICO 72. IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO DE ESPECIALIDADES EM SAÚDE BUCAL (SESB) SEGUNDO UNIDADE FEDERATIVA, BRASIL, 2023	64
GRÁFICO 73. QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS ATIVOS NOS PROGRAMAS DE PROVIMENTO FEDERAL: PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL (PMM) E PROGRAMA MÉDICOS PELO BRASIL (PMPB) E VAGAS EM PROCESSO DE OCUPAÇÃO POR UNIDADE FEDERATIVA. BRASIL, 2023	67
GRÁFICO 74. ESTÁGIOS DE EXECUÇÃO DAS OBRAS VIGENTES. BRASIL, 2023	67
GRÁFICO 75. PREVALÊNCIA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR MODERADA/GRAVE DE ACORDO COM SEXO E RAÇA/COR DO CHEFE DO DOMICÍLIO	70
GRÁFICO 76. PREVALÊNCIA DE DÉFICIT PONDERAL PARA IDADE ENTRE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS. BRASIL.	71
GRÁFICO 77. FREQUÊNCIA DE EXCESSO DE PESO ($IMC \geq 25 \text{kg/m}^2$) NO CONJUNTO DAS CAPITAIS E NO DISTRITO FEDERAL	71
GRÁFICO 78. COBERTURA DO ACOMPANHAMENTO DO ESTADO NUTRICIONAL NO BRASIL (2015-2022)	72
GRÁFICO 79. COBERTURA DO ACOMPANHAMENTO DO CONSUMO ALIMENTAR NO BRASIL (2015-2022)	72
GRÁFICO 80. ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS ACOMPANHADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM 2022	73
GRÁFICO 81. ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS DE CINCO A NOVE ANOS ACOMPANHADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM 2022	73
GRÁFICO 82. ESTADO NUTRICIONAL DE ADOLESCENTES ACOMPANHADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM 2022	73
GRÁFICO 83. ESTADO NUTRICIONAL DE ADULTOS ACOMPANHADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM 2022	73
GRÁFICO 84. ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS ACOMPANHADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM 2022	73
GRÁFICO 85. PRODUÇÃO PROPORCIONAL DE AIH DE MÉDIA COMPLEXIDADE NOS SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALARES (SIH. BRASIL, 2022	84
GRÁFICO 86. PRODUÇÃO PROPORCIONAL DE AIH DE ALTA COMPLEXIDADE NOS SERVIÇOS HOSPITALARES. BRASIL, 2022	84
GRÁFICO 87. ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES COM HABILITAÇÃO EM REGIME DE HOSPITAL DIA (CÓDIGO 12.02) POR UF. BRASIL, 2023	86
GRÁFICO 88. EXPANSÃO DA UPA 24H. BRASIL, 2008 A 2023	88
GRÁFICO 89. UPA 24H EM FUNCIONAMENTO POR REGIÃO. BRASIL, 2023	88
GRÁFICO 90. EVOLUÇÃO DA COBERTURA POPULACIONAL DO SAMU 192. BRASIL, 2004 A 2023	89
GRÁFICO 91. SALAS DE ESTABILIZAÇÃO COM INVESTIMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL, 2012 A 2014	90
GRÁFICO 92. PORTAS DE ENTRADAS E LEITOS DE UTI E RETAGUARDA NO PAÍS FINANCIADOS PELA RAU. BRASIL, 2023 ..	91
GRÁFICO 93. LEITOS PAGOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL, 2023	91
GRÁFICO 94. EVOLUÇÃO DE EQUIPES EMAD E EMAP IMPLANTADAS. BRASIL, 2011 A 2022	96
GRÁFICO 95. PREVALÊNCIA DAS PATOLOGIAS DE BASES DOS PACIENTES ASSISTIDOS PELO PMEC. BRASIL, 2022	96
GRÁFICO 96. CARACTERÍSTICAS DOS PROCEDIMENTOS AGRUPADOS – PMEC. BRASIL, 2022	97

GRÁFICO 97. ORIGEM DOS USUÁRIOS DO P MEC. BRASIL, 2023	97
GRÁFICO 98. DISTRIBUIÇÃO DE MODALIDADES DE CAPS POR UF. BRASIL, 2023	102
GRÁFICO 99. DISTRIBUIÇÃO CER E OFICINA ORTOPÉDICA HABILITADOS, POR UF. BRASIL, 2023.....	103
GRÁFICO 100. OPMS NÃO CIRÚRGICAS CONCEDIDAS. BRASIL, 2008 A 2022	106
GRÁFICO 101. PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM ÂMBITO DA PNAIPDR. BRASIL, 2017 A 2023	109
GRÁFICO 102. EVOLUÇÃO DE DESEMBOLSO TOTAL PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES NOS SERVIÇOS HABILITADOS EM DOENÇAS RARAS. BRASIL, 2023.....	110
GRÁFICO 103. EVOLUÇÃO DE POTENCIAL DOADOR (PMP) E DE DOADOR EFETIVO (PMP). BRASIL, 2013 A 2023	112
GRÁFICO 104. EVOLUÇÃO DE TRANSPLANTES REALIZADOS DE ÓRGÃOS, CórNEA E MEDULA ÓSSEA. BRASIL, 2013 A 2023.....	113
GRÁFICO 105. PACIENTES COM HEMOGLOBINOPATIAS, CADASTRADOS NO SISTEMA INFORMATIZADO HEMOVIDA WEB HEMOGLOBINOPATIAS. BRASIL, 2017 A 2023.....	117
GRÁFICO 106. PERCENTUAL DE COLETAS DE TESTES DO PEZINHO ATÉ O 5º DIA DE VIDA DO RECÉM-NASCIDO, POR REGIÃO. BRASIL, 2019 A 2022	118
GRÁFICO 107. PERCENTUAL DE COBERTURA PNTN. BRASIL, 2023	118
GRÁFICO 108. RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA POR ANO, BRASIL, 2012 A 2021.....	132
GRÁFICO 109. DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS MATERNOS POR RAÇA/COR POR ANO, BRASIL, 2012 A 2021.....	133
GRÁFICO 110. NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL POR GESTANTE NA APS, BRASIL, 2017 A 2021.....	133
GRÁFICO 111. ESTIMATIVA DE DOMICÍLIOS EM AGLOMERADOS SUBNORMAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL DE DOMICÍLIOS OCUPADOS (%) – ESTADOS E DISTRITO FEDERAL	135
GRÁFICO 112. PORCENTAGEM DE MUNICÍPIOS QUE ADOTARAM A PNSIPN NOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2023. 137	
GRÁFICO 113. PERCENTUAL DE CRIANÇAS INDÍGENAS MENORES DE CINCO ANOS COM ESQUEMA VACINAL COMPLETO.141	
GRÁFICO 114. PERCENTUAL DE GESTANTES INDÍGENAS COM COBERTURA DE SEIS OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL.142	
GRÁFICO 115. PERCENTUAL DE CRIANÇAS INDÍGENAS MENORES DE UM ANO COM ACESSO ÀS CONSULTAS PRECONIZADAS DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO (CED).....	143
GRÁFICO 116. PERCENTUAL DE INDÍGENAS COM PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	144
GRÁFICO 117. PERCENTUAL DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO BÁSICO CONCLUÍDO NA POPULAÇÃO INDÍGENA COM PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	145
GRÁFICO 118. PERCENTUAL DE CRIANÇAS INDÍGENAS MENORES DE CINCO ANOS ACOMPANHADAS PELA VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL.....	145
GRÁFICO 119. TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL NA POPULAÇÃO INDÍGENA ASSISTIDA PELO SASISUS E TMI BRASIL	146
GRÁFICO 120. PERCENTUAL DE ÓBITOS MATERNOS INDÍGENAS INVESTIGADOS	147
GRÁFICO 121. PERCENTUAL DE ÓBITOS INFANTIS INDÍGENAS INVESTIGADOS.....	148
GRÁFICO 122. CASOS NOVOS E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO INDÍGENA.....	148
GRÁFICO 123. NÚMERO DE CASOS AUTÓCTONES DE MALÁRIA E INCIDÊNCIA PARASITÁRIA ANUAL	149
GRÁFICO 124. IMPLANTAÇÃO DE EDIFICAÇÕES DE SAÚDE INDÍGENA	151
GRÁFICO 125. REFORMA DE EDIFICAÇÕES DE SAÚDE INDÍGENA	151
GRÁFICO 126. CONSTRUÇÃO E REFORMA DE NOVOS SISTEMAS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA	152
GRÁFICO 127. OBRAS DE MÓDULOS SANITÁRIOS DOMICILIARES (MSD), FOSSAS SÉPTICAS E SUMIDOUROS	153
GRÁFICO 128. PERCENTUAL DE ALDEIAS COM AFERIÇÃO DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO	154
GRÁFICO 129. PERCENTUAL DE ALDEIAS COM GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS.....	155
GRÁFICO 130. REPASSES DO COMPONENTE BÁSICO AOS FUNDOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2019-2023....	163
GRÁFICO 131. REPASSE DE RECURSOS PARA OS MUNICÍPIOS HABILITADOS NO QUALIFAR-SUS, 2019-2023	166
GRÁFICO 132. NÚMERO DE MUNICÍPIOS BRASILEIROS HABILITADOS NO PROGRAMA QUALIFARSUS E NÃO HABILITADOS QUE ENVIARAM DADOS DE DISPENSAÇÃO POR ANO, 2016-2023	169
GRÁFICO 133. NÚMERO DE MUNICÍPIOS BRASILEIROS HABILITADOS E NÃO HABILITADOS NO QUALIFARSUS QUE ENVIARAM DADOS DE DISPENSAÇÃO POR ANO, 2016-2023.....	169
GRÁFICO 134. ESTADOS QUE UTILIZAM O SISTEMA HÓRUS E ENVIAM DADOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO (CEAF) DA AF, 2013-2023.....	170
GRÁFICO 135. TOTAL DE PROFISSIONAIS INSCRITOS E CERTIFICADOS POR ANO, 2019-2023	172

GRÁFICO 136. FINANCIAMENTO DE PROJETOS VIA PROCIS, SEGUNDO BLOCO DE INVESTIMENTO – 2012-2022 (EM MILHÕES)	174
GRÁFICO 137. DISTRIBUIÇÃO DE HEMODERIVADOS (FRASCOS).....	179
GRÁFICO 138. DISTRIBUIÇÃO DE FATOR VIII RECOMBINANTE (UI)	180
GRÁFICO 139. SÉRIE HISTÓRICA DE SÍNTESES DE EVIDÊNCIAS E PESQUISAS AVALIATIVAS ELABORADAS, 2020 A 09/2023	181
GRÁFICO 140. DEMANDAS RECEBIDAS, 2012-2023.....	185
GRÁFICO 141. TIPOS DE TECNOLOGIA DEMANDADAS PARA AVALIAÇÃO, 2012-2023	186
GRÁFICO 142. CONSULTAS PÚBLICAS REALIZADAS E CONTRIBUIÇÕES RECEBIDAS, 2012-2023	186
GRÁFICO 143. NÚMERO DE DIRETRIZES NOVAS E ATUALIZADAS, 2012-2023.....	187
GRÁFICO 144. NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE COM ALIMENTAÇÃO REGULAR NO APURASUS, 2019-2022	189
GRÁFICO 145. NÚMERO DE PROFISSIONAIS CAPACITADOS NO APURASUS, 2012-2022	190
GRÁFICO 146. SÉRIE TEMPORAL DO TOTAL DE DOSES APLICADAS POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA – BRASIL, 2021 A 2023.....	193
GRÁFICO 147. COBERTURAS VACINAIS POR VACINAS EM MENORES DE 1 ANO DE IDADE. BRASIL, 2015 A 2022. *	194
GRÁFICO 148. ÓBITOS E CASOS POR SRAG	194
GRÁFICO 149. HOMOGENEIDADE DE COBERTURAS VACINAIS POR VACINAS SELECIONADAS EM CRIANÇAS DE 1 ANO DE IDADE OU MENOS. BRASIL, 2015 A 2022*	195
GRÁFICO 150. COBERTURAS VACINAIS COM PRIMEIRAS E SEGUNDAS DOSES ACUMULADAS* DA VACINA PAPILOMA VÍRUS HUMANO EM MENINAS DE 9 A 15 ANOS DE IDADE, POR UNIDADE FEDERADA. BRASIL, 2016 A 2022	196
GRÁFICO 151. COBERTURAS VACINAIS COM PRIMEIRAS E SEGUNDAS DOSES ACUMULADAS* DA VACINA PAPILOMA VÍRUS HUMANO EM MENINOS DE 09 A 15 ANOS DE IDADE, POR UNIDADE FEDERADA. BRASIL, 2016 A 2022	196
GRÁFICO 152. PERCENTUAL DE VACINADOS E NÃO VACINADOS COM DOSES ACUMULADAS DA VACINA TRÍPLICE VIRAL NA ROTINA POR GRUPOS ETÁRIOS. BRASIL, 2022*	197
GRÁFICO 153. COBERTURA VACINAL COM DOSES ACUMULADAS DA VACINA FEBRE AMARELA POR UNIDADE FEDERADA E BRASIL, 2022*	197
GRÁFICO 154. COBERTURA VACINAL (%) DAS VACINAS MONOVALENTES POR TIPO DE DOSE E POR FAIXA ETÁRIA – BRASIL, 2021 A 2023	198
GRÁFICO 155. COBERTURA VACINAL DA VACINA BIVALENTE POR FAIXA ETÁRIA – BRASIL, 2023*	198
GRÁFICO 156. CAPACIDADE DE PRODUÇÃO DE EXAMES	201
GRÁFICO 157. NÚMERO DE REGISTROS DE MEDICAMENTOS, PRODUTOS BIOLÓGICOS E INSUMOS FARMACÊUTICOS ATIVOS CONCEDIDOS, 2020 A 2022	213
GRÁFICO 158. EVENTOS DE SAÚDE PÚBLICA EM AMBIENTES DE PAF, 2020-2022	216
GRÁFICO 159. NÚMERO DE REGISTROS CONCEDIDOS DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS BIOLÓGICOS PARA DOENÇAS RARAS, 2020 A 2022	217
GRÁFICO 160. SITUAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE 2018-2021 E 2022-2025 DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS, SEGUNDO STATUS	219
GRÁFICO 161. SITUAÇÃO DO RELATÓRIO DE GESTÃO DE 2018 A 2022 DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS, SEGUNDO STATUS	219
GRÁFICO 162. VALOR DOS TERMOS DE AJUSTE DAS ESRE, POR ANO, NO 4º E 5º TRIÊNIO DO PROADI-SUS	222
GRÁFICO 163. PROJETOS APROVADOS POR ÁREA DE ATUAÇÃO, NO 4º TRIÊNIO (2018-2020) DO PROADI-SUS	223
GRÁFICO 164. PERCENTUAL DE PROJETOS APROVADOS POR ÁREA DE ATUAÇÃO, NO 5º TRIÊNIO (2021-2023) DO PROADI-SUS.....	223
GRÁFICO 165. VALOR TOTAL DE PROJETOS PRONON E PRONAS/PCD POR CAMPO DE ATUAÇÃO (R\$ MILHÕES)	224
GRÁFICO 166. DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE PROJETOS POR SECRETARIA RESPONSÁVEL PELO TEMA.....	225
GRÁFICO 167. PROPOSTA DE PROJETOS PARA O PRÓXIMO TRIÊNIO (2024 A 2026)	226
GRÁFICO 168. FREQUÊNCIA ABSOLUTA E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA (/1.000 TRABALHADORES DA SAÚDE) DE DOENÇAS E AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO (DART) NA SAÚDE, POR TIPO, BRASIL 2007 A 2022 (N=715.791)	230
GRÁFICO 169. DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE POR CATEGORIA PROFISSIONAL	231

GRÁFICO 170. TRABALHADORES E ESTABELECIMENTOS POR NATUREZA JURÍDICA.....	232
GRÁFICO 171. EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES QUALIFICADOS	233
GRÁFICO 172. EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE BENEFICIADOS EM AÇÕES DO PET-SAÚDE.....	234
GRÁFICO 173. NÚMERO DE BOLSAS CONCEDIDAS CUMULATIVAS PELO PRÓ-RESIDÊNCIA (MS) EM 2022.....	235
GRÁFICO 174. NÚMERO DE BOLSAS CONCEDIDAS CUMULATIVAS PELO PRÓ-RESIDÊNCIA (MS) - RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE	236
GRÁFICO 175. NÚMERO DE REGISTROS DE TELECONSULTORIA, 2018 A 2022.....	248
GRÁFICO 176. NÚMERO DE REGISTROS DE TELE-EDUCAÇÃO, 2018-2022.....	248
GRÁFICO 177. TELEATENDIMENTOS REALIZADOS DE JAN/2020 A OUT/2023	252
GRÁFICO 178. INTERNAÇÕES SUS, INTERNAÇÕES IDENTIFICADAS NO ÂMBITO DO RESSARCIMENTO AO SUS E TAXA DE INTERNAÇÕES IDENTIFICADAS, BRASIL – 2017-2021*	261
GRÁFICO 179. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS SUS IDENTIFICADOS NO ÂMBITO DO RESSARCIMENTO AO SUS E TAXA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS IDENTIFICADOS, BRASIL – 2017-2021*	261
GRÁFICO 180. COBRANÇA, PAGAMENTO E ÍNDICE DE EFETIVO PAGAMENTO DO RESSARCIMENTO AO SUS, BRASIL – 2018-2022*	262

9 LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01. RELAÇÃO PPA E PNS	9
FIGURA 02. PRODUTOS DO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE. BRASIL, 2023	87
FIGURA 03. NÍVEIS DE RESPOSTA DA FN-SUS. BRASIL, 2023.....	92
FIGURA 04. SÉRIE HISTÓRICA DAS AÇÕES REALIZADAS PELA FN-SUS. BRASIL - 2011 A 2022.....	93
FIGURA 05. FLUXOGRAMA DA INTERAÇÃO ENTRE O MELHOR EM CASA COM OS OUTROS PONTOS DE ATENÇÃO NA RAS. BRASIL, 2023.....	94
FIGURA 06. CENÁRIO DA ATENÇÃO DOMICILIAR BRASIL E REGIÕES. BRASIL, 2022	95
FIGURA 07. FORMAS DE ACESSO AOS SERVIÇOS DA RAPS. BRASIL, 2023	99
FIGURA 08. CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS DOENÇAS RARAS. BRASIL, 2023.....	107
FIGURA 09. DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DOS DEZ TIPOS DE CÂNCER MAIS INCIDENTES ESTIMADOS PARA 2023 POR SEXO, (EXCETO PELE NÃO MELANOMA) *	120
FIGURA 10. DIMENSÕES INTEGRADAS DA REGULAÇÃO NO SUS. BRASIL, 2023.....	122
FIGURA 11. AÇÕES DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO. BRASIL, 2023	129
FIGURA 12. OBJETIVOS DAS PDP	175
FIGURA 13. NÚMERO DE PRODUTOS OBJETOS DE PDP VIGENTES - POR PLATAFORMAS TECNOLÓGICAS	176
FIGURA 14. PESQUISAS FOMENTADAS NO ÂMBITO DO PROGRAMA GENOMAS BRASIL, 2020 A 2023, CONFORME TEMÁTICA	183
FIGURA 15. LINHA DO TEMPO – COVID-19	208
FIGURA 16. CAMPO SEMÂNTICO DA SAÚDE DIGITAL NOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE	238
FIGURA 17. INSTITUIÇÕES MEMBRO DA RIPSA.....	242
FIGURA 18. FUNCIONALIDADES CONECTESUS	244
FIGURA 19. CONECTESUS.....	245
FIGURA 20. DADOS ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA – SAÚDE SUPLEMENTAR.....	259
FIGURA 21. SISTEMÁTICA DE ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS	276

10 LISTA DE MAPAS

MAPA 01. COBERTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE POR UNIDADE FEDERATIVA, SEGUNDO O MÉTODO DE CÁLCULO ESTABELECIDO PARA O PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2020-2023. BRASIL, SETEMBRO DE 2023	57
MAPA 02. DISTRIBUIÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE FLUVIAL IMPLANTADAS NO TERRITÓRIO DA AMAZÔNIA LEGAL, SETEMBRO DE 2023	58
MAPA 03. DISTRIBUIÇÃO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHA IMPLANTADAS NO TERRITÓRIO DA AMAZÔNIA LEGAL E PANTANAL SUL MATO-GROSSENSE, SETEMBRO DE 2023	59
MAPA 04. POLICLÍNICAS REGIONAIS DISPONÍVEIS POR MACRORREGIÕES DE SAÚDE. BRASIL, 2023	76
MAPA 05. COBERTURA DAS POLICLÍNICAS NAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE, BRASIL.....	77
MAPA 06. MACRORREGIÕES DE SAÚDE COM VAZIO ABSOLUTO OU PARCIAL REFERENTE A POLICLÍNICA REGIONAL. BRASIL, 2023.....	78
MAPA 07. DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS E LEITOS SUS EM HOSPITAIS FILANTRÓPICOS POR UF. BRASIL, 2023.....	81
MAPA 08. COBERTURA DE SAMU 192 POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. BRASIL, 2023	89
MAPA 09. COBERTURA DE SERVIÇOS DA RAPS NAS REGIÕES. BRASIL, 2023.....	100
MAPA 10. COBERTURA DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO SEGUNDO REGIÃO GEOGRÁFICA. BRASIL, 2013 A 2023.	104
MAPA 11. DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS HABILITADOS EM DOENÇAS RARAS. BRASIL, 2023	109
MAPA 12. DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS (DSEI) NO BRASIL	140
MAPA 13. REDE NACIONAL DE LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA (RNSLP)	200
MAPA 14. UNIDADES CIEVS DISTRIBUÍDAS NO BRASIL POR TIPOLOGIA.	207
MAPA 15. INSTITUIÇÕES QUE ATENDEM PRONON (2013 A 2021)	224
MAPA 16. INSTITUIÇÕES QUE ATENDEM PRONAS/PCD (2013 A 2021).....	224
MAPA 17. ÍNDICE BRASILEIRO DE CONECTIVIDADE (IBC) POR UF	239
MAPA 18. OFERTA NACIONAL DE TELEDIAGNÓSTICO.....	247
MAPA 19. DISTRIBUIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS PELAS UNIDADES DA FEDERAÇÃO	260