

RELATÓRIO DE GESTÃO 2022



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



SUMÁRIO

MENSAGEM DA MINISTRA

01 VISÃO GERAL ORGANIZACIONAL E GOVERNANÇA

- 1.1 Identificação da UPC (Unidade Prestadora de Contas)
- 1.2 Estrutura Organizacional
- 1.3 Cadeia de Valor
- 1.4 Mapa Estratégico
- 1.5 Políticas, Agendas e Colegiados Estratégicos
- 1.6 Planejamento e Monitoramento do PPA e PNS
- 1.7 Plataforma LocalizaSUS
- 1.8 Estrutura de Governança
- 1.9 Oportunidades e Perspectivas

02 RESULTADOS E DESEMPENHO DA GESTÃO

MINISTÉRIO EM NÚMEROS

- 2.1 Atenção Primária
- 2.2 Atenção Especializada
- 2.3 Assistência farmacêutica
- 2.4 Vigilância em Saúde
- 2.5 Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos
- 2.6 Saúde Indígena
- 2.7 Aprimoramento da Gestão e Educação na Área da Saúde
- 2.8 Saúde Digital

2

3

4

5

9

10

11

15

22

24

26

28

29

30

80

159

167

195

206

216

223

03 CONFORMIDADE E EFICIÊNCIA DA GESTÃO

- 3.1 Gestão Orçamentária e Financeira 227
- 3.2 Gestão de Pessoas 239
- 3.3 Gestão de Licitações e Contratos 246
- 3.4 Gestão Patrimonial e Infraestrutura 255
- 3.5 Gestão de Tecnologia da Informação 256
- 3.6 Gestão de Custos 259
- 3.7 Programas e Projetos de Cooperação Técnica 260
- 3.8 Sustentabilidade Ambiental 263
- 3.9 Relacionamento com a Sociedade 264





MENSAGEM DA MINISTRA

O Relatório de Gestão é o documento por meio do qual, anualmente, o Ministério da Saúde presta contas sobre a aplicação dos recursos geridos pelo órgão.

Importante mecanismo de transparência, tem como finalidade apresentar, de forma clara e objetiva, a aplicação dos recursos públicos federais, atendendo a necessidades de informação dos cidadãos, dos usuários de serviços públicos, do Poder Legislativo e dos órgãos de controle.

As informações prestadas são relativas às ações realizadas em 2022, ainda espelhando, portanto, a atuação da gestão anterior, mas, também, os desafios colocados para a atual.

Nos últimos anos, vivemos, infelizmente, período de obscurantismo e negação da ciência, de desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS), de interdição ao diálogo interfederativo e com as instâncias de participação e controle social. Reverter esse cenário a partir do fortalecimento da democracia, recuperando o papel de coordenação do SUS e reafirmando o papel do Ministério da Saúde enquanto autoridade sanitária, é a tarefa à qual a atual gestão se propõe.

É com esse espírito que as ações realizadas em 2022 são descritas, em cumprimento ao requisito legal, bem como os desafios para a atual gestão são apresentados.

Nísia Trindade

Ministra da Saúde





01

VISÃO GERAL ORGANIZACIONAL E GOVERNANÇA





1.1 IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE PRESTADORA DE CONTAS (UPC)

Segundo o art. 196 da Constituição Federal de 1988, "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Para cumprir o mandamento constitucional, os orientadores estratégicos fundamentais que embasam as ações do Ministério da Saúde (MS) estão definidos da seguinte forma:



Missão

Promover a saúde e o bem-estar de todos, por meio da formulação e da implementação de políticas públicas de saúde, pautando-se pela universalidade, pela integralidade e pela equidade.



Visão

Sistema de saúde público efetivo e reconhecido por todos.



Valores

- > Inovação
- > Comprometimento
- > Empatia
- > Transparência
- > Ética
- > Eficiência e Efetividade
- > Sinergia
- > Sustentabilidade

Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento - SPO/MS.

1.2 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL



Política Nacional de Saúde



Coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde (SUS)



Saúde ambiental e ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e a dos índios



Insumos críticos para a saúde



Ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais, lacustres e aéreos



Vigilância de saúde, especialmente quanto a drogas, medicamentos e alimentos



Pesquisa científica e tecnologia na área de saúde

O Ministério da Saúde é um órgão da administração pública federal direta, responsável pelas seguintes áreas de atuação, conforme Lei n.º 13.844, de 18 de junho de 2019:

A estrutura organizacional do Ministério da Saúde foi definida pelo Decreto n.º 11.098, de 20 de junho de 2022, alterada pelo Decreto n.º 11.126, de 08 de julho de 2022, que aprovou a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções de confiança do Ministério da Saúde.

Essa estrutura atendeu às diretrizes de simplificação da gestão de cargos em comissão e de funções de confiança determinadas pela Lei n.º 14.204, de 16 de setembro de 2021. Além disso, promoveu o fortalecimento da estrutura organizacional do Ministério da Saúde sem que isso representasse acréscimo nas despesas.

Esse fortalecimento ocorreu, principalmente, com a criação do Departamento de Emergências em Saúde Pública (DEMSP), na Secretaria de Vigilância em Saúde, possibilitando uma melhor organização e potencialização das respostas do Ministério da Saúde às emergências em saúde, objetivando, assim, salvar vidas e assistir à população em risco.

Em 2022, a estrutura direta do Ministério foi constituída por 1.230 unidades administrativas, sendo sete secretarias (seis delas de atuação finalística) e 764 unidades desconcentradas localizadas em todas as unidades federativas do País.

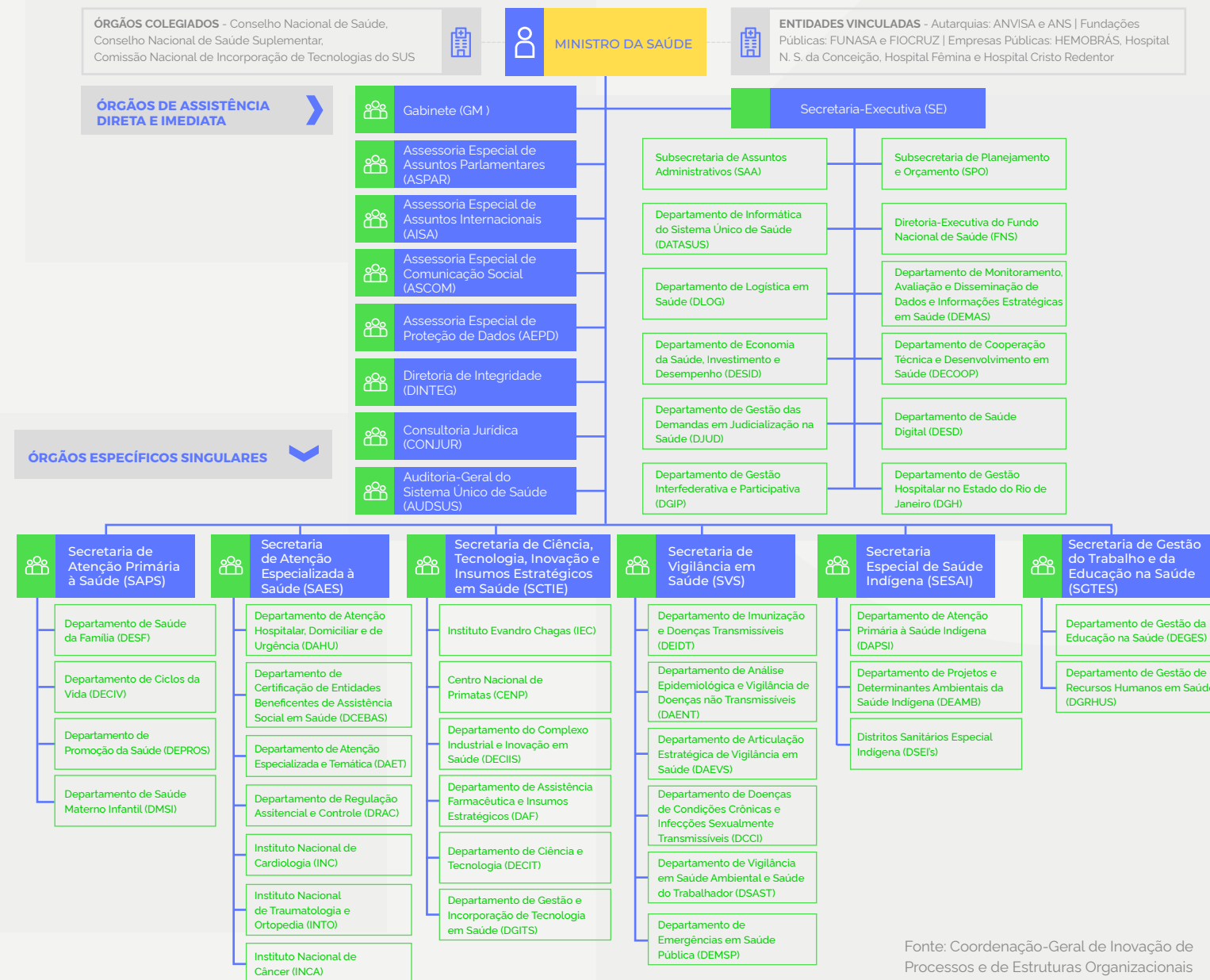


Informações de saúde

Estrutura Organizacional Básica

Decreto n.º 11.098, de 20 de junho 2022, publicado no DOU de 21 de junho de 2022, alterado pelo Decreto n.º 11.126, de 08 de julho de 2022.

Portaria GM/MS n.º 2.909, de 11 de julho de 2022, publicado no DOU Edição Extra de 12 de julho de 2022, alterada pela Portaria GM/MS n.º 4.384, de 19 de dezembro de 2022.



Fonte: Coordenação-Geral de Inovação de Processos e de Estruturas Organizacionais (CODIPE/SAA/SE/MS).

Dirigentes do Ministério da Saúde em 2022

Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes

(desde 23/03/2021)

Ministro de Estado da Saúde

Bruno Silva Dalcolmo

(desde 16/08/2022)

Daniel Meirelles Fernandes Pereira

(de 11/05/2022 a 11/08/2022)

Rodrigo Otavio Moreira da Cruz

(de 30/03/2021 a 10/05/2022)

Secretário-Executivo (SE)

Raphael Camara Medeiros Parente

(desde 23/06/2020)

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)

Maira Batista Botelho

(desde 16/02/2022)

Sergio Yoshimasa Okane

(de 12/04/2021 a 15/02/2022)

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
(SAES)

Sandra de Castro Barros

(desde 16/02/2022)

Helio Angotti Neto

(de 18/06/2020 a 15/02/2022)

Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e
Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE)

Arnaldo Correia de Medeiros

(desde 05/06/2020)

Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)

Reginaldo Ramos Machado

(desde 01/04/2022)

Robson Santos da Silva

(de 12/02/2020 a 31/03/2022)

Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)

Helio Angotti Neto

(desde 16/02/2022)

Mayra Isabel Correia Pinheiro

(de 31/05/2019 a 15/02/2022)

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação
na Saúde (SGTES)

Rosana Leite de Melo

(de 17/06/2021 a 11/07/2022)

Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à
COVID-19 (SECOVID)*

*A SECOVID foi extinta em 12/07/2022



Endereços, telefones e horários de atendimento ao público das unidades

Gabinete do Ministro de Estado da Saúde

Logradouro: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 5º Andar – Bairro Zona Cívico Administrativa – CEP: 70058-900 – Município: Brasília, DF

Horário: Segunda a sexta, 08:00 – 12:00, 14:00 – 18:00

Telefone: 61 3315-2788

E-mail: chefia.gm@saude.gov.br

Secretaria-Executiva (SE)

Logradouro: Esplanada dos Ministérios, Bloco "G", Edifício Sede, 2º Andar – Bairro Zona Cívico Administrativa – CEP: 70058-900 – Município: Brasília, DF

Horário: Segunda a sexta, 08:00 – 12:00, 14:00 – 18:00

Telefone: 61 3315-2130

E-mail: gabinete.se@saude.gov.br

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)

Logradouro: Esplanada dos Ministérios, Bloco "G", Edifício Sede, 7º Andar – Bairro Zona Cívico Administrativa – CEP: 70058-900 – Município: Brasília, DF

Horário: Segunda a sexta, 08:00 – 12:00, 14:00 – 18:00

Telefone: 61 3315-3616 e 61 3315-3408

E-mail: aps@saude.gov.br e assessores@saude.gov.br

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES)

Logradouro: Esplanada dos Ministérios, Bloco "G", Edifício Sede, 9º Andar – Bairro Zona Cívico Administrativa – CEP: 70058-900 – Município: Brasília, DF

Horário: Segunda a sexta, 08:00 – 12:00, 14:00 – 18:00

Telefone: 61 3315-2626 e 61 3315-2627

E-mail: saes@saude.gov.br

Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE)

Logradouro: Esplanada dos Ministérios, Bloco "G", Edifício Sede, 8º Andar – Bairro Zona Cívico Administrativa – CEP: 70058-900 – Município: Brasília, DF

Horário: Segunda a sexta, 08:00 – 12:00, 14:00 – 18:00

Telefone: 61 3315-2839

E-mail: gabinete.sctie@saude.gov.br

Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)

Logradouro: SRTVN 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700, 7º Andar – Bairro: Asa Norte – CEP: 70719-040 – Município: Brasília, DF

Horário: Segunda a sexta, 08:00 – 12:00, 14:00 – 18:00

Telefone: 61 3315-3155 e 61 3315-3777

E-mail: gabinetesvs@saude.gov.br

Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)

Logradouro: SRTVN 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700, 4º Andar – Bairro: Asa Norte – CEP: 70719-000 – Município: Brasília, DF

Horário: Segunda a sexta, 08:00 – 12:00, 14:00 – 18:00

Telefone: 61 3315-3785 e 61 3315-3764

E-mail: sesai@saude.gov.br e agendasesai@saude.gov.br

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Logradouro: SRTVN 701, Via W5 Norte, Lote D, Edifício PO 700, 4º Andar – Bairro: Asa Norte – CEP: 70719-040 – Município: Brasília, DF

Horário: Segunda a sexta, 08:00 – 12:00, 14:00 – 18:00

Telefone: 61 3315-2224 e 61 3315-2248

E-mail: sgtes@saude.gov.br e agenda.sgtes@saude.gov.br

*Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à COVID-19 (SECOVID) **

*A SECOVID foi extinta em 12/07/2022

Os endereços, telefones e horários de atendimento das demais unidades administrativas do Ministério da Saúde podem ser consultadas no Portal do SIORG:



<https://siorg.gov.br/siorg-cidadao-webapp/resources/app/consulta-estrutura.html>

1.3 CADEIA DE VALOR

Ferramenta gráfica que representa os macroprocessos desenvolvidos pelo órgão e pode ser compreendida como o conjunto de ações realizadas em uma sequência definida ponta-a-ponta, a fim de gerar resultados para as partes interessadas. No caso do Ministério da Saúde, por ser o órgão responsável por operar as políticas de saúde por meio da gestão nacional do SUS, os serviços prestados à sociedade são resultados dos macroprocessos.

A Cadeia de Valor do Ministério da Saúde foi definida com a participação de técnicos e gestores do órgão e é composta por seis macroprocessos finalísticos, sete de governança e outros seis processos de suporte. É possível observar que as principais entregas deste órgão estão atreladas às políticas e aos programas de saúde, ao incentivo de novas tecnologias, ao desenvolvimento do trabalho e à oferta de insumos estratégicos para a saúde.

Quando identificada a necessidade, a Cadeia de Valor do Ministério poderá ser revisada e aperfeiçoada, tendo em vista o aprimoramento das relações dos processos de trabalho à dinâmica de atuação entre as unidades, bem como o atendimento de novas necessidades de ações saúde.

A cadeia de valor detalhada é apresentada a seguir:

Visão

Sistema de Saúde Público efetivo e reconhecido por todos



Missão

Promover a saúde e o bem-estar de todos, por meio da formulação e implementação de políticas públicas de saúde, pautando-se pela universalidade, integralidade e equidade.

1.4 MAPA ESTRATÉGICO

O mapa estratégico reflete a missão, a visão e a estratégia do órgão em um agrupamento de objetivos que direcionam o desempenho organizacional.

É uma ferramenta de comunicação que reúne, em um único ambiente, os principais objetivos de uma organização para os anos seguintes.

Os Objetivos Estratégicos demonstram o caminho a ser percorrido pela instituição para o cumprimento de sua missão e o alcance de sua visão de futuro. A elaboração do Mapa Estratégico do MS foi realizada a partir de estudo documental sobre o órgão, análise dos elementos corporativos, debates técnicos e visão política de servidores e lideranças envolvidas no projeto. Assim, foi estruturado de forma a considerar o conhecimento documental existente na instituição sobre a legislação vigente aplicada, sobre seus processos de trabalho e o conhecimento tácito vivenciado por seus colaboradores e servidores. Além disso, foram utilizados os produtos relativos à Cadeia de Valor e à Análise Ambiental.

O Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde foi aprovado em 2021, conforme Portaria GM/ MS n.º 307, de 22 de fevereiro de 2021, entretanto o estabelecimento de indicadores e metas foi definido em 2022 e consta do Plano Estratégico Institucional (PEI) disponibilizado no link:



<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/governanca-publica/planejamento-estrategico>

O MS está desenvolvendo uma metodologia para monitoramento dos indicadores definidos no Plano Estratégico Institucional 2020-2023, tendo em vista a necessidade de disponibilizar aos gestores e às equipes técnicas do Ministério da Saúde uma ferramenta para gestão do desempenho institucional na implementação dos objetivos estratégicos definidos.



Missão

Promover a saúde e o bem-estar de todos, por meio da formulação e implementação de políticas públicas de saúde, pautando-se pela universalidade, integralidade e equidade.



Visão de futuro

Sistema de Saúde Público efetivo e reconhecido por todos.



Valores

Inovação	Comprometimento	Empatia	Transparência
Ética	Eficiência e Efetividade	Sinergia	Sustentabilidade

Resultados para a sociedade

OE1: Promover a saúde universal e integral

Resultados para público-alvo

OE2: Ampliar o acesso a serviços de saúde de qualidade e em tempo adequado

OE3: Reduzir e controlar doenças e agravos

OE4: Ampliar o acesso a vacinas, medicamentos e demais insumos estratégicos

OE5: Fortalecer a imagem do Sistema Único de Saúde - SUS

Excelência na promoção, proteção e recuperação e saúde

OE6: Ampliar a atenção primária de forma integrada

OE7: Ampliar a oferta de serviços de atenção especializada

OE8: Intensificar as ações de vigilância em saúde

OE9: Aprimorar o subsistema de atenção integral à saúde dos povos indígenas

OE10: Otimizar a aquisição e distribuição de medicamentos e demais insumos estratégicos

Processos internos

OE11: Qualificar o trabalho e os profissionais em saúde

OE12: Aprimorar o modelo de financiamento do SUS

OE13: Aprimorar a gestão integrada da rede de saúde

OE14: Fortalecer o monitoramento e a avaliação de políticas públicas em saúde

OE15: Ampliar o conhecimento científico e a oferta de soluções tecnológicas em saúde

OE16: Modernizar os serviços de saúde com foco na transformação digital

OE17: Aprimorar a governança e a integridade institucionais

OE18: Desenvolver a gestão da informação e do conhecimento

Aprendizagem e crescimento

OE19: Desenvolver a gestão estratégica de pessoas

OE20: Integrar sistemas e tecnologias com foco na transformação digital

OE21: Aprimorar a gestão orçamentária e financeira

1.5 POLÍTICAS, AGENDAS E COLEGIADOS ESTRATÉGICOS

A Portaria de Consolidação n.º 2 do Ministério da Saúde elenca as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, conforme consta abaixo.

Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde

- I Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)
- II Política Nacional de Vigilância em Saúde
- III Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados
- IV Política de Saúde Mental
- V Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)
- VI Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
- VII Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS)

Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde

- I Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública
- II Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência
- III Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio
- IV Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC)

Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais

- I Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)
- II Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde
- III Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
- IV Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM)
- V Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
- VI Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência
- VII Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
- VIII Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
- IX Política Nacional para a População em Situação de Rua
- X Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória
- XI Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no Âmbito do SUS (PNAISP)

Políticas de Promoção da Equidade em Saúde

- I Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
- II Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFSA)
- III Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde

- I Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)
- II Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), instituída por pactuação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)
- III Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte
- IV Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)
- V Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)
- VI Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde
- VII Política Nacional de Medicamentos (PNM)
- VIII Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)

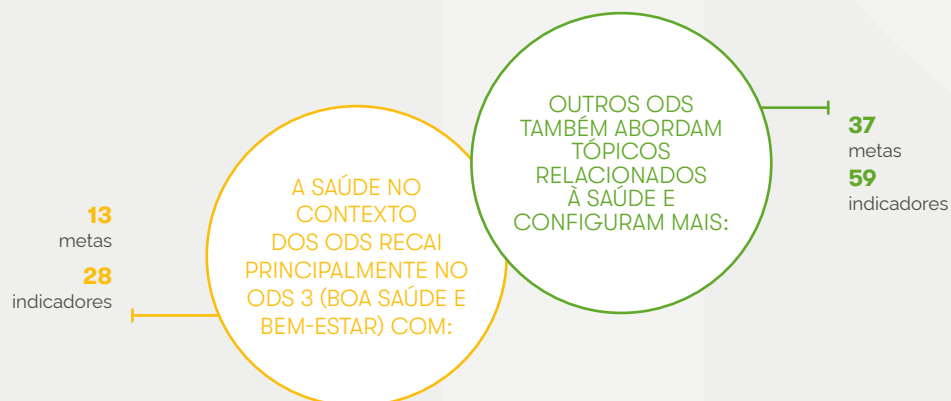
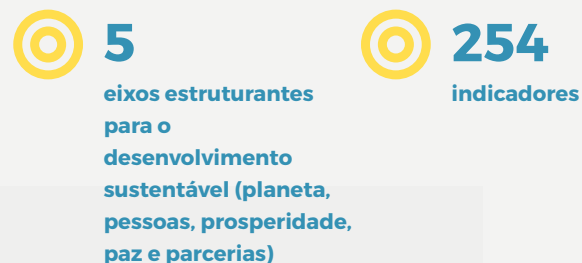
Políticas de Atenção a Agravos Específicos

- I Política de Atenção à Saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista
- II Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida
- III Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade
- IV Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica
- V Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal
- VI Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia
- VII Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO)
- VIII Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias
- IX Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica
- X Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras



Agenda 2030 - ODS 3

A Agenda "Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável" foi firmada pelos 193 países-membros da ONU, incluindo o Brasil, durante a 70ª Assembleia Geral das Nações Unidas, em 2015. Possui:



O MS coordena um Grupo Técnico para Monitoramento dos Indicadores dos ODS, criado no âmbito do Comitê Consultivo de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (CCMA-SUS), que objetiva discutir e acompanhar esta agenda junto às áreas técnicas do MS, em articulação com o IBGE, Anvisa e outras unidades do MS.

Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa)

A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) é uma rede não hierarquizada, de natureza colaborativa, solidária e integrada, voltada para geração, análise e disseminação de dados aplicados às políticas públicas de saúde no Brasil e que, durante mais de vinte anos, articulou um conjunto de instituições nacionais para que realizassem produtos de interesse em comum.

Composta por instituições governamentais e não governamentais voltadas à geração, análise e disseminação de dados e indicadores aplicados às políticas públicas de saúde no Brasil, com o intuito de apoiar as instituições que a compõem na disseminação de informações assistenciais, estatísticas vitais, epidemiológicas e de inquéritos, a Ripsa foi instituída em 1996, pelo Ministério da Saúde, em cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), para produzir e tornar disponíveis informações dirigidas à formulação, gestão e avaliação de políticas e ações públicas do setor.



Em 2022, houve a reestruturação da Rede por meio da publicação da Portaria GM/MS n.º 1.915, de 27 de junho de 2022, e foi realizada a Oficina Interagencial da Ripsa (OTI) com o intuito de formalizar a reativação da Rede e reaproximar seus membros. Espera-se atualizar e revisar os produtos da Ripsa, como o livro dos Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB) e os Informes Temáticos e os Informes de Situação de Saúde e suas Tendências (IST), e propor novas entregas de forma a auxiliar na produção de análises sobre a situação de saúde e suas tendências, subsidiando os poderes públicos em todos os níveis de gestão e participação social do SUS, bem como a comunidade técnico-científica e as instâncias de representação política do país.

Durante o evento foi lançado o Caderno Especial de Indicadores Básicos sobre covid-19:



https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_especial_indicadores_basicos_covid.pdf



<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/demas/publicacoes/caderno-especial-de-indicadores-basicos-de-covid.pdf>

Esta publicação objetiva pactuar métodos de cálculos, uso de fontes de dados e interpretações sobre indicadores básicos que ampliem o conhecimento sobre a situação em saúde produzida pela pandemia e que permitam fortalecer os processos de monitoramento e avaliação.

Comitê Consultivo de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde – CCMA-SUS

Instituído formalmente pela Portaria GM/MS n.º 3.201, de 27 de novembro de 2020, o Comitê Consultivo de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (CCMA-SUS) é um fórum, de caráter consultivo e permanente, constituído por representantes de cada unidade do Ministério da Saúde e coordenado pelo DEMAS, com o objetivo de aperfeiçoar as políticas públicas de saúde, programas e ações, inclusive em relação à Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do SUS (PNMA-SUS). O Comitê é um locus no apoio à tomada de decisão qualificada e tempestiva por parte da alta gestão do Ministério.

Em 2022, foram realizadas sete reuniões (seis ordinárias e uma extraordinária) e o 1º Encontro do CCMA-SUS.



Como entrega deste Comitê, foi publicado o Glossário Temático: Monitoramento e Avaliação, elaborado como produto das discussões acerca de métodos para monitoramento e avaliação, com a colaboração das áreas técnicas do Ministério da Saúde.



https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_monitoramento_avaliacao.pdf



1.6 PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO DO PPA E PNS

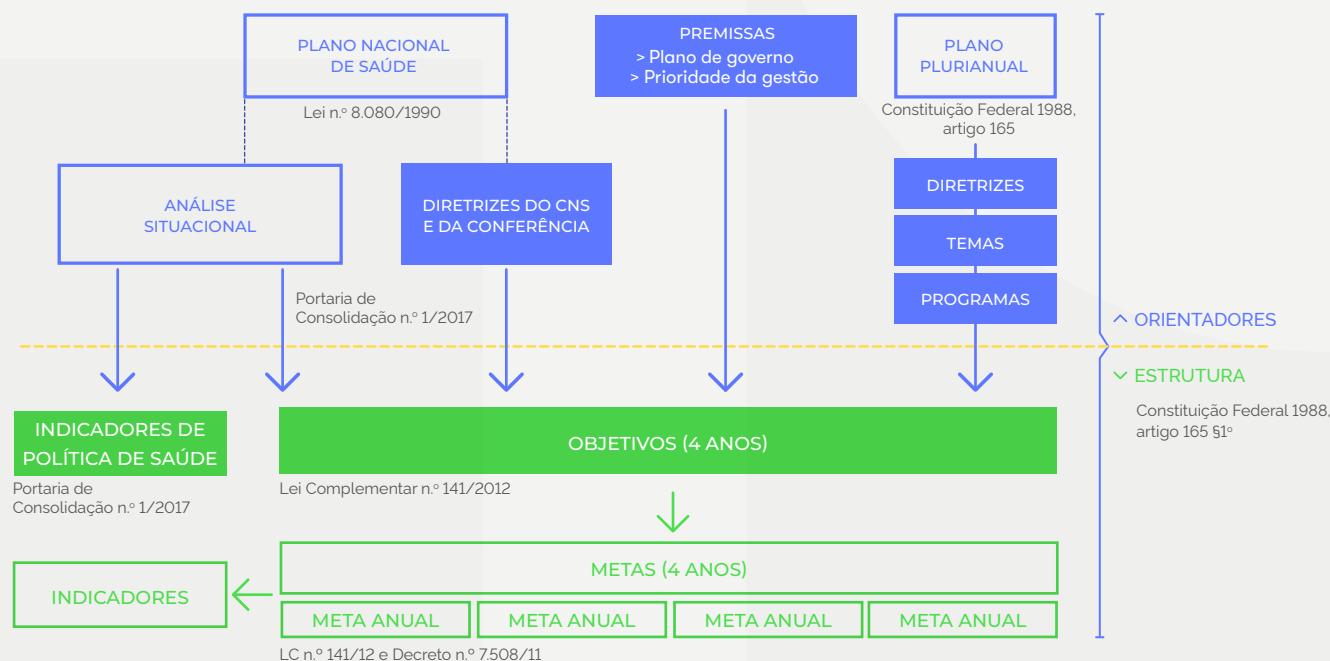
Conforme previsão constitucional, o planejamento das políticas da administração pública federal para a área da saúde deve ser expresso no Plano Nacional de Saúde (PNS) e no Plano Plurianual (PPA). Ambos os planos são convergentes, orientam as escolhas orçamentárias e a gestão das políticas públicas na área da saúde.

O PPA orienta a elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA), e o PNS orienta a implementação de iniciativas de gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), explicitando os compromissos setoriais de governo.

Com vigência para o período de 2020 a 2023, esses dois instrumentos de planejamento foram alinhados ainda na fase de sua elaboração, em 2019 e, portanto, compartilham os mesmos objetivos estratégicos. Ao estabelecer essa convergência entre os planos, a intenção do Ministério da Saúde é proporcionar unicidade ao Planejamento Estratégico, além de fortalecer a sua gestão.

É importante salientar que os objetivos estratégicos foram definidos em função das prioridades governamentais estabelecidas para a Política de Saúde, das diretrizes do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da 16ª Conferência Nacional de Saúde. As metas do PPA e do PNS para o quadriênio são anualizadas na Programação Anual de Saúde (PAS) e o monitoramento da execução desses instrumentos é formalizado por meio do Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas (RQPC) e do Relatório Anual de Gestão (RAG).

Orientadores e Estrutura do Plano Plurianual (PPA) e do Plano Nacional de Saúde (PNS)



Fonte: Coordenação-Geral de Planejamento (CGPL/SPO/SE/MS).

Estruturação do Planejamento, Monitoramento e Avaliação do PNS e PAS



Fonte: Coordenação-Geral de Planejamento (CGPL/SPO/SE/MS).

1.6.1 Descrição dos Objetivos do Exercício

O Plano Nacional de Saúde 2020-2023 é composto por 14 indicadores gerais da Política de Saúde e por sete Objetivos Estratégicos, aos quais estão associadas 92 metas.

Como consequência da convergência existente entre o planejamento setorial e o Plano Plurianual, ambos os instrumentos contam com os mesmos sete objetivos, contudo, no PPA cada objetivo possui apenas um indicador de desempenho e uma meta associados.

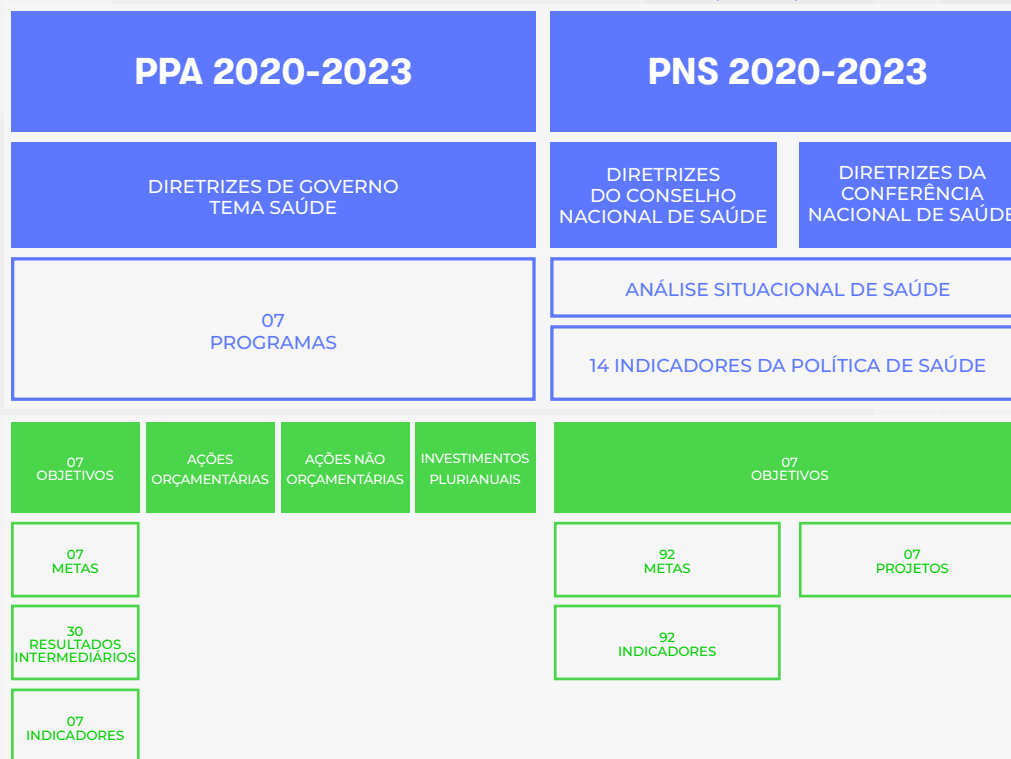
Isso se deve ao fato de ter sido adotada uma nova metodologia para elaboração do planejamento

governamental do quadriênio 2020-2023, na intenção de simplificar o processo de planejamento e avaliação, dentre outros fins.

É importante destacar, ademais, que foram incluídos no PPA os chamados Resultados Intermediários, que são outros resultados que contribuem de forma relevante para o alcance do objetivo e meta do Programa e são monitorados periodicamente.

Portanto, no PPA – ano base 2022 – constam sete programas de responsabilidade do Ministério da Saúde com suas respectivas metas (7) e indicadores, além de 30 resultados intermediários, a maioria pertencente ao PNS, como metas.

Estrutura dos Plano Plurianual e do Plano Nacional de Saúde para o período 2020-2023



Objetivos Estratégicos do PNS (2020-2023)

1

Promover a ampliação e a resolutividade das ações e serviços da atenção primária de forma integrada e planejada

2

Promover a ampliação da oferta de serviços da atenção especializada com vista à qualificação do acesso e redução das desigualdades regionais

3

Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção e controle

4

Fomentar a produção do conhecimento científico, promovendo o acesso da população às tecnologias em saúde de forma equitativa, igualitária, progressiva e sustentável

5

Promover ações que garantam e ampliem o acesso da população a medicamentos e insumos estratégicos, com qualidade, segurança, eficácia, em tempo oportuno, promovendo seu uso racional

6

Fortalecer a proteção e recuperação da saúde indígena

7

Aperfeiçoar a gestão do SUS visando à garantia do acesso a bens e serviços de saúde e equitativos e de qualidade

1.6.2 Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento

O processo de monitoramento das metas e das realizações do Ministério da Saúde ocorre periodicamente, a cada dois meses, a partir de informações registradas no Sistema de Planejamento e Monitoramento do Ministério da Saúde (SIPLAM). Esse sistema foi desenvolvido ao longo do ano de 2020 com o objetivo de servir como plataforma para o monitoramento do PNS e PPA.

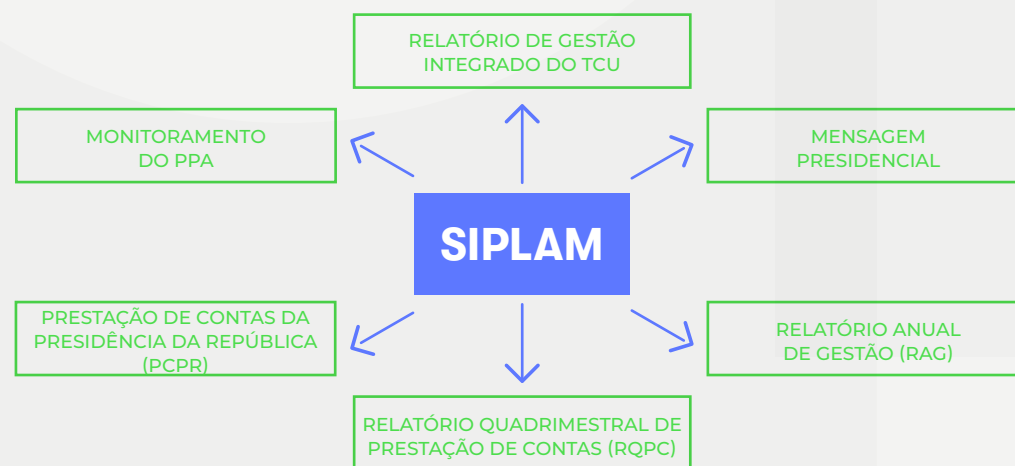
A ferramenta permite que as áreas técnicas registrem informações quantitativas e também qualitativas sobre a execução das metas, seus pontos críticos e entregas intermediárias, além de permitir que sejam feitas críticas pelos gestores das áreas, o que possibilita uma maior qualificação das informações prestadas em cada ciclo de monitoramento.

As informações dessa plataforma possibilitam, também, a elaboração de Relatórios

Quadrimestrais de Prestação de Contas (RQPC), previstos na Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, do Relatório Anual de Gestão (RAG), previsto na Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro 1990, assim como a elaboração de documentos como a Mensagem Presidencial e a Prestação de Contas da Presidência da República, no que se refere à saúde.

Ademais, os dados registrados no sistema e validados pelas áreas técnicas subsidiam o monitoramento do PPA, que deve ser realizado utilizando-se o Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP), gerenciado pelo Ministério da Economia.

Sendo assim, a existência de um sistema informatizado de monitoramento único facilita a compatibilização entre as informações disponibilizadas nos diversos instrumentos, em datas diversas e para diferentes interlocutores, promove uma melhoria dos processos de trabalho, além de proporcionar maior transparência da gestão.



Fichas de Qualificação

A Ficha de Qualificação é um instrumento de orientação técnica utilizado pelo Ministério da Saúde desde 2016, com o objetivo de melhorar a qualidade do processo de elaboração do Plano Nacional de Saúde. É uma ferramenta que auxilia na elaboração de metas e indicadores, bem como na interpretação de seus atributos permitindo identificar detalhes acerca da finalidade, do que se pretende medir, dos procedimentos de cálculo, dentre outros elementos.

Desse modo, as fichas devem ser construídas concomitantemente ao processo de concepção dos planos, visto que são ferramentas orientadoras que ajudam a identificar erros conceituais e problemas de obtenção de dados que inviabilizariam o processo de monitoramento. A adoção das fichas de qualificação tem se mostrado fundamental também para a revisão do planejamento, pois possibilita que sejam identificados os pontos que requerem ajustes de um ano para o outro ou a readequação de escopo com base em mudanças de cenário.



Modelo de Ficha de Qualificação das Metas/Indicadores

FICHA DE QUALIFICAÇÃO DA META/INDICADOR		
OBJETIVO ESTRATÉGICO	Identifica o objetivo estratégico para o qual a meta/indicador pretende contribuir.	
META		
ENUNCIADO	É a descrição/declaração da meta que se pretende alcançar no período do Plano. Iniciar a declaração com um verbo no infinitivo (alcançar, atingir, aumentar, ampliar, reduzir, realizar, executar etc.).	
GOVERNABILIDADE	Esforço Amplo Esforço Restrito	() Outras Esferas do SUS - Quas? _____ () Outros setores além do Setor Saúde - Quais? _____ () Outras Secretarias / Unidades do MS - Quais? _____ () Apenas Secretaria / Unidade - Qual? _____ () Outras Secretarias / Unidades do MS - Quais? _____
VÍNCULO COM OUTROS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO	PNS 2020-2023 PPA 2020-2023 ODS 2030 Agenda Transversal e Multisetorial da Primeira Infância Estratégia Federal de Desenvolvimento – EFD 2020-2031 Outros: _____	() Meta () Indicador Geral () Meta () Resultado Intermediário () Meta Brasil () Indicador Identifica o vínculo com outras Agendas Estratégicas de Governo
RISCO PARA A EXECUÇÃO DA META	Identifica aspectos que podem restringir a execução da meta.	
RISCO PARA A POLÍTICA PÚBLICA	Identifica os principais prejuízos à Política Pública Setorial de Saúde decorrentes do	
CUMULATIVIDADE	Meta Cumulativa (soma todos os valores dos físicos previstos anuais) Meta Não Cumulativa (considera o valor do físico previsto para o final do período)	

Considerando o **Quadro de Anualização da Meta**:

Meta Cumulativa: quando se somam os dados físicos previstos para cada ano, que totalizam a meta física prevista no campo Total do Plano.

Meta Não Cumulativa: quando não se somam as metas físicas previstas para os quatro anos do Plano. A meta física prevista para o último ano do Plano reflete o que se pretende para o total do Plano. Nesse caso, a apuração da meta ao final do Plano independe dos resultados apurados nos períodos anteriores.

QUADRO DE ANUALIZAÇÃO DA META

ANOS	2020	2021	2022	2023	TOTAL DO PLANO 2020-2023
FÍSICO PREVISTO					
VALORES ORÇAMENTÁRIOS PREVISTOS (R\$)					
AÇÕES ORÇAMENTÁRIAS					
INDICADOR DE DESEMPENHO DA META	* Instrumento de verificação da evolução de um determinado fenômeno. * Expressa uma situação determinada a partir de um dado quantitativo que permite identificar, mensurar e comunicar, de forma simples, a evolução da intervenção proposta. * Deve ser sempre passível de apuração periódica, de tal forma a possibilitar a avaliação da intervenção feita. * Deve ter fonte clara, acessível e auditável para extração dos dados. * São dados que possibilitam desde acompanhar o andamento até medir o cumprimento dos objetivos de uma política. Referem-se à quantidade, à qualidade, ao cronograma e aos custos observados comparativamente.				
TÍTULO	Nomeia o indicador de forma sucinta e clara.				
CLASSIFICAÇÃO DO INDICADOR	Insumo				
	Processo				
	Produto				
	Resultado				
	Impacto				

A **Classificação do Indicador** de desempenho da meta e da entrega intermediária deverá levar em consideração as camadas estruturais da política pública de saúde, com base na seguinte classificação:

INSUMO: Têm relação direta com os recursos a serem alocados, ou seja, com a disponibilidade dos recursos humanos, infraestrutura, financeiros e outros a serem utilizados pelas ações de governo.

Exemplos: Médicos/mil habitantes; Gasto per capita com saúde; Vacina antitetânica disponibilizada para UBS etc.

PROCESSO: Traduzem o esforço empreendido na obtenção dos resultados, ou seja, medem o nível de utilização dos insumos alocados.

Exemplos: Percentual de atendimento de um público-alvo; Percentual de liberação dos recursos financeiros; UF investigando óbitos de mulheres em idade fértil etc.

PRODUTO: Medem produtos, bens e/ou serviços que resultam de uma intervenção.

Exemplos: UBS construída; Número de profissionais capacitados em tratamento de Câncer; Percentual de crianças vacinadas em relação às metas estabelecidas etc.

RESULTADO: Essas medidas expressam, direta ou indiretamente, os benefícios no público-alvo decorrentes das ações empreendidas no contexto de uma dada política e têm particular importância no contexto de gestão pública orientada a resultados.

Exemplos: Taxas de morbidade (doenças); Taxa de homicídios etc.

IMPACTO: Possuem natureza abrangente e multidimensional, têm relação com a sociedade como um todo e medem os efeitos das estratégias governamentais de médio e longo prazo. Refere-se aos efeitos acumulados das intervenções. Na maioria dos casos estão associados aos objetivos setoriais e de governo.

Exemplos: Taxa de mortalidade infantil; Taxa de mortalidade materna; Coeficiente de prevalência de hanseníase inferior a 1/10.000 hab.; Esperança de vida ao nascer etc.

INTERPRETAÇÃO (O QUE MEDE?)	Define que tipo de informação poderá ser obtida do cálculo do indicador (Exemplos: mede o número médio de consultas pré-natal realizadas durante o período de gestação registrado, de acordo com a fonte utilizada; mede a participação relativa dos partos hospitalares no total de partos registrados na fonte utilizada etc.)
USO (PARA QUE FIM?)	Esclarece as finalidades de utilizações dos resultados apurados de acordo com as variáveis envolvidas no cálculo do indicador. Exemplo: Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério. Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade materna, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

FONTE	Base de dados ou sistemas informatizados ou instituições responsáveis pela produção dos dados utilizados no cálculo do indicador. Informar o link para fonte, quando disponível.
POLARIDADE	Quanto maior melhor
	Quanto menor melhor
	Aponta o sentido desejado de variação do indicador em termos do desempenho esperado para meta.
	* Quanto Maior Melhor - quanto maior o valor apurado para o indicador mais satisfatória é a situação que reflete.
	Meta: Ampliar para 72,71% a Cobertura das equipes de Saúde da Família. Indicador: Cobertura populacional estimada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família. (Quanto maior a cobertura, mais satisfatório será o resultado.) * Quanto Menor Melhor- quanto menor o valor apurado para o indicador mais satisfatória é a situação que reflete. Meta: Reduzir a taxa de incidência de tuberculose para 36,7 casos/100 mil hab. Indicador: Taxa de incidência de tuberculose. (Quanto menor a incidência, mais satisfatório será o resultado.)
FÓRMULA DE CÁLCULO	Fórmula matemática que representa o método de cálculo do indicador, a partir das suas variáveis. No caso de indicadores que são disponibilizados diretamente por órgãos oficiais, este campo pode ser preenchido apenas com a variável disponível, que é o próprio indicador.
PROCEDIMENTO DE CÁLCULO	Descreve as etapas percorridas (passo a passo) para calcular o indicador, de tal modo que seja possível a um ator externo obter as mesmas informações. O procedimento de cálculo pode incluir detalhamento das condições iniciais, pressupostos do modelo, modo de obtenção do conhecimento, instrumentos utilizados, grau de certeza das respostas, formas de agrupamento e tratamento dos dados, critérios de seleção de amostragem e procedimentos metodológicos, base de dados especificar e cruzamentos de dados que deverão ser realizados.
LIMITAÇÕES	Observar os fatores que restringem a apuração do indicador, referente ao próprio conceito e quanto às fontes utilizadas.
UNIDADE DE MEDIDA	Padrão escolhido para mensuração da relação adotada como indicador (unidade; milhar; percentual etc.).
ÍNDICE DE REFERÊNCIA	Marco inicial (ponto de partida/linha de base).

ANO DO ÍNDICE DE REFERÊNCIA	Ano do índice de referência.
MÊS DE COMPETÊNCIA	Mês em que o fato gerador ou a operação contábil ocorreu.
DATA DE APURAÇÃO	Data da coleta da informação nos sistemas informatizados.
PERIODICIDADE DE MENSURAÇÃO	Mensal
	Anual
	Outros: Intervalo de tempo em que é possível captar o dado com acurácia e qualidade. Frequência com a qual o indicador pode ser apurado.
ENTREGA INTERMEDIÁRIA ANUAL (ANO)	
* São as principais intervenções que deverão ser realizadas para o alcance da meta. * São bens e/ou serviços essenciais para o alcance da meta, descritos de forma mais agregada e estratégica. * Devem refletir as entregas sob a governabilidade de todos os atores envolvidos para o alcance da meta (áreas do Ministério da Saúde, estados, municípios e outros). * No que se refere a colaboração dos estados, municípios e outros, deverão ser identificadas as "Entregas Intermediárias" de cada ator envolvido no processo de execução da meta que serão acompanhadas pelas áreas técnicas, com o objetivo de demonstrar um panorama da atuação desses atores. * Quando houver contribuição de mais de uma secretaria na execução da meta, a responsável deverá identificar as "Entregas Intermediárias" das outras secretarias para que sejam pactuadas e acompanhadas por seus respectivos responsáveis, refletindo os esforços das diversas áreas do MS para o alcance dos resultados. * Para que seja possível e adequado o seu acompanhamento, as "Entregas Intermediárias" devem ser específicas, mensuráveis, atingíveis, relevantes e tempestivas. * Devem ter indicadores que permitam mensurar o seu alcance, além de prazos para serem concluídas. * As "Entregas Intermediárias" serão definidas a cada ano.	

ENUNCIADO	Físico Previsto	Prazo (mês/ano)	INDICADOR INTERMEDIÁRIO			Governabilidade	Área Responsável
			Título	Fórmula de Cálculo	Classificação		
1)					☐ Insumo ☐ Processo ☐ Produto ☐ Resultado	☐ MS ☐ Ente Federativo ☐ Entidade	
2)					☐ Insumo ☐ Processo ☐ Produto ☐ Resultado	☐ MS ☐ Ente Federativo ☐ Entidade	
OBSERVAÇÕES / INFORMAÇÕES ADICIONAIS							
UNIDADE ORGANIZACIONAL RESPONSÁVEL (SECRETARIA/DEPARTAMENTO)	Unidade responsável pela coordenação da execução da meta.						
RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO DA META (TÉCNICO)	É o técnico que será responsável pelas informações inseridas no sistema de planejamento e monitoramento.						
RESPONSÁVEL PELA HOMOLOGAÇÃO FICHA (DIRETOR/COORDENADOR)	Dirigente responsável pela coordenação da execução da meta e da validação da Ficha. Não terá interação com o sistema de planejamento e monitoramento.						
DATA DA HOMOLOGAÇÃO DA FICHA	Informar a data da última atualização realizada.						

1.7 PLATAFORMA LOCALIZASUS

O enfrentamento à pandemia provocada pelo coronavírus evidenciou a importância e a necessidade de as instituições públicas e privadas trabalharem alinhadas e em harmonia para o rápido desenvolvimento, registro e disponibilização à população de informações sobre bens e serviços de combate à covid-19.

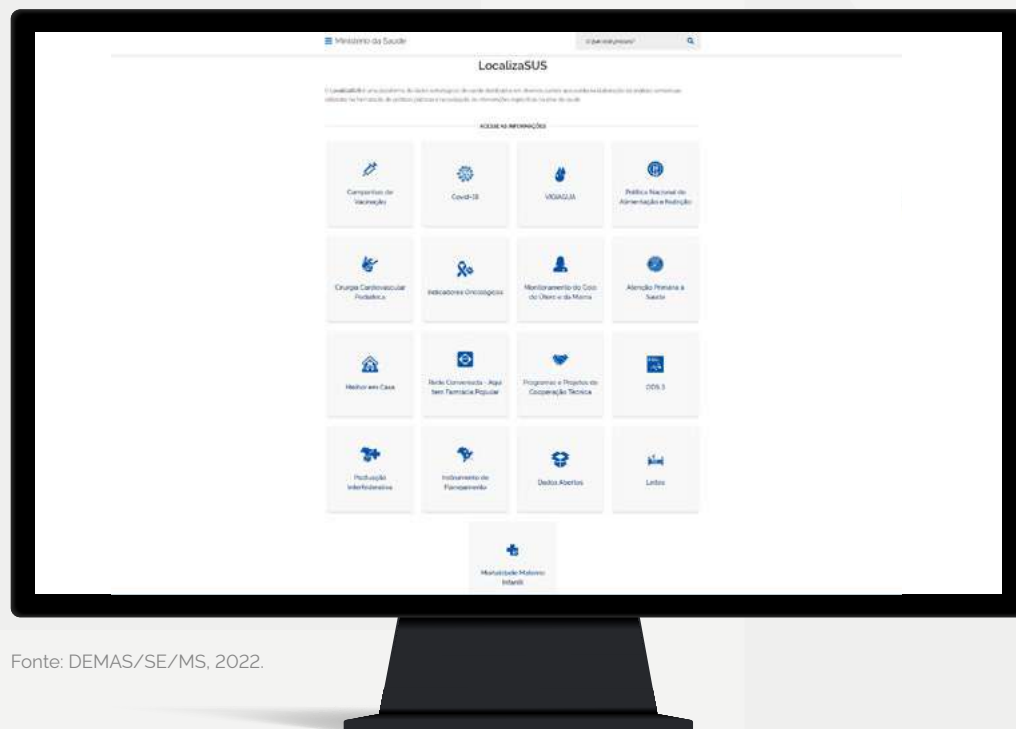
Nesse sentido, com foco no compromisso permanente com a transparência ativa e com a ampla disseminação de dados, o MS voltou seus esforços para a elaboração, disponibilização e manutenção do ambiente LocalizaSUS.

Trata-se de um espaço virtual, de acesso facilitado, com painéis digitais, dinâmicos e atualizados, que permite acompanhar, com mais precisão e em um só local, as ações estruturadas do MS para o enfrentamento à pandemia.

O LocalizaSUS é uma plataforma de dados estratégicos de saúde distribuídos em diversos painéis que auxilia na elaboração de análises contextuais utilizadas na formulação de políticas públicas e na avaliação de intervenções específicas na área da saúde.



<https://localizasus.saude.gov.br/>



Fonte: DEMAS/SE/MS, 2022.

Criada para proporcionar uma melhor experiência de visualização analítica ao cidadão, a ferramenta favorece a forma de apresentação dos dados e proporciona uma melhor divulgação sobre o cenário atual, com uma abordagem técnica, simples e de fácil entendimento à população em geral.

Vale ressaltar que os dados são abertos, de maneira que qualquer usuário pode fazer download e utilizá-los para análises e avaliação de cenários. Além disso, trata-se de um ambiente extremamente dinâmico, que passa por contínuas atualizações e melhorias. Dessa forma, novas funcionalidades, aperfeiçoamentos e informações estão sendo constantemente acrescentadas à medida que novos dados são validados e homologados. Atualmente, a plataforma conta com 17 Painéis-Temas principais (conforme figura ao lado), subdividindo-se em outros 47 painéis que estão organizados conforme serão descritos a seguir.

Vale ressaltar que a Sala de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE) foi incorporada à plataforma LocalizaSUS.

- **Campanhas de vacinação:** Composto por quatro painéis com informações sobre campanhas de vacinação com o objetivo de monitorar de modo oportuno o desempenho diário das campanhas de vacinação.
- **Covid-19:** Composta por 20 painéis, a Plataforma publica dados e informações estratégicas sobre a covid-19 disponibilizados de forma analítica, contendo o perfil de casos por município, número e distribuição de recursos, leitos, testes, medicamentos, ventiladores e Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), entre outros.
- **Vigiágua:** Composto por 6 painéis, apresenta o Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiágua), que consiste no conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública nas diferentes esferas de atuação para garantir à população o acesso à água em quantidade suficiente e qualidade compatível com o padrão de potabilidade estabelecido na legislação vigente.
- **Política Nacional de Alimentação e Nutrição:** O Painel Estado Nutricional de Crianças Brasileiras Menores de 10 anos tem como objetivo apoiar os estados e municípios brasileiros no acompanhamento do estado nutricional das crianças acompanhadas na Atenção Primária à Saúde (APS).
- **Cirurgias Cardiovasculares Pediátricas:** Este painel tem por objetivo fazer o acompanhamento das Cirurgias

Cardiovasculares Pediátricas, mostrando a quantidade de cirurgias e quantidades de pacientes atendidos por essas cirurgias. Apresenta a razão de cirurgias realizadas em relação ao total de nascidos.

- **Indicadores Oncológicos:** Painel criado para a avaliação dos indicadores oncológicos, separados em cinco categorias:
 - a. Gestão
 - b. Cirurgia de Câncer
 - c. Oncologia Clínica
 - d. Radioterapia
 - e. Medicina Nuclear
- **Monitoramento dos Procedimentos do Colo de Útero e da Mama:** Painel criado para acompanhamento das ações realizadas para o rastreamento, detecção precoce e controle do Câncer no Sistema Único de Saúde (Portaria GM/MS n.º 3.712, de 22 de dezembro de 2020).
- **Atenção Primária à Saúde:** Composto por 11 painéis de indicadores tem como objetivo disponibilizar dados e informações de forma a promover o conhecimento sobre a Atenção Primária à Saúde, subsidiar a tomada de decisão dos gestores e aumentar a transparência para a sociedade.
- **Melhor em Casa:** Painel criado para acompanhar a evolução da implantação das equipes do Programa Melhor em Casa.
- **Rede Conveniada - Aqui Tem Farmácia Popular:** Painel criado para dar transparência aos gastos do Programa Farmácia Popular, além de indicar quantidades de farmácias

por UF/Município, com os respectivos endereços.

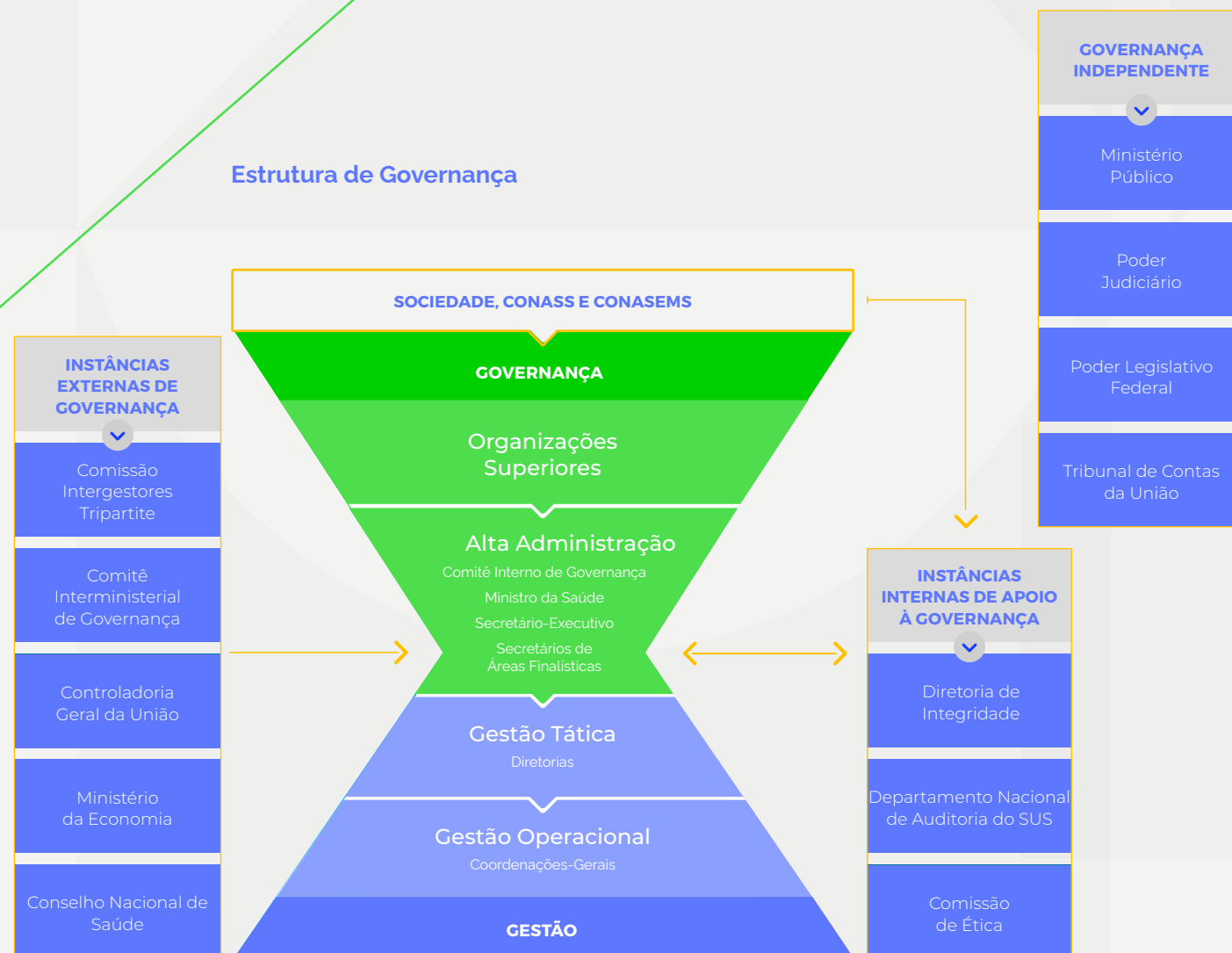
- **Programa e Projetos de cooperação Técnica:** Composto por três painéis:
 - a. Painel de monitoramento dos projetos de cooperação técnica internacional
 - b. Painel de monitoramento do PROADI-SUS
 - c. Painel Monitoramento - PRONAS/PCD e PRONON
- **ODS3:** Link para o site do IPEA, que mostra os objetivos do 3º eixo dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.
- **Pactuação Interfederativa:** Este painel apresenta a pactuação de indicadores realizada pelos entes federativos, reforça as responsabilidades dos gestores em função das necessidades de saúde da população e fortalece a integração dos instrumentos de planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS). Ele permite também a visualização combinada de indicadores, exibindo as respectivas variações no território, em correlação e em sequência temporal.
- **Instrumentos de Planejamento:** O painel tem como objetivo o monitoramento da situação de elaboração, entrega e apreciação dos instrumentos de planejamento: Plano Nacional de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório de Gestão, Relatório do Quadrimestral e ainda do status da pactuação dos Indicadores da Pactuação Interfederativa nos municípios brasileiros.

- **Dados Abertos:** Composto por três painéis de dados abertos, Tabwin e Tabnet, para acesso a micro-dados para ser utilizado por pesquisadores e público em geral. O Portal Brasileiro de Dados Abertos é o ponto central para a busca e o acesso aos dados públicos no Brasil. Cada órgão é responsável pela catalogação no portal dados.gov.br daqueles dados que publica na Internet.
- **Leitos:** Dashboard com as quantidades de leitos por especialidade cadastrados no SCNES. Apresenta a evolução no número de leitos nos últimos anos.
- **Mortalidade Materno Infantil:** Painel com os indicadores de mortalidade materna e mortalidade infantil.

1.8 ESTRUTURA DE GOVERNANÇA

A governança pública é definida como o conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade (Decreto n.º 9.203/2017).

O modelo a seguir apresenta a interação e a organização da estrutura de governança do Ministério da Saúde, o qual contempla os principais atores de governança e gestão, com base na proposta do TCU contida no *Referencial Básico de Governança Aplicável a Órgãos e Entidades da Administração Pública* (TCU, 2014).



Fonte: Secretaria-Executiva (SE/MS).

Ao longo de 2022, o Ministério da Saúde alcançou grandes avanços na governança das políticas públicas, ao fortalecer a gestão de riscos, fomentar a integridade, expandir a transparência, aprimorar a articulação institucional, modernizar a gestão e a integração dos serviços públicos, bem como promover a melhoria regulatória e a simplificação administrativa.

Gestão de Integridade

No âmbito da integridade, princípio de governança pública, estão em execução várias ações contidas no Plano de Integridade do biênio 2022/2023, elaborado conforme diretrizes presentes no Programa de Integridade do Ministério da Saúde (Portaria n.º 3.376/2021).

O Programa e o Plano de Integridade são ferramentas de prevenção e enfrentamento à fraude, à corrupção, aos desvios éticos e a toda e qualquer quebra de integridade, de forma a garantir que todas as decisões tomadas no âmbito da instituição busquem priorizar o interesse público.

Em 2022, foram realizadas ações de comunicação e capacitação para fomentar a cultura da integridade na instituição, além de atividades de promoção da transparência ativa e passiva. O Ministério atuou também na detecção, apuração e remediação de casos de fraude e corrupção, de forma articulada com os órgãos de controle e de defesa do Estado (CGU, TCU e Ministério Público).

Tendo por objetivo promover a correta adequação do Ministério da Saúde às normas e procedimentos constantes na Lei de Acesso à Informação (LAI) e, especialmente, proporcionar ao cidadão acesso rápido, fácil e preciso às informações produzidas no âmbito da Pasta, o Projeto de Transparência Ativa, desenvolvido em parceria com a Ouvidoria-Geral do SUS, colaborou para o alcance de 100% de cumprimento dos itens obrigatórios das informações em transparência ativa.

O trabalho conjunto da Diretoria de Integridade e das áreas técnicas do Ministério da Saúde também resultou no aperfeiçoamento do processo de aquisição de insumos estratégicos e no aprimoramento do processo de governança das contratações.

Gestão de Riscos

No Ministério da Saúde, a gestão de riscos objetiva subsidiar a tomada de decisão para o alcance dos objetivos institucionais e fortalecer os controles internos da gestão, contribuindo para a melhoria dos processos e do desempenho institucional.

Recentemente, houve um grande avanço no que tange à gestão de riscos no órgão, a partir da publicação da Portaria GM/MS n.º 1185/2021, a qual institui a Política de Gestão de Riscos do Ministério da Saúde, assim como da Metodologia de Gestão de Riscos e do Método de Priorização de Processos.

Ainda, para estabelecer o nível de risco que o Ministério da Saúde está disposto a aceitar para atingir seus objetivos institucionais, o Comitê Interno de Governança definiu o apetite a riscos da pasta (Declaração de Apetite a Risco), assim como aprovou o Plano de Gestão de Riscos do MS, em que estão registrados os processos prioritários que serão submetidos ao gerenciamento de risco no período de 2022 a 2024, tendo como foco a atenção primária à saúde.



1.9 OPORTUNIDADES E PERSPECTIVAS

AMPLIAÇÃO DO ACESSO DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA



O Ministério da Saúde está atento à necessidade de ampliar o acesso da população aos serviços de Atenção Primária, priorizando o cadastramento da população aos serviços, a extensão do horário de atendimento e o aumento do número de equipes e de profissionais da saúde.



SAÚDE BUCAL

No ano de 2023, espera-se concluir o 5º Levantamento Epidemiológico Nacional - SB Brasil. Nesta edição, é previsto que sejam examinadas aproximadamente 50 mil pessoas em várias regiões do país. Além do SB Brasil, está em curso o Censo Demográfico da Força de Trabalho Odontológica no Brasil, cujo objetivo é descrever o perfil demográfico da força de trabalho em saúde bucal no Brasil.

Há a perspectiva de que estas duas pesquisas proporcionem subsídios e robustez às revisões e atualizações das portarias relativas à oferta de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Unidades Odontológicas Móveis (UOM) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Ademais, os resultados desses estudos poderão nortear a adoção de medidas específicas para aprimoramento da Política Nacional de

Saúde Bucal. Estima-se a publicação de 21 Diretrizes para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde.

Assim, entre as ações prioritárias, destacam-se também: credenciar as equipes de saúde bucal da ESF (Estratégia de Saúde da Família) e demais arranjos, CEO e LRPD que se encontram homologados e represados em âmbito federal para ampliar o acesso à saúde bucal nos municípios; diminuir o déficit assistencial em saúde bucal decorrente da pandemia da covid-19; articular e qualificar a assistência odontológica a populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social, observando-se as especificidades loco regionais.



PROVIMENTO DE MÉDICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O Ministério da Saúde pretende lançar novos editais para cobrir as vagas de provimento de profissionais de saúde autorizadas e desocupadas, somando cerca de 4 mil novos profissionais médicos para a APS.

Na perspectiva do aperfeiçoamento de médicos participantes de Programas de Provisão do Ministério da Saúde, a SAPS, em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS) está desenvolvendo uma nova proposta de formação, com foco na titulação dos profissionais em especialistas em Medicina de Família e

Comunidade. A formação será modular, adaptada às necessidades da APS e também aos interesses e perspectivas dos participantes do programa, podendo se configurar em aperfeiçoamentos, especialização ou mestrado profissional, além da preparação para a prova de título em MFC.

PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS E CONTROLE DO TABAGISMO



No âmbito do cuidado às doenças crônicas não transmissíveis, a perspectiva é de qualificar o cuidado por meio da elaboração e atualização de materiais técnicos, incluindo Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, Notas Técnicas, Guias de Orientações à Atenção Integral e Linhas de Cuidado, bem como disponibilizar cursos, oficinas e capacitações a profissionais e gestores, além de ofertar apoio institucional aos municípios, a fim de fomentar a prevenção, o diagnóstico precoce e melhorar a adesão ao tratamento, o suporte clínico e promover a integração entre os diferentes pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde. Ressalta-se, ainda, a perspectiva de fortalecer as ações de monitoramento e avaliação dos indicadores relacionados às pessoas com DCNT, com vistas a otimizar e qualificar as ações de planejamento.



EQUIDADE E DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE

As ações importantes para 2023 são: articulação intrasetorial das Políticas de Saúde com inclusão dos marcadores de determinação social (racismo, identidade de gênero, orientação sexual, etnia) complementares aos indicadores sociais e econômicos já consolidados das iniquidades; redimensionamento dos programas sociais para as populações em situação de maior vulnerabilidade econômica e social, implementando processos integrados e monitoramento e incluindo os indicadores sociais de determinação social; implementação da transversalidade e interseccionalidade desses indicadores e políticas nos sistemas de informação do SUS para maior visibilidade das iniquidades em saúde, contribuindo assim para a equidade e para o planejamento estratégico da gestão do SUS.





IMUNIZAÇÃO

Considerando a importância que a imunização possui para a prevenção de doenças e enfrentamento de epidemias, associada ao retorno de doenças anteriormente controladas, pretende-se adotar uma agenda estratégica de intensificação vacinal, com monitoramento e avaliação das coberturas vacinais. O Ministério da Saúde buscará ampliar a cobertura vacinal para todas as faixas etárias, reduzir a carga das doenças em eliminação e otimizar os recursos disponíveis para o enfrentamento deste grupo de doenças.



ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Na Atenção Especializada, um dos desafios é ampliar a oferta de serviços especializados, com vistas a reduzir as desigualdades regionais, equilibrar a demanda e a oferta de serviços, bem como aprimorar os mecanismos que favoreçam a integração da atenção especializada com a atenção primária à saúde com vistas a reduzir os vazios assistenciais e as iniquidades.

Além disso, reforçar as ações assistenciais de saúde por meio da integração das redes assistenciais, principalmente em relação às sequelas da covid-19, e direcionar esforços para mitigar os seus impactos, buscando viabilizar os insumos necessários e imprescindíveis para operacionalização dos serviços de atenção especializada à saúde.

A perspectiva é fortalecer o pacto federativo da saúde, reduzir as filas por atenção especializada e

ampliar o acesso qualificado, principalmente nas unidades onde há maior escassez na oferta de leitos, da oferta de serviços de reabilitação, e do quantitativo de estabelecimentos que ofereçam serviços especializados em alta complexidade. Em paralelo à ampliação do acesso aos serviços, a política de saúde será pautada pela busca de mais qualidade assistencial, com a adoção de tecnologias, para prover acesso à informação de rápida assimilação e aplicável na prática clínica e assistencial, bem como o aprimoramento dos métodos de monitoramento e avaliação, com foco nos resultados alcançados e com a adoção de linhas de cuidado baseadas em evidências.



PROJETOS

O Ministério da Saúde tem a perspectiva de implementar uma rede de escritórios de gerenciamento de projetos em um futuro próximo, com a implantação de uma coordenação específica para a captação de celebração de projetos que poderá orientar de forma efetiva o desenvolvimento da Estrutura Analítica dos Projetos (EAP), de forma a padronizar tanto a apresentação quanto a análise de novos projetos, bem como possibilitar a construção de indicadores no âmbito do programa.



CIÊNCIA E TECNOLOGIA

No âmbito da ciência e tecnologia (C&T), o Ministério da Saúde tem estruturado ações visando fortalecer a governança das pesquisas fomentadas. Para esse fim, foi criado o Comitê

de Governança de Pesquisa em Saúde, por meio da Portaria GM/MS n.º 4.021, de 16 de novembro de 2022 e foram estabelecidas diretrizes para o financiamento de projetos de pesquisa científica, tecnológica ou de desenvolvimento, ou inovação em saúde pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n.º 4.282, de 12 de dezembro de 2022. Medir e avaliar o impacto das pesquisas fomentadas são grandes desafios para a gestão e governança de C&T. Nesse sentido, está em estudo um modelo para realizar e implementar, no Ministério da Saúde, a avaliação de impacto dessas pesquisas. Destacam-se, ainda, três iniciativas na área de C&T que representam grandes oportunidades de ações estruturantes para o Sistema Único de Saúde (SUS), com impactos para além da ciência, tecnologia e inovação em saúde (CT&I/S). São elas: o Programa Genomas Brasil, que lança os fundamentos para a formulação de uma Política de Saúde de Precisão no Brasil; a institucionalização de área técnica, no Ministério da Saúde (Coordenação-Geral de Evidências – CGEvi), dedicada à produção de sínteses de evidências para os gestores e à criação do futuro Programa de Promoção do Uso de Evidências; e a ampliação do escopo de atuação da área técnica anteriormente dedicada à ética em pesquisa para a área da bioética, que estuda a criação de um Conselho Nacional de Bioética.



TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

Como perspectivas dessa área, o MS buscará a melhoria da governança e gestão de serviços de tecnologia da informação e comunicação (TIC), instrumentalizando o apoio à governança e ao gerenciamento de serviços de TIC baseado em políticas, processos e tecnologias. Também, tem-se o objetivo de concluir o Plano de Transformação Digital do MS.



02

RESULTADOS E DESEMPENHO DA GESTÃO



MINISTÉRIO EM NÚMEROS

A força de trabalho do Ministério da Saúde é composta por quase 45 mil servidores. Devido à abrangência e à complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), a pasta dispôs, em 2022, de um dos maiores orçamentos do governo federal, com cerca R\$ 166,4 bilhões de reais, sendo R\$ 153,6 bilhões relativos a despesas consideradas como Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) e R\$ 12,8 bilhões para outras despesas, como pagamento de inativos e despesas com funcionamento da Anvisa e ANS.

PERFIL DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

> **5.422**
MUNICÍPIOS atendidos pelo Programa Saúde na Escola, alcançando **23.426.003** estudantes em **97.389** escolas

Mais de
> **1 MILHÃO**
de Telediagnósticos realizados pelo Programa Telessaúde Brasil Redes no ano

Mais de
> **83%**
de crianças indígenas menores de 5 anos com esquema vacinal completo

> **48.817**
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

> **25.472**
TRANSPLANTES realizados no ano

Mais de
> **1 MILHÃO**
de profissionais, trabalhadores, gestores e acadêmicos ligados ao SUS em processos de qualificação no ano

> **30.908**
FARMÁCIAS E DROGARIAS CREDENCIADAS no Programa Farmácia Popular, distribuídas em **4.397** municípios, representando **78,9%** dos municípios brasileiros, localizados nos 26 estados e no Distrito Federal

> **2.125**
EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA 20H

> **34.296**
LEITOS, SENDO **29.912** DE UTI E **4.384** DE UCI

Mais de
> **500 MILHÕES**
doses de vacina covid-19 aplicadas desde o início da pandemia, atingindo **quase 80%** da população com esquema vacinal completo

> **1.587**
EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA 30H

> **265.075**
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE atuando em **5.570** municípios brasileiros

> **2,6 BILHÕES**
Procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidades realizados no ano

> **58**
Soluções de Radioterapia concluídas desde o início do PERSUS



2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA

2.1.1 Ampliação do Acesso a Ações e Serviços da Atenção Primária

A Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil, é parte da estrutura de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e é composta por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com cuidados paliativos e a vigilância em saúde. Tem o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na saúde das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, por meio de práticas das equipes multiprofissionais dirigidas à população assistida e gestão qualificada, devendo ser a principal porta de entrada no SUS, o primeiro contato do usuário para o cuidado integral e longitudinal, o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a coordenadora do cuidado.

É organizada com o mais alto grau de descentralização, sendo desenvolvida pelas equipes e pelos serviços próximos aos locais onde as pessoas vivem e trabalham.

O fortalecimento da Atenção Primária como uma das políticas prioritárias do Ministério da Saúde (MS) tem proporcionado a utilização de incentivos financeiros como forma de indução das estratégias e dos programas dessa política. Isso provoca a necessidade de aprimoramento gradual e constante dos processos de monitoramento e elaboração do pagamento das equipes e serviços da APS, desde as ferramentas e os instrumentos de solicitação de credenciamento de equipes por parte dos gestores até a forma de identificação e informação mais precisa das equipes.

Cobertura da Atenção Primária à Saúde

Destaca-se que, em 2022, atingiu-se 75,12% de cobertura populacional da Atenção Primária à Saúde, conforme competência dezembro de 2022 do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Para o cálculo da cobertura da APS foi considerado no numerador o quantitativo de pessoas cadastradas pelas equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP) financiadas pelo Ministério da Saúde, representando 160.254.667 pessoas. No denominador, considerou-se 213.317.639 pessoas, que corresponde à estimativa populacional divulgada pelo IBGE referente ao ano de 2021. Na Tabela 1 observa-se a cobertura populacional da Atenção Primária à Saúde, por unidade da federação (UF):

Tabela 1 – Cobertura da Atenção Primária à Saúde, 2021 – 2022, por UF (em %)

UF	dez/21	dez/22
AC	69,98%	74,95%
AL	73,14%	75,42%
AM	67,08%	72,39%
AP	42,19%	48,57%
BA	73,92%	78,84%
CE	89,30%	93,61%
DF	54,51%	64,79%
ES	72,72%	77,41%
GO	63,56%	71,22%
MA	78,14%	82,70%
MG	84,59%	88,16%
MS	78,68%	83,44%
MT	78,35%	84,01%
PA	55,59%	62,12%
PB	86,71%	91,97%
PE	72,65%	76,19%
PI	95,14%	97,69%
PR	80,00%	85,45%
RJ	57,06%	63,63%
RN	76,72%	79,69%
RO	73,95%	75,47%
RR	78,19%	80,96%
RS	66,99%	74,31%
SC	92,40%	95,28%
SE	88,61%	92,51%
SP	52,80%	59,77%
TO	88,29%	92,20%
BRASIL	69,69%	75,12%

Fonte: e-Gestor AB, dezembro/2022.



Desde 2021, o método de cálculo utilizado no monitoramento da meta de Cobertura da Atenção Primária à Saúde prevista no Plano Nacional de Saúde (PNS) considera o quantitativo de população cadastrada pelas Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Atenção Primária (eAP - 20 ou 30h), financiadas pelo MS na respectiva competência financeira, em relação à população estimada pelo IBGE. Os dados de cobertura dos anos de 2021 e 2022 correspondem aos valores gerados por meio da utilização da nova fórmula de cálculo, de forma que não é possível proceder com as comparações da evolução da meta de cobertura da APS de forma quadrienal.

Cobertura de Saúde Bucal

O indicador de cobertura de Saúde Bucal na APS é utilizado para o monitoramento do acesso aos serviços de saúde bucal nesse nível de atenção, com vistas ao fortalecimento do planejamento do SUS.

Ressalta-se que, semelhantemente à Cobertura de APS, a partir de 2021 a metodologia de cálculo da meta de Cobertura de Saúde Bucal apresentada no Plano Nacional de Saúde (PNS) passou por alteração. Para o numerador considera-se a quantidade de pessoas cadastradas pelas equipes eSF e eAP que estão vinculadas à equipes de Saúde Bucal, e que são financiadas pelo Ministério da Saúde. Para o denominador, considera-se a estimativa populacional municipal calculada pelo IBGE referente ao último ano disponível, sendo esta informação atualizada anualmente. Dessa forma, utilizou-se a estimativa de 2021. Conforme competência SCNES dezembro de 2022, a cobertura de Saúde Bucal na APS alcançou 40,44%.

Tabela 2 – Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde, por UF (em %)

UF	2021	2022
AC	40,50%	42,26%
AL	59,44%	61,56%
AM	40,15%	40,17%
AP	27,53%	27,22%
BA	48,79%	52,09%
CE	61,74%	62,46%
DF	15,82%	18,00%
ES	33,70%	37,92%
GO	43,44%	46,81%
MA	53,91%	55,41%
MG	46,92%	48,75%
MS	63,56%	67,93%
MT	52,19%	54,46%
PA	32,32%	34,36%
PB	76,97%	81,79%
PE	52,34%	53,96%
PI	80,60%	89,05%
PR	36,70%	37,68%
RJ	21,32%	24,34%
RN	57,83%	61,02%
RO	24,46%	25,72%
RR	34,25%	35,12%
RS	25,31%	27,13%
SC	46,71%	46,18%
SE	53,13%	57,10%
SP	17,71%	20,33%
TO	72,07%	75,33%
BRASIL	38,12%	40,44%

Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS), CNES, dezembro/2022.



2.1.1.1 Programa Previne Brasil

O Programa Previne Brasil, instituído em 2019, estabeleceu o modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária no âmbito do SUS. O Programa busca ampliar o acesso da população aos serviços de saúde para garantir a universalidade do SUS, ampliar a qualidade da APS, com a valorização do trabalho das equipes e dos serviços para o alcance de resultados em saúde, além de incentivar avanços na capacidade instalada. O foco é atender às necessidades e prioridades de saúde da população, sejam epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas, espaciais, entre outras. O modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária é misto e composto pelos seguintes componentes:

- Capitação ponderada;
- Pagamento por desempenho;
- Incentivo para ações estratégicas;
- Incentivo financeiro com base em critério populacional.

Esses componentes consideram as diferentes características da população cadastrada, tipologias dos territórios, de acordo com a classificação geográfica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e as especificidades das equipes, proporcionando equidade na forma de transferência dos recursos aos entes subnacionais.

Após a instituição do Programa Previne Brasil, alguns avanços podem ser apontados: aumento do número de pessoas cadastradas no âmbito da APS; ampliação da quantidade de Unidades de Saúde informatizadas; incremento do financiamento das eSFR e eSB; aprimoramento dos campos de prática para a formação profissional no âmbito da APS; qualificação do monitoramento dos resultados alcançados pelas eSF e eAP em indicadores de saúde com alta relevância clínica e epidemiológica, dentre outros.

Quadro 1 – Valores anuais repassados pelo Ministério para a APS, 2019 - 2022

AÇÃO ORÇAMENTÁRIA	ANTES DO PREVINE BRASIL	PREVINE BRASIL		
	2019	2020	2021	2022*
	VALORES REPASSADOS	VALORES REPASSADOS	VALORES REPASSADOS	VALORES REPASSADOS
219A - PISO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	R\$ 17.992.070.527,64	R\$ 20.556.503.651,52	R\$ 19.799.273.155,32	R\$ 23.376.146.665,11

Fonte: Tesouro Gerencial.

* Observação: Os recursos destinados ao enfrentamento da covid-19 executados na Ação 219A - Planos Orçamentários CV19 no exercício 2022 foram: R\$ 422.991.280,00.

Os incentivos financeiros referentes às equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR), às Equipes de Saúde Bucal (eSB), às equipes de Consultório na Rua (eCR), às equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), às equipes de referência para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI), às Unidades Odontológicas Móveis (UOM), ao Programa Saúde na Hora, ao Programa Saúde na Escola (PSE), aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), aos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), aos Microscopistas, à Formação, às Equipes de Saúde Fluvial, ao Fator de Correção, à Atividade Física, ao Programa de Proteção e Promoção da Saúde Menstrual, ao Pré Natal Odontológico, ao Programa Cuida Mais Brasil e à UBS Digital estão inseridos no Previne Brasil, de acordo com as normas vigentes.

O processo de cofinanciamento do Ministério da Saúde para equipes e serviços de saúde

da Atenção Primária à Saúde (APS), conforme estabelecido na Portaria de Consolidação n.º 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, consiste em credenciar equipes e serviços que foram solicitados pelos entes municipais, e posteriormente, na homologação pelo Ministério da Saúde dos códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe (INE) e aos Cadastros Nacionais de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) das equipes e serviços da APS credenciados e cadastrados no SCNES, para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação.

Cabe esclarecer que não há garantia de que o número total de equipes e serviços credenciados serão homologados em totalidade, pois cabe à gestão municipal, estadual ou do Distrito Federal o cadastramento das equipes, dos ACS e dos serviços ofertados na APS no SCNES. Por esse motivo, deve-se observar os valores

efetivamente pagos/cofinanciados, embora seja importante compreender e monitorar o quantitativo de credenciamentos neste processo. O processo de credenciamento e homologação é a soma dos esforços dos entes municipais, estaduais, DF e do Ministério da Saúde.

No ano de 2022, por meio da Portaria SAPS n.º 45, de 27 de julho de 2022, autorizou-se, exclusivamente, o credenciamento de Equipe Saúde da Família - eSF, equipe de Saúde da Família Ribeirinha - eSFR, equipes de Consultório na Rua - eCR e Unidade Básica de Saúde Fluvial - UBSF. Não foram alcançadas outras estratégias como equipes de Saúde Bucal (eSB), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e equipes de Atenção Primária (eAP), por exemplo, considerando o orçamento disponível e as prioridades daquele momento.

Componente Capitação Ponderada

A capitação ponderada é uma forma de repasse financeiro da Atenção Primária aos municípios e ao Distrito Federal, cujo modelo de remuneração é calculado com base no número de pessoas cadastradas. O cadastro deve ser feito pelas equipes de Saúde da Família - eSF, equipes de Atenção Primária - eAP, equipes de Saúde da Família Ribeirinha - eSFR, equipes de Consultório na Rua - eCR ou equipes de Atenção Primária Prisional - eAPP.

O componente Capitação Ponderada considera fatores de ajuste como a vulnerabilidade socioeconômica, o perfil de idade e a classificação rural-urbana do município, de acordo com o IBGE.

Por meio desse cadastro é possível estimar o quantitativo da população que poderá fazer uso dos serviços prestados pela equipe e pela Unidade Básica de Saúde (UBS)/Unidade de Saúde da Família (USF), o que oferece subsídios ao planejamento das equipes na oferta de serviços e o acompanhamento dos indivíduos, famílias e comunidades.

Na Tabela 3 apresentam-se os dados sobre a evolução do cadastro da população na Atenção Primária a Saúde, por UF e Brasil.

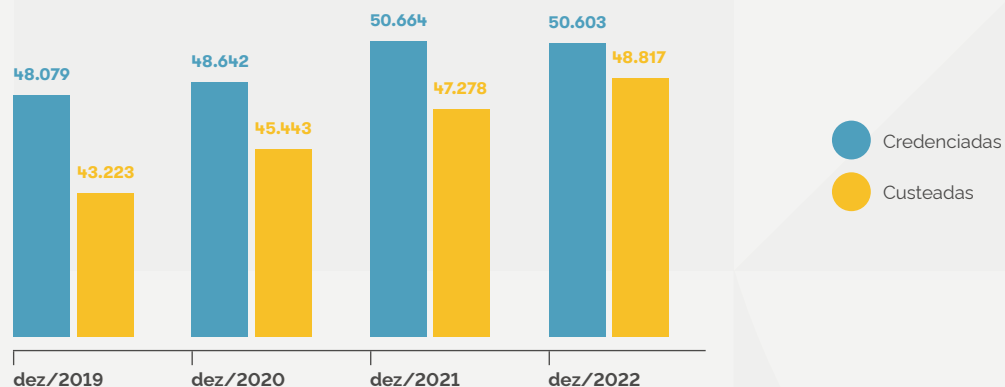
Tabela 3 – Números absolutos de cadastros dos usuários na APS, 2019 a 2022, por UF e Brasil

ESTADO	2019	2020	2021	2022
ACRE	493.615	547.852	691.909	718.153
ALAGOAS	2.033.201	2.202.464	2.580.159	2.619.241
AMAPÁ	186.326	290.439	444.916	413.764
AMAZONAS	1.859.349	2.207.626	3.156.358	3.343.288
BAHIA	7.918.897	9.931.953	11.829.297	11.990.228
CEARÁ	5.679.937	6.611.458	8.554.520	8.849.259
DISTRITO FEDERAL	944.762	1.306.620	1.737.300	2.004.908
ESPÍRITO SANTO	1.881.371	2.317.062	3.108.063	3.292.821
GOIÁS	3.086.115	3.793.773	4.788.642	5.330.193
MARANHÃO	3.923.209	4.720.750	5.808.117	5.955.775
MATO GROSSO	2.160.874	2.430.141	2.993.263	3.153.795
MATO GROSSO DO SUL	1.695.971	2.024.168	2.485.785	2.412.556
MINAS GERAIS	13.628.603	16.133.070	18.824.658	19.456.596
PARÁ	2.993.103	3.991.540	5.662.076	5.752.040
PARAÍBA	2.872.172	3.178.943	3.731.300	3.938.273
PARANÁ	6.941.102	8.526.308	9.974.982	10.317.168
PERNAMBUCO	5.391.734	6.187.577	7.387.115	7.504.990
PIAUÍ	2.544.378	2.823.156	3.328.941	3.394.755
RIO DE JANEIRO	4.969.560	8.124.903	10.276.022	11.152.475
RIO GRANDE DO NORTE	1.997.088	2.356.834	2.810.756	2.918.948
RIO GRANDE DO SUL	5.558.759	6.607.960	8.299.497	8.671.651
RONDÔNIA	1.125.101	1.213.637	1.418.649	1.409.263
RORAIMA	311.085	383.269	503.610	552.904
SANTA CATARINA	5.599.314	6.266.485	7.290.283	7.546.713
SÃO PAULO	15.329.012	20.584.663	26.391.229	27.862.351
SERGIPE	1.156.458	1.590.745	2.104.319	2.165.569
TOCANTINS	1.191.104	1.280.625	1.499.734	1.540.464
BRASIL	103.472.200	127.634.021	157.681.500	164.268.141

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB, dezembro/2022.

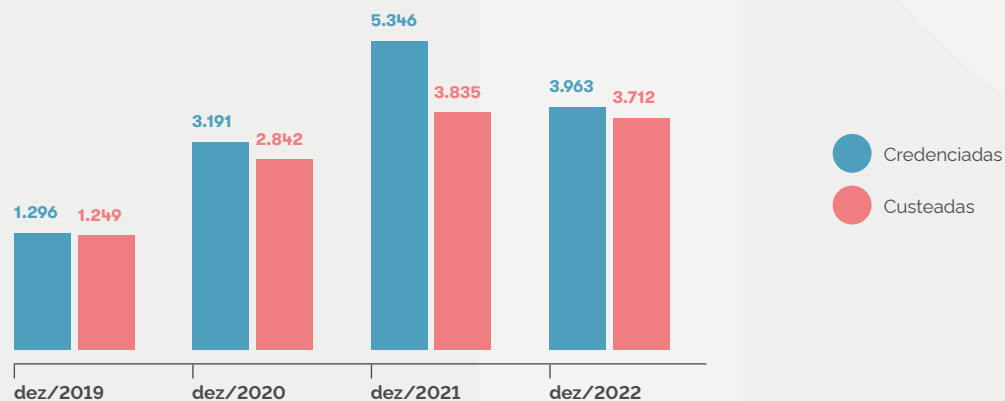
Além do cadastro, é possível identificar aumento na quantidade de equipes de saúde da família entre 2019 e 2022, conforme gráficos abaixo.

Gráfico 1 - Evolução na quantidade de eSF credenciadas e cofinanciadas de 2019 a 2022



Fonte: Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS), dezembro/2022.

Gráfico 2 - Evolução na quantidade de eAP credenciadas e cofinanciadas de 2019 a 2022



Fonte: Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS), dezembro/2022.

Componente Incentivo Financeiro com base em Critério Populacional

O componente Incentivo financeiro com base em critério populacional faz parte da apuração do valor de referência para o financiamento da APS. O valor do incentivo per capita é definido pelo Ministério da Saúde anualmente e publicado em portaria. O aporte estabelecido por município e Distrito Federal leva em conta a estimativa populacional mais recente divulgada pelo IBGE.

A Portaria GM/MS n.º 26/2022 estabeleceu o valor per capita anual de R\$ 5,95, por habitante ao ano, o que representa R\$ 0,49 por habitante ao mês. O valor total de 1,2 bilhões do incentivo financeiro foi transferido aos Municípios e ao Distrito Federal, nas 12 parcelas de 2022, com base na multiplicação do valor do incentivo pela estimativa populacional.

Componente Pagamento por Desempenho

O pagamento por desempenho foi instituído como instrumento de gestão para incentivar a qualificação dos serviços na APS ofertados pelos municípios. A definição do valor de repasse desse componente depende dos resultados alcançados pelo município em um conjunto de indicadores monitorados e avaliados quadrimestralmente. No município, a soma das notas ponderadas de cada indicador resulta no Indicador Sintético Final (ISF), que representa a consolidação final da avaliação do desempenho, a qual determinará o valor do incentivo financeiro a ser transferido ao município nos quatro meses subsequentes. São 7 indicadores definidos para o componente em 2022, conforme tabela a seguir:



Tabela 4 – Evolução dos indicadores de desempenho e das médias nacionais do ISF, nos quadrimestres avaliados, 2020 a 2022, Brasil (em %)

INDICADORES	META*	Q3/2020	Q1/2021	Q2/2021	Q3/2021	Q1/2022	Q2/2022	Q3/2022
Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação	> 45,00	35,75	38,65	40,98	46,60	45,15	48,29	44,00
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	> 60,00	39,11	44,14	47,96	53,66	60,62	67,13	62,00
Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	> 60,00	22,99	28,58	37,53	46,29	52,74	59,77	53,00
Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS	> 40,00	15,30	15,19	16,00	17,80	20,43	23,29	21,00
Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada	> 95,00	61,12	44,33	100,00	100,00	69,28	72,83	68,00
Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre	> 50,00	7,27	9,26	12,98	17,39	22,72	29,85	26,00
Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	> 50,00	11,20	14,44	20,92	28,00	15,80	24,06	22,00
Indicador Sintético Final - ISF	> -	4,02	4,07	5,73	6,39	6,26	7,05	6,50

Fonte: e-Gestor A.B.

*a meta do indicador de consultas de pré-natal era de 60% até o Q3-2021 e foi ajustada para 45% a partir do Q1-2022 - Portaria GM/MS n.º 102/2022.



Componente Incentivo para Ações Estratégicas

Destacamos, no âmbito das ações estratégicas, a evolução das equipes e serviços ao longo de 2019 a 2022, o que possibilitou ainda mais qualificação do cuidado da Atenção Primária à Saúde.

Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF)

Considerando as singularidades das regiões da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense, o Ministério da Saúde prevê estratégias diferenciadas para ampliação do acesso da população ribeirinha à APS nestas regiões.

► Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR): equipes de saúde que desempenham suas atividades nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em localidades cuja comunidade pertence à área adstrita e o acesso se dá por meio fluvial.

► Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF): embarcações que comportam Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF), providas com a ambiência, mobiliário e equipamentos necessários para atender à população ribeirinha.

A eSFF é composta minimamente de:

1 Médico,



1 Enfermeiro,



1 Auxiliar ou técnico de enfermagem,



E opcionalmente Agente Comunitário de Saúde.

Dependendo da localidade, podem compor a equipe:

Profissional de Saúde Bucal,



Outros profissionais de nível superior,



Auxiliares/técnicos de enfermagem, **(até 11)**,



Agentes Comunitários de Saúde **(até 24)** e,



Microscopista (em regiões endêmicas).

Além da possibilidade de ampliação da equipe, essas modalidades de UBS do tipo fluvial, permitem ainda, a solicitação de apoio logístico, por meio do incentivo, para custeio de embarcações de pequeno porte e unidades de apoio, cujo objetivo é garantir o deslocamento dos profissionais de saúde e a operacionalização do atendimento em todas as comunidades ribeirinhas da área adstrita. O incentivo é baseado no número de unidades de apoio e embarcações credenciadas e vinculadas ao estabelecimento de saúde.

Devido a especificidade e importância dessas estratégias para o cuidado em saúde da população ribeirinha, foram custeadas 199 eSFR e 37 UBSF, implantadas em 78 e 36 municípios da Amazônia Legal e Pantanal Sul-Mato-Grossense, respectivamente, conforme observa-se nos gráficos:

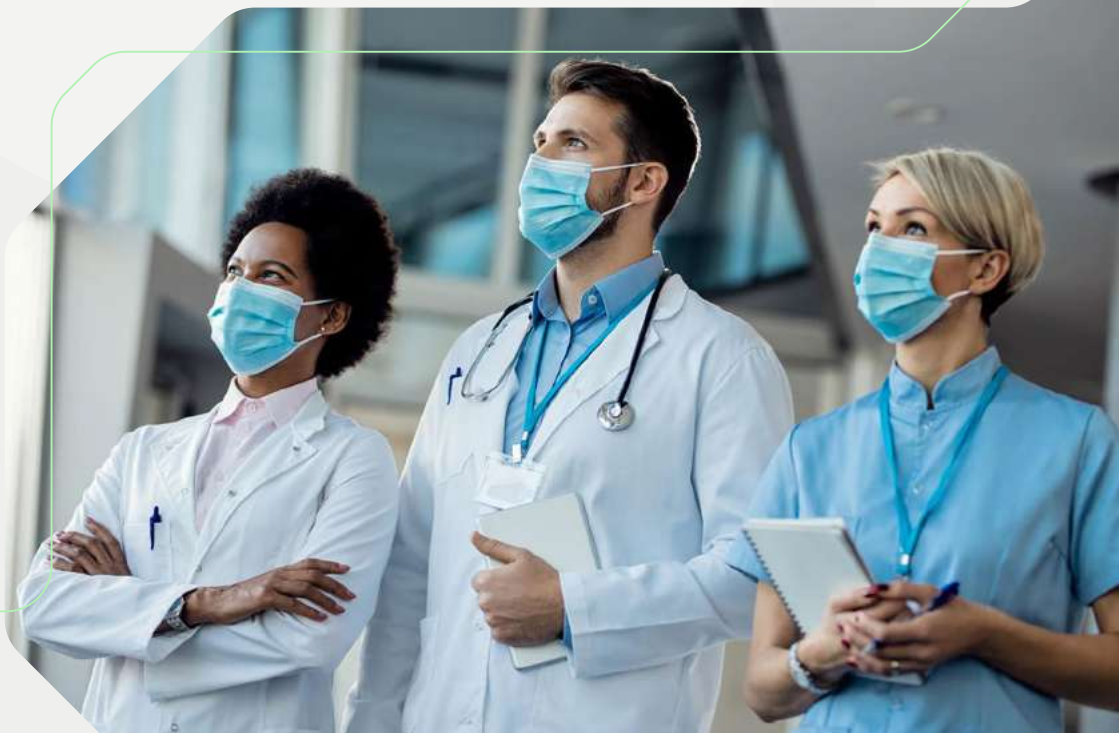
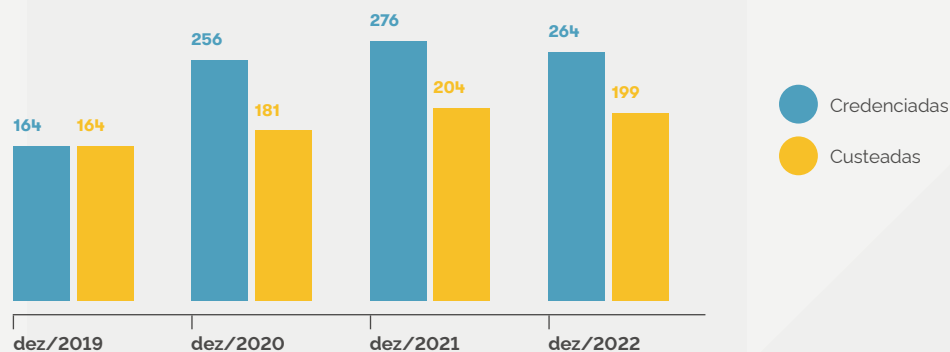
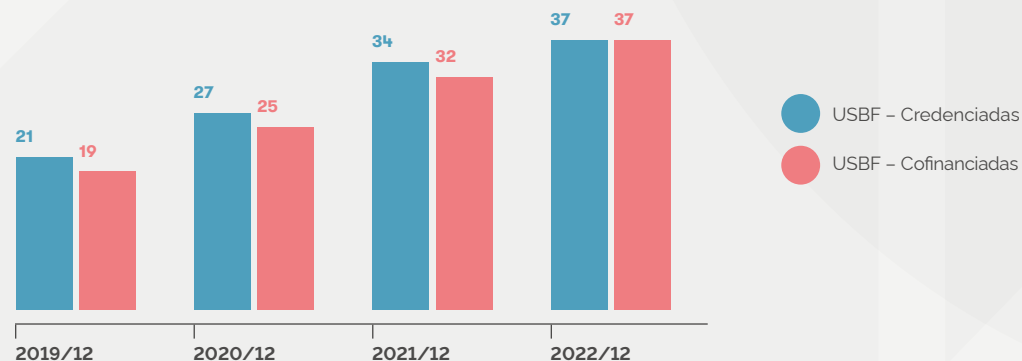


Gráfico 3 - Quantidade de eSFR credenciadas e cofinanciadas de 2019 a 2022, Brasil



Fonte: e-Gestor, referência competência financeira dezembro de 2022.

Gráfico 4 - Quantidade de UBSF credenciadas e cofinanciadas de 2019 a 2022, Brasil



Fonte: e-Gestor, referência competência financeira dezembro de 2022.

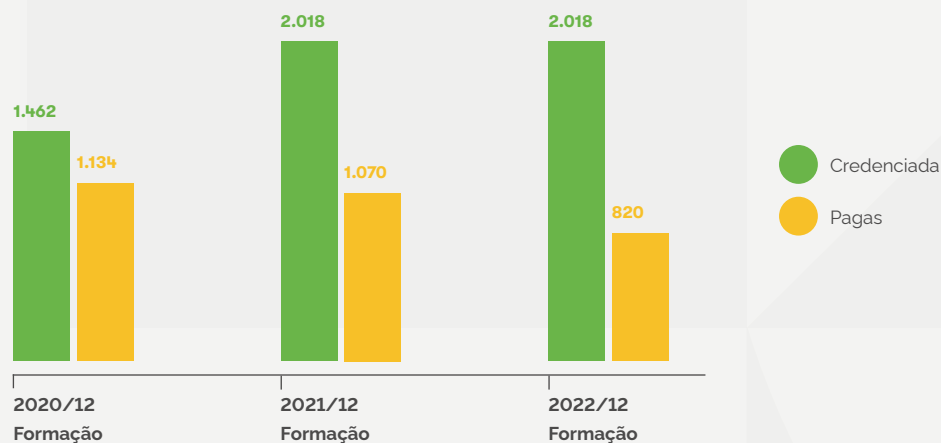
Equipes de saúde integradas a programas de formação profissional

O incentivo financeiro de custeio adicional mensal para municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da APS, foi instituído pela Portaria n.º 3.510, de 18 de dezembro de 2019, com a finalidade de repassar recurso financeiro fundo

a fundo a municípios, para apoiar na qualificação dos programas de residência médica e multiprofissional no âmbito da APS, com a inserção de residentes de Medicina de Família e Comunidade, Enfermagem e Odontologia, nas equipes (eSF) da Estratégia de Saúde da Família.



Gráfico 5 - Evolução na quantidade de equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da APS credenciadas e custeadas de 2020 a 2022



Fonte: Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS), dezembro/2022.

PUBLICAÇÕES RELEVANTES REALIZADAS NO ANO DE 2022:

Portaria GM/MS n.º 26, de 7 de janeiro de 2022

estabeleceu o valor per capita anual para o cálculo do incentivo financeiro com base em critério populacional para o ano de 2022, no âmbito do Programa Previne Brasil, e o valor do incentivo financeiro.

Portaria GM/MS n.º 38, de 10 de janeiro de 2022

alterou a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, que dispõe sobre o custeio da APS.

Portaria GM/MS n.º 102, de 20 de janeiro de 2022

alterou a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.

Portaria GM/MS n.º 937, de 5 de maio de 2022

instituiu o Programa Cuida Mais Brasil para o ano de 2022, com a finalidade de aprimorar a assistência à saúde materno-infantil e da mulher no âmbito da APS.

Portaria GM/MS n.º 1.105, de 15 de maio de 2022

alterou a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, para instituir o incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de atividade física na APS.

Portaria GM/MS n.º 1.355, de 3 de junho de 2022

instituiu o projeto UBS Digital no âmbito da APS.

Portaria GM/MS n.º 4.072, de 23 de novembro de 2022

dispôs sobre as ações do Programa de Proteção e Promoção da Saúde Menstrual e instituiu o incentivo financeiro para assegurar a oferta gratuita de absorventes higiênicos femininos e ações educativas relativas à saúde menstrual no âmbito do SUS.

Portaria GM/MS n.º 4.309, de 14 de dezembro de 2022

alterou a Portaria GM/MS nº 3.222, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.

2.1.1.2 Programa Informatiza APS

O Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde (Informatiza APS) faz parte da estratégia de saúde digital do Ministério da Saúde e objetiva apoiar o processo de informatização de todos os estabelecimentos de Atenção Primária à Saúde que possuam equipes de Saúde da Família (eSF) e/ou equipes de Atenção Primária (eAP), ou seja, que fazem uso de sistema de prontuário

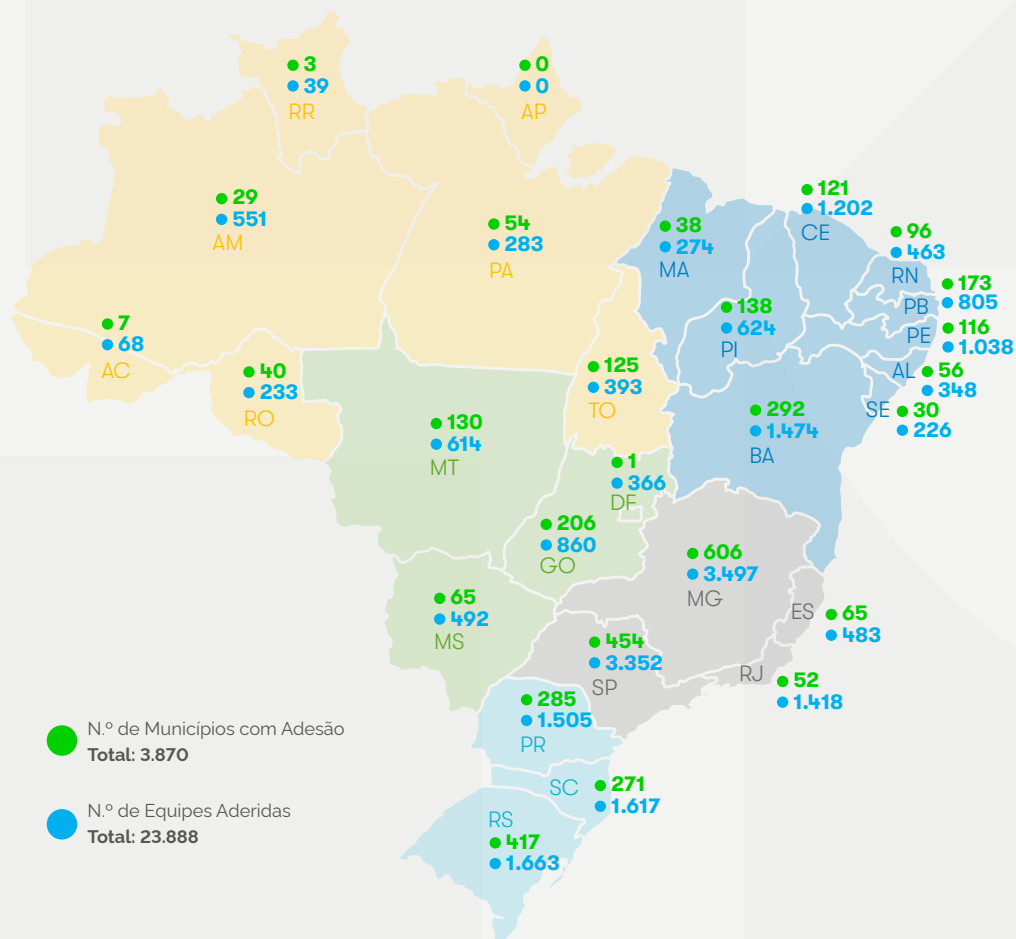
eletrônico (PE) nos ambientes de atendimento direto ao cidadão, devidamente preenchido a cada atendimento e com envio adequado de dados ao Ministério da Saúde visando a qualificação dos dados da Atenção Primária à Saúde no Brasil.

Na competência dezembro de 2022 havia 48.838 equipes informatizadas, representando 85,55%

do total de equipes cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Destas, 44.619 são eSF e 4.219 são eAP.

No tocante ao Programa Informatiza APS, 23.888 equipes estavam aderidas em 3.870 municípios.

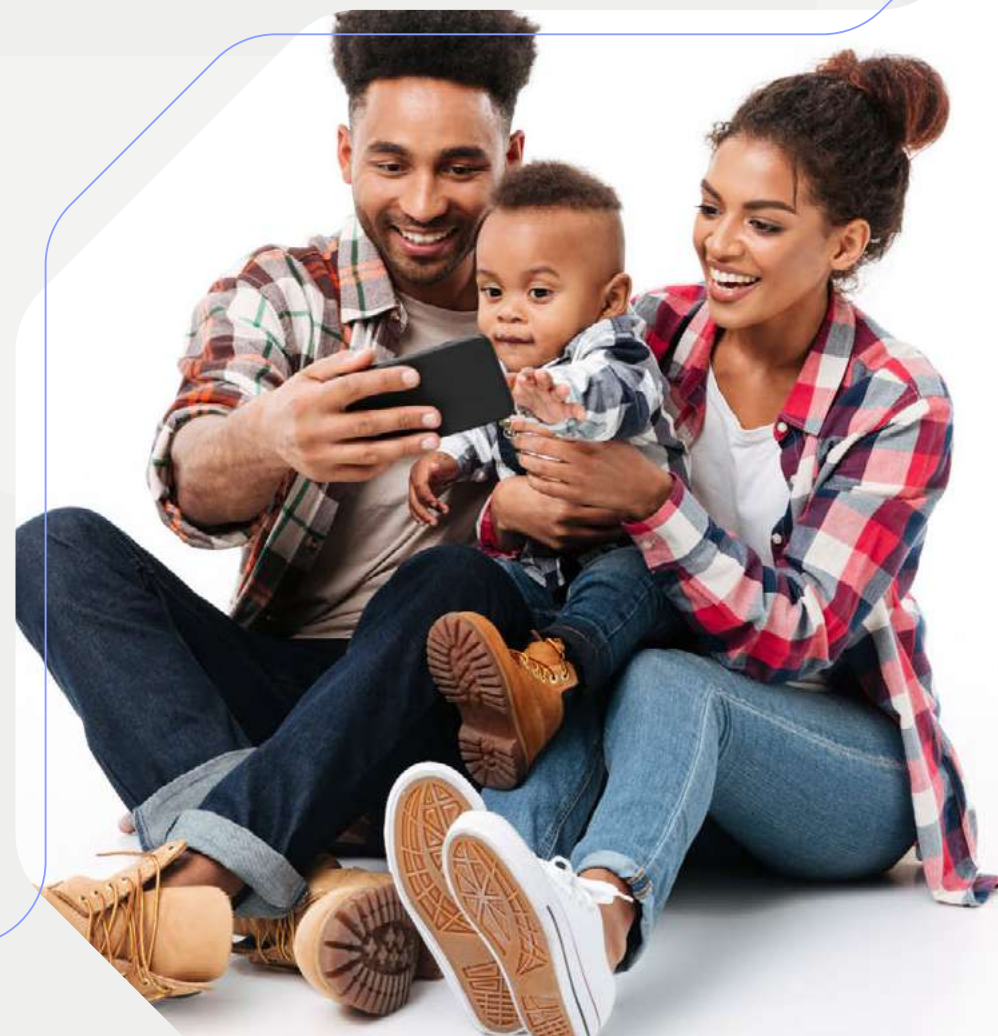
Mapa 1 – Distribuição das equipes aderidas ao Programa Informatiza APS, por estado



Fonte: Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS), dezembro/2022.

Além do custeio regular das equipes informatizadas, o Ministério da Saúde tem apoiado os municípios para que possam implantar o prontuário eletrônico de maneira qualificada, por meio da oferta de treinamentos e produção de materiais instrucionais. Ao mesmo tempo, segue garantindo um processo

contínuo de evolução nas funcionalidades de sua ferramenta de prontuário eletrônico, o e-SUS APS (Prontuário Eletrônico do Cidadão), articulada a agenda estratégica do Conecte SUS, integrando com a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) em sua versão mais atualizada.



2.1.1.3 Programa Saúde na Hora (SnH)

O Programa Saúde na Hora (SnH) viabiliza o custeio aos municípios e Distrito Federal para implantação do horário estendido de funcionamento nas Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o território brasileiro, ampliando a cobertura e fortalecendo a gestão municipal na organização da Atenção Primária. Economia com a redução de custos em outros níveis de

atenção e redução de filas em unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares.

O programa conta com a possibilidade de adesão em quatro tipos de formato de funcionamento em horário estendido (considerando a carga horária para o funcionamento das unidades e o quantitativo de eSF e eSB):



Formato Simplificado – equipes de Saúde da Família ou de Atenção Primária (20h ou 30h), somando no mínimo 60 horas semanais de carga horária total das equipes na unidade;

Formato USF 60h – 3 equipes de Saúde da Família nas USF com funcionamento mínimo de 60 horas semanais;

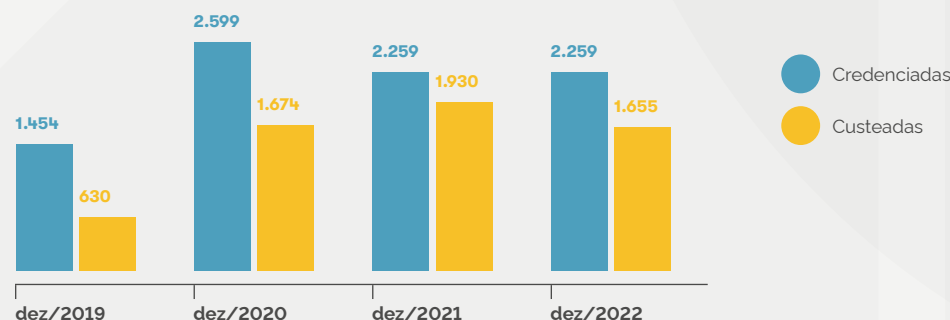
Formato USF 60h com saúde bucal – 3 equipes de Saúde da Família e 2 eSB nas USF, com funcionamento mínimo de 60 horas semanais;

Formato USF 75h – 6 equipes de Saúde da Família e 3 eSB nas USF, com funcionamento mínimo de 75 horas semanais.

A adesão dos municípios ao programa tem caráter voluntário e ocorre mediante anuência do Termo de Adesão na plataforma e-Gestor AB. Após a adesão e a publicação da portaria de homologação, a transferência do custeio está condicionada ao cumprimento de requisitos por parte dos gestores municipais de saúde, conforme disposto na normativa do programa.

Conforme competência CNES dezembro/2022, foram financiadas 1.655 USF/UBS, sendo que 439 operam no modelo de 60 horas, 607 USF com 60h com Saúde Bucal, 15 USF com 75h, 594 USF 60h simplificado, ou seja, essas USF foram instaladas, começaram a funcionar e cumpriram os requisitos para recebimento do incentivo financeiro de custeio.

Gráfico 6 - Evolução na quantidade de Unidades do Programa SnH, credenciadas e cofinanciadas de 2019 a 2022



Fonte: Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS), dezembro/2022.

2.1.1.4 Programa Mais Médicos (PMMB) e Programa Médicos Pelo Brasil (PMpB)

O Programa Mais Médicos, instituído pela Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS), se somou a um conjunto de ações e iniciativas do governo federal para o fortalecimento da Atenção Primária, que é a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), e tem como objetivo, dentre outros, diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde, além de ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira.

O provimento emergencial de profissionais médicos foi realizado com o objetivo de ampliar a inserção do médico em áreas vulneráveis (nos Municípios que concentram 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza) e

aprimorar a formação médica nas unidades da Atenção Primária do Sistema Único de Saúde (SUS). A participação do médico ocorre por meio de ciclos de provimento que duram no máximo o período de 3 anos e pode ser prorrogável por igual período. Ao final de 2022 havia 8.680 médicos ativos no Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB).

Em dezembro de 2019, foi sancionada a Lei que instituiu o Programa Médicos pelo Brasil (Lei n.º 13.958/2019), a qual substituiu, gradativamente, o Programa Mais Médicos. O novo Programa é executado, desde então, pela Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), instituída pelo Decreto n.º 10.283, em 20 de março de 2020, cabendo ao Ministério da Saúde o dimensionamento das vagas, a supervisão e a fiscalização do Programa.

O programa trouxe novos critérios para a definição de municípios elegíveis e cálculo do quantitativo de vagas, resultando em maior número de municípios beneficiados, com prioridade para as regiões Norte e Nordeste - com maior carência. Foram contratualizadas para o ano de 2022, no contrato de gestão firmado entre o Ministério da Saúde e a ADAPS, um total de 5.000 médicos para o PMpB

Ao final de 2022, considerando os dois Programas de Provisão de Profissionais para a APS (PMMB e PMpB), 13.535 vagas estavam ocupadas, distribuídas em 3.967 municípios e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sendo 8.680 vagas ocupadas pelo Programa Mais Médicos e 4.855 vagas ocupadas pelo Programa Médicos pelo Brasil.



Tabela 5 – Distribuição de vagas ocupadas pelo quantitativo de vagas disponibilizadas pelo PMM e PMpB, em 2022

UF	Vagas disponibilizadas PMMB	Vagas ocupadas PMMB	Vagas disponibilizadas PMpB	Vagas ocupadas PMpB	Total de vagas para os programas de provimento	Total de vagas ocupadas PMMB e PMpB	%
DF	124	34	9	34	133	68	51,13%
GO	566	355	149	160	715	515	72,03%
MS	196	136	29	41	225	177	78,67%
MT	202	147	56	50	258	197	76,36%
AL	169	113	64	97	233	210	90,13%
BA	1018	822	704	728	1722	1550	90,01%
CE	903	634	514	562	1417	1.196	84,40%
MA	503	430	275	289	778	719	92,42%
PB	299	227	96	132	395	359	90,89%
PE	678	514	308	348	986	862	87,42%
PI	242	181	112	156	354	337	95,20%
RN	236	136	87	134	323	270	83,59%
SE	115	81	85	113	200	194	97,00%
AC	149	124	21	35	170	159	93,53%
AM	414	322	118	47	532	369	69,36%
AP	88	87	42	25	130	112	86,15%
PA	633	509	219	168	852	677	79,46%
RO	261	226	70	73	331	299	90,33%
RR	120	84	52	30	172	114	66,28%
TO	105	85	48	48	153	133	86,93%
ES	350	215	165	149	515	364	70,68%
MG	1184	706	259	333	1443	1039	72,00%
RJ	605	366	117	119	722	485	67,17%
SP	1999	1047	547	397	2546	1444	56,72%
PR	766	433	280	224	1046	657	62,81%
RS	916	489	403	234	1319	723	54,81%
SC	399	177	171	129	570	306	53,68%
Total	13.240	8.680	5.000	4.855	18.240	13.535	74,21%

Fonte: Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS), dezembro de 2022.

2.1.1.5 Estratégia de Saúde da Família (ESF)

A Estratégia Saúde da Família tem por objetivo a reorganização da APS no Brasil de acordo com as premissas do SUS. É tida, pelos entes da federação, como a estratégia de expansão, de qualificação e de consolidação da Atenção Primária. A ESF aprofunda os princípios, as diretrizes, os fundamentos e os atributos da APS, ampliando a resolutividade e impacto na saúde com uma ótima relação custo X efetividade.

A ESF é formada por uma equipe multiprofissional com uma composição mínima de:



Médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e comunidade



Enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família



Auxiliar ou técnico de enfermagem



Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo fazer parte da equipe o Agente de Combate às Endemias (ACE)

Pode-se vincular à ESF a equipe de Saúde Bucal (eSB), composta pelos seguintes profissionais:



Cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família



Auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal

Todos os profissionais das equipes acima destacados, seja da equipe multidisciplinar ou da equipe vinculada (eSB), devem cumprir 40 horas/semanais em sua jornada de trabalho.

Observa-se que, ao longo dos anos, o processo de implantação das equipes de Saúde da Família vem aumentando gradativamente, o que tem proporcionado maior acesso à população aos cuidados em saúde. E diante do processo de priorização da Atenção Primária, no Brasil, o quantitativo de eSF cofinanciada evoluiu de **45.443** em dezembro de 2020, para **48.817** em dezembro de 2022.

2.1.1.6 Equipe de Atenção Primária (eAP)

Modalidade de equipe de atenção à saúde que difere da eSF em sua composição, de modo a atender às características e necessidades de cada município, além de seguirem as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e os atributos essenciais da APS, como acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade.

Essas equipes podem se organizar em duas modalidades, de acordo com a carga horária:



Modalidade I (20hs): composta por profissionais com carga horária mínima individual de 20 (vinte) horas semanais, com transferência mensal equivalente a 50% (cinquenta por cento) do incentivo financeiro da captação ponderada.



Modalidade II (30hs): composta por profissionais com carga horária mínima individual de 30 (trinta) horas semanais, com transferência mensal equivalente a 75% (setenta e cinco por cento) do incentivo financeiro da captação ponderada.

Profissionais que compõem minimamente as equipes:



Médico, preferencialmente especialista em medicina de família e comunidade, ou por médico clínico, ou médico da Estratégia de Saúde da Família ou médico generalista, e



Enfermeiro, preferencialmente, especialistas em saúde da família ou enfermeiro generalista.



Desde 2021 foram continuadas as estratégias para ampliação das eAP, com destaque para a disponibilização de sistema de credenciamento on-line para cadastro das eAPs, eSFs e dos Agentes Comunitários de Saúde, via sistema e-gestor. A iniciativa é mais uma medida de desburocratização do fluxo de solicitação de credenciamento, como forma de aprimorar e

facilitar o acompanhamento das solicitações pelos gestores, conselhos de saúde, profissionais e usuários do SUS. Conforme competência CNES dezembro/2022, estavam credenciadas 3.951 eAP em 745 municípios. Destas, 3.712 equipes receberam cofinanciamento federal, sendo 2.125 no formato eAP 20h e 1.587 no formato eAP 30h.

Tabela 6 – Distribuição do quantitativo de eAP credenciadas e cofinanciadas, por UF:

UF	N.º Municípios	Quantidade EAP Credenciadas	Quantidade EAP Cofinanciadas
AC	2	19	17
AL	7	21	21
AM	5	126	119
AP	4	7	5
BA	34	187	176
CE	2	9	9
DF	-	-	-
ES	10	154	118
GO	20	119	114
MA	11	18	16
MG	72	216	210
MS	6	10	10
MT	11	23	12
PA	14	123	121
PB	2	2	1
PE	24	56	38
PI	1	3	3
PR	65	367	358
RJ	21	185	148
RN	4	11	11
RO	1	7	6
RR	-	-	-
RS	105	477	459
SC	30	107	100
SE	7	9	9
SP	282	1686	1625
TO	5	9	6
Total	745	3.951	3.712

Fonte: Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS), dezembro/2022.



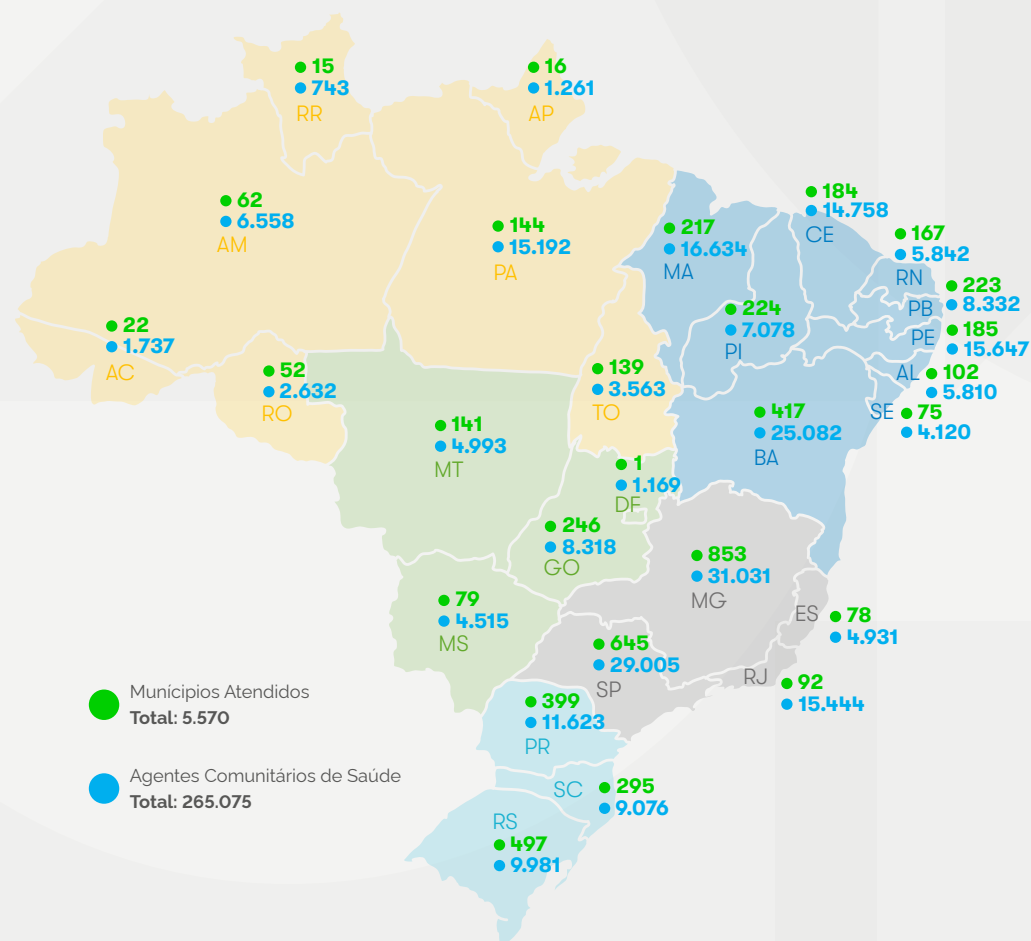
2.1.1.7 Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

O agente comunitário de saúde tem um papel muito importante no acolhimento, pois é membro da equipe que faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto com a equipe.

Esse profissional compõe a equipe de Saúde da Família e tem como uma das principais atribuições trabalhar com a descrição de indivíduos e famílias; ele também cadastra

todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Primária vigente, a fim de utilizá-los de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, além de ser ator principal na busca ativa. Em dezembro de 2022, há o total de 265.075 ACS cofinanciados pelo Ministério da Saúde.

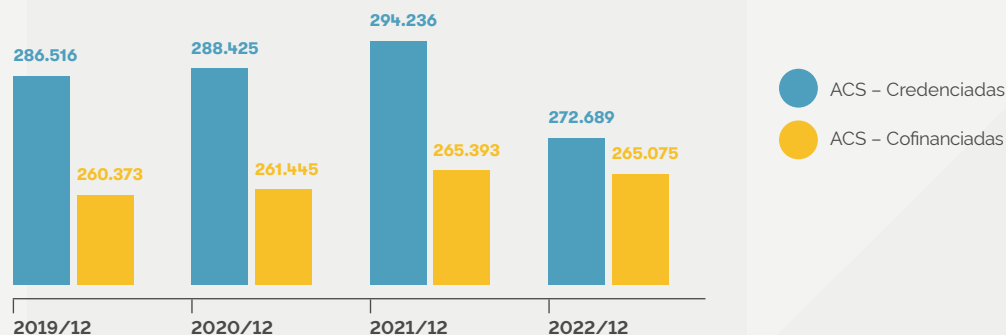
Mapa 2 – Número de Agentes Comunitários de Saúde, por UF



Fonte: Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS), dezembro/2022.



Gráfico 7 - Evolução na quantidade de ACS credenciados e cofinanciados de 2019 a 2022



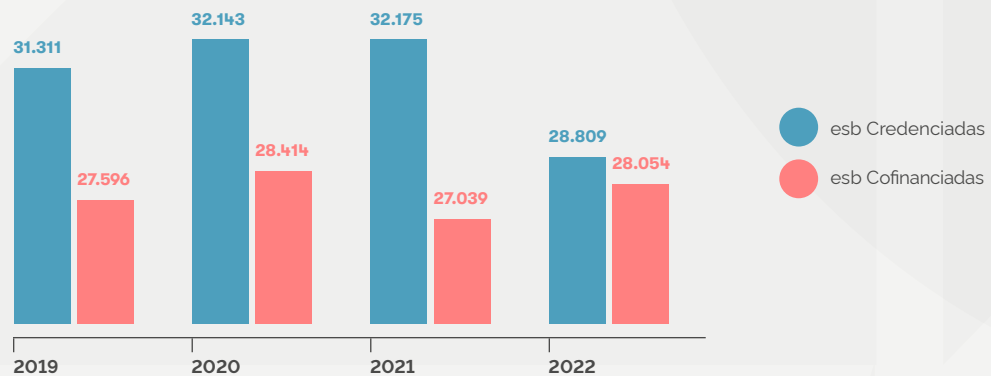
Fonte: Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS), dezembro/2022.

2.1.1.8 Equipe de Saúde Bucal (eSB) e Unidade Odontológica Móvel (UOM)

A equipe de saúde bucal (eSB), na ESF, representa a busca da atenção integral no âmbito da oferta dos serviços de saúde. Esse cuidado específico passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que atenda às demandas da população por ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e individual, mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

No ano de 2022, foram alcançadas 28.054 equipes cofinanciadas pelo MS, sendo 27.442 equipes de saúde bucal 40 horas e 612 com carga horária diferenciadas, localizadas em 5.570 municípios, cobrindo uma população de mais de 86 milhões de pessoas cadastradas, conforme gráfico.

Gráfico 8 - Evolução na quantidade de equipes de Saúde Bucal credenciadas e cofinanciadas de 2019 a 2022



Fonte: Departamento de Saúde da Família (SAPS/MS), fevereiro/2023.

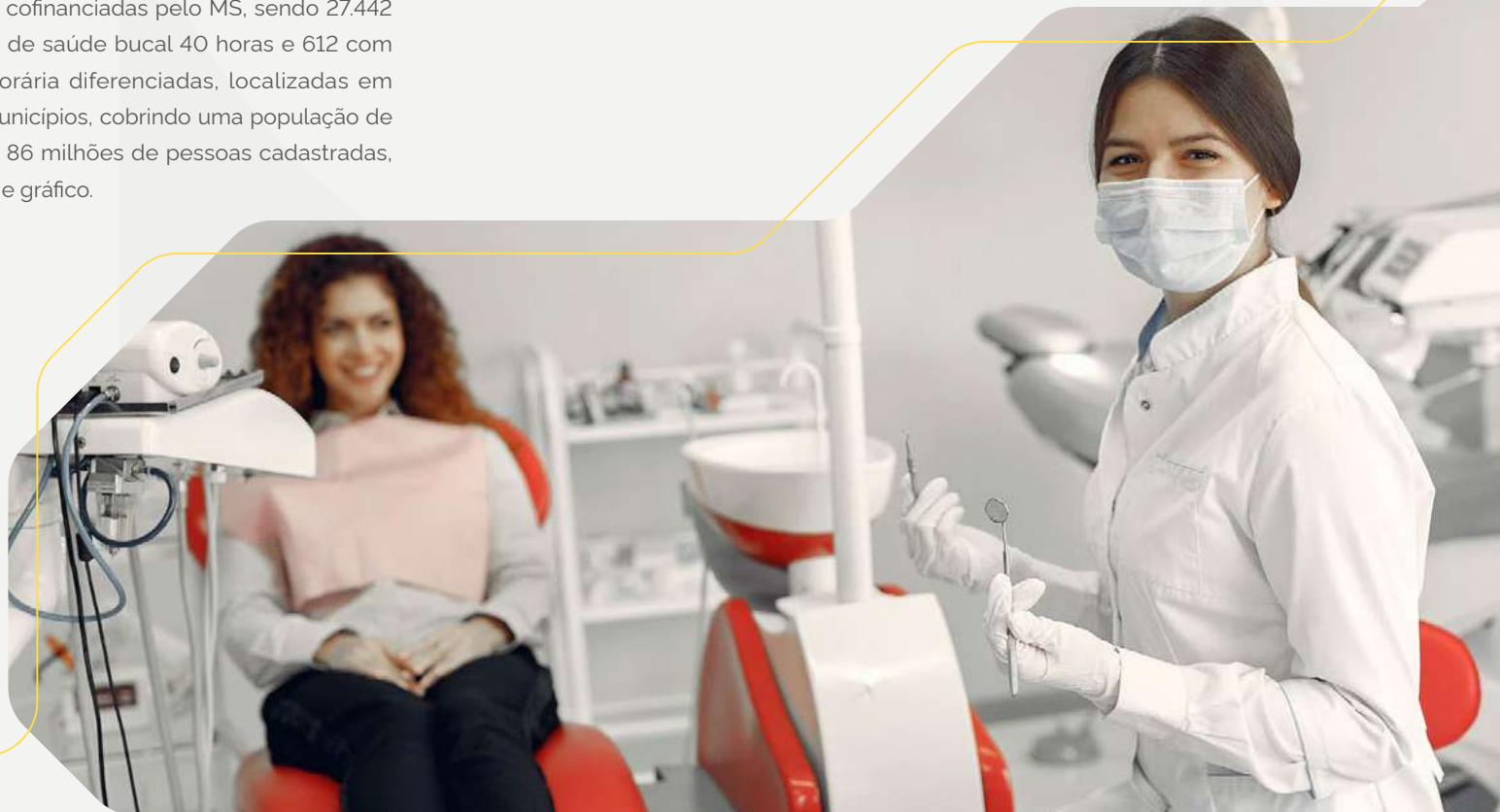


Tabela 7 – Número de equipes de Saúde Bucal credenciadas e cofinanciadas pelo Ministério da Saúde, por Unidade da Federação, em 2022

UF	Número de Municípios	Qt. ESB 40h Credenciadas	Qt. ESB 40h Cofinanciadas	Qt.ESB CH diferenciada Credenciadas	Qt. ESB CH diferenciada Cofinanciadas
AC	22	137	129	0	0
AL	102	748	744	0	0
AM	62	528	505	77	58
AP	16	115	97	0	0
BA	417	2800	2692	33	24
CE	184	1971	1892	0	0
DF	1	161	157	0	0
ES	78	514	477	17	15
GO	246	1108	1036	33	29
MA	217	1629	1578	1	0
MG	853	3581	3408	91	72
MS	79	587	561	0	0
MT	141	577	543	0	0
PA	144	921	886	35	28
PB	223	1360	1329	0	0
PE	185	1859	1766	2	2
PI	224	1251	1228	0	0
PR	399	1222	1103	92	77
RJ	92	1198	1166	39	30
RN	167	913	888	0	0
RO	52	127	119	0	0
RR	15	81	77	0	0
RS	497	1008	936	42	28
SC	295	1055	962	5	3
SE	75	453	446	0	0
SP	645	2453	2278	287	246
TO	139	452	439	0	0
Total Geral	5570	28809	27442	754	612

Fonte: Departamento de Saúde da Família (SAPS/MS), fevereiro/2023.

No ano de 2022, o número de equipes custeadas pelo Ministério da Saúde aumentou. Esta reação pode ser justificada pelo maior empenho dos entes federados no monitoramento e apoio para diminuir o quadro de suspensões de financiamento dessas equipes.

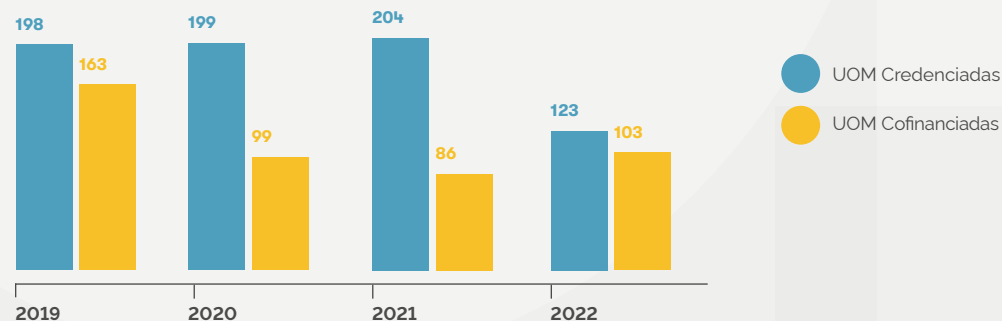
Unidade Odontológica Móvel (UOM)

A atuação das eSB pode ocorrer tanto nas UBS como nas Unidades Odontológicas Móveis (UOM). As UOM são dispositivos de apoio (veículos devidamente adaptados e equipados)

que possibilitam a assistência em áreas com dificuldades de acesso, dispersão populacional e populações específicas.

Em 2022, 103 UOM estavam em funcionamento. Comparando este resultado ao ano anterior, verifica-se que apesar da diminuição do quantitativo de unidades credenciadas, houve aumento daquelas que atendem a todos os critérios estabelecidos em normativas e, portanto, estão regulares e aptas ao cofinanciamento, conforme pode ser observado abaixo.

Gráfico 9 - Evolução na quantidade de Unidades Odontológicas Móveis credenciadas e custeadas de 2019 a 2022



Fonte: Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS), dezembro de 2022.

2.1.1.9 Equipe de Consultório na Rua (eCR)

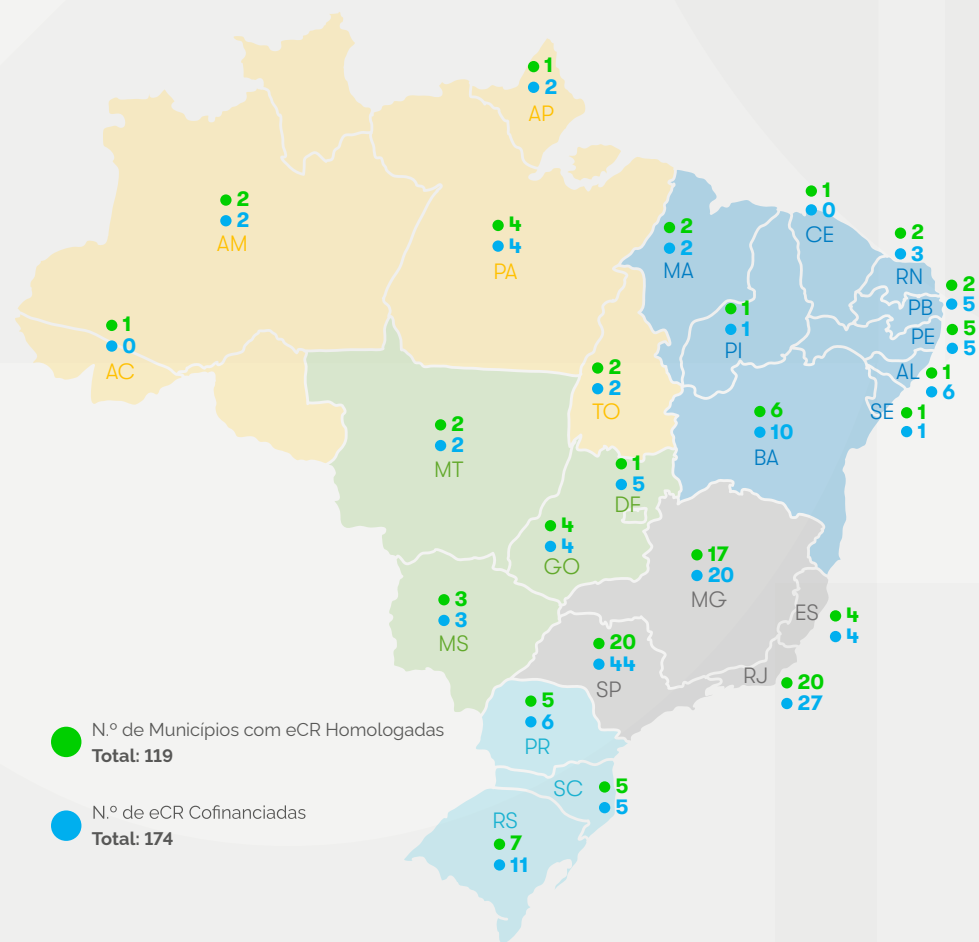
A estratégia Consultório na Rua foi instituída pela PNAB, em 2011, e visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados.

Denomina-se Consultório na Rua, as equipes multiprofissionais que desenvolvem ações integrais de saúde frente às necessidades dessa população. As atividades são realizadas de forma itinerante, com cumprimento de carga horária mínima semanal de 30 horas, porém seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno, em todos os dias da semana. O cuidado

em saúde da população em situação de rua deve incluir os profissionais de Saúde Bucal e os Núcleos de Apoio a Saúde da Família - Nasf do território onde essas pessoas estão concentradas.

Em dezembro de 2022, havia 174 equipes de Consultório na Rua cofinanciadas pela esfera federal, em 119 municípios brasileiros, conforme demonstrado no mapa 3.

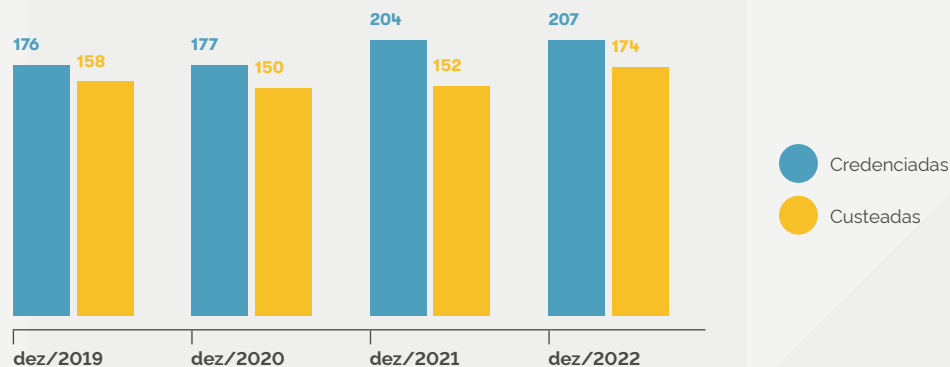
Mapa 3 – Quantidade de municípios e equipes cofinanciadas na estratégia de eCR, por UF em 2022



Fonte: Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS), dezembro/2022.



Gráfico 10 - Quantidade de eCR credenciadas e cofinanciadas de 2019 a 2022



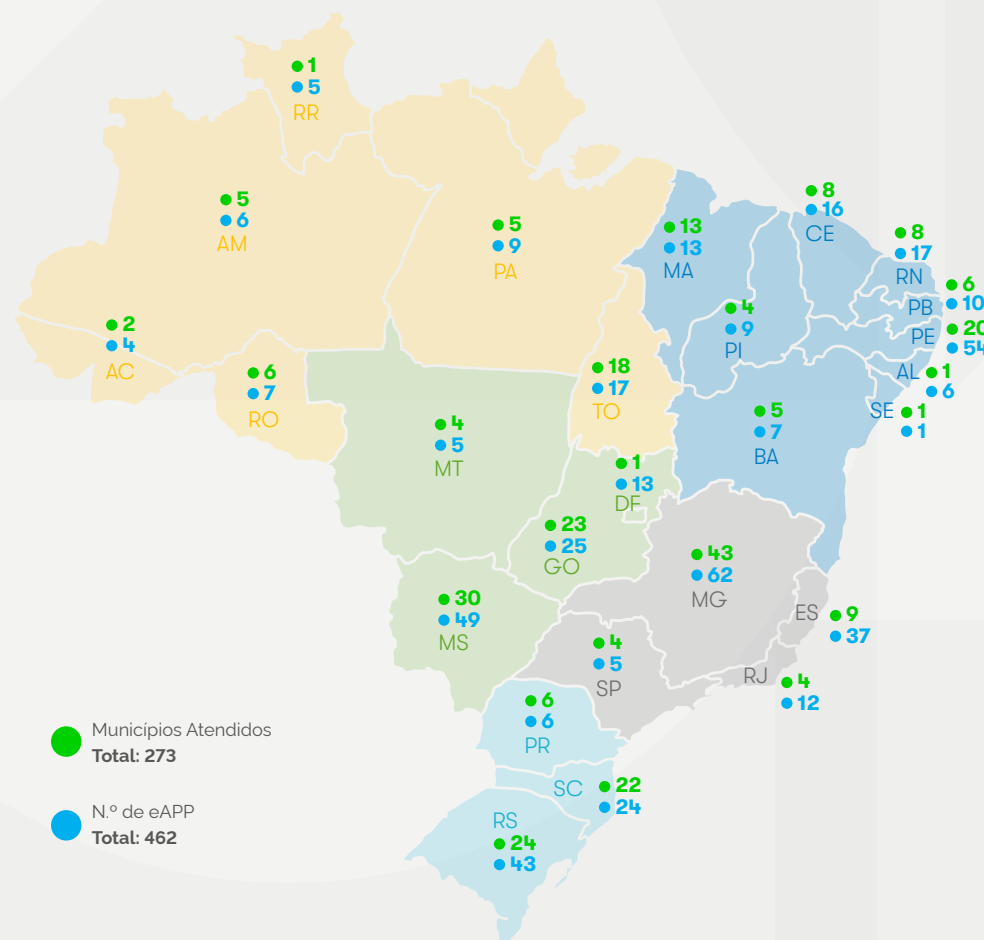
2.1.1.10 Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) objetiva ampliar as ações do SUS, alcançando a população privada de liberdade, fazendo com que cada unidade de Atenção Primária Prisional de Saúde-APPS seja um ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), para disciplinar os objetivos, diretrizes e responsabilidades do Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, dos Estados e do Distrito Federal, representados pelas Secretarias de Saúde, Justiça e Municípios.

As equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) são equipes de atenção primária para uma população específica, com composição multiprofissional, devendo garantir acesso ao cuidado integral das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional, realizando suas atividades nas unidades prisionais ou nas UBS a que estão vinculada.

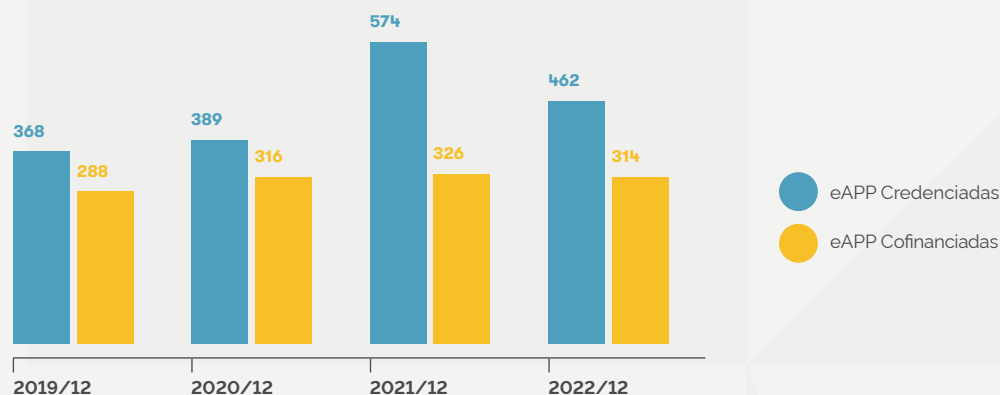
Em dezembro de 2022, a PNAISP contava com 462 equipes de Atenção Primária Prisional credenciadas em 273 municípios atendidos. Em dezembro de 2022, foram cofinanciadas 314 equipes em 197 municípios.

Mapa 4 – Número de equipes de Atenção Primária Prisional credenciadas



Fonte: Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS), dezembro/2022.

Gráfico 11 - Evolução na quantidade de eAPP credenciadas e cofinanciadas de 2019 a 2022



Fonte: Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS), dezembro/2022.

2.1.2 Estruturação dos Serviços de Atenção Primária à Saúde

2.1.2.1 Programa Nacional de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS)

O Programa de Requalificação de UBS - Requalifica UBS é uma das estratégias do Ministério da Saúde para a estruturação e o fortalecimento da Atenção Primária, instituído em 2011. Por meio do programa, o MS propõe uma estrutura física das Unidades Básicas de Saúde (UBS) - acolhedoras e dentro dos melhores padrões de qualidade, que facilite a mudança

das práticas das equipes de Saúde. Tem como objetivo criar incentivo financeiro para reforma, ampliação e construção de UBS, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde, promovendo melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Primária. Tanto a adesão ao programa quanto o registro do andamento das obras são realizados pelo Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), ferramenta que possibilita ao gestor maior controle sobre o andamento das obras e, com os registros em dia, garante a continuidade dos repasses realizados pelo Ministério da Saúde.

Tabela 8 – Distribuição das obras habilitadas, por componente

COMPONENTE		PROPOSTAS HABILITADAS			
		N.º Propostas Habilitadas	%	Valor Aprovado das Propostas	Valor Total Pago
UBS – Construção	>	12.741	36,4	R\$ 5.371.019.999,95	R\$ 4.065.947.111,15
UBS - Reforma	>	10.969	31,3	R\$ 1.522.121.442,61	R\$ 1.144.405.080,10
UBS - Ampliação	>	11.139	31,8	R\$ 1.444.686.335,50	R\$ 1.063.684.713,92
Ponto de Apoio para Atendimento	>	77	0,22	R\$ 27.194.914,00	R\$ 4.866.007,00
UBS Fluvial - Construção	>	110	0,31	R\$ 200.013.394,47	R\$ 186.102.429,45
Total	>	35.036	100	R\$ 8.565.036.086,53	R\$ 6.465.005.341,62

Fonte: Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), dezembro/2022.

Com relação à execução das obras vigentes, em dezembro de 2022, 89,65% encontram-se concluídas, 5,09% em ação preparatória, 5,10% em execução e 0,12% estão paralisadas, conforme Tabela 9. Além disso, 12 obras passaram pelo

processo de readequação. Registrou-se, ainda, a conclusão de 197 obras de UBS com recurso de programa e emenda, sendo 71 construções, 74 reformas e 52 ampliações.

Tabela 9 – Quantidade e Percentual de obras vigentes, por tipo e etapa da obra

COMPONENTE	PROPOSTAS VIGENTES						TOTAL	
		Ação Preparatória	Em Execução	Concluída	Paralisada	Readequada	N.º	%
UBS - Construção	>	354	474	8.837	6	12	9.683	35,32
UBS - Reforma	>	540	502	8.036	11	0	9.089	33,15
UBS - Ampliação	>	448	395	7.614	13	0	8.470	30,90
Ponto de Apoio para Atendimento	>	52	17	0	2	0	71	0,26
UBS Fluvial - Construção	>	1	10	90	0	0	101	0,37
Total	>	1.395	1.398	24.577	32	12	27.414	100

Fonte: Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), dezembro/2022.

2.1.2.2 Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF)

A Unidade Básica de Saúde Fluvial constitui um modelo concebido para viabilizar cuidados básicos em saúde, visando a cobertura universal para populações ribeirinhas da Amazônia Legal (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão) e Pantanal Sul Mato-Grossense. As Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) são embarcações que comportam Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF), providas com a ambiência, mobiliário e equipamentos necessários para atender a população ribeirinha e as comunidades dispersas, cujo acesso se dá por meio fluvial. Elas buscam responder às

especificidades dessas regiões, garantindo o cuidado às suas populações como previsto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Em 2022, foram credenciadas sete UBSF, sendo três no estado do Amazonas e quatro no estado do Pará. Além disso, na parcela dezembro de 2022, 37 UBSF receberam recurso de custeio, sendo quatro com equipes de saúde da família (R\$ 80.000,00) e 33 com saúde bucal (R\$ 90.000,00 cada), com valor total repassado na ordem de R\$ 3.996.252,50.

Quadro 2 – Quantidade de UBSF implantadas, em 2022

UF	QT. UBSF CREDENCIADA	QT. UBSF PAGA (12/2022)	VALOR CUSTEIO EXTRAS FLUVIAL
AC	1	1	-
AM	25	25	R\$ 543.258,00
PA	11	11	R\$ 162.994,50
TOTAL	37	37	R\$ 706.252,50

Fonte: Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), dezembro/2022.

2.1.3 Estratégia e-SUS Atenção Primária à Saúde

Lançada em 2013, a Estratégia e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) objetiva informatizar o processo de trabalho e qualificar a informação, organizando o funcionamento das Unidades de Atenção Primária. É uma estratégia para reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. O e-SUS APS contempla os seguintes softwares para coleta de dados:

> **Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)**, que visa melhorar o registro das informações, uma vez que essas são gravadas e recuperadas de forma eletrônica, além de serem organizadas para facilitar o processo de cuidado dos cidadãos.

> **Coleta de Dados Simplificada (CDS)**, utilizada em Unidades de Atenção Primária não informatizadas.

> **Aplicativos para dispositivos móveis, e-SUS Território e e-SUS Atividade Coletiva.**

> **Sistemas próprios ou terceiros, devidamente integrados à estratégia.**

O e-SUS APS contribuiu para o aumento da qualidade e a ampliação do acesso à saúde, por meio da qualificação dos registros e do compartilhamento de dados individualizados de atendimentos e procedimentos realizados a usuários do SUS, além da marcação de consultas na Atenção Primária (agendamento online), e de diversos outros recursos para os gestores do Sistema Único de Saúde. Enquanto em 2016 havia 13.375 UBS com o prontuário eletrônico implantado, em dezembro de 2022 esse número foi de 38.218 UBS.

Tabela 10 – Evolução de Unidades de Atenção Primária com Prontuário Eletrônico implantado, por UF

UF	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
AC	14	28	64	73	97	108	137
AL	74	183	210	292	477	637	776
AM	42	62	147	256	362	464	513
AP	0	2	4	13	38	54	63
BA	640	1.279	1.508	2.124	2.865	3.218	3.621
CE	271	426	515	792	1.520	1.812	2.191
DF	141	150	106	172	175	176	176
ES	361	411	469	567	677	757	817
GO	543	842	980	1.035	1.196	1.279	1.290
MA	48	111	197	280	466	684	1.101
MG	1.857	2.605	3.040	3.718	4.538	4.817	5.074
MS	339	473	489	556	588	583	597
MT	415	603	677	761	823	885	914
PA	119	211	269	409	666	791	1.044
PB	102	303	577	779	1.060	1.303	1.436
PE	480	971	1.034	1.528	1.866	2.044	2.394
PI	153	372	379	506	750	974	1.146
PR	1.626	1.891	2.025	2.195	2.317	2.369	2.364
RJ	371	541	610	864	1.250	1.355	1.541
RN	123	267	299	455	653	753	879
RO	114	145	192	212	248	255	272
RR	7	26	29	36	46	60	94
RS	1.596	1.818	2.009	2.173	2.258	2.330	2.363
SC	1.491	1.616	1.673	1.728	1.747	1.769	1.757
SE	10	43	44	155	262	347	398
SP	2.286	2.854	3.292	3.908	4.561	4.701	4.852
TO	152	277	303	321	372	385	408
BRASIL	13.375	18.510	21.141	25.908	31.878	34.910	38.218

Fonte: e-SUS APS, dezembro/2022.

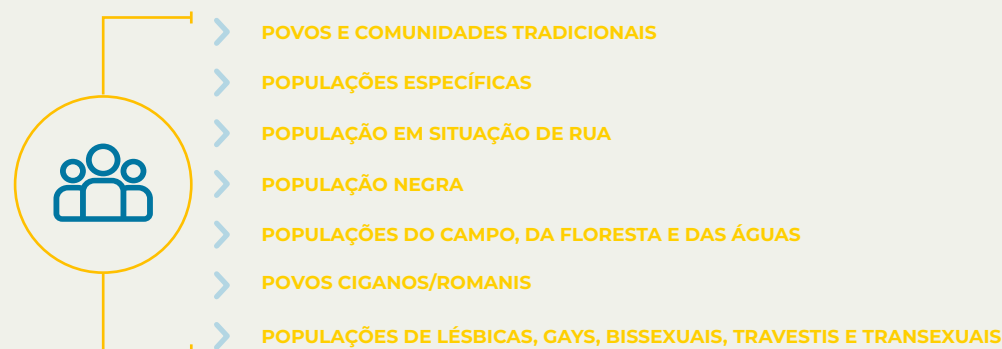
2.1.4 Agenda da Equidade

A Agenda da Equidade inclui a proposta de estruturação de uma Política Nacional de Promoção da Equidade (PNPES) que encontra-se em processo de avaliação por parte do CNS (Conselho Nacional de Saúde), do CONASS

(Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), respeitando as competências tripartites.

INTRINSECAMENTE VINCULADAS À PROPOSTA DA PNPES ENCONTRAM-SE AS POLÍTICAS VOLTADAS À SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS

Equidade
Garantia constitucional



Painel de Monitoramento da Equidade em Saúde

O Painel de Monitoramento da Equidade em Saúde, disponível em:

 https://aps.saude.gov.br/ape/equidade/painel_equidade

contém dados de cadastro e atendimento na APS das populações específicas e em situação de vulnerabilidade social. A ferramenta monitora o acesso dessas populações ao (SUS), com perspectiva de subsidiar a formulação de políticas públicas, qualificar as informações em saúde e fortalecer estratégias de ampliação do cuidado em saúde.

2.1.4.1 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei tem como objetivo primordial garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde de adolescentes em atendimento socioeducativo, estimular

ações intersetoriais; garantir ações da atenção psicossocial; priorizar ações de promoção da saúde e redução de danos provocados pelo consumo de álcool e outras drogas; e promover a reinserção social.

> AC > AM
 > BA > PA
 > PI > PE
 > RN > CE
 > DF > GO
 > RJ > MG
 > SP > PR
 > SC > RS

> **16 ESTADOS**
 desde a implantação da PNAISARI, têm desenvolvido ações em saúde

> **87 MUNICÍPIOS**
 habilitados a receber o incentivo financeiro de custeio.

> **185 EQUIPES DE APS COMO REFERÊNCIA EM SAÚDE PARA AS UNIDADES SOCIOEDUCATIVAS**



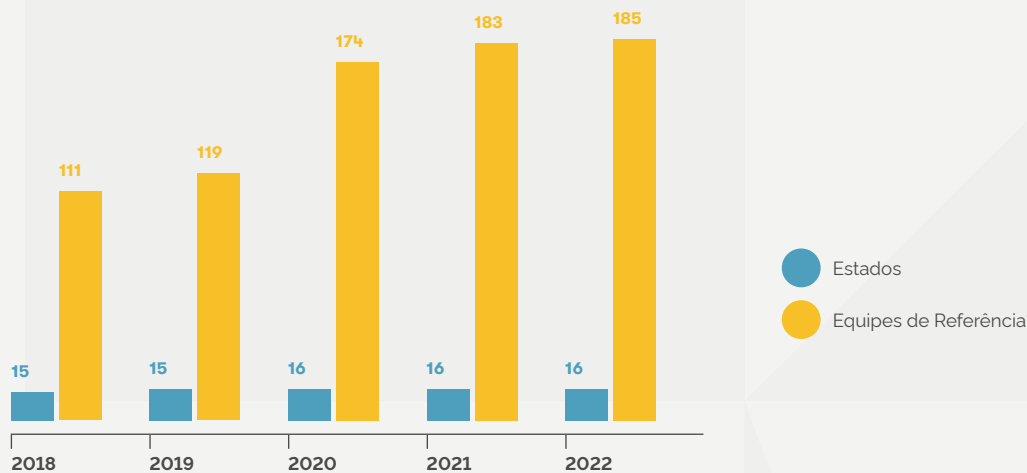
14.413 ADOLESCENTES

atendidos, em um universo de cerca de **27 mil**, em cumprimento de medida socioeducativa de privação de liberdade, conforme levantamento anual do Sinase de **2017**.

Os demais estados que possuem unidades socioeducativas estão em processo de sensibilização e pactuação para o desenvolvimento das ações de atenção integral a essa população.



Gráfico 12 - Número de eAP ou eSF referência para a PNAISARI (2018-2022)



Fonte: COPES/CGESF/SAPS/MS, dezembro 2022.

No ano de 2022, houve a inclusão da PNAISARI na 24ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza, abrangendo entre os grupos prioritários, os adolescentes em medidas socioeducativas e os funcionários do Sistema Socioeducativo, classificados em categorias, especialmente, trabalhadores da saúde.

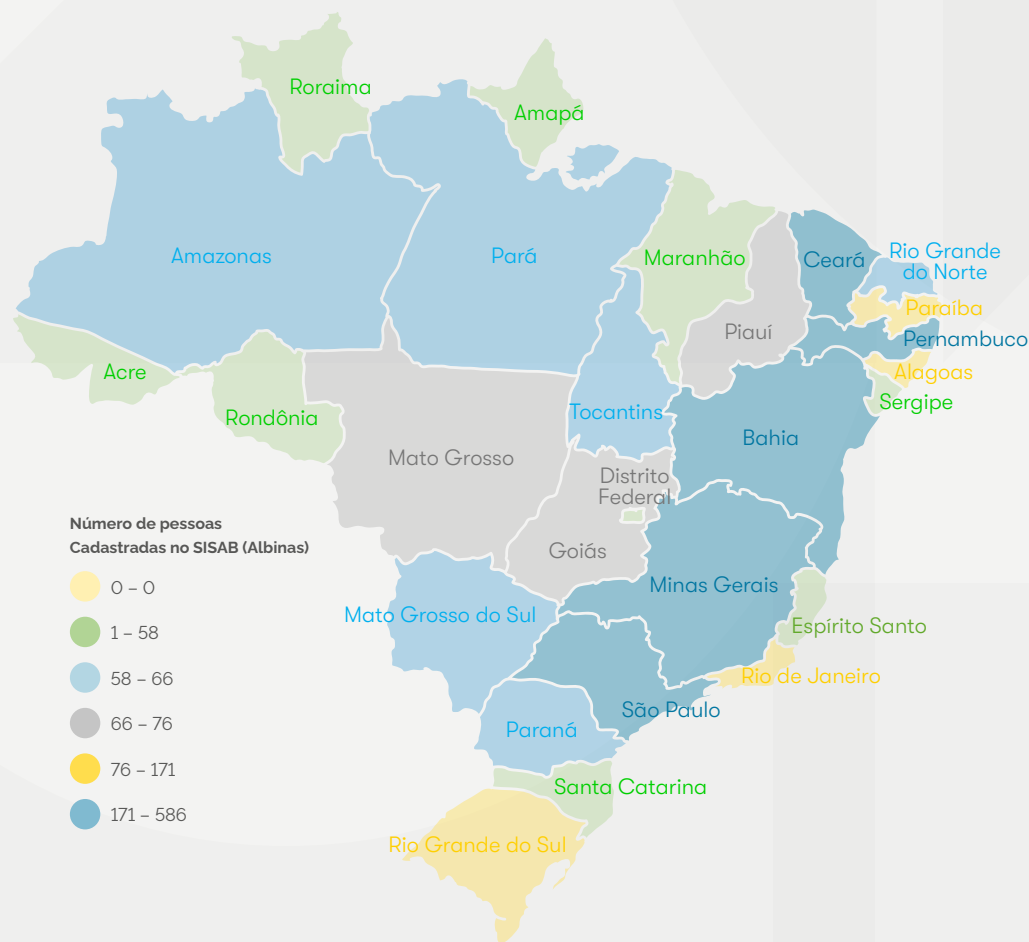
2.1.4.2 Ações voltadas para Pessoas com Albinismo

Define-se pessoa com albinismo aquela acometida por uma condição rara, não contagiosa, de origem genética, cuja transmissão pode ser autossômica recessiva ou ligada ao cromossomo X. A falta de melanina pode acarretar hipopigmentação da pele, olhos,

pelos e cabelos, e pode levar a acometimentos visuais importantes, como a baixa visão. O albinismo apresenta grande variação fenotípica devido principalmente à variabilidade genética intrínseca à condição.

No ano de 2022, foram cadastradas 2.981 pessoas com albinismo, cujo CID-10 E70.3 foi registrado no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab). Dessas pessoas, houve um total de 6.416 atendimentos no referido ano. No mapa da figura a seguir é possível identificar o cadastro de pessoas com albinismo na APS, por unidade federativa do Brasil.

Mapa 5 – Distribuição de pessoas cadastradas na APS com albinismo, segundo UF, 2022, Sisab



Em 2022 foi realizado o Lançamento e a divulgação do material digital "Ações estratégicas de cuidado em saúde para pessoas com albinismo: orientações técnicas para gestores

e trabalhadores da Atenção Primária à Saúde". Disponível em:



https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_estrategicas_cuidado_saude_albinismo.pdf

2.1.4.3 Política Nacional de Saúde Integral de Atenção à População do Campo, da Floresta e das Águas

A Política Nacional de Saúde Integral de atenção das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), instituída na Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, tem o objetivo de promover a saúde das populações do campo, da floresta e das águas por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça, cor, etnia e orientação sexual, visando o acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas, e à melhoria dos

indicadores de saúde e da qualidade de vida. Diante disso, a Atenção Primária à Saúde (APS) registrou um total de 997.116 cadastros de Povos e Comunidades Tradicionais (PCT) e 1.840.070 atendimentos voltados para essa população realizados pelas da APS - dados extraídos Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), relativos a 2022.

Com vistas a fortalecer o acesso dessas populações aos serviços de saúde, por meio de termos de execução descentralizada (TED) firmados entre o Ministério da Saúde e os comandos da Marinha do Brasil e do Exército Brasileiro, foram realizados atendimentos e procedimentos, conforme o quadro 3.

Quadro 3 – Atendimentos e procedimentos realizados pelos Comandos da Marinha e do Exército, em 2022

SITUAÇÃO	TIPO DE ATENDIMENTO	MARINHA	EXÉRCITO
PESSOAS ATENDIDAS	ATENDIMENTO MÉDICO	14.320	25.476
	ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO	3.847	6.981
	TOTAL DE PESSOAS ATENDIDAS	18.167	32.457
PROCEDIMENTOS REALIZADOS	PROCEDIMENTOS MÉDICOS	83.417	13.925
	DISTRIBUIÇÃO DE KIT HIGIENE BUCAL	17.576	0
	PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM	15.949	12.051
	AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	2.702	0
	AÇÕES DE MULTIVACINAÇÃO	110	133
	TOTAL DE PROCEDIMENTOS	119.754	26.109

Fonte: Marinha (Relatórios de Atendimentos de Atividades de Assistência Hospitalar -ASSHOP e Atividades Cívico Sociais -ACISO do 4º e do 9º Distrito Naval); Exército (Relatório Técnico do Comando do Exército - Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira - AM e Hospital de Guarnição de Tabatinga - AM), Dezembro/2022.

2.1.4.4 Política Nacional para a População em Situação de Rua (PSR)

A Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto n.º 7.053/2009, visa atender às necessidades desse grupo populacional, observando os atributos essenciais da APS, quais sejam: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação da atenção dentro do sistema. No que tange à área da saúde, a política visa assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram a política pública de saúde e criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o SUS para qualificar a oferta de serviços.

Os consultórios na rua são serviços criados especificamente para a população em situação de rua. Além disso, esse grupo também possui como porta de entrada no SUS os seguintes serviços: Unidades de Saúde da Família (USF); Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Unidades de Pronto Atendimento, Hospitais (Emergência) e Serviços de Atendimento Móvel de Emergência (SAMU 192).

Parcerias que promovem equidade em saúde por meio de Acordos de Cooperação Técnica e outras estratégias

➤ Acordo de Cooperação Técnica celebrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos (MMFDH), que tem por objetivo elaborar estratégias e ações intersetoriais e interministeriais para o

enfrentamento ao estigma, à discriminação e à violação de Direitos Humanos relacionados às populações em situação de vulnerabilidade social, assegurando a elas o exercício do direito fundamental à saúde, de forma universal e equânime. Como resultados, têm-se as seguintes publicações: Guia de diretrizes para a atenção integral à saúde das populações do campo, floresta e águas (CFA) e povos e comunidades tradicionais (PCTs); o Guia Orientador para a Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano; Ações estratégicas de cuidado em saúde para pessoas com albinismo: orientações técnicas para gestores e trabalhadores da Atenção Primária à Saúde; e População em situação de rua e violência – uma análise das notificações no Brasil de 2015 a 2017. Além disso, construção de Cursos EAD (45h) da Equidade para Profissionais, Gestores e Usuários do SUS - em Desenvolvimento (2023), instituição Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz (UNASUS).

➤ Acordo de Cooperação Técnica n.º 1/2022, celebrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça e Segurança Pública, que tem por objetivo desenvolver ações colaborativas para prevenção e controle do HIV/AIDS, hepatites virais, hanseníase, tuberculose, sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis no sistema prisional brasileiro.

- Validação do Curso a distância sobre o Manejo da Tuberculose na Atenção Primária à Saúde para a População em Situação de Rua, ofertado pela UNA-SUS – 100.000 vagas e matriculados 2.993 participantes, em 2022. Curso disponível em:

 <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/46324>

- Validação do Curso "População em Situação de Rua" - qualificação para os trabalhadores do sistema de saúde para ampliar o acesso ao SUS à PSR, ofertado pela UNA-SUS, disponível em:

 <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/populacao-em-situacao-de-rua-3a-oferta/>

- Validação do Curso "População em Situação de Rua e o Modelo Moradia Primeiro (Housing First)" de iniciativa do MMFDH, cerca de 700 pessoas foram capacitadas, o curso está disponível em:

 <https://www.escolavirtual.gov.br/curso/625#;>

- Elaboração do Boletim de violência motivada por situação de rua - "População em Situação de Rua e Violência: uma análise das notificações no Brasil de 2015 a 2019", disponível em:

 <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no22.pdf/view;>

2.1.5 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPICS)

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único Saúde (PNPIC), aprovada pela Portaria GM/MS n.º 971, de 3 de maio de 2006, tem como objetivo principal contribuir para aumentar a resolubilidade e o uso racional do SUS e expandir o acesso às Práticas Integrativas e Complementares. Atualmente, a política recomenda 29 práticas integrativas e complementares (PICS) e estimula a ampliação da oferta destas práticas em todo o território nacional, além de apoiar o diálogo transversal com outras áreas e de promover a ampliação dos conhecimentos específicos e a qualificação dos profissionais que atuarão com as práticas, para uma oferta de serviços e produtos com qualidade e segurança.

A PNPIC está presente nas 27 Unidades Federativas, sendo que 10 estados e o Distrito Federal possuem formalização da Política Estadual de PICS. No período de 2019 a 2022, as práticas estiveram presentes na Atenção Primária à Saúde (APS), em algum momento, em 4.817 municípios. Em 2022, foram 3.646 municípios que registraram procedimentos com as práticas. O número de procedimentos registrados com PICS no SUS, no período de 2019 a 2022, foi de 8.766.817, sendo 2.721.672 de registros na APS e 6.045.145 registros na Média e Alta Complexidade (MAC). Em 2022, foram 1.037.685 procedimentos registrados na APS e 1.951.207 procedimentos registrados na MAC, sendo que 11.813 estabelecimentos registraram oferta de PICS na APS.

Iniciativas relacionadas às práticas integrativas e complementares desenvolvidas em 2022:

- Produção de Artigos Científicos:** em 2022, o Ministério da Saúde publicou o artigo científico intitulado "Evidências Científicas em Medicinas Tradicionais, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: investimento em pesquisa e perspectivas do Ministério da Saúde do Brasil". O artigo sistematiza informações a respeito das pesquisas científicas financiadas pelo MS dentro da temática de Medicinas Tradicionais, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (MT-PICS), no período de 2002 a 2020. A publicação pode ser acessada no seguinte site:

 [https://revistadabiomedicina.com.br/index.php/12222/article/view/106.](https://revistadabiomedicina.com.br/index.php/12222/article/view/106)

- Linhas de Cuidado:** Houve a publicação de três linhas de cuidado: Infarto Agudo do Miocárdio, Ansiedade e Demência, disponíveis no endereço eletrônico:

 [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/.](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/)

- Laboratório de Inovação em Saúde sobre Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (LIS-PICS):** em maio de 2022, foi concluída a implementação da 1ª edição do Laboratório de Inovação em Saúde sobre Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (LIS-PICS), em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde. Disponível no site:

 [https://apsredes.org/lis-pics/.](https://apsredes.org/lis-pics/)



O Ministério da Saúde discutiu com a OPAS/OMS, o modelo da 2ª edição do LIS-PICS que está em desenvolvimento.

► **Cursos de Capacitação em PICS:** em 2022, em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina - TED 55/2019, as seguintes ações de educação permanente foram desenvolvidas: 1) formação em Auriculoterapia de Profissionais da Atenção Primária realizada nas seguintes cidades: Brasília/DF, Belém/PA, Cuiabá/MT, São Paulo/SP, Laranjeiras/SE, Curitiba/PR, Criciúma/SC, São Bento do Sul/SC, Campinas/SP e Florianópolis/SC. O total de profissionais formados em 2022 foi de 2.232. Desde a implementação do projeto, 13.921 profissionais de saúde da APS foram certificados. 2) formação em Acupuntura de Médicos da Atenção Primária (AMAB) nos seguintes municípios: Florianópolis/SC (59 médicos) e São Paulo/SP (29 médicos).

2.1.6 Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

Visa promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. A PNPS traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social. A Promoção da Saúde implica em uma mudança na forma de pensar e de agir do usuário do SUS antes da doença. Incide sobre as condições de vida, favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham.

Em 2022, destaca-se a realização das seguintes ações de promoção da saúde:

► Carta Acordo "Curso de Monitoramento e Avaliação", em Promoção da Saúde", celebrada com o Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis - CEPEDOC, para desenvolvimento de dois cursos, um com tutoria, realizados em 2022. Curso com tutoria, ofertou 127 vagas com um total de 77 aprovados;

► Carta Acordo da Pesquisa de Avaliabilidade da Política Nacional de Promoção da Saúde a ser finalizada em 2023, as instituições responsáveis são: Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz e a Universidade Estadual Vale Do Acaraú - UVA. O desenvolvimento dessa pesquisa direciona as expectativas em dimensões diversas de processos de trabalhos - que permeiam espaços de tomada de decisão, implementação e modelagem de processos, afetações na produção de saúde, por exemplo - e alcança atores múltiplos - gestores, profissionais, pesquisadores, representações da sociedade civil e usuários.



- Projeto Fortalecimento da Tradução do Conhecimento em parceria com a Fiotec, finalizado, no qual foram elaboradas 41 revisões rápidas sobre questões de alta relevância para as políticas relacionadas com a Promoção da Saúde e cinco mapas de evidências:



<https://sites.bvsalud.org/pie/pt/biblio/>

- Realização de 13 webinários que permitiram o diálogo de temas estratégicos junto aos profissionais de saúde e gestores. Os webinários estão disponibilizados no Canal do Ministério da Saúde no Youtube.
- Produção editorial de 56 materiais técnicos e científicos para subsidiar ações de promoção da saúde, disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde:



<https://brasil.bvs.br/>

AS 13 AÇÕES REALIZADAS NO ÂMBITO DO PSE

- | | |
|---|--|
| ➤ VERIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO VACINAL | ➤ SAÚDE BUCAL |
| ➤ ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E PREVENÇÃO DA OBESIDADE | ➤ SAÚDE AUDITIVA |
| ➤ PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA | ➤ SAÚDE OCULAR |
| ➤ PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ E DIREITOS HUMANOS | ➤ PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES |
| ➤ SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E PREVENÇÃO DE HIV/IST | ➤ PREVENÇÃO DE DOENÇAS NEGLIGENCIADAS |
| ➤ SAÚDE AMBIENTAL | ➤ PREVENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS |
| | ➤ PREVENÇÃO À COVID-19 NAS ESCOLAS |

2.1.6.1 Programas Intersectoriais

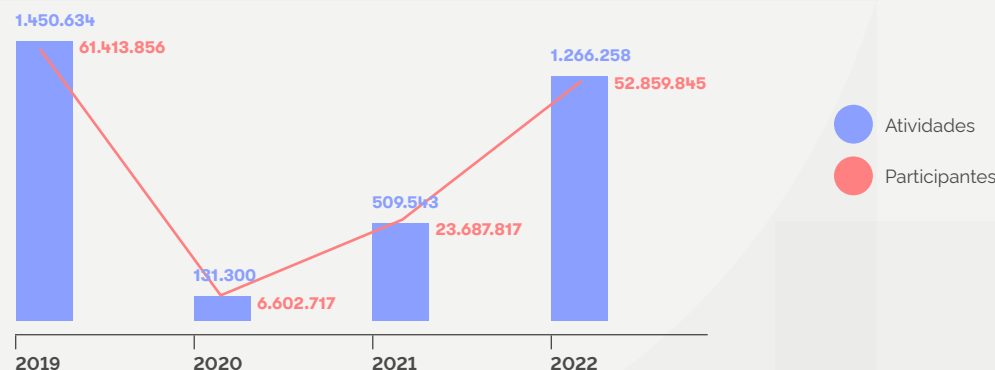
a) Programa Saúde na Escola (PSE)

O PSE foi instituído por meio do Decreto Presidencial n.º 6.286, de 5 de dezembro de 2007, e é gerido de forma intersectorial pelos Ministérios da Saúde e da Educação. As ações são voltadas para a promoção da saúde e consideram a diversidade sociocultural das diferentes regiões do Brasil, além da autonomia das escolas e das equipes da APS, que podem realizar uma ou mais ações de acordo com o mapeamento do território.

A adesão ao Programa pelos municípios ocorre de dois em dois anos. Para o Ciclo 2021/2022 do PSE, a adesão ocorreu no período de dezembro de 2020 a março de 2021, resultando na participação de 5.422 municípios, 23.426.003 estudantes e 97.389 escolas. Sendo assim, o PSE é um dos maiores programas intersectoriais e de adesão municipal do Brasil, sendo a principal conexão entre o SUS e a rede de educação.

O monitoramento do PSE é realizado a partir dos dados extraídos do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Foram identificadas 1.266.258 ações com 52.859.845 participantes de uma ou mais atividades do PSE realizadas em 5.155 municípios em 2022. O gráfico a seguir demonstra a série histórica de registro das ações do PSE de 2019 a 2022.

Gráfico 13 - Ações desenvolvidas por meio do Programa de Saúde na Escola, 2019 a 2022



Fonte: SISAB, 2022.

Em 2022, a equipe do PSE do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, em colaboração com demais parceiros, lançaram 18 obras de apoio à implementação do PSE. São caderno e guias das ações do Programa, como saúde bucal, verificação da situação vacinal, saúde ambiental, prevenção ao uso de

tabaco, prevenção de doenças negligenciadas, promoção da cultura de paz, promoção da atividade física e alimentação saudável, que estão disponíveis em:



<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/index>

b) Programa Bolsa Família (PBF) e Programa Auxílio Brasil (PAB)

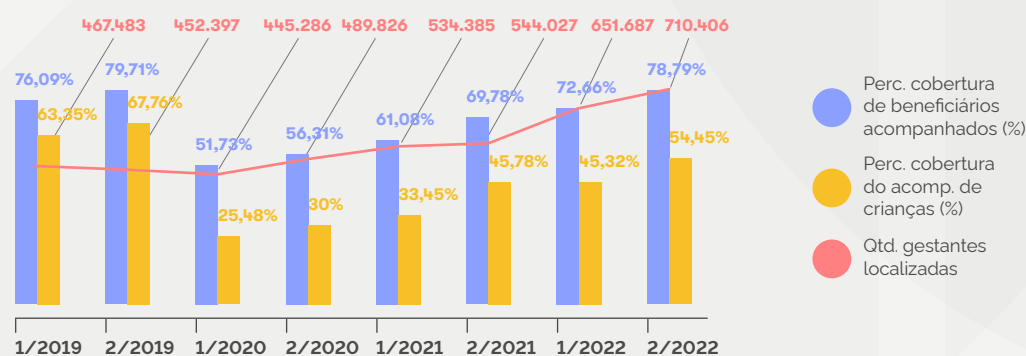
O Programa Bolsa Família foi criado pela Lei n.º 10.836, de 09 de janeiro de 2004, como um programa federal de transferência de renda para famílias em situação de pobreza ou de extrema pobreza. O Programa tem a finalidade de promover acesso aos direitos sociais básicos e romper com o ciclo intergeracional da pobreza. O benefício é concedido às pessoas por meio de auxilio financeiro vinculado ao cumprimento de compromissos na Saúde, Educação e Assistência Social, esses compromissos são chamados de condicionalidades. As famílias em situação de pobreza e extrema pobreza podem ter maior dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de Saúde. Nesse contexto, o objetivo das condicionalidades do Programa é garantir a oferta das ações básicas, e potencializar a melhoria da qualidade de vida da população mais vulnerável contribuindo para a sua inclusão social.

Ao final de 2021, o Programa Bolsa Família foi substituído pelo Programa Auxílio Brasil (PAB), instituído por meio da Lei n.º 14.284, de 29 de dezembro de 2021. Contudo, as condicionalidades de saúde não sofreram modificações.

O público obrigatório para o acompanhamento das condicionalidades de saúde são as crianças menores de 7 anos – realizando a verificação da situação vacinal, com as devidas atualizações, e a aferição de peso e altura – e as mulheres de 14 a 44 anos – identificando as gestantes e o acesso destas ao pré-natal. O acompanhamento das condicionalidades é realizado uma vez a cada semestre/vigência.

Ao observar a série histórica de acompanhamento das condicionalidades de saúde, é possível verificar a redução das coberturas de acompanhamento a partir da 1ª vigência de 2020, ocasionada em razão do surgimento da pandemia.

Gráfico 14 - Acompanhamento das condicionalidades de saúde, por vigência, 2019 a 2022



Fonte: Sistema de Gestão do Programa Auxílio Brasil na Saúde. Plataforma e-Gestor. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2022.

* Informações parciais, atualizadas até 16/12/2022.

Em relação à 2ª vigência de 2022, a Saúde acompanhou:

- 25.077.388 (78,79%)** do total de **31.826.288** beneficiários a serem acompanhados.
- Com relação às crianças, foram acompanhadas **4.304.294 (54,45%)** do total a serem acompanhadas (**7.905.320**). Dessas, **99,66%** estavam com a vacinação em dia e **97,30%** estavam com os dados nutricionais informados.
- Com relação às gestantes, foram identificadas **710.406 (178,97% da estimativa)**, sendo **99,94%** delas com pré-natal realizado e **59,14%** com dados nutricionais coletados.

Ações relevantes realizadas no ano de 2022:

- Curso EAD "Programa Auxílio Brasil na Saúde" por meio da plataforma UniverSUS Brasil. Ofertadas 8 turmas em 2022, com 600 vagas cada; tem carga horária de 20 horas; e é voltado para profissionais que atuam ou atuarão no acompanhamento das condicionalidades de saúde nos estados e municípios, estudantes e demais interessados no assunto. No total, foram capacitadas 3.615 pessoas.
- Publicação do "Guia para acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Auxílio Brasil", disponível em:



https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_acompanhamento_condicionalidades_auxilio_brasil.pdf



2.1.6.2 Promoção da Atividade Física

a) Programa Academia da Saúde (PAS)

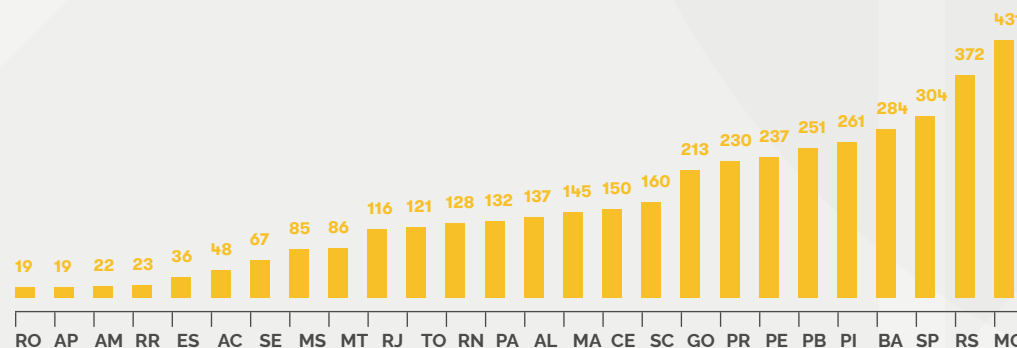
O Programa Academia da Saúde é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos onde são ofertadas práticas de atividades físicas para população. Foi instituído em 2011 por meio da Portaria GM/MS n.º 719 e redefinido pelas Portarias de Consolidação GM/MS n.º 5 e n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para contribuir com a produção do cuidado e os modos de vida saudáveis à população, por meio de ações nos seguintes eixos temáticos: práticas corporais e atividades físicas - que agrega cerca de 85% das ações realizadas no PAS; promoção da alimentação saudável; práticas integrativas e complementares; práticas artísticas e culturais; educação em saúde; planejamento e gestão; e mobilização da comunidade.

O Programa, fundamentado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), tem por objetivo prevenir riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção da saúde, prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), acidentes e violências, e a promoção do envelhecimento saudável. O Ministério da Saúde (MS) realiza a transferência de incentivos financeiros de capital/investimento para a construção dos polos. Atualmente, existem 3 modalidades de polos, conforme Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5, de 28 de setembro de 2017.

Entre os anos de 2011 e 2022, considerando apenas as propostas vigentes, houve a aprovação de R\$ 521,5 milhões em investimentos federais, referentes à habilitação de 4.077 propostas de obras do Programa, em 2.865 municípios.

Cabe destacar que ocorre variação periódica dos números de obras vigentes, considerando o monitoramento e cancelamento por descumprimento de critérios definidos nas legislações do Programa.

Gráfico 15 - Número de propostas de construção de polos do Programa Academia da Saúde vigentes, por unidade federativa, Brasil, 2022



Fonte: SISMOB, janeiro de 2023.

Dentre as propostas vigentes, 380 (9,32%) estão em estágio de "ação preparatória", 183 (4,49%) em "início de execução", 289 (7,09%) em "em execução e conclusão", 1.005 (24,65%) "concluídas", 2.215 (54,33%) "em funcionamento" e 5 (0,12%) "em readequação". Cabe destacar que

60,07% das propostas vigentes foram oriundas de recurso de Programa e 39,93% são oriundas de emendas parlamentares e, considerando-as vigentes, as propostas que não estão nas situações "cadastradas", "canceladas" ou "em cancelamento".

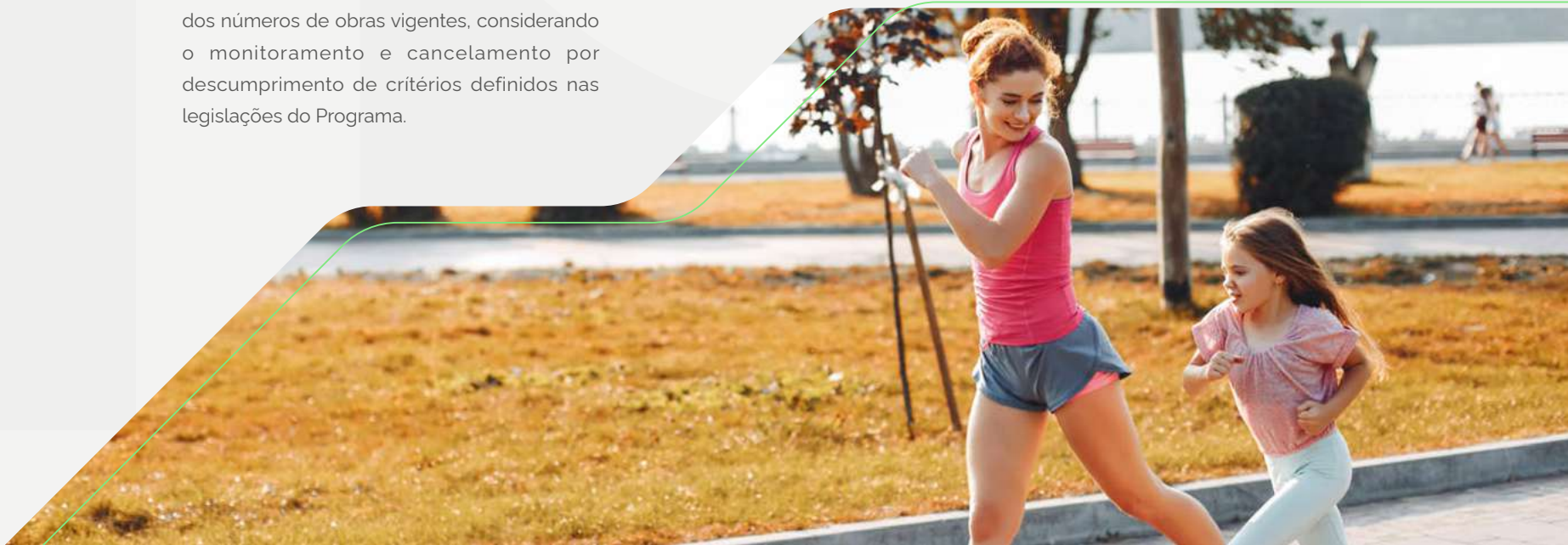


Tabela 11 – Distribuição das obras do Programa Academia da Saúde, por situação e ano de habilitação

Ano de habilitação	Total	Em ação preparatória	Em início de execução	Em execução e conclusão	Concluída	Em funcionamento	Em readequação
2011	1670	-	-	9	565	1091	5
2012	514	-	-	17	210	287	-
2013	647	-	-	49	128	470	-
2014	36	-	-	3	4	29	-
2015	29	-	-	3	-	26	-
2016	49	2	-	6	7	34	-
2017	52	11	9	10	7	15	-
2018	844	204	146	169	75	250	-
2019	59	30	9	9	5	6	-
2020	107	67	15	14	4	7	-
2021	55	51	4	-	-	-	-
2022	15	15	-	-	-	-	-
Total Geral	4077	380	183	289	1005	2215	5

Fonte: SISMOB, janeiro de 2023.

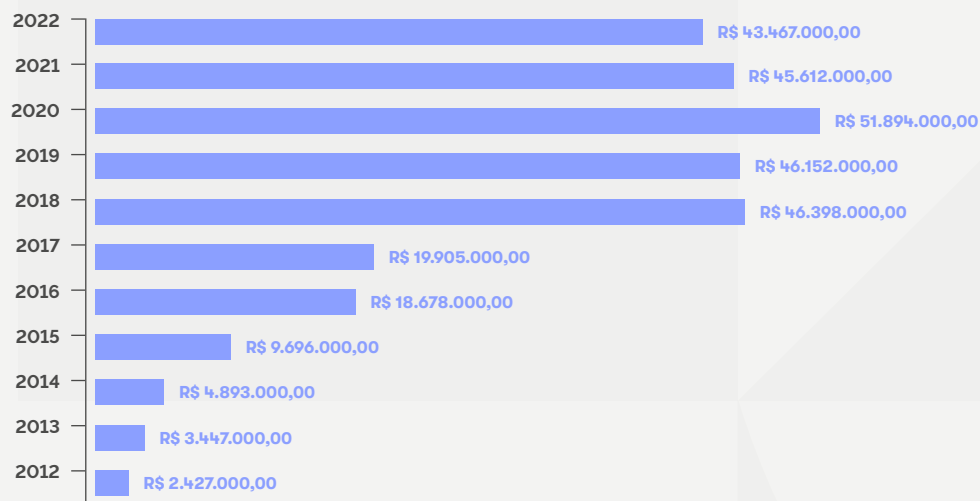
Cabe destacar que ocorre variação periódica nas etapas das obras devido ao avanço físico, finalização e início de funcionamento dos estabelecimentos.

Até dezembro de 2022, o PAS possuía 1.747 polos de academia da saúde credenciados para o recebimento do custeio mensal repassado pelo Ministério da Saúde. O repasse do custeio é efetivado mediante o cumprimento de critérios previstos nas Portarias de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017 e SAPS/MS nº 1, de 02 de junho de 2021.

No ano de 2022, foram transferidos aos Fundos Municipais e Distrital de Saúde para manutenção dos polos, o valor de R\$ 43.467.000. Cabe destacar que foi considerado os valores de restos a pagar respectivos ao ano de 2021.



Gráfico 16 – Repasses de custeio do Programa Academia da Saúde, 2012 a 2022



Fonte: Painel de Transferências do Fundo Nacional de Saúde, consulta realizada em janeiro de 2023 e SAPS/MS, 2023.

Informações sobre o PAS estão disponíveis em:



<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/academia-da-saude>

b) Incentivo de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde (IAF)

No ano de 2022, houve a publicação da Portaria GM/MS n.º 1.105, de 15 de maio de 2022, que instituiu o Incentivo financeiro federal de custeio destinado à implementação de ações de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde (IAF), por meio de contratação de profissionais de educação física, da aquisição de materiais de consumo, da qualificação de ambientes relacionados a atividade física, da melhoria do cuidado relacionado às pessoas com DCNTs mediante a inserção de atividade física na rotina desses indivíduos, dentre outros mecanismos.

Houve solicitação de credenciamento de 25.404 estabelecimentos de saúde da APS (53% dos estabelecimentos elegíveis), correspondentes a 4.129 municípios (74% dos municípios brasileiros). O número de solicitações de credenciamento foi três vezes maior que a disponibilidade orçamentária destinada ao IAF. Diante disso, foi criada uma nota de priorização municipal, mediante a análise de critérios de equidade em saúde, para elegibilidade dos municípios prioritários ao recebimento do IAF. A metodologia empregada para análise foi detalhada em Nota Técnica publicada pela Portaria GM/MS n.º 2.103, de 30 de junho de 2022, que credenciou 8.230 estabelecimentos de saúde da APS, correspondente a 4.128 municípios. A primeira portaria de homologação dos estabelecimentos foi publicada com a homologação de 8.212

estabelecimentos de saúde para repasse de custeio mensal, conforme Portaria GM/MS n.º 3.872, de 26 de outubro de 2022.

Acerca do apoio interfederativo, cabe ressaltar que em 2022, além das webconferências realizadas durante o período de credenciamento e da publicação do manual de credenciamento, também foram realizadas oficinas de capacitação presenciais com as Referências Estaduais do Programa Academia da Saúde/Atividade Física dos seguintes estados da região Norte: Amazonas, Amapá, Pará, Roraima e Acre.

c) Outras ações relacionadas à Atividade Física

> **Guia de Atividade Física para a População Brasileira**, lançado em junho de 2021, apresenta as primeiras recomendações brasileiras de atividade física, divididas por ciclos de vida. Após o lançamento, foram distribuídos 74.200 exemplares do Guia às Secretarias Estaduais de Saúde, para posterior envio aos municípios, o que ocorreu em 2021 e 2022.

Além disso, houve a impressão de 1.000 exemplares do Guia em braille, que foi lançado em Niterói/RJ em fevereiro de 2022. Em 2022, houve a distribuição de 441 exemplares para instituições e associações especializadas; institutos e fundações; universidades e institutos federais; e Centros de Reabilitação (CER) vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) que atendam às pessoas com deficiência visual e cegos.

> **Programa Brasil em Movimento** tem como objetivo ampliar o acesso à prática orientada por profissionais de educação física em espaços adequados, por meio de um aplicativo de smartphone. O público-alvo são as pessoas com 18 anos ou mais. O cronograma de atividades e o desenvolvimento do aplicativo pelo Ministério da Saúde tiveram ajustes, devido às restrições de distanciamento social provocadas pela pandemia da covid-19 no país. A perspectiva é que o Brasil em Movimento seja consolidado como uma ferramenta para aproximar a população do SUS aos serviços que ofertam atividade física na Atenção Primária à Saúde (APS) e, assim, fomentar a prática de atividades físicas nos territórios. No ano de 2022, as tratativas foram iniciadas para a incorporação da ferramenta como um mini app para uso do cidadão e dos profissionais de saúde da APS do SUS.

> **1ª Conferência Internacional de Promoção da Atividade Física**, realizada em novembro de 2022, com o objetivo de disseminar informações técnico-científicas e promover trocas de experiências nacionais e internacionais em promoção da atividade física na saúde pública, visando auxiliar na construção de abordagens integradas para aumentar os níveis de atividade física das populações dos países, com ênfase nos serviços da Atenção Primária à Saúde. O evento foi destinado aos representantes dos Ministérios da Saúde de diversos países, gestores de saúde, profissionais de saúde, pesquisadores, estudantes, organizações da sociedade e demais envolvidos com a

promoção da atividade física, com a previsão de 3.000 participantes de forma remota. Os países participantes foram: Brasil, Uruguai, Argentina, Peru, Costa Rica, Paraguai, Chile, Colômbia, Jamaica, Equador e Portugal. Além disso, o evento teve o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a participação de representantes da Organização Mundial da Saúde.

► Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030

O Ministério da Saúde acompanha a meta de aumento da prevalência da prática de atividade física no tempo livre, prevista no plano. Até 2030, a meta desse indicador é "aumentar a prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 30%", sendo a base de informações o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) de 2019 – 30,1% – e a meta, em 2030, de 39,1%. De acordo com os dados do Vigitel em 2021, esse indicador está em 36,7%.

2.1.6.3 Alimentação e Nutrição

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), publicada em sua primeira edição em 1999 e a segunda edição em 2011, é o instrumento que aponta as diretrizes para a organização das ações de alimentação e nutrição no SUS e a contribuição do setor saúde à garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira.

O propósito da política é contribuir com 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, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição. A má alimentação lidera o ranking dos fatores de risco relacionados à carga global de doenças no mundo¹, sendo o primeiro fator de risco que mais contribuiu com a mortalidade e o segundo que mais contribuiu para os anos de vida perdidos. De forma correspondente à má alimentação, a má nutrição em todas as suas formas (desnutrição, deficiências de micronutrientes e obesidade) permanece sendo a principal causa de problemas de saúde no mundo.

a) Fortalecimento da Implementação da PNAN nos Estados e Municípios

Com vistas a apoiar a implementação das ações de alimentação e nutrição nos estados e municípios foi instituído, em 2006, o incentivo financeiro federal de custeio. O financiamento das ações de alimentação e nutrição, por meio do Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN) é o único incentivo financeiro federal destinado de maneira ampla para a implementação do conjunto das ações previstas na PNAN, sendo estratégico por se tratar de um recurso que pode ser utilizado de acordo com as necessidades e o planejamento local. Em 2022, foram repassados R\$ 23.521.000,00, por meio da Portaria n.º 411 de 25 de fevereiro de 2022, recurso transferido para todos os estados e para 1.181 municípios com população acima de 30 mil habitantes.

O monitoramento parcial da Cobertura de Vigilância Alimentar e Nutricional na APS, realizado nos 1.181 municípios em outubro/22, mostra que o número total de indivíduos com estado nutricional avaliado foi de 32.425.923, indicando uma cobertura igual à 20,16%. Com relação aos marcadores de consumo alimentar, o número de indivíduos acompanhados em 2022 (245.642), compreende uma cobertura igual à 0,15%. Ressalta-se que esses dados são parciais, visto que o sistema consolida os dados do ano anterior em junho do ano subsequente.

Como ferramenta de apoio à gestão estadual e municipal, foi desenvolvida, em parceria com a Bireme, a Vitrine do Conhecimento em Alimentação e Nutrição em Saúde Pública, disponível em:



https://brasil.bvs.br/vitrinas/post_vitrinas/alimentacao-e-nutricao-em-saude-publica/.

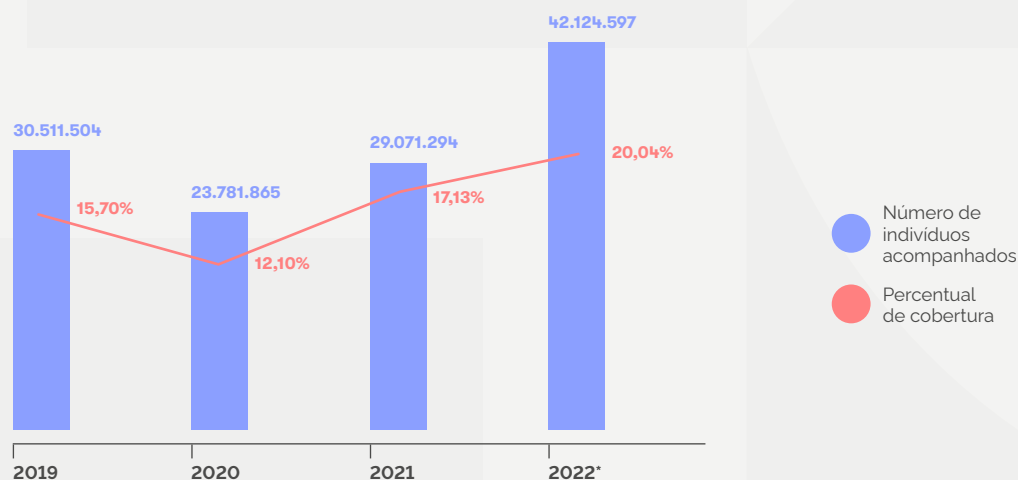
b) Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)

A Vigilância Alimentar e Nutricional é uma das diretrizes da PNAN e se caracteriza pela descrição contínua e a predição de tendências de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes. As informações de VAN são oriundas de diferentes fontes de informação, desde os inquéritos populacionais, pesquisas sobre as condições de alimentação e nutrição até a avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar os serviços de saúde do SUS e, assim, subsidiam políticas públicas, ações e estratégias em diferentes níveis de gestão voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde das populações.

¹ GBD 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet* 2019; 393: 1958 – 72.

Destaca-se que a VAN associada aos cuidados em saúde na APS, permite às equipes a identificação precoce de todas as formas de má nutrição e a intervenção em tempo oportuno, subsidiando a organização da atenção nutricional efetiva e resolutiva no território, considerando as necessidades da população. Em 2022, dados parciais, mostraram uma cobertura de

Gráfico 17 - Cobertura de acompanhamento de estado nutricional¹ e número de indivíduos atendidos na Atenção Primária à Saúde, de 2019 a 2022



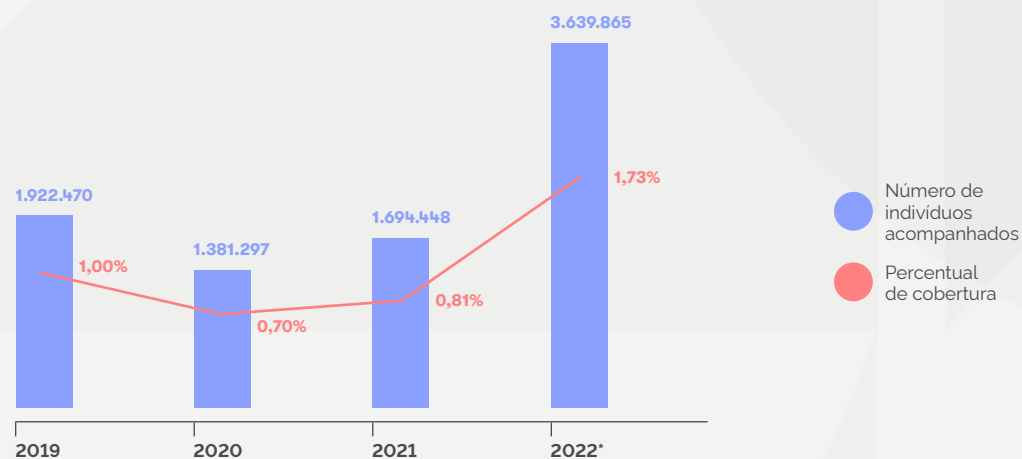
Fonte: Relatórios públicos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), dezembro/2022.

¹ Calculada considerando a razão entre o número de pessoas que tiveram peso e altura aferidos na Atenção Primária à Saúde e a estimativa populacional para cada ano, segundo estimativa IBGE.

* Dados de 2022 são parciais de 12/12/2022 considerando o período de integração de dados entre os sistemas de informação da APS.

acompanhamento do estado nutricional de 20,04%, isto é, 42.124.597 indivíduos tiveram peso e altura aferidos na APS. Já a cobertura de acompanhamento de marcadores de consumo alimentar foi igual a 1,73%, equivalente ao acompanhamento de 3.639.865 indivíduos de todas as fases do curso da vida na APS.

Gráfico 18 - Cobertura de acompanhamento de marcadores de consumo alimentar¹ e número de indivíduos atendidos na Atenção Primária à Saúde, de 2019 a 2022



Fonte: Relatórios públicos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), dezembro/2022.

¹ Calculada considerando a razão entre o número de pessoas que tiveram acompanhamento dos marcadores de consumo alimentar na Atenção Primária à Saúde e a estimativa populacional para o ano de 2019 (210.147.125 pessoas).

* Dados de 2022 são parciais de 12/12/2022 considerando o período de integração de dados entre os sistemas de informação da APS.



De forma resumida, os dados de vigilância alimentar e nutricional, em nível nacional, considerando os indivíduos atendidos na APS, mostram o seguinte cenário para o ano de 2022:

Tabela 12 – Dados de vigilância alimentar e nutricional, em nível nacional, considerando os indivíduos atendidos na APS, 2022

FASE DO CURSO DA VIDA	N.º DE INDIVÍDUOS ACOMPANHADOS	DESNUTRIÇÃO	EXCESSO DE PESO*	OBESIDADE
Crianças menores de 5 anos	6.308.188	6,04%	14,24%	6,35%
Crianças entre 5 e 9 anos	5.238.137	5,28%	31,24%	15,81%
Adolescentes	6.433.631	4,22%	31,21%	12,34%
Adultos	21.211.959	2,17%	66,51%	31,88%
Idosos	6.442.490	12,33%	50,89%	-**

Fonte: Relatórios públicos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), dezembro/2022. Dados de 2022 são parciais de 02/03/2023, considerando o período de integração de dados entre os sistemas de informação da APS.

* Excesso de peso compreende somatório dos casos de sobrepeso e obesidade.

** Em idosos a classificação é de sobrepeso. Não há classificação de obesidade.

Não foi informado estado nutricional para gestantes considerando a atualização do método de classificação do estado nutricional nesse evento do curso da vida e necessidade de atualização dos sistemas de informação da APS.

Destaca-se ainda que os resultados dos indicadores antropométricos do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) foram liberados em 2022 e encontram-se disponíveis em:



<https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>.

Os resultados mostraram prevalência de déficit de estatura, magreza e excesso de peso de 7,0%, 3,0% e 10,1%, respectivamente, entre crianças menores de 5 anos de idade. Entre as mães biológicas das crianças avaliadas a prevalência de baixo peso, o excesso de peso e a obesidade foram 3,0%, 58,6% e 26,3%, respectivamente.

c) Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS)

As ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, previstas na PNAN, fundamentam-se nas dimensões de incentivo, apoio, proteção e promoção da saúde e contribuem para o enfrentamento do atual cenário epidemiológico, representado pelo aumento significativo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), com destaque para o excesso de peso e obesidade e importantes mudanças no consumo alimentar da população brasileira.

Considerando que o consumo alimentar não é apenas uma questão individual e sim determinada pelos ambientes e pelo sistema alimentar, que inclui desde a produção, a disponibilidade e o acesso aos alimentos, a agenda de incentivo ao consumo de frutas, legumes e verduras no Brasil foi consolidada com a publicação das recomendações para o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras (FLV), lançada em outubro de 2022, durante o Congresso Brasileiro de Nutrição, que tem como objetivo orientar e mobilizar gestores do setor saúde na mediação de ações integradas, abrangentes, efetivas e intersetoriais que promovam políticas públicas interconectadas de produção, processamento, distribuição e comercialização de FLV, e que prezem sobretudo, a promoção da saúde e a segurança alimentar e nutricional da população. A publicação está disponível em:



https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/policy_brief_recomendacoes_aumento_consumo.pdf

Acerca do consumo de frutas, verduras e legumes, de acordo com os dados do Vigitel - 2021, apenas 34,2% dos adultos relataram consumo regular de frutas e hortaliças, disponível em:



<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas/view>.

d) Ações de Prevenção e Atenção à Obesidade

Repasses de apoio à implementação das ações de prevenção à obesidade foram realizados no âmbito do Programa Saúde na Escola, com o Programa Crescer Saudável, que contemplou, em 2022, 4.602 municípios com um repasse de R\$ 7,9 milhões de reais; e o com o Proteja, Estratégia Nacional de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil, instituído em 2021 pela Portaria GM/MS n.º 1.862, com o objetivo deter o avanço da obesidade infantil e contribuir para o cuidado e para a melhoria da saúde e da nutrição das crianças, sendo os gestores municipais de saúde os principais responsáveis pela iniciativa.

Dos 1.331 municípios elegíveis para o recebimento do incentivo federal de custeio para implementação das ações no âmbito do Proteja, conforme critérios detalhados na Portaria GM/MS n.º 1.863/2021, 1.320 (99,1% dos habilitados) finalizaram a adesão. Deste modo, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 2.670/2021 que habilita municípios ao recebimento de incentivo financeiro federal de custeio.

Foram contemplados 1.320 municípios brasileiros com repasse financeiro de R\$ 31.948.300,00.

A referida portaria previu o monitoramento de três indicadores - aumento do número de crianças menores de 10 anos de idade com estado nutricional (peso e altura) avaliado; aumento do número de crianças menores de 10 anos de idade com práticas alimentares (marcadores de consumo alimentar) avaliadas; e aumento do número de atendimentos individuais para problema ou condição avaliada obesidade em crianças menores de 10 anos de idade. De acordo com o monitoramento realizado em outubro de 2022, observou-se que, dos 1.320 municípios contemplados, 1.292 (97,9%) obtiveram êxito no desempenho de pelo menos um dos três indicadores previstos. Com isto, 1.292 municípios fizeram jus ao recebimento da segunda parcela do incentivo financeiro de custeio destinado à implementação das ações no âmbito do Proteja, no ano de 2022, sendo contemplados na Portaria GM/MS n.º 3.859/2022, com repasse financeiro de R\$ 31.525.860,70.

Destaca-se o reconhecimento internacional do Brasil, durante o ano de 2022, por suas ações para o enfrentamento da obesidade, especialmente com o lançamento do Proteja que recebeu o Prêmio da Força Tarefa das Nações Unidas para a Prevenção e Controle de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs) pela Organização das Nações Unidas (ONU), e foi selecionado pela Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO)

como estratégia inovadora de melhor nutrição na região das Américas e Caribe. Por fim, o Brasil foi selecionado como país piloto (*front runner*) para o Plano de Aceleração para parar a Obesidade da Organização Mundial da Saúde (OMS).

A atenção voltada aos indivíduos adultos com obesidade na APS é desenvolvida considerando-se os protocolos e instrutivos para uma atenção integral, resolutiva e precoce, num contexto de organização da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas para a implementação e expansão da Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade que orientam, na perspectiva da gestão, o itinerário de cuidados dos usuários do SUS, com diagnóstico de obesidade.

Em 2022, a proporção de atendimentos individuais para a condição de obesidade acumulados no período de janeiro a dezembro foi de 3,29%. Foram 6.153.634 atendimentos por problema ou condição específica de obesidade de um total de 187.213.225 atendimentos realizados na APS registrados no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (Sisab). Além disso, visando orientar e qualificar o cuidado e a atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no SUS, foi incluída no aplicativo ConecteSUS, a funcionalidade Peso Saudável com o objetivo de orientar os profissionais de saúde e usuários sobre as estratégias para prevenção e tratamento da obesidade, considerando a promoção da alimentação adequada e saudável e a prática de atividades físicas.

Foram elaborados os seguintes Protocolos do uso do Guia Alimentar para a População Brasileira:

VOLUME 1

Orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus: bases teóricas e metodológicas, disponível em:



https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fasciculo1_protocolos_alimentar_adultas_obesidade.pdf



VOLUME 2

Orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade, disponível em:



https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/volume2_protocolos_alimentar_adultas_obesidade.pdf



VOLUME 3

Orientação alimentar de pessoas adultas com hipertensão arterial, disponível em:



https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao_alimentar_adultas_hipertensao_v3.pdf



e) Prevenção e Controle de Carências Nutricionais Específicas

Para a prevenção e controle de carências nutricionais específicas, o Ministério da Saúde coordena três programas de suplementação:

I. O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA), instituído pela Portaria GMM/MS n.º 729, de 13 de maio de 2005, foi atualizado em 2022 e passou a atender um público mais focalizado, considerando-se as prevalências de hipovitaminose A identificadas no ENANI (Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil).

📍 Norte 📍 Centro-Oeste 📍 Nordeste

Todos os municípios participam do programa, com manutenção da faixa etária, mas com considerações

6 a 24
meses de idade
o público é universal

25 a 59
meses de idade
somente o público de referência do CadÚnico passa a receber a suplementação com vitamina A

📍 Sul 📍 Sudeste

houve redução da faixa etária para até
24
meses

com público do CadÚnico como referência, em municípios que estavam aderidos ao Programa em 2021 nessas regiões, com possibilidade de desligamentos de municípios. O monitoramento passou a ser feito pelo **e-SUS APS**.

Em 2022, participaram do Programa

3.644
municípios
cuja meta foi suplementar
5.076.794
crianças
de
6 a 59
meses de idade

Foram administradas

1.763.371
doses

em 2022, pelos registros no Sistema de Monitoramento e-Gestor e ocorreram mais

970.150
procedimentos de administração de Vitamina A

registrados pelo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica, o que representa o alcance de

53,8%
da meta anual

II. O Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), instituído pela Portaria GM/MS n.º 730, de 13 de maio de 2005, também foi atualizado em 2022 e passou a atender um público focalizado, em função das prevalências observadas no ENANI. Na região Norte, atende de forma universal e nas demais regiões, atende o público-alvo do Cadúnico como referência. Para o monitoramento, prioritariamente, os programas de suplementação deverão ser registrados no e-SUS APS.

Brasil

Em 2022, a suplementação de Sulfato Ferroso em:



crianças de **6 a 24** meses de idade atingiu **77.018** crianças em todo o Brasil.

Pelo Sistema de Monitoramento do e-Gestor e pelo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica houve mais **745.752** procedimentos de dispensação de suplemento de ferro para crianças de **6 a 24 meses**



Quanto às gestantes e mulheres no pós-parto/pós-aborto, a cobertura com suplementação com Sulfato Ferroso atingiu **93.927** mulheres, e com Ácido Fólico, **62.315**, pelo Sistema de Monitoramento do e-Gestor.

E em gestantes, **249.127** procedimentos de dispensação de suplemento de ferro e **193.369** de ácido fólico para gestantes.

III. Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em Pó (NutriSUS)

Devido a problemas na produção dos micronutrientes em pó pela empresa contratada, a distribuição dos sachês foi suspensa no ano de 2022 e uma nova produção está prevista para o ano de 2023.

A publicação "Caderno dos Programas Nacionais de Suplementação de Micronutrientes" organiza e atualiza as novas diretrizes para a suplementação.

f) Plataforma Saúde Brasil

A Plataforma Saúde Brasil, desde 2020, traz em sua abordagem 4 pilares principais sendo: 1- Eu quero me alimentar melhor; 2- Eu quero me exercitar; 3- Eu quero ter peso saudável; 4- Eu quero parar de fumar e; em 2022, foi acrescentado o 5º pilar que é Prevenção ao câncer.

A produção do portal envolve a criação de conteúdo no formato de matérias, podcasts com profissionais convidados, vídeos no formato documentário e cards para as redes sociais, que abordam os temas de forma simples ilustrando mudanças no estilo de vida para a promoção da saúde aplicadas à população.

No ano de 2022, foram produzidas 100 matérias, 16 pod casts, 5 webséries; 15 wikis (termos esclarecidos) e diversos cards para as redes.

g) Formação e Educação Permanente

Ao longo de 2022, as estratégias de formação, educação permanente e qualificação da força de trabalho foram mantidas e expandidas em formato virtual. No total, considerando todas as ofertas educacionais na área de alimentação e nutrição, disponíveis nas plataformas Universidade Aberta do SUS (UNASUS), Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde (AVASUS) e Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), concluíram os cursos 178 mil alunos. Cursos disponibilizados:

- Curso autoinstrucional Qualificação Profissional para a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável na Atenção Básica;
- Curso autoinstrucional Amamenta e alimenta Brasil: recomendações baseadas no Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos;
- Curso Estratégia amamenta e alimenta Brasil: formação de tutores;
- Curso autoinstrucional Abordagem do sobrepeso e obesidade na APS;
- Curso Autoinstrucional Reconhecendo o sobrepeso e obesidade no contexto da APS;
- Curso Autoinstrucional Promoção do ganho de peso adequado na gestação.

2.1.6.4 Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)

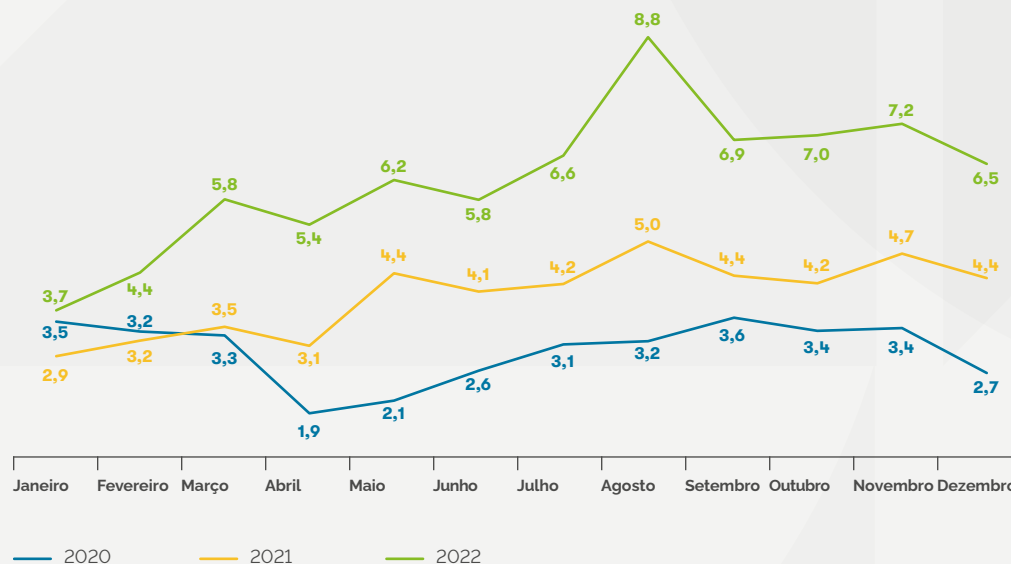
As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem o grupo de doenças de maior magnitude no mundo, atingindo, especialmente, as populações mais vulneráveis, como as de média e baixa renda e escolaridade, devido à maior exposição aos fatores de risco ou ao acesso restrito às informações e aos serviços de saúde². São responsáveis por grande parcela da mortalidade mundial, correspondendo a 72% dos óbitos, contribuindo de forma significativa no desenvolvimento de incapacidades e na perda de qualidade de vida da população. No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 51% da população com 18 anos ou mais afirma ter recebido o diagnóstico de ao menos uma doença crônica no ano de 2019. As DCNT são responsáveis por mais da metade do total de mortes no Brasil. Em 2019, 54,7% dos óbitos registrados ocorreram por algum tipo de DCNT e 11,5% por agravos relacionados a essas. Desses, 41,8% são considerados óbitos prematuros.

Entre esses indivíduos, as doenças cardiovasculares (DCV) assumem significativa relevância, uma vez que se configuram como a principal causa de morte e estão entre as principais causas de incapacidade e anos de vida perdidos, tendo importante impacto social, econômico e na qualidade de vida da população.

Segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), realizado nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, em 2021, 26,3% dos indivíduos entrevistados referiram possuir diagnóstico médico para hipertensão arterial, sendo que em 2020 esse número correspondia a 25,2%. Já para diabetes, 9,1% dos entrevistados referiram possuir diagnóstico médico da condição, enquanto em 2020 esse número correspondia a 8,2%.

No gráfico apresenta-se o número de atendimentos realizados para diabetes, hipertensão arterial, tabagismo e obesidade na Atenção Primária à Saúde:

Gráfico 19 - Número de atendimentos realizados para diabetes, hipertensão arterial, tabagismo e obesidade na Atenção Primária à Saúde



Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB, dezembro/2022.

a) Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde - ECV

A Estratégia de Saúde Cardiovascular (ECV) na Atenção Primária à Saúde, foi instituída pela Portaria GM/MS n.º 3.008, de 4 de novembro de 2021, com os seguintes objetivos:

- qualificar a atenção integral para prevenção e controle das condições consideradas fatores de risco para doenças cardiovasculares na APS;
- dar suporte ao desenvolvimento de ações para prevenção e controle das doenças cardiovasculares e seus fatores de risco no âmbito da APS, com ênfase às condições de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM); e

➤ promover o controle dos níveis pressóricos e glicêmicos, a adesão ao tratamento e a redução nas taxas de complicações, internações e morbimortalidade por doenças cardiovasculares e seus fatores de risco.

Em 2022, foram destinados mais de R\$ 20 milhões para apoiar a implementação de ações da ECV e fomentar o alcance dos seus objetivos, por meio das Portarias GM/MS n.º 2.105 e 2.110, de 30 de junho de 2022, contemplando 462 municípios considerados elegíveis e que realizaram adesão para recebimento dos incentivos.

² World Health Organization, 2015.

Foram realizadas 13 oficinas de apoio à implementação para apresentação da ECV e de suas ferramentas de suporte e para discussão sobre critérios de monitoramento e temáticas de atualização das práticas profissionais, envolvendo profissionais e gestores da APS.

Ainda, para apoiar a operacionalização dos eixos de ações da ECV nos municípios que aderiram aos incentivos homologados por meio das Portarias GM/MS n.º 2.105 e 2.110, de 30 de junho de 2022, foram disponibilizadas ações de telessaúde, como oferta do TED 180/2020, firmado com a Universidade Federal de Minas Gerais. Entre as ofertas estão: teleconsulta, teleconsultoria e tutoria. O objetivo da estratégia é ampliar o acesso ao suporte especializado, incluindo as áreas de nefrologia, cardiologia, endocrinologia e nutrição, sendo estas duas últimas áreas direcionadas especialmente para a ação de tutoria. Desde o início desta oferta para os municípios contemplados nos incentivos da ECV, 41 municípios firmaram termo de compromisso com a instituição parceira.

Os indicadores relacionados à doenças crônicas acompanhados estão apresentados na tabela 13, entre eles, os três indicadores de DCNTs constantes no Programa Previne Brasil que são: Proporção de Pessoas com Hipertensão, com Consulta e Pressão Arterial Aferida no Semestre; Proporção de Pessoas com Diabetes, com Consulta e Hemoglobina Glicada solicitada no Semestre; e Proporção de Mulheres com Coleta de Citopatológico na Aps.

Tabela 13 – Indicadores relacionados à doenças crônicas acompanhados

NOME	FONTE	ALCANCE
Percentual de pessoas com diabetes na Atenção Primária à Saúde	> CGFAP	8,6%
Percentual de pessoas com hipertensão na Atenção Primária à Saúde	> CGFAP	21,2%
Percentual de pessoas com diabetes que tiveram o exame hemoglobina glicada avaliado nos últimos 06 meses na APS	> CGFAP	5,79%
Percentual de pessoas com diabetes que tiveram o exame de pé diabético realizado nos últimos 12 meses na APS	> CGFAP	0,57%
Proporção de pessoas com hipertensão e diabetes que tiveram o exame de LDL avaliado nos últimos 12 meses na aps	> CGFAP	5,5%
Percentual de pessoas com hipertensão que tiveram o exame de creatinina avaliado nos últimos 12 meses na APS	> CGFAP	5,53%
Percentual de pessoas com hipertensão que tiveram o exame eletrocardiograma avaliado nos últimos 12 meses na APS	> CGFAP	0,67%
Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre	> SISAB	26%
Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	> SISAB	22%
Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS	> SISAB	21%
Percentual de pessoas adultas (>18 anos) das capitais dos estados brasileiros e do distrito federal que refere ser tabagista	> VIGITEL	9,1%
Percentual de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico de rastreamento realizado no ano	> SISCAN	39,62%
Percentual de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos com realização de mamografias de rastreamento no ano	> SISCAN	24,79%

Observação: Os valores apresentados para os indicadores de monitoramento interno representam dados do segundo quadrimestre de 2022, exceto aqueles com dados do SISCAN que representam dados de dezembro de 2022. Os valores dos indicadores do PREVINE representam dados do terceiro quadrimestre de 2022. O valor do indicador de tabagismo do VIGITEL representa dados de 2021.

Em 2022, foram publicadas as seguintes linhas de cuidado no site oficial da APS no âmbito do MS e que se relacionam com o contexto da ECV: Acidente Vascular Cerebral (AVC) no Adulto; Doença Renal Crônica (DRC) em Adultos; Dor Torácica; Infarto Agudo do Miocárdio (IAM); Insuficiência Cardíaca (IC) no adulto; Obesidade no adulto; Tabagismo; Transtornos por uso de álcool no adulto. As linhas de cuidado encontram-se disponíveis no sítio eletrônico:



<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>

2.1.7 Políticas dos Ciclos de Vida

a) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, instituída pela Portaria GM/MS n.º 1.130, de 05 de agosto de 2015 (Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo X), tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e os cuidados integrais, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador da vida com condições dignas de existência e de pleno desenvolvimento.

Com relação à agenda da Primeira Infância (PI), o MS é signatário do pacto nacional da PI e participa do Comitê Gestor do Programa Intersectorial Criança Feliz. Nessa linha, em 2022, também apoiou a construção de um painel de monitoramento de indicadores voltado para o Marco Legal da Primeira Infância em parceria com a Rede Nacional da Primeira Infância (RNPI), disponível em:

 <https://rnpiobserva.org.br/>

A PNAISC está estruturada em sete eixos estratégicos. Em 2022, destacam-se as seguintes ações desenvolvidas:

Eixo I - Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido

QUALINEO

> Estratégia que busca qualificar a assistência e gestão do cuidado neonatal garantindo o acesso dos recém-nascidos às boas práticas no parto e nascimento e no cuidado neonatal reduzindo a mortalidade. A estratégia ampliou seu alcance para os **27 estados em 2022**. Foram realizadas **257 reuniões de fortalecimento da gestão e da assistência**, **170 rounds virtuais**, **52 encontros com especialistas**, além de **quatro curso EAD de curta duração**.

Os cursos ofertados foram:

- > (i) Atualização de segurança do paciente no cuidado neonatal **1.092 certificados**;
- > (ii) Nutrição do RN de Risco **763 certificados**;
- > (iii) Suporte ventilatório - cuidados com CPAP **1.085 certificados**;
- > (iv) Atualização em Diagnóstico de Infecção e uso de Antimicrobianos em Neonatologia (ainda em atividade) **2.367 inscritos**.

Até o momento, foram qualificados **2.940 profissionais** oriundos de todas as unidades da federação.

O Curso de Especialização em Enfermagem Neonatal **formou 153 enfermeiros das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste**. O banco de dados do Sistema de Monitoramento do Cuidado Obstétrico e Neonatal – SMCON, sob responsabilidade da Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), possui registro **de 38.000 recém-nascidos internados** em unidades neonatais que tem informações essenciais sobre a assistência na internação neonatal, abrangendo cerca de **80 unidades neonatais**.

Política que integra um conjunto de ações voltadas para a qualificação do cuidado ao recém-nascido (RN) de risco e sua família.

- > Em 2022, foram realizados Cursos de Sensibilização da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido - Método Canguru em EaD autotutorial, obtendo **2.132 alunos certificados**;
- > Curso de Atualização na Atenção Humanizada ao Recém-Nascido - Método Canguru no contexto hospitalar em EaD tutoriado, onde foram **certificados 161 alunos**;

- > 1º Encontro internacional sobre o Método Canguru: "*International Meeting on the Kangaroo Method: Bringing immediate Kangaroo care to life for health care professionals*", em parceria com a Academia Americana de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria e Fundação Bill & Melinda Gates, com a finalidade de disseminar o contato pele a pele imediato no país, contou com **101 participantes**.

MÉTODO CANGURU

Eixo II - Aleitamento Materno e alimentação complementar saudável

INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (IHAC)

É um certificado de qualidade conferido aos hospitais que cumprem critérios destinados à garantia do aleitamento materno e cuidado respeitoso e humanizado à mulher e a criança durante o pré-parto, parto e o pós-parto. Essa iniciativa é monitorada através do indicador Percentual de Crianças que nascem em Hospitais Amigos da Criança.

➤ A Iniciativa conta, atualmente, com **311 hospitais habilitados**, universo que representa **10,7% dos estabelecimentos** que realizam partos no país.

➤ Aproximadamente $\frac{1}{4}$ das crianças que nascem no Brasil, nascem em hospitais credenciados na IHAC. Como avanços no ano de 2022, destaca-se **06 novos hospitais habilitados**.

➤ Foram investidos na iniciativa IHAC um **montante anual de R\$ 16.429.536,58**.

➤ Em 2022, **89% dos Hospitais Amigos da Criança** realizaram o monitoramento anual dos critérios da IHAC. Em 2022, no Brasil, a **Iniciativa completou 30 anos**.

Foi realizado um evento em comemoração a esta data, no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP, em Recife - PE, primeiro Hospital Amigo da Criança do país. Diante do cenário epidemiológico da covid-19 no ano de 2022, os estados retomaram as reavaliações trienais, visto que haviam sido suspensas em 2020 e 2021 por conta da pandemia. Conforme Portaria de

Consolidação n.º 02/2017, todos os hospitais habilitados na IHAC devem passar por reavaliação presencial a cada três anos, para verificar a manutenção do cumprimento dos critérios de habilitação. A realização das reavaliações trienais é de responsabilidade das secretarias estaduais de saúde. Caso o hospital passe dois períodos sem reavaliação ou não cumpra os critérios estabelecidos mesmo após período de adequações, a portaria prevê a desabilitação do estabelecimento. Até o momento, **38,5% dos hospitais** iniciaram o processo de reavaliação.

REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO (R-BLH-BRASIL)

A rBLH-BR se configura como ação estratégica para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e além de coletar, processar e distribuir leite humano a bebês prematuros e de baixo peso, os Bancos de Leite Humano (BLH) realizam atendimento de orientação e apoio à amamentação. **A Rede Nacional de Bancos de Leite Humano do Brasil é a maior e mais bem estruturada rede de bancos de leite humano do mundo.** A pandemia covid-19 ainda impôs, em 2022, barreiras a serem superadas. Nesse contexto, a rBLH-Brasil seguiu direcionando seus esforços no sentido de superar esta crise sanitária, em seu âmbito de atuação. Entre as atividades que foram realizadas, destacam-se:

➤ Até dezembro de 2022, o Brasil contava com **227 Bancos de Leite Humano (BLH)** e **231 postos de coleta de leite humano certificados**.

➤ De janeiro a dezembro de 2022, foram prestadas **3.109 assessorias** pela equipe da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-Brasil) para serviços do SUS.

➤ Entre janeiro a dezembro de 2022, foram prestadas **50 Assessorias/Consultorias técnicas internacionais** realizadas, sobre os temas covid-19 e Aleitamento Materno, Processos e Implantação e Operacionalização de Bancos de Leite Humano e Postos de Coleta de Leite Humano, para países integrantes do Mercosul, da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa - CPLP, países do BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) e da comunidade Ibero-América.

➤ Em 2022, a rBLH-BR alcançou uma média de **92,90% de eficiência do credenciamento** de Bancos de Leite Humano. O processo de credenciamento valida o grau de conformidade alcançado por cada Banco de Leite Humano na manutenção de suas informações no Sistema Integrado de Gestão da Rede de Bancos de Leite Humano.

➤ Dados de produção da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano da Fiocruz, de janeiro a dezembro de 2022: **2.693.681 atendimentos de assistência** em aleitamento Materno, **196.758 doadoras de leite humano**, **222.750 receptores de leite humano**, **233.999,3 litros de leite humano coletado**.

Eixo III - Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral

➤ A Caderneta da Criança foi lançada em sua 5ª edição juntamente com o Curso EAD "Caderneta da Criança: Instrumento intersetorial para promoção da atenção integral à saúde da criança". O curso objetiva promover a compreensão e a utilização da Caderneta como instrumento de vigilância à saúde da criança, do seu crescimento e desenvolvimento, de comunicação entre os profissionais, serviços e família e garantia dos direitos de toda criança brasileira. Foram capacitados **10.480 profissionais**.

➤ Em parceria com a Secretaria Nacional de Atenção à Primeira Infância do Ministério da Cidadania, foi realizado o webinar "Cuidado Materno e Infantil: Estratégias desenvolvidas na atenção primária à saúde". Essa atividade integrou a **Agenda Técnica do Mês da Primeira Infância de 2022**, com vistas ao aprimoramento da execução do Programa Criança Feliz (PCF) nos territórios.

➤ A Agenda Transversal e Multissetorial da Primeira Infância, instituída por meio do Decreto n.º 10.770, de 17 de agosto de 2021, apresenta ações de referência para a área da saúde, intituladas de eixo "Proteção à saúde da criança por meio da atenção e dos cuidados integrais e integrados desde a gestação até os 6 anos de idade". O Ministério da Saúde, conforme sua competência de ente federal, vêm desenvolvendo ações com este objetivo e, em 2022, destacam-se:

1. Aprimoramento dos cuidados maternos e infantis, visando assegurar à mulher o direito ao planejamento familiar, ao acolhimento e ao acesso ao cuidado seguro, de qualidade e humanizado, no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional, no parto e no puerpério, bem como ao recém-nascido e à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável.

2. Lançamento de campanha "Cuidar das crianças é cuidar do futuro da aldeia", que divulgou os materiais com conteúdos compatíveis com a realidade dos diferentes Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Os materiais são: Guia de Formação para a Promoção do Uso da Caderneta da Criança; cartazes com o calendário das consultas de puericultura e os marcos de desenvolvimento infantil, para serem utilizados nas Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI), Polos Base e demais ações em território; vídeos com as temáticas: "Cuidando para ter um bebê saudável"; "Alimentando meu Bebê" e "O Brincar".

Eixo IV – Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas

➤ Realizada a capacitação de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), no estado do Acre, para subsidiar profissionais da saúde no manejo clínico de crianças com problemas respiratórios, tendo participado da formação **30 profissionais** médicos e enfermeiros que

atuam na APS. A metodologia da AIDPI é utilizada para reduzir a mortalidade infantil por meio do auxílio a profissionais de saúde que atendem **crianças de até 5 anos** de idade em estabelecimentos na APS e Atenção Especializada.

Eixo V – Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz

➤ Ao longo de 2022, trabalhou-se no **fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários** como estratégia de prevenção das situações de violência na infância e adolescência. Destaca-se, nesse sentido, a participação na Atualização do Plano Nacional de Promoção, Proteção

e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, conduzido pelo Ministério da Cidadania com apoio metodológico da Escola Nacional de Administração Pública (ENAP).

Eixo VI – Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade

- Em 2022, trabalhou-se na disseminação da **Linha de Cuidado do Transtorno do Espectro Autista (TEA)** na criança, e na **Linha de Cuidado de Infecção Congênita pelo vírus Zika**, atualmente em processo de validação para posterior divulgação. Disponível em:



<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtorno-do-espectro-autista/> e



<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/zika/>, respectivamente.

- Revisão do Protocolo Clínico de Dietrizes Terapêuticas sobre Agressividade no TEA em parceria com a SCTIE, disponível em:



https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/20220425_pcdt_comportamento_agressivo_no_tea_final.pdf.

- Seminário de Qualificação do Cuidado da Criança Vivendo com HIV. Chamou-se atenção para a importância da descentralização do cuidado a esses pacientes nas próprias unidades de Atenção Primária à Saúde, por entender que para nem todas as famílias, os ambulatórios de infectologia e o diagnóstico em Centros de Testagem e Aconselhamento, são acessíveis. Na modalidade presencial, foram capacitados **41 profissionais**. O curso foi disponibilizado também na modalidade virtual.

Eixo VII – Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno

- O Curso de Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e em atuação em Comitês de Mortalidade, sob a coordenação da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) e o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente – IFF, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em parceria com o Ministério da Saúde, teve sua primeira edição em 2022. Foram certificados **683 profissionais** nessa primeira edição, contemplando todas as unidades da federação e os DSEIs.

b) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher tem como objetivos promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, além de ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

Algumas atividades desenvolvidas:

- Outubro Rosa, movimento de conscientização para a detecção precoce do câncer de mama. A campanha é promovida anualmente e tem alcance nacional, inclusive com parcerias de outros ministérios e secretarias estaduais e municipais de Saúde;
- Realizada a parceria para execução do Projeto intitulado "Endometriose Brasil: Programa de Aprimoramento Profissional para diagnóstico e tratamento da doença", no âmbito do PROADI – SUS com a BP - A Beneficência Portuguesa de São Paulo.
- Linhas de cuidado relacionado a PNAISM, como: Depressão pós-parto, Infarto Agudo do Miocárdio e dor precordial, em processo de elaboração.

- Mapeamento dos serviços cadastrados no SCNES com classificação 165 que informam realizar atendimento integral às pessoas em situação de violência sexual, porém apresentam poucos ou nenhum registro de notificação no SINAN, de atendimento multiprofissional 165-007 e de aborto com excludente de licitude, 165-006 - em execução.

- Disponibilizado o Curso de capacitação de Atenção Integral à Saúde das Mulheres – Modalidade de Ensino a Distância, em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina, com oferta inicial de 3.500 vagas para os profissionais do SUS.

- Realização do curso no formato EAD oficinas com profissionais de saúde da atenção básica e lideranças comunitárias, com alcance de 3.500 alunos, link:



<https://sig.bp.org.br/>.

- Atualização das Normas Técnicas referente a prevenção e tratamento dos agravos da violência sexual contra mulheres e adolescentes.
- Elaborado guia para profissionais da atenção básica sobre violência doméstica contra a mulher.

c) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)

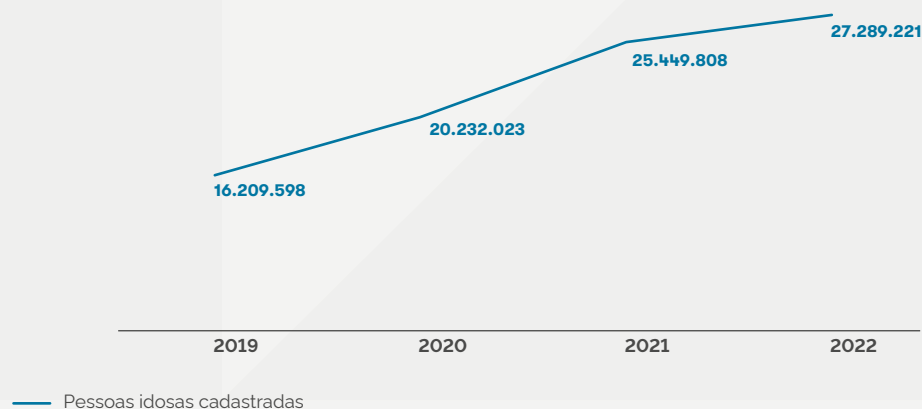
A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, instituída pela Portaria GM/MS n.º 2.528, de 19 de outubro de 2006 (Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XI), tem a finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência das pessoas idosas, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS, bem como com a Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso e outras legislações e normas dirigidas a este grupo populacional.

Ações desenvolvidas:

Para apoiar estados, municípios e Distrito Federal na implementação de uma linha de cuidado para atenção à saúde das pessoas idosas, tem sido desenvolvidos alguns projetos e ações que serão descritos a seguir:

- No período de 2016 a 2022, em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS/Fiocruz), foram ofertados 10 cursos com os seguintes temas: Envelhecimento da População Brasileira, Ações Estratégicas para a Saúde da Pessoa Idosa, Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, Caderneta de saúde da pessoa idosa, Estratificação dos Perfis de Funcionalidades, Condições Clínicas e Agravos à Saúde Frequentes em Pessoas Idosas, Linha de cuidados para atenção Integral à saúde da pessoa idosa, Abordagem familiar

Gráfico 20 – Pessoas idosas cadastradas na APS



Fonte: e-SUS-AB.

e manejo das fragilidades e da rede de apoio, Abordagem Domiciliar em Situações Clínicas Comuns em Idosos – Enfermagem e Cuidados de enfermagem para a pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde. No referido período, 234.814 pessoas concluíram os cursos.

- Termo de Execução Descentralizada (TED) n.º 29/2022, firmado com a Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Reunião de campo em BH para apresentação e alinhamento do projeto e visita de dois CRAS para conhecimento do projeto in loco. Prestação de cuidados aos idosos: perfil definido para inclusão de idosos e respectivas famílias em situação de risco no Programa Maior Cuidado; 100 famílias participantes identificadas pelas equipes de saúde/assistência social; e início do acompanhamento dos idosos e suas famílias.

- TED 77/2019 e TED 32/2022, firmados com a UFMG, para o apoio ao Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI Brasil) – UFMG - 25 artigos científicos publicados. O material publicado em artigos e outras informações relacionado ao Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros podem ser acessadas no site:



<https://elsi.cpqrr.fiocruz.br/>.



d) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, instituída pela Portaria GM/MS n.º 3.562, de 12 de dezembro de 2021, a qual alterou a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XII, tem como diretriz básica promover ações de saúde que contribuam para a qualificação da atenção à saúde masculina, coordenada a partir da Atenção Primária à Saúde.

Durante o 1º semestre de 2022, com intuito de promover a ampliação da Estratégia Pré-Natal do Pai/Parceiro, o MS, em parceria com a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), realizou Oficinas de Qualificação em Paternidade e Cuidado para Gestores e Profissionais da APS em 26 Unidades Federadas, qualificando aproximadamente 1.650 profissionais para realização de ações e ampliação da participação dos homens durante a gestação, parto e puerpério.

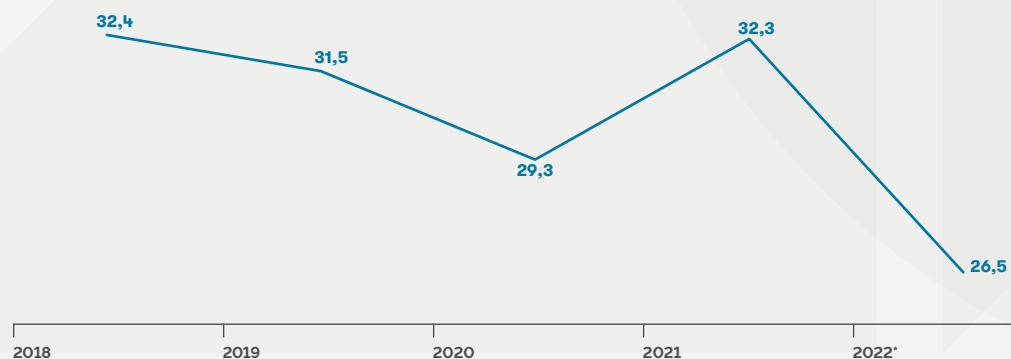
Por meio da análise dos registros de consulta do pré-natal do parceiro no SISAB, observou-se ampliação de 50,2% no número de consultas realizadas entre 2021 e 2022 (jan-dez); e de 66,8% no número de municípios que passaram a registrar esse tipo de procedimento. Em 2022, foram registradas 56.587 consultas de pré-natal do pai/parceiro em 1.625 municípios.

Entre 2021 e 2022, foi repassado um montante de 2,6 milhões de reais para 87 municípios que possuem Ponto de Parada e Descanso – PPD certificados pelo Ministério da Infraestrutura (MINFRA) para incentivar o desenvolvimento de ações voltadas à saúde integral de caminhoneiros e caminhoneiras e ampliar o acesso à saúde desses condutores na Atenção Primária à Saúde – APS. Desse montante, o valor repassado em 2022 foi de R\$ 1.230.000,00, para 41 municípios, por meio da portaria GM/MS 1.352, de 03 de junho de 2022.

No ano de 2022, 1.119 profissionais em 17 municípios, foram capacitado sobre as Estratégias de Ampliação do Acesso da População Masculina aos Serviços de Atenção Primária à Saúde, fortalecendo um dos eixos prioritários da PNAISH, o acesso e acolhimento que objetiva reorganizar as ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde, também, como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados. Para tanto todas as equipes devem estar engajadas e pensando em estratégias de captação desta população, visando a ampliação do acesso aos cuidados primários à saúde.

A seguir, a Proporção de homens de 20 a 59 anos com pelo menos 01 consulta individual por ano na Atenção Primária à Saúde:

Gráfico 21 – Proporção de homens na faixa etária de 20 a 59 anos com pelo menos uma consulta na APS, por local de residência. Brasil, 2018 a 2022



Fonte: Sistema de Informações para Atenção Básica – SISAB/MS, dezembro de 2022.

* Dados preliminares – sujeito a alterações.

e) Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde.

O Ministério da Saúde, no âmbito das suas atribuições, busca garantir o acesso das crianças, adolescentes e jovens à Atenção Primária

à Saúde para promoção do crescimento e desenvolvimento saudável e demais direitos relacionados à saúde, conforme preconizado do Estatuto da Criança e Adolescente - ECA e no Estatuto da Juventude.



Ações Desenvolvidas em 2022

- Ação Nacional – “Prevenção da Gravidez na Adolescência – Agir Agora: Cada Adolescente, Uma Realidade”.

A proposta dessa estratégia é realizar, segundo o interesse e as necessidades dos Estados, visitas técnicas para apoiar tecnicamente a construção do Plano Estadual de Prevenção da Gravidez na Adolescência. Os Critérios para definição dos estados para visitas presenciais – Norte e Nordeste – são maiores índices nos indicadores de Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes e de Proporção de notificações de violência sexual – adolescentes, além do interesse do estado.

Tabela 14 – Indicadores de Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes e Proporção de Notificação de Violência Sexual – adolescentes

Proporção de nascidos vivos de mães -adolescentes 2020*	Proporção de notificações de violência sexual - adolescentes 2021**
Acre 23,1	Acre 75,8
Amazonas 23,0	Maranhão 70,8
Pará 22,0	Amapá 63,1
Maranhão 21,8	Amazonas 61,7
Amapá 20,9	Ceará 60,5
Roraima 20,6	Pará 59,8
Alagoas 20,4	Piauí 57,0
Tocantins 18,4	Tocantins 56,4
Piauí 17,5	Roraima 54,3
Sergipe 17,1	Rio Grande do Norte 51,2
Pernambuco 16,6	Alagoas 51,1
Bahia 16,1	Rondônia 47,9
Rondônia 15,8	Pernambuco 47,6
Paraíba 15,7	Paraíba 45,5
Ceará 14,4	Sergipe 43,2
Rio Grande do Norte 14,3	Bahia 40,3

*DATASUS – SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos.

**SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Em 2022, foram realizadas visitas técnicas nos estados: Acre; Amapá; Maranhão; Piauí; e Rio Grande do Norte. A construção do Plano Estadual de Prevenção da Gravidez na Adolescência do Amapá foi realizada em junho de 2022, com a participação dos 16 municípios, contabilizando 200 profissionais da APS e da rede intersetorial no município de Macapá.

- Curso Proteger e Cuidar de Adolescentes na APS, desenvolvido para profissionais de saúde de nível superior e gestores de saúde que atuam na Atenção Básica, com o objetivo de fortalecer a atenção integral à saúde de adolescentes na APS e implementação de políticas públicas para a promoção da saúde. Foram 426 pessoas certificadas, em 2022.

- Curso Escuta de Crianças e Adolescentes na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvido para profissionais de saúde de nível superior e gestores de saúde que atuam na Atenção Básica. O objetivo do curso é qualificar gestores e profissionais de saúde e de serviços das políticas setoriais que atendem crianças e adolescentes em situação de violência, na condição de vítimas ou testemunhas. Foram 1.438 pessoas certificadas, em 2022.

- Curso Juventudes e Participação Social, desenvolvido para profissionais de saúde de nível superior e gestores de saúde que atuam na Atenção Básica. Foram 2.622 pessoas certificadas, em 2022.

2.1.8 Principais Ações e Serviços da Atenção Primária no Contexto da Pandemia

No contexto de enfrentamento à pandemia de covid-19, visando o fortalecimento e a qualificação da assistência e serviços da Atenção Primária, destacam-se as seguintes ações:

a) Centros Comunitários de Referência e Centros de Atendimento para Enfrentamento da covid-19

Continuidade do apoio ao custeio dos Centros Comunitários de Referência, que são estabelecimentos estruturados em áreas de comunidades e favelas ou adjacências instituídos pela Portaria n.º 1.444/2020, e dos Centros de Atendimento, que são estabelecimentos destinados ao acolhimento e atendimento de usuários com queixas relacionadas aos sintomas de covid-19 instituídos pela Portaria n.º 1.445/2020, com as seguintes tipologias de repasse:

Centros Comunitários de Referência:

- *Tipo 1*, para comunidades e aglomerados subnormais que tenham população entre 4 e 20 mil pessoas com repasse de R\$ 60 mil; e
- *Tipo 2*, para comunidades e favelas que tenham população maior de 20 mil pessoas com custeio mensal de R\$ 80 mil;

Centros de Atendimento:

- *Tipo 1*, para municípios de até 70 mil habitantes com repasse mensal de R\$ 60 mil;
- *Tipo 2*, para municípios de 70.001 a 300.000 habitantes, com incentivo financeiro de R\$ 80 mil; e
- *Tipo 3*, para municípios acima de 300 mil habitantes com recurso de R\$ 100 mil reais.

Em 2022 foi publicada a Portaria GM/MS n.º 331, de 16 de fevereiro de 2022, que credenciou, em caráter excepcional, estabelecimentos de saúde como Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da covid-19, de que trata a Portaria GM/MS n.º 1.444, de 29 de maio de 2020, e como Centros de Atendimento para Enfrentamento da covid-19, de que trata a Portaria GM/MS n.º 1.445, de 29 de maio de 2020, e concedeu incentivo financeiro federal de custeio dos Centros, a ser transferido aos municípios em parcela única, com repasse na ordem de R\$ 253.340.000,00.



b) Atenção Primária à Saúde voltados ao cuidado às pessoas com condições pós-covid

As condições pós-covid estão caracterizadas pela literatura como um amplo espectro de manifestações clínicas novas ou persistentes em decorrência da infecção pelo vírus da covid-19 e não são definidas conceitualmente como doença crônica. Em 22 de fevereiro de 2022 foi publicada a Portaria GM/MS n.º 377, a qual instituiu incentivo financeiro federal de custeio destinado aos municípios e ao Distrito Federal, em caráter excepcional e temporário, no valor de R\$ 159.911.280,00, para apoiar as ações das equipes e os serviços de Atenção Primária à Saúde voltados ao cuidado às pessoas com condições pós-covid, no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional decorrente do Sars-CoV-2.

Além disso, foi publicado o "Instrutivo para Gestores e Profissionais - Apoio para a Adequação e Qualificação dos Serviços de Atenção Primária à Saúde no Cuidado às Pessoas com Condições Pós-covid" com o objetivo de orientar e auxiliar gestores e profissionais de saúde dos municípios e do Distrito Federal quanto à utilização do recurso repassado, disponível em:

 <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA4Mw>.

c) Outras ações e elaboração de materiais técnicos sobre pós-covid:

Caderno de Ações para a Vigilância e Assistência à Saúde das Condições Pós-covid-19, no âmbito do Ministério da Saúde (2022) - propõe-se a apresentar as ações que estão sendo desenvolvidas pelo Ministério da Saúde no contexto das condições pós-covid no território nacional.

Projeto Tele-Espirometria, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - objetiva qualificar o diagnóstico das pessoas com doenças respiratórias (Suporte ao Atendimento de Doenças Pulmonares Crônicas na Atenção Primária à Saúde). Adquiridos e entregues 170 espirômetros, sendo 100 distribuídos em 2021 e 70 em 2022. Realizados 3.244 exames de espirometria, com 3.229 laudos emitidos, além de 70 teleconsultorias nas temáticas de diagnóstico e tratamento às pessoas doenças pulmonares.



2.2 ATENÇÃO ESPECIALIZADA

8,5
milhões

Rastreamento do Câncer de Mama e Câncer do Colo de Útero

2.234.305 mamografias realizadas (50 a 69 anos) e 6.351.185 exames citopatológicos realizados (25 a 64 anos).

12,3
milhões AIH

Internações Realizadas

De janeiro a novembro de 2022 foram mais de 12,3 milhões de Autorizações de Internação Hospitalares (AIH). Desse total, 11,4 milhões foram de média complexidade e mais de 895 mil de alta complexidade.

58

Soluções de radioterapia

Plano de Expansão da Radioterapia

De janeiro a dezembro de 2022 foram concluídas 58 soluções de radioterapia.

6.599

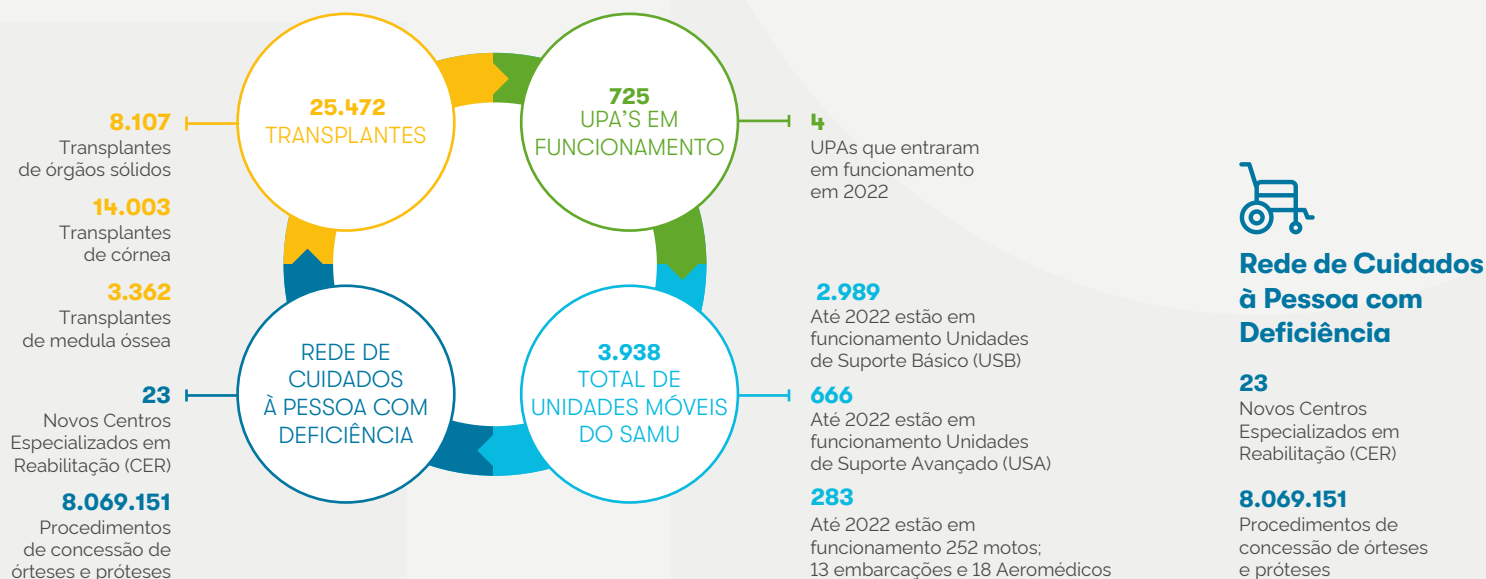
Leitos novos de UTI convencional

Foram habilitados 6.599 novos leitos, sendo 5.810 de UTI adulto, 431 UTI pediátrico, 38 UTI coronariana, 176 UCI neonatal.

2,6
bilhões

Procedimentos Ambulatoriais Realizados

De janeiro a novembro de 2022 foram realizados mais de 2,6 bilhões de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade.



2.2.1 Expansão e Manutenção de Serviços de Média e Alta Complexidades

Informações Ambulatoriais

No âmbito da atenção especializada, 2022, foram realizados mais de 2,6 bilhões de procedimentos ambulatoriais. No período entre 2016 e 2022, foram mais de 18,3 bilhões de procedimentos.

Tabela 15 – Número de Ações de Promoção e Prevenção em Saúde; Procedimentos com Finalidade Diagnóstica; Procedimentos Clínicos e Procedimentos Cirúrgicos

GRUPOS DE PROCEDIMENTO	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
01 - Ações de promoção e prevenção em saúde	591.440.097	524.046.234	307.852.357	285.459.429	197.404.141	193.537.612	219.390.698
02- Procedimentos com finalidade diagnóstica	893.808.477	902.147.124	934.825.645	981.737.958	785.870.526	961.772.946	1.102.047.849
03 - Procedimentos clínicos	1.523.111.833	1.523.320.878	1.352.224.305	1.380.348.835	983.132.518	1.098.136.247	1.327.550.389
04 - Procedimentos cirúrgicos	77.063.218	65.050.155	45.816.725	43.607.576	23.925.772	17.367.540	20.258.579
TOTAL	3.085.423.625	3.014.564.391	2.640.719.032	2.691.153.798	1.990.332.957	2.270.814.345	2.669.247.515

Fonte: SIA/SUS – De 2016 a 2022. Dados extraídos em 01/03/2023.

Obs.: Não estão incluídos os procedimentos ambulatoriais dos Grupos 05 – Transplante de Órgãos, Tecidos e Células; 06 – Medicamentos; 07 – Órteses, Próteses e Materiais Especiais e 08 – Ações Complementares da Atenção à Saúde.



Informações Hospitalares

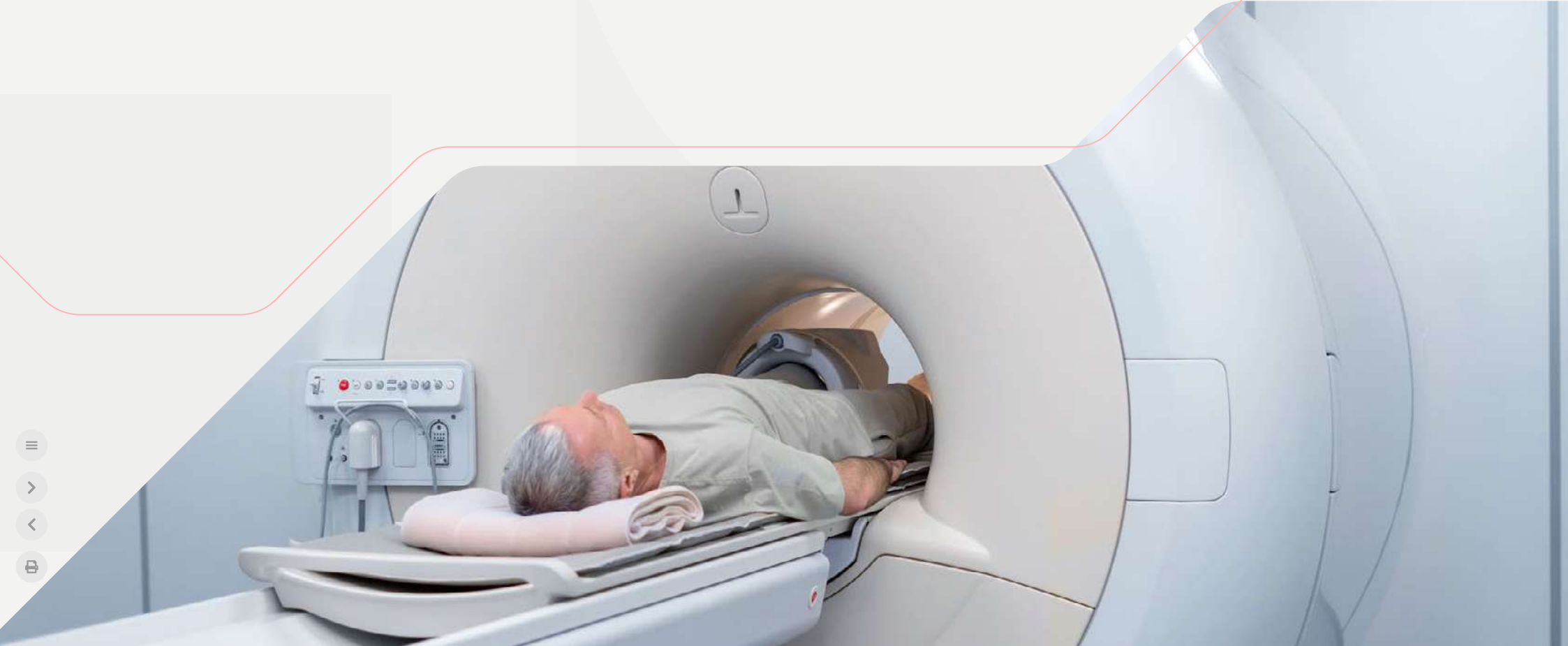
A produção hospitalar correspondeu a mais de 12,3 milhões de Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) que foram aprovadas em 2022. Desse total, 11,4 milhões foram de média complexidade e mais de 895 mil de alta complexidade.

Já entre 2016 a 2022, foram autorizadas, no Brasil, mais de 81,7 milhões de AIHs, considerando os dados processados pelo SIH/SUS.

Tabela 16 – Número de Procedimentos com Finalidade Diagnóstica; Procedimentos Clínicos; e Procedimentos Cirúrgicos

GRUPOS DE PROCEDIMENTO	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica	23.730	24.260	26.449	28.326	19.999	23.086	26.611
03 - Procedimentos clínicos	6.991.951	7.005.488	7.073.846	7.249.501	6.546.282	7.280.509	7.155.156
04 - Procedimentos cirúrgicos	4.444.407	4.574.065	4.824.055	4.996.963	4.058.892	4.261.210	5.135.135
TOTAL	11.460.088	11.603.813	11.924.350	12.274.790	10.625.173	11.564.805	12.316.902

Fonte: SIH/SUS – TABNET. Dados extraídos em 01/03/2023.
Obs: Não estão incluídos os procedimentos hospitalares do Grupo 05 – Transplante de Órgãos, tecidos e Células.



Serviços de Atenção Especializada Habilitados

Dentre as ações do MS, está a análise e o acompanhamento das propostas de habilitação dos estabelecimentos de saúde, no âmbito das políticas de atenção especializada.

Tabela 17 – Serviços habilitados na atenção especializada, no SUS, no período de 2017 a 2022

SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ATENÇÃO ESPECIALIZADA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA	23	32	33	33	33	35
CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA (TIPO I, II e III) AOS PACIENTES COM AVC	54	64	73	74	85	94
ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR	275	282	296	297	303	297
SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS RARAS	7	8	17	18	21	23
CENTRO DE TRATAMENTO DA MÁ FORMAÇÃO LABIO PALATAL	28	29	30	30	30	32
TRATAMENTO DA LIPODISTROFIA DO PORTADOR DE HIV/AIDS	17	17	17	17	17	17
TRATAMENTO DA LIPOATROFIA FACIAL DO PORTADOR DE HIV/AIDS	17	17	17	17	17	18
ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEFROLOGIA COM HEMODIÁLISE	700	724	732	750	737	749
ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROLOGIA/NEUROCIRURGIA	277	280	283	283	287	283
ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE AO PACIENTE PORTADOR DE OBESIDADE GRAVE	76	82	91	93	93	93
ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA	14	22	22	24	26	26
TRATAMENTO DO GLAUCOMA COM MEDICAMENTOS NO ÂMBITO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO OFTALMOLÓGICA	384	394	401	401	402	405
ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA	304	329	347	352	350	351
QUALICITO LABORATÓRIOS	807	853	857	856	852	851
SERVIÇOS DE REFERÊNCIA PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO (SRC)	21	27	42	45	46	45
SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO MAMÁRIO (SDM)	10	14	22	26	27	28
ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	12	15	15	15	15	15
ASSISTÊNCIA A PACIENTES QUEIMADOS	45	45	47	47	47	48
ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL	436	440	451	453	462	471
ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA	303	306	311	314	320	325

Fonte: CNES, janeiro de 2023.

Conjunto Mínimo de Dados (CMD)

O Conjunto Mínimo de Dados (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 do Sistema Nacional de Saúde das três esferas de gestão para redução da fragmentação dos sistemas de informação, que possuem dados de caráter clínico-administrativo da atenção à saúde.

O CMD substituirá os principais sistemas de informação da atenção à saúde do país: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (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, envolvendo pessoas físicas e jurídicas que realizam atenção à saúde nas esferas pública ou privada, integrantes ou não do SUS.

Decidiu-se integrar o CMD à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) com o objetivo de reduzir a fragmentação das informações produzidas da atenção à saúde. Para tanto, faz-se necessário compatibilizar a arquitetura de software do CMD à estrutura tecnológica da RNDS.

Cabe informar que ocorreram alguns testes preliminares da versão CMD-Coleta, todavia, até o momento, a refatoração, ou seja, o processo de ajuste do código inicial do software do CMD-Coleta não foi concluída e continua em fase de desenvolvimento e homologação. Dentre as entregas realizadas até o momento estão:

- Definição arquitetura do Sistema CMD;
- Início do processo de integração do CMD com a RNDS – Portal de serviços CMD/RNDS.

Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG-SUS)

O Programa DRG-SUS é uma estratégia de implementação nacional que busca construir as condições necessárias à adoção do método DRG na atenção especializada no SUS. O objetivo do Programa DRG-SUS é possibilitar o monitoramento e a avaliação da prática clínica e da produtividade dos serviços, bem como o dimensionamento dos recursos financeiros necessários para o custeio da atenção especializada no SUS.

O uso da informação DRG-SUS permitirá aos gestores conhecer a prática clínica da atenção especializada no SUS, avaliar a performance e comparar o desempenho dos serviços. Além disso, a informação DRG-SUS pode fundamentar a reformulação da lógica de valoração da produção hospitalar no SUS.

O desenvolvimento da estratégia está condicionado ao cumprimento de pré-requisitos estruturantes e pode ser resumido em quatro etapas: Preparação, formulação, implantação e manutenção.

Em 2019 houve a entrega de 2 protótipos DRG-SUS construídos (Cardiologia e Ortopedia) em cooperação com a Dinamarca (Fase 1). Em 2020 O MS decidiu implantar o método DRG no SUS

(Programa DRG-SUS), bem como a renovação e desenvolvimento do projeto de Cooperação com a Dinamarca (Fase-2). Em 2021 houve a iniciação de formação da equipe DRG-SUS (composição e capacitação em DRG) e o mapeamento pela equipe DRG-SUS dos processos do software.

Atualmente o Programa DRG-SUS está em fase de preparação, mas a execução das etapas não se dá de forma linear.

Os principais avanços em 2022 estão relacionados às fases de preparação e formulação, descritas a seguir:

- Continuidade da formação técnica da equipe DRG-SUS por meio do Projeto da Cooperação Setorial Estratégica entre o Brasil e a Dinamarca (Área de DRG);
- Plano de Implementação formulado (Avaliação Ex-Ante);
- Aprovação do "projeto-software" pelos Comitês CETIC e CGD/MS (etapa de formalização do projeto-software); e
- Parceria com o Instituto Nacional de Cardiologia para levantamento de dados e testagem do protótipo DRG-SUS Cardio.

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Para fortalecer, ampliar e qualificar as ações de reabilitação e de identificação e intervenção precoce de incapacidades, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do SUS para a atenção integrada, articulada e efetiva, nos diferentes pontos de atenção, às pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências.

O ponto de atenção à saúde especializada em reabilitação é composto pelos Centros Especializados em Reabilitação (CER), estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação e Oficinas Ortopédicas. Os CERs e os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação caracterizam-se como unidades ambulatoriais que realizam diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se como referência para a Rede de Atenção à Saúde no território.

Atualmente, existem 291 CERs habilitados, os quais prestam atendimento de reabilitação nas modalidades auditiva, física, intelectual e/ou visual no SUS. Além disso, a RCPD conta com 237 estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação.

Em 2022, entraram em funcionamento 23 novos CERs com habilitação pelo Ministério da Saúde e houve ampliação do porte das modalidades de reabilitação de 7 (sete) CERs habilitados, totalizando 30 novas habilitações nos estados da BA, CE, GO, MG, MT, PA, PR, RJ,

RN, RR, RS e SP. Além disso, a RCPD conta com as Oficinas Ortopédicas que são serviços que realizam a confecção, adaptação, manutenção e dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM). Atualmente, existem 47 Oficinas Ortopédicas habilitadas,

para as quais o Ministério da Saúde repassa mensalmente incentivo financeiro de custeio aos estados e municípios, destinado ao funcionamento dessas Oficinas. Em 2021, foram habilitadas duas oficinas Ortopédicas. Em 2022 ainda não houve habilitação de novas unidades.



Quadro 4 – Número de novos estabelecimentos habilitados como Centro Especializado em Reabilitação (CER) e Oficina Ortopédica e Número de Veículos Adaptados Doados e Financiados pelo SUS, 2016 a 2022, Brasil

N.º DE NOVOS ESTABELECIMENTOS HABILITADOS COMO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER)	> 186 no Brasil, até 2016	10 habilitados em 2017	21 habilitados em 2018	31 habilitados em 2019	19 habilitados em 2020	02 habilitados em 2021	23 habilitados em 2022	> 291' CERs habilitados pelo SUS, no Brasil, até 2022
N.º DE NOVOS ESTABELECIMENTOS HABILITADOS COMO OFICINAS ORTOPÉDICAS	> 33 no Brasil, até 2016	02 habilitados em 2017	01 habilitados em 2018	08 habilitados em 2019	01 habilitados em 2020	02 habilitados em 2021		> 47 Oficinas habilitadas pelo SUS, o Brasil, até 2022
VEÍCULOS ADAPTADOS	> 108 no Brasil, até 2016		77 doados em 2018	108 doados em 2019		34 propostas financiadas em 2021	01 proposta financiada em 2022	> 328 Veículos adaptados doados e financiados pelo SUS no Brasil até 2022

Fonte: CGSPD/DAET/SAES/MS. Data de apuração 03/02/2022.

Nota 1: Em 2021, houve a desabilitação de 01 (um) CER habilitado no ano de 2016, totalizando, portanto, 291 CERs habilitados atualmente.

Nota 2: Em 2018, houve a aquisição de 185 veículos adaptados pelo MS, os quais foram doados aos entes públicos em 2018 e 2019.

Nota 3: Em 2022 não houve novas Oficinas Ortopédica habilitadas.



Com o objetivo de promover qualificação e estruturação dos serviços de reabilitação, em 2022, foram estruturadas 52 unidades de Atenção Especializada em Saúde, das quais 7 referem-se às obras CER concluídas: 4 obras de construção; 1 obra de reforma; 1 obra de ampliação e 1 obra de construção de oficina ortopédica. As demais 45 unidades referem-se às propostas de equipamentos pagas e com prestação de contas concluída em 2022, cujos objetivos de qualificação propostos foram alcançados.

Ainda com o intuito de qualificação dos serviços prestados no âmbito da RCPD, em 2022 foram ofertados dez cursos de capacitação para profissionais de saúde: Atenção à Reabilitação da Pessoa com Traumatismo Crânio encefálico; Atenção às Mulheres com Deficiência; Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Encefálico; Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência; Atenção na identificação precoce de deficiências em crianças por meio de Triagem Auditiva Neonatal (TAN) e Triagem Ocular Neonatal (TON); Atenção à Saúde na Reabilitação Visual; Atenção à Pessoa com Paralisia Cerebral - Encefalopatia crônica não progressiva; Atenção à Saúde da Pessoa com Estomia; Atenção à Pessoa com Lesão Medular; Introdução às ferramentas de Administração Estratégica e de Planejamento para gestores de serviços de reabilitação; e Atenção à Saúde da Pessoa com Estomia.

A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) tem por finalidade a identificação, o mais precocemente possível, da deficiência auditiva nos neonatos e lactentes. Consiste no teste e no reteste, com medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição, com o objetivo de encaminhá-los para o diagnóstico e as intervenções adequadas. Como estratégia para aumentar a cobertura da TAN em todo o país, o Ministério da Saúde estabeleceu dentre as metas prioritárias do Plano Nacional de Saúde (PNS) no quadriênio 2020-2023: alcançar 70% de cobertura da TAN em todo país, visando atingir a meta, o Ministério da Saúde tem buscado qualificar o registro de dados, publicando a Portaria SAES/MS n.º 924, de 14 de setembro de 2021, que incluiu e alterou procedimentos relacionados à Triagem Auditiva Neonatal na Tabela SUS, especificamente quanto a criação de procedimento de Reteste dos procedimentos de Emissões Otoacústicas Evocadas e Potencial Evocado Auditivo destinados ao diagnóstico da deficiência auditiva, e ampliando o número de estabelecimentos que ofertam esse serviço por meio da transferência de recursos para aquisição de equipamentos.

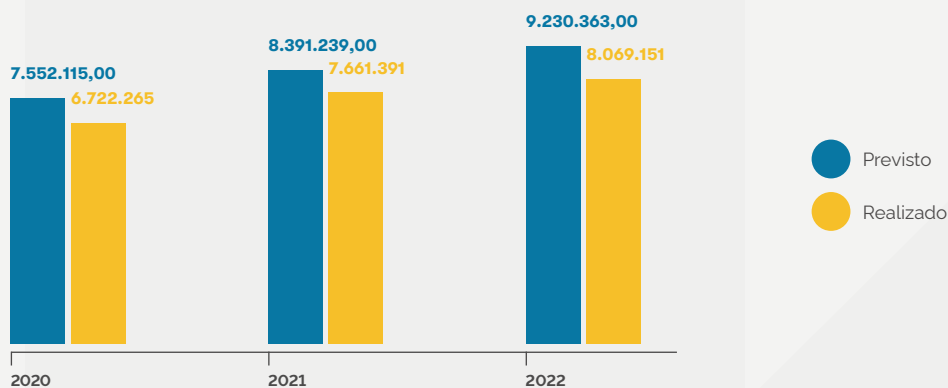
Em 2022, houve um alcance de 36,9% de Cobertura da Triagem Auditiva Neonatal (TAN), que corresponde a 61,5% da meta prevista de 60% para o ano de 2022. Atualmente, há 1.178 estabelecimentos que realizam o registro de procedimentos de TAN no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Desse total, 170 são novos estabelecimentos que não foram registrados em 2021, representando 13,3% do total de serviços de saúde que ofereceram o procedimento até a competência de dezembro/2022.

Em virtude da pandemia causada pelo novo Coronavírus, houve queda nos registros de procedimentos ambulatoriais realizados nos CERs e Oficinas Ortopédicas e na produção nos estabelecimentos que realizam TAN. Em 2020, observou-se queda nos registros de atendimentos ambulatoriais de reabilitação (CER e Oficina) e TAN, de aproximadamente 70% e 41%, respectivamente, especialmente nos meses de abril a junho, em relação ao ano anterior (2019). Enquanto que em 2021, os quantitativos de registros foram se elevando gradativamente, com aumento de aproximadamente 64% e 34%, respectivamente, em relação ao mesmo período de 2020. Em 2022, tem-se observado normalidade nos registros dos atendimentos.

A pandemia de covid-19 também afetou a expansão do acesso às OPMs. De acordo com o planejamento, esperava-se alcançar 8.391.239 de registros de procedimentos em 2021, porém foram executados apenas 7.661.391 de concessões de OPMs, comparado com o mesmo período de 2020, houve um aumento de 13,97% dos registros. Já em 2022 foram realizados 8.069.151 procedimentos de concessão não cirúrgicos pelo SUS, o que representa um aumento de 5% dos registros, em relação ao mesmo período do ano de 2021, mas abaixo da meta prevista 2022 (9.230.363), representando um alcance de 87,4%.



Gráfico 22 – Concessões de OPMs não cirúrgicas, no Brasil, de 2020 a 2022



Agenda Transversal e Multisetorial da Primeira Infância

Conforme o disposto no Decreto n.º 10.770/2021 a Agenda Transversal e Multisetorial da Primeira Infância tem o objetivo de servir de instrumento para que a Política Nacional Integrada para a Primeira Infância seja desenvolvida de forma integrada pelos diversos órgãos do governo responsáveis pela sua execução visando à melhoria das condições de vida das crianças de até 6 anos completos e à ampliação do seu acesso a bens e serviços públicos.

No que compete à Saúde no eixo de atuação da proteção à saúde da criança por meio da atenção e dos cuidados integrais e integrados desde a gestação até os 6 anos de idade, os resultados alcançados no ano de 2022 estão descritos abaixo:

Os serviços habilitados pelo Ministério da Saúde que compõem a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência (RCPD), realizaram

em 2022, conforme dados extraídos no SIA/SUS até a competência de dezembro de 2022, 8.167.562 procedimentos em crianças de 0 a 6 anos de idade, dentre eles consulta médica e multiprofissional, atendimento/acompanhamento de paciente em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor e atendimento fisioterapêutico nas alterações motora, além de procedimentos relativos à diagnóstico. Das categorias mais atendidas na infância, encontram-se o autismo infantil, transtornos globais não especificados do desenvolvimento, transtornos específicos misto do desenvolvimento e distúrbios da atividade e da atenção (TDAH).

Além disso, promoveu dentre os cursos de capacitação para profissionais de saúde, o da Atenção na identificação precoce de deficiências em crianças por meio de Triagem Auditiva Neonatal (TAN) e Triagem Ocular Neonatal (TON), de forma a qualificar esses profissionais a cada ano.

A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) tem por finalidade a identificação, o mais precocemente possível, da deficiência auditiva nos neonatos e lactentes. Consiste no teste e no reteste, com medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição, com o objetivo de encaminhá-los para o diagnóstico e as intervenções adequadas. Atualmente, há 1.278 estabelecimentos que realizam o registro de procedimentos de TAN no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS).

No ano de 2022, houve o alcance de 36,9% de Cobertura da Triagem Auditiva Neonatal (TAN) no país, o que corresponde à 61,5% da meta prevista de 60% para 2022, dados preliminares. Em 2022 a prioridade foi ampliar e qualificar o acesso à reabilitação nos serviços do SUS em todo o país, sobretudo nos territórios de vazios assistenciais na área da reabilitação ambulatorial. Observa-se o aumento da capilaridade e disponibilidade de ações e serviços de reabilitação no SUS, que têm possibilitado que as pessoas com deficiência acessem, em tempo oportuno e com qualidade, as iniciativas da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência voltadas para o desenvolvimento de potencialidades, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais e psicossociais que contribuam para a conquista de sua autonomia e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas.

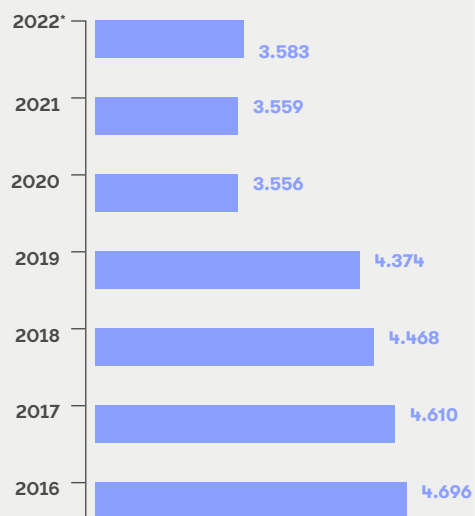
Com relação à Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias (PNAIPDF), o Ministério vem trabalhando, principalmente, a ampliação do cadastro nacional de pacientes, a cobertura do exame ecodoppler transcraniano (DTC), a qualificação do diagnóstico laboratorial e a distribuição do medicamento fenoximetilpenicilina. No ano de 2022, o cadastro atingiu 50,66% dos serviços de atenção ambulatorial especializados em hemoglobinopatias, totalizando 28.374 cadastros ativos, sendo, 5.079 (14,91%) são crianças de 0 a 6 anos, a maioria diagnosticadas pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (Teste do Pezinho) com doença falciforme (88,66%), outras hemoglobinopatias (9,14%) e talassemias (2,21%). No intuito de prever e prevenir o acidente vascular encefálico (AVE) em crianças e adolescentes com doença falciforme (DF), foi instituído, no ano de 2012, o exame ecodoppler transcraniano (DTC).

Outra ação relacionada à Agenda Transversal e Multisetorial da Primeira Infância diz respeito à compra centralizada do medicamento Fenoximetilpenicilina Potássica 80.000 UI/ml para prevenção de infecções em crianças com DF de 0 a 5 anos de idade, conforme estabelecido na Portaria SCTIE/MS n.º 45, de 10 de setembro de 2013, que incorporou este medicamento ao SUS. No ano de 2022, foram distribuídos 102.049 frascos, atingindo cerca de 50% do público alvo estimado.

Com relação a cirurgia cardiovascular pediátrica, destaca-se que é realizada nos estabelecimentos habilitados em Alta Complexidade Cardiovascular. Conforme a Portaria GM/MS n.º 210/2004, o serviço habilitado na Cirurgia Cardiovascular Pediátrica "deve dispor de estrutura física e funcional além de uma equipe assistencial devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência aos portadores de doenças cardiovasculares, em pacientes com idade até 18 anos". Atualmente são 158 estabelecimentos habilitados no país.

Foi realizado o estudo de cirurgias cardiovasculares pediátricas no SUS, referente ao período de 2016 a 2022:

Gráfico 23 – Produção física de cirurgias cardiovasculares pediátricas no SUS, no período 2016 a 2022



Fonte: Consulta realizada na forma 040601, no público até 17 anos, no SIH/SUS em fevereiro/2023.

* Base de 2022 até dezembro, não está finalizada.

A Política Nacional de Atenção à Oncologia Pediátrica foi instituída pela Lei n.º 14.308, de 08 de março de 2022. Diante disso, foi pautado na Reunião da CIT de dezembro de 2022, a proposta de atualização da Portaria SAES/MS n.º 1399/2019, com a incorporação da Política Nacional de Atenção à Oncologia Pediátrica. Também foi criado o Grupo Assessor Técnico da Política Nacional de Atenção à Oncologia Pediátrica no CONSINCA (GAT/PNAOP/CONSINCA).

Na Agenda ainda trabalhamos na Rede Nacional de Saúde Cardiovascular Especializada na Cardiopatia Congênita (RENASCE) que tem como objetivo promover a saúde cardiovascular, capacitar profissionais, desenvolver e disseminar conhecimentos e tecnologia. Além de, integrar, qualificar e expandir as ações e serviços de assistência às crianças com cardiopatia congênita no SUS.

A fim de elaborar subsídios para a criação da Linha de Cuidado da Cardiopatia Congênita (LC-CC), entre 22/06/2022 e 10/10/2022 ocorreram as oficinas virtuais de discussões com subgrupos de trabalhos divididos em nove áreas temáticas, definidas pelos membros da CTA-RENASCE, a saber:

1. Assistência Materno Fetal e Neonatal;
2. Seguimento Ambulatorial, pré e pós-operatório;
3. Cardiopatia Congênita no Adulto;
4. Internação e Cardiointensivismo;
5. Cirurgia Cardiovascular e Assistência Circulatória;
6. Hemodinâmica Intervencionista e Terapêutica;
7. Transplante;
8. Informação, Registro e Banco de Dados;
9. Regulação.

As Oficinas resultaram na determinação do fluxo assistencial para a Linha de Cuidado e foram identificados pontos limitantes essenciais em cada nível de atendimento no âmbito da cardiopatia congênita.

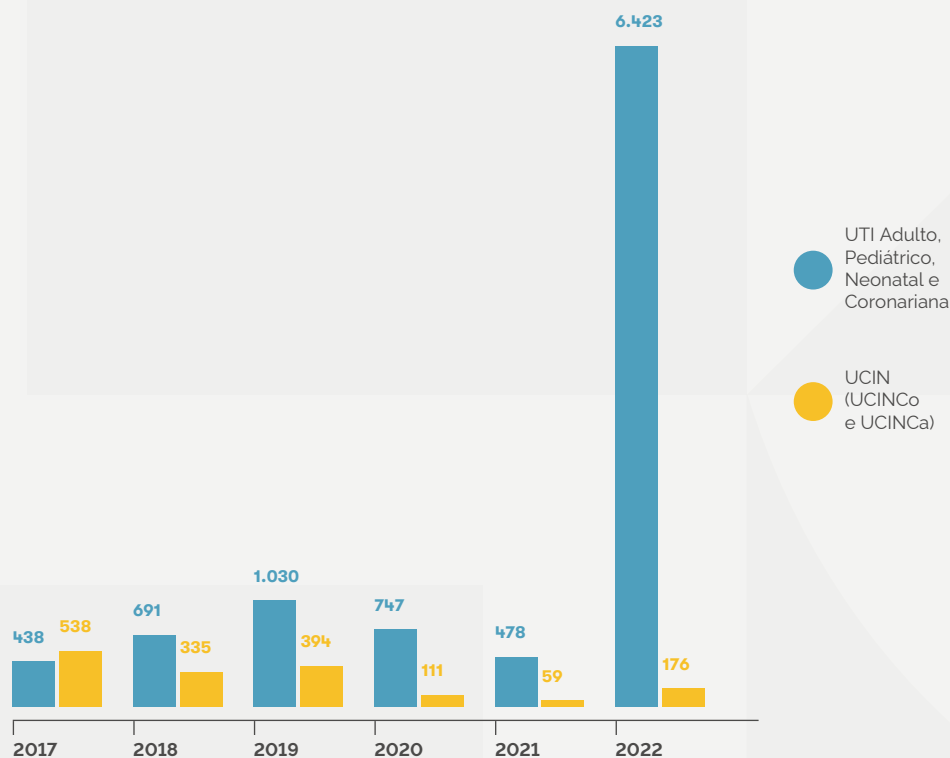
Considerando as metas propostas e pactuadas no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020-2023, de ampliar para 60% o número de crianças nascidas com cardiopatia congênita com indicação cirúrgica, operadas no primeiro ano de vida, o RENASCE pretende qualificar a assistência e ampliar o acesso às crianças com cardiopatia congênita e vem contribuir de modo oportuno para melhoria das condições para atendimento contínuo e integral a esta população.

Atenção Hospitalar

A oferta de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e de Unidades de Cuidados Intermediários (UCI) tem crescido de forma consistente no país. A ampliação desses leitos tem ocorrido desde 2017, e por consequência, a extensão do acesso à população brasileira.

De 2017 a 2022, foram habilitados um total de 11.420 novos leitos de UTI (Adulto, Pediátrico, Neonatal e Coronariano) e leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), dentre eles os que estavam com autorização temporária, Portaria GM/MS n.º 220/2022, que será detalhado no tópico específico de covid-19. Os números relativos às novas habilitações somam-se, anualmente, ao total de leitos de UTI e UCI existentes no SUS. Portanto, em 2022 totalizam 34.296 leitos (29.912 de UTI e 4.384 de UCI).

Gráfico 24 – Evolução dos novos leitos de UTI e UCIN Habilitados

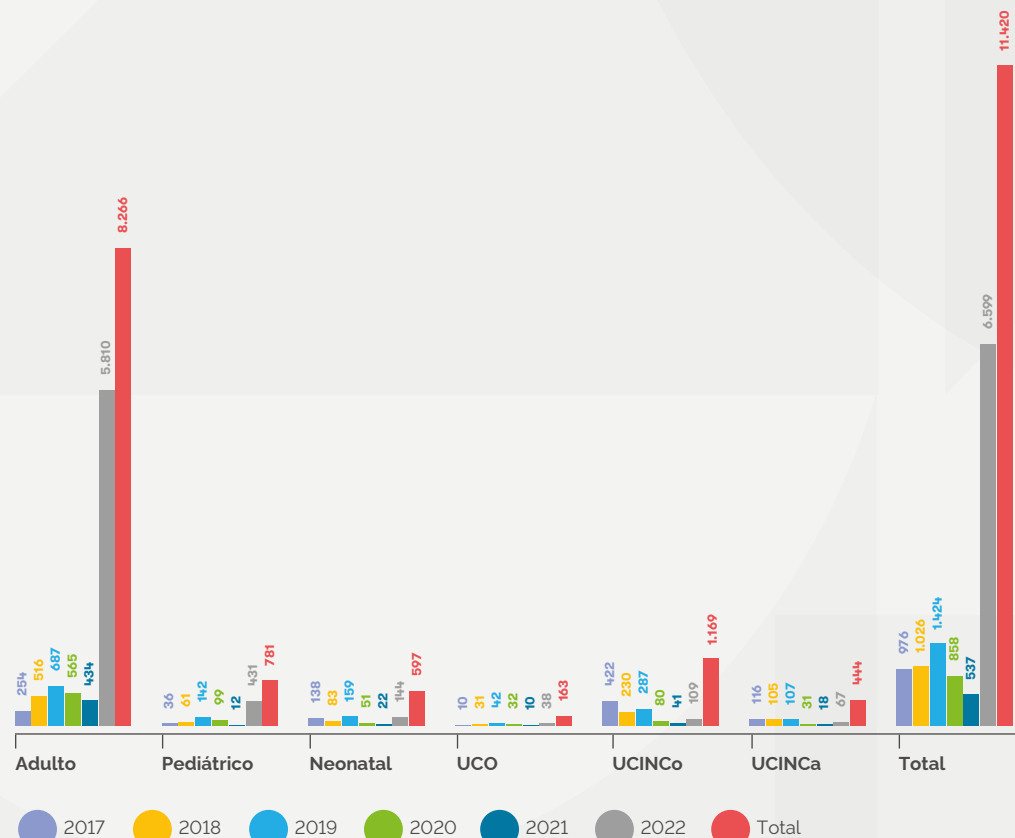


Fonte: CGAHD/DAHU - Atualizado até 13/01/2023.

Ressalta-se que, em 2022, do total de 6.599 novos leitos, 5.810 são leitos de UTI adulto, 431 são leitos de UTI pediátricos, 144 são leitos de UTI neonatal, 38 são leitos de UTI coronariano; e 176 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário

Neonatal (UCIN), sendo 109 Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo) e 67 Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Gráfico 25 – Ampliação de novos leitos de UTI e UCI no Brasil, por tipologia



Fonte: CGAHD/DAHU - Atualizado até 13/01/2023.



Os leitos de UTI são de maior complexidade e exigem estrutura e atendimento multiprofissional e interdisciplinar, além de serem destinados a pacientes em casos graves.

Em 2020, foram habilitados o total de 858 novos leitos, sendo 565 de UTI Adulto, 99 Pediátrico, 32 Coronariana, 51 neonatal e, 111 de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCI), sendo 80 de UCINCo e 31 UCINCa.

Em 2021, foram habilitados o total de 537 novos leitos, sendo 434 de UTI adulto, 12 pediátrico, 10 coronariana, 22 neonatais e 59 de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCI), sendo 41 UCINCo e 18 UCINCa.

Vale salientar o resultado da meta "Ampliar para 15.954 leitos de terapia intensiva adulto disponibilizado no SUS" acompanhada no Plano Nacional de Saúde e como Resultado Intermediário no Plano Plurianual para o quadriênio 2020-2023, que contribui para cumprir o Objetivo da Atenção Especializada. Nesse sentido, durante 2022, houve ampliação de 5.810 novos leitos de UTI adulto, totalizando 21.338 leitos de UTI adulto convencional disponibilizados, o que demonstra a expansão do acesso de pacientes graves ou de risco, necessitando de cuidados intensivos, assistência médica, de enfermagem e fisioterapia ininterruptas, monitorização contínua durante 24 horas, além de equipamentos e equipe multidisciplinar especializada, para reduzir mortalidade.

Tabela 18 – Número de Leitos de UTI Adulto habilitados, 2021 - 2022

UF	LEITOS DE UTI ADULTO (HABILITADOS/SUS ATÉ 31/12/2021)	LEITOS DE UTI ADULTO (HABILITADOS/SUS ATÉ 31/12/2022)
AC	33	43
AL	154	269
AP	4	4
AM	181	201
BA	856	1.220
CE	478	738
DF	306	351
ES	496	616
GO	543	730
MA	313	497
MT	236	346
MS	199	293
MG	2.081	2.631
PA	378	631
PB	273	378
PR	1.208	1.537
PE	816	1.052
PI	147	234
RJ	999	1.624
RN	195	285
RS	988	1.295
RO	159	210
RR	17	47
SC	551	791
SP	3.683	5.030
SE	161	192
TO	73	93
TOTAL	15.528	21.338

Fonte: CGAHD/DAHU - Atualizado até 13/01/2023.



Projeto Tele-UTI

O projeto Tele-UTI tem por objetivo prover, por intermédio da expertise dos especialistas em medicina intensiva das entidades de saúde de reconhecida excelência (ESRE), apoio às equipes médicas e multiprofissionais no cuidado dos pacientes das UTIs participantes, por meio de telemedicina, sendo executado por meio do Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), de forma colaborativa para atendimento de 2.500 leitos de UTI do SUS. O projeto abrangeu 22 estados contemplando 72 municípios, tendo como resultados: 86 hospitais envolvidos, 27 mil visitas realizadas em 1.565 leitos, beneficiando 4.658 pacientes.

Como produto para o atual triênio 2021-2023, o projeto foi configurado como uma colaborativa, envolvendo cinco dos seis hospitais de excelência, a saber: Sociedade Beneficente de Senhoras-Hospital Sirio- Libanês, Associação Beneficente Síria — Hospital do Coração, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, BP - A Beneficência Portuguesa de São Paulo e Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC). Vem sendo executado em 815 leitos de UTI adulto em 25 estados divididos entre até 160 leitos. Em 2022 foram realizados 6.192 telerounds, com apoio assistencial a 8.027 pacientes distintos em conjunto com as equipes dos 67 hospitais onde o projeto está em execução. Foram realizadas 47 capacitações com 1.426 profissionais capacitados, onde os temas foram elaborados pelos cinco Hospitais de Excelência de acordo com as fragilidades das equipes.

Projeto Colaborativo “Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala”

O projeto é uma parceria entre o Ministério da Saúde e os Hospitais PROADI-SUS para melhoria da segurança do paciente a fim de implantar práticas seguras no SUS. O foco foi implementar diretrizes para prevenção de infecções relacionadas a assistência à saúde e acredita-se que cerca de 67% dos danos que ocorrem nos hospitais brasileiros poderiam ser evitáveis.

É importante informar que a publicação desse projeto se deu no Diário Oficial em maio de 2021, portanto, com execução que ainda não permite a geração dos dados relacionados aos resultados. O projeto visa contribuir para a disseminação do modelo de implantação de melhorias e com isso a diminuição da incidência nos principais indicadores de infecções hospitalares.

O objetivo geral do projeto é reduzir em 30% as infecções associadas a dispositivos invasivos - infecção laboratorialmente comprovada associada a um cateter central (IPCLS), pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV) e Infecção do Trato Urinário associado ao Cateter Vesical (ITU-AC) - em UTIs do Brasil em 18 meses. Para isso será necessário desenvolver capacidades das equipes em realizar a implantação dos pacotes de mudanças relacionadas à prevenção de infecções e aumentar a adesão ao protocolo de higienização das Mãos (HM) em 30% em 24 meses. Além de apoiar o modelo de avaliação de custos nas infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).

No ano de 2021 foi realizada a seleção dos hospitais participantes e a divisão entre os Hospitais de Excelência. Iniciou-se o treinamento das equipes na metodologia e padronização do processo com visitas presenciais dos profissionais responsáveis pela execução do projeto além das visitas técnicas virtuais. Suporte remoto e desenvolvimento de matérias complementares e manutenção de ferramentas de educação e compartilhamento foram executados nos diversos hospitais.

Em 2022 os seis hospitais de Excelência, responsáveis pela execução da colaborativa, realizaram as visitas presenciais diagnósticas onde foram constituídas as linhas de base dos hospitais, métricas que parametrizam os resultados do projeto. Foram realizadas visitas nos hospitais com foco no desenvolvimento da metodologia de melhoria relacionada ao projeto. Durante o desenvolvimento das ações foi necessária intervenção para elaboração e execução de um plano de resgate da metodologia trabalhada. Foi definido a ampliação para mais uma visita presencial com foco no desenvolvimento de ações que estimulassem a compreensão das ferramentas de melhoria. No segundo semestre, foi também realizada a Sessão de Aprendizagem Virtual (SAP), onde os 193 hospitais participantes do projeto indicaram quatro colaboradores que fizessem parte da equipe do projeto, para participarem ativamente de oficinas de aprendizagem, sendo estimulados a disseminar o conteúdo dentro de suas instituições.

No período citado, a iniciativa alcançou resultados expressivos na redução dos três principais dispositivos de infecções: Infecção Primária da Corrente Sanguínea Associada a um Cateter Venoso Central (IPCSL), com diminuição de 52% em UTIs pediátricas, 26% em UTIs neonatais e 21% nas adultas; Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), com queda de 48% nas neonatais, 42% nas pediátricas e 26% nas adultas; além de Infecção do Trato Urinário Associada a um Cateter Vesical (ITU-AC), com redução de 57% nas pediátricas e 26% nas adultas.

Tendo então uma estimativa de infecções evitadas até setembro de 2022:

Tabela 19 – Estimativa de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRA) Evitadas até setembro de 2022

PERFIL	IRA	ESTIMATIVA
ADULTO	IPCSL	357
ADULTO	ITU-AC	395
ADULTO	PAV	1160
NEONATAL	IPCSL	57
NEONATAL	PAV	44
PEDIÁTRICO	IPCSL	67
PEDIÁTRICO	ITU-AC	14
PEDIÁTRICO	PAV	44
TOTAL		2.138

Fonte: CGHID/DAHU/SAES/MS.

Enfretamento à Pandemia de covid-19.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é relevante política pública de inclusão social e instrumento para a redução da desigualdade no País. O SUS mostrou, durante o enfrentamento da covid-19, a importância da existência de um sistema de saúde público com equidade, gratuito, universal e integral, o consolidado pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Todo e qualquer cidadão tem direito de acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, conforme a complexidade que cada condição de saúde requeira, sendo as ações coordenadas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Desde o começo da pandemia, o Brasil precisou, em caráter emergencial, de uma resposta organizada e integrada a eventos indesejáveis com repercussão na saúde

pública. A necessidade se fundamentou em critérios técnicos tomando por base a doença e transmissão do vírus, assim como as projeções do seu comportamento.

Entre 2021 e 2022 houve redução no número de novos casos e óbitos decorrentes da covid-19. No primeiro semestre de 2022, a escala foi inferior aos anos de 2020 e 2021. Assim, foram revisadas as normativas para Procedimentos e Leitos de UTI para covid-19, dentre elas:

► Portaria GM/MS n.º 4.226, de 31/12/2021, que dispõe sobre o procedimento para desmobilização de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto e Pediátrico covid-19 autorizados, em caráter excepcional e temporário, para o atendimento exclusivo de pacientes com diagnóstico de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG/covid-19);

► Portaria GM/MS n.º 913, de 22/04/2022, que declara o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV) e revoga a Portaria GM/MS n.º 188, de 03 de fevereiro de 2020; e

► Portaria n.º 177, de 25/05/2022, que exclui habilitações e leitos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde – SUS.

Além disso, mesmo após a publicação da Portaria GM/MS n.º 913, de 22/04/2022, por meio da qual declarou-se o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo coronavírus, foram realizadas iniciativas e despesas relativas à pandemia covid-19.

Nessa perspectiva, e diante da necessidade das condições de saúde posterior à covid-19, vale destacar as atuações da Atenção Especializada à Saúde em 2022:

1. Entre janeiro e dezembro de 2022, foram aplicados cerca de R\$ 680,25 milhões para o enfrentamento das demandas assistenciais geradas pela covid-19;
2. Devido ao aumento significativo das demandas para reabilitação por usuários que foram acometidos pela covid-19, fez-se necessário incluir na tabela do SUS dois novos procedimentos relacionados à reabilitação ambulatorial, a fim de ampliar e diversificar a capacidade dos serviços de saúde que compõem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Conforme dados do Sistema de Informações Ambulatorial (SIA/SUS), até a competência de novembro de 2022 foram registrados 1.386.216 procedimentos relativos à reabilitação pós-covid-19 (Reabilitação de pacientes pós covid-19 e Reabilitação Cardiorrespiratória de pacientes Pós covid-19), os quais representam o impacto federal de custeio em torno de R\$ 30 milhões, custeados por meio do Fundo de Ações de Estratégicas e Compensação (FAEC).
3. A Rede SARAH atendeu cerca de 91 mil pessoas com sintomas persistentes da covid-19, incluindo consultas médicas, avaliações, exames, internações e cirurgias, sendo transferidos R\$ 105 milhões para as ações de reabilitação de pacientes com sequelas da covid-19, entre outras.

Habilitações de Leitos UTI Adulto e Pediátrico para Enfrentamento da covid-19

Como formas de apoio em 2021 houve a continuidade e ampliação do custeio extraordinário de leitos de terapia intensiva para os pacientes da doença, alcançando, no pico mais de 26 mil leitos adultos e pediátricos custeados para a covid-19, num total aproximado de R\$ 1,3 bilhão.

Cabe considerar que com o avanço da vacinação, e consequente queda na taxa de ocupação dos leitos de UTI – covid-19, entre janeiro a 31 de dezembro de 2021, ocorreu, por parte dos gestores locais, solicitação de cancelamento de cerca de 12,7 mil leitos.

Em 2022, como parte da estratégia para mitigar os efeitos da pandemia, foram criados, excepcionalmente, 6.077 leitos de UTI adultos e 373 leitos de UTI pediátricos, totalizando 6.450. Desse quantitativo, em dezembro de 2022, 471 leitos foram desabilitados, sendo 408 de UTI adultos e 63 de UTI pediátricos, por não se adequarem a legislação vigente. Assim, resultou em 5.979 leitos que foram regularizados e estão habilitados e incorporados aos leitos permanentes nos 26 Estados e Distrito Federal. Para apoiar o custeio desses leitos de UTI foram aplicados cerca de R\$ 1,3 bilhão no ano de 2022.



1.792.604
Internações hospitalares

+ 26.000

Total Leitos de UTI covid-19 autorizados até 2021

5.979

Total Leitos de UTI covid-19 habilitados e transformados em leitos permanentes em 2022

5.669

Leitos de UTI adulto

310

Leitos de UTI Pediátrico

Fonte: Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar (CGAHD/DAHU/SAES/MS) em 13/01/2023.



Recursos financeiros transferidos aos gestores SUS para cobertura do tratamento clínico da covid-19 e leitos de UTI-covid-19

2022

ANO



1.774.510.500,00

Tratamento Clínico



1.324.272.000,00

Leitos de UTI-COVID-19



3.098.782.500,00

Total

Fonte: CGOF/DRAC/SAES/MS. Apurado em 13/01/23.

No período de abril de 2020 a novembro de 2022, no universo das internações hospitalares pelo SUS, 1.792.604 pacientes foram hospitalizados com registro pelo procedimento de tratamento clínico do coronavírus – covid-19, sendo no ano de 2020: 473 mil, em 2021: 1,184 milhão e em 2022: 135 mil.



Tabela 20 – Número de hospitalizações– covid-19 - 2020/2022

Ano/mês processamento	Quantidade de AIH	Valor processado	Valor médio AIH	Permanência	Média de Permanência
abr/20	4.132	R\$ 10.795.806,29	R\$ 2.612,73	22.959	5,6
mai/20	33.094	R\$ 111.684.430,08	R\$ 3.374,76	213.581	6,5
jun/20	58.767	R\$ 235.025.228,11	R\$ 3.999,27	425.392	7,2
jul/20	79.468	R\$ 377.414.782,31	R\$ 4.749,27	638.553	8,0
ago/20	77.438	R\$ 391.268.740,34	R\$ 5.052,67	645.932	8,3
set/20	61.867	R\$ 335.274.965,30	R\$ 5.419,29	537.593	8,7
out/20	51.382	R\$ 282.595.319,81	R\$ 5.499,89	458.839	8,9
nov/20	47.621	R\$ 250.823.068,40	R\$ 5.267,07	418.647	8,8
dez/20	58.900	R\$ 296.407.891,34	R\$ 5.032,39	476.053	8,1
2020	472.669	R\$ 2.291.290.231,98	R\$ 4.847,56	3.837.549	8,1
jan/21	72.689	R\$ 367.132.370,78	R\$ 5.050,73	584.031	8,0
fev/21	79.369	R\$ 394.519.092,85	R\$ 4.970,70	639.491	8,1
mar/21	140.923	R\$ 646.266.593,27	R\$ 4.585,96	1.053.981	7,5
abr/21	177.784	R\$ 942.293.439,38	R\$ 5.300,22	1.429.932	8,0
mai/21	177.821	R\$ 1.018.601.240,88	R\$ 5.728,24	1.433.688	8,1
jun/21	174.855	R\$ 1.074.292.843,28	R\$ 6.143,91	1.428.125	8,2
jul/21	134.115	R\$ 987.832.774,64	R\$ 7.365,57	1.204.836	9,0
ago/21	90.008	R\$ 760.581.521,10	R\$ 8.450,15	856.798	9,5
set/21	55.145	R\$ 512.723.188,26	R\$ 9.297,73	550.406	10,0

out/21	36.452	R\$ 347.898.451,50	R\$ 9.544,02	369.354	10,1
nov/21	25.248	R\$ 259.662.877,22	R\$ 10.284,49	262.456	10,4
dez/21	20.040	R\$ 197.608.422,42	R\$ 9.860,70	200.530	10,0
2021	1184.449	R\$ 7.509.412.815,58	R\$ 6.340,01	10.013.628	8,5
jan/22	34.518	R\$ 214.225.860,48	R\$ 6.206,21	248.242	7,2
fev/22	48.988	R\$ 288.181.267,56	R\$ 5.882,69	383.471	7,8
mar/22	25.555	R\$ 149.311.903,64	R\$ 5.842,77	251.583	9,8
abr/22	13.893	R\$ 82.525.966,03	R\$ 5.940,11	155.476	11,2
mai/22	8.582	R\$ 45.840.710,91	R\$ 5.341,50	94.020	11,0
jun/22	2.656	R\$ 11.836.603,93	R\$ 4.456,55	32.006	12,1
jul/22	820	R\$ 5.437.135,65	R\$ 6.630,65	11.830	14,4
ago/22	371	R\$ 1.899.795,37	R\$ 5.120,74	4.828	13,0
set/22	69	R\$ 354.962,87	R\$ 5.144,39	1.119	16,2
out/22	27	R\$ 88.313,56	R\$ 3.270,87	359	13,3
nov/22	7	R\$ 20.408,43	R\$ 2.915,49	73	10,4
2022	135.486	R\$ 799.722.928,43	R\$ 5.902,62	1.183.007	8,7
Total Geral	1.792.604	R\$ 10.600.425.975,99	R\$ 5.913,42	15.034.184	8,4

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) (Dados tabulados em 13/01/2023 no site DATASUS: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/qiuf.def> - considerando os procedimentos: 0303010223 - tratamento de infecção pelo Coronavírus - COVID 19.



Atenção Domiciliar

A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. Já o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é estabelecido como o serviço complementar aos 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).

Até dezembro de 2022, havia 2.034 equipes de Atenção Domiciliar implantadas no CNES, sendo destas, 1.966 também habilitadas para o Programa Melhor em Casa, das quais 108 entraram em funcionamento neste ano.

A cobertura das Equipes de Atenção Domiciliar do Programa Melhor em Casa vem aumentando gradativamente, atingindo 41,24%, ou seja,

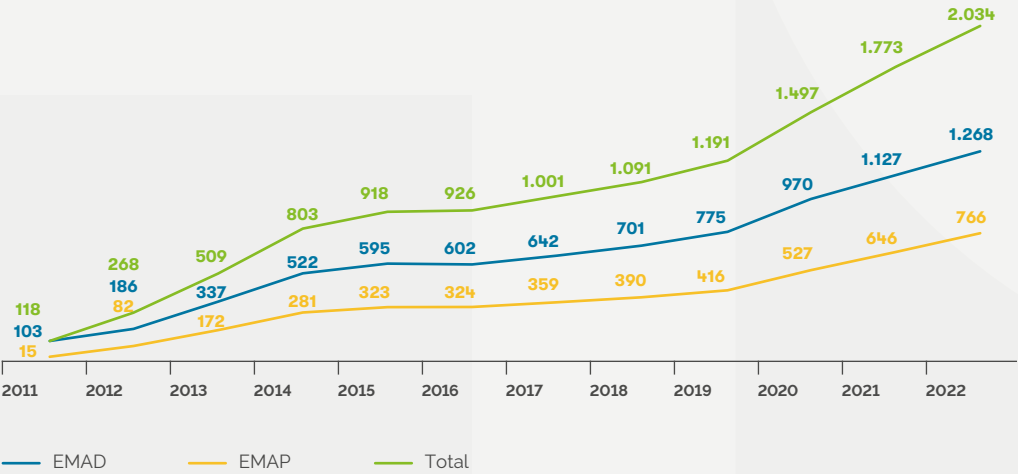
88.571.395 habitantes em 2022, conforme tabela a seguir:

Tabela 21 – Percentual de cobertura do Programa Melhor em Casa, desde 2015 até out de 2022

Ano	População	População coberta pelo Programa (HAB)	% de cobertura
2015	204.482.459	1.500.000	0,73%
2016	206.114.067	46.013.816	22,32%
2017	207.660.929	48.508.949	23,36%
2018	208.494.900	51.247.878	24,58%
2019	210.147.125	68.905.127	32,79%
2020	211.755.692	74.464.359	35,17%
2021	213.317.639	83.529.798	39,16%
2022*	214.747.509	88.571.395	41,24%

Fonte: CGHID/DAHU/SAES/MS.
* Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030 (Tabnet/Datasus).

Gráfico 26 – Evolução de Equipes EMAD e EMAP Implantados



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 2011 a 2022.
* Equipe Multidisciplinar de apoio (EMAP)
** Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD).

Projeto Cuidados Paliativos

O projeto Cuidados Paliativos realizado por meio do PROADI-SUS teve sua continuidade aprovada para o triênio 2021-2023. Em agosto de 2021, iniciou-se o triênio 2021-2023, com o objetivo de envolver, ao longo do triênio de 24 a 30, grupos de instituições (hospital, ambulatório de especialidade e atenção domiciliar de uma mesma região), prevendo impactar cerca de 80 serviços de saúde.

Dessa forma, iniciou-se o *ciclo 1*, com os estados: Bahia, Espírito Santo, Paraná, Goiás, Pará e Amapá. Em novembro/2021 ocorreu o *I Encontro do projeto PROAS-SUS de Cuidados Paliativos* com 765 inscritos e 403 acessos. E, no Estado do Paraná e Espírito Santo ocorreu o *curso EAD de Cuidados Paliativos para não paliativistas* com 419 profissionais.

Durante o ano de 2022 foram executados três ciclos de trabalho tendo o primeiro ciclo iniciado em agosto de 2021 e finalizado em agosto de 2022, com atuação no AP, BA, ES, PR, GO e PA, o ciclo 2 iniciou em março de 2022 e foi finalizado em janeiro de 2023 com atuação nos estados do AM, DF, MA, PE, RJ, SC e SP e o ciclo 3 que iniciou em outubro de 2022 e finalizará em agosto de 2023, tendo atuação nos estados do AC, GO, MG, PR, PI, RN e SC. Nos dois anos do projeto participaram 21 hospitais, 21 ambulatórios de especialidades e 20 serviços de atendimento domiciliar.

Foram realizadas capacitações virtuais com 20 horas de execução e formação de 1.351 alunos aprovados, e 16 horas de workshop teórico – prático tendo como foco Cuidados Paliativos para não paliativistas com 397 participantes aprovados e desenvolvimento de Módulos Temáticos com a presença de 1.510 pessoas.

Evolução de Maturidade em Cuidados Paliativos dentro dos serviços participantes:



Atenção Especializada em Oncologia no âmbito do SUS

Atualmente, o SUS conta com 315 estabelecimentos de saúde habilitados na alta complexidade em oncologia entre Centros de Assistência de Alta Complexidade (CACON) e Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), conforme consulta realizada no Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), em janeiro/2023.

No que se refere aos procedimentos de diagnóstico, destaca-se a existência de 49 estabelecimentos de Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer de Colo de Útero (SRC) e de 29 Serviços de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM), conforme consulta realizada no Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), em janeiro/2023.

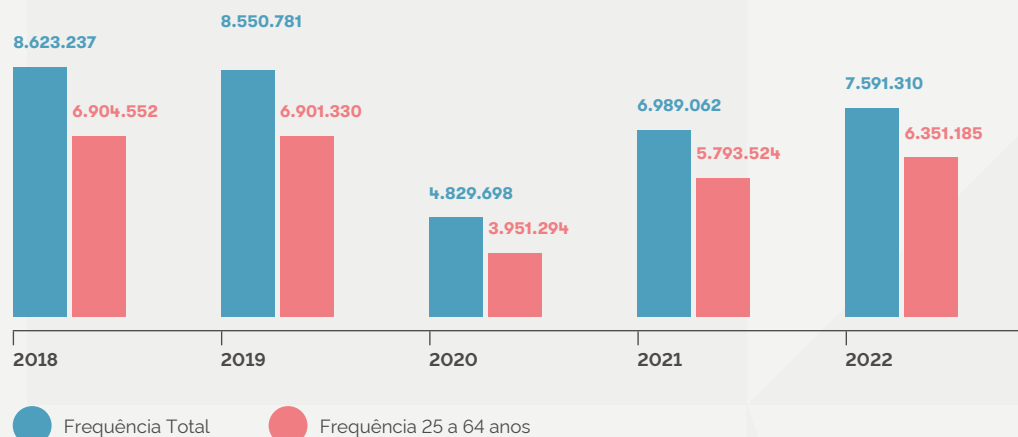
Rastreamento do Câncer do Colo do Útero

O principal método, e o mais amplamente utilizado para rastreamento de câncer do colo do útero, é o teste de Papanicolau, exame citopatológico do colo do útero para detecção das lesões precursoras.

A rotina preconizada no rastreamento brasileiro, assim como nos países desenvolvidos, é a repetição do exame de Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos, no intervalo de um ano, em mulheres de 25 a 64 anos.

Até novembro de 2022, o número de exames citopatológicos na faixa etária preconizada para o rastreamento foi de 6.351.185, dados preliminares que podem sofrer alterações, tendo em vista que Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), ainda se encontra aberto para atualizações.

Gráfico 27 – Frequência de Exames Citopatológicos



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).
Dados de janeiro a novembro/2022.

Rastreamento do Câncer de Mama

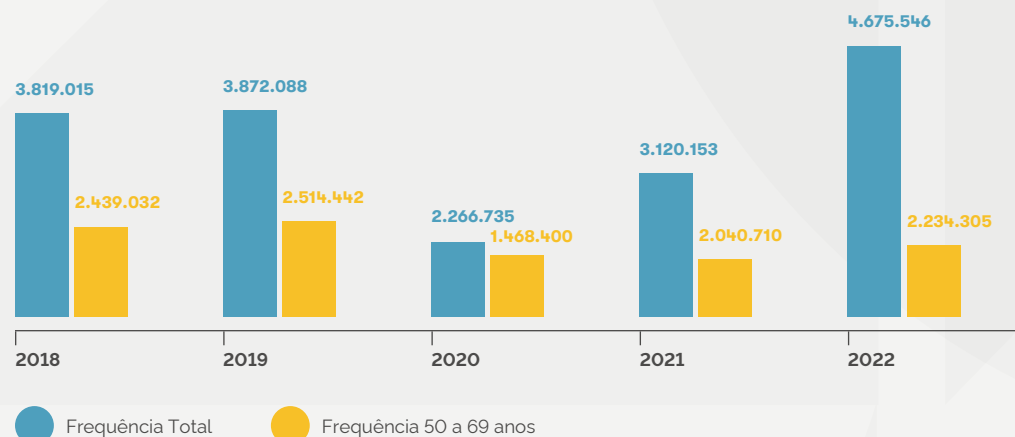
O câncer de mama é o mais incidente em mulheres no mundo, com aproximadamente 2,3 milhões de casos novos estimados em 2020, o que representa 24,5% dos casos novos por câncer em mulheres. É também a causa mais frequente de morte por câncer nessa população, com 684.996 óbitos estimados para esse ano (15,5% dos óbitos por câncer em mulheres) (IARC, 2020).

No Brasil, o câncer de mama é também o tipo de câncer mais incidente em mulheres de todas as regiões, após o câncer de pele não melanoma. As taxas são mais elevadas nas regiões mais desenvolvidas (Sul e Sudeste) e a menor é

observada na Região Norte. Em 2023, estima-se que ocorrerão 73.610 casos novos da doença (INCA, 2022). Entretanto, se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom.

Foram realizados, de janeiro até novembro de 2022, o total de 2.234.305 de mamografias na faixa etária de 50 a 69 anos de idade. Dados preliminares que podem sofrer alterações, tendo em vista que Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), ainda se encontra aberto para atualizações.

Gráfico 28 – Frequência de mamografias bilaterais para rastreamento



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).
Dados de janeiro a novembro/2022.

Doação de tomógrafos para enfrentamento da covid-19

Em apoio ao enfrentamento da covid-19, no ano de 2020, o Ministério da Saúde foi contemplado com 2 ações de doações, sendo elas:

a) Doação dos Bancos – 30 equipamentos de tomografia

Doação de 30 tomógrafos computadorizados pelo consórcio dos Bancos Bradesco, Santander e Itaú Unibanco ao Ministério da Saúde, para distribuição aos estabelecimentos de saúde públicos ou privados sem fins lucrativos (filantrópicos), sendo 15 tomógrafos de 32 cortes/canais e 15 tomógrafos de 64 cortes/canais. Para propiciar a seleção dos estabelecimentos de saúde, mencionados acima, a receberem a doação em questão, em 23 de julho de 2020, foi realizado um Chamamento Público

por meio do Edital n.º 12/2020, o qual dispôs sobre os critérios de classificação e priorização, bem como desempate das inscrições destes estabelecimentos.

Foram recebidas um total de 212 inscrições de todas as regiões do país, sendo que a lista preliminar foi divulgada no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, após deliberação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV).

A seleção inicial contemplou 30 hospitais e classificou os demais em lista reserva, caso ocorresse desclassificações.

Até agosto de 2022, todos os 30 equipamentos doados mediante ao consórcio dos Bancos já haviam sido entregues e instalados no destino final (14 em 2021 e 16 em 2022).

Quadro 5 – Estabelecimentos de saúde que receberam a doação do consórcio dos bancos

REGIÃO	UF	MUNICÍPIO	CNES	EM FUNCIONAMENTO DESDE
Norte	PA	BELÉM	2332981	26/01/2021
		PARAGOMINAS	2318628	25/02/2022
		PARAUAPEBAS	2615746	01/03/2021
	AM	MANAUS	2017644	09/03/2022
		TEFÉ	2016141	22/06/2022
		ARACATI	2372967	05/10/2021
		BREJO SANTO	2480646	09/05/2022
		ICO	2611309	27/01/2021
CE	IPU	5018110	15/03/2022	
	JUAZEIRO DO NORTE	6779522	18/03/2022	
	MARACANAU	2372150	21/03/2022	
	MARANGUAPE	2554798	21/03/2022	
	SÃO GONÇALO DO AMARANTE	2427125	14/03/2022	
Nordeste	MA	SOBRAL	2426579	02/12/2021
		TAUÁ	2328046	29/11/2021
		BACABAL	2458055	31/05/2022
		BALSAS	9336508	09/03/2021
		BARREIRINHAS	7013620	26/03/2021
		PINHEIRO	7826060	23/03/2021
		SANTA INES	9077413	21/03/2021
	PE	BARREIROS	2499975	27/05/2022
		CABROBO	2639246	23/05/2022
		CARUARU	5093619	26/05/2022
		RECIFE	434	26/01/2021
	PI	TERESINA	3285391	04/10/2021
	RN	NATAL	2409194	28/01/2021
Centro-Oeste	SE	ARACAJU	2275	09/03/2021
	MS	PARANAIBA	2375850	21/02/2022
Sudeste	RJ	NOVA IGUAÇU	2798662	25/08/2022
	SP	CAMPINAS	2081490	18/05/2022

Fonte: Arquivo da CGAE/DAET/SAES.

b) Doação do Governo Japonês ao Governo Brasileiro

Em outubro de 2020, houve a doação de 503 milhões de ienes japonês ao governo brasileiro frente ao avanço da pandemia relacionada ao novo coronavírus (covid-19) no país.

A doação foi oficializada por intermédio da Agência Brasileira de Cooperação, do Ministério de Relações Exteriores (ABC/MRE) e operacionalizada por meio do Escritório das Nações Unidas de Serviços para Projetos (UNOPS/ONU), e articulada, no âmbito do Ministério da Saúde, pela Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA/GM), bem como pelo Departamento de Atenção Especializada e Temática (Daet/CGAE).

Com o recurso doado pelo governo japonês foram adquiridos, inicialmente, oito equipamentos de tomografia de 32 cortes/canais, sendo que os

hospitais contemplados para receber a doação foram os estabelecimentos do cadastro reserva que já haviam sido classificados pelo Edital de Chamamento Público n.º 012/2020, pelo consórcio dos Bancos (Bradesco, Santander e Itaú Unibanco).

Importante destacar que com o saldo remanescente da compra dos oito primeiros tomógrafos foram adquiridos mais cinco equipamentos de tomografia de 32 cortes, por intermédio do mesmo Termo de Referência publicado pelo UNOPS.

Com o recurso doado foram adquiridos e doados aos entes beneficiários brasileiros 13 equipamentos de tomografia de 32 cortes/canais. A seguir, descrevemos os dados dos estabelecimentos contemplados com a doação do governo japonês:

Quadro 6 – Estabelecimentos Contemplados com a Doação do Governo Japonês

REGIÃO	UF	MUNICÍPIO	CNES	EM FUNCIONAMENTO DESDE
Centro-Oeste	MT	Peixoto de Azevedo	2699842	Equipamento em funcionamento
Nordeste	AL	Maceió	136581	
Norte	PA	Belém	2332671	
		Bragança	2678403	Monitoramento não iniciado, considerando que o CT não foi ligado
		Governador Valadares	2222043	
Sudeste	MG	Itabira	2218690	
		Januária	2204622	Equipamento em funcionamento
		Paracatu	2100754	
	SP	Uberaba	9141839	
		Diadema	2080028	Equipamento em funcionamento
		Guarulhos	2082861	
Sul	PR	Santo Antônio da Platina	3316300	
	SC	Balneário Camboriú	6854729	

Fonte: Arquivo da CGAE/DAET/SAES.

RENASCE - Rede Nacional de Saúde Cardiovascular Especializada na Cardiopatia Congênita

A Câmara Técnica Assessora Renasce (CTA-Renasce) - Rede Nacional de Saúde Cardiovascular Especializada na Cardiopatia Congênita, por meio da Portaria SAES/MS n.º 902, de 09 de setembro de 2021, revogada pela Portaria SAES/MS n.º 835, de 18 de novembro de 2022, que reinstituiu a CTA-Renasce e, com isso, novos membros foram acrescentados, cabendo ao Instituto Nacional de Cardiologia - INC, coordenar a CTA, em conjunto com as áreas técnicas do Ministério da Saúde, com o intuito de dar subsídios para a criação de um programa que será denominado Programa Renasce, tendo como objetivo integrar, qualificar e expandir as ações e serviços de assistência às crianças com cardiopatia congênita no SUS, buscando promover o diagnóstico precoce e a intervenção especializada para as crianças, além do suporte familiar durante os tratamentos.

A Câmara Técnica Assessora ao Renasce (CTA-Renasce) é coordenada pelo Instituto Nacional de Cardiologia - INC em conjunto com as áreas técnicas do Ministério da Saúde. Possui caráter técnico-científico, consultivo, sigiloso e educativo, de natureza interinstitucional e multiprofissional, de modo a contribuir com as atividades técnicas e desenvolvimento do programa e em matérias estratégicas de

interesse da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), oferecendo subsídios ao aperfeiçoamento, integração e qualificação da rede de assistência às crianças cardiopatas no âmbito do SUS, culminando na criação do Programa Renasce.

Além da Saes e do INC, a CTA -Renasce contará com a Saps, representações de sociedades de especialistas e os sete hospitais de referência do SUS em cardiologia pediátrica, que deverão pactuar ações de formação e capacitação de médicos e equipes multidisciplinares, discutir sobre medidas contínuas e efetivas de telemedicina e propor bases para a qualificação da gestão da rede nacional de cardiologia pediátrica. A agenda do CTA-Renasce está se efetivando mediante reuniões no âmbito da Comissão Técnica Assessora (CTA-Renasce).

Por meio do Renasce, quatro sociedades médicas e sete centros especializados atuarão integrados ao INC. São eles: Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC); a Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular; Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (SBHCI); a Sociedade Brasileira de Pediatria; Hospital do Coração (SP); Instituto do Coração (SP); Hospital de Base de São José do Rio Preto (SP); Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (DF); Instituto Dante Pazzanese (SP); Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (PE); e Hospital do Coração de Messejana (CE).

Essa união de forças permitirá o desenvolvimento de ações estruturantes em toda a rede cardiovascular especializada do país, composta, atualmente, por 67 unidades habilitadas pelo Ministério para realizar cirurgias cardiovasculares pediátricas. A iniciativa também propiciará a capacitação de profissionais de saúde que atuam no cuidado das crianças, com cursos e outras ações educativas.

Em 2022, foram realizadas oficinas virtuais de discussões com subgrupos de trabalhos divididos em nove áreas temáticas, sendo: assistência materno fetal e neonatal; seguimento ambulatorial, pré e pós-operatório; cardiopatia congênita no adulto; internação e cardiointensivismo; cirurgia cardiovascular e assistência circulatória; hemodinâmica intervencionista e terapêutica; transplante; informação, registro e banco de dados; e regulação.

Programa de Qualificação da Assistência Cardiovascular – QualiSUS Cardio

O QualiSUS Cardio, instituído pela Portaria GM/MS n.º 1.099, de 12 de maio de 2022, tem por escopo e diretrizes apoiar e monitorar a qualificação das ações prestadas pela rede de atenção à saúde na linha de cuidado da alta complexidade cardiovascular, por meio da avaliação do desempenho dos estabelecimentos de saúde, com base em monitoramento de parâmetros e indicadores assistenciais, proporcionando a otimização dos recursos financeiros e favorecendo a ampliação do acesso.

O 1º Ciclo do QualiSUS Cardio, definido pela Portaria GM/MS n.º 1.100, de 12 de maio de 2022, avalia o desempenho dos estabelecimentos de saúde no âmbito da alta complexidade cardiovascular a partir da análise de indicadores relativos ao volume, à qualidade e à complexidade da assistência ofertada e estabelece incrementos sobre os valores de procedimentos cirúrgicos cardiovasculares em conformidade com o desempenho aferido.

Foram habilitados 191 hospitais no 1º Ciclo do Programa de Qualificação da Assistência Cardiovascular – QualiSUS Cardio, no âmbito

do Sistema Único de Saúde – SUS, pela Portaria GM/MS n.º 3.670, de 29 de setembro de 2022, conforme apresentado na tabela a seguir:

Tabela 22 – Número de hospitais habilitados no 1º Ciclo do Programa Qualisus Cardio

NÍVEL DE CLASSIFICAÇÃO	NÚMERO DE HABILITADOS
Nível A	75
Nível B	8
Nível C	70
Nível D	38
TOTAL	191

Fonte: Portaria GM/MS n.º 3.670, de 29 de setembro de 2022.

Quanto a perspectiva de ciclos de monitoramento do programa, caberá como uma função da gestão, após o período definido para o 1º ciclo, proceder uma análise do impacto das ações realizadas, por meio dos indicadores propostos ou outros a serem adicionados, conforme já previsto, à luz da melhoria da efetividade das ações da assistência cardiovascular e das prioridades elencadas no planejamento do plano nacional da saúde.

O Programa supre uma carência de longa data por políticas em saúde na atenção especializada por custos que possibilitem vincular o cumprimento de metas, parâmetros e indicadores assistenciais. A combinação do financiamento por procedimentos com soluções que mensurem a qualidade e o desempenho do cuidado cardiovascular.

Plano de Expansão da Radioterapia

O Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde - PER-SUS tem como principal objetivo ampliar e criar novos serviços de radioterapia em hospitais habilitados no SUS, visando à redução dos vazios assistenciais, por meio da expansão da assistência oncológica, abrangendo 79 municípios em 25 estados e no Distrito Federal.

O projeto prevê a implantação de 91 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.

O contrato celebrado com a empresa Varian Medical Systems contempla a elaboração dos projetos executivos, o apoio à fiscalização das obras, licitadas pelo Ministério da Saúde, o fornecimento e a instalação dos aceleradores lineares, proporcionando uma economicidade de aproximadamente R\$ 300 milhões. Importante ressaltar que os equipamentos são pagos somente após o recebimento da obra pela equipe técnica do Ministério da Saúde e emissão de licença de operação pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN).

O PER-SUS tem um investimento de aproximadamente R\$ 675 milhões, sendo que R\$ 365 milhões são destinados para execução de obras e R\$ 310 milhões para aquisição de equipamentos, projetos e apoio à fiscalização.

Em 2022, há 58 soluções concluídas, sendo que 52 estão com licença de operação, portanto, atendendo pacientes, e outras seis aguardam tramitação documental entre os serviços contemplados e a Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN para obtenção da licença de operação. Registra-se 21 soluções de radioterapia com obras em execução, nove obras em processo licitatório e uma obra aguardando ordem de serviço. Com relação aos equipamentos do termo aditivo, 20 equipamentos, sendo 17 já foram instalados, dois estão em execução e um foi excluído.





Obs 1.
Das **58 soluções**
concluídas

52

estão com licença
de operação e outras

06

aguardam tramitação documental
entre os serviços e a CNEN –
Comissão Nacional de Energia
Nuclear para obtenção da licença

Obs 2.
Do termo aditivo
de **20 equipamentos**

17

já foram instalados

02

estão em execução e

01

serviço foi excluído

Fonte: PER-SUS – 2022.

A tabela abaixo apresenta o panorama dos projetos do PER-SUS entre 2019 e 2022. Verifica-se que o número de soluções concluídas é acumulativo ao longo dos anos. No ano de 2022

foram concluídas oito soluções de radioterapia, totalizando 58 soluções concluídas no período de 2019 a 2022.

Tabela 23 – Panorama geral dos projetos do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS

ATIVIDADE	2019	2020	2021	2022
Soluções concluídas	21	37	49	58
Obras em execução	17	08	04	21

Fonte: PER-SUS – 2022.

A conclusão é contabilizada a partir do momento em que a obra está concluída em 100% e, o acelerador linear instalado e comissionado. Após essa etapa, o serviço contemplado no plano deve iniciar os trâmites junto à Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) para obtenção da licença de operação.

PER-SUS encontram-se aprovados na Vigilância Sanitária (VISA), CNEN e pela equipe de análise do Ministério da Saúde.

A tabela abaixo apresenta o resultado regionalizado dos projetos do PER-SUS entre 2019 e 2022. Destaque-se que o número de soluções concluídas é acumulativo ao longo dos anos.

Por fim, cumpre enfatizar que os projetos de arquitetura e engenharia que compõem o

Tabela 24 – Serviços de Radioterapia, por região

REGIÃO	SERVIÇOS DE RADIOTERAPIA AMPLIADOS		
	2020	2021	2022
Centro Oeste	4	4	4
Nordeste	9	11	15
Norte	3	3	3
Sudeste	11	16	19
Sul	10	15	17
Total	37	49	58

ACORDO DE COMPENSAÇÃO TECNOLÓGICA – ACT

O PER-SUS envolve também a compensação tecnológica. Neste sentido, o Ministério da Saúde adotou a prática de *offset*, por meio da compra centralizada de aceleradores lineares. Tal prática possibilita o recebimento de tecnologias inovadoras, além de fortalecer a cooperação científica e tecnológica com importantes centros de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), atrair investimentos industriais e abrir novos mercados para empresas nacionais na cadeia de fornecedores das empresas internacionais do segmento.

Para concretizar essa prática, o Acordo de Compensação Tecnológica (ACT) n.º 001/2015 foi firmado entre o Ministério da Saúde e a empresa *Varian Medical Systems*, vinculado ao contrato, tendo por objeto a implantação de um Programa de Compensação Tecnológica composto por 04 Projetos de Implantação de Compensação (PIC):

- **PIC I** – construção de uma unidade fabril no País e transferência de tecnologia para pelo menos 13 funcionários brasileiros que tenham função gerencial na área de engenharia;
- **PIC II** – qualificação de pelo menos 05 fornecedores locais;
- **PIC III** – transferência de tecnologias de desenvolvimento de *softwares* – *software* em planejamento de tratamento em 3D, dispositivo eletrônico de portal de imagem e engenharia de *software* embarcado de acelerador linear, com a meta de 05 Instituições Científicas e Tecnológicas (ICT) participando do programa; e
- **PIC IV** – treinamento e capacitação – criação de uma rede de capacitação e envolvimento de pelo menos 05 ICT ou instituições de ensino.

2.2.2 Atenção às Urgências e Emergências

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), conforme previsto na Portaria de Consolidação n.º 3/2017, visa articular e integrar a atenção às urgências.

A estrutura operacional da RUE envolve diferentes componentes e serviços que desempenham funções complementares no cuidado e são desenvolvidas em todos os níveis de atenção e serviços assistenciais. Engloba a Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; os serviços de Atenção Básica; as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; as Portas Hospitalares de Urgência e leitos de retaguarda; o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); as Salas de Estabilização; a Atenção Domiciliar e a Força Nacional de Saúde do SUS (FN-SUS).

Em 2022 foi realizada a construção do Modelo Lógico da Rede de Atenção às Urgências, que tem como objetivo estruturar o monitoramento da política de urgência e emergência, com identificação de indicadores prioritários para desenvolvimento.

Para 2023 permanece a perspectiva de revisão das políticas e programas da RUE, com atualização do estoque regulatório, além de demandas de implantação de serviços e aumento da cobertura de atendimento nas regiões de saúde. A superlotação de portas de entrada e melhoria do acesso aos serviços de urgência continuam como desafios para atenção às urgências no país.



Componente Hospitalar da RUE

Em se tratando do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências, o custeio federal anual totalizou em R\$ 3 bi, referente ao total de 385 Portas Entrada Hospitalares de Urgência,

12.682 leitos de enfermaria clínica, 7.904 leitos de UTI adulto e 1.131 leitos de UTI pediátrica custeados com incentivo de custeio diferenciado da Rede de Atenção às Urgências.

Tabela 25 – Custeio Componente Hospitalar RUE – 2022

Tipologia custeada	Quantidade de Portas e Leitos novos pagos	Quantidade de Leitos qualificados pagos	Custeio pago Total
Leitos de Enfermária Clínica	7.644	5.038	1.024.073.200,00
Porta de Entrada Geral	168	0	201.600.000,00
Porta de Entrada Tipo I	82	0	201.600.000,00
Porta de Entrada Tipo II	135	0	493.200.000,00
UTI Adulto Tipo II	1.857	5.049	896.836.467,39
UTI Adulto Tipo III	176	822	102.042.180,94
UTI Pediátrica Tipo II	173	718	119.900.153,60
UTI Pediátrica Tipo III	0	240	22.971.610,80
Total Geral	10.235	11.867	3.062.223.612,73

Fonte: CGURG/DAHU em dez/2022.

Após a publicação da Portaria GM/MS n.º 160 de 27 de janeiro de 2022, que concede o reajuste da diária dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico tipos II e III, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 3.633 de 27 de setembro de 2022, que altera a memória de cálculo dos valores do incentivo de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto e Pediátrico tipos II e III dos serviços hospitalares que compõem a Rede de Atenção às Urgências, viabilizando o reajuste realizado pelo MS para as diárias de UTIs convencionais no âmbito da RUE.

As visitas de monitoramento *in loco* após encerramento da ESPIN foram gradualmente retomadas em 2022, para acompanhamento dos critérios de qualificação dos Planos de Ação Regional aprovados e publicados. Para 2023 permanece a perspectiva de retomada e fortalecimento dos Grupos Condutores Estaduais da RUE no desenho regional da Rede de Atenção às Urgências e monitoramento dos serviços hospitalares da RUE.

Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h)

Atualmente, 725 Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) em funcionamento beneficiam assistencialmente, uma população

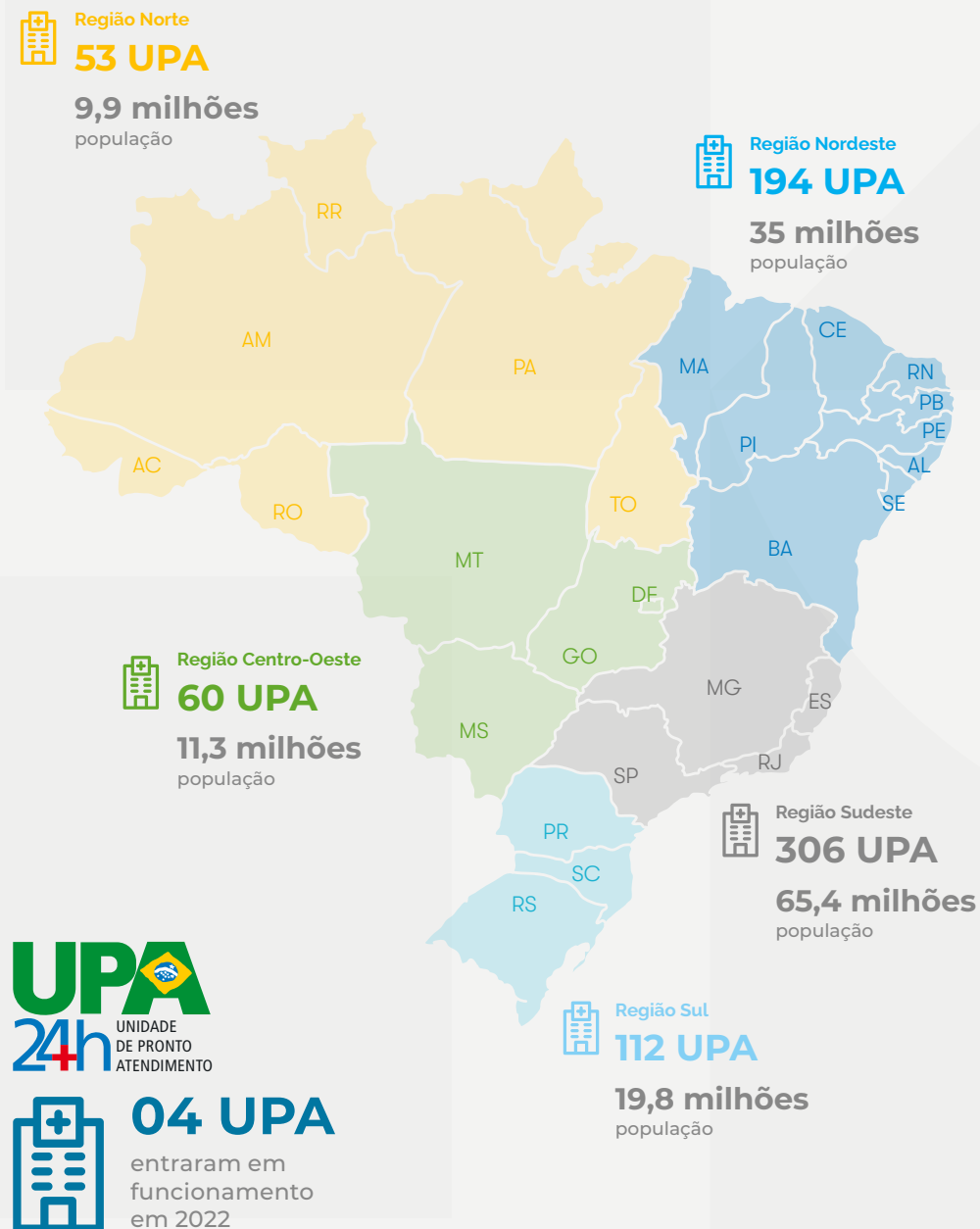
estimada de 141,4 milhões de habitantes. Em 2022, entraram em funcionamento quatro novas UPA 24h.

Tabela 26 – Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 Horas) em funcionamento

REGIÃO	Total de UPA em funcionamento	% por região	População de abrangência das UPA24h em funcionamento (em milhões de habitantes)
Centro Oeste	60	8%	11,3
Norte	53	7%	9,9
Nordeste	194	27%	35
Sul	112	15%	19,8
Sudeste	306	42%	65,4
Total Geral	725	100%	141,4

Fonte: SISMOB e CGURG/DAHU/SAES/MS.

Mapa 6 – Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h)



Mapa 7 – Municípios com UPA 24h em Funcionamento no Brasil



Considerando a estratégia de Readequação da Rede Física do SUS (Portaria GM/MS nº 2.218/2019), o prazo para protocolar solicitações foi encerrado em junho de 2020.

Foram identificadas 168 solicitações de readequação física específicas de UPA 24h, das quais 121 tiveram a readequação aprovada.

Tabela 27 – Processos de Readequação Física do SUS de UPA 24h

SITUAÇÃO DAS SOLICITAÇÕES	QUANTIDADE DE SOLICITAÇÕES	%
APROVADAS	121	72%
NEGADAS	34	20%
DESISTÊNCIAS	10	6%
EM ANÁLISE	3	2%
TOTAL	168	100%

Fonte: SISMOB e CGURG/DAHU/SAES/MS.

Os desafios em 2022 envolveram desde a dificuldade de finalização de obras de UPA 24h bem como a retomada do monitoramento das unidades após o período pandêmico. Em apoio às gestões locais do SUS, permaneceram prorrogados temporariamente os prazos de qualificação de UPA 24h enquanto perdeu a pandemia, recentemente prorrogados mais uma vez pela Portaria n.º 4.082, de 23 de novembro de 2022.

Inclui-se ainda o desafio de monitoramento de Readequações Físicas aprovadas de outras unidades para o funcionamento de UPA 24h ou Centrais e bases do SAMU 192, além da

restituição de recursos das Readequações Físicas negadas da Rede de Urgência.

Para 2023, permanece a perspectiva de erradicação do passivo de obras de UPA 24h não concluídas ou sem funcionamento, com a conclusão das solicitações de readequação física; de monitoramento para a manutenção das habilitações das UPA 24h efetivamente em funcionamento e em condições adequadas; de retorno das unidades ao fluxo de atendimento regular - após a redução dos casos covid-19 no perfil assistencial de Urgência com a imunização da população.

“Lean nas Emergências”

O projeto “Lean nas Emergências” da parceria entre o Ministério da Saúde com o Hospital Sírio-Libanês, realizada por meio do PROADI-SUS, visa reduzir a superlotação nas urgências e emergências de hospitais públicos e filantrópicos e tem como filosofia de gestão a melhoria de processos, baseada em tempo e valor, planejada para assegurar fluxos contínuos e eliminar desperdícios e atividades de baixo valor agregado. São considerados hospitais elegíveis ao projeto aqueles pertencentes à rede pública ou filantrópica, que fazem parte das Redes de Urgência e Emergência (RUE) dos seus respectivos estados, possuem mais de 100 leitos UTI, dispõem de leitos de terapia intensiva (UIT), detêm abrangência regional e não participaram do projeto em ciclos anteriores.

Da previsão de 70 a 90 novos hospitais beneficiados com o projeto, no triênio 2021-2023, os quais receberão a implementação de metodologia que pretende a redução da superlotação dos serviços de urgências, em 2022, desenvolveu o projeto em 36 hospitais, tendo como principais resultados apresentados:

- Redução de 43% na superlotação;
- Redução de 43% no tempo de passagem do paciente do Pronto Socorro até a alta;
- Redução de 51% no tempo de passagem do paciente do Pronto Socorro até a chegada no leito da Unidade de Internação.
- 3.722 Profissionais capacitados em treinamentos presenciais ou à distância.

Foi realizado o “Lean Fase II” para os hospitais que já passaram pelo projeto com o escopo de abordar os temas: Giro de Leito e Eficiência no Centro Cirúrgico, nesta modalidade os hospitais foram selecionados de acordo com os critérios de elegibilidade (hospitais que já passaram pelo projeto inicial e que mantiveram bons resultados), em ambas as modalidades, após a implementação houve o monitoramento à distância dos indicadores a fim de garantir os resultados alcançados, por 12 meses.

No período de 2022, O "Lean Fase II", passou por cinco hospitais de cinco estados do país. Os indicadores do projeto nesse ciclo, mostraram uma redução de 20% na superlotação com a utilização do indicador NEDOCs, redução de 18% no indicador que monitora o tempo da passagem do paciente pelo Pronto Socorro até sua internação (LOS com Internação) e de 7% no indicador que monitora o tempo de passagem do paciente pelo Pronto Socorro até receber alta no próprio serviço de urgência (LOS sem Internação), considerando as etapas de entrada, passagem e saída dos serviços de urgência e emergência.

O "Projeto Lean nas UPAs 24h" é uma parceria do Ministério da Saúde com a Universidade Federal Fluminense (UFF) do Rio de Janeiro, por meio do TED n.º 15/2021. Tem o objetivo de tornar o atendimento mais ágil, humanizado e qualificado nos serviços de emergência da rede pública de saúde e a diretriz de otimização do fluxo do paciente em até 50 (cinquenta) UPA distribuídas em regiões estratégicas, a partir da classificação de risco, resultando na estruturação de um fluxo rápido (Fast Track).

Até 20/07/2022 já foram concluídos os Workshops de sensibilização do Projeto Lean nas UPA II nos 9 estados do projeto (AL, BA, MG, MS, PA, PB, PI, PR, RJ e MT), além de 7.985 horas de capacitação e 748 certificados, e 57% do total das visitas técnicas presenciais programadas, dentre outras ações das metas de apoio no uso de ferramentas e na condução de equipes para mudanças e de reorganização de processos e desenvolvimento de habilidades organizacional e assistencial.

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) propõe um modelo de assistência operado pelo acionamento à Central de Regulação das Urgências, por intermédio do número público gratuito nacional 192, com regulação médica para identificar, qualificar e classificar os pedidos de socorro, realizando o atendimento e, quando necessário, o transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

Atualmente, estão em funcionamento 2.989 Unidades de Suporte Básico (UBS), 666 Unidades de Suporte Avançado (USA), 252 motos, 13 embarcações e 18 Aeromédicos, totalizando 3.938 Unidades móveis do SAMU, além de 190 Centrais de Regulação do SAMU 192 no país, que cobrem 3.846 municípios e com acesso ao dígito 192 para mais de 183 milhões de pessoas, o que representa 86% de cobertura da população. Para tanto, o Ministério da Saúde repassou em 2022 cerca de R\$ 1,2 bilhão como incentivo de custeio.

TOTAL DE SERVIÇOS



190

CENTRAIS DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA NO PAÍS



2.989

UNIDADES DE SUPORTE BÁSICO (USB)



666

UNIDADES DE SUPORTE AVANÇADO (USA)



252

MOTOS



13

EMBARCAÇÕES



18

AEROMÉDICOS



3.938

UNIDADES MÓVEIS DO SAMU



3.846

MUNICÍPIOS ATENDIDOS



183

MILHÕES DE PESSOAS COM ACESSO

86%

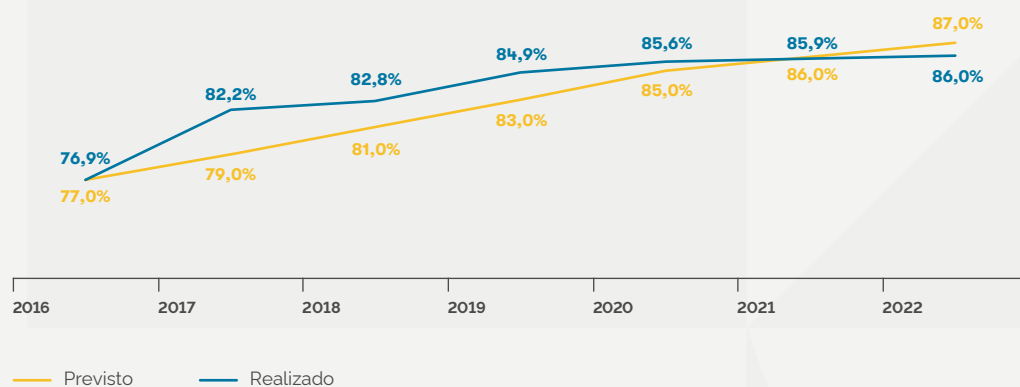
DA POPULAÇÃO COBERTA



1,2

BILHÃO COMO INCENTIVO DE CUSTEIO

Gráfico 29 – Evolução Cobertura Populacional SAMU 192 2016-2022 (em %)



Fonte: CGURG/DAHU/SAS/MS em 12/01/23 - Dados Populacionais: Estimativa Populacional IBGE 2021 - <https://www.ibge.gov.br/indicadores.html>.

Foi concluída e publicada a atualização do descritivo técnico do equipamento ambulância do SAMU 192, por meio de pesquisa da FIOCRUZ. O projeto atualizou o layout para apoiar os gestores na elaboração de termos de referência

para compra descentralizada, além de incluir o equipamento no RENEM/SIGEM afim de possibilitar a aquisição de embarcações para o SAMU 192 por meio de emenda parlamentar.

Tabela 28 – Unidades SAMU 192 Habilitadas por UF e Tipo - 2022

UNIDADES HABILITADAS SAMU 192 - DEZ/2022							
UF	CRU	USB	USA	Moto	Lancha	Aero	Total Geral
AC	2	24	3	2		2	33
AL	2	46	6	4		1	59
AM	2	44	7	5	8		66
AP	1	5	2		1		9
BA	20	325	69	21	2		437
CE	4	150	32	7		2	195
DF	1	30	7	22		1	61
ES	1	22	8				31
GO	12	148	37	17			214
MA	10	91	27	16			144
MG	16	258	65	1		2	342
MS	3	27	7	4			41
MT	3	27	7	4			41
PA	6	100	10	4	1		121
PB	7	133	39	18			197
PE	3	160	22	19		2	206
PI	3	116	17	3		1	140
PR	12	188	57	4		5	266
RJ	7	118	41	4	1		171
RN	3	40	13	4		1	61
RO	2	18	2				22
RR	1	19	1				21
RS	5	188	35	15			243
SC	8	93	23			1	125
SE	1	43	16	4			64
SP	52	563	109	71			795
TO	3	13	4	3			23
Total Geral	190	2.989	666	252	13	18	4.128

Fonte: CGURG/DAHU/SAES/MS, dez 2022.



Ao longo de 2022, o Ministério da Saúde doou aos municípios 270 ambulâncias para renovação de frota do SAMU 192, atendendo 20 estados com investimento de R\$ 74.520.000 milhões de reais.

O Projeto de Diagnóstico & Reestruturação da Renovação de Frota do SAMU 192 utilizou a ferramenta REDMINE para capturar informações das condições da frota regionalizada do SAMU 192 de todo o país, viabilizando a renovação de frota das ambulâncias observando também o ano de fabricação dos veículos habilitados, com intuito de trazer maior eficiência alocativa nos investimentos federais, aliada à necessidade de estados e municípios.

Força Nacional no SUS

A Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS) foi instituída pelo Decreto da Presidência da República n.º 7.616, de 17 de novembro de 2011 e regulamentada pela Portaria GM/MS n.º 2.952, de 14 de dezembro de 2011.

Por meio das disposições legais descritas, há 11 anos, a equipe da FN-SUS apoia aos entes federados na resposta assistencial em situações de emergências de saúde pública e desastres, contribuindo com o território afetado por meio de orientações técnicas, ações de busca ativa e monitoramento de pacientes, atendimentos e apoio na organização da rede de atenção à saúde local conforme o evento em curso. Essa atuação depende do nível de resposta que a situação instalada requer e é operacionalizada em articulação com as esferas federal, estadual, distrital e municipal.

Além das ações acima descritas, a FN-SUS também apoia no preparo da Rede de Atenção às Urgências por meio da oferta de atividades de capacitação direcionada aos gestores, profissionais de saúde e outras áreas afetas à resposta qualificada e oportuna em situações de emergência e desastres que requeiram esforços conjuntos e integrados.

Em 2022, as seguintes ações foram realizadas pela FN-SUS:

- Realização de quatro edições da capacitação "Preparo da Resposta a Incidente com Múltiplas Vítimas" nos estados do Paraná, Acre, Sergipe e Rio Grande do Norte, respectivamente. Cada edição contemplou aproximadamente 300 profissionais da saúde e segurança pública envolvidas na resposta a IMV em seus respectivos estados;
- Apoio à Secretaria de Estado de Saúde de Pernambuco e Secretaria Municipal de Saúde de Jaboatão dos Guararapes frente aos eventos hidrológicos que atingiram o estado. Foram desenvolvidas atividades de diagnóstico situacional, participação ativa na sala de situação implantada na SES e assistência direta à população com a convocação de profissionais de saúde voluntários para atendimentos de enfermagem, atendimentos em clínica médica e apoio à vacinação;
- Atuação na missão "SESAI - Mais Saúde Indígena", realizada no Polo Base Barra do Corda, DSEI Maranhão. Participaram equipe de gestão e voluntários da FN-SUS na realização

de atendimentos à população indígena, conforme apoio solicitado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena, nas áreas de clínica médica, ginecologia, cardiologia e pediatria, considerando o perfil epidemiológico e questões de desassistência elencadas pela área técnica responsável (SESAI);

- Missão "Enchentes Petrópolis" – envio de profissionais da FN-SUS para apoio à Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e município de Petrópolis afetado por enchentes, inundações e deslizamentos. Missão Exploratória com realização de diagnóstico situacional e ações para auxílio na organização da rede assistencial em resposta ao desastre;

Considerando a ativação do Centro de Operações de Emergência – COE Monkeypox, em 29/07/2022, com objetivo de organizar a atuação coordenada do SUS na resposta à emergência em decorrência da doença nas três esferas de governo, a FN-SUS integrou a equipe do COE e atuou nas seguintes frentes:

- Elaboração e atualização do Plano de Contingência Nacional para Monkeypox;
- Elaboração do documento "Monkeypox: orientações técnicas para a assistência à saúde";
- Apoio na produção do vídeo "Boas práticas para coleta de amostras para investigação de Monkeypox".

2.2.3 Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados (SINASAN)

O Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados (SINASAN) reúne o conjunto de serviços de hemoterapia (Rede de Serviços de Hemoterapia – RSH) e produtores nacionais de hemoderivados e insumos hemoterápicos e os centros produtores de hemoderivados. Tem por objetivo desenvolver e executar a Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, que é dirigida nacionalmente pelo Ministério da Saúde, a fim de garantir a autossuficiência de sangue e derivados no país para o atendimento da população e harmonização das ações do poder público no setor.

Programa de Coagulopatias Hereditárias

As 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\$ 1,8 bilhão por ano, que é destinado, principalmente, para a aquisição dos medicamentos pró-coagulantes que não são, até o momento, produzidos em território nacional.

Para os pacientes diagnosticados com essas patologias, o acesso aos medicamentos pró-coagulantes é de fundamental importância para a reposição dos fatores deficientes. O Ministério da Saúde disponibiliza, os medicamentos pró-coagulantes, cujos processos de aquisição são realizados anualmente e, então, são distribuídos às Unidades Federadas. O objetivo é garantir tratamento ininterrupto a esses pacientes. O acompanhamento dessa ação, assim como o registro dos pacientes é realizado por meio do seu cadastro no Programa de Coagulopatias Hereditárias, via Sistema Hemovida Web Coagulopatias (HWC).

O Sistema Hemovida Web Coagulopatias (HWC) é um importante instrumento para a gestão do Programa em nível federal e estadual, para o registro, coleta de informações e monitoramento de pacientes atendidos no âmbito do SUS. O Sistema, implantado em 2009, possibilita ao Programa de Coagulopatias Hereditárias no Brasil acessar informações sobre a assistência prestada aos pacientes, assim como, a distribuição e fluxo dos medicamentos pró-coagulantes até o usuário. Ele, ainda, subsidia o planejamento do orçamento para as aquisições e disponibilidade dos medicamentos estratégicos de alto custo. O Sistema é disponibilizado via plataforma web:



http://coagulopatiasweb.datasus.gov.br/menu_principal.php

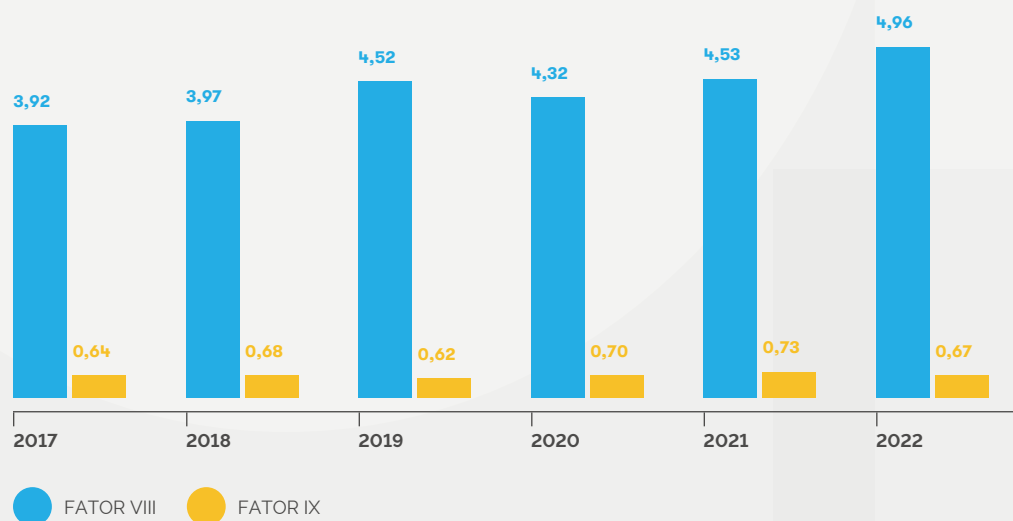
aos serviços de referência no tratamento desses pacientes.

O ano de 2022 apresentou o total de 31.025 pacientes cadastrados com coagulopatias hereditárias no Brasil, dos quais 11.384 são pacientes com hemofilia A e 2.234 são pacientes com hemofilia B (Sistema Hemovida Web Coagulopatias, CGSH/DAET/SAES/MS - dados extraídos em 11/01/2023). Esta é a quarta maior população mundial de pacientes com hemofilia, de acordo com dados divulgados em 2022 pela Federação Mundial de Hemofilia (*World Federation of Hemophilia*).

Para o tratamento das Hemofilias, o Ministério da Saúde disponibiliza mensalmente, além de outros medicamentos pró-coagulantes, os fatores de coagulação Fator VIII para hemofilia A e o Fator IX para hemofilia B.

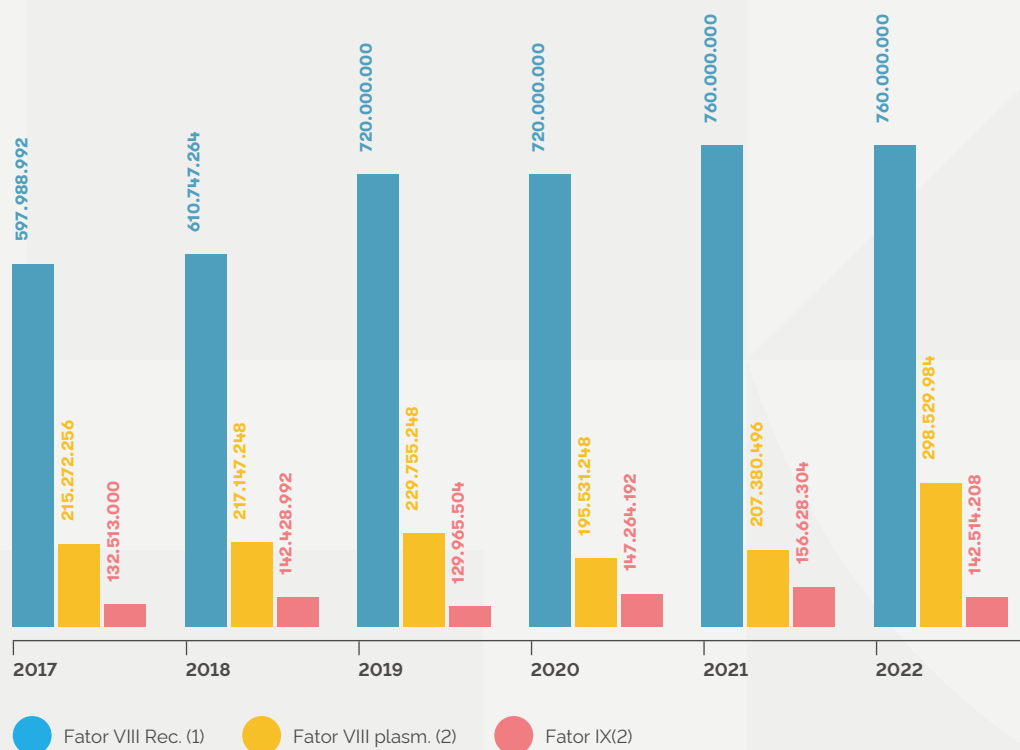
A seguir demonstra-se a evolução per capita da distribuição de Fator VIII e IX, conforme série histórica de consumo desses fatores, Brasil, 2018 a 2022, bem como o resultado das aquisições desses fatores de coagulação nos anos de 2021 e 2022, demandadas pelo Ministério da Saúde.

Gráfico 30 – Distribuição de Fator VIII e IX



Fonte: contratos firmados com Hemobrás e sismat (extração 03/02/2023).

Gráfico 31 – Série Histórica de Distribuição de Fatores de Coagulação VIII e IX, Brasil, 2017-2022



Fonte (1): contratos firmados com Hemobrás
 Fonte (2): sismat extração 03/02/2023

Uma ação importante realizada em novembro de 2019, foi a incorporação do medicamento Emicizumabe para tratamento de indivíduos com Hemofilia A e inibidores ao Fator VIII refratários ao tratamento de Imunotolerância (ITI), no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, conforme expresso na Portaria SCTIE/MS n.º 62, de 26 de novembro de 2019.

Em agosto de 2021, foi publicada a Portaria Conjunta n.º 15, de 26 de agosto de 2021, que

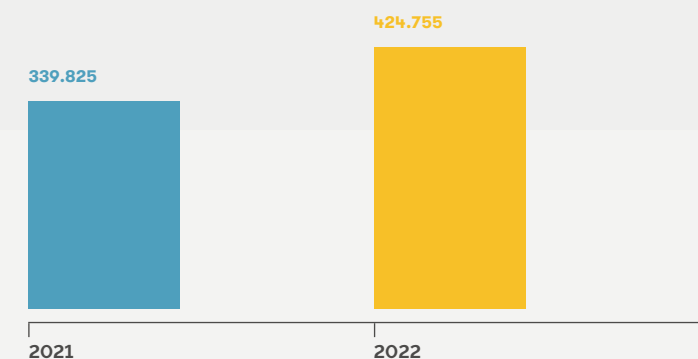
aprovou o protocolo de uso de emicizumabe por pacientes com hemofilia A e inibidores do fator VIII refratários ao tratamento de imunotolerância.

Desde então, materializou-se este importante avanço no tratamento de pacientes com hemofilia A e inibidores que não obtiveram sucesso no tratamento de indução de imunotolerância, e que passaram a ser tratados com o medicamento Emicizumabe, desde setembro de 2021.

No Brasil, existem 97 pacientes que tiveram falha no tratamento de Imunotolerância (ITI). Esses pacientes passaram a atender aos critérios de uso do Emicizumabe. Além desses, atualmente, existem 154 pacientes em ITI, dos quais, aproximadamente, 35% poderão apresentar

falha de resposta ao tratamento e que podem passar a ser elegíveis ao tratamento com o Emicizumabe. A seguir demonstra-se o resultado das aquisições do Emicizumabe nos anos de 2021 e 2022.

Gráfico 32 – Aquisição Emicizumabe, Ministério da Saúde, 2021 e 2022 (em mg)



Fonte: CGSH - dados relativos aos contratos firmados pelo MS nos anos de 2021 e 2022.

Com relação a covid-19, não houve mudança do protocolo adotado em 2020, conforme explicado à rede SUS na Nota Informativa n.º 1, de 19/03/2020, Coronavírus e Doenças Hemorrágicas Hereditárias. Além disso, orientou-se à rede SUS que os concentrados de fator de coagulação, assim como demais medicamentos pró-coagulantes, desmopressina e ácido tranexâmico, fossem dispensados para uso domiciliar suficientes por um período de 60 dias, reduzindo desta forma a necessidade dos pacientes com hemofilia e outras doenças hemorrágicas hereditárias circularem e se exporem à infecção durante o período de pico da epidemia.

Política de Captação de Doadores/ Promoção da Doação Voluntária de Sangue

São as ações, as iniciativas e medidas adotadas para promover a conscientização e o engajamento da população para a doação voluntária e regular de sangue, sensibilizando-a sobre a importância e a necessidade de doar sangue, a fim de dar suporte transfusional a muitos pacientes, possibilitando tratamentos e procedimentos terapêuticos.

Abaixo são apresentados os motes das campanhas dos anos de 2019 a 2022:

2019
Doe Sangue Regularmente.
Tem sempre alguém precisando de você.



2020
Seja solidário
Doe Sangue.
Doar é um ato de amor.



2021
Doe Sangue Regularmente.
Com a nossa união a vida se completa



2022
Doe Sangue Regularmente.
Você doa, a vida agradece.



Com o slogan "Doe sangue regularmente. Você doa, a vida agradece", a Campanha Nacional de Promoção da Doação Voluntária de Sangue de 2022 buscou sensibilizar novos doadores, promover a doação regular de sangue e, além disso, agradecer, pela solidariedade e altruísmo, a todos que já são doadores.

a) Triagem clínica dos candidatos à doação de sangue/ Coleta e transfusão de sangue

Em razão da pandemia, o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) definiram critérios a serem observados pelos hemocentros na triagem clínica dos candidatos à doação de sangue a fim de evitar a contaminação pelo SARS-Cov-2, os quais continuaram vigentes em 2022, e, seguem resumidos a seguir:

- Candidatos que apresentaram covid-19 são considerados inaptos por um período de 30 dias, após recuperação clínica completa.
- Candidatos que tiveram contato direto com casos suspeitos ou confirmados de contaminação por coronavírus devem aguardar 14 dias após o último dia de contato, para realizar a doação de sangue.
- Profissionais da saúde que trabalham diretamente com pacientes portadores de covid-19 devem aguardar 14 dias após o último dia de contato para realizar a doação de sangue.

Especificamente, quanto às doenças transmissíveis por transfusão, foram emitidas, no período de 2019 a 2022, notas técnicas aos hemocentros do país atualizando os critérios técnicos para triagem clínica de dengue (DENV), chikungunya (CHIKV), zika (ZIKV) nos candidatos à doação de sangue; divulgando novos critérios para a triagem clínica relacionada ao coronavírus (SARS, MERS, 2019-nCoV) nos candidatos à doação de sangue, considerando o comportamento epidemiológico da pandemia

de SARS-CoV-2 no Brasil e no mundo; orientando sobre coleta e transfusão de plasma de convalescentes para uso experimental no tratamento de pacientes com covid-19 e orientando a triagem clínica dos candidatos à doação de sangue relacionados ao risco de infecção pelo vírus Monkeypox.

b) Monitoramento do Estoques de sangue no país

O Ministério da Saúde acompanha, diariamente, o quantitativo de bolsas de sangue em estoque nos maiores hemocentros dos Estados e do Distrito Federal. Essa estratégia permite uma possível antecipação na tomada de decisão sobre a mobilização de insumos no país, visando reduzir os efeitos de eventuais desabastecimentos de sangue e componentes. Em caso de necessidade, o Plano Nacional de Contingência do Sangue é acionado, possibilitando o remanejamento de bolsas de derivados do sangue entre as unidades da federação, notadamente, para aquelas com maior dificuldade de obtenção de doações e acesso, contando com o apoio operacional e logístico do Ministério da Saúde.

Durante a pandemia, foi possível notar uma diminuição no número de coletas de sangue (quando comparadas as coletas realizadas em 2019 e 2020), em razão da diminuição da circulação de pessoas por conta da covid-19, entretanto ressalta-se que não houve registro de desabastecimento. Em 2020 foram coletadas 2.958.665 bolsas de sangue no SUS. Já em 2021, foram coletadas 3.035.533 bolsas de sangue. Assim, pode-se observar um discreto aumento de 2,60% nesse quantitativo. Ainda, em 2022 foram coletadas 3.156.352 bolsas de sangue no SUS, até o mês de novembro.

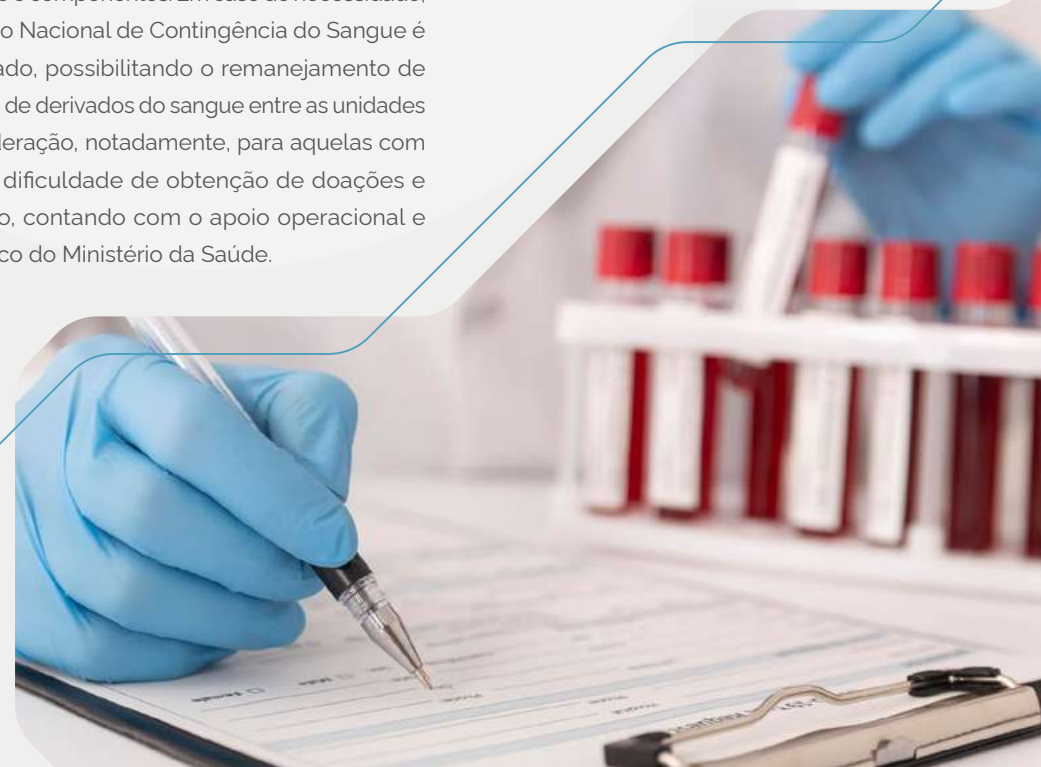


Tabela 29 – Frequência de coleta de sangue por mês, 2019 a 2022, Brasil

Ano/Mês	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Coleta
2019	283.326	276.015	263.462	271.567	279.819	280.051	266.158	276.900	269.136	271.058	272.435	261.897	3.271.824
2020	259.952	267.499	235.708	230.604	203.357	246.225	249.993	248.143	241.196	252.999	270.095	252.894	2.958.665
2021	246.360	245.598	242.289	252.203	250.233	274.509	249.310	259.601	259.414	251.348	251.690	252.978	3.035.533
2022	226.882	259.002	267.428	254.116	264.009	275.831	265.658	264.955	262.167	277.730	268.210	270.364	3.156.352

Fonte: Ministério da Saúde/SAES e Sistema de Informação Ambulatorial do SUS -SIA.

Nota¹: Os dados de 2022 foram extraídos em 16/02/2023, estando disponível as informações dos meses de janeiro a dezembro de 2022.

Nota²: Dados referentes aos últimos seis meses estão sujeitos a atualização.

Considerando o período de 2020 a 2022, em que se destaca a ocorrência de situações adversas que impactaram, ainda que momentaneamente, de forma negativa os estoques dos principais hemocentros do país, tais como a pandemia de covid-19 e, posteriormente, o aumento do número de casos de outras infecções virais respiratórias, como a Influenza (que gerou um aumento da inaptidão temporária dos candidatos à doação de sangue), informa-se que foi necessário o acionamento do Plano Nacional de Contingência de Sangue em alguns casos, para viabilização de remanejamento de unidades de sangue entre estados, evitando assim o desabastecimento de sangue no país.

Informação estatística do remanejamento em Contingência:

13

solicitações de remanejamento dos Estados atendidas

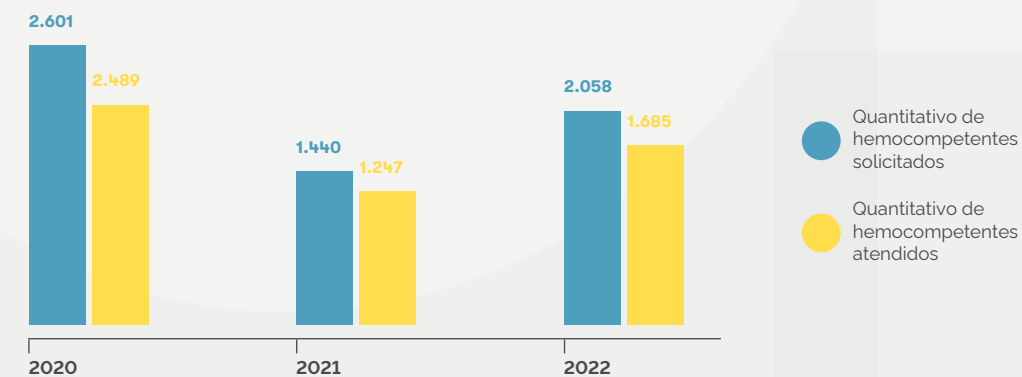
12

Hemocentros fornecedores de hemocomponentes para remanejamento

5.421

bolsas de hemocomponentes remanejados

Gráfico 33 – Número de bolsas de Concentrados de Hemácias solicitados e atendidos para remanejamento em contingência, Brasil, 2020 a 2022



Fonte: CGSH/DAET/SAES/MS – dados extraídos em 31/12/2022.

Atenção Hemoterápica

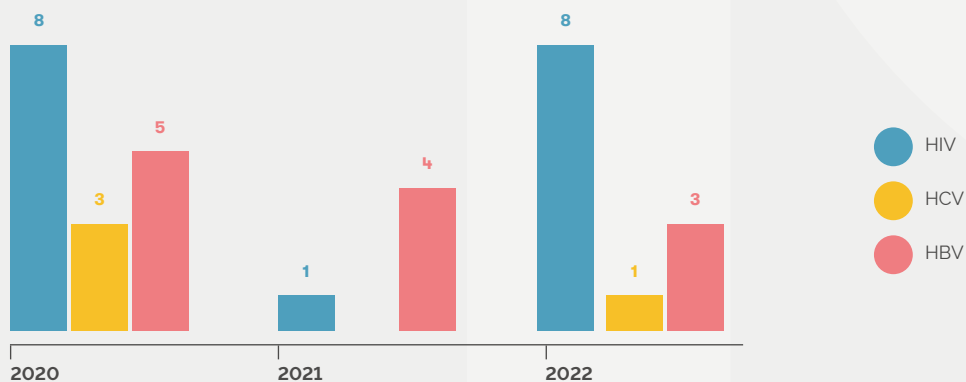
É o conjunto de ações voltadas ao fortalecimento da segurança e da qualidade da Atenção Hemoterápica, por meio da normatização e da qualificação das ações do ciclo do sangue.

Em 2022, foram testadas 2.947.093 amostras de doações de sangue e componentes com o teste de ácido nucléico (NAT), produzido por Bio-Manguinhos e disponibilizado pelo Ministério da Saúde, o que representa 84% das bolsas coletadas nos serviços voltados ao atendimento da rede SUS, fortalecendo assim a indústria nacional. Esse desempenho abaixo do esperado de 100% do teste NAT é creditado aos serviços

de coletas privados contratados que optaram por outro fornecedor de Kit NAT, além da falta de informação de alguns sítios testadores.

Destaca-se que, atualmente, a tecnologia do teste NAT brasileiro está disponível para a detecção dos vírus HIV, HCV e HBV. Dessa forma, considerando o período de 2020 a 2022, foram identificados os quantitativos de Janelas Sorológicas (JSI) por marcador (HIV, HCV e HBV). Para tanto, estes quantitativos mensuram o impacto no incremento do teste NAT e principalmente na segurança transfusional na hemorrede nacional.

Gráfico 34 – Janelas Sorológicas Identificadas a partir dos testes NAT na Rede de Serviços de Hemoterapia, Brasil, 2020 a 2022



Fonte: Gerenciador do Sistema Multicêntrico NAT – GSM-NAT - GSH/DAET/SAES/MS – dados extraídos em 31/12/2022.

Em 2022 a triagem das bolsas de sangue nos Serviços de Hemoterapia e Hematologia públicos brasileiros passou a contar com teste específico para malária.

A inovação trará mais segurança às transfusões de sangue e permitirá a redução de 12 meses para um mês do período de impedimento à doação de sangue de pessoas que estiverem em áreas endêmicas para malária.

O ganho no controle das bolsas de sangue ocorre com o início da implantação do Kit Nat Plus, desenvolvido pelo Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos/Fiocruz), em parceria com o Ministério da Saúde (MS).

O novo kit desenvolvido em Bio-Manguinhos também tem ganhos de sensibilidade e otimização do tempo. A implantação do novo parque tecnológico associado ao desenvolvimento do KIT NAT PLUS HIV/HCV/ HBV-Malária foi iniciada em agosto/2022, pelo Hemorio. Já em 01/12/2022 foi identificada a primeira amostra positiva para Malária.

O processo de implantação das novas plataformas NAT PLUS continua ocorrendo de forma gradual. Com isso, existe a perspectiva que no ano de 2023 a implantação e atualização do novo parque tecnológico, deve estar presente em todos os Serviços da Rede de Hemoterapia, denominados Sítios Testadores - SIT NAT.

Sangue Raro

Os antígenos eritrocitários e plaquetários têm um papel importante na medicina transfusional, nas doenças por incompatibilidade sanguíneas materno-fetal, nas anemias autoimunes, nos transplantes de órgãos, entre outras situações.

O impacto da falta de sangue compatível em tempo hábil compromete consideravelmente a evolução clínica dos pacientes e, do ponto de vista epidemiológico, a própria qualidade de vida da população. Dependendo da especificidade do anticorpo, pode-se levar dias para encontrar bolsas de sangue ou doadores aptos compatíveis ou, até mesmo, não os encontrar, prejudicando ou impossibilitando o tratamento dos pacientes, em especial daqueles com tipagens raras de sangue.

Diante disso, o Ministério da Saúde tem desenvolvido o Cadastro Nacional de Sangue Raro (CNSR), com o banco de dados centralizado que conta com informações do quantitativo de doadores raros cadastrados nos hemocentros do país. Esse cadastro colaborou, com a melhoria e a agilidade no atendimento às demandas de sangue raro, uma vez que facilita a busca e aumenta as chances de se encontrar um doador compatível em tempo hábil.

O CNSR finalizou o ano de 2022 com o cadastro de cerca de 1.309 doadores com fenótipos raros. Em 2022, houve um aumento no número de consultas a esse cadastro, de 6% em comparação ao ano anterior.

A consulta ao CNSR atende a demandas de todo o território nacional e possibilita a mobilização dessas bolsas de sangue até o serviço de assistência, recebendo pedidos, inclusive, de outros países sul-americanos que não possuem esse tipo de ferramenta.

Programa Nacional de Triagem Neonatal

O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) é um conjunto de ações iniciadas a partir do rastreamento populacional para fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme e outras hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita, deficiência de biotinidase e toxoplasmose congênita.

O objetivo é identificar doenças no recém-nascido em tempo oportuno que possibilite intervenção adequada para garantir tratamento e acompanhamento contínuo às pessoas com diagnóstico confirmado. Dessa forma, reduz a morbimortalidade e melhora a qualidade de vida dessas pessoas.

Em maio de 2022 entrou em vigor a Lei n.º 14.154/2021 que altera o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), para aperfeiçoar o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), por meio do estabelecimento de rol mínimo de doenças a serem rastreadas pelo teste do pezinho; e dá outras providências. Com a promulgação dessa Lei, o PNTN deverá ser ampliado de forma escalonada e progressiva.

Assim, o Ministério da Saúde vem trabalhando as questões do aperfeiçoamento do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), as quais devem considerar como principais ações: a incorporação de tecnologias em saúde no SUS, como métodos de rastreamento/diagnóstico e insumos terapêuticos; formulação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para as doenças contempladas; atualização do marco normativo do PNTN, com foco na eficiência e otimização de custos, para abarcar todas as modificações técnicas necessárias para regulamentar a Lei n.º 14.154/2021.

Ainda nesse contexto, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS n.º 1.369, de 6 de junho de 2022, que incluiu o procedimento pesquisa de IgM anti-Toxoplasma Gondii em sangue seco (componente do teste do pezinho) na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabeleceu recurso, no montante de R\$ 22.326.144,75 para os Estados, passando a cumprir a etapa I prevista na Lei n.º 14.154/2021.

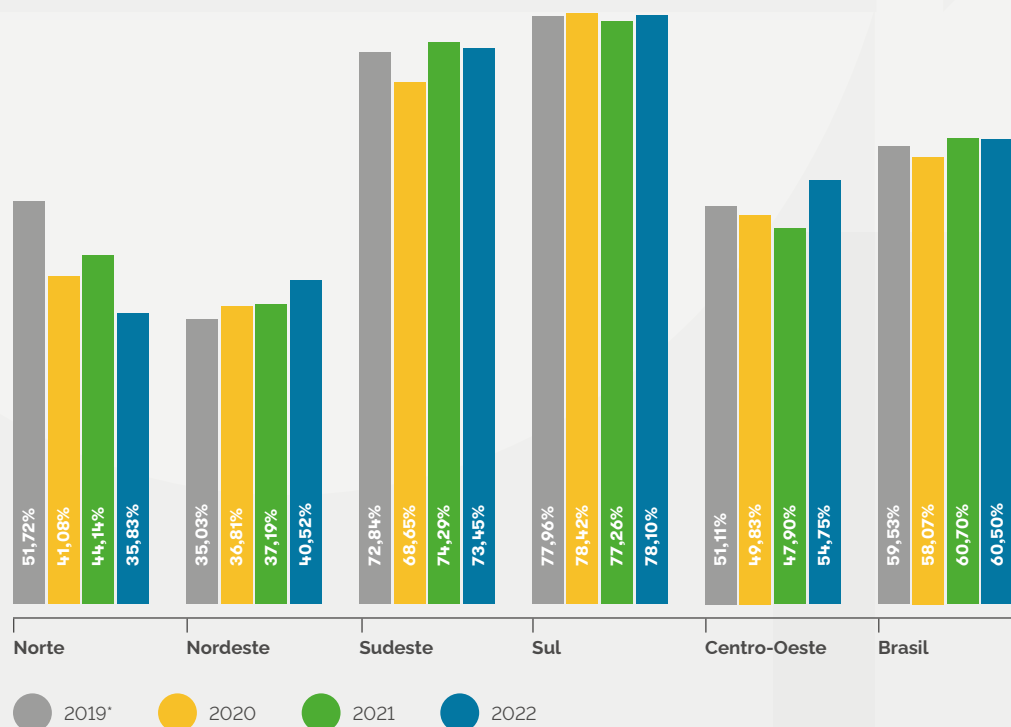
A próxima etapa a ser contemplada no PNTN é a etapa II, para a qual há necessidade, inicialmente, de incorporação ao SUS da tecnologia de espectrometria de massas. A tecnologia foi avaliada pela CONITEC e a Consulta Pública SCTIE/MS n.º 70, de 21 de outubro de 2022 - com sugestão de parecer favorável a incorporação no SUS da referida tecnologia, foi finalizada em novembro de 2022.

Desde de 2020, com o advento da pandemia da covid-19, a busca pela melhoria dos indicadores nacionais do PNTN, que sempre foi bastante complexa pelo cenário heterogêneo apresentado pelos estados brasileiros, tem sido ainda mais desafiadora.

No período de janeiro a dezembro de 2022, foi alcançado o percentual médio de 60,50% de recém-nascidos vivos com coleta do teste do pezinho até o 5º dia de vida, triados no Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNT.

A seguir, apresenta-se comparação percentual, por região, dos dados obtidos durante o monitoramento entre os anos de 2020 e 2022.

Gráfico 35 – Percentual de coletas do teste do pezinho até o 5º dia de vida do recém-nascido, por região e Brasil, 2019 a 2022



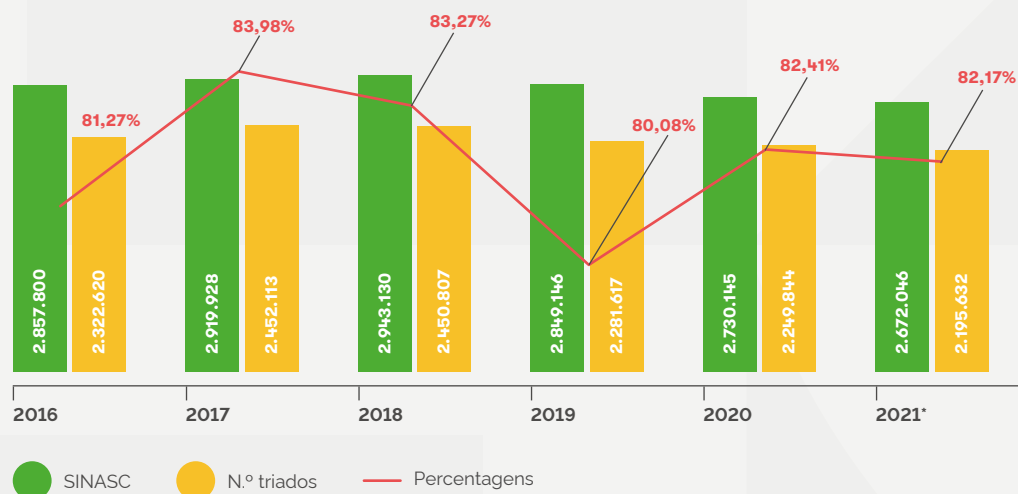
Fontes: SAES/MS.

*Dados apurados em 11/01/2023.

No gráfico abaixo apresenta-se 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 PNTN – entre os anos de 2016 e 2021.

Gráfico 36 – Percentual de Cobertura PNTN, Brasil



Fonte: Relatório Anual de Dados do PNTN – 2021, plataforma FORMS, PNTN-CGSH/DAET/SAES/MS. Dados apurados: 30/05/2022.

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

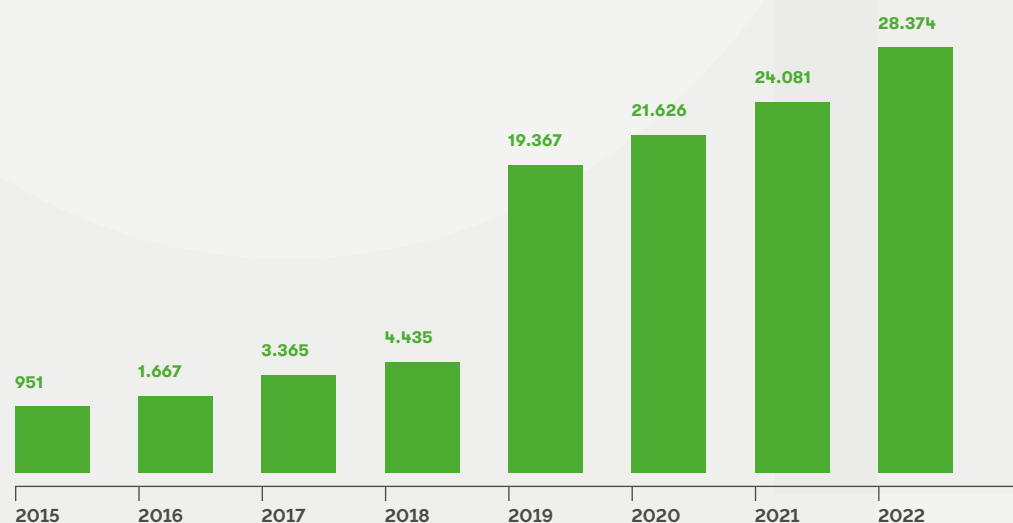
Nota 2: Dados do SINASC para 2021 preliminares.

Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias

As hemoglobinopatias são doenças genéticas e hereditárias que afetam a hemoglobina. Como exemplos das hemoglobinopatias mais comuns estão a doença falciforme e as talassemias dos tipos beta e alfa. As ações de cuidado integral voltadas para estas doenças são estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Falciforme e outras Hemoglobinopatias (PNAIPDF), publicada na Portaria GM/MS 1.319, de 16 de agosto de 2005, atualmente na Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 - Anexo XXXVI.

Em 2022, houve avanços no âmbito dessa política: 100% das unidades federadas e 50,66% dos serviços de atenção ambulatorial especializada em hemoglobinopatias passaram a alimentar o cadastro nacional de pacientes com hemoglobinopatias através do Sistema Hemovida Web Hemoglobinopatias (SHWH). Houve, assim, ampliação do número de pacientes em acompanhamento no SUS cadastrados no SHWH, totalizando cerca de 28.300, conforme gráfico que segue. Cerca de 90% dos pacientes têm doença falciforme, 6% outras hemoglobinopatias e 4% talassemias:

Gráfico 37 – Número de pacientes com Hemoglobinopatias, cadastrados no Sistema, 2015 a 2022



Fonte: CGSH/DAET/SAES/MS - Sistema Hemovida Web Hemoglobinopatias. Extração de dados realizadas em janeiro/2022.

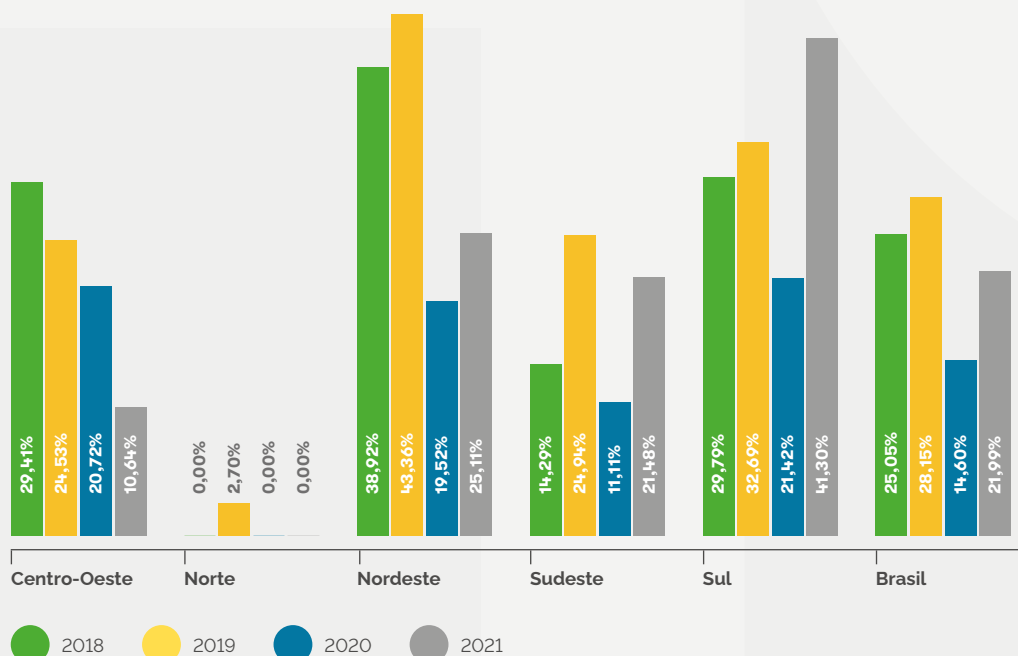
Dentre as ações realizadas no ano de 2022, destaca-se:

- Capacitação de profissionais de 14 estados para realização de exame (MS, MT, GO, RO, AM, PA, RS, AC, AL, PE, RJ, MG, MA e SC);
- Publicação "Doença falciforme: cobertura do exame ecodoppler transcraniano no Brasil 2018-2020".

 https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_falciforme_exame_ecodoppler_transcraniano.pdf

Apesar das ações realizadas e da ampliação do número de UF's que vem registrando a realização do exame que passou de 62,96% para 70,37%, o impacto da pandemia do covid-19 ainda vem comprometendo essa meta. A cobertura atualizada do exame em crianças com 2 anos de idade entre os anos de 2018 a 2021 pode ser visualizada a seguir. Dados de 2022 ainda estão em fase de análise:

Gráfico 38 – Cobertura do Exame Ecodoppler Transcraniano para Crianças com Doença Falciforme com 2 anos de idade - Brasil e Regiões, 2018-2021 (%)



Fonte: Relatórios Anuais de Dados do Programa Nacional de Triagem Neonatal. Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS. Dados apurados em 23/12/2021.

A Região Norte do país vem apresentando grande dificuldade de implementação do doppler transcraniano, isso, tem por principal razão, a ausência de equipamentos de exames disponíveis e de profissionais com expertise para realização do exame. O Ministério da Saúde tem priorizado a liberação de recursos para compra de equipamentos de exame e capacitação de profissionais dessa região. A morosidade na aquisição dos equipamentos pelos Estados, bem como, a dificuldade de fixar profissionais no território têm dificultado, a efetiva implementação do exame.

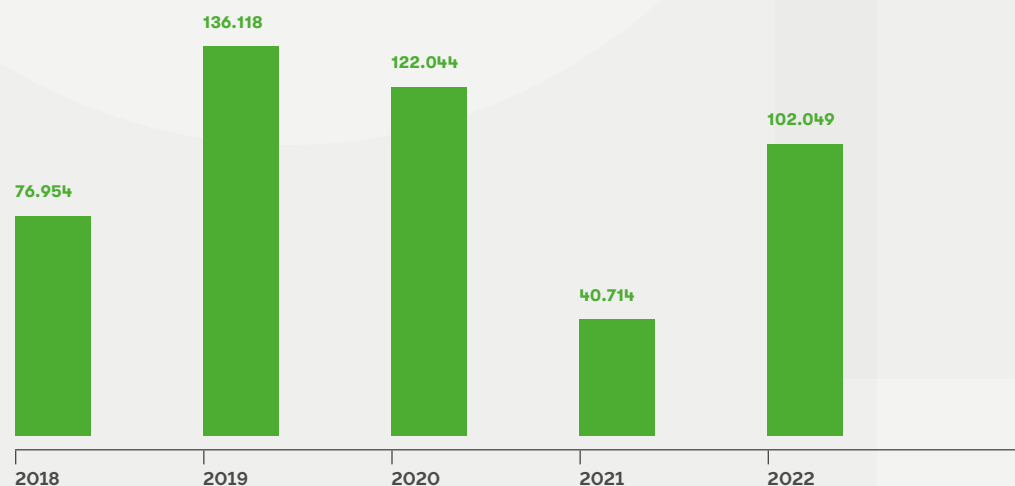
Ainda no que tange à atenção aos pacientes com Doença falciforme, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da doença recomenda que

a profilaxia antibiótica de infecções deve ser iniciada a partir do segundo ou terceiro mês de vida, sendo a mesma responsável pela redução da mortalidade de crianças nessa faixa etária.

A partir de 2016, o Ministério da Saúde disponibilizou aos estados e ao Distrito Federal o medicamento Fenoximetilpenicilina Potássica 80.000 UI/ml, para prevenção de infecções em crianças com Doença falciforme até 5 anos de idade, conforme estabelecido na Portaria SCTIE/MS n.º 45, de 10 de setembro de 2013, que incorporou este medicamento ao SUS.

Atualmente, a compra centralizada do medicamento beneficia em torno de 3.000 crianças de 0 a 5 anos, cerca de 50% do público ao qual se destina.

Gráfico 39 – Número de frascos de fenoximetilpenicilina potássica distribuídos para crianças com doença falciforme de 0 a 5 anos – 2018 a 2022, Brasil



Fonte: Sistema Integrado de Administração de Material – SISMAT. Dados extraídos em 09/01/2023.

A diminuição no número de frascos, em 2021, distribuídos aos Estados se deu em razão do desabastecimento do medicamento, provocado pelo alongamento no processo de aquisição, iniciado em 2020. O estoque no Ministério da Saúde esgotou em julho/2021, tendo seu reabastecimento regularizado em maio de 2022, o que motivou o aumento no ano de 2022.

2.2.4 Sistema Nacional de Transplante (SNT)

O Sistema Nacional de Transplantes (SNT) é o serviço federal responsável pela coordenação de todo o processo de doação, captação e distribuição dos órgãos e tecidos sendo, atualmente, o maior sistema público de transplantes do mundo.

Integram o SNT o Ministério da Saúde; as secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal; as secretarias de Saúde dos municípios; as Centrais Estaduais de Transplantes (CET); a Central Nacional de Transplantes (CNT); as estruturas especializadas integrantes da rede de procura e doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplantes; as estruturas especializadas no processamento para a preservação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplantes; os estabelecimentos de saúde e equipes transplantadoras especializadas e; a rede de serviços auxiliares específicos para a realização de transplantes.

Os dados preliminares, relativos ao período de janeiro a dezembro de 2022 em relação ao mesmo período de 2021, apontam um aumento de 9,7% de doadores efetivos e 8,5% dos transplantes de órgãos sólidos, além disso, no total (órgãos, tecidos e células) houve aumento de 8,3% no número de transplantes realizados, resultado diretamente relacionado com o aumento do número de transplantes de córnea e de órgãos sólidos, consequência da retomada progressiva das atividades de transplantes que foram fortemente afetadas desde 2020 devido a pandemia de covid-19.

> **25.472**
TOTAL DE
TRANSPLANTES

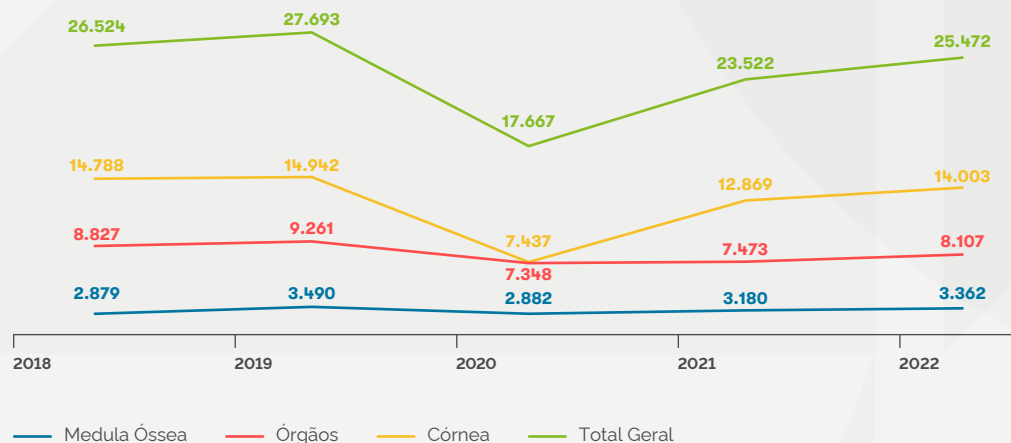
✓ **3.517**
DOADORES
EFETIVOS

✓ **8.107**
TRANSPLANTE
DE ÓRGÃOS

✓ **14.003**
TRANSPLANTES
DE Córnea

✓ **3.362**
TRANSPLANTES
DE MEDULA ÓSSEA

Gráfico 40 – Transplantes realizados, 2018-2022



Fontes dos Dados: Sistema Informatizado do Ministério da Saúde - SNT/ CETs - Centrais Estaduais de Transplantes/ INCA/ TabWin
Dados sujeitos a alterações com base no envio ou correção futura de dados.
Dados da extração dos dados: 31/01/2023. Dados de janeiro a dezembro de 2022.

Em consequência da pandemia, o sistema de doação e de transplantes foi fortemente impactado em todo o mundo. No Brasil, por exemplo, vários serviços que realizam transplantes de córnea paralisaram suas atividades em 2020 retornando oportunamente e progressivamente à medida que as medidas de controle foram sendo implementadas para gerenciamento do risco sanitário relacionado à covid-19, na doação e nos transplantes. Em 2022 a maioria dos serviços transplantadores já haviam retomado as atividades, no entanto as doações ainda se mostravam comprometidas pelo risco de transmissão do Sars-CoV-2.

Em março de 2022 foi emitida a Nota Técnica Conjunta n.º 24/2022 CGSNT/DAET/SAES/MS e ANVISA/MS, que trata da atualização dos critérios técnicos para gerenciamento do risco sanitário da epidemia de covid-19 para a doação e transplante de órgãos, tecidos e células-tronco hematopoéticas, cuidados com os pacientes em lista de espera e com os pacientes transplantados. Este documento amplia as alternativas para o aceite de um doador, baseado em uma análise criteriosa do risco-benefício, tendo em vista a ausência de casos documentados de transmissão do SARS-CoV-2 em transplantes de órgãos, exceto para o pulmão, em que os critérios para aceite do doador continuam mais restritivos.

No contexto dos tecidos foram alterados os atributos referentes a idades mínima e máxima para doadores de pele para transplantes o que trouxe maior amplitude à possibilidade de doação de pele, estoque disponível em bancos de tecidos e garantia de acesso aos pacientes vítimas de queimaduras.

Em junho de 2022, iniciou-se o 1º ciclo de monitoramento do Sistema Nacional de Transplantes, elegendo a situação da conformação da rede de atenção para início da sistematização dos processos de monitoramento e avaliação. A primeira fase do ciclo de monitoramento do Sistema Nacional de Transplantes teve o propósito de subsidiar os gestores com informações simples e tempestivas sobre a situação recente da Rede de Atenção à Saúde (RAS), consolidadas em um painel de monitoramento de número de transplantes realizados por serviço autorizado, listas de espera, cenário de doação e conformação da rede na prática.

Tabela 30 – Doadores de Órgãos, Brasil

Brasil	2018	2019	2020	2021	2022
Potencial Doador	10.792	11.408	10.681	12.259	13.348
Potencial Doador (PMP)	52,0	54,7	50,8	57,9	62,6
Doador Efetivo	3.531	3.767	3.329	3.205	3.517
Doador Efetivo (PMP)	17,0	18,1	15,8	15,1	16,5
Percentual de Efetivação	32,7%	33,0%	31,2%	26,1%	26,3%

Fontes dos Dados: Sistema Informatizado do Ministério da Saúde/ CETs - Centrais Estaduais de Transplantes PMP: Partes por Milhão da População. A partir de 2015 está sendo considerada a população estimada pelo IBGE para o ano anterior).

Dados da extração dos dados: 31/01/2023. Sujeitos a alterações.



Tabela 31 – Número de Pacientes no Cadastro Técnico - Lista de Espera | Evolução 2018-2022

Brasil	Órgão sólidos									Tecido Ocular	Total
	Coração	Fígado	Pulmão	Rim	Pâncreas	Pâncreas Rim	Intestino	Multivisceral	SubTotal	Córnea	
2018	397	1.926	203	28.695	69	604	3	5	31.902	10.676	42.578
2019	387	1.968	208	30.725	70	527	3	5	33.893	12.212	46.105
2020	359	1.812	229	30.016	58	426	4	5	32.909	16.337	49.246
2021	392	1.963	247	31.764	54	400	2	8	34.830	20.134	54.964
2022	416	2.132	200	34.807	53	412	5	8	38.033	23.946	61.979

Fonte dos dados: Sistema Informatizado do Ministério da Saúde - SIG SNT.
 Cadastro Técnico - Lista de Espera para Potenciais Receptores Ativos + semiativos.
 Data da atualização de 2018 a 2021, 31 de dezembro.

Tabela 32 – Número de Pacientes Transplantados | evolução 2018-2022

Brasil	Coração	Fígado	Pulmão	Rim	Pâncreas	Pâncreas Rim	Total Órgãos	Córnea
2018	358	2.122	117	5.981	44	106	8.728	13.732
2019	382	2.166	106	6.302	47	130	9.133	13.814
2020	308	1.978	64	4.829	40	108	7.327	6.879
2021	334	1.968	84	4.830	45	117	7.378	11.828
2022	359	2.087	105	5.360	21	112	8.044	12.847

Fontes dos Dados: Sistema Informatizado do Ministério da Saúde - SNT.
 Dados sujeitos a alterações com base no envio ou correção futura de dados.
 Dados da extração dos dados: 31/01/2023.

Ao se comparar os dados de 2022 com os dados de 2021, tivemos resultados positivos para transplante de coração com 7,8%, transplante de pulmão com aumento de 26,2%, para fígado o aumento foi de 4,8%, rim com doador falecido aumentou 9,1% e rim com doador vivo que apresentou aumento de 22,5%. As modalidades de transplantes de órgãos, que tiveram queda do menor para o maior, foram: pâncreas-rim (4,3%)

e pâncreas (53,3%). Os transplantes de córnea obtiveram aumento de 8,8%.

Nos transplantes de medula óssea houve aumento de todas modalidades, modalidade autólogo (3,6%), alogênico aparentado (7,8%) e alogênico não aparentado (10,8%), sendo que no geral o aumento ficou em 8,8%.

Em 2022, foram realizados 3.695 transportes aéreos via Acordo de Cooperação Técnica entre o Ministério da Saúde e as companhias aéreas, operadoras aeroportuárias, Associação Brasileira das Companhias Aéreas, Secretaria de Aviação Civil da Presidência da República e Ministério da Defesa, com a mediação da Central Nacional de

Transplantes. No mesmo período citado acima, houve a realização de 234 missões aéreas realizadas por meio da Força Aérea Brasileira (FAB) atendendo às requisições do Ministério da Saúde, conforme preconiza o Decreto n.º 9.175, de 18 de outubro de 2017.

Programa de Qualidade no Processo de Doação e Transplantes (Qualidot)

O Programa de Qualidade no Processo de Doação e Transplantes - QUALIDOT foi instituído pela Portaria GM/MS n.º 3.264 de 11 de agosto de 2022. O primeiro ciclo de monitoramento do mesmo foi definido pela Portaria GM/MS n.º 3.265 da mesma data, que terá início 180 dias a contar da data de publicação da referida portaria, com duração de 2 anos.

Consiste em estratégia para fortalecimento da Qualidade no Processo de Doação e Transplantes idealizada para avaliar o desempenho dos hospitais integrantes do Sistema Nacional de Transplantes a partir da classificação dos serviços em níveis relacionados a indicadores para todas as modalidades de transplantes de órgãos sólidos e medula óssea.

Além disso, tem como objetivos avaliar o desempenho dos hospitais integrantes do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), a partir da análise multicritério composta por indicadores relativos ao volume, à qualidade e à segurança da assistência prestada; e estabelecer custeio diferenciado para a realização de procedimentos de doação e transplantes de órgãos e células, em conformidade com o desempenho aferido.

Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO)

O Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO) é um organismo com papel de coordenação supra-hospitalar responsável por organizar e apoiar, no âmbito de sua atuação e em conformidade com o estabelecido no Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, as atividades relacionadas ao processo de doação de órgãos e tecidos, a manutenção de possível doador, a identificação e a busca de soluções para as fragilidades do processo, a construção de parcerias, o desenvolvimento de atividades de trabalho e a capacitação para identificação e efetivação da doação de órgãos ou tecidos.

Destaca-se que de 2019 a novembro de 2022 o repasse de incentivo para as OPO foram cerca de 72,3 milhões em 21 unidades federativas do país, via Fundo Nacional de Saúde para Fundo Estadual e ou Municipal de Saúde.

2.2.5 Estratégias de Atenção em Saúde Bucal

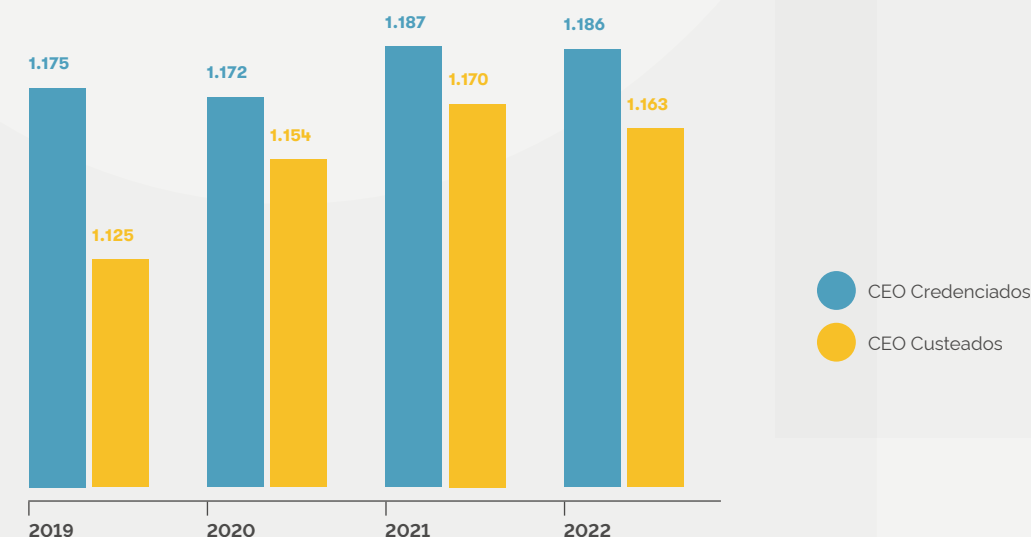
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratório Regional de Próteses Dentárias (LRPD)

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), além de prever a reorganização e qualificação da APS, também estabelece diretrizes e estratégias para a organização da atenção ambulatorial especializada em SB. Através da definição de diretrizes e financiamento federal, os CEO oferecem serviços especializados em SB para atender às principais especialidades necessárias à integralidade do cuidado em saúde bucal, que são: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer

de boca; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a pessoas de necessidades especiais. O tratamento oferecido nos CEO é uma continuidade do trabalho realizado pelas eSB na Atenção Primária.

Os CEO cofinanciados pelo Governo Federal, ou seja, que fazem jus ao recebimento do incentivo financeiro federal, de acordo com a norma vigente, são aqueles credenciados que não apresentam irregularidades de cadastro no SCNES ou denúncias por parte dos órgãos de controle e com alimentação regular da produção no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

Gráfico 41 – Evolução na quantidade de CEO credenciados e cofinanciados de 2019 a 2022



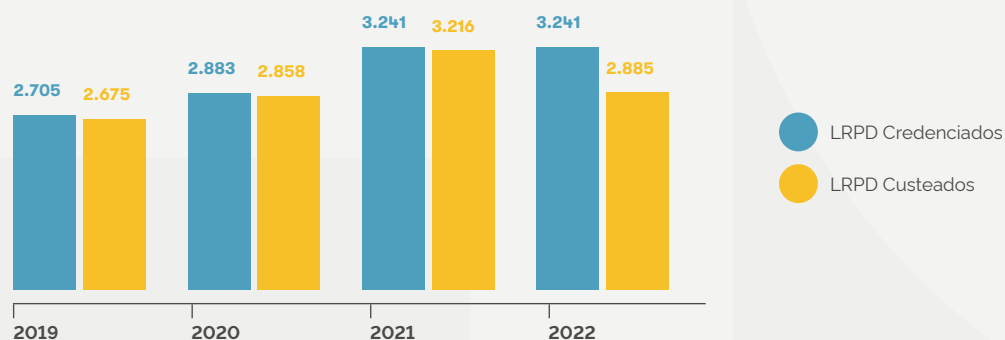
Fonte: Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS), dezembro de 2022.

Em 2022, dos 1.186 CEO habilitados, 615 estão aderidos à Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD) e recebem um custeio mensal adicional para oferecer o atendimento odontológico às pessoas com necessidades especiais.

Diante da demanda pelo serviço reabilitador protético e na perspectiva da assistência integral em Saúde Bucal, o Laboratório Regional de

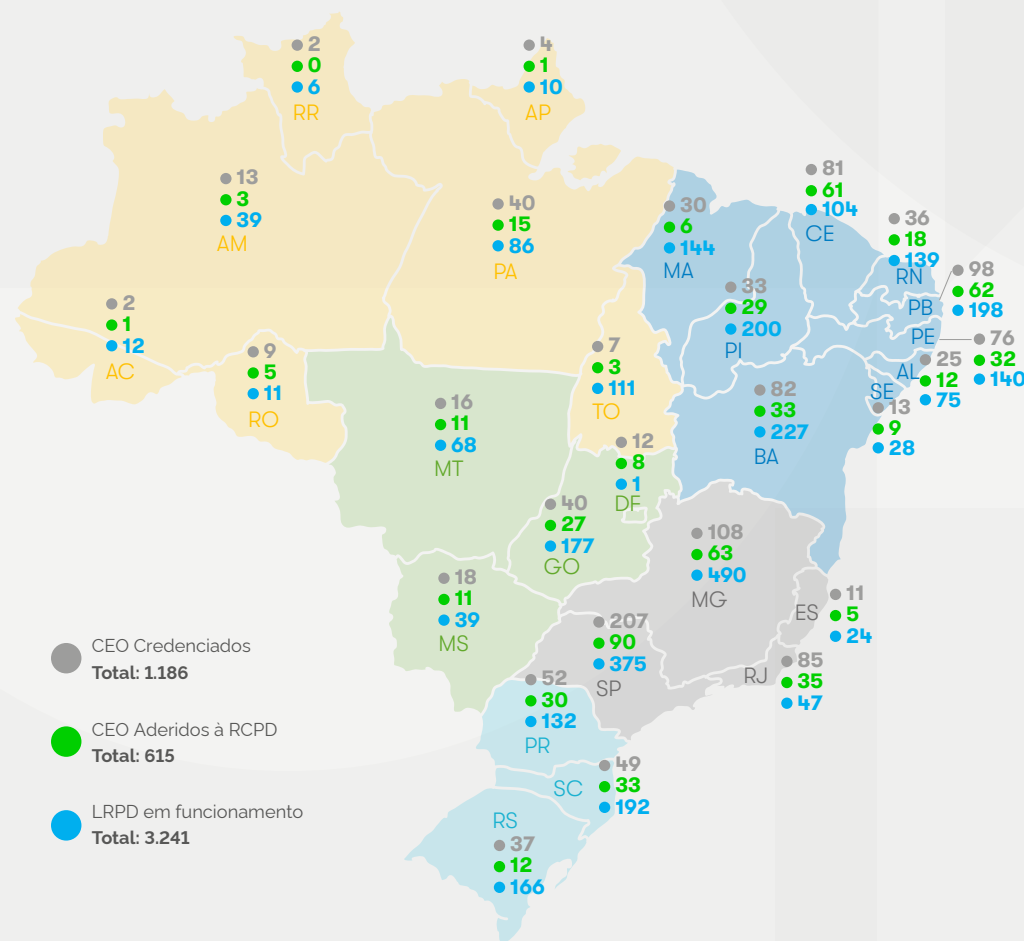
Próteses Dentárias (LRPD) é o estabelecimento que objetiva suprir parte dessa necessidade com a oferta do serviço de prótese dentária total, prótese dentária parcial removível e/ou prótese coronária/intrarradiculares e fixas/adesivas. Por meio deste serviço, os profissionais responsáveis pela assistência na APS e nos CEO, podem contar com o apoio laboratorial necessário à reabilitação em saúde bucal das pessoas, através da confecção de próteses dentárias.

Gráfico 42 – Evolução na quantidade de LRPD credenciados e custeados de 2019 a 2022



Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS), janeiro de 2023.

Mapa 8 – Número de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) credenciados, número de CEO aderidos à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e número de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, por unidade da federação, em 2022



Fonte: CNES, em 09/01/2023.

2.2.6 Rede Cegonha e a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI)

A estratégia Rede Cegonha visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento familiar e a atenção humanizada durante a gravidez, o parto e o puerpério, bem como garantir às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

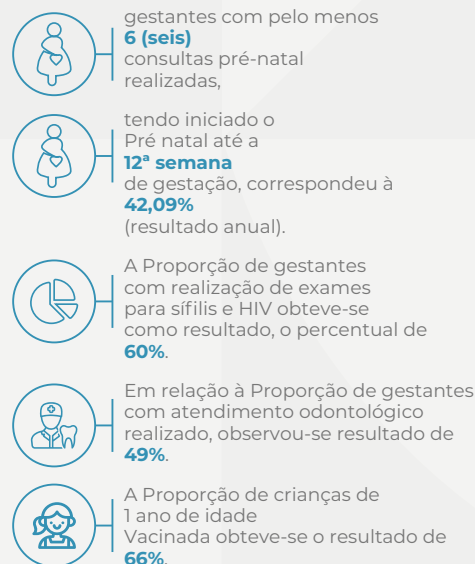
Dentre as ações da estratégia destacam-se o atendimento à Gestação de Alto Risco (GAR), com a qualificação de leitos; a adequação da ambiência de maternidades - por meio de reforma e aquisição de equipamentos para a atenção humanizada ao parto e ao nascimento; e a implementação da Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), unidade de cuidado perinatal.

Em abril de 2022, foi instituída a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), por meio da Portaria GM/MS n.º 715, de 4 de abril de 2022, e o seu financiamento e monitoramento pela Portaria GM/MS n.º 2.228, de 1º de julho de 2022. As ações da Rede Cegonha foram incorporadas à Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI) visando o aprimoramento da assistência, que conta também com o fortalecimento de estabelecimentos de maternidades e a criação dos ambulatorios de assistência a gestantes com alto risco de complicações.

O monitoramento e a avaliação da Rami serão realizados pelo MS por meio de indicadores do Programa Previne Brasil, relacionados à saúde materna e infantil, que medem a identificação e captação precoce das gestantes do território,

bem como a frequência e manutenção das consultas de pré-natal; a identificação precoce de sífilis e HIV; a realização do pré-natal odontológico e a cobertura vacinal completa de crianças até um ano de idade; além de indicadores específicos da assistência materna e infantil.

Em 2022, a Proporção de



Em relação ao financiamento de equipamentos, obras que inclui a modalidade construção, reformas, e ampliação para a Rede de Atenção Materno e Infantil, há duas modalidades de financiamento, uma por recursos ordinários de programa e outra via indicações de emendas parlamentares. No ano de 2022 foram analisadas e aprovadas 74 propostas com recurso de programa com um valor de 39 milhões de reais. E oriundas de indicações parlamentares foram analisadas 59 propostas com o valor total de R\$ 22.112.380,00.

Desta forma, temos o seguinte cenário, com habilitações de serviços novos e antigos:

Tabela 33 – Número de habilitações da Rede de Atenção Materna Infantil (RAMI) na atenção materna

TIPO DE HABILITAÇÕES	HABILITAÇÕES 2022	VALOR GLOBAL REPASSADO EM 2022	LEITOS SUS EM 2022
Leito Gestante de Alto Risco	232	R\$ 273.318.685,00	2.958
Centro de Parto Normal (CNP)	54	R\$ 40.560.000,00	224 – quartos (PPP) ¹
MAB I	3	R\$ 2.520.000,00	Não se aplica
MAB II	3	R\$ 3.060.000,00	Não se aplica
ANEO	2	R\$ 1.200.000,00	Não se aplica
Casa da Gestante Bebê e Puérpera (CGBP)	41	R\$ 20.580.000,00	634 – camas

Fonte: Coordenação Geral de Monitoramento da Rede de Atenção Materna Infantil(SAPS/DSMI/CGMINF), dados consultados em 01.11.22 - Painel de monitoramento da RAMI.(as informações relativas as habilitações são cumulativas e os valores são repassados via Teto da média e alta complexidade - Mac).

¹pré-parto, parto e puerpério.

Tabela 34 – Número de habilitações da RAMI na atenção ao recém-nascido

TIPO DE HABILITAÇÕES	HABILITAÇÕES	** VALOR GLOBAL REPASSADO EM 2022	**LEITOS SUS EM 2022
UTI Neonatal (UTIN) Tipo II	434	R\$ 337.965.568,84	4.194
UTI Neonatal (UTIN) Tipo III	57	R\$ 50.834.964,75	
Unidade de Cuidado Intermediário Convencional (UCINCo)*	332	R\$ 190.207.440,00	3.192
Unidade de Cuidado Intermediário Canguru (UCINCa)*	210	R\$ 43.767.360,23	1.004

Fonte: Coordenação Geral de Monitoramento da Rede de Atenção Materna Infantil(SAPS/DSMI/CGMINF), dados consultados em 01.11.22 - Painel de monitoramento da RAMI.

* Dados preliminares sujeitos a alterações.

** Os valores repassados e leitos são referentes a Rede Cegonha.

Para apoiar os estados na implementação da Rede, foram realizadas oficinas e visitas técnicas, quando são apresentados os dados epidemiológicos do estado com o cenário da mortalidade materna e infantil, a apresentação da reestruturação da Rede e possibilidade de novas habilitações e recursos para o fortalecimento da assistência prestada no território.

A seguir são elencados alguns projetos que estão em andamento:

> **Iniciativa Força Pré-natal do SUS:** prevê a capacitação de profissionais da APS e DSEIs nos municípios do Amazonas e Pará contemplados como prioritários, mediante dados públicos (SINASC e SIM) acerca da cobertura de atenção ao pré-natal. Até o momento foram capacitados 958 profissionais nas regiões remotas do estado do Amazonas e Pará.

> **Estratégia “Zero Morte Materna – OMMxH”:** dedica-se à prevenção da mortalidade materna por hemorragia pós evento obstétrico, constituindo uma das ações para a redução da morbimortalidade materna. Essa estratégia tem sido desenvolvida e implementada pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) desde 2015 e, está em processo de expansão para todos os estados brasileiros.

> **Projeto de Tele UTI Obstétrica:** este projeto, parceria do Ministério da Saúde e a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), por meio do Convênio n.º 919499/2021, está em andamento e objetiva oferecer treinamentos presenciais de habilidades e competências para o aprimoramento da assistência obstétrica e hospitalar no acompanhamento de casos de gestação de alto risco.

> **Projeto “Telemonitoramento de Pré-natal de Alto risco e Intercorrências Obstétricas no Estado do Amazonas”:** é desenvolvido por meio do TED n.º 97/2021, firmado entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal do Amazonas (UFAM), com objetivo de desenvolver e implementar uma plataforma de telemonitoramento das gestantes, que permita integrar, incorporar e monitorar dados clínicos produzidos pelas equipes de atenção primária, atenção ambulatorial especializada, hospitais de pequeno porte, maternidades de baixo risco e maternidade referência para alto risco, no Estado do Amazonas.

> **Termo de Execução Descentralizada 141/2020:** em parceria com o Instituto Fernandes Figueira (IFF), o TED objetiva a qualificação de práticas clínicas para equipes que atuam na APS e atenção especializada, ambulatorial e hospitalar. Além disso, busca-se promover a aproximação e articulação entre o ensino-serviço nos hospitais e nas unidades básicas de saúde que oferecem atividades de ensino, qualificação da gestão, planejamento, monitoramento, avaliação do cuidado ao planejamento familiar, à gestação, ao parto, nascimento, puerpério e climatério em rede, utilizando de inovação em tecnologias aplicadas à Atenção à Saúde da Mulher.

> **Centros de Referência na Atenção ao Planejamento Familiar:** estratégia do Ministério da Saúde em parceria com o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA/ONU), que visa implementar esses centros, com foco no DIU de Cobre. Destaca-se que a iniciativa ocorre simultaneamente em diversos países da América Latina, e no caso do Brasil serão implementados quatro Centros de Referência no total, na APS e atenção especializada, que foram selecionados na região Norte e Nordeste do país, devido aos dados desafiadores nestas regiões.

> **Linha de Cuidados da Doença Trofoblástica Gestacional (DTG):** publicação do documento e realização de encontros virtuais para implementação da Linha do Cuidado em todas as UFs. Disponível no link:

 http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/linha_cuidado_trofoblasticas.pdf

> **Manual de Gestão de Alto Risco:** publicação da versão final do manual, que visa propor orientações ao tratamento das intercorrências no ciclo grávido-puerperal, aborda e detalha a estratificação do risco obstétrico no pré-natal, as condições patológicas inerentes ao estado gravídico, as doenças infecciosas na gestação, as frequentes condições mórbidas maternas influenciadoras no risco gestacional e a medicina fetal. Disponível no link:

 https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf

> **“Monkeypox – Orientações Técnicas para a assistência à saúde”:** elaboração do documento com objetivo de orientar os serviços de atenção à saúde para atuação na identificação, na notificação, no manejo oportuno e nas medidas de prevenção e controle, de modo a mitigar a transmissão sustentada do MPXV no território nacional. Destacam-se as recomendações sobre MPX no ciclo grávido-puerperal, os cuidados com o recém-nascido de mulheres com MPX e orientações sobre a amamentação. O material está disponível em:

 <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/variola-dos-macacos/publicacoes/protocolos-1/monkeypox-orientacoes-tecnicas-para-a-assistencia-a-saude/view#:~:text=Este%20documento%20re%C3%BAne%20as%20principais,sa%C3%BAde%2C%20gestores%20e%20demais%20interessados.>

2.2.7 Rede de Atenção Psicossocial

A ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem como objetivo principal qualificar a atenção em Saúde Mental, tornando-a mais acessível para todos.

Os principais 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) e os Leitos em Hospital-Geral, dentre outros pontos de atenção nos diferentes níveis de complexidade.

► **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)** – unidades de serviços que acolhem os pacientes com transtornos mentais, estimulam a integração social e familiar e oferecem apoio em sua busca por autonomia, prestando atendimento médico e psicológico.

► **Leitos de Saúde Mental** – oferecem cuidado hospitalar para pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e de outras drogas, para que sejam realizadas a avaliação diagnóstica e a discriminação de patologias somáticas e/ou psiquiátricas, e seja feito o manejo de situações de crise e/ou vulnerabilidade extrema, como risco de morte para o usuário.

► **Unidades de Acolhimento Adulto (UA)** – oferecem cuidados contínuos de saúde para maiores de 18 anos, com funcionamento 24 horas por dia, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e que

apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório.

► **Unidades de Acolhimento Infanto-juvenil (UAI)** – oferecem os mesmos cuidados que a infraestrutura para adultos, atuando, contudo, com crianças e adolescentes entre 10 e 18 anos de idade incompletos.

► **Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental tipos I, II e III** – oferece cuidados em serviços, como Policlínicas, Clínica Especializada e hospitais. Atende pessoas com transtornos mentais mais prevalentes e de gravidade moderada, como transtornos de ansiedade e de humor, e dependência química, sendo referenciada pela Atenção Básica e pelos CAPS.

► **Programa de Volta para Casa (PVC)** – a Portaria de Consolidação n.º 5, de 28 de setembro de 2017 (antiga Portaria n.º 2077, de 31 de outubro de 2003), regulamentou a Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003, resgatando a cidadania de todas as pessoas com transtorno mental, que estavam internadas em hospitais psiquiátricos de forma ininterrupta e por longa permanência, ao possibilitar o seu retorno ao convívio familiar. Desde a sua criação, 7.826 pessoas foram beneficiadas com pagamento mensal de um auxílio pecuniário no valor de R\$ 500,00. Em dezembro de 2022, 4.207 beneficiários estavam na folha de pagamento do Programa. Desse conjunto, 370 eram novos beneficiários. No ano, houve, ainda, 280 suspensões e 215 cancelamentos por não atendimento a critérios do programa.

Tabela 35 – Números da Rede de Atenção Psicossocial com habilitações ativas por tipo

TIPOS DE HABILITAÇÕES	NÚMERO
Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) I, II, III e Infantil	2.498
Centros de Atenção Psicossocial AD (CAPS-AD, CAPS-AD III e CAPS-AD IV)	557
Leitos de Saúde Mental	1.972
Unidades de Acolhimento Adulto (UA)	45
Unidades de Acolhimento Infantojuvenil (UAI)	25
Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental	224
Programa de Volta para Casa (PVC)	4.207
Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)	813

Fonte: DAPES/SAPS/MS, dezembro/2022.

Foram habilitados novos serviços. Houve especial atenção ao componente novo das equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental (eMAESM), que atingiram mais de 220 equipes habilitadas. Também foi publicada a Portaria GM/MS n.º 1.836, de 24 de junho de 2022, que estabelece em caráter excepcional e temporário, incentivos financeiros federais de custeio e de investimento para a ampliação do acesso aos cuidados à ansiedade e depressão para o público infanto-juvenil.

O Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde – SAIPS foi aberto para os novos componentes: Incentivo aos cuidados à Ansiedade e Depressão Infantojuvenil - pós covid-19 e Informatiza Centros de Atenção Psicossocial Infanto Juvenis(CAPSi). Foram habilitados a receber a parcela única de incentivo para implantação de novas equipes

multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental, 66 eMAESM com o valor total de R\$ 2.031.200,00 (PTR n.º 4.792, 30/12/2022) e de 17 propostas para informatização dos CAPS infanto-juvenil (PTR n.º 4.823, 30/12/2022).

Considerando os avanços dos atendimentos a distância e a regulamentação da telemedicina, foram celebrados convênios (n.º 921.877/2021 e n.º 929.525/2022) com a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM para Projeto Teleterapia e Telepsiquiatria que visa à implantação de serviço de teleconsultas, com vagas para todo o país - outro projeto que deve ajudar a definir modelos para que o SUS e a RAPS contem com teleconsultas de maneira permanente. Foi criado um cadastro de estabelecimento de saúde específico para as clínicas psiquiátricas que atendem transtornos mentais e dependentes de substâncias

psicoativas regulamentando melhor esta atividade, pela Portaria SAES/MS n.º 375, de 05 de agosto de 2022. Até a competência CNES de dezembro de 2022 foram cadastradas 11 clínicas.

2.2.8 Regulação da Atenção à Saúde

A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (PNR-SUS) foi instituída pela Portaria n.º 1.559/GM/MS, de 1º de agosto de 2008, inserida integralmente no Anexo XXVI da Portaria de Consolidação n.º 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

A PNR-SUS visa ser um "instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo", e está organizada em três dimensões de atuação, necessariamente integradas: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial.

As ações que compõem a PNR-SUS estão estabelecidas em cada uma das suas dimensões e são transversais a diversas outras políticas de saúde. São ações como o 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.

Em relação ao custeio de centrais de regulação, 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, mediante a apresentação de proposta por parte dos estados e municípios.

Até o ano de 2022, o Ministério da Saúde analisou 59 propostas, oriundas de 19 Unidades da Federação. São 35 centrais de regulação municipais e 24 estaduais ou regionais, representando 27 centrais de regulação ambulatoriais e 32 hospitalares.

Sistema Nacional de Regulação (SISREG)

O Ministério da Saúde realiza a gestão negocial e apoia a implantação e a manutenção do Sistema de Regulação (SISREG) em todo o país. São ações de cunho tecnológico e gerencial, que impactam na organização das ações de regulação em cada território sob gestão de estados e municípios.

Assim, o Ministério da Saúde, por meio da interação com as centrais de regulação, desenvolve soluções para melhorar o fluxo de informações estratégicas e ampliar a capacidade de regulação dessas estruturas.

Para apoiar a gestão estratégica da informação são mantidas duas soluções de disseminação de dados e produção de relatórios para o SISREG, uma por meio de solução de *Business Intelligence* - BI e outra por meio de solução de Application Programming Interface - API.

Atualmente, o SISREG está implantado em 946 centrais de regulação (executantes), abrangendo mais de 3 mil municípios (solicitantes), em todo o país. Os dados apresentados a seguir são extraídos do banco de dados do SISREG, e refletem a situação sob a governabilidade da gestão estadual e municipal do SUS e das centrais de regulação que utilizam o sistema.

Tabela 36 – Centrais de Regulação usuárias do SISREG

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: CGRA/DRAC/SAES/MS, em 16/01/2023.

O SISREG não tem caráter compulsório, sendo sua implantação uma opção dos estados e municípios. As centrais de regulação executantes são aquelas que implantam o software para operacionalizar a regulação assistencial no seu

território de abrangência e gestão. As centrais de regulação solicitantes são aquelas que demandam os atendimentos pactuados na relação intermunicipal ou interestadual.

Tabela 37 – Solicitações de Atendimento por meio SISREG 2022, por Região do País

REGIÃO	AMBULATORIAL	HOSPITALAR	TOTAL
NORTE	7.530.596	459.912	7.990.508
NORDESTE	15.439.080	417.322	15.856.402
CENTRO-OESTE	7.276.992	349.218	7.626.210
SUDESTE	9.779.746	156.080	9.935.826
SUL	8.966.576	689.504	9.656.080
Total	48.992.990	2.072.036	51.065.026

Fonte: CGRA/DRAC/SAES/MS, em 01/02/2023.

Centro Nacional de regulação de alta complexidade (CNRAC)

Compete ao Ministério da Saúde coordenar e operacionalizar a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), instituída na Portaria de Consolidação n.º 2/2017, Anexo 1, do Anexo XXVI, e regulamentada pela Portaria n.º 688/2017/SAS/MS, alterada pela Portaria n.º 225/2021/SAES/MS.

A CNRAC tem por objetivo intermediar a referência interestadual de usuários que necessitam de assistência de alta complexidade, considerando o caráter eletivo do atendimento e o elenco de procedimentos definido com o atributo CNRAC.

A intermediação ocorre por meio da interlocução com as centrais de regulação estaduais, que respondem pela regulação do acesso aos serviços de saúde sob gestão estadual e pela interlocução com a gestão municipal, quando necessário.

Nesse contexto, todos os atendimentos ocorrem na rede do SUS sob gestão dos estados e municípios, e sob a regulação destes. As filas de espera são absorvidas pelas centrais de regulação estaduais, observando os critérios e fluxos de regulação locais.

Tabela 38 – Atendimentos realizados com intermediação da CNRAC, por especialidade

Especialidade	N.º DE ATENDIMENTOS				
	2018	2019	2020	2021	2022
Cardiologia Adulto	347	414	57	138	143
Cardiologia Pediátrica	420	505	262	216	181
Neurologia/Neurocirurgia	371	429	148	155	212
Oncologia	50	49	60	98	38
Traumato-Ortopedia	83	69	21	13	89
Gastroenterologia	1	4	0	0	0
TOTAL	1.272	1.470	548	620	663

Fonte: CGRA/DRAC/SAES/MS, 16/01/2023.

Contratação de Serviços de Saúde

O Ministério da Saúde apoia estados e municípios na qualificação das ações de contratação de serviços de saúde, como uma das ações estruturantes da Política Nacional de Regulação do SUS e da Política Nacional de Atenção Hospitalar, além de ser requisito para a certificação de entidades beneficentes de assistência social em saúde.

O Ministério da Saúde, no ano de 2022, implantou o projeto "Fortalecimento das áreas de regulação e apoio à contratualização", por meio do PRAODI-SUS, com o objetivo de prestar apoio técnico e metodológico para o fortalecimento da área de regulação, aprimorando o processo de contratualização dos hospitais, e para a implementação de melhorias na construção, monitoramento e avaliação dos contratos.

2.2.9 Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social em Saúde (CEBAS)

A certificação das entidades beneficentes é o processo pelo qual o Governo Federal certifica as instituições constituídas como pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que prestam serviços nas áreas de assistência social, de saúde e de educação, e que demonstrem o cumprimento dos requisitos legais estabelecidos na Lei Complementar n.º 187/2021, que revogou a Lei n.º 12.101/2009.

Tal certificação permite que as entidades beneficentes usufruam da imunidade de contribuições à seguridade social de que trata o § 7º do art. 195 da Constituição Federal.

É oportuno consignar que o Sistema Único de Saúde (SUS) está em constante processo de aperfeiçoamento. Ele vem se solidificando de forma contínua e mediante adoção de várias estratégias, com o objetivo de proporcionar assistência integral e qualificada com base nas necessidades da população.

As entidades beneficentes são um importante segmento na oferta de ações e serviços de saúde ao integrarem a rede complementar do SUS com 8.487 estabelecimentos.

Em 2022, a rede filantrópica englobou um universo de 1.616 hospitais prestadores de serviços ao SUS e responde por 183.780 dos leitos hospitalares disponíveis (37,59%), 4,6 milhões das internações (41,38%) e 306 milhões de atendimentos ambulatoriais realizados para a rede pública de saúde (8,34%). Este total equivale a 49,72% do total de atendimentos do SUS. Cabe destacar que, em aproximadamente novecentos municípios, a assistência hospitalar é realizada unicamente por esses hospitais beneficentes.

A análise mais detalhada da prestação de serviços ao SUS revela que o setor filantrópico executa em torno de 64% das internações de Alta Complexidade no SUS.

Diante disso, pode-se concluir que a certificação é transversal a todas as políticas e programas de saúde, na medida que induz a contratação

dos serviços determinados por estes (políticas e programas), sendo, portanto, uma ferramenta de gestão, promoção, expansão e potencialização

dos serviços de saúde no SUS, com grande potencial indutor de melhorias de gestão no sistema de saúde brasileiro.

Seguem abaixo os resultados alcançados na análise dos processos de certificação no período de janeiro de 2019 a novembro de 2022.

Tabela 39 – Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde (CEBAS)

Estabelecimento de saúde	Ano	Quantidade de CNPJ Matriz com e sem CNES	Qtde.	Hospitais* Ativos com CEBAS (Matriz e Filial) 69,49%	Ambulatórios com CEBAS (Matriz e Filial) 30,51%	Total de Estabelecimentos de Saúde
Qualidade total de CNPJ Matriz com CEBAS 2019:1.546 CEBAS 2020:1.557 CEBAS 2021:1.574 CEBAS 2022:1.579	2019	Quantidade de CNPJ Matriz com CNES	1.491	1.405	617	2.022
		Quantidade de CNPJ Matriz sem CNES	55			
	2020	Quantidade de CNPJ Matriz com CNES:	1.432	1.371	777	2.148
		Quantidade de CNPJ Matriz sem CNES	125			
	2021	Quantidade de CNPJ Matriz com CNES:	1.555	1.435	857	2.292
		Quantidade de CNPJ Matriz sem CNES	19			
	2022	Quantidade de CNPJ Matriz com CNES:	1.560	1.456	774	2.230
		Quantidade de CNPJ Matriz sem CNES	19			

Fonte: Secretaria de Atenção Especializada (SAES).



Tabela 40 – Quantidade de CEBAS por Região, Brasil

REGIÃO	QUANTIDADE – CEBAS			
	2019	2020	2021	2022
Norte	19	19	19	18
Nordeste	184	182	183	190
Centro-Oeste	83	85	91	88
Sudeste	790	792	791	788
Sul	470	479	490	495
Total	1.546	1.557	1.574	1.579

Fonte: Secretaria de Atenção Especializada (SAES).

Tabela 41 – Atuação por setor filantrópico

Percentual de Atuação	2019	2020	2021	2022
Alta complexidade no SUS são realizadas por hospitais filantrópicos	61,64%	62,76%	61,67%	60,88%
Percentual nas especialidades de alta complexidade pelos hospitais filantrópicos	2019	2020	2021	2022
Internações de cardiologia	62,70%	64,43%	64,24%	61,84%
Internações para transplantes	61,8%	65,58%	64,15%	64,55%
Dos procedimentos de quimioterapia realizados em regime de internação	68,50%	68,31%	63,13%	63,94%
Das internações para cirurgia oncológica	67,90%	69,08%	67,90%	67,77%

Dados CNES: Competência dez/2022.

N.º de Hospitais: Tipo de Estabelecimento – Hospital Geral e Especializados, Pronto Socorro Geral e Especializado com leitos e Unidade Mista com leitos e Atendimento contínuo de 24 horas/dia.

Dados do SIH e SIA: Competência de jan-dez/2022. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/qiuf.def> – Data: 06/01/2023.

Notas: Dados sujeitos a atualização.

2.2.10 Atenção Especializada nos Hospitais e Institutos Federais

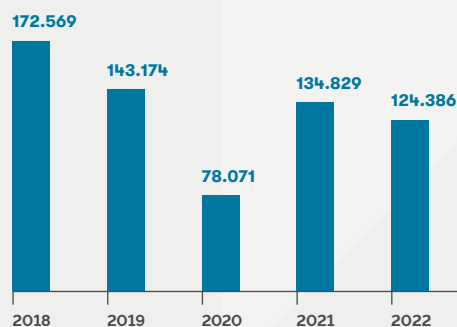
No estado do Rio de Janeiro, a rede de assistência vinculada ao Ministério da Saúde é composta por seis hospitais e três institutos federais, que desempenham papel de extrema importância, com a oferta de atendimento qualificado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Os Hospitais Federais de Bonsucesso, de Ipanema, do Andaraí, dos Servidores do Estado, da Lagoa e de Cardoso Fontes são classificados como gerais de média e alta complexidades. Já os Institutos Federais caracterizam-se pelo atendimento especializado em oncologia, cardiologia e traumatologia-ortopedia, além de promover ações integradas em prevenção, assistência, ensino e pesquisa.



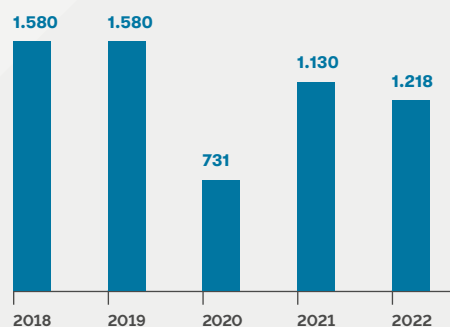


O **Hospital Federal de Bonsucesso (HFB)** está inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) sob o n.º 2269880, com habilitação na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS-RJ, para realizar atendimento de média e alta complexidades a nível ambulatorial, hospitalar e de emergência nas seguintes especialidades: Transplante Renal, Cirurgia Oncológica, especialmente de Cabeça e Pescoço, Aparelho Digestivo, Urologia, Neurocirurgia, Cirurgia Torácica, Videocirurgias Avançadas, Cirurgia Endócrina, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Vascular, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ortopedia, Pediatria e atendimento Gestação de Alto Risco (nível III), conta com um Serviço de Maternidade aberta ao atendimento da demanda espontânea de alta complexidade obstétrica com suporte de tratamento em UTI e CTI Neonatal, bem como com uma carteira de serviços complementares de Apoio Diagnóstico e Terapêutico distribuídos entre os Serviços de Patologia Clínica, Anatomia Patológica, Serviço de Imagens e Métodos Gráficos.

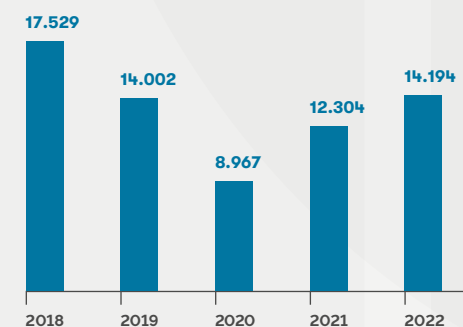
CONSULTAS MÉDICAS



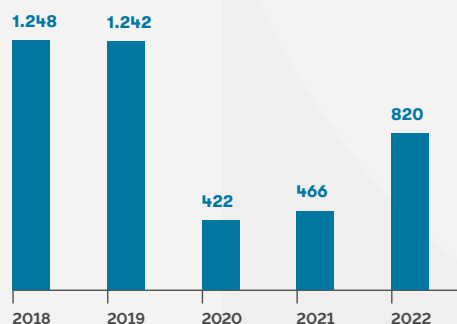
CIRURGIAS AMBULATORIAIS



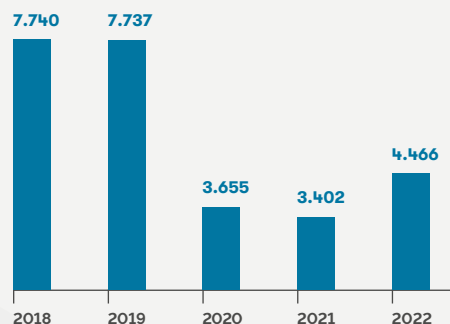
CONSULTAS NÃO MÉDICAS



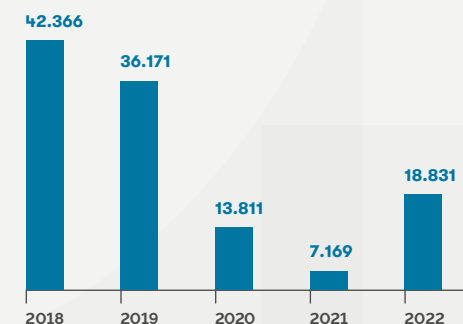
INTERNAÇÕES



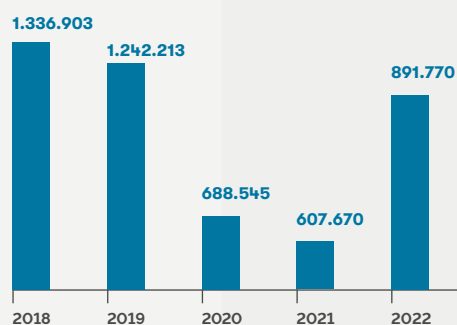
CIRURGIAS (CENTRO CIRURGICO)



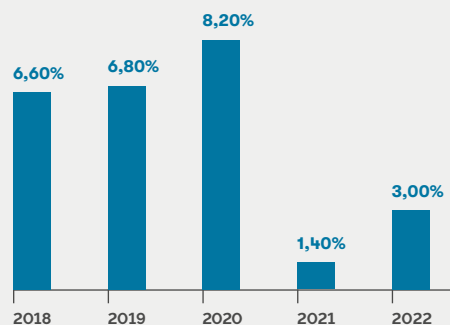
EXAMES DE IMAGEM



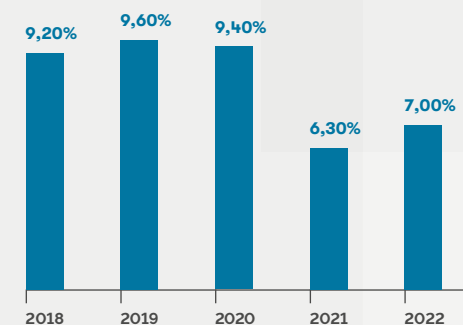
EXAMES LABORATORIAIS



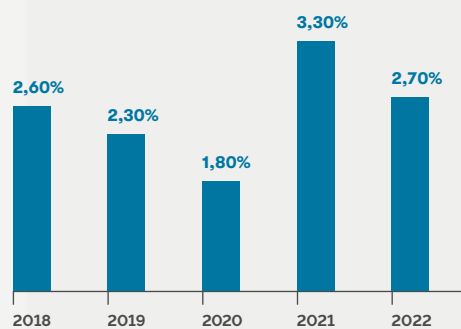
TAXA DE MORTALIDADE



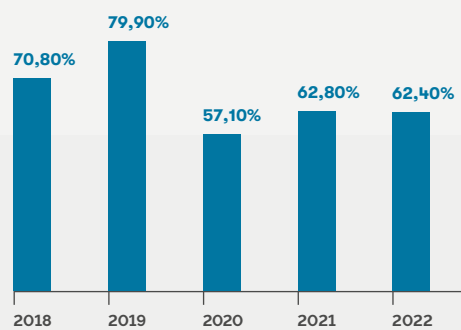
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA - HFB



ÍNDICE DE GIRO DE LEITOS



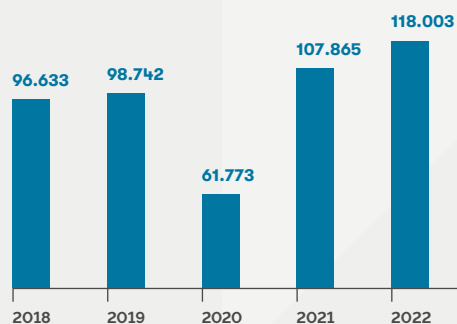
TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR - HFB



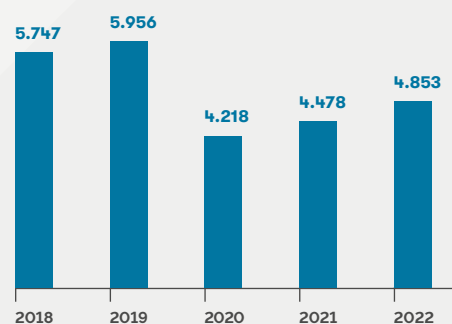


O **Hospital Federal de Ipanema (HFI)** possui serviços de apoio diagnóstico e terapêutico distribuídos dentre os serviços de Endocrinologia e Reumatologia e os setores de apoio diagnóstico e terapêutico: Anatomia Patológica, Endoscopia Digestiva, Imagenologia e Patologia Clínica, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. Com perfil predominantemente eletivo e cirúrgico, a unidade conta com corpo clínico especializado e altamente qualificado para o atendimento a diversas patologias. Sua atuação é voltada para os níveis secundário e terciário de atenção à saúde no SUS, com procedimentos de média e alta complexidades em várias especialidades médico-cirúrgicas.

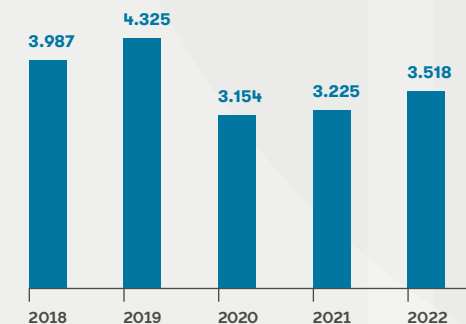
CONSULTA AMBULATORIAIS REALIZADAS



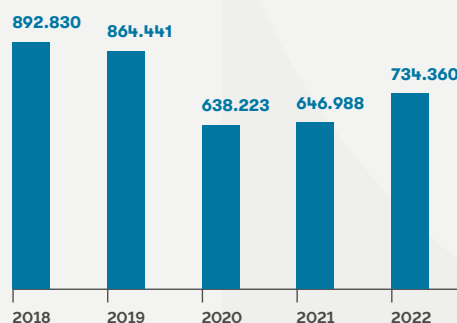
INTERNAÇÕES REALIZADAS



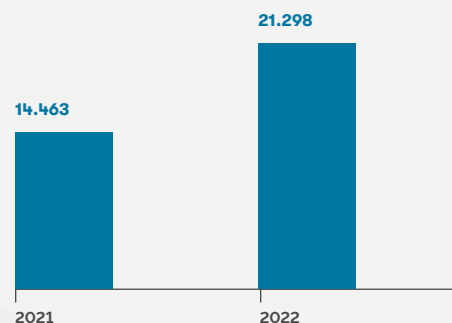
CIRURGIAS HOSPITALARES REALIZADAS



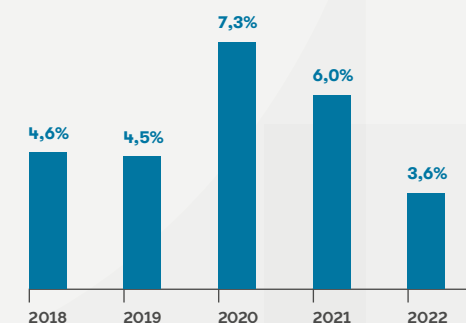
EXAMES REALIZADOS



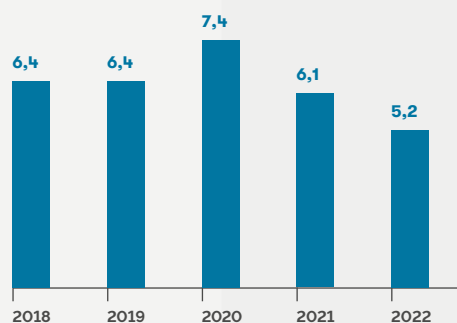
EXAMES AMBULATORIAIS



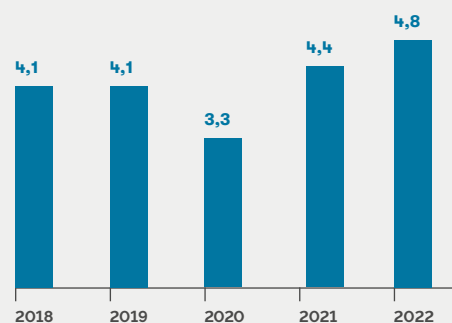
TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR (%)



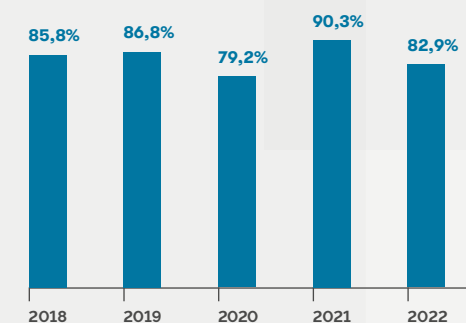
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA (DIAS)



GIRO DE LEITOS (PACIENTES POR LEITO)



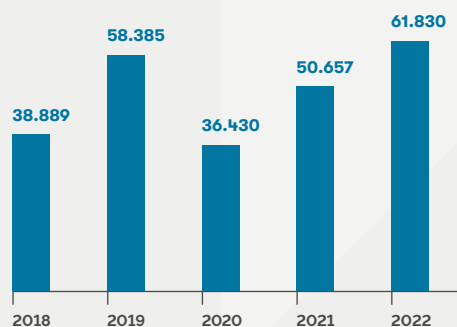
TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR



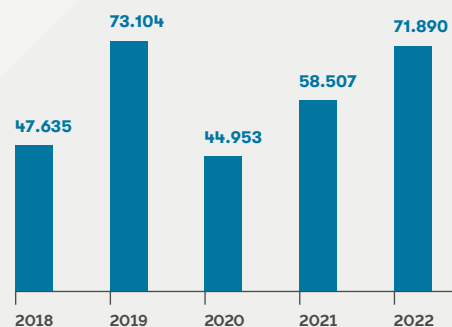


O **Hospital Federal do Andaraí (HFA)** é uma unidade de média e alta complexidades. Entre os serviços prestados estão os de oncologia, microcirurgia, cirurgia plástica, suporte a grandes traumas e Unidade de Terapia Coronariana. Também possui um Centro de Tratamento de Queimados que é referência em todo o estado, com atendimento desde emergências até intervenções cirúrgicas.

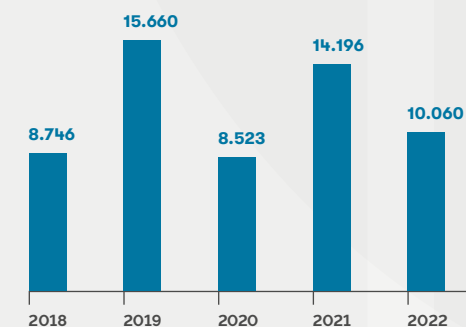
CONSULTAS MÉDICAS



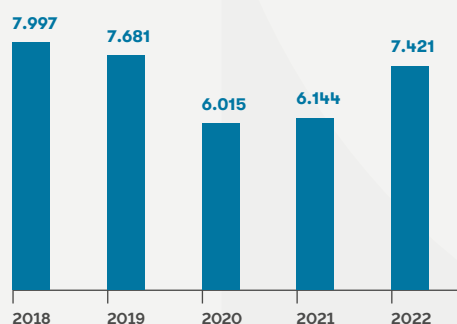
CONSULTAS AMBULATORIAIS



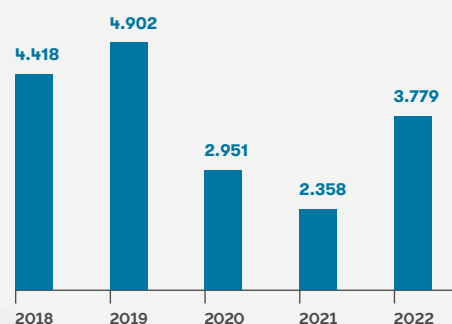
CONSULTAS NÃO MÉDICAS



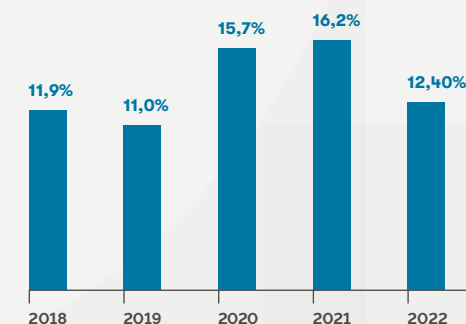
INTERNAÇÕES



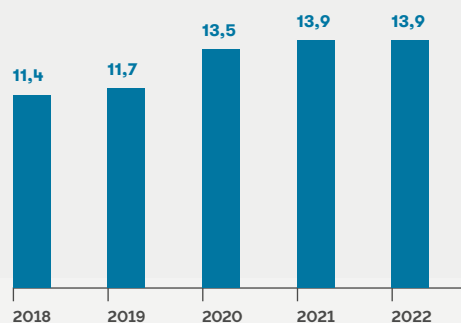
CIRURGIAS (AMBULATÓRIO + C. CIRÚRGICO)



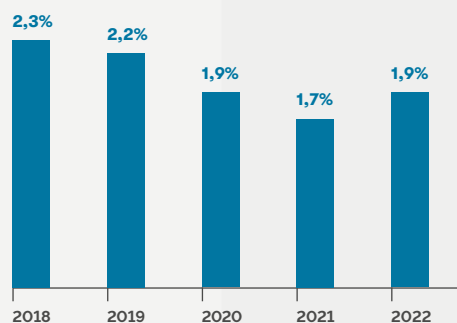
TAXA DE MORTALIDADE



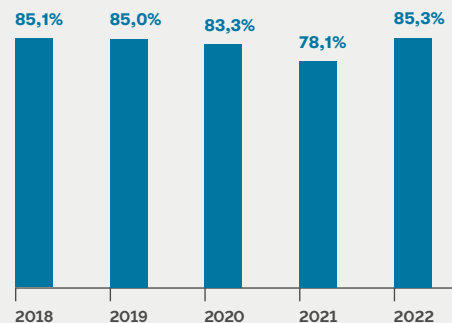
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA



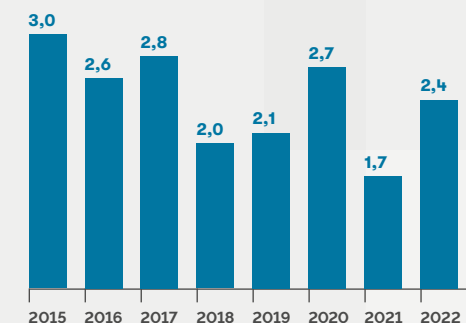
TAXA ÍNDICE DE GIRO LEITOS



TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR



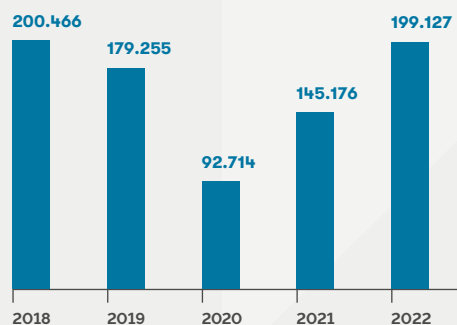
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO



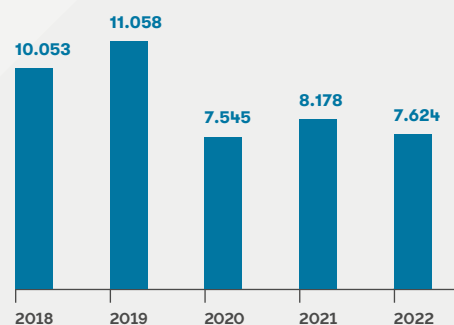
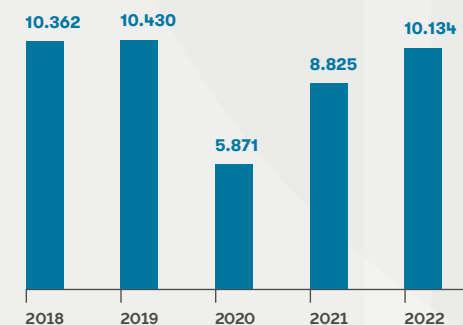


O Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE) é uma unidade assistencial de referência na rede de atenção do SUS. Caracterizado como hospital geral, terciário, de ensino e pesquisa, realiza procedimentos de média e alta complexidades em várias especialidades médico-cirúrgicas. O atendimento compreende mais de 50 serviços especializados, que cobrem todas as ocorrências clínicas.

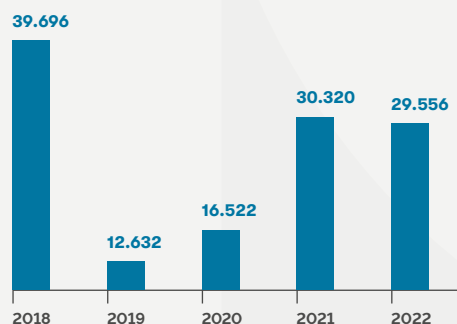
CONSULTAS MÉDICAS



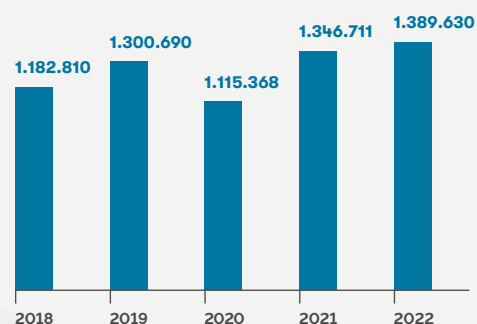
INTERNAÇÕES

CIRURGIAS AMBULATORIAIS
+ CENTRO CIRURGICO

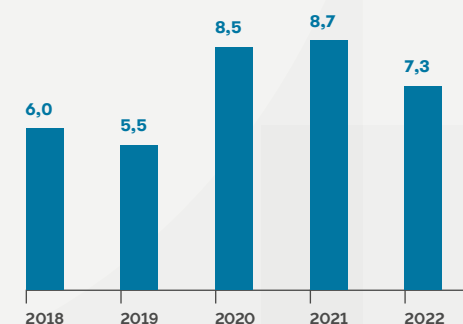
EXAMES DE IMAGEM



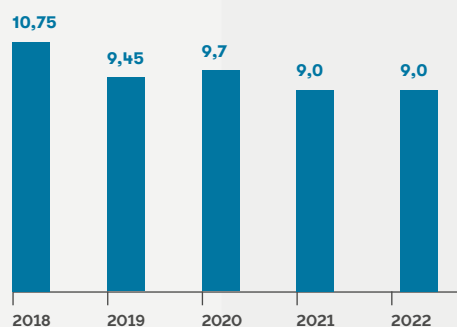
EXAMES LABORATORIAIS



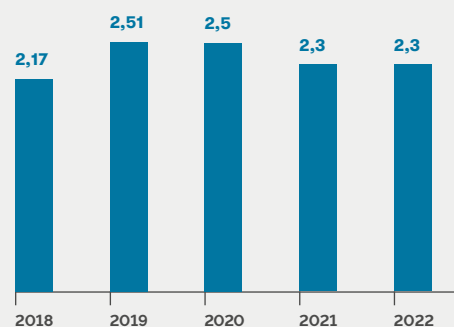
TAXA DE MORTALIDADE



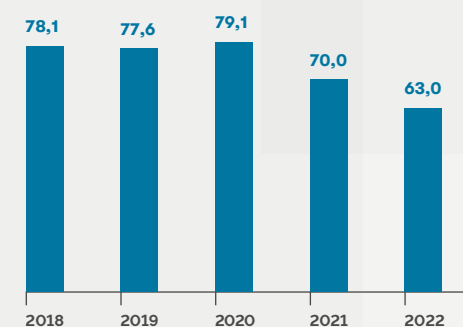
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA



ÍNDICE DE GIRO DE LEITOS



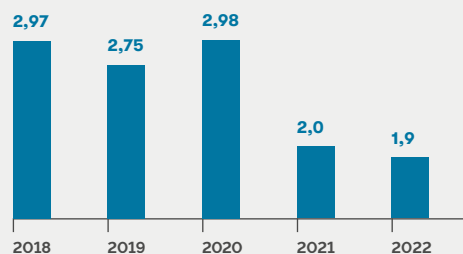
TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR



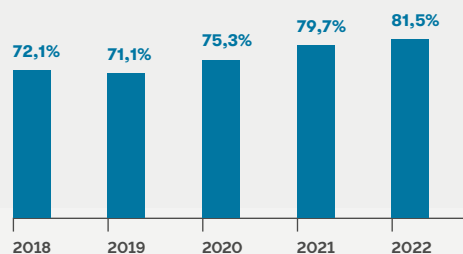


O **Hospital Federal da Lagoa (HFL)** é de média e alta complexidades e está articulado com a Rede de Assistência Básica. Tem a missão de prestar assistência especializada em saúde e formar recursos humanos consonantes com as diretrizes do SUS, com sustentabilidade.

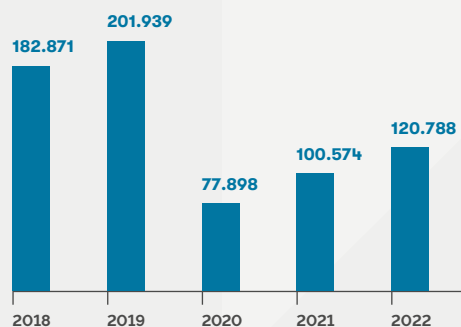
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO



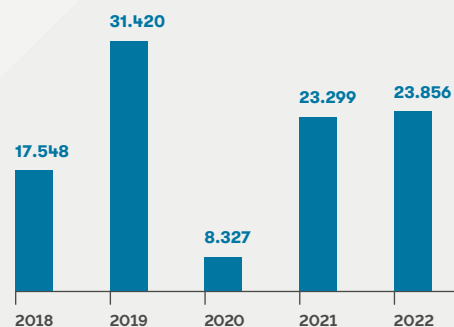
TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR



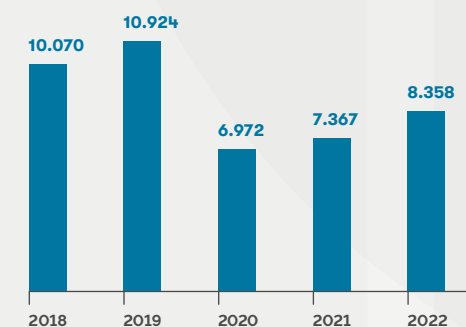
CONSULTAS AMBULATORIAIS MÉDICAS



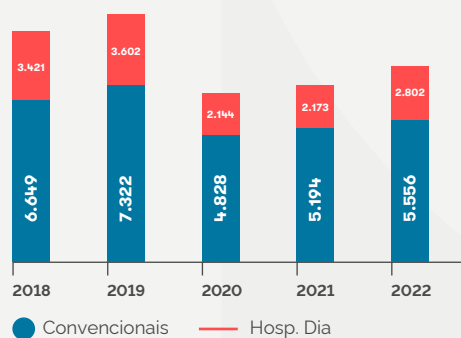
CONSULTAS AMBULATORIAIS NÃO MÉDICAS



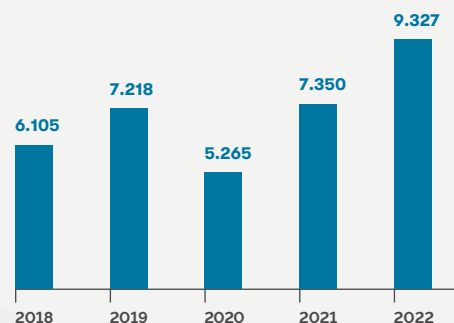
TOTAL DE INTERNAÇÕES



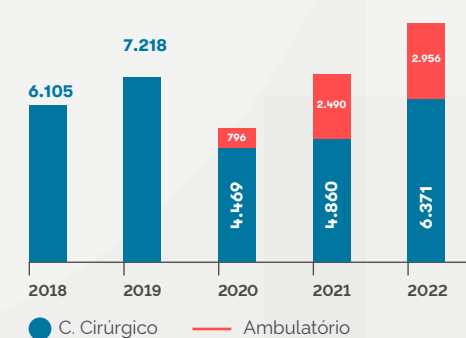
TOTAL DE INTERNAÇÕES (CONVENCIONAIS + HOSPITAL DIA)



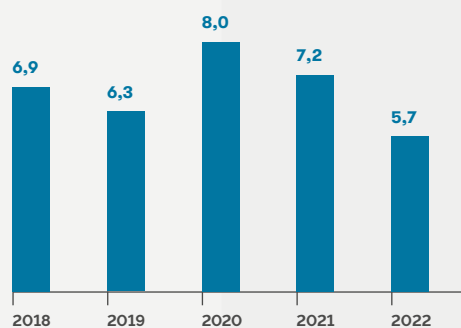
TOTAL DE CIRURGIAS (CENTRO CIRÚRGICO + CIRURGIAS AMBULATORIAIS)



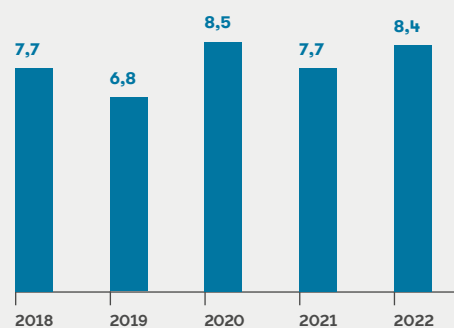
CIRURGIAS (CENTRO CIRÚRGICO + CIRURGIAS AMBULATORIAIS)



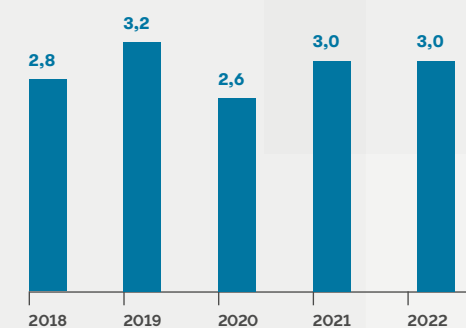
TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR



TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA



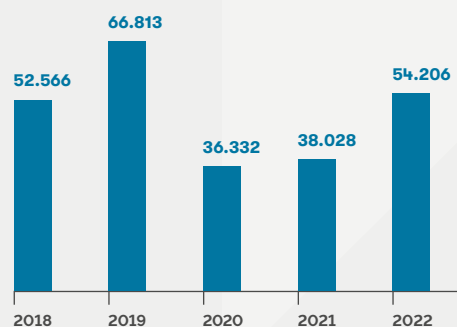
ÍNDICE DE RENOVAÇÃO DE LEITOS (GIRO)



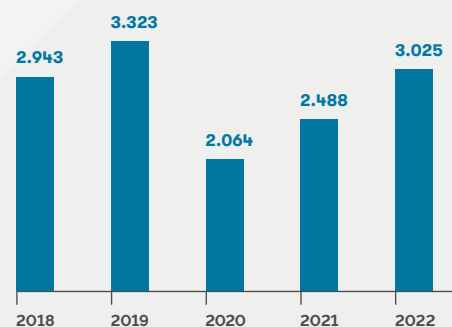


O **Hospital Federal Cardoso Fontes (HFCF)** é de média e alta complexidades. Possui emergência de porta aberta para atendimento a pacientes clínicos e cirúrgicos. A unidade é reconhecida por sua atuação nas áreas de fisioterapia oncológica, gastroenterologia, ginecologia, nefrologia – sistema urinário – e tratamentos em crianças.

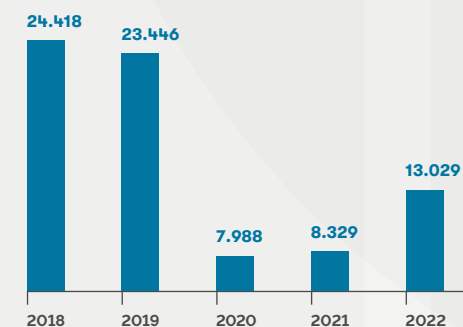
CONSULTAS MÉDICAS



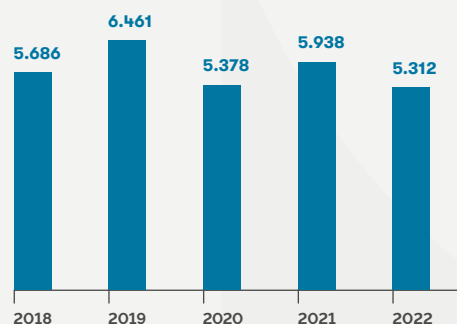
CIRURGIAS (AMBULATORIAIS + CENTRO CIRÚRGICO)



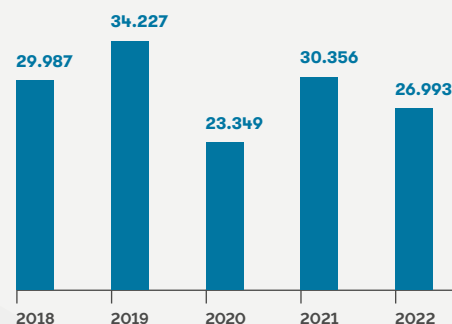
CONSULTAS NÃO MÉDICAS



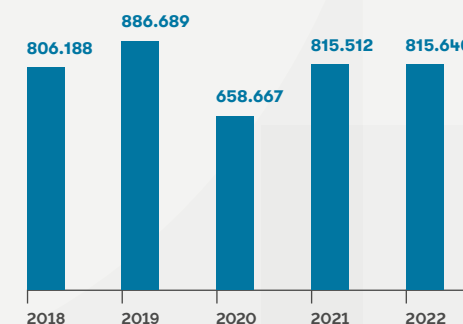
INTERNAÇÕES (CLÍNICAS + CIRÚRGICAS)



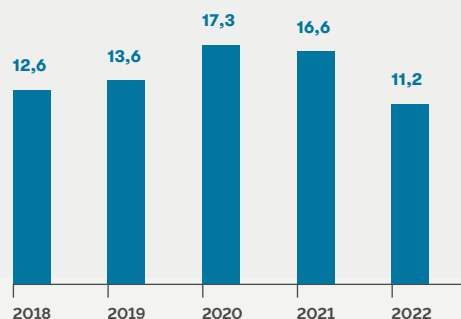
EXAMES DE IMAGEM



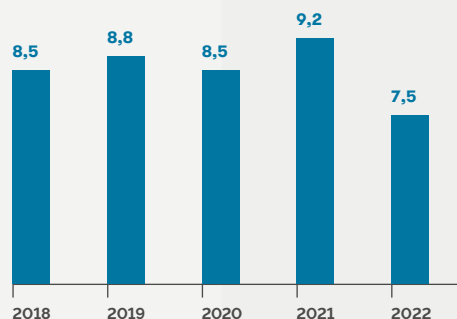
EXAMES LABORATORIAIS



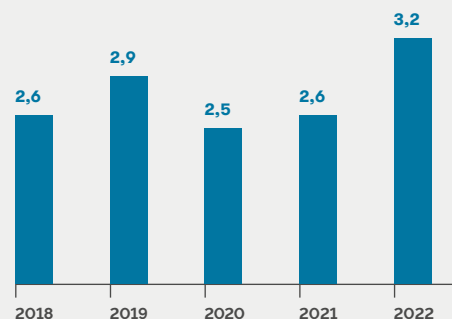
TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR



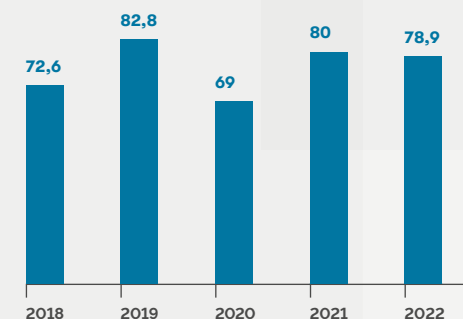
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA



ÍNDICE DE GIRO DE LEITOS



TAXA DE OCUPAÇÃO OPERACIONAL





O **Instituto Nacional de Câncer (INCA)**, vinculado à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde (SAES/MS), completou 85 anos de história. Localizado no Rio de Janeiro, atua nacionalmente nas áreas de ensino, pesquisa, prevenção e vigilância do câncer e é a principal referência na prestação de assistência oncológica no estado do Rio de Janeiro.

A sua Missão é promover o controle do câncer com ações nacionais e integradas em prevenção, assistência, ensino e pesquisa, contribuindo para o bem-estar da sociedade. Com base nos seus três Objetivos Estratégicos, definidos para o ciclo de planejamento 2020-2023, o INCA busca organizar e alinhar suas ações à missão e visão institucional, bem como às suas competências institucionais:

 <https://www.inca.gov.br/institucional>

ESTRUTURA FÍSICA

 **401**
leitos

 **18**
salas cirúrgicas

 **181**
consultórios

Fonte: CNES, 10/01/2023.

Tabela 42 – Número de instalações/unidade

INSTALAÇÃO	QUANTIDADE/CONSULTÓRIOS				
Ambulatorial	HC I	HC II	HC III	HC IV	TOTAL
Clínicas especializadas	73	18	28	4	123
Odontologia	4	0	0	0	4
Outros consultórios não médicos	20	7	23	4	54
Hospitalar	HC I	HC II	HC III	HC IV	TOTAL
Sala de cirurgia	10	3	5	0	18

Fonte: CNES.

 **HOSPITAL DO CÂNCER I**

> Atende crianças com diversos tipos de câncer e adultos com câncer do aparelho digestivo, das vias aéreas superiores, da tireoide, das glândulas salivares e do pescoço, assim como do aparelho respiratório e da pele. Presta também atendimento oncológico em neurocirurgia, urologia, hematologia, quimioterapia, radioterapia e braquiterapia.

 **HOSPITAL DO CÂNCER II**

> Referência para o tratamento cirúrgico e quimioterápico de câncer ginecológico e tumores do tecido ósseo e conectivo (tumores malignos ósseos e de partes moles).

 **HOSPITAL DO CÂNCER III**

> Especializado no tratamento do câncer de mama, a unidade presta assistência médico-hospitalar, incluindo os tratamentos por cirurgia, quimioterapia, hormonioterapia e radioterapia.

 **HOSPITAL DO CÂNCER IV**

 **CENTRO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA**

PRODUÇÃO ASSISTENCIAL 2022

✓ **33.681**
ATENDIMENTO DE QUIMIOTERAPIA

✓ **5.940**
CIRURGIAS

✓ **14.620**
SESSÕES DE RADIOTERAPIA

✓ **261.198**
CONSULTAS

✓ **10.368**
INTERNAÇÕES

✓ **84**
TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

✓ **1.387.134**
EXAMES LABORATORIAIS

✓ **65.055**
OUTROS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Fontes: Fonte: SISPLAN/ MICROSTRATEGY/INCA. Extração em 11/01/2023.

> Unidade de Cuidados Paliativos do INCA. Responsável pelo atendimento ativo e integral aos pacientes encaminhados das outras unidades do Instituto com câncer avançado, sem possibilidades atuais de cura.

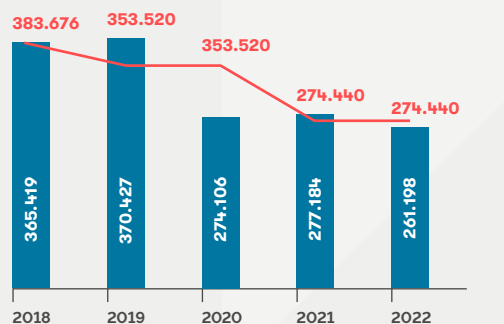
> Especializado no transplante de medula óssea, oferece leitos para o atendimento a pacientes adultos e crianças do estado do Rio de Janeiro e de outros estados do país no âmbito do SUS, para a realização de transplantes de medula óssea alogênicos, com doadores aparentados e não-aparentados, além de autogênicos ou autólogos.

EIXO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

As atividades assistenciais desenvolvidas pelo INCA estão integradas à Rede de Atenção à Saúde, sendo o INCA o maior prestador de serviços oncológicos do estado do Rio de Janeiro. A prestação de serviço assistencial é desenvolvida por meio de suas quatro unidades hospitalares (Hospital do Câncer I, II, III, IV), além do Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO), que, conjuntamente, realizam ações de confirmação diagnóstica, estadiamento, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos de todos os tipos de neoplasias malignas.

Ressalta-se que foram realizadas, de janeiro a dezembro de 2022, 10.027 teleconsultas médicas e multiprofissionais não contabilizadas nos resultados apresentados para os indicadores as seguir, e que todas foram registradas no sistema de informações gerenciais do INCA.

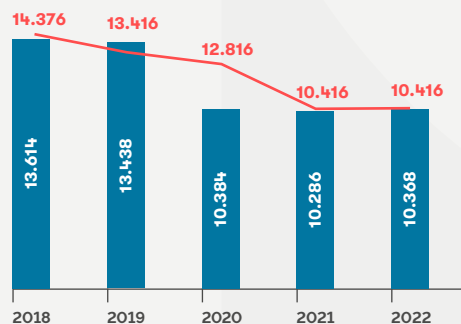
CONSULTAS



● Consultas médicas e multiprofissionais
— Meta - Quantidade de consultas médicas realizadas

Fonte: SISPLAN/ MICROSTRATEGY/INCA. Extração em 11/01/2023.

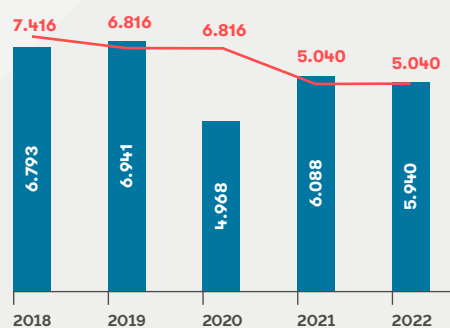
INTERNAÇÕES



● Quantidade de internações
— Meta - Quantidade de internações realizadas

Fonte: SISPLAN/ MICROSTRATEGY/INCA. Extração em 11/01/2023.

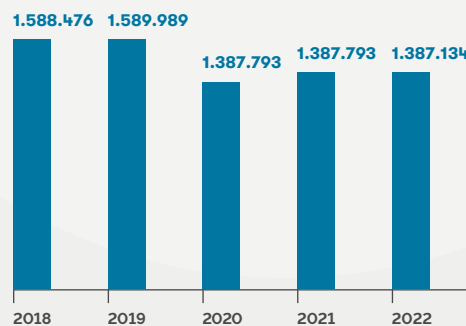
CIRURGIAS



● Quantidade de cirurgias
— Meta - Quantidade de cirurgias realizadas

Fonte: SISPLAN/ MICROSTRATEGY/INCA. Extração em 11/01/2023.

EXAMES AMBULATORIAIS

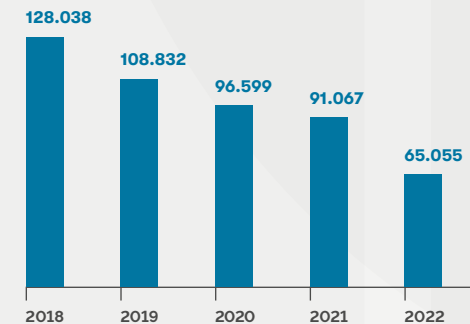


● Exames ambulatoriais realizados

Fonte: MICROSTRATEGY/INCA. Extração em 11/01/2023.

Nota: Estão computados nesse indicador dados de exames de imagem (eletrocardiograma, radiologia, ultrassonografia, ressonância magnética, tomografia e endoscopia) e análises clínicas/patologia clínica.

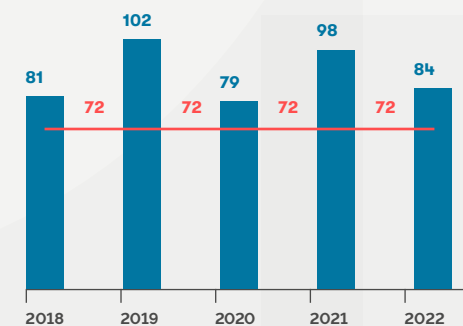
OUTROS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



● Quantidade de outros procedimentos realizados

Fonte: Microstrategy/INCA. Extração em 11/01/2023.
Nota: Estão incluídos: quimioterapia, hormonioterapia, radioterapia, braquiterapia, radiologia intervencionista.

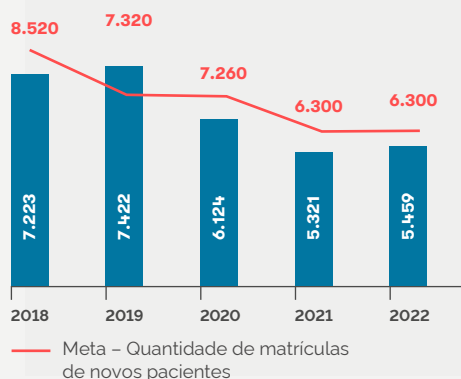
TRANSPLANTES DE MEDULA ÓSSEA



● Consultas médicas e multiprofissionais
— Meta - Quantidade de transplantes realizados

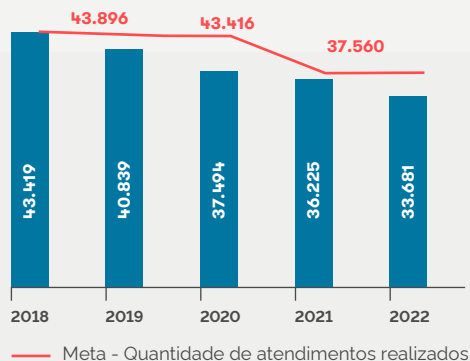
Fonte: SISPLAN/INCA e Centro de Medula Óssea - Extração em 06/01/2023.

MATRÍCULAS DE NOVOS PACIENTES



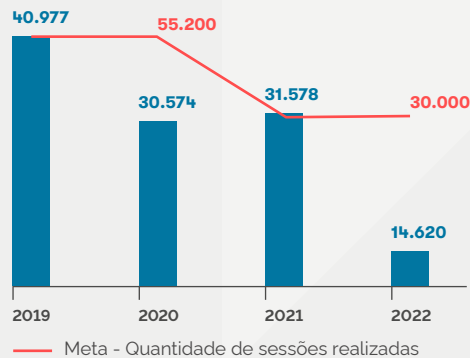
Fonte: Microstrategy/ INCA - Extração em 11/01/2023.

ATENDIMENTO DE QUIMIOTERAPIA



Fonte: Microstrategy/ INCA. Extração em 11/01/2023.

SESSÕES DE RADIOTERAPIA



Fonte: Microstrategy/ INCA. Extração em 11/01/2023. Nota: O resultado de 2022 abaixo da meta justifica-se pelo fato de que no final de 2021 houve a parada programada de um acelerador linear obsoleto para realização de obra de adequação, com vistas à instalação de um novo acelerador recebido pelo Plano de Expansão de Radioterapia (PER-SUS) - projeto entregue no final de outubro de 2022. Em agosto de 2022, houve a desativação de um equipamento de cobalto por obsolescência tecnológica e operacional. A ampliação do uso de hipofracionamento (uso de maiores doses de radiação num menor número de aplicações) também influenciou a produção da radioterapia.

Cuidados Paliativos em 2022

O Hospital do Câncer IV/INCA (HC IV) é responsável pelo acolhimento aos pacientes com doença oncológica avançada, sem possibilidades de manter as terapêuticas de

intervenção modificadora da doença que são encaminhados pelas demais unidades assistenciais do INCA após agravamento da doença oncológica.

CUIDADOS PALIATIVOS - HC IV



Atendimentos Ambulatoriais

2018	2019	2020	2021	2022
15.059	14.092	9.477	8.920	9.295



Visitas Domiciliares

2018	2019	2020	2021	2022
10.531	9.306	6.109	6.923	6.565



Internações Hospitalares

2018	2019	2020	2021	2022
2.034	1.923	1.653	1.360	1.399



Teleatendimentos Ambulatoriais

2018	2019	2020	2021	2022
-	-	3.619	1.103	239



Teleatendimentos Assistência Domiciliar

2018	2019	2020	2021	2022
-	-	2.045	1.163	1.540

Fonte: Hospital do Câncer IV/INCA. Extração dos dados em 06/01/2023. Nota: Os teleatendimentos ambulatoriais e da assistência domiciliar iniciaram em 2020.

Percentual do impacto da produção do INCA na capital e no estado do RJ

Procedimentos	Estado			Município		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Procedimentos de Cirurgias Oncológicas (1)	26%	27%	23%	43%	43%	41%
Atendimentos de Quimioterapia (2)	17%	16%	9%	35%	32%	20%
Atendimentos de Radioterapia	28%	35%	28%	63%	66%	53%

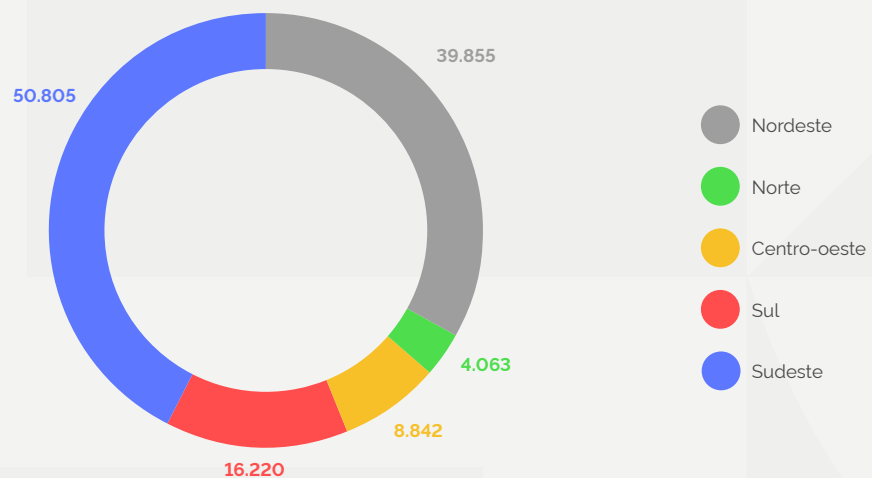
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS Dados extraídos em 16/01/2023. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Dados de 2021 a 2022 (até novembro) são preliminares, com situação da base nacional em 04/01/2023, sujeitos a retificação. Dados extraídos em 12/01/2023.

Nota: (1) Dados de cirurgias referem-se à produção apresentada - quantidade de AIH por ano de internação segundo estabelecimento.

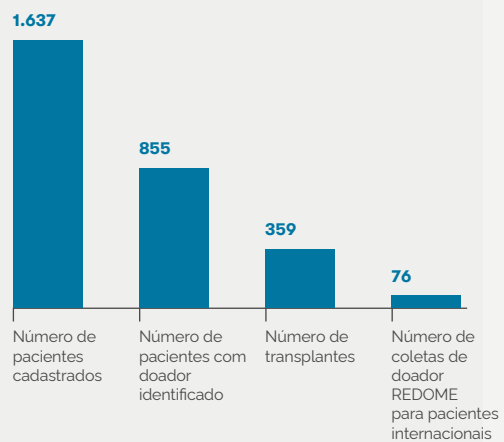
(2) Dados de quimioterapia e radioterapia referem-se à quantidade apresentada por ano do atendimento segundo estabelecimento.

Registro Nacional de Doadores Voluntários de Médula Óssea (Redome)

DOADORES CADASTRADOS EM 2022



Fonte: REDOME (sistema SISMATCH). Extração em 31/10/2022.
Aproximadamente 120 mil novos doadores



Fonte: REDOME (sistema SISMATCH). Extração em 31/10/2022.



Anatomia Patológica e Citopatológico

O INCA, por meio da Divisão de Patologia (DIPAT), realiza exames de anatomia patológica de peças cirúrgicas, biópsias, revisão de lâminas de pacientes do INCA e de outras instituições públicas conveniadas, exames de imuno-histoquímica (IHQ) e de hibridização *in situ* (HIS).



✓ **3.700**
CITOPATOLOGIA ESPECIAL



✓ **92.088**
HISTOPATOLÓGICO



✓ **92.014**
COLPOCITOLÓGICO



✓ **675**
MONITORAMENTO EXTERNO DE QUALIDADE (MEQ)



✓ **32.092**
OUTROS EXAMES



✓ **16.464**
SUPORTE ÀS PESQUISAS



✓ **237.033**
TOTAL DE LÂMINAS/
EXAMES REALIZADOS
PELA DIVISÃO DE
ANATOMIA PATOLÓGICA

Laboratórios Especializados

Os laboratórios especializados da Coordenação de Assistência do INCA realizam exames de imunologia, biologia molecular, citogenética e oncovirológica para toda a rede pública do estado do RJ e também atende os serviços de hematologia e Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO) do INCA.



✓ **334**
LEUCEMIA MIELOÍDE AGUDA (LMA)



✓ **1.004**
LEUCEMIA MIELOÍDE CRÔNICA (LMC)



✓ **751**
QUIMERISMO

Fonte: Divisão de Laboratórios Especializados (DILABESP) – Extração em 04/01/2023.



✓ **3.321**
EXAMES DE HLA PARA TIPAGEM DE DOADORES



✓ **400**
EXAMES DE CITOGENÉTICA



✓ **2.338**
EXAMES DE BIOLOGIA MOLECULAR



✓ **949**
EXAMES DE IMUNOFENOTIPAGEM



✓ **12.930**
EXAMES DE ONCOVIROLOGIA

Fonte: Divisão de Laboratórios Especializados (DILABESP) – Extração em 04/01/2023.
HLA – Antígeno Leucocitário Humano.

Radiologia Intervencionista

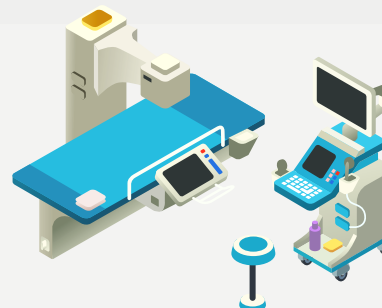
A radiologia Intervencionista abrange procedimentos médicos minimamente invasivos guiados por imagem (biópsias, drenagens, colocações de cateteres e embolizações de tumores), que muitas vezes substituem uma cirurgia.



> **5.458**
PROCEDIMENTOS

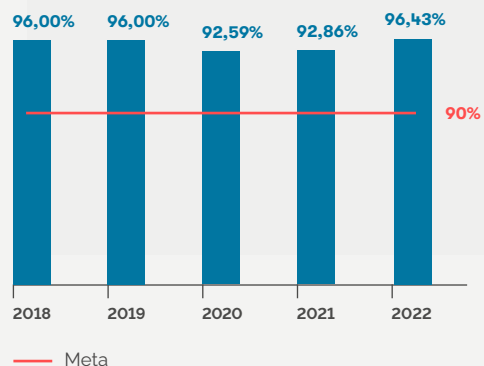


> **112**
DESTINADOS A PACIENTES PROVENIENTES DE OUTRAS UNIDADES DE SAÚDE



Eixo Promoção, Proteção, Prevenção e Vigilância

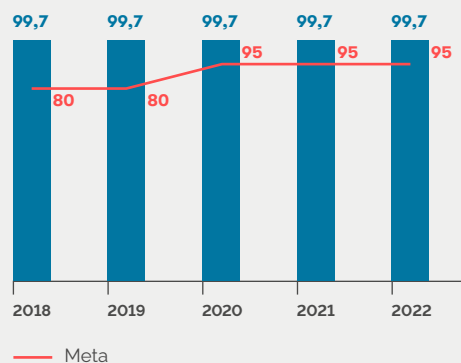
PERCENTUAL DE REGISTROS DE CÂNCER DE BASE POPULACIONAL (RCBP) COM INFORMAÇÕES CONSOLIDADAS



Fonte: Registro de Câncer de Base Populacional. Extração em 31/12/2022

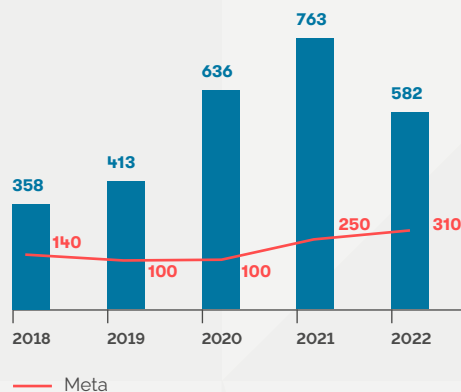
Nota: Resultado acima da meta prevista. As flutuações nos resultados acontecem devido ao pequeno quantitativo de RCBP que atualmente são 33.

REGISTROS HOSPITALARES DE CÂNCER (RHC) COM BASE ENVIADA PARA INTEGRADOR-RHC (%)



Fonte: Integrador Registro Hospitalar de Câncer. Extração em 31/12/2022.

NÚMEROS DE AVALIAÇÕES IN LOCO E A DISTÂNCIA DE FEIXES DE RADIOTERAPIA



Fonte: Banco de dados da Área Técnica de Qualidade em Radioterapia. Extração em 31/12/2022.

Controle do Tabagismo

INCA é o coordenador do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) (<https://www.inca.gov.br/tabagismo>), exercendo também o papel de Secretaria Executiva da Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (SE-CONICQ).

A SE-CONICQ é responsável pelo Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco, que tem como objetivo pesquisar, coletar, reunir, organizar, monitorar e disponibilizar informações e conhecimentos atualizados sobre a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT/OMS) no Brasil.



<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco>

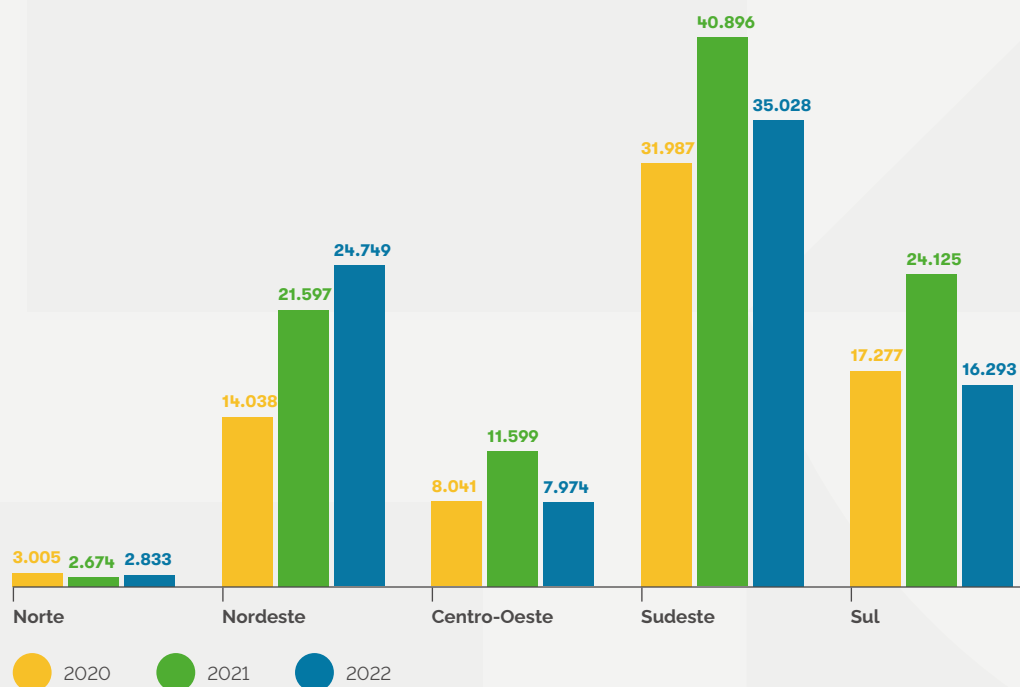
A SE-CONICQ coordenou a elaboração do Plano de Fortalecimento da Política Nacional de Controle do Tabaco (2021-2030) em consulta a diversas organizações governamentais e não governamentais que atuam nas diferentes áreas de controle do tabaco previstas na CQCT, intensificando as ações nacionais para cumprimento da meta de redução de 40% na prevalência de fumantes, prevista no Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2021-2030. Isto porque, apesar da redução progressiva da prevalência de tabagismo, ainda existem no Brasil, mais de 20 milhões de fumantes, sob risco de desenvolver doenças crônicas tabaco relacionadas. O documento com o texto do Plano foi submetido à aprovação do Ministro da Saúde.

As ações de cessação do tabagismo no SUS estiveram presentes em todas as regiões do país, tendo realizado, segundo informações enviadas ao Inca pelas Secretarias Estaduais de Saúde, 86.877 atendimentos. Importante apontar que esses dados se referem aos dois primeiros quadrimestres, visto que os dados do último quadrimestre de 2022 são enviados no início de 2023.



Gráfico 43 – Número de Usuários do SUS que Participaram do Programa de Cessão do Tagismo

NÚMERO DE USUÁRIOS DO SUS QUE PARTICIPARAM DO PROGRAMA DE CESSÃO DO TAGISMO



Fonte: Divisão de controle de tabagismo e outros fatores de risco – DITAB/CONPREV/INCA. Dados referentes aos dois primeiros quadrimestres de 2022. A apuração dos do último quadrimestre será feita no primeiro bimestre de 2023. Dados apurados em dezembro de 2022.

Eixo Tecnologia e Inovação em Saúde

Avaliação de Tecnologias em Saúde

O Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde do INCA (NATS-INCA) tem por objetivo produzir conhecimento científico que embase o processo decisório de utilização de tecnologias em saúde voltadas para o controle do câncer.

Durante o ano de 2022 merecem destaque seis produtos elaborados pelo INCA e submetidos à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) do Ministério da Saúde e publicados para toda a rede de saúde brasileira: três informes de Monitoramento do Horizonte Tecnológico (MHT), dois protocolos de uso e um relatório de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) com pedido de incorporação.

No que se refere ao MHT três informes entregues:

- a) de medicamentos em desenvolvimento para tratamento do câncer de mama triplo negativo localmente avançado irressecável ou metastático.
- b) de medicamentos para tratamento de primeira linha do câncer colorretal metastático.
- c) de medicamentos para tratamento de Primeira Linha do Câncer de Próstata Metastático Resistente à Castração.

Quanto aos Protocolos de Uso, documentos normativos que visam estabelecer critérios, parâmetros e padrões para a utilização de uma tecnologia específica em determinada doença ou condição, foram elaborados dois Protocolos neste ano:

- a) Protocolo de Uso da cirurgia de citorredução e hipertermoquimioterapia em caso de pacientes com Pseudomixoma Peritoneal.
- b) Protocolo de uso da cirurgia de citorredução e hipertermoquimioterapia em caso de pacientes com Mesotelioma Peritoneal Maligno.

Por fim, foi produzido o Relatório Técnico Anticorpos monoclonais (bevacizumabe, cetuximabe, panitumumabe) associados à quimioterapia no tratamento de primeira linha do câncer colorretal metastático para avaliar a eficácia, a segurança, o custo-efetividade e o impacto orçamentário de bevacizumabe, cetuximabe e panitumumabe associados à quimioterapia.

Enfrentamento da Pandemia de covid-19

A pandemia de covid-19 trouxe repercussões ao paciente, família e no âmbito hospitalar (com alteração das rotinas institucionais, nos fluxos de atendimento/internação e adaptação da estrutura física, com o intuito de assistir essa população, de forma segura e com qualidade). O INCA atende a pacientes oncológicos acometidos com covid-19, assim como presta assistência em sua totalidade, visto que sequelas posteriores à infecção são persistentes, inclusive em casos que são caracterizados como leves.

As CCIH das unidades hospitalares do INCA mantiveram papel importante na elaboração de rotinas, tanto relacionadas ao afastamento dos funcionários sintomáticos nos momentos de identificação de circulação do vírus no RJ ("novas ondas") e à manutenção do rastreio compulsório de todos os pacientes.

EIXO ENSINO E PESQUISA

ENSINO E PESQUISA



Formação e qualificação presencial de mais de

500 profissionais para a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas dos SUS.

68 Cursos presenciais oferecidos.

Qualificação de mais de **1.200** profissionais, de um total de **1.726** inscritos, por meio da oferta de

17 cursos à distância, sendo dois em idioma espanhol.

171 profissionais formados pelo INCA em nível de pós-graduação *Lato Sensu*.

4 edições da Revista Brasileira de Cancerologia (RBC): <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista>

74 discentes ativos em cursos de aperfeiçoamento aos moldes *fellow* **48** formandos.

169 discentes ativos em residência médica

69 formados em 2022 e

114 discentes ativos em residência multiprofissional e uniprofissional

53 formados.

16 discentes ativos nos cursos de educação profissional técnica de nível médio

100% dos alunos formados em 2022.



148 discentes ativos nos Programas de Pós-graduação *Stricto Sensu*:

99 discentes ativos nos programas de mestrado

58 alunos no Programa de Pós-graduação em Oncologia - PPGO e

41 alunos no Programa de Pós-graduação em Cancerologia - PPGCan e

49 alunos no doutorado PPGO.

33 alunos matriculados no Pós-Doutorado com bolsa integral pelo Programa Institucional.

38 orientações de Aperfeiçoamento I,

10 orientações de aperfeiçoamento II,

6 orientações em Especialização em Pesquisa, todos com bolsa integral pelo Programa Institucional.

77 artigos publicados em revistas indexadas, dentre os quais,

54 publicados em periódicos com *Qualis* (CAPES/Medicina-I) maior ou igual a B1.

Desenvolvimento de

7 projetos clínicos no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Oncologia

4 dissertações e **3** teses.

154 estudos clínicos em desenvolvimento, sendo

11 institucionais e

143 patrocinados.

71 orientações de Iniciação Científica; **26** realizadas com a concessão de bolsas pelo Programa Institucional,

24 com bolsas do CNPq,

7 com bolsa Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro - FAPERJ, e

14 sem bolsa.



154 Ensaios clínicos realizados; **2.483** atendimentos para ensaios clínicos;

389 Pacientes incluídos em ensaios clínicos;

171 Pacientes em acompanhamento em ensaios clínicos;

22 Estudos clínicos finalizados.



O Instituto Nacional de Cardiologia (INC), localizado na cidade do Rio de Janeiro-RJ, é um órgão vinculado à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde (SAES/MS). O Instituto tem como missão promover a saúde cardiovascular, formar profissionais, desenvolver e disseminar conhecimentos e tecnologias para o desenvolvimento social e econômico do país.

O instituto atua no tratamento de doenças cardiovasculares em pacientes adultos, adolescentes e pediátricos com recursos de alta complexidade, nas áreas de doenças coronárias, orovalvares, aorta, arritmia, miocardiopatias, hipertensão arterial e cardiopatias congênitas. Oferece cirurgia cardíaca de alta complexidade em pacientes adultos, pediátricos e neonatais, e também transplantes cardíacos e pulmonares.

As informações referentes à gestão do instituto em 2022 e anos anteriores constam no hiperlink:

 <https://inc.saude.gov.br/>.

EIXO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PRODUÇÃO ASSISTENCIAL DE 2022

O ano de 2022 marca a retomada das atividades em período pós pandemia. Há demandas reprimidas e novas necessidades que surgem a todo instante.

PRODUÇÃO ASSISTENCIAL 2022

✓
68.658
CONSULTAS
MÉDICAS

✓
2.721
INTERNAÇÕES

✓
1.203
CIRURGIAS
CARDIOVASCULARES

✓
42.664
EXAMES
DE IMAGEM

✓
4.360
PROCEDIMENTOS
HEMODINÂMICOS

Fonte: SISTEMA MV - Data de apuração: 02/01/2023.

ESTRUTURA FÍSICA

A estrutura física do INC é limitada para o cumprimento de sua missão institucional. A edificação foi adaptada de um antigo pensionato, que não permite a adequação às normas (RDC), sem capacidade de expansão. A Construção foi aprovada no Plano Plurianual – 2015 (PPA 2015) e não iniciou por indefinição do local das futuras instalações. Atualmente, o instituto dispõe da seguinte configuração:



96
leitos de
enfermaria

> 19
LEITOS DESTINADOS
A CRIANÇAS E
ADOLESCENTES
> 77
DESTINADOS
A ADULTOS



59
leitos
de CTI

> 13
LEITOS DESTINADOS
A CRIANÇAS E
ADOLESCENTES
> 46
LEITOS DESTINADOS
A ADULTOS



5
leitos de
Transplante



5
salas
cirúrgicas

> 1
HÍBRIDA

> 3
SALAS DE
HEMODINÂMICA



13
leitos de
recuperação



15
salas de
Exame

> 1
TOMÓGRAFO

> 1
RESSONÂNCIA

> 1
GAMA CÂMARA
C/TOMÓGRAFO

> 8
ECOCARDIOGRÁFICA

> 1
RADIOLOGIA

> 3
TESTES
ERGOMÉTRICOS



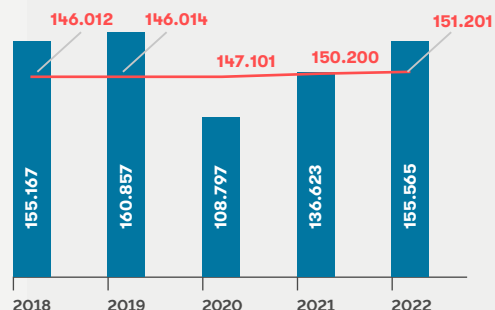
19
consultórios

> 13
ADULTOS

> 6
PEDIÁTRICOS

EIXO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PRODUÇÃO

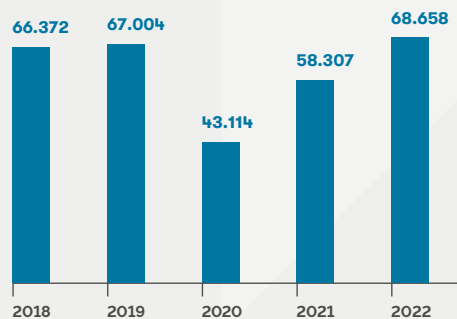


● Transplantes Indicadores de Produção

— Transplantes Meta LOA

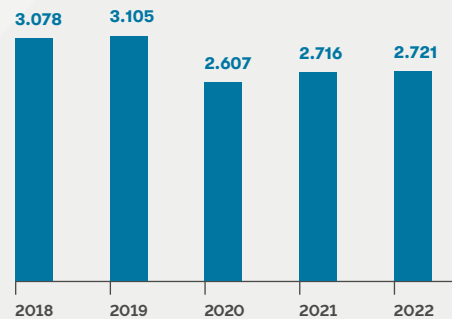
Fonte: SISTEMA MV. Data apuração - 02/01/2023.

CONSULTAS



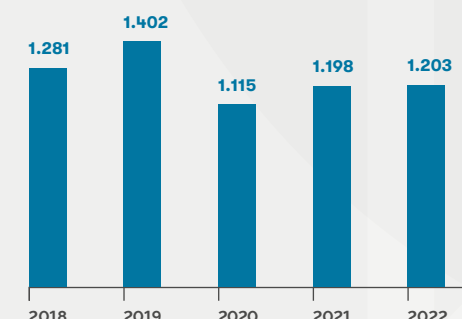
Fonte: SISTEMA MV. Data apuração: 02/01/2023.

INTERNAÇÕES HOSPITALARES



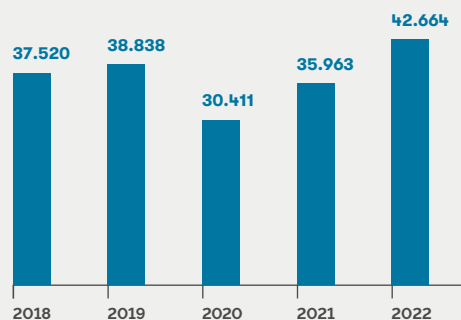
Fonte: SISTEMA MV. Data apuração: 02/01/2023.

CIRURGIA CARDIOVASCULAR



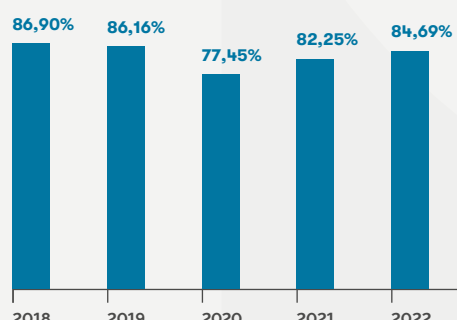
Fonte: SISTEMA MV. Data apuração: 02/01/2023.

EXAMES DE IMAGEM



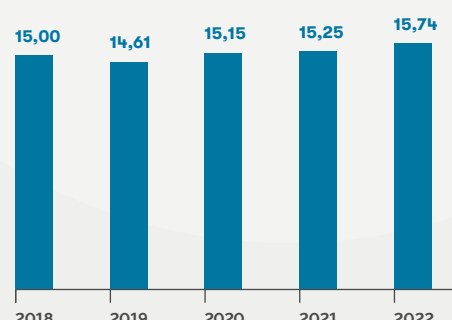
Fonte: SISTEMA MV. Data apuração: 02/01/2023.

TAXA DE OCUPAÇÃO



Fonte: SISTEMA MV. Data apuração: 02/01/2023.

TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA (DIAS)



Fonte: SISTEMA MV. Data apuração: 02/01/2023.

ENFRENTAMENTO DA covid-19

O controle da covid-19 no Instituto Nacional de Cardiologia foi estruturado de acordo com a dinâmica a pandemia observada em tempo real e considerando o perfil do Instituto, que é cirúrgico cardiológico e sem atendimento de emergência.

Todas as estratégias traçadas tiveram por base as Notas Técnicas disponibilizadas regularmente pela ANVISA, e seguiram os critérios clínicos, epidemiológicos e laboratoriais para definição de casos e contactantes.



Tabela 43 – Capacitação de Funcionários no Período da Pandemia covid-19

TEMA	TREINAMENTOS REALIZADOS	PROFISSIONAIS CAPACITADOS
Cuidados Gerais de Prevenção e Uso de Equipamentos de Proteção	176	942
Acolhimento de Pacientes	08	24
Protocolo de Intubação Rápida	27	209
Diretrizes de Reanimação Cardiopulmonar	18	110

Fonte: INDICADORES Coordenação de Ensino e Pesquisa (CODEP).

EIXO DE INOVAÇÃO E MELHORIA CONTÍNUA

PROGRAMA DE TRANSPLANTE PULMONAR

O Programa de Transplante Pulmonar visa restabelecer no Estado do Rio de Janeiro, o serviço de assistência de alta complexidade em saúde, não executado no Estado há cerca de 15 anos.

No final de 2022, 30 pacientes vinham em acompanhamento pelo programa, entre os quais 04 pacientes já submetidos a Transplantes de Pulmão, todos Bilaterais, totalizando 08 (oito) pulmões transplantados.

O programa está em ascensão com a formação e qualificação de profissionais, inclusão, desenvolvimento e incorporação de novas tecnologias e tratamentos, intercâmbio de informações e de conhecimento pelo aprimoramento de relações interinstitucionais.

Além disso, o programa oferece acolhimento a pacientes e famílias, antes excluídos dos tratamentos devido a dificuldades de acesso e à gravidade de suas doenças, assim, muitas vezes destinados a cuidados paliativos.

Tabela 44 – Relatório de Produção de Transplantes

ENTREGA	2018	2019	2020	2021	2022
Transplante Cardíaco - Infantil	7	4	5	9	5
Transplante Cardíaco - Adulto	12	14	14	14	14
Total de Transplantes Cardíacos	19	18	19	23	19
Transplante Renal - Infantil	0	0	0	0	0
Transplante Renal - Adulto	0	0	0	1	0
Total de Transplantes Renal	0	0	0	1	0
Transplante Pulmonar - Adulto	0	0	0	1	3
Total de Transplantes Pulmonar	0	0	0	1	3
Total Geral	19	18	19	25	22

Fonte: SISTEMA MV. Data apuração: 17/01/2023

Errata para os dados publicados no Relato Integrado de 2021:

2018 - O procedimento não foi concluído, porém o lançamento não foi atualizado a época no sistema;
 2020 - Procedimento incluído na lista de transplantes apenas em 2022, lançamento de código errado no sistema MV à época (Procedimento em 19/08/2020);
 2020 - Procedimento incluído na lista de transplantes apenas em 2022, lançamento de código errado no sistema MV à época (Procedimento em 27/08/2020);
 2021 - O procedimento não foi concluído, porém o lançamento não foi atualizado a época no sistema;
 2021 - O procedimento foi de doador de órgão e contabilizado como receptor; (Este caso ainda está em averiguação de prontuário pela área médica. Neste momento não computar como transplante realizado. Doador não pode ser identificado, há possibilidade de que tenha ocorrido um transplante e os dados de identificação estejam errados) (Procedimento em 10/03/2021).

PROGRAMA RENASCE

O Programa da Rede Nacional de Saúde Cardiovascular Especializada na Cardiopatia Congênita (Renasce) busca promover o diagnóstico precoce e a intervenção especializada para as crianças, além do adequado suporte familiar durante os tratamentos, bem como, qualificar a assistência e ampliar o acesso às crianças com cardiopatia congênita.

A Câmara Técnica Assessora ao Programa Renasce (CTA-Renasce) foi instituída em 2021, cabendo ao Instituto Nacional de Cardiologia, coordenar a CTA, em conjunto com as áreas técnicas do Ministério da Saúde. A CTA tem caráter técnico-científico, consultivo, sigiloso e educativo, de natureza interinstitucional e multiprofissional, de modo a contribuir com as atividades técnicas e desenvolvimento do Programa e em matérias estratégicas de interesse da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes), oferecendo subsídios ao aperfeiçoamento, integração e qualificação da rede de assistência às crianças com cardiopatia congênita no âmbito do SUS. Além da Saes e do INC, a CTA -Renasce contará com a Saps, representações de sociedades de especialistas e os sete hospitais de referência do SUS em cardiologia pediátrica mencionados, que deverão pactuar ações de formação e capacitação

de médicos e equipes multidisciplinares, discutir sobre medidas contínuas e efetivas de telemedicina e propor bases para a qualificação da gestão da rede nacional de cardiologia pediátrica. A agenda do CTA-Renasce está se efetivando mediante reuniões no âmbito da Comissão Técnica Assessora (CTA-Renasce).

Por meio do Renasce, quatro sociedades médicas e sete centros especializados atuarão integrados ao INC. São eles: a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC); a Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular; a Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (SBHCI); a Sociedade Brasileira de Pediatria; Hospital do Coração (SP); Instituto do Coração (SP); Hospital de Base de São José do Rio Preto (SP); Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (DF); Instituto Dante Pazzanese (SP); Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (PE); e Hospital do Coração de Messejana (CE).

Essa união de forças vai permitir o desenvolvimento de ações estruturantes em toda a rede cardiovascular especializada do país, composta, atualmente, por 67 unidades habilitadas pelo Ministério para realizar cirurgias cardiovasculares pediátricas. A iniciativa também vai possibilitar a capacitação de profissionais de saúde que atuam no cuidado das crianças, com cursos e outras ações educativas.

O Programa Renasce foi constituído com base em três eixos de atuação ao qual se pretende a consolidação em 2023 por meio de medidas específicas. Para o eixo de capacitação e ensino é previsto a oferta de portfólio com 18 cursos de aperfeiçoamento de profissionais de várias áreas da Cardiopatia Congênita, que no momento depende de disponibilização de plataforma de Ensino à Distância (EAD). Para o eixo da Assistência está previsto a ampliação do acesso e aumento do número de leitos mediante a inauguração da Unidade Semi-intensiva Clínica e Cirúrgica da Criança e do Adolescente, em fase final de remodelamento e, dependente de solução para contratação de pessoal capacitado para composição da equipe especializada conforme as legislações vigentes. E para o eixo referente à Linha de Cuidado em cardiopatias congênitas é prevista a implantação em nível nacional da linha de cuidado, cujo projeto será finalizado junto à área técnica da SAES/MS, ainda no início de 2023, que tem como objetivo a incorporação da ecocardiografia morfológica fetal para todas as gestantes na rede de atenção, a fim de promover diagnóstico precoce para as cardiopatias congênitas, o que possibilitará o cumprimento da meta de aumentar o acesso à cirurgia no primeiro ano de vida para os pacientes com cardiopatias congênitas.

Durante 2022, foram realizadas oficinas virtuais de discussões com subgrupos de trabalhos divididos em nove áreas temáticas, sendo: assistência materno fetal e neonatal; seguimento ambulatorial, pré e pós-operatório; cardiopatia congênita no adulto; internação e cardiointensivismo; cirurgia cardiovascular e assistência circulatória; hemodinâmica intervencionista e terapêutica; transplante; informação, registro e banco de dados; e regulação.

REDE NACIONAL DE GENÔMICA CARDIOVASCULAR (RENOMICA)

Em 2021, criou-se a Rede Nacional de Genômica Cardiovascular (RENOMICA), a qual o INC coordena em parceria com a Universidade Federal do Rio de Janeiro com finalidade de estabelecer uma prova de conceito de que a avaliação genética é importante, viável e custo-efetiva no âmbito do SUS. Essa iniciativa já propiciou o sequenciamento genético de 400 pacientes de diferentes estados brasileiros. Além disso, o Instituto continua captando participantes em centros associados ao projeto pelo Brasil. Com esses números já se tem o ponto de partida para as análises custo-efetividade que serão fornecidas ao final do projeto.

O Centro de Tecnologia Celular (CTC/INC) tem desenvolvido projetos envolvendo a geração de células-tronco humanas de pluripotência induzida (iPSC) paciente-específicas e sua posterior diferenciação em cardiomiócitos, às células do coração.

A partir de células sanguíneas de pacientes com doenças cardíacas genéticas, gera-se iPSC por meio de ferramentas de engenharia genética. Essas iPSCs preservam o genoma do paciente e são diferenciadas em células cardíacas in vitro, permitindo o estabelecimento de plataformas de estudo de diversas cardiomiopatias, a maior compreensão dos mecanismos moleculares envolvidos nas doenças e o desenvolvimento de novas terapias. Os projetos atualmente em curso no CTC são:

- Estabelecimento de modelo de estudo in vitro da cardiomiopatia PRKAG2 utilizando células-tronco humanas de pluripotência induzida (iPS).
- Modelagem de Síndrome de QT Longo do Tipo 1 Utilizando Células-tronco de Pluripotência Induzida e edição gênica por CRISPR-Cas9.
- Constituição de um Biobanco Nacional de Células-tronco de Pluripotência Induzida (iPS) representativo da população brasileira para fins terapêuticos e de pesquisa clínica.

Os dois primeiros estão em fase de experimentação, porém o Biobanco, teve um grande avanço. Em 2022, foram produzidas cinco linhagens de células iPS em Boas Práticas de Manufatura com três clones de cada uma, além disso, temos uma linhagem em produção atualmente.



MINISTÉRIO DA SAÚDE EXERCÍCIO 2022



O Instituto de Traumatologia e Ortopedia (INTO) tem como missão promover ações de referência do SUS, na assistência, no ensino, na pesquisa, na prevenção e na formulação de políticas públicas em Traumatologia, Ortopedia e Reabilitação.

Tudo o que se refere a gestão do Instituto nos anos anteriores está disponível em relatórios específicos no site do INTO em:

 <https://www.into.saude.gov.br/auditoria>.

ESTRUTURA FÍSICA



321
leitos

✓ 16

LEITOS DE UNIDADE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

✓ 4

LEITOS DE UTI PEDIÁTRICO



21
salas
cirúrgicas



40
consultórios
no ambulatório

Tabela 45 – Estrutura física do INTO

ESTRUTURA FÍSICA ASSISTENCIAL	CAPACIDADE
Leitos das unidades de internação	255
Leitos de Hospital Dia	18
Leitos de Unidade Semi-intensiva	7
Leitos de Unidade Pós-Operatória	21
Leitos de UTI Pediátrico	4
Leitos de Unidade Terapia Intensiva	16
Total de Leitos	321
Salas Cirúrgicas	21
Consultórios no Ambulatório	40

Fonte: Área de Planejamento Estratégico - (ARPLA/INTO).

PRODUÇÃO ASSISTENCIAL 2022



169.103

CONSULTAS



7.501

INTERNAÇÕES



415.457

EXAMES
PROCEDIMENTOS
AMBULATORIAIS E
INTERNAÇÕES



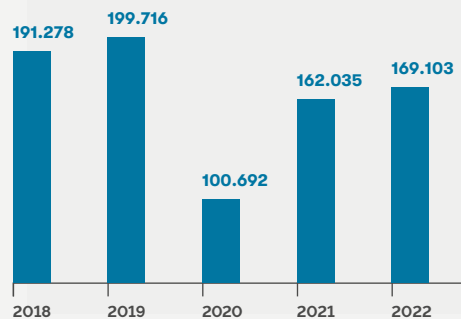
20.158

OUTROS
PROCEDIMENTOS
AMBULATORIAIS

Fonte: MV Portal Data 11/01/2023.

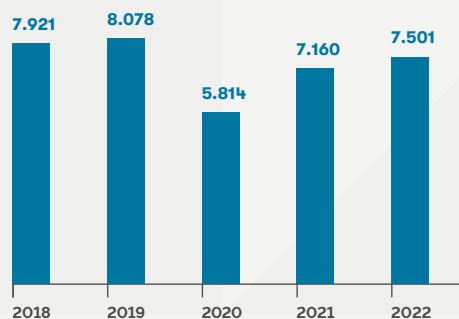
EIXO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CONSULTAS



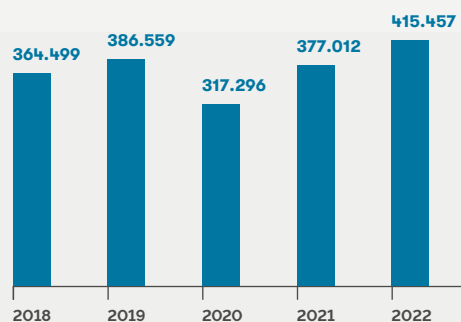
Fonte: MV Portal. Data apuração: 11/01/2023.

INTERNAÇÕES



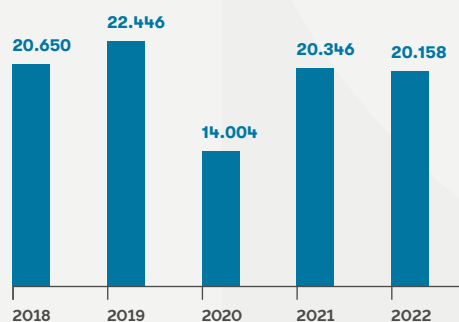
Fonte: MV Portal. Data apuração: 11/01/2023.

EXAMES PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E DE INTERNAÇÃO



Fonte: MV Portal. Data apuração: 13/01/2023.

OUTROS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

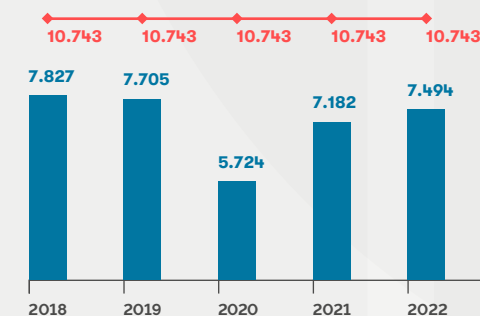


Fonte: MV Portal. Data apuração: 13/01/2023.

> Avaliação dos indicadores ambulatoriais

O INTO foi retomando gradativamente as atividades a partir do primeiro semestre de 2021, seguindo o Plano de Reinício das Atividades Eletivas (Plano de Reabertura). Após revisão dos processos de trabalho e implementação de reuniões mensais para acompanhamento dos resultados, o Instituto apresentou, em 2022, 84,6% de cumprimento da meta pactuada para atendimento ambulatorial, às custas principalmente de consultas, exames e internações. Este resultado supera os dois últimos anos, demonstrando retorno à normalidade.

PRODUÇÃO CIRÚRGICA



● Produção cirúrgica
— Meta

Fonte: MV Portal. Data apuração: 11/01/2023.

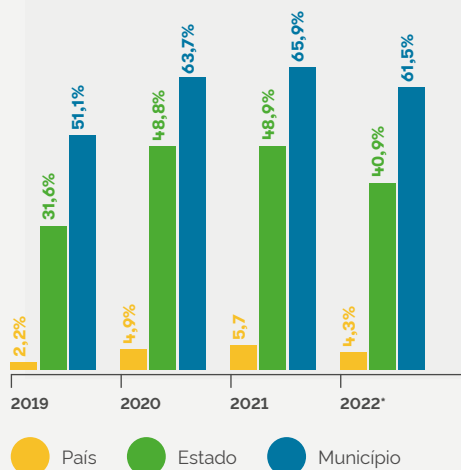
Tabela 46 – Cirurgias realizadas em pacientes advindos do Trauma Referenciado (Transferência leito a leito)

N.º de Pacientes Avaliados (NIR)	N.º de Cirurgias Realizadas em pacientes fora da lista de espera (NIR)	Cirurgias de Alta Complexidade (AC)	% de Alta Complexidade
890	838	165	20%

Fonte: Núcleo Interno de Regulação (NIR) e Sistema de Informação. Data apuração: 12/01/2023.

Nota: A partir de 2022, alterou-se a metodologia de coleta de dados de cirurgias realizadas em pacientes advindos de outras unidades, com o objetivo de mostrar o quantitativo de cirurgias realizadas em pacientes fora da lista de espera, em que impacta negativamente na chamada de pacientes eletivos que guardam por cirurgias no INTO.

PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE EM ORTOPEDIA, POR ÁREA DE ABRANGÊNCIA



Fonte: DataSus. * até setembro de 2022.

> Avaliação dos indicadores da produtividade cirúrgica.

No ano de 2022, o INTO produziu em média 625 cirurgias/mês, tendo realizado 61,5% das cirurgias ortopédicas de alta complexidade no Município do Rio de Janeiro, 40,9% no Estado do Rio de Janeiro e 4,3% do total em todo Brasil, mantendo-se a unidade líder no país em produtividade cirúrgica de alta complexidade em Ortopedia.

O aumento na produtividade cirúrgica se deu em parte pela redução do número de suspensões cirúrgicas, fruto do trabalho minucioso da equipe multidisciplinar e da Comissão de Suspensão de Cirurgias. Os 838 pacientes recebidos de outras unidades de saúde para tratamento cirúrgico de trauma ortopédico de maior complexidade, impactaram negativamente, não apenas no tempo médio de permanência (TMP), como também no indicador "giro de leitos".

> Indicadores de Reabilitação:

Tabela 47 – Atendimentos das Áreas de Fisioterapia e Reabilitação. (2018-2022)

ÁREA	2018	2019	2020 ¹	2021 ²	2022
FISIOTERAPIA	23.289	23.335	10.113	13.009	11.849
REABILITAÇÃO			11.763	11.694	13.516
HIDROTERAPIA	1.929	454	-	-	-
TERAPIA OCUPACIONAL	15.043	14.187	-	-	-
TOTAL REABILITAÇÃO	40.261	37.976	21.876	24.703	25.365

Fonte: Sistema de Gestão WEB - SGWEB; ¹ - A partir de 2020 a produção de Fisioterapia foi separada da produção de Reabilitação. A produção de hidroterapia está contemplada em Fisioterapia e a de Terapia Ocupacional em Reabilitação.

Nota: A redução no número de atendimento justifica-se pela pandemia iniciada em março de 2020 e pela redução crônica de colaboradores. Vale considerar que a hidroterapia até os dias atuais, não retornou por déficit de RH.

> Avaliação dos indicadores de reabilitação

No final de 2019, a Área de Reabilitação foi dividida em duas Áreas: Área de Reabilitação (AREAB) e Área de Fisioterapia (AFISIO). Os períodos de 2018 e 2019 são referentes aos anos em que os setores ainda eram unificados.

Os atendimentos da AREAB voltaram a ser presenciais e estão sendo normalizados gradativamente. Nas áreas de Terapia Ocupacional e de Fonoaudiologia, os atendimentos estão limitados aos pacientes de pós-operatório imediato devido ao déficit de recursos humanos. O absenteísmo ainda é um problema nas consultas ambulatoriais de reabilitação.

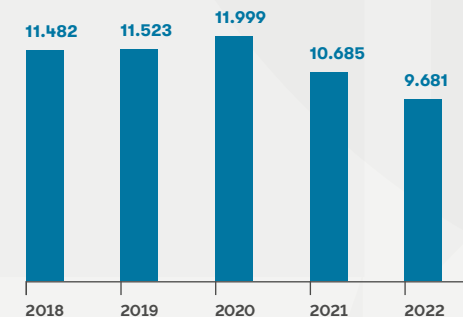
Na AFISIO, foram realizados 11.849 atendimentos. Não estão computados os atendimentos na internação, nem os que são realizados em atendimento domiciliar, já que estes são computados na seção de atendimento domiciliar.

O déficit de recursos humanos é o principal fator para a redução no número de atendimentos na área de reabilitação, principalmente na hidroterapia.

Considerando a AREAB e a AFISIO, o número total de atendimentos em 2022, supera os dois anos anteriores.

Indicadores de acesso ao tratamento cirúrgico ortopédico

PACIENTES ATIVOS NA LISTA DE ESPERA



Fonte: MV PORTAL. Data apuração: 11/01/2023.

Tabela 48 – Lista de Espera para Cirurgia (2018 – 2022)

INDICADOR	2018	2019	2020	2021	2022
Pacientes inseridos na lista (a)	7.780	8.170	4.411	5.960	7.262
Cirurgias Realizadas	7.827	7.705	5.724	7.182	7.494
Pacientes retirados da lista (b)	5.106	5.722	3.195	4.967	8.169
Resultante (c = a - b)	2.674	2.448	1.216	993	(-) 907

Fonte: MV Portal. Data apuração: 12/01/2023.

Tabela 49 – Número de vagas disponibilizadas ao Sistema Estadual de Regulação (SER) (2019 –2022)

Nome do indicador	Consultas disponibilizadas	Consultas agendadas	Percentual	Consultas realizadas	Percentual realizadas/agendadas	Percentual realizadas/disponibilizadas
Consultas de primeira vez nos Centros de Atenção Especializada 2019	13.242	10.151	76,60%	7.820	77%	59%
Consultas de primeira vez nos Centros de Atenção Especializada 2020	7.566	5.145	68,00%	3.796	74%	50%
Consultas de primeira vez nos Centros de Atenção Especializada 2021	9.994	7.273	72,77%	5.313	73%	53,1%
Consultas de primeira vez nos Centros de Atenção Especializada 2022*	12.610	8.839	70,10%	6.738	76,2%	53,4%

Fonte: Núcleo Interno de Regulação - NIR/INTO. Data apuração: 12/01/2023.

Em 31 de dezembro de 2022, a lista de espera do INTO conta com aproximadamente 9.681 pacientes ativos aguardando cirurgias ortopédicas, concentrados nos grupos de Coluna, Joelho e Quadril.

O saldo de menos 907 pacientes nas listas de espera, o menor de toda série histórica, é resultado das ações estabelecidas em 2021 e mantidas em 2022, visando a redução do tempo de espera para cirurgias ortopédicas, como por exemplo: i) a revisão das listas de pacientes de

longa espera; ii) a revisão de todas as subfilas da Ortopedia Pediátrica; e iii) a implementação do modelo de *Fast Track*, utilizado para otimizar o processo cirúrgico, uma vez que o atendimento é realizado pela equipe multidisciplinar e a liberação do risco cirúrgico é imediata, se exames pré-operatórios estiverem normais, não necessita de múltiplas consultas. São usados protocolos específicos para a seleção dos pacientes que seguem este fluxo, restringindo-se geralmente aos portadores de patologias ortopédicas de baixa e média complexidade.

As revisões das listas de espera auxiliaram na redução do número de pacientes nas listas, por inativar os que não desejavam mais ser operados, não tinham mais indicação ou já haviam sido operados em outras unidades de saúde.

Em relação as consultas de primeiro atendimento disponibilizadas para o Serviço Estadual de Regulação (SER), a relação entre número de vagas ofertadas e número de consultas realizadas (índice de aproveitamento) manteve-se em torno de 53%. Esse dado, crítico,

é resultado de falhas na marcação das agendas e da alta taxa de absenteísmo, que permaneceu em torno de 23,8%.



Indicadores de Transplantes de Multitecidos

Tabela 50 – Indicador de captação

Captação Tecidos (nº de doadores)	2018	2019	2020	2021	2022
N.º de captações de tecido músculo-esquelético	19	32	22	43	39
N.º de captações de tecidos oculares	52	102	39	114	162
N.º de captações de pele	9	7	18	33	32

Fonte: Área de Transplantes de Multitecidos (ATMIT/INTO). Data apuração: 12/01/2023.

Tabela 51 – Indicador de disponibilização

Disponibilização de Tecidos (quantidade de peças)	2018	2019	2020	2021	2022
Tec. Musculoesquelético - Osso	432	483	445	653	836
Tec. Musculoesquelético - Tendão	94	124	78	151	162
Tec. Musculoesquelético - Osteocondral	7	14	2	7	12
Tec. Ocular - Córneas	70	138	51	167	227
Tec. Ocular - Escleras	34	58	33	73	71
Pele	8.809 cm ²	12.074 cm ²	3.639,75cm ²	23.292,5 cm ²	7.836,5 cm ²

Fonte: Área de Transplante de Multitecidos (ATMIT/ INTO). Data apuração: 12/01/2023.

No ano de 2022, houve um aumento de captação de tecidos oculares e a manutenção da captação de pele, com redução da captação de tecido musculoesquelético.

Quando se compara os mesmos dados de 2022 com 2019, sem a interferência da pandemia, é possível observar um aumento do número de captações de tecido musculoesquelético, tecido ocular e pele. Isto indica que no ano de 2022 o

Banco teve um bom desempenho com relação às captações de doadores cadáveres, também conseguindo atender a uma quantidade maior de transplantes de tecido musculoesquelético (TME) e de pele.

Com relação à disponibilização de tecidos verifica-se uma tendência de aumento na utilização dos diversos tipos de tecidos ofertados pela ATMIT, principalmente TME e córneas.

No ano de 2022 foram disponibilizados tecidos para 11 Estados da federação, além do Distrito Federal, a saber: SC, RS, PR, SP, RJ, MG, ES, PE, MA, GO, MS e DF.



EIXO DE PROTEÇÃO, PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA

Em 2022, foram realizadas 52 ações de prevenção/promoção de saúde pelo INTO. As ações direcionadas para a diminuição do risco de transmissão do vírus da covid-19 continuaram a ser realizadas em 2022, embora em menor número, incluindo a campanha de vacinação dos trabalhadores.

A atividade "Roda de conversa", que objetiva constituir grupos de reflexão sobre a realidade local/setorial do processo de trabalho, por meio de um ambiente acolhedor, permitindo a melhoria das relações e a minimização de possíveis conflitos interpessoais, também foi mantida em 2022. Além destas iniciativas, a Área de Saúde do Trabalhador (ARSAT) promoveu ações nas redes sociais do INTO, seguindo o calendário do Ministério da Saúde.

Duas campanhas de prevenção de quedas com foco nos pacientes foram realizadas em 2022, norteando as boas práticas nos serviços. Estas campanhas promoveram redução no número de quedas do Instituto.

O Fortalecer (<https://fortalecer.into.saude.gov.br>) é um programa de educação em saúde, com foco

na prevenção de doenças crônicas e acidentes na infância, que visa auxiliar o INTO no cumprimento de um de seus objetivos estratégicos, o de prevenção e melhoria da qualidade de vida da população brasileira. Durante o ano de 2022, foram realizadas 15 ações educativas na Unidade de Internação Pediátrica.

Além disso, foram realizadas campanhas voltadas para o público em geral como a de prevenção de acidentes de trânsito, de conscientização da osteoartrite, do câncer de mama e de próstata, além das ações de promoção à saúde do trabalhador.

Tabela 52 – Atividades de Prevenção em Saúde

Indicador	Valor 2019	Valor 2020	Valor 2021	Valor 2022
N.º de campanhas de prevenção realizadas pela Comissão de Quedas – foco nos pacientes	5	2	2	2
N.º de campanhas de prevenção realizadas pela Área de Saúde do Trabalhador (ARSAT) – foco nos profissionais	17	32	39	22
N.º de atividades de prevenção realizadas através do Programa Fortalecer – foco no público infantil e suas famílias	36	18	16	15
N.º de ações relacionadas à educação e prevenção em saúde – foco na população	-	-	-	13
Total de atividades de prevenção realizadas	58	52	57	52

Fonte: Área Saúde do Trabalhador; Comissão de Quedas; Coordenação de Projetos Especiais. Data apuração: 30/12/2022.

EIXO DE ENSINO E PESQUISA

Em 2022, a Unidade de Educação Permanente (UNEP) realizou 3.728 treinamentos, sendo 1.011 por meio de simulação realística. Os indicadores da Área de Pesquisa demonstram um aumento no número de projetos científicos concluídos e uma maior participação em eventos científicos

 **52** residentes distribuídos nas especialidades

> 38

RESIDENTES EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

> 4

EM CIRURGIA DA MÃO

> 7

EM FARMÁCIA

> 3

EM ENFERMAGEM

> 15

ALUNOS NOS CURSOS DE MESTRADO

> 43

ALUNOS DO CURSO DE APERFEIÇOAMENTO MÉDICO

> 44

ALUNOS DO CURSO DE APERFEIÇOAMENTO MULTIPROFISSIONAL

> 4.111

TOTAL DE TREINAMENTOS EM EDUCAÇÃO PERMANENTE

> 2.747

NA MODALIDADE PRESENCIAL

> 1.011

NA MODALIDADE PRESENCIAL COM SIMULAÇÃO REALÍSTICA

> 353

EM EAD

> 164

SERVIDORES COM TÍTULO DE MESTRADO

> 51

SERVIDORES COM TÍTULO DE DOUTORADO

Fonte: Divisão de Ensino e Pesquisa (DIENP/INTO). Data de apuração: 13/01/2023.

Tabela 53 – Indicadores de Pesquisa

Indicador	Valor 2019	Valor 2020	Valor 2021	Valor 2022
Nº de projetos científicos em andamento	60	52	61	61
Nº de projetos científicos concluídos	12	8	20	14*
Artigos científicos publicados em revistas nacionais e internacionais indexadas	32	45	28	23
Apresentações em eventos científicos nacionais e internacionais	11	15	30	47

Fonte: Divisão de Ensino e Pesquisa (DIENP/INTO). Data apuração: 13/01/2023.

* Em 2022 a redução do número de projetos concluídos justifica-se, em virtude do perfil dos projetos que estão sendo realizados que são mais complexos e demandam mais tempo de execução.



EIXO DE INOVAÇÃO E MELHORIAS CONTÍNUAS

A criação da Unidade de Gestão da Inovação (UNIGINT) ocorreu em março de 2021. O INTO obteve seu reconhecimento como Instituição Científica Tecnológica e de Inovação - ICT do MS, através da Portaria n.º 1.674, de 21 de julho de 2021, o que garantiu legitimidade às atividades de Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I) do INTO, frente as suas partes interessadas.

PROJETOS

Projeto "Pelas Mãos" – Consolidação do projeto de confecção de próteses com tecnologia 3D para pacientes com amputação parcial de membros superiores, uma parceria entre a Unidade de Terapia Ocupacional e a Divisão de Tecnologia da Informação, que em 2022, beneficiou 23 pacientes, proporcionando seu retorno as atividades diárias e a melhoria de sua qualidade de vida.

Observatório do Trauma – Projeto iniciado em fevereiro de 2022, que visa não apenas analisar o perfil dos pacientes com trauma ortopédico transferidos para o INTO, como também obter informações sobre os tipos de acidente e seus desdobramentos e os resultados dos tratamentos utilizados. Este projeto encontra-se na fase de coleta e análise de dados, que vão orientar tomadas de decisão no ano de 2023.

Projeto do Trauma do Idoso – Este projeto, que objetiva disponibilizar 10 leitos, dentre os 53 destinados ao Trauma Referenciado, para tratamento cirúrgico de idoso com fratura de fêmur, dentro de 48 horas após a ocorrência da fratura, está em fase de implementação. O projeto tem como principal propósito melhorar o resultado do tratamento e consequentemente, a qualidade de vida destes idosos.

Centro Nacional de Análise de Explantos

– **CNAEX** – Este projeto é uma parceria do INTO com o Laboratório de Biomecânica da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e tem como finalidade a análise mecânica dos explantes retirados de artroplastias mal-sucedidas. Por ser o INTO uma das unidades que mais realiza revisão de artroplastias, cabe ao Instituto realizar a análise clínica, enquanto à UFSC cabe a realização da análise mecânica destes explantes.



2.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A partir da garantia constitucional do acesso universal à saúde, a Assistência Farmacêutica implementa ações para ampliar e qualificar o acesso a medicamentos para a população, tendo como grandes norteadores a Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada pela Portaria GM/MS n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), aprovada pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 338, de 6 de maio de 2004, ambas integradas na Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017 e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, aprovada pelo Decreto n.º 5.813, de 22 de junho de 2006.

Os serviços farmacêuticos no SUS compreendem atividades gerenciais e assistenciais integradas aos serviços de saúde, tendo por finalidade garantir a disponibilidade, qualidade, efetividade e segurança dos medicamentos ofertados pela rede pública, bem como o desenvolvimento de ações para o monitoramento e avaliação das ações assistenciais, educação em saúde para usuários e educação continuada das equipes de profissionais.

2.3.1 Compras e Distribuição de Medicamentos, Ressarcimento Financeiro e Pacientes Atendidos

Os medicamentos e insumos para os usuários do SUS são ofertados por meio de Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e, complementarmente, pelo Programa Farmácia Popular do Brasil.

Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)

O CBAF 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 na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), atualizada e disponível em:



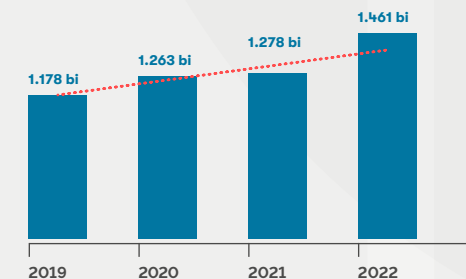
<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/rename>.

A aquisição dos medicamentos e insumos do CBAF, previstos nos Anexos I ao IV da Rename, ocorre de forma centralizada (responsabilidade da União) e descentralizada (responsabilidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios).

Assim, em 2022, foi repassado R\$ 1.249.816.086,96 para a aquisição descentralizada dos medicamentos do CBAF, conforme disposto na Portaria GM/MS n.º 330, de 15 de fevereiro de 2022, republicada em 24 de fevereiro de 2022, conforme pactuação local. Além desse valor, foram repassados quase R\$ 200 milhões do incremento excepcional ao financiamento federal, nos termos da Portaria GM/MS n.º 371, de 21 de fevereiro de 2022. Cabe mencionar que, conforme Portaria GM/MS n.º 1.919, de 26 de novembro de 2015, a transferência de recursos para o município de Cáceres-MT esteve suspensa em 2022.

Destaca-se no financiamento do CBAF, o atendimento à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Em 2022, foram repassados aos entes para aquisição de medicamentos e insumos, o valor de R\$ 11.723.235,57, conforme disposto na Portaria GM/MS n.º 3.662, de 3 de outubro de 2022.

Gráfico 44 – Repasses CBAF aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde entre 2019 e 2022



Fonte: FNS/SE/MS.

Do elenco de medicamentos do componente básico, o Ministério da Saúde adquire de forma centralizada os medicamentos para o Programa da Saúde da Mulher e foram adquiridos 19.285.748 unidades de contraceptivos injetáveis trimestral e mensal, pílula combinada, minipílula, pílula de emergência, DIU e misoprostol; foram adquiridas ainda 832.154.188 unidades de medicamentos e insumos para o tratamento da 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 caneta aplicadora de insulina. Além disso, para o Programa Calamidade Pública, foram adquiridas 4.163.866 unidades de medicamentos e insumos para compor e manter kits em estoque contendo 32 medicamentos e 16 insumos. No total, foram distribuídos 126 kits para atendimento das unidades da federação atingidas por desastres naturais associados a chuvas, ventos e granizos.

Tabela 54 – Aquisições Centralizadas de Medicamentos e Insumos Destinados aos Programas do CBAF, 2019 A 2022

Especificação/ Ano	2019	2020	2021	2022	Variação 2022-2021
Unidades adquiridas para o Programa Saúde da Mulher	30.942.942	38.312.156	32.095.944	19.285.748	-39,9%
Unidades adquiridas para insulínodépendentes (insulinas humanas e agulhas)	204.013.147	166.125.064	161.743.154	832.154.188	414,5%
Outras unidades adquiridas	817.400	942.090	1.272.450	4.163.866	227,2%
Valor investido com transporte de medicamentos (R\$ 1,00)	500.000,00	728.958,21	1.014.059,48	271.055,09	-73,3%
Unidades totais adquiridas	235.773.489	205.379.310	195.111.548	855.603.802	338,5%
Valores investidos (R\$ 1,00)	462.124.212,87	620.270.189,33	627.105.249,85	782.787.859,90	24,8%

Fonte: CBAF/DAF/SCTIE/MS.

Em 2022, em resposta à demanda apresentada à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), foram incorporados e pactuados dois contraceptivos injetáveis de aplicação mensal: acetato de medroxiprogesterona + cipionato de estradiol (25mg + 5mg) e algestona acetofenida + enantato de estradiol (150 mg + 10mg) para mulheres em idade fértil. Tais medicamentos serão adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde, com recursos do CBAF.

Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF)

O CESAF é regulamentado por meio do anexo XXVIII da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, de 28 de setembro de 2017 e da Portaria GM/MS n.º 4.114, de 30 de dezembro de 2021, e se destina à garantia do acesso a medicamentos e insumos para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos específicos, contemplados em programas estratégicos de

saúde do SUS. Esse Componente disponibiliza medicamentos aos programas de Saúde descritos no site:



<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sctie/daf/cesaf>

Por meio do CESAF, é realizado o planejamento para aquisição e distribuição de 71 fármacos, em 101 apresentações, que atendem 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 sistêmicas, mieloma múltiplo, raiva humana, sífilis, tracoma, tuberculose, toxicologia, toxoplasmose, brucelose, covid-19, Programa de Alimentação e Nutrição e para o Programa da Saúde da Criança.

Em 2022, foram adquiridas 173.152.116 unidades farmacêuticas, no valor de R\$ 486,5 milhões. Além disso, foi incorporado ao elenco, medicamentos para dois Programas de Saúde (covid-19 e Micose Sistêmicas), com quatro novas incorporações de medicamentos: Nirmatrelvir 150mg e Ritonavir 100mg; Isavuconazol; Anidulafungina e Voriconazol.



Tabela 55 – Unidades Farmacêuticas e Insumos Adquiridos pelo CESAF, 2019 a 2022

Denominação	2019	2020	2021	2022	Variação 2022-2021
Unidades de medicamentos	182.855.059	200.181.565	136.643.661	151.482.452	10,9%
Unidades de insumos	57.713.740	58.000.000	45.000.336	21.669.664	-51,8%
Total de Unidades	240.568.799	258.181.565	181.643.997	173.152.116	-4,7%
Valores investidos (R\$ 1,00)	303.999.990,62	304.813.333,57	349.999.417,51	486.499.654,39	39,0%

Fonte: CESAF/DAF/SCTIE/MS.

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)

No âmbito do componente especializado são ofertados tratamentos medicamentosos para 101 condições clínicas, sendo o Ministério da Saúde responsável pelo financiamento de 116 fármacos em 213 apresentações.

Para garantir o tratamento medicamentoso referente às condições clínicas definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), em 2022, foram adquiridas 668.640.668 unidades farmacêuticas. Dessas, 403.431.958 unidades foram adquiridas por meio de Laboratórios Públicos Oficiais.

O valor gasto em 2022 com a aquisição de medicamentos centralizados correspondeu a R\$ 6.010.586.719,695, não contemplando gasto com ações judiciais e despesas com transporte de medicamentos.

Tabela 56 – Unidades Farmacêuticas e Insumos Estratégicos Adquiridos pelo CEAF, 2019 A 2022

Denominação	2019	2020	2021	2022	Variação 2022-2021
Unidades adquiridas por meio de laboratórios públicos	374.688.070	451.279.586	462.074.871	403.431.958	-12,7%
Unidades adquiridas por meio de outros laboratórios	225.212.129	195.627.440	166.443.850	265.208.710	59,3%
Total de unidades adquiridas	599.900.199	646.907.026	628.518.721	668.640.668	6,4%
Valor investido (R\$)*	3.938.165.272	4.911.000.948	4.800.319.249	6.010.586.719,69	25,2%

Fonte: CGCEAF/DAF/SCTIE/MS. Dados extraídos em 16/01/2023. * Os valores não incluem o gasto com ações judiciais e despesas com transporte de medicamentos.

Ainda, no ano de 2022, foram distribuídas 712.356.771 unidades de medicamento do Grupo 1A e oncológicos, para atendimento aos pacientes das condições clínicas, cujo tratamento está contemplado no âmbito do Componente.

Quanto às 46 doenças raras que fazem parte do CEAF, são disponibilizados 77 fármacos em 134 apresentações farmacêuticas*. Destes, 36 fármacos em 59 apresentações fazem parte do Grupo 1A, utilizados exclusivamente para o tratamento de 25 doenças raras.

*Não foram considerados fármacos utilizados para tratar tanto doenças raras quanto doenças não raras, ou seja, os números se referem a medicamentos utilizados exclusivamente por pacientes com doenças raras.



Tabela 57 – Unidades e Valores – Doenças Raras 2019-2022

Doenças Raras	2019	2020	2021	2022
Unidades Farmacotécnicas adquiridas	16.896.173	48.422.627	51.343.807	53.224.785
Valor Empenhado (R\$)	1.001.844.280,12	1.328.636.624,65	1.465.832.508,37	1.980.346.298,84

Fonte: DAF/SCTIE/MS.

Tabela 58 – Número de Pacientes Atendidos no CEAf, 2016 A 2022

2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*
2.191.056	2.266.466	2.371.231	2.528.143	2.547.918	2.808.820	2.952.217

Fonte: CGCEAF/DAF/SCTIE/MS e SIA/SUS. *Dados até novembro/2022.

2.3.2 Incorporações e Ampliações de Uso

No período de 2019 a 2022, foram incorporadas ao elenco do CEAf ou tiveram ampliações de uso os seguintes medicamentos:

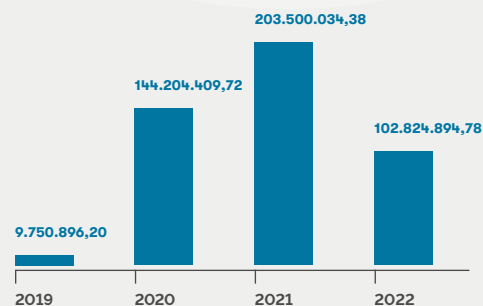
Gráfico 45 – Incorporações e Ampliações de Uso 2019-2022



Fonte: CONITEC e CGCEAF/DAF/SCTIE/MS.

As decisões judiciais têm impacto considerável no orçamento do SUS. O quadro abaixo demonstra um consolidado do quantitativo financeiro despendido para o fornecimento dos medicamentos desde o ano de 2019 até o ano de 2022.

Gráfico 46 – Impacto da Judicialização dos 10 Medicamentos do CEAf mais Expressivos Financeiramente, de 2019 à 2022 (R\$ 1,00)



Fonte: CGCEAF/DAF/SCTIE/MS.

2.3.3 Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB)

Em 2022, o Programa contou com 30.908 farmácias e drogarias credenciadas, distribuídas em 4.397 municípios, representando 78,9% dos municípios brasileiros, localizados nos 26 estados e no Distrito Federal. Nos municípios que possuem menos de 40.000 habitantes o programa abrangeu 3.559 municípios, totalizando 75,71% dos municípios brasileiros.

O elenco do Programa Farmácia Popular do Brasil é formado por 28 princípios ativos e fralda geriátrica. O PFPB atendeu 20.746.950 usuários.

Tabela 59 – Total de Usuários Atendidos, Unidades Distribuídas e Valores Empenhados pelo Programa Farmácia Popular do Brasil, 2020 A 2022

	2020	2021	2022
TOTAL DE USUÁRIOS ATENDIDOS	20.102.014	20.102.823	20.746.950
TOTAL DE UNIDADES	14.329.895.834	14.329.600.948	14.068.340.207
VALOR EMPENHADO (R\$)	2.597.045.190,00	2.529.311.313,00	2.714.303.271

Fonte: CGPFP/DAF/SCTIE/MS.

2.3.4 Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF)

O objetivo do PNPMF é garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e de fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade e o desenvolvimento da cadeia produtiva e da

Esse atendimento é realizado por CPF único, considerando a pessoa somente uma vez para a contagem total, independente de quantas vezes ele adquiriu medicamentos pelo PFPB ao longo do ano. Caso o mesmo paciente tenha adquirido tanto na modalidade gratuidade, quanto na de co-pagamento, ele será contabilizado nos dois.

Em 2022, foram dispensadas 14.068.340.207 unidades entre medicamentos e fraldas geriátricas. A dotação orçamentária atualizada (LOA + Crédito) no exercício de 2022 foi de R\$ 2.714.330.279,00, dos quais R\$ 2.714.303.271 foram empenhados neste ano, o que corresponde a aproximadamente 100% de execução.

indústria nacional. Para tanto, 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.

Tabela 60 – Municípios com Movimentação Anual de Fitoterápicos, 2019 A 2022

Municípios	2019	2020	2021	2022
Total	981	1.060	1.089	1.122
Percentual	17,6%	19,0%	19,6%	20,1%

Fonte: Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica – BNAFAR/DAF/SCTIE/MS.

A Farmácia Viva compreende todas as etapas, desde o cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento de plantas medicinais, a manipulação e a dispensação de preparações magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos.

Por meio do Edital SCTIE /MS n.º 3/2022, de 5 de julho de 2022, seis projetos de secretarias municipais de saúde foram aprovados e habilitados a receberem recurso de custeio e investimento para estruturação de Farmácias Vivas, totalizando R\$ 3.280.494,00 em recurso de custeio e R\$ 1.591.000,00 em recurso de investimento. Os resultados do edital, bem como esses valores, foram publicados na Portaria GM/MS 4.408, de 20 de dezembro de 2022.

2.3.5 Aquisição de Medicamentos Produzidos pela Rede de Laboratórios Públicos

Os medicamentos adquiridos via Laboratórios Públicos Oficiais (LPO) são extremamente relevantes para o SUS, pois são essencialmente destinados às doenças negligenciadas, segmento esse em que a grande indústria farmacêutica praticamente não tem interesse em atuar, o que demonstra a importância desses laboratórios para o SUS.

Em 2022, o Ministério da Saúde adquiriu um montante de 1.697.396.586 unidades farmacêuticas, sendo 482.849.022 unidades fornecidas pelos LPO, correspondendo a 28,4% do total de medicamentos, destinados para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) 403.431.958 unidades farmacêuticas e para o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) 79.417.064 unidades farmacêuticas.

Tabela 61 – Unidades Adquiridas dos LPO e Valores Investidos no Âmbito da Assistência Farmacêutica por Componente, 2019 a 2022

Unidades adquiridas dos LPO	2019	2020	2021	2022	Variação 2022-2021
Unidades adquiridas ao CEAF	374.688.070	451.279.586	462.074.871	403.431.958	-12,7%
Unidades adquiridas ao CESAF	159.794.720	155.475.605	112.570.047	79.417.064	-29,5%
Unidades adquiridas CBAF	-	19.896.465	-	-	-
Total de un. adquiridas	534.482.790	626.651.656	574.644.918	482.849.022	-16,0%
Valor investido – CEAF (R\$ 1,00)	1.240.470.197	1.818.059.153	1.721.860.587	1.774.815.980,53	3,1%
Valor investido – CESAF (R\$ 1,00)	99.024.303	109.808.905	98.644.801	90.690.484	-8,1%
Valor investido CBAF (R\$ 1,00)	-	204.933.590	-	-	-
Total investido (R\$ 1,00)	1.339.494.500	2.132.801.647	1.820.505.387	1.865.506.464,53	2,5%

Fonte: DAF/SCTIE/MS. Atualizado em 16/01/2023.

Tabela 62 – Unidades Adquiridas via Parcerias de Desenvolvimento Produtivo (PDP) da Assistência Farmacêutica, 2019 a 2022

Unidades adquiridas dos LPO	2019	2020	2021	2022	Variação 2022-2021
Unidades adquiridas ao CEAF	169.849.957	251.602.322	236.583.191	60.428.784	-74,5%
Unidades adquiridas ao CESAF	26.073.720	30.888.000	-	7.732.000	-
Unidades adquiridas CBAF	12.928.070	-	-	-	-
Total de unid. adquiridas	208.851.747	282.490.322	236.583.191	68.160.784	-71,2%
Valor investido – CEAF (R\$ 1,00)	961.038.363	1.536.286.076	1.424.392.286	1.289.971.920,08	-9,4%
Valor investido – CESAF (R\$ 1,00)	12.869.988	18.146.700	-	5.348.036	-
Valor investido – CBAF (R\$ 1,00)	134.757.186	-	-	-	-
Total investido (R\$ 1,00)	1.108.665.537	1.554.432.776	1.424.392.286	1.295.319.956	-9,1%

Fonte: DAF/SCTIE/MS.

2.3.6 Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename

A atualização permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename, como instrumento promotor do uso racional, tem como propósito garantir o financiamento e acesso a medicamentos no âmbito da Assistência Farmacêutica. Constitui-se em 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 Rename 2022 cumpre a Resolução de Consolidação CIT n.º 1, de 30 de março de 2021, que apresenta a composição desta Relação conforme as responsabilidades de financiamento da assistência farmacêutica entre os entes (União, estados e municípios), proporcionando transparência nas informações sobre o acesso aos medicamentos do SUS. Ademais, a versão da Rename 2022, houve a exclusão de 21 medicamentos, inclusão de 64 itens e ampliação de 22.

Destaca-se a Portaria GM/MS n.º 3.435, de 8 de dezembro de 2021, que estabelece a Rename 2022. Nessa publicação, estão contempladas as tecnologias incorporadas e pactuadas até novembro de 2021, organizada primeiramente conforme a classificação *Anatomical Therapeutical Chemistry* (ATC) e também de acordo com as responsabilidades de financiamento dos componentes de assistência no âmbito do Ministério da Saúde.

No ano de 2022, foram pactuados 17 medicamentos para 18 condições clínicas, que serão incluídas na próxima versão digital da Rename, prevista para publicação em 2024.

2.3.7 Medicamentos para Intubação Orotraqueal (IOT)

Após um período de queda nos números de caso de covid-19 vivenciado no final do ano de 2020, observou-se o recrudescimento da doença, com a elevação da curva média móvel da covid-19 no início de 2021. Nesse contexto, verificou-se aumento abrupto na demanda dos medicamentos utilizados no processo de intubação oro-traqueal (IOT), refletido no levantamento semanal do consumo médio mensal, realizado pelo Conass. Diante do cenário instalado de atendimento de pacientes em leitos de UTI não contemplados no plano de contingência, o Conass ampliou o levantamento da demanda, passando a considerar os casos de intubação em outras unidades.

Visando mitigar o impacto desse aumento abrupto na demanda dos medicamentos utilizados no processo de IOT, em 2021 e início de 2022 o MS deu continuidade às seguintes ações estratégicas: aquisição dos medicamentos, por meio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); execução dos saldos das Atas de Registro de Preços (ARP) vigentes; realização de Pregão Eletrônico SRP; recebimento de doações; requisições administrativas no setor farmacêutico, sem prejuízo às vendas comprometidas nos setores privado e público, na tentativa de suprir, de forma mais imediata, os estoques mais críticos.

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. Ademais, durante o referido ano houve o recebimento de medicamentos contratados em 2021, tanto dos adquiridos nacionalmente quanto os adquiridos via OPAS.

As aquisições foram baseadas na lista de medicamentos apresentada pelo Conass, em articulação com o Conasems. O quantitativo do Pregão Eletrônico SRP n.º 34/2022, correspondeu a 60 (sessenta) dias de consumo, considerando os dados informados pelo Conass referente às 60 (sessenta) semanas já acompanhadas.

Atualmente, considerando a diminuição do consumo desses medicamentos, o aumento dos estoques nos estabelecimentos de saúde dos estados e DF, acrescidos da elevada taxa de cobertura vacinal, ocasionou redução da necessidade das Unidades Federativas (UF) no recebimento desses medicamentos adquiridos pelo MS. Desde o final de 2021 e mantido ao longo de 2022, este MS tem enviado todos os esforços para evitar perdas destes medicamentos, realizando diversas ações em conjunto com Conass e Conasems.

Tabela 63 – Unidades Farmacêuticas Distribuídas para Intubação Orotraqueal no Período de 2020 a 2022

Ano de distribuição	Unidades farmacêuticas distribuídas
2020	4.754.919
2021	17.569.463
2022	2.866.881
Total	25.191.263

Fonte: CGAFB/DAF/SCTIE/MS.

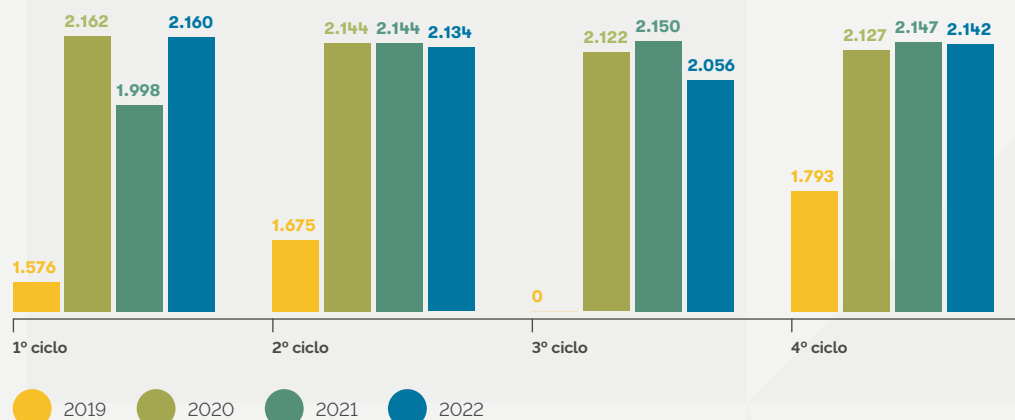
2.3.8 Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS)

O Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (Qualifar-SUS), instituído pela Portaria GM/MS n.º 1.214/GM/MS, de 13 de junho de 2012, cuja materialidade está atualmente disposta na Portaria de Consolidação n.º 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, 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. Para tanto, foi organizado para contemplar quatro eixos – Estrutura, Educação, Informação e Cuidado.

O Programa prevê repasse de recursos de custeio e investimento no ano de habilitação para os municípios habilitados desenvolverem o eixo Estrutura, o qual atualmente conta com 3.508 municípios.

Adicionalmente, ocorre repasse de recursos de custeio conforme o monitoramento trimestral do Qualifar-SUS, correspondendo a quatro ciclos por ano. O monitoramento considera o registro de posição de estoque, de entradas, de saídas e de dispensações dos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), constantes nos anexos I (Componente Básico da Assistência Farmacêutica) e IV (Insumos) da Rename vigente. Os dados serão monitorados considerando sua fidedignidade e representatividade, tendo como critérios: (i) a regularidade no envio do conjunto de dados durante o trimestre avaliado; e (ii) envio do conjunto de dados de dispensação e posição de estoque durante todo o trimestre avaliado. Os municípios que atendem a todos os critérios do monitoramento do envio de dados são considerados aptos a receberem o recurso e a partir daí inicia-se o processo que culmina na transferência de recursos na modalidade Fundo a Fundo.

Gráfico 47 – Número de Municípios Aptos por Ciclo/Ano



Fonte: DAF/SCTIE/MS.

Tabela 64 – Repasse de Recursos de Custeio e Investimento para os Municípios Habilitados no Qualifar-SUS, 2019 a 2022

Ano de referência	Recurso investido (R\$)
2019	80.521.419,95
2020	51.030.000,00
2021	59.230.608,00
2022	50.952.000,00
Total	241.734.027,95

Fonte: CGBAF/DAF/SCTIE/MS.

Os recursos, no montante de R\$ 8.776.608,00, foram transferidos pelo Ministério da Saúde aos 198 municípios contemplados, na modalidade de repasse fundo a fundo, por meio do Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde.

Destaca-se que, com vistas ao aprimoramento, crescimento e sustentabilidade do Programa, foi estabelecida como meta no Plano Nacional de Saúde 2020-2023 a "adequação de 100% dos municípios brasileiros habilitados, instituindo o modelo de remuneração por desempenho das ações de Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde (APS)".

Considerando a complexidade e a diversidade das ações da Assistência Farmacêutica e o diálogo e articulação tripartite é elemento chave para o sucesso da implementação de políticas e programas, a implementação da meta depende de pactuação do novo modelo do Qualifar-SUS junto ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Nesse sentido, foram realizadas nove apresentações aos conselhos (Conass e Conasems) e encaminhadas duas versões contemplando as sugestões por eles apresentadas. Em 2022, não houve pactuação tripartite da proposta apresentada pelo Ministério da Saúde.



2.4 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Imunização

Frente à necessidade de ampliação das coberturas vacinais, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) empreendeu todos os esforços para manutenção de todas as ações, levando em consideração que a vacinação é uma das principais intervenções preventivas em saúde.

Figura 1 – Ações de Imunização



¹ Dado parcial apurado em 31 de dezembro de 2022

² Dados até 31 de dezembro de 2022

³ Fonte: Informações do SIPNI. Dados atualizados em: 31/12/2022

Principais ações de imunização desenvolvidas no âmbito da Agenda da Primeira Infância

- Realização do Inquérito de cobertura vacinal nas capitais de 19 estados e no Distrito Federal em crianças nascidas em 2017 e residentes na área urbana. Observação: este inquérito teve início em 2019, com previsão de finalização para 09/07/2024.
- Realização da 24ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza, tendo como público-alvo crianças de 6 meses a menores de 5 anos de idade (4 anos, 11 meses e 29 dias), de 04 de abril a 03 de junho de 2022.

 > **12.927.066**
CRIANÇAS

 > **6.464.808**
DOSES APLICADAS

 > **65,2%**
COBERTURA
VACINAL
ALCANÇADA

Dados disponíveis em:

 https://infoms.saude.gov.br/extensions/Influenza_2021/Influenza_2021.html

consulta em 27/01/2023. Dados sujeitos a alterações.

- Realização da 8ª Campanha Nacional de Seguimento e Vacinação de Trabalhadores da Saúde contra o Sarampo, tendo como público-alvo crianças de 6 meses a menores de 5 anos de idade (4 anos, 11 meses e 29 dias), de 04 de abril a 03 de junho de 2022.

 > **12.927.057**
CRIANÇAS

 > **6.552.277**
DOSES APLICADAS

 > **76%**
COBERTURA
VACINAL
ALCANÇADA

Dados disponíveis em:

 https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS_SARAMPO/DEMAS_SARAMPO.html

consulta em 27/01/2023. Dados sujeitos a alterações.

- Campanha Nacional de Vacinação contra Poliomielite e Multivacinação para Atualização da Caderneta de Vacinação da Criança e do Adolescente. Meta: vacinar crianças de 1 a menores de 5 anos de idade (11.572.563) contra a poliomielite e realizar a campanha de multivacinação nas 27 unidades da Federação (UF).

Poliomielite:

 > **11.572.563**
CRIANÇAS

 > **8.398.435**
DOSES APLICADAS

 > **72,57%**
COBERTURA
VACINAL
ALCANÇADA

Dados disponíveis em:

 https://infoms.saude.gov.br/extensions/Poliomielite_2022/Poliomielite_2022.html

consulta em 27/01/2023. Dados sujeitos a alterações.

Multivacinação:

Estratégia que tem a finalidade de atualizar a situação vacinal de crianças e adolescentes menores de 15 anos de idade (14 anos 11 meses e 29 dias), de acordo com o Calendário Nacional de Vacinação e vacinar de forma indiscriminada, crianças de 1 a menores de 5 anos de idade que estejam com o esquema primário com a vacina VIP, com a vacina VOP.

- Realização da 24ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza, tendo como público-alvo gestantes e puérperas, 04 de abril a 03 de junho de 2022.

Gestantes:

 > **2.044.441**
GESTANTES

 > **1.165.677**
DOSES APLICADAS

 > **57%**
COBERTURA
VACINAL
ALCANÇADA

Dados disponíveis em:

 https://infoms.saude.gov.br/extensions/Influenza_2021/Influenza_2021.html

consulta em 27/01/2023. Dados sujeitos a alterações.

Puérperas:

 > **336.073**
PUÉRPERAS

 > **178.964**
DOSES APLICADAS

 > **53,3%**
COBERTURA
VACINAL
ALCANÇADA

Dados disponíveis em:

 https://infoms.saude.gov.br/extensions/Influenza_2021/Influenza_2021.html

consulta em 27/01/2023. Dados sujeitos a alterações.

- Atualização e disponibilização do Calendário Nacional de Vacinação, disponível em:

 <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao>

Sarampo

Após os últimos casos de sarampo no ano de 2015, o Brasil recebeu em 2016 a certificação da eliminação do vírus. Nos dois anos seguintes (2016 e 2017) não foram confirmados casos de sarampo no país, porém em 2018 ocorreu a reintrodução do vírus e foram confirmados 10.346 casos da doença e 12 óbitos. No ano de 2019, após um ano de franca circulação do vírus, o Brasil perdeu a certificação de "país livre do vírus do sarampo", dando início a novos surtos, com a confirmação de 20.901 casos e 16 óbitos. Em 2020 foram confirmados 8.100 casos e 10 óbitos. Em 2021, foram confirmados 676 casos de sarampo, e confirmados 2 óbitos. Em 2022 foram

confirmados 41 casos e não foram registrados óbitos por sarampo. O último caso de sarampo no Brasil foi confirmado no estado do Amapá em julho, portanto, faz seis meses que não há cadeias de transmissão do sarampo no país. Os estados, municípios e Ministério da Saúde vêm envidando esforços para a manutenção do controle do surto, com vistas a pleitear a certificação de país livre do sarampo garantido pela Organização Pan-americana de saúde e Organização Mundial da Saúde.

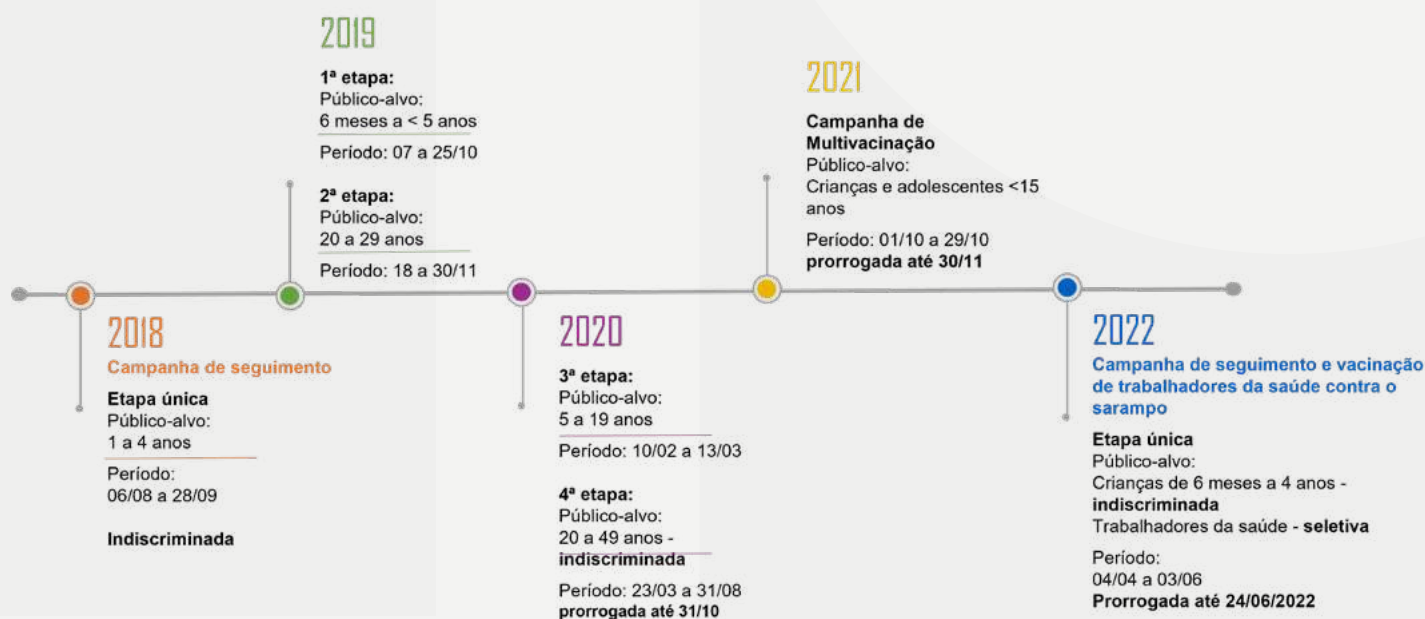
Em agosto de 2022 foi ativada a Sala de Situação do Sarampo, com o objetivo de coordenar a implementação e a operacionalização do Plano de Ação para Interrupção da Circulação do Vírus

do Sarampo: monitoramento e reverificação da sua eliminação no Brasil, 2022, junto aos estados e municípios, bem como coordenar a resposta rápida aos casos suspeitos da doença no Brasil e sustentabilidade da eliminação do vírus da rubéola.

O desenvolvimento das atividades da Sala foi pautado em um plano de trabalho com atribuições e matriz de responsabilidades definidas, segundo cada área técnica, dentro de cada Secretaria que compõe a Sala de Situação (SESAI, SAPS e SVS), além de Conass, Conasems, OPAS e Câmara Técnica Nacional de Especialistas para Interrupção da Circulação do Sarampo e Sustentabilidade da Eliminação da Rubéola e

da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) no Brasil, com duração de 130 dias, desmobilizada em dezembro de 2022. Enfatiza-se que, as ações para o controle da interrupção da circulação do vírus do sarampo, e a manutenção da eliminação da rubéola permanecerão no trabalho de rotina após a finalização da Sala, com plano conjunto de trabalho entre as áreas técnicas das Secretarias, em apoio e para o monitoramento das atividades e ações realizadas pelos estados e municípios.

Figura 2 – Estratégias de vacinação contra sarampo. Brasil, 2018-2022



Farmacovigilância das Vacinas covid-19

O PNI vem intensificando nos últimos anos a promoção de ações estratégicas voltadas ao fortalecimento da vigilância dos Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI). Nesse contexto, no ano de 2022, destacam-se as seguintes ações: Reunião Nacional de Vigilância Epidemiológica dos Eventos Adversos Pós Vacinação (EAPV); reunião de avaliação das estratégias ativas de acompanhamento de gestantes vacinadas contra a covid-19 e vigilância de Eventos Adversos de Interesse Especial (EAIE); Seminários de Hesitação e seu impacto na vacinação na infância e adolescência, no contexto da covid-19 (3 seminários: Regiões NE, N e S, SU e CO); capacitações em investigação e avaliação de causalidade dos Eventos Supostamente Atribuíveis a Vacinação ou Imunização (ESAVI) – (3 capacitações: Regiões N, NE e CO).

Além disso, o acompanhamento da "Rede de Estudos Observacionais para monitoramento da efetividade, imunogenicidade e segurança da vacinação contra covid-19 no Brasil e história natural da doença em crianças e adolescentes", que se trata de um projeto multicêntrico, contempla seis projetos de pesquisas de fase clínica IV (pós-marketing), com substancial número de participantes e que ocorre em diversos centros de pesquisas, localizados nas distintas regiões do país. Têm a finalidade de fornecer conteúdos técnico-científicos, contribuindo para evidências relevantes sobre segurança, efetividade e imunogenicidade das

vacinas covid-19, considerando as especificações técnicas do imunizante, público-alvo vacinado, farmacovigilância, temporalidade e cenários epidemiológicos associados, potenciais fatores de risco, entre outros, de modo a subsidiar as diretrizes que envolvem o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a covid-19 (PNO), contribuindo para o planejamento e tomada de decisões futuras acerca da vacinação contra a doença, seja em modo campanha ou na rotina.

Rede de Frio

Com o intuito de aumentar a capilaridade da informação e a qualificação das ações de vacinação, o Ministério da Saúde (MS), em conjunto com o laboratório Pfizer disponibilizaram capacitações voltadas para os profissionais da saúde do SUS com a pauta: embalagem (visão geral e cadeia de frio); armazenamento; processo de distribuição; recomendação sobre o descongelamento; data de validade dinâmica; preparação, diluição e administração da vacina; e relato de evento adverso. Assim, em 2022 foram ministradas 20 capacitações para vacina Comirnaty pediátrica (tampa laranja), com alcance total de 20 mil acessos; e sete capacitações para vacina Comirnaty pediátrica de 6 meses a menor de 2 anos (tampa vinho), com alcance total de 6.808 acessos.

Ainda, visando conhecer a realidade e os problemas enfrentados no nível local, bem como conhecer a infraestrutura e a rotina dos operadores logísticos contratados pelo Ministério, foram realizadas quatro visitas técnicas no ano de 2022, sendo uma à Central da Rede de Frio Estadual do Tocantins, outra ao Centro de Distribuição e Logística (CDL) do estado de São Paulo, além de visitas aos operadores logísticos responsáveis pela armazenagem e transporte dos imunobiológicos utilizados pelo PNI. Essas visitas têm como objetivo o aprimoramento dos processos de trabalho do Programa, trazendo soluções focadas na realidade local.



Malária

O Brasil registrou 121.404 casos autóctones (contraídos localmente) de malária no período de janeiro a dezembro de 2022, sendo 18.678 casos de malária falciparum e malária mista, uma redução de 21,4% e 14,2% respectivamente, se comparado com o mesmo período do ano anterior, quando foram registrados 139.102 casos autóctones de malária, sendo 16.494 de malária falciparum e malária mista. De acordo com dados preliminares, houve aumento no número de casos autóctones em apenas um estado (Pará) da Região Amazônica (área endêmica), em áreas de garimpo (11,2%). Além disso, foi registrada ocorrência de surtos na região extra-amazônica (dados preliminares).

Destacam-se as seguintes ações:

- Ampliação do Projeto Apoiadores Municipais em 40% nos municípios prioritários;
- Lançamento do documento "Elimina Malária Brasil: Plano Nacional de Eliminação da Malária;
- Assinatura de carta de compromissos, reconhecendo que os esforços devem estar associados a ações de todos os atores envolvidos;
- Contratação de nove consultores técnicos para trabalharem junto com as equipes estaduais; e
- Realização de quatro oficinas de eliminação da malária para apoiarem os estados e municípios na elaboração/desenvolvimento dos seus planos de eliminação.

Gráfico 48 – Casos Autóctones de Malária no Brasil e metas de eliminação até 2035. De 2015 a 2022



Fonte: Sivep-Malária, Sinan/SVS/MS e E-SUS VS. Excluídos resultados negativos, nulos e lâminas de verificação de cura (LVC). Dados são preliminares, sujeitos à alteração.

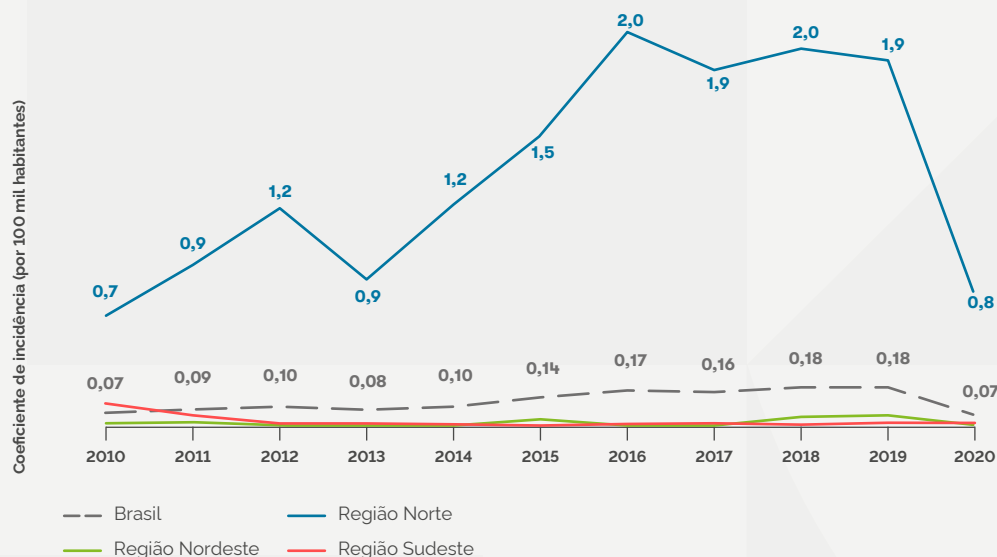
Doença de Chagas

No período de 2016 a 2020, foram registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) 21.847 óbitos tendo como causa básica a doença, com uma média de 4.369 óbitos e uma taxa média de mortalidade de 2,1 óbitos/100mil habitantes. Em relação à fase aguda, neste período registrou-se a média de 325 casos novos anualmente, conforme Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Em 2022, foi realizado piloto em Pernambuco para implantação de ficha de notificação para doença de Chagas crônica, e deu-se continuidade aos projetos Integra Chagas

e CUIDA Chagas, com intuito de ampliar e melhorar o acesso ao diagnóstico, tratamento e atendimento integral por meio de abordagens inovadoras e sustentáveis, além da Iniciativa Ibero-Americana "Chagas Congênita - Nenhum Bebê com Chagas: o Caminho para Novas Gerações sem Chagas". Nesta perspectiva, foi aprovada na CIT a proposta de Pacto Nacional para a Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis, Hepatite Viral B e Doença de Chagas como problemas de saúde pública. Além disso, foi disponibilizada a 1ª oferta de curso na modalidade EAD sobre doença de Chagas na Atenção Primária à Saúde.

Gráfico 49 – Coeficiente de incidência de doença de Chagas aguda, por ano de início de sintomas (IS), Brasil e regiões, 2010 a 2020

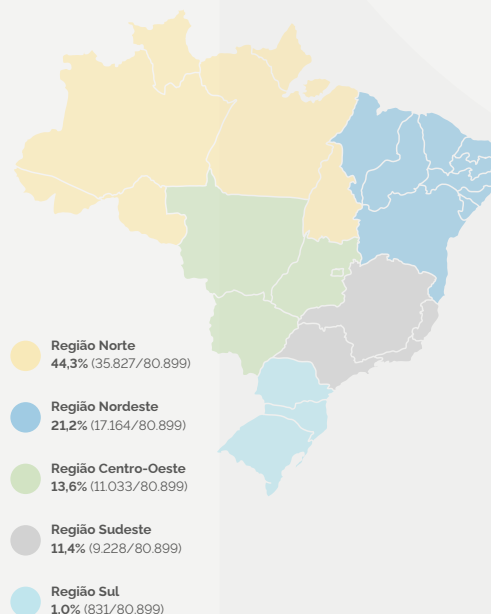


Fonte: CGZV/DEIDT/SVS.

Leishmanioses

a) Leishmaniose Tegumentar (LT):

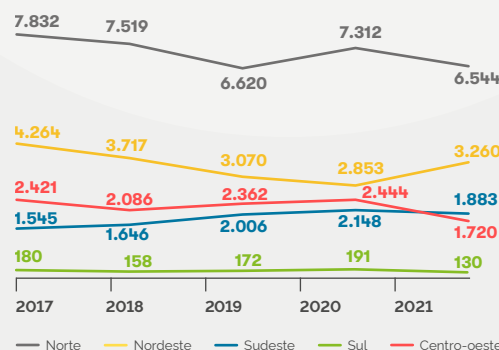
No período de 2017 a 2021 foram confirmados 80.899 casos de LT no Brasil, com média anual de 16.180 casos novos, sendo observada uma redução de 14,3% no número de casos em 2021 quando comparado a 2017. O coeficiente de detecção reduziu de 8,4 casos por 100.000 habitantes no primeiro ano para 7,0 casos por 100.000 habitantes no último ano do período. Há registro de casos autóctones de LT em todas as Unidades Federativas do país, sendo que as Regiões Norte e Nordeste vêm contribuindo ao longo dos anos com os maiores percentuais de casos, de modo que, do total confirmado no período:



Os principais avanços em 2022 foram:

- Ampliação da distribuição da miltefosina a todas as Unidades Federativas, sendo o primeiro e único medicamento de uso oral disponível para o tratamento de pessoas acometidas por LT;
- Realização de oficinas nos estados da Bahia e Tocantins para a estruturação da proposta de vigilância do óbito por causas evitáveis ou reduzíveis;
- Realização da campanha educativa em alusão à Semana Nacional de Controle e Combate às Leishmanioses; e
- Ações de cooperação humanitária por meio de doações de medicamentos para o tratamento das leishmanioses.

Gráfico 50 – Casos de leishmaniose tegumentar por região, Brasil, 2017 a 2021



Fonte: SVS/MS.

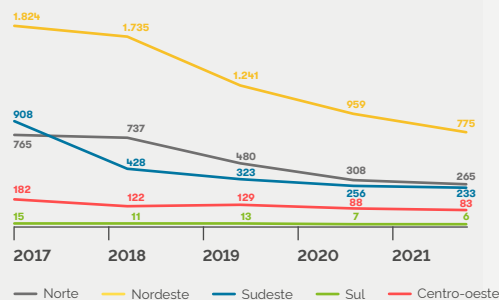
b) Leishmaniose Visceral (LV):

No período de 2017 a 2021 foram registrados 13.714 casos de LV no país, com média anual de 2.743 casos confirmados, sendo observada uma redução de 59% no número de casos no ano 2021 em comparação com 2017. A doença é autóctone em 24 Unidades Federativas do país, sendo ainda predominante na Região Nordeste, com 47,6% (6.534/13.714) do total de casos no período. Houve redução no coeficiente de incidência, passando de 2,0 casos por 100.000 habitantes no primeiro ano, para 0,8 casos por 100.000 habitantes no último ano de análise. No mesmo período foram notificados 1.158 óbitos por LV, com uma taxa de letalidade média anual de 9,3%. Foi estabelecida como meta no Plano Nacional de Saúde a redução do número de casos de leishmaniose visceral nos municípios prioritários, passando de 1.298 casos em 2018 para 1.038 casos até 2023. Em 2022, foram confirmados 437 casos de LV nos municípios prioritários. Como entrega intermediária, para o ano de 2022, foi elencada a implantação das coleiras impregnadas com inseticida em pelo menos 50% dos municípios prioritários, sendo que, 71 municípios já iniciaram o 1º ciclo de encoleiramento, representando 41,5% do total previsto para este ano, com um total de 328.163 coleiras distribuídas.

Os principais avanços em 2022 foram:

- Ampliação da distribuição das coleiras impregnadas com inseticida Deltametrina 4% aos municípios prioritários;
- Elaboração dos planos de intensificação da vigilância e controle da LV pelos municípios prioritários em conjunto com os estados;
- Realização de oficinas nos estados da Bahia e Tocantins para a estruturação da proposta de vigilância do óbito por causas evitáveis ou reduzíveis;
- Realização da campanha educativa em alusão à Semana Nacional de Controle e Combate às Leishmanioses; e
- Ações de cooperação humanitária por meio de doações de medicamentos para o tratamento das leishmanioses.

Gráfico 51 – Casos de leishmaniose visceral por região. Brasil, 2017 a 2021



Fonte: SVS/MS.

Raiva

No período de 2018 a 2022, foram confirmados 20 casos de raiva humana, incluindo um surto registrado no interior do estado do Pará, envolvendo agressões provocadas por morcegos hematófagos, que resultou em 10 óbitos, a maior parte deles em crianças.

Ressalta-se que o último caso de raiva humana provocada por cão, foi registrada em 2015, no estado do Mato Grosso do Sul, fronteira com a Bolívia. Assim, a raiva humana provocada por cão encontra-se controlada no Brasil, visto que os casos de raiva em cães e gatos, registrados a partir de 2016, têm sido identificados com variantes compatíveis com morcego ou canídeos silvestres. Em 2022 foi registrado um surto de raiva humana em uma aldeia indígena em Minas Gerais, que resultou na morte de quatro crianças, onde foi detectada a variante rábica 3 (V3).

Dentre as principais ações realizadas em 2022, destacam-se:

- Distribuição de imunobiológicos
- 1.572.263 doses de vacina antirrábica humana;
- 88.973 ampolas de soro antirrábico humano;
- 60.245 ampolas de imunoglobulina humana;
- 25.921.650 doses de vacina antirrábica canina;
- Publicação e ampla divulgação da nota técnica n.º 8/2022, sobre atualizações no Protocolo de Profilaxia pré, pós e reexposição da raiva humana no Brasil;

➤ Ação emergencial para inclusão do esquema de vacinação de profilaxia pré-exposição para comunidade indígena atendida pela Operação Gota (apoiados pela SESAI/MS e CGPNI/DEIDT/SVS/MS);

➤ Apoio prestado ao estado de Minas Gerais e ao Distrito Federal durante as investigações dos casos de raiva humana e nas ações de prevenção e controle;

➤ Monitoramento do plano de contingência da raiva nos estados do Mato Grosso do Sul e do Maranhão;

➤ Apoio no dia D de vacinação nacional contra a raiva canina nos municípios de fronteira Brasil-Bolívia: Corumbá/Ladário-MS (Termo de cooperação técnica).

Dengue

Para o ano epidemiológico de 2022 (Semanas Epidemiológicas de 01 a 52), foram notificados 1.420.259 casos prováveis (665,8 casos/100 mil hab.) da doença. Em comparação com o ano de 2019, houve redução de 8,1% de casos registrados para o mesmo período analisado. Quando comparado com o ano de 2021, ocorreu um aumento de 157,1% casos. A região Centro-Oeste apresentou a maior taxa de incidência de dengue, com 2.050,8 casos/100 mil hab., seguida das regiões: Sul (1.038,4 casos/100 mil hab.), Sudeste (518,8 casos/100 mil hab.), Nordeste (426,2 casos/100 mil hab.) e Norte (270,7 casos/100 mil hab.).

Até dezembro de 2022 foram confirmados 1.486 casos de dengue grave (DG) e 18.381 casos de dengue com sinais de alarme (DSA). Com relação aos óbitos, foram confirmados 1.017 óbitos por dengue, sendo 877 por critério laboratorial e 140 por critério clínico epidemiológico. Os estados que apresentaram o maior número de óbitos foram: São Paulo (284), Goiás (156), Paraná (112), Santa Catarina (88) e Rio Grande do Sul (66). Permanecem em investigação outros 164 óbitos.

Figura 3 – Distribuição do número absoluto de óbitos confirmados por dengue no Brasil, 2022

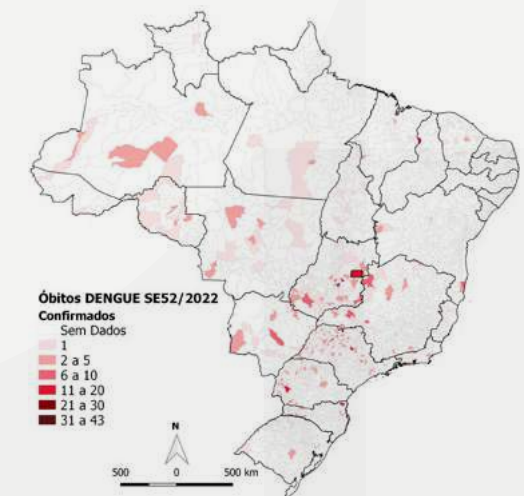
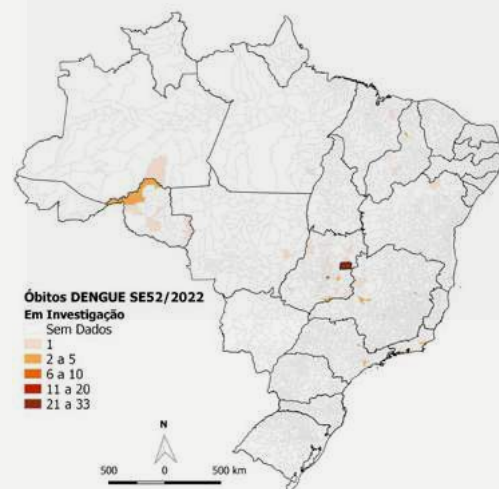


Figura 4 – Distribuição do número absoluto de óbitos em investigação por dengue no Brasil, 2022



Chikungunya

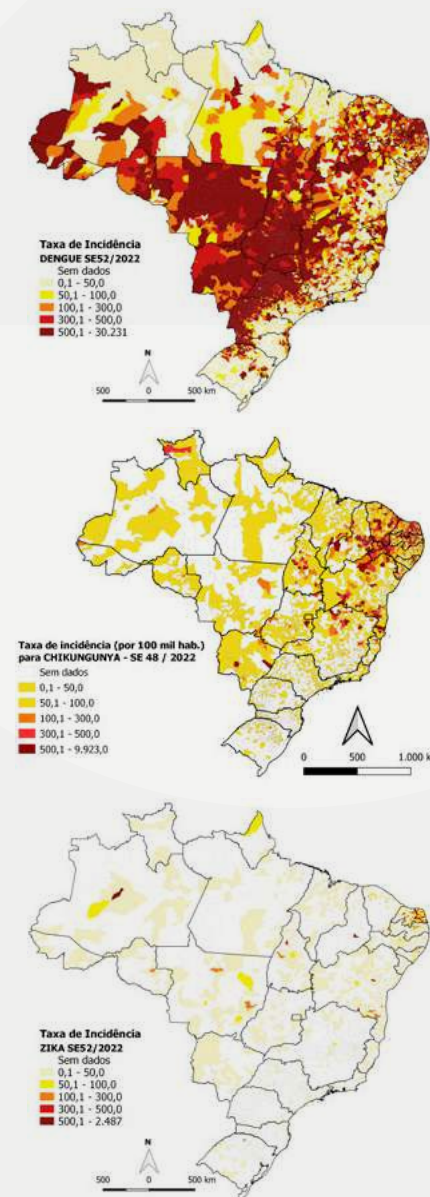
Até o final de 2022, ocorreram 175.956 casos prováveis de chikungunya (taxa de incidência de 82,5 casos por 100 mil hab.) no Brasil. Em comparação com o ano de 2019, houve aumento de 33,5% de casos registrados para o mesmo período analisado. Quando comparado com o ano de 2021, ocorreu um aumento de 80,4% casos. A região Nordeste apresentou a maior incidência (257,2 casos/100 mil hab.), seguida da Região Centro-Oeste (35,9 casos/100 mil hab.) e Norte (26,1 casos/100 mil hab.). De 2022 até momento, foram confirmados 100 óbitos por chikungunya, sendo 93 por critério laboratorial e 7 por critério clínico epidemiológico. Os estados que apresentaram o maior número de óbitos foram: Ceará (40), Paraíba (22), Goiás (9), Piauí (8) e Rio Grande do Norte (7). Permanecem em investigação outros 26 óbitos.

Zika

Com relação aos dados de Zika, ocorreram 8.692 casos prováveis em 2022, correspondendo a uma taxa de incidência de 4,1 casos por 100 mil habitantes no País. Em relação a 2019, os dados representam uma redução de 15,8% no número de casos do País. Quando comparado com o ano de 2021, observa-se um aumento de 28,7% no número de casos. Foi confirmado um óbito por Zika no país, ocorrido no estado de Goiás. Para o ano de 2022, a Região Nordeste apresentou a maior incidência (12,5 casos/100 mil hab.), seguida das Regiões Norte (3,4 casos/100 mil hab.) e Centro-Oeste (1,8 casos/100 mil hab.).

Até a SE 52 (31 de dezembro) foram registrados 588 casos prováveis de Zika em gestantes, destes 189 foram confirmados. Os estados que mais confirmaram casos de Zika em gestantes foram Rio Grande do Norte (42), Alagoas (37), Bahia (26), Paraíba (21) e Tocantins (10), concentrando 71,9% dos casos em gestantes no Brasil.

Figura 5 – Distribuição da taxa de incidência de dengue, chikungunya e zika por município, Brasil, 2022



Febre Amarela

No Brasil, entre julho de 2014 e junho de 2022, foram notificadas 26.354 epizootias em primatas não humanos (PNH) suspeitas de Febre Amarela (FA), das quais 2.184 foram confirmadas laboratorialmente. No mesmo período, 16.286 casos humanos suspeitos foram notificados e 2.294 foram confirmados, com 784 óbitos e letalidade de 34,1%. Após a emergência da FA na região Sudeste, quando foram registrados os maiores surtos pela doença desde a descrição do ciclo silvestre de transmissão na década de 1930, o vírus continuou a se dispersar pelo território, e atualmente circula na Região Sul do país. Em 2020, uma nova reemergência do vírus a partir da região Amazônica foi registrada na região Centro-Oeste e em Minas Gerais, com transmissão documentada entre PNH. O monitoramento anual 2021/2022 representa o oitavo ano consecutivo de transmissão do vírus na região extra-amazônica desde o início da reemergência, no monitoramento 2014/2015. Em 2022, foram confirmados três casos humanos e dois óbitos (letalidade de 66,6%) e confirmadas dez epizootias de primatas não humanos.

A estimativa de cobertura vacinal da vacina febre amarela (VFA) entre os anos de 1994 e 2021 é de 86%. Porém, após a ampliação da vacina febre amarela para todo país no ano de 2020, a Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunização (CGPNI) realizou em 2022 a "Ação Integrada e Estratégica para apoiar os estados da Região Nordeste na elaboração de Planos de Ação e Priorização de Áreas para implantação da vacina Febre Amarela; Aumento progressivo da Cobertura Vacinal e da Vigilância de Eventos Adversos Possivelmente Associados à Vacina e fortalecimento da Vigilância Integrada Humana e Animal com a incorporação de tecnologia e inovação" na região nordeste, visando fortalecimento das ações em imunização e o aumento das coberturas vacinais, com o objetivo de proteger a população alvo, entre 9 meses a 59 anos de idade, contra a doença.

O Ministério da Saúde realizou a doação de 2 milhões de doses da vacina da febre amarela (atenuada) à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a fim de apoiar a cooperação humanitária nos países das Américas com o intuito de aumentar as coberturas vacinais e o controle de surtos da doença.

Principais Ações:

Destacam-se as principais ações realizadas em 2022 para o combate às arboviroses urbanas e silvestres:

- Instalação da Sala de Situação Nacional de arboviroses (SSARBO) urbanas.
- Reunião técnica para Capacitação de 27 colaboradores estaduais como parte do projeto Fortalecimento da Vigilância das Arboviroses no Brasil, no período de 4 a 7/10/2022.
- Atualização do Plano de Contingência às Emergências de Arboviroses urbanas (dengue, chikungunya e Zika).
- Reunião Nacional de Vigilância e Controle das Arboviroses.
- Elaboração e desenvolvimento do sistema de informação e de Gestão das Arboviroses (SIGARB).

O MS tem apoiado e financiado projetos de pesquisa e inovação tecnológica com a proposta de incorporação, implantação e integração de novas tecnologias e inovações para vigilância, assistência e controle das Arboviroses no Brasil. Dentre os principais projetos, se destacam: Projeto REPLIK; Projeto Wolbachia; Projeto ARBOALVO; Projeto Utilização da técnica do inseto estéril na redução da população de *Aedes*; Projeto das Estações Disseminadoras de Larvicidas com resultados analisados; Projeto SISS-GEO; e Ampliação do Projeto InfoDengue.

Hiv/Aids

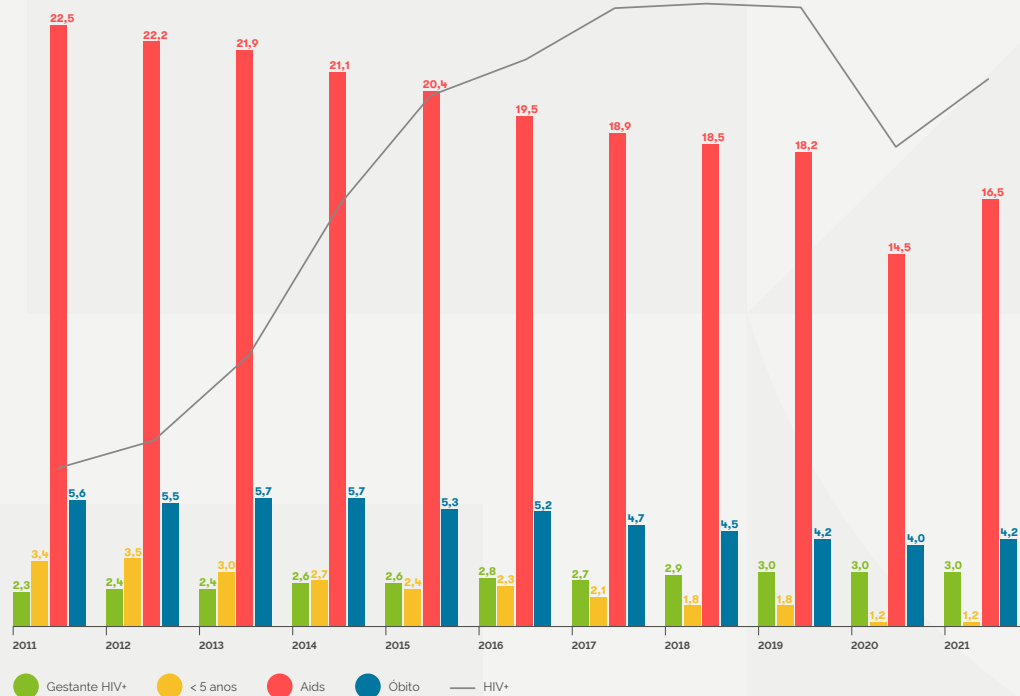
A notificação do HIV passou a ser compulsória, no Brasil, no ano de 2014. Com isso, o aumento da notificação do HIV, indica que a rede de vigilância vem absorvendo, gradativamente, as recomendações técnicas para a melhoria da informação e a diminuição da subnotificação. A epidemia do HIV é concentrada em subgrupos populacionais mais vulneráveis, com prevalências acima de dois dígitos entre homens que fazem sexo com homens (HSH), travestis e mulheres trans. Entre mulheres profissionais do sexo a prevalência estimada encontra-se em torno de 5%.

Entre 2007 e 2021, foram notificados no Sinan 381.793 casos de HIV, dos quais, 40.880 novos casos foram diagnosticados em 2021. No período de 1980 a junho de 2022, 1.088.536 casos de aids foram detectados no país. Entre 2011 e 2021 há redução nas taxas de detecção de aids no sexo feminino em todas as faixas etárias. Entre os homens, nos últimos dez anos, há incremento na taxa de detecção de aids nas faixas de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos (45,9% e 26,2%, respectivamente). Importante destacar a atualização, em 2022, do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de PrEP, que ampliou a faixa de idade de indicação da profilaxia para pessoas acima de 15 anos.

De modo geral, a tendência de queda, quando analisado por um período mais longo, pode estar associada a medidas mais efetivas de prevenção e tratamento, como, por exemplo, a adoção da estratégia de tratamento para todos com início imediato de ARV para todas as pessoas com diagnóstico positivo para HIV e com a ampliação da oferta de medidas de prevenção a partir da estratégia da prevenção combinada, que prevê intervenções biomédicas, comportamentais e programáticas.

No período de 2000 até 2021, foram notificadas no país 149.591 gestantes infectadas com HIV, das quais 8.323 no ano de 2021, com uma taxa de detecção de 3,0/mil nascidos vivos. O aumento da taxa de detecção pode ser explicado, em parte, pela ampliação do diagnóstico no pré-natal e a melhoria da vigilância na prevenção da transmissão vertical do HIV. Em relação à taxa de aids em menores de 5 anos, observou-se queda em todo o Brasil nos últimos dez anos, a qual passou de 3,4 casos/100 mil habitantes em 2010 para 1,2 casos/100 mil habitantes em 2021, o que corresponde a uma redução de 66%.

Gráfico 52 – Taxas de detecção de aids; aids em menores de 5 anos; infecção pelo HIV em gestantes; coeficiente de mortalidade por aids e número de casos de HIV no Brasil



Fonte: SINAN/SVS/MS.

No tocante a mortalidade por aids, observa-se uma tendência de queda significativa nos últimos dez anos. O Brasil apresentou queda de 24,6% no coeficiente de mortalidade padronizado, que passou de 5,6 em 2011 para 4,2 óbitos por 100 mil habitantes em 2021. No ano de 2021 o país apresentou 11.238 óbitos por aids, com provável impacto da pandemia da covid-19. A redução da mortalidade por aids é uma das prioridades do DCCI, que tem metas monitoradas e pactuadas tripartite e que constam no Plano Nacional de Saúde e na Programação Anual de Saúde nas

três esferas da gestão do SUS. A coinfeção TB e HIV, responde por mais de 25% dos óbitos por aids e dentre as pessoas com coinfeção TB-HIV, em 2021, apenas 46,5% realizaram terapia antirretroviral (TARV) durante o tratamento da TB. Iniciar o tratamento do HIV em pessoas com coinfeção TB-HIV de forma oportuna e manter a vinculação das pessoas à rede de atenção e a adesão à TARV são recomendações fundamentais para diminuir a morbimortalidade nessa população.

Gráfico 53 – Coeficiente de mortalidade padronizado por aids, Brasil 2011 - 2021

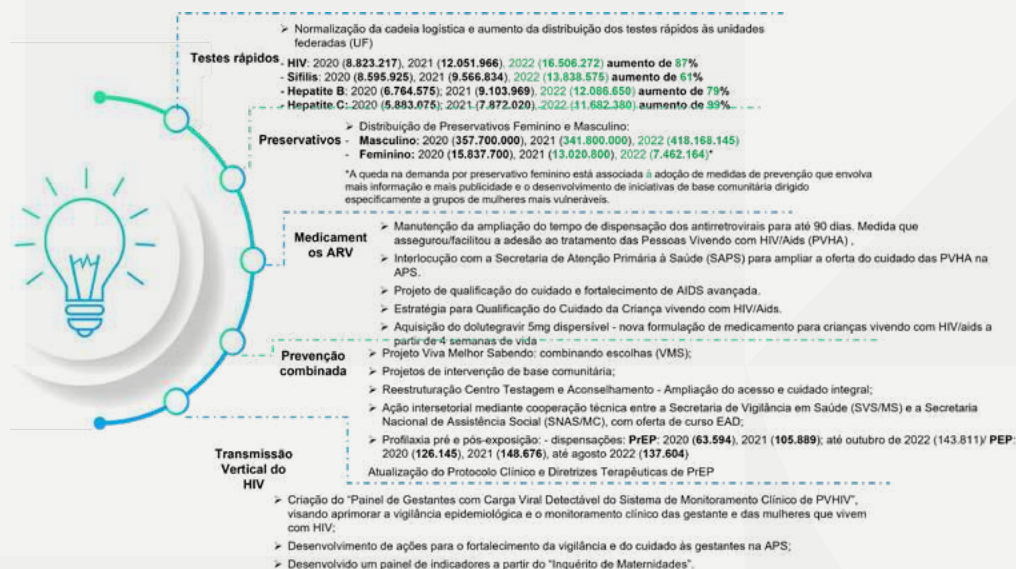


Fonte: SIM/SVS/MS.

No que tange a resposta ao HIV/Aids, o ano de 2021 foi marcado por duas situações convergentes no campo da saúde pública mundial e no âmbito nacional. O desafio de vencer a expansão da pandemia SARS COV-2 e seus efeitos sobre o controle do HIV/Aids e os avanços relativos em relação ao controle funcional da aids.

É importante destacar que foram adotadas medidas para minimizar e controlar o impacto da pandemia na rede de serviços que atende as pessoas que vivem com HIV/Aids, reorganizando fluxos e orientando as estruturas locais para que se evitassem qualquer tipo de impacto na vigilância, prevenção e assistência, sobretudo em relação ao acesso aos medicamentos, ao diagnóstico e aos insumos de prevenção.

Figura 6 – Medidas para minimizar e controlar o impacto da pandemia na rede de serviços que atende as pessoas que vivem com HIV/Aids.

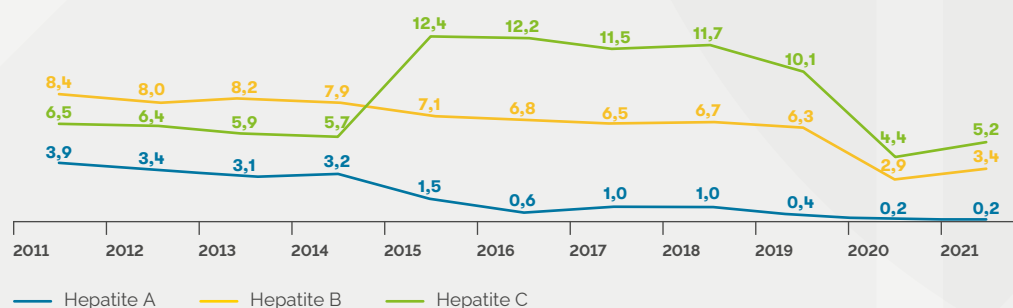


Hepatites Virais

No Brasil, entre os anos de 2000 e 2021, foram diagnosticadas 264.640 pessoas com o vírus da hepatite B (HBV) e 279.872 com o vírus da hepatite C (HCV). Essas infecções são as principais causas de doença hepática crônica, cirrose hepática e carcinoma hepatocelular. A carga de doenças resultante das hepatites virais e o próprio agravamento por si só representam um desafio de saúde pública para o SUS.

A hepatite A teve 168.175 casos notificados e taxa de incidência de 0,2/100 mil habitantes em 2021. Há uma melhora relativa da situação de saúde relacionada as hepatites virais, em parte decorrente da melhora no sistema, provimento de água tratada e saneamento no país, da retomada de ações voltadas ao combate e controle das hepatites após o período pandêmico, e das tecnologias disponibilizadas na rede pública.

Gráfico 54 – Taxa de incidência de hepatite A e taxas de detecção de hepatite B e C segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2011 a 2021

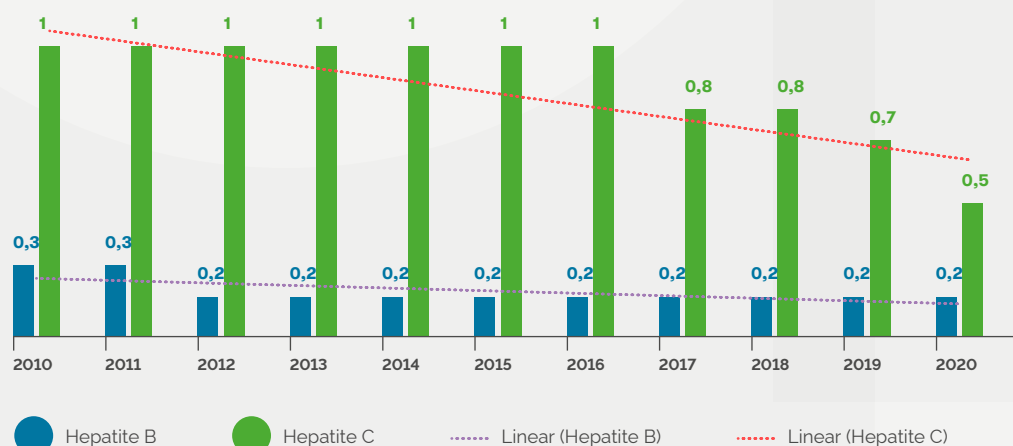


Fonte: SINAN/SVS/MS.

Quanto a mortalidade por hepatites virais no Brasil, de 2000 a 2020, foram identificados, pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), 82.169 óbitos por causas básicas e associadas às hepatites virais dos tipos A, B, C e D. Desses,

1,6% foram associados à hepatite A; 21,3% à hepatite B; 76,2% à hepatite C e 0,9% à hepatite D. Destaca-se que a obtenção das informações de mortalidade tem "gap" de dois anos, por isso a informação se refere a 2020.

Gráfico 55 – Hepatites B e C: Coeficiente de mortalidade por 100 mil habitantes. Brasil, 2010 – 2020



Fonte: SIM/SVS/MS.

A prevenção e eliminação da hepatite A estão diretamente relacionadas à melhoria no saneamento, no controle da água e na vigilância sanitária de alimentos in natura. Também se torna importante salientar que a principal medida de prevenção e controle da hepatite B é o aumento da cobertura vacinal. Dada a característica da exposição sexual da hepatite B, é medida necessária e urgente o foco nas ações de prevenção específicas em grupos populacionais mais vulneráveis, sobretudo em mulheres em idade reprodutiva, no intuito de evitar a transmissão vertical do agravo. Em 2016, estimava-se que, no Brasil, cerca de 657 mil pessoas estavam infectadas pelo vírus da hepatite C. A principal via de transmissão da hepatite C é o contato com sangue contaminado, mas não se deve desconsiderar eventuais infecções por via sexual. A resposta à hepatite C está centrada na universalização do tratamento, que cura mais de 95% das infecções, e consequentemente em sua eliminação.

O ano de 2022, além de toda a dificuldade pré-existente para a realização de novos diagnósticos de hepatites, confrontou-se com os impactos tardios da pandemia de covid-19. Esse impacto é observado na queda do número de notificações e no número de tratamentos ofertados e seu efeito é mais evidente na hepatite C, que dispõe de tratamento curto e finito e que é dependente de novos diagnósticos para refletir aumento no número de pessoas tratados. Entre 2015 e 2021, 148.855 pessoas receberam tratamento para hepatite C com os novos antivirais de ação direta (DAA), isto é, em média 21.265 pessoas por ano.

Contudo, durante o ano de 2022 o Brasil tratou somente 17.082 pessoas, em consequência da dificuldade de encontrar as pessoas com a infecção, mesmo após a retomada das ações estratégicas pela Rede. Outro fator que deve ser considerado sobre a dificuldade de aumentar o número de pessoas tratadas, está relacionado a estimativa da prevalência assumida em 2017, onde 0,7% das pessoas entre 18 e 65 anos possuíam anti-HCV reagente. Essa estimativa foi realizada a partir de um modelo de progressão de doença (Markov) e está em processo de atualização, que dependendo do resultado final, pode ocasionar a revisão da meta do Plano Nacional de Saúde.

Em 2022 foram distribuídos mais de 11 milhões de unidades de medicamentos para a hepatite B. Em março foi efetuada a primeira distribuição do medicamento tenofovir alafenamida, nova tecnologia incorporada para pacientes que possuem contraindicação as terapias já disponibilizadas. Portanto, infere-se que foi possível garantir a manutenção do acesso ao tratamento contínuo e propiciar mais uma alternativa terapêutica. Todavia, cumpre informar que desde 2015 há uma queda gradual, porém importante, das coberturas das vacinas pentavalente e hepatite B em crianças até 30 dias. Reforça-se a necessidade de o desenvolvimento de novas estratégias para garantir melhor desempenho dos indicadores relacionados à infecção pelo vírus B da hepatite (HBV).

O Brasil vem evoluindo no enfrentamento às hepatites virais, sendo uma das políticas de saúde mais acessíveis do mundo nesta área, disponibilizando, por meio do SUS, um rol de procedimentos, insumos e medicamentos voltados à prevenção, diagnóstico, tratamento e seguimento das pessoas com hepatites virais.

Em 2022, o Brasil apresentou sua experiência como piloto na validação dos instrumentos e métodos que futuramente serão utilizados para certificar a eliminação das hepatites virais ao redor do mundo na Cúpula Mundial de Hepatites em Genebra. Dentre as ações que sustentam a resposta brasileira as hepatites virais destacam-se:

- Lançamento do curso "A Enfermagem no Contexto da Hepatites Virais";
- Realização do seminário comemorativo dos 20 anos do Programa Nacional de Hepatites Virais, com vistas a avaliar a trajetória e os avanços do programa com a presença de diversos atores;
- Atualização das diretrizes para o tratamento da hepatite B por meio da Nota Técnica n.º 122;

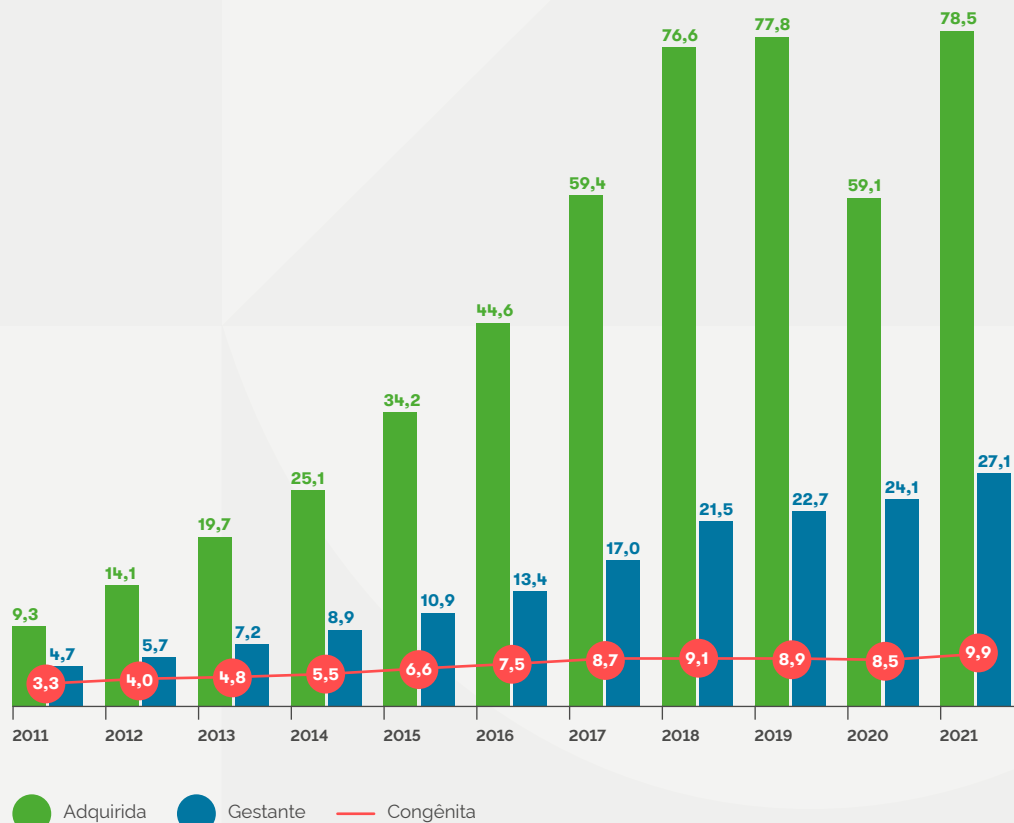
- Atualização das diretrizes para o tratamento da hepatite C por meio do Ofício-Circular n.º 6;
- Realização do I Seminário para ampliação e qualificação da atenção ao HIV/AIDS, às hepatites virais e a outras Infecções Sexualmente Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde;
- Primeira distribuição do medicamento tenofovir alafenamida incorporado para o tratamento da hepatite B;
- Conclusão do projeto "Procura-C", sobre a avaliação da tecnologia de teste rápido para hepatite C por fluido oral;
- Conclusão do Edital PNUD 001/2021 com Organizações da Sociedade Civil para a eliminação das hepatites;
- Aprovação do novo PCDT para hepatite B na Conitec.

Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

A sífilis adquirida, a sífilis em gestante e a sífilis congênita são agravos de notificação compulsória universal, e a síndrome do corrimento uretral masculino é de notificação sentinela, portanto, estão entre as prioridades da vigilância e controle do Ministério da Saúde. Importante destacar a integração de ações entre vigilância e atenção primária em saúde, a exemplo da incorporação de indicadores no programa Previne Brasil, produção e difusão de conteúdos em educação permanente, descentralização da testagem rápida HIV/Sífilis e incorporações tecnológicas voltadas ao diagnóstico e tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Ao longo da série histórica, as taxas de detecção de sífilis adquirida apresentaram crescimento contínuo até 2019. Em 2020, observa-se declínio na taxa de detecção de 24% em relação a 2019, em decorrência do impacto da pandemia por covid-19 no acesso das pessoas aos serviços de saúde. No entanto, em 2021, a taxa de detecção de sífilis adquirida manteve a tendência discreta de crescimento, observada na fase anterior pré-pandemia, com 78,5 casos por 100.000 habitantes. No período de 2011 a junho de 2022, foram notificados no SINAN um total de 1.115.529 casos de sífilis adquirida, dos quais 51,0% ocorreram na Região Sudeste, 22,1% no Sul, 14,0% no Nordeste, 6,9% no Centro-Oeste e 6,0% no Norte.

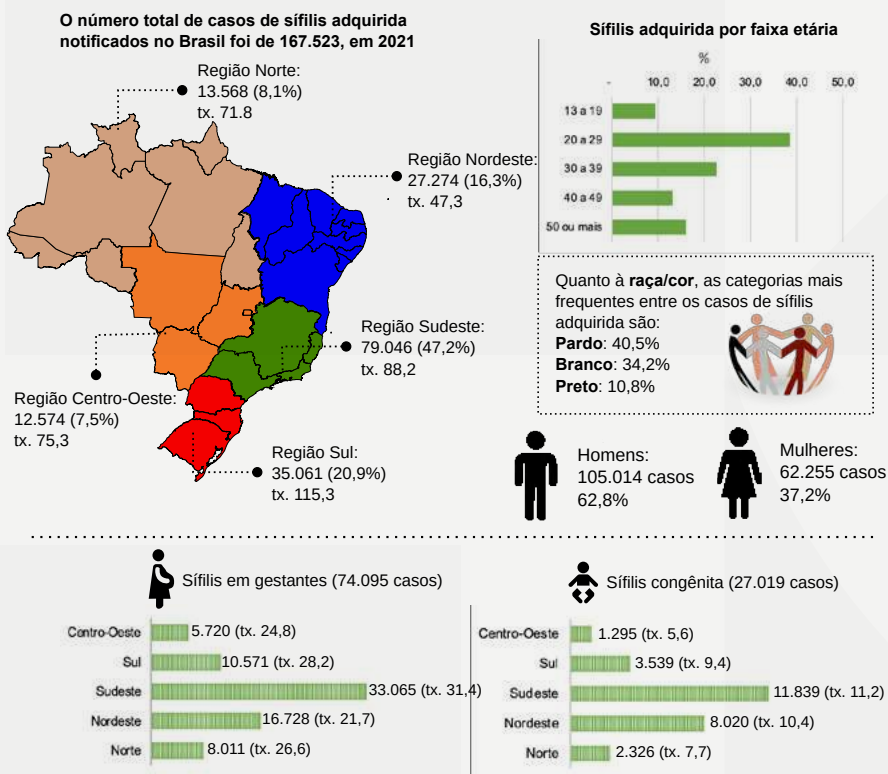
Gráfico 56 – Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2021



Fonte: SINAN/SVS/MS.



Figura 7 – Situação atual da sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita para algumas variáveis selecionadas, ano 2021



No período de 2005 a 2022, foram notificados no Sinan 535.034 casos de sífilis em gestantes, dos quais 45,3% eram residentes na Região Sudeste, 21,4% na Região Nordeste, 14,6% na Região Sul, 10,3% na Região Norte e 8,4% na Região Centro-Oeste. O número total de casos notificados no Brasil em 2021 foi de 74.095. Em relação ao momento do diagnóstico de sífilis, observa-se que, em 2021, cerca de 63,0% das mulheres grávidas foram diagnosticadas no primeiro ou segundo trimestres de gestação, ou seja, em tempo oportuno para iniciar o tratamento e evitar

a transmissão vertical. Ao longo da série histórica, nota-se positivamente que o percentual de gestantes com diagnóstico de sífilis no primeiro trimestre tem aumentado, passando de 23,1% em 2011 para 42,2% em 2021.

O enfrentamento as infecções sexualmente transmissíveis (IST) pressupõe o desenvolvimento de ações interfederativas, intersetoriais e integradas. A integração das ações de vigilância com as ações programadas pela atenção primária (APS) são de extrema relevância do

ponto de vista da saúde pública para controle das IST. A seguir estão elencadas as principais ações executadas em 2022:

- Aprovação tripartite do "Pacto Nacional para a Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas";
- Publicação e distribuição de Fluxogramas para Manejo Clínico das IST para o conjunto de Unidades de Atenção Primária em saúde e serviços de atenção especializada;
- Difusão do Protocolo Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT – IST) desenvolvidos e ofertados cursos de extensão em formato EAD;
- Efetivação da Rede Piloto de biologia molecular para detecção de CTNG promovendo o rastreamento nacional e tratamento adequado a síndrome do corrimento uretral, doença inflamatória pélvica e rastreamento de clamídia e gonorreia.
- Apoio para melhoria da infraestrutura de 20 laboratórios visando a qualificação do parque tecnológico destinado à vigilância das IST em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte;
- Assistência farmacêutica de insumos de prevenção e medicamentos para tratamento de IST, com a implementação de controle permanente e digitalizado de estoques, além da realização de compras centralizadas, remanejamentos e distribuição territorial de maneira solidária e cooperativa.

- Revisão de componentes da Relação Nacional de Medicamentos, com a incorporação de tratamentos contidos nos PCDT IST e PCDT-TV; e de testes, tais como teste rápido Duo (HIV/Sífilis), teste rápido de Hepatite C, exame de Carga Viral rápida de HIV rastreamento, diagnóstico e tratamento dos casos no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- A promoção de ações para implantação da Linha de Cuidado do HTLV no SUS, também foi uma iniciativa desenvolvida pelo DCCI. Foi realizado encontro nacional com especialistas e Sociedade civil sobre a temática para sensibilização e definição de plano de trabalho conjunto, que gerou a atualização do Guia de manejo clínico da infecção pelo HTLV.
- Apoio técnico para ampliação do uso da vacina de HPV. Anteriormente, a indicação para PVHIV era de 9 aos 26 anos, alterou para PVHIV de 9 aos 45, tanto para homens quanto para mulheres;
- Realizada a Mostra "Sífilis: História, Ciência, Arte" no Rio de Janeiro com objetivo de difundir conhecimento sobre a doença que atinge mais de 7 milhões de pessoas por ano em todo o mundo. Apresenta três vertentes principais da sífilis, parte com registros históricos, parte sobre os aspectos científicos e por último a representação da sífilis em obras de arte;

- Realização de campanhas nacionais de prevenção as IST que motivaram e provocaram reações em cadeia nos níveis estadual e municipal:



- Curso de extensão em Infecções Sexualmente Transmissíveis no âmbito das Américas. Público-alvo, profissionais de saúde, número de inscritos 10.380, número de pessoas que concluíram o curso 2.407. Versão Inglês, número de inscritos 863, número de pessoas que concluíram e avaliaram 121. Versão espanhol, número de inscritos 1771, número de pessoas que concluíram e avaliaram 237;
- Curso de extensão na formação e disseminação dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas produzidas pelo Ministério da Saúde. Público-alvo, profissionais de saúde, número de inscritos 2.189, número de pessoas que concluíram e avaliaram o curso 870;
- Curso de Educação à distância (EAD) para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, sífilis e Hepatites Virais, desenvolvido em parceria com OPAS e Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFSCPA). Público alvo profissionais de nível superior, número de inscritos 9.430, número de pessoas que concluíram 1584;

- Webinar sobre os capítulos e temas do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT-IST). Acessado por 77.000 pessoas, nas 27 unidades federativas brasileiros, e em 27 outros países;

- I Seminário de Enfermagem e das Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis: ampliando acesso ao cuidado (10 e 11 de maio de 2022);

- Realização do 1º Seminário para ampliação e qualificação da atenção ao HIV/aids, às hepatites virais e a outras Infecções Sexualmente Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde (APS) (22 e 23 de setembro/2022);

- Apoio a realização do XV Simpósio Internacional sobre HTLV no Brasil - 8,9 e 10 de novembro 2022. Campo Grande - MS.

Importante salientar que todas as ações relacionadas ao controle das infecções sexualmente transmissíveis, em particular, o controle da transmissão materno-infantil (transmissão vertical), coadunam-se com os objetivos e ações transversais do programa multisetorial da primeira infância. O pacto tripartite pelo controle e eliminação da transmissão vertical do HIV, sífilis, hepatite B e Chagas como problema de saúde pública, constituiu-se em referência programática para estados e municípios prioritários que apresentam maiores prevalências. Para o alcance do controle e da eliminação da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV, foi instituída a certificação dos municípios que alcançaram as metas de impacto e de processo para eliminação, conforme critérios e indicadores estabelecidos nacionalmente, em consonância com a Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial da Saúde. Em dezembro de 2022, 43 municípios receberam a certificação de eliminação e/ou de selo de boas práticas rumo à eliminação da transmissão vertical da sífilis e/ou do HIV. O documento do pacto pode ser acessado no link:

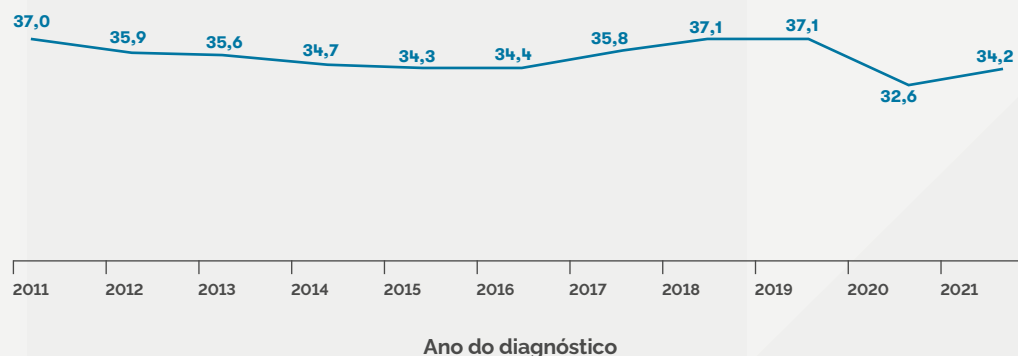


Tuberculose

O Brasil integra a lista de 20 países com maior número de casos estimados de tuberculose (TB) e de coinfeção TB-HIV. Por isso, o país é considerado prioritário pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o controle da doença no mundo.

Embora tenha sido observada tendência de queda entre os anos de 2011 e 2016, o coeficiente de incidência da TB no país aumentou entre os anos de 2017 e 2019. Entre 2019 e 2020 foi observada queda acentuada do coeficiente de incidência (de 37,1 casos /100.000 habitantes em 2019 para 32,6 casos/100 mil habitantes em 2020), relacionada ao impacto da pandemia de covid-19. Em 2021, foram diagnosticados 72.874 casos novos de TB no país - coeficiente de incidência de 34,2 casos/ 100.000 habitantes - ainda inferior ao coeficiente de incidência observado em 2018 e 2019.

Gráfico 57 – Coeficiente de incidência de tuberculose (por 100 mil hab.). Brasil, 2011 a 2021

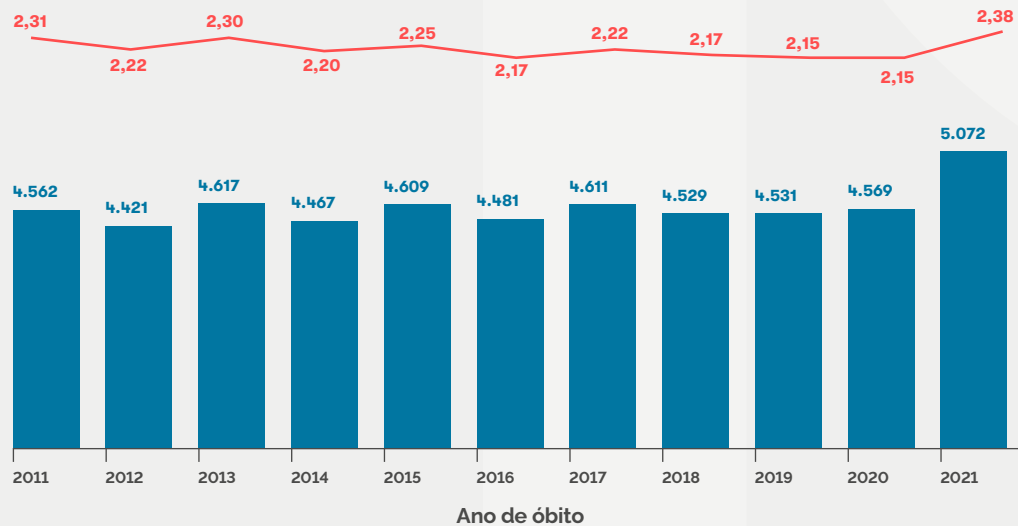


Fonte: SES/MS/Sinan e IBGE. Atualizado em novembro de 2022. Dados preliminares, sujeitos a revisão.

Quanto ao coeficiente de mortalidade, entre 2011 e 2021 observou-se uma variação de 4.562 a 5.072 óbitos. Após 5 anos sem mudanças

nesse indicador, o coeficiente de mortalidade aumentou em 2021 para 2,38 óbitos por 100 mil habitantes, mesmo patamar observado em 2015.

Gráfico 58 – Coeficiente de mortalidade de tuberculose. Brasil, 2011-2021



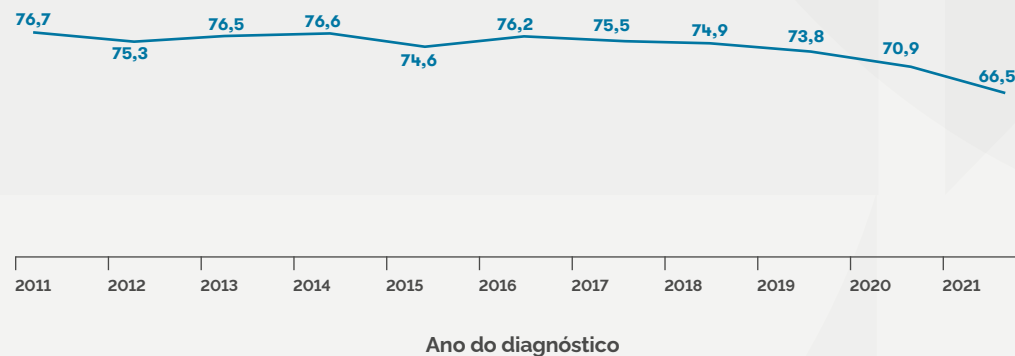
● Número de óbitos — Coeficiente de mortalidade

Fonte: SIM/MS e IBGE. Dados preliminares, sujeitos a revisão.

Em relação ao encerramento dos casos em tratamento nos últimos anos, cabe destacar que o valor para o ano de 2020 ainda é preliminar e está sujeito a alterações, devendo ter sido

influenciado pela pandemia de covid-19, e que os dados sobre desfecho dos casos de 2021 serão divulgados em março de 2023, por meio do boletim epidemiológico da tuberculose.

Gráfico 59 – Percentual de cura dos casos novos pulmonares confirmados por critério laboratorial. Brasil, 2011-2021



Fonte: SES/MS/Sinan e IBGE. Dados preliminares.

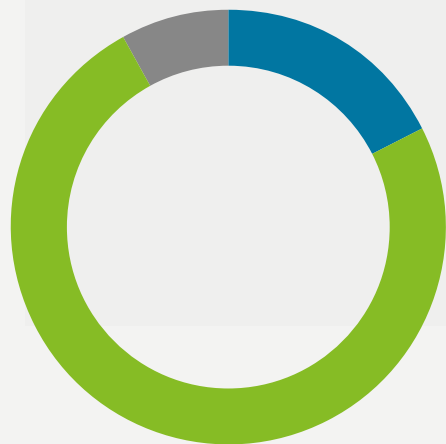
Entre as ações desenvolvidas pela Ministério da Saúde para enfrentamento da TB em 2022, destacamos:

> Disponibilização de novas tecnologias: interferon gamma release assay - IGRA, para detecção da Infecção Latente da Tuberculose (ILTb); e a mycobacteria growth indicator tube (MGIT), para redução do tempo para a confirmação laboratorial dos casos de TB sensível e resistente aos fármacos;

> Capacitação da rede de referência laboratorial para realização do Line Probe Assay (LPA) e elaboração de cursos de manejo clínico para micoses endêmicas e para TB, ILTB e TB-HIV; e

> Parcerias para desenvolvimento de projetos sobre TB droga resistente (TBDR), controle de infecção, iniciativas territoriais de prevenção e cuidado à TB e mobilização social e advocacy em pesquisas de TB.

Gráfico 60 – Investimento por área em pesquisa e projetos estratégicos em Tuberculose, 2022



17,5

Engajamento da sociedade Civil

74,6

Operacional/Implementação

7,9

Divulgação Científica

Fonte: CGDR/DCCI/SVS/MS. Dados Preliminares.

Além do investimento em pesquisa e projetos estratégicos, a parceria com o Hospital Moinhos de Vento por meio do PROADI-SUS possibilitou um investimento de R\$ 4.230.904,21 no Estudo Epidemiológico Sobre a Prevalência Nacional de Agentes Respiratórios em Crianças e Adolescentes (TB Ped) por aquela instituição. O estudo encontra-se em andamento.

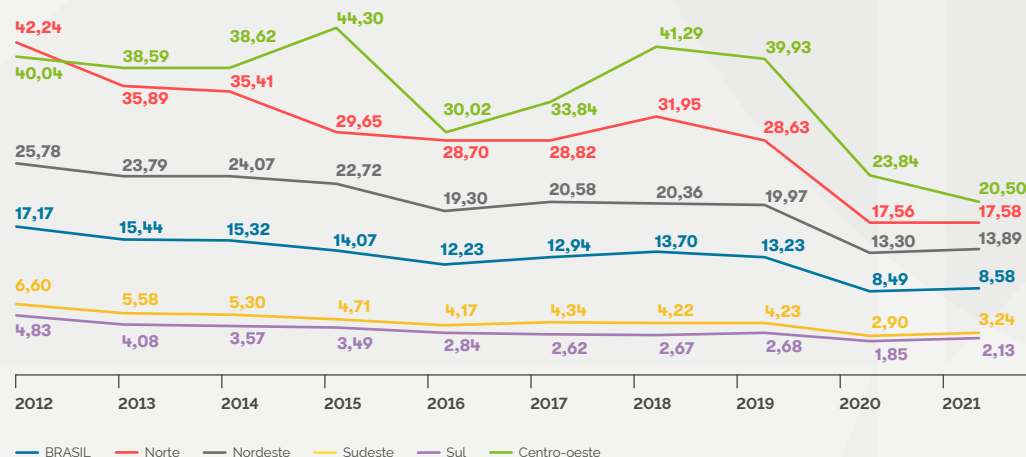
Para 2023, os esforços seguirão alinhados e comprometidos com a visão do Brasil livre da TB e com vigilâncias estabelecidas para Micoses Endêmicas e MNTs. Tem-se como prioritário o investimento robusto e sustentável pelo fim da TB - sobretudo da TBDR - e respectivos determinantes sociais. O desenvolvimento tecnológico e o aperfeiçoamento de gestores, equipes e serviços federais, estaduais e municipais, são valores estratégicos e, portanto, permanentes.

HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença infecciosa, transmissível e de condição crônica, que ainda persiste como problema de saúde pública no Brasil. Ocorre majoritariamente em grupos populacionais vulneráveis, principalmente as populações mais pobres, e em países em desenvolvimento e faz parte do rol de Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN), previstos nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis da Organização das Nações Unidas (ONU) para eliminação como problema de saúde pública até 2030.

Nos dois últimos anos, 2020 e 2021, a redução no número de casos foi de cerca de 35%, o que pode estar relacionada ao impacto da pandemia da covid-19. Portanto, as restrições impostas pela pandemia afetaram a realização das ações, impactando consideravelmente os indicadores operacional e epidemiológico da hanseníase, sobretudo a detecção de casos novos.

Gráfico 61 – Taxa de detecção geral de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes por regiões do Brasil, 2010 a 2021

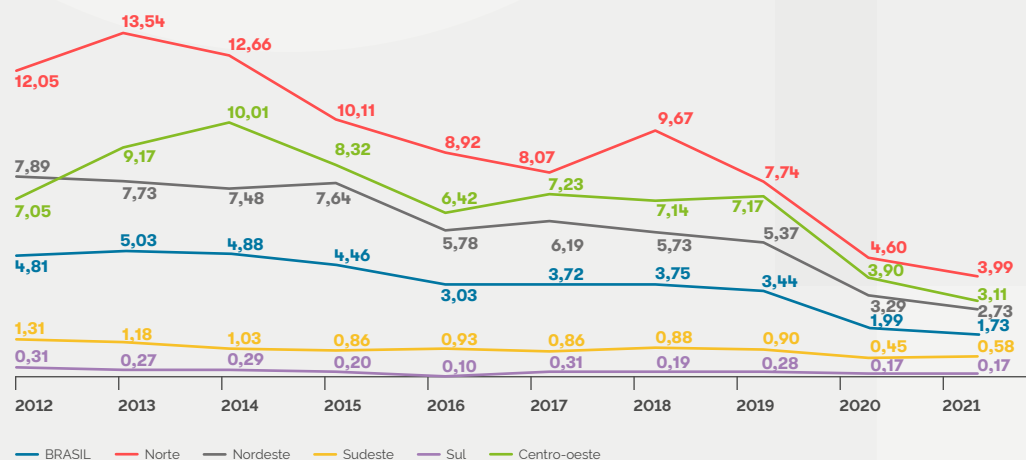


Fonte: SINAN/SVS/MS.

A taxa de detecção de casos novos em menores de 15 anos é um importante indicador, pois mede a transmissão recente da doença. Esse indicador no Brasil vem apresentando redução ao longo

dos anos, sendo que essa redução foi acentuada nos períodos da pandemia de covid-19, cerca de 50%. As Regiões Norte e Nordeste se destacaram com as maiores taxas, superando a taxa do Brasil.

Gráfico 62 – Taxa de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos (100 mil habitantes). Brasil e regiões, 2012 a 2021



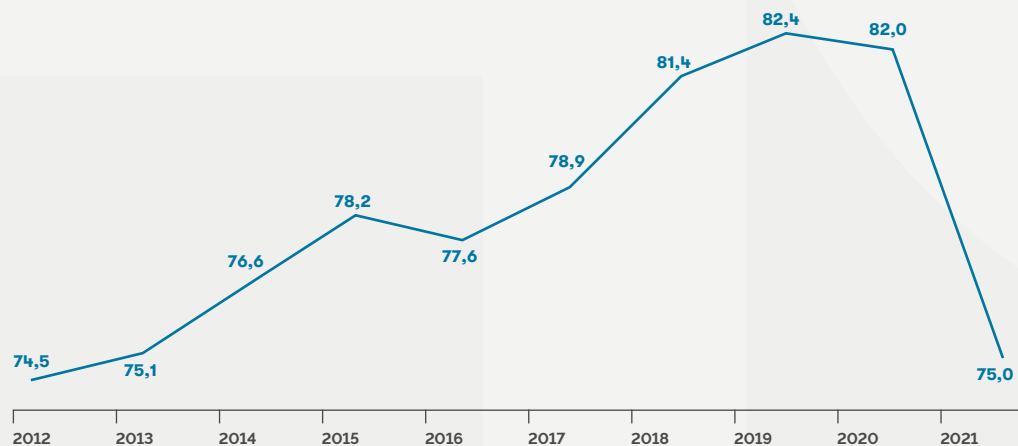
Fonte: SINAN/SVS/MS.

A investigação de contatos é a principal estratégia da vigilância e do diagnóstico precoce de casos, sobretudo em menores de 15 anos de idade, o que contribui para a interrupção da cadeia de transmissão, visto que grupo de maior risco de adoecer por hanseníase é o contato. Tendo em vista a relevância deste indicador, incluiu-se nos instrumentos de gestão, Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) e Plano Nacional da Saúde 2020 – 2023, no objetivo estratégico "reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de

prevenção e controle". A meta estabelecida foi "aumentar para 85% a proporção de contatos examinados dos casos novos de hanseníase" até o final do plano.

Considerando que o indicador de contatos se remete aos anos da coorte, os resultados são visualizados nos anos seguintes, portanto a redução pelo impacto da covid-19, reflete-se nos dados de 2021 e, possivelmente, manter-se-á em 2022.

Gráfico 63 – Proporção de contatos avaliados nos anos das coortes, no Brasil, de 2012 a 2021



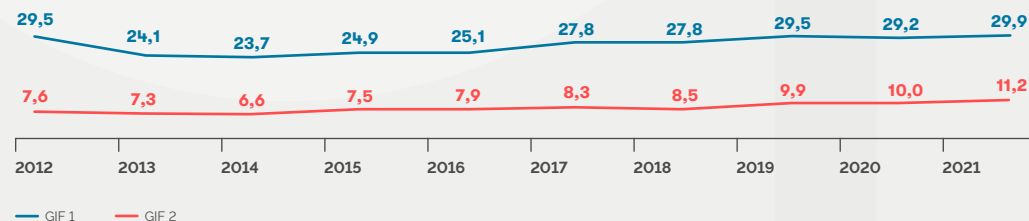
Fonte: SINAN/SVS/MS.

A incapacidade é o desfecho mais perverso da hanseníase, pois inviabiliza o trabalho, dificulta as atividades do dia a dia, acarreta consequências para toda a família, comprometendo parte significativa da renda pessoal e familiar e agravando as condições de vida. A hanseníase é uma doença com alto poder incapacitante, os indicadores de incapacidade física se mostram relevantes para avaliar a detecção precoce. Assim, na contramão das reduções apresentadas nos demais indicadores referidos, as proporções de casos novos com Grau 1 ou 2 de Incapacidade Física (GIF 2 e GIF 1) vem apresentando aumento ao longo da série histórica de 2012 a 2021, o que indica que o diagnóstico ocorre de forma tardia.

A taxa de GIF 2 em casos novos, por sua vez, foi o indicador contemplado nas metas da Estratégia Nacional de Enfrentamento da Hanseníase 2019 -2022 (ENH) que previu a redução ao final 2022, passando de 10,08 para 8,83 casos em 1 milhão de hab. Comparando os anos, 2019 e 2021, para os quais alcançou-se a taxa de 11,2 e 8,14 casos por 1 milhão habitantes, considera-se que esse resultado não retrata a realidade epidemiológica, por se atribuir a redução em decorrência da pandemia de covid-19.

As condições socioeconômicas associadas ao baixo grau educacional são indicadores que interferem na adesão ao tratamento, nos casos de recidiva relacionados a qualidade de vida e na vinculação dos pacientes aos serviços de saúde. A persistência e a produção social do estigma relacionada a hanseníase desencadeiam fatores de ocultação, vergonha e exclusão social.

Gráfico 64 – Proporção de casos novos de hanseníase com grau 1 e 2 de incapacidade física. Brasil, 2012 a 2021



Fonte: SINAN/SVS/MS.

Entre as principais ações desenvolvidas para enfrentamento da hanseníase em 2022, destacam-se:

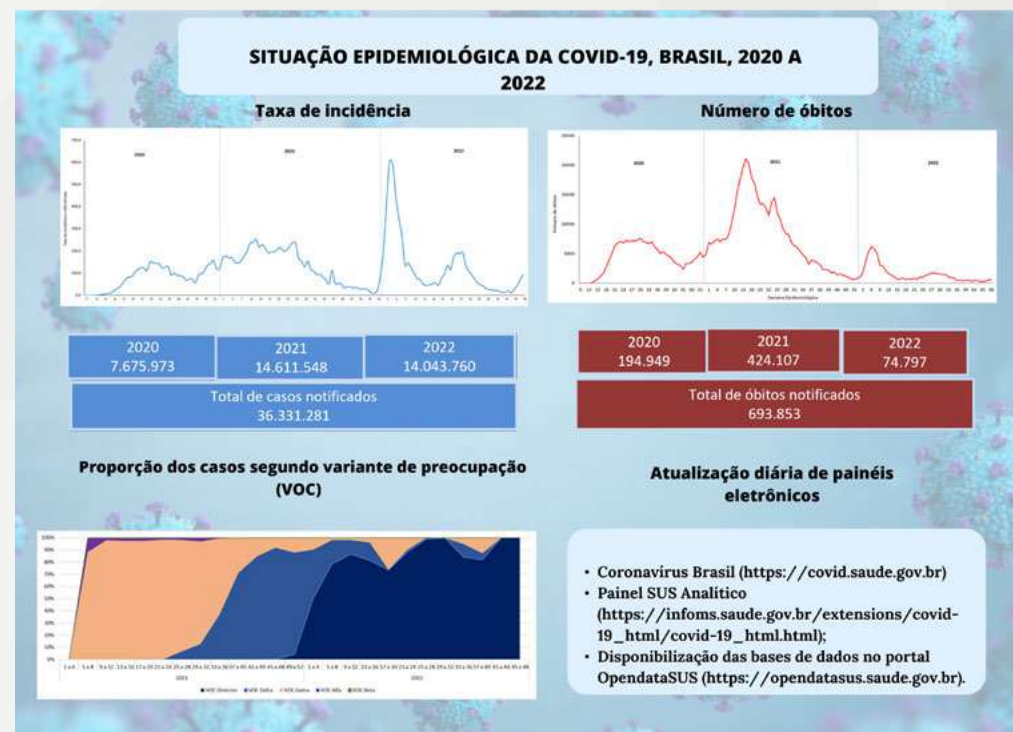
- Implantação dos novos testes de apoio ao diagnóstico da hanseníase: teste rápido e qPCR;
- Implantação do teste de detecção de *Mycobacterium leprae* resistente à rifampicina, dapsona ou ofloxacino;
- Realização do Inquérito de Incapacidades Físicas nos pós alta nas Regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Norte.
- Publicação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da hanseníase (PCDT);
- Ação "Busca Ativa em Hanseníase" como principal estratégia para retomada das ações pós pandemia. Além disso, nessa mesma proposta desenvolveu-se os projetos que incluíram as capacitações dos profissionais da saúde da Atenção Primária à Saúde (projeto em áreas de baixa e média carga e projeto Roda Hans);

- Lançamento do Edital de Experiências Exitosas: produção de documentário com as 3 experiências com melhores avaliações e uma publicação com as 10 primeiras colocadas;
- Desenvolvimento do aplicativo – AppHans que oferece conteúdo para o apoio ao diagnóstico, tratamento, reações hansênicas, incapacidade física, entre outras ações para o cuidado da hanseníase;
- Projeto piloto TeleHans na Bahia e no Amazonas;
- Elaboração da nova Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase 2023-2030.

Enfrentamento da Pandemia de covid-19

Desde o início da pandemia de covid-19 até o dia 31 de dezembro de 2022 foram confirmados no Brasil, 36.331.281 de casos e 693.853 óbitos.

Figura 8 – Situação epidemiológica da covid-19, Brasil



Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde, Brasil - 2020 a 2022.

Principais ações:

- Manutenção do projeto de pesquisa Infogripe junto ao Programa de Computação Científica da Fiocruz (PROCC/Fiocruz), para análise dos dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e atualização da estratégia de vigilância sentinela da síndrome gripal no Brasil.
- Atualização do "Guia de Vigilância Epidemiológica: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019 - covid-19" (Guia VE).
- Vigilância das condições pós-covid relacionadas a Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica SIM-P e da Síndrome Inflamatória Multissistêmica em adultos SIM-A.
- Publicação da Portaria GM/MS n.º 1.102, de 13 de maio de 2022 para incluir a covid-19 na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, a SRAG associada ao coronavírus, a covid-19, a SIM-P e a SIM-A associada à covid-19, e a notificação imediata dos casos de covid-19 por variantes de preocupação (VOC), de interesse (VOI) ou sob monitoramento.
- Implementação da vigilância genômica do SARS-CoV-2 na rotina da vigilância dos vírus respiratórios, e monitoramento das variantes e linhagens circulantes no país.
- Adaptação do sistema de vigilância epidemiológica da Influenza (SIVEP-Gripe) para captação de informações relacionadas a covid-19 e ajustes da ficha de notificação

de SRAG e SG para atender informações relacionadas ao SARS-CoV-2.

- Realização da reunião nacional com o objetivo de atualizar as diretrizes nacionais da vigilância das síndromes gripais (SG) e avaliar a pandemia da covid-19 no Brasil.

Perspectivas para a vigilância epidemiológica da covid-19 para 2023:

- Realizar ajustes no e-SUS Notifica para otimizar sua utilização na análise de dados da covid-19;
- Realizar a transição da análise diária de dados da covid-19 para análise semanal;
- Reformular o formato do boletim epidemiológico da covid-19, para formato de infográfico;
- Definir e pactuar os indicadores e metas para a vigilância epidemiológica, com ênfase na notificação oportuna da covid-19 nos sistemas de informação;
- Ampliar o escopo do monitoramento das condições pós-covid, após alinhamento das diversas áreas do Ministério da Saúde que possuem interface com o tema.
- Consolidar a transição da notificação de casos de SIM-P e SIM-A do REDCap para o E-SUS Notifica e realizar publicações científicas acerca de SIM-P, SIM-A e demais condições pós-covid.

Saúde do Trabalhador

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) é um conjunto de ações que visam promoção da saúde, prevenção da morbimortalidade e redução de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nas doenças e agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento, de processos produtivos e de trabalho. E contempla dois grandes eixos de atuação: a vigilância epidemiológica das doenças e agravos relacionados ao trabalho; e a vigilância dos ambientes e processos de trabalho, com vistas a intervir, por meio principalmente das inspeções sanitárias em saúde do trabalhador, nos fatores de risco ocupacionais e eliminar ou controlar doenças e agravos relacionados ao trabalho.

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador desempenham importante papel na Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e devem ser compreendidos como serviços de excelência em Visat realizando também a integração, articulação e de apoio matricial e suporte técnico e especializado, aos demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde, de ações de vigilância em saúde do trabalhador.

Até 31 de dezembro de 2022, encontravam-se habilitados 216 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), dos quais 27 são estaduais e 189 são municipais ou regionais. Dos 216 habilitados, 211 estão em funcionamento, sendo 27 Cerest estaduais e 184 regionais e

municipais. Em 2022, foi lançado o Programa de Educação Permanente em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Pepsatt) baseado na concepção da Educação na Saúde, utilizando-se dos princípios da andragogia e que possui a missão de ser uma das principais estratégias de implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). Além disso, o Pepsatt deve ser ordenador da formação e preparação dos profissionais de saúde nos temas centrais da área no Sistema Único de Saúde (SUS). Como objetivo, busca promover a formação em Saúde do Trabalhador dos técnicos, profissionais e gestores que atuam nas Redes do SUS, incluindo os membros do controle social, em consonância com as Políticas de Educação Permanente em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Saúde Ambiental

A Vigilância em Saúde Ambiental consiste em um conjunto de ações e serviços destinados ao conhecimento e detecção dos fatores determinantes e condicionantes ambientais que impactam na saúde humana, a fim de recomendar medidas de promoção da saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de risco relacionados às doenças e agravos.

Com o objetivo de fortalecer a atuação da Vigilância em Saúde Ambiental nos territórios, em 2022 foi ofertado às 27 Secretarias Estaduais de Saúde o Curso Básico EaD de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, revisado à luz da nova norma de potabilidade da água para consumo humano (GM/MS n.º 888,

de 4 de maio de 2021). No total, 42 profissionais foram capacitados sob o novo regimento de potabilidade da água.

Para subsidiar a atuação do setor saúde frente às situações de queimadas e incêndios florestais, o Ministério da Saúde promoveu o I Seminário Nacional de Enfrentamento a Queimadas e Incêndios Florestais, em maio de 2022. O evento impulsionou a construção de Planos de Ação Estaduais, contribuindo para a prevenção de riscos à saúde e doenças decorrentes das queimadas e dos incêndios florestais, além de contribuir para a promoção e proteção da saúde da população residente nas áreas de influência de queimadas. Ademais, foi ofertado às SES o Curso de Análise de Situação de Saúde (ASISA) em Situação de Queimadas e Incêndios Florestais para capacitar os profissionais do setor saúde a utilizar apropriadamente as técnicas de ASISA visando produzir informações relevantes, bem como elaborar boletins e informes técnicos oportunamente nos períodos críticos, sobre os impactos das queimadas na saúde das populações expostas.

A exposição a substâncias químicas, que resulta em intoxicações, se configura em relevante problema de saúde pública e é objeto de atuação da Vigilância em Saúde Ambiental. Para fortalecer o olhar para a toxicologia no Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde financiou pesquisa em 2021 para avaliar os Centros de Informações e Assistência Toxicológica (CIATOX), que são estabelecimentos de saúde importantes por oferecerem informações, assessorarem a

prevenção, diagnóstico, prognóstico e tratamento das intoxicações. Como desdobramentos desta pesquisa, em 2022, o Ministério da Saúde promoveu dois Encontros Nacionais dos CIATOX, a fim de oportunizar a discussão sobre a atuação desses estabelecimentos nas ações de vigilância em saúde e identificar necessidades para fortalecimento dos Centros, que possam ser sanadas por ações da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

Emergências em Saúde Pública

Para atender ao compromisso do Brasil em adotar medidas adequadas de prevenção e controle de Emergências em Saúde Pública, conforme previsão no Regulamento Sanitário Internacional, e fortalecer e aperfeiçoar a capacidade de detecção, preparação, vigilância e respostas às emergências a área Emergências em Saúde Pública engloba:

➤ **Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (EpiSUS)** - Tem como finalidade a capacitação em serviço, com foco em epidemiologia de campo e investigação de surtos, epidemias e pandemias, cuja finalidade é fortalecer e ampliar a capacidade técnica de preparação e resposta a esses eventos, nas três esferas de gestão do SUS.

➤ **Programa Nacional de Vigilância em Saúde dos Riscos Associados aos Desastres (Vigidesastres)** - Visa desempenhar ações de vigilância em saúde baseadas na gestão de riscos de desastres. Atua na prevenção à saúde, monitoramento de áreas e situações

de riscos de desastres, 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 disso, realiza ações de resposta como a mobilização de estruturas de coordenação (Centros de Operações de Emergências em Saúde e Salas de Situações de Saúde) para organização da resposta na iminência e/ou ocorrência de desastres, oferta o apoio aos estados e municípios na organização da resposta, providencia o envio de kits de medicamentos e insumos estratégicos de assistência farmacêutica básica para localidades atingidas por desastres e realiza a mobilização de equipes de apoio para a resposta a desastres, conforme demanda da localidade.

➤ **Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) e Rede Nacional dos Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Rede CIEVS)** - O CIEVS objetiva a captação de notificação, manejo, análise de dados e informações estratégicas relevantes à prática da vigilância em saúde, bem como congrega mecanismos de comunicação avançados. No Brasil, é o Ponto focal Nacional do Regulamento Sanitário Internacional (PFRSI), 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 aos eixos de detecção, vigilância e resposta às emergências em saúde.

Na detecção de potenciais eventos de emergência em saúde realiza 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, a criação de novos Centro em diversas localidades do território brasileiro, 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.

➤ **Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh)** - 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 constituída pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia

(NHE), instituídos no âmbito dos hospitais estratégicos vinculados ao Ministério da Saúde. Os NHE que integram a Renaveh serão identificados pelos gestores locais, mediante pactuação nas comissões Intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essas estruturas são essenciais na oportunidade de detecção de alteração no padrão epidemiológico para as doenças e agravos de notificação compulsória, pois são espaços altamente especializados e estrategicamente localizados para essa detecção. Estudos indicam que essas unidades são capazes de antecipar de duas a três semanas o alerta de ocorrência de doenças e agravos num dado território.

► **Rede de Vigilância, Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública do Sistema Único de Saúde (Rede VIGIAR-SUS)** - Instituída para ampliar, modernizar e fortalecer os componentes da Vigilância em Saúde que atuam nos eixos de detecção, monitoramento, alerta e resposta a quaisquer emergências em saúde pública. A partir de 2022, a Rede Vigi-ar-SUS teve suas diretrizes, objetivos e componentes alterados passando a ser composta pelos seguintes eixos: (i) Rede CIEVS; (ii) Renaveh; (iii) Programa EpiSUS; (iv) Programa Vigidesastres; e (v) Programa de Formação em Emergências em Saúde Pública (Profesp).

Destaques de 2022:

O EpiSUS formou 576 profissionais no nível fundamental e 12 profissionais no nível avançado e 875 profissionais no Curso de Formação de

Tutores em Epidemiologia de Campo em todas as UF do Brasil. O nível avançado do EpiSUS realizou 19 investigações de campo no Brasil, com média de duração de campo de 35 dias, totalizando 445 dias em campo. Em 2022, foram ofertadas 3 turmas do EpiSUS fundamental, incluindo a oferta em EAD para 41 países das Américas do Sul, Central e Caribe, além de países de língua portuguesa.

No âmbito das emergências epidemiológicas, em 2022, foram mobilizadas estruturas para estabelecimento e organização de resposta à emergência em saúde pública por Monkeypox, em primeiro momento a Sala de Situação em Saúde. Com o decorrer do avanço da transmissão no Brasil, o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para Monkeypox (COE Monkeypox) foi mobilizado com mais de 60 profissionais inteiramente mobilizados, com resposta organizada.

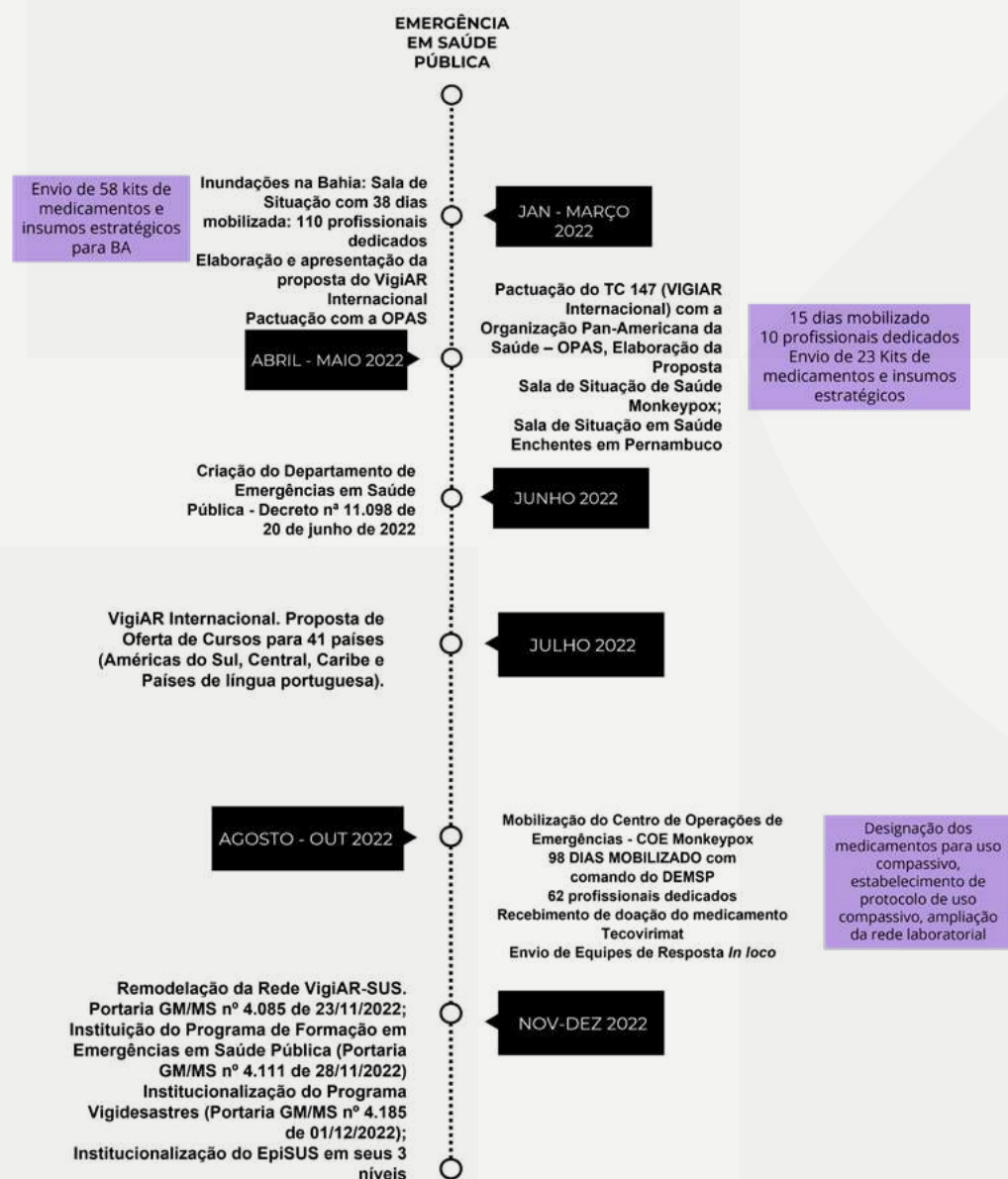
Dentre as atividades desenvolvidas pelo COE Monkeypox, podem ser citados: a elaboração do Plano Nacional de Contingência, bem como a atualização da definição de casos, estabelecimentos do protocolo de notificação, ampliação da rede diagnóstica, oferta de capacitações, realização de webinários para qualificação dos profissionais que atuam na ponta, inserção da doença na Portaria que estabelece as doenças e agravos de notificação compulsória, autorização junto ao órgão regulador para utilização do Tecovirimat como uso compassivo, recebimento de 26 tratamentos via doação realizada pela empresa

Nordisk, entrega dos tratamentos, definição dos critérios de utilização dos tratamentos, acompanhamento dos pacientes em tratamento e acompanhamento de equipe clínica dos pacientes, realização de campanha nacional contra Monkeypox, realização de reuniões com a sociedade civil, recebimento de vacinas, elaboração de boletins semanais e informes diários, indução de estudos e pesquisas para sanar lacunas de conhecimento sobre a doença, além da participação da Coordenação-Geral no Comitê da Organização Mundial da Saúde (OMS) para discussão da utilização de vacina e tratamento compassivo.

No que concerne às ações do Vigidesastres, foram mobilizadas duas Salas de Situação em Saúde para desastres naturais ocorridos no Nordeste brasileiro (Bahia e Pernambuco), com a designação de equipes de resposta, e mais de 110 profissionais envolvidos na resposta. Também, para esse evento foram designados o envio de kits de medicamentos e insumos estratégicos para os municípios afetados, monitoramento dos dados de situação em saúde da população afetada e apoio ao incentivo financeiro através de portarias de repasse fundo a fundo.

Em relação a medicamentos e insumos estratégicos, foram encaminhados 124 kits para localidades afetadas por desastres, incluindo ajuda humanitária para a Ucrânia. Cabe enfatizar que cada kit possui a capacidade de abastecer cerca de 500 pessoas desabrigadas/desalojadas por 3 meses.

Figura 9 – Linha do tempo com as principais ações de Emergências em Saúde Pública no ano de 2022



Fonte: CGEMSP/DEMSP/SVS/MS, 2022.

Rede Nacional De Laboratórios De Saúde Pública (RNLS)

O Ministério tem buscado a reestruturação da Vigilância Laboratorial, seu fortalecimento e reintegração como componente de gestão

da Vigilância em Saúde. Nesse sentido, foram realizadas ações estruturais, estratégicas e de inovação com intuito de fortalecer a RNLS.

Figura 10 – Fortalecimento da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública



Fonte: CGLAB/DAEVS/SVS.

Legenda: AMR – Antimicrobial Resistance (Resistência Antimicrobiana); CDC – Centers for Disease Control and Prevention (Centros de Controle e prevenção de doenças); BrCAST – Brazilian Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (Comitê Brasileiro de Testes de Suscetibilidade Antimicrobiana); Lacen – Laboratórios Centrais de Saúde Pública; Lafron – Laboratório de Fronteira.

No tocante às Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, em 2022, foram implantadas/implementadas ações com a finalidade de ampliar e fortalecer novas unidades de inteligência epidemiológicas nos Estados, Municípios e Distrito Federal, na Rede CIEVS, bem como no âmbito hospitalar com a Renaveh.

O fortalecimento e ampliação das unidades de inteligência epidemiológica da Rede CIEVS e Renaveh estão distribuídas em todo o país, sendo que a Rede CIEVS passou de 55 unidades em 2019, para 186 unidades, das quais 22 em 2022, sendo: um CIEVS Nacional (Ministério da Saúde/SVS); 27 CIEVS Estaduais (incluindo DF); 26 CIEVS de Capitais; 46 CIEVS em municípios estratégicos; 38 CIEVS Regionais; 34 CIEVS nos DSEI; e 14 CIEVS de fronteira.

A Renaveh ampliou em 240% os NHE distribuídos nos hospitais no Brasil, passando de 238 Núcleos para 810 Núcleos, dos quais 310 instituídos em 2022, fortalecendo a capacidade de detectar precocemente eventos de saúde pública que possam constituir uma ameaça à saúde pública, distribuídos em 810 municípios e 27 estados, destes 669 Hospitais públicos, 27 Hospitais Universitários Federais (EBSERH), 97 Hospitais sem fins lucrativos e 17 Hospitais Privados.

Inquéritos Nacionais de Saúde

Os inquéritos em saúde permitem a produção de informações valiosas sobre as condições de saúde da população. Com isso, subsidiam a formulação e avaliação de políticas públicas, orientando intervenções que visam à promoção da saúde, a prevenção e o controle de doenças e a ampliação ou adaptação dos serviços ofertados pelo SUS. Em 2021-2022 houve um grande avanço nas ações relacionadas às pesquisas e inquéritos nacionais.

a) Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (PNS)

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) é uma realização do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde e proporciona um dos mais completos diagnósticos da saúde da população do Brasil. Seu principal objetivo é dotar o país de informações sobre os determinantes, os condicionantes e as necessidades de saúde e o uso e a avaliação dos serviços de saúde junto à população.

Em 2022 iniciou o planejamento da próxima edição que está prevista para ir a campo em 2024. Foi realizado, em outubro, o Seminário de Lições Aprendidas da edição de 2019 em parceria com o IBGE. Em novembro ocorreu a realização de reuniões técnicas com discussão sobre a coleta de material biológico, aferição de pressão arterial e de medidas físicas para a próxima edição. Também foi instituído o Comitê Gestor da PNS 2024, com representantes das

Secretarias do Ministério da Saúde, e elaboração do cronograma de atividades a serem cumpridas até a efetivação do inquérito.

Os dados referentes à Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) podem ser encontrados no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE):



<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html>

Com vistas a facilitar o acesso à informação para a gestão o Ministério da Saúde, em parceria com a Fiocruz, desenvolveu um painel de indicadores da pesquisa, disponível em:



<https://www.pns.icict.fiocruz.br/painel-de-indicadores-mobile-desktop/>

b) Pesquisa Nacional De Saúde Do Escolar (PENSE) 2019

A PeNSE é uma pesquisa realizada com escolares adolescentes e tem como objetivo investigar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis, entre este público. É uma parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e apoio do Ministério da Educação (MEC) na qual resultou em quatro edições já realizadas (2009, 2012, 2015 e 2019).

Em 2022, em alusão aos 10 anos das quatro edições da PeNSE, foram publicados os resultados da análise da série histórica dos indicadores comparáveis acerca dos fatores de risco e proteção para a saúde dos escolares para o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco de

Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com dados atualizados sobre a prevalência e a distribuição desses comportamentos para a saúde dos adolescentes.

Em outubro de 2022 foi realizada uma oficina junto com o IBGE com o tema "PeNSE 2009-2019: lições aprendidas", na qual foi iniciado o planejamento da próxima edição da pesquisa com a previsão de realização do início da coleta de dados no ano de 2024.

O relatório da pesquisa pode ser encontrado no site do IBGE:



<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html>

c) Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)

O Vigitel é um inquérito de saúde de base populacional, realizado pelo Ministério da Saúde desde 2006. Inspirado no Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS), realizado pelos Centers for Disease Control and Prevention (CDC), nos Estados Unidos da América, o Vigitel tem como seu principal objetivo fornecer estimativas contínuas sobre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus principais fatores de risco e proteção. As entrevistas telefônicas são realizadas anualmente em amostras da população adulta (18 anos ou mais) residente em domicílios com linha de telefone fixo. Em 2022, o Vigitel completou 17 anos de coleta contínua de dados, consolidando-se como o inquérito de saúde mais bem-sucedido no cenário brasileiro.

Em 2022, foi incluída a modalidade de coleta de dados via telefonia móvel (celular) para as capitais brasileiras. O Ministério da Saúde pretende realizar a expansão geográfica da amostra para todas as Unidades da Federação e o Brasil, mantendo-se a amostra com série histórica para as capitais, na edição de 2023, além de fomentar o desenvolvimento de projetos para avaliação de novas modalidades de coleta. O desenvolvimento e acompanhamento do processo de amostragem do Vigitel, para as edições de 2022 e 2023, serão realizados em parceria com a Universidade Federal de Juiz de Fora.

Dentre as novas metodologias para coleta de dados está a estratégia de omnichannel (multicanal), em uma parceria entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). A previsão de início do projeto é para o primeiro semestre de 2023, com realização de três subestudos independentes: Análise da viabilidade da realização do Vigitel por meio plataforma omnichannel; Análise do potencial impacto de mudanças na metodologia de ponderação empregada no Vigitel entre 2011 e 2021; Análise do potencial impacto de mudanças na metodologia de coleta do Vigitel sobre indicadores de performance da coleta dos dados e estimativas produzidas para os indicadores.

Adicionalmente, foi lançado, em 2022, o painel de indicadores do Vigitel na Plataforma IVIS com capacidade de extração das informações dos indicadores que são publicados em relatórios gerais do Ministério da Saúde. Em dezembro de 2022, foi finalizado e entregue um painel analítico com os dados do Vigitel de 2006 a 2021, em parceria com o Hospital do Coração de São Paulo (HCor), por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS). O Painel tem como objetivo facilitar o acesso às informações coletadas pelo Vigitel, por meio da visualização e análise dos indicadores anuais. O painel analítico, possibilita a desagregação das informações para cada cidade estudada pelo Vigitel, além de permitir a análise de tendência temporal dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas e projeção da tendência em relação às metas do Plano de DANT.

O painel está disponível publicamente no endereço eletrônico:



https://svs.aids.gov.br/rstudio/vigitel/Vigitel_v4.Rmd

Os relatórios do Vigitel estão disponíveis em:



<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel>

Acidentes e Violências

a) Acordo de cooperação para acolhimento de pessoas vítimas de tráfico humano no SUS

Com o objetivo de fortalecer o trabalho de identificação e atendimento às vítimas de tráfico humano no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde firmou um acordo de cooperação técnica junto ao Ministério da Justiça e Segurança Pública em agosto de 2021. A colaboração permitirá a reorganização dos investimentos destinados às áreas de emergência médica e social e a formulação de políticas públicas para o enfrentamento desse crime. Alguns dos objetivos do acordo são auxiliar a capacitação dos profissionais relacionados ao tema e elaborar pesquisas sobre a saúde das pessoas atingidas.

Em 2022, foi publicado o boletim epidemiológico **"Tráfico de pessoas no Brasil – análise dos casos notificados no Sinan de 2011 a 2019"**, que traz como resultados que as taxas de notificações de tráfico de pessoas sofreram aumento, em maior proporção entre os homens, apesar das taxas entre as mulheres serem mais elevadas. As principais vítimas desse tipo de violência foram as mulheres jovens adultas e negras em sua maioria, tendo o cônjuge como o principal autor.

b) Proadi SUS-Trauma

As causas externas (acidentes e violências) são as principais causas de morbimortalidade de jovens no Brasil, sendo responsáveis por um elevado custo econômico e social para o país. Para aprimorar a disponibilização da

informação oportuna e de qualidade, com vista ao planejamento dos serviços de saúde, à orientação de políticas públicas e à rápida resposta nas situações de emergências em saúde, o Ministério da Saúde, junto ao Hospital Israelita Albert Einstein, por meio do PROADI SUS, desenvolveu o Projeto de Tecnologia de Rápido Atendimento para a Mitigação da Acidentalidade (TRAUMA) com o objetivo de estruturar, por meio de um piloto, a integração e o compartilhamento de informações entre serviços de atendimento por meio de uma base de dados unificada, com atualização instantânea, e protocolo padrão de envio e consulta de dados (API) pelos sistemas de registro de vítimas de causas externas atendidas por serviços de urgência e emergência que podem ou não evoluir para internação ou óbito, com informações qualificadas e oportunas sobre lesões por violências e acidentes para apoiar com dados qualificados o atendimento e a gestão de forma a melhorar a atenção assim como embasar políticas públicas.

Em 2022 o projeto entrou na fase de desenvolvimento junto ao DATASUS e em implementação no estado de Espírito Santo e no Distrito Federal. O projeto tem sua data de finalização em dezembro de 2023.

c) Projeto Vida no Trânsito

O Projeto Vida no Trânsito (PVT) consiste em uma estratégia de governança e gestão intersetorial que visa atender às diretrizes de implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

A Assembleia Geral das Nações Unidas, por meio da Resolução A/RES/74/299, de 31 de agosto de 2020, propõe que os países adotem, implementem e apliquem políticas e medidas para melhorar a segurança viária e obter resultados mais abrangentes em saúde, particularmente na prevenção de lesões e doenças crônicas não transmissíveis.

Com o objetivo de atender a essa proposição das Nações Unidas, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis 2021-2030 (DANT) que, em convergência com os dispositivos previstos no Código de Trânsito Brasileiro (CTB) e as ações do Plano Nacional de Redução de Mortes e Lesões no Trânsito 2021-2030 (PNATRANS), propõe intervenções em uma perspectiva de trabalho multidisciplinar integrado com fundamento nos princípios da intersectorialidade, intrasetorialidade, sustentabilidade, integralidade e territorialidade.

Em 2022, o Ministério da Saúde propôs discutir a reorganização do Projeto Vida no Trânsito em nível nacional com a finalidade de subsidiar gestores no fortalecimento de políticas de prevenção de lesões e mortes no trânsito por meio do planejamento, monitoramento, acompanhamento e avaliação das ações, fortalecendo as ações dos órgãos do Sistema Nacional de Trânsito. Dois encontros foram realizados com os pontos focais de todos os municípios que desenvolvem o Projeto Vida no Trânsito visando, no primeiro, ouvir as localidades

quanto a situação do PVT (adesão, progresso, resultados), as potencialidades e desafios que têm encontrado na implementação/ condução do projeto nas suas cidades/estados, e qual as expectativas e sugestões para ser abordado no encontro seguinte e, no segundo, apresentar o cenário (político programático) atual com relação à segurança viária e discutir uma agenda de trabalho para realinhamento do Projeto Vida no Trânsito.

d) Lançamento do aplicativo NotiVIVA

O NotiVIVA é fruto da parceria do Ministério da Saúde com a Universidade Federal de Minas Gerais por meio do Termo de Execução Descentralizada (TED) n.º 66/2018, cujo objeto consiste no "Estudo e análise de inquéritos de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis no Brasil e desenvolvimento de aplicativo para celular para fortalecer a vigilância de violências e acidentes".

Lançado em novembro de 2022, o aplicativo tem como objetivo orientar profissionais sobre o processo de notificação compulsória das violências interpessoais e autoprovocadas e servir como um instrumento de educação continuada e formação de novos profissionais. Ainda promoverá informações relacionadas às várias formas de violências e comportamentos a ela relacionados, bem como contatos de centros especializados e informações sobre onde buscar ajuda em casos de violência. Este conterà mensagens educativas para apoiar a prevenção das violências.

Programa E-SUS Linha da Vida

Os projetos que compõem o Programa e-SUS Linha da Vida, especialmente o **e-SUS Declarações** e o **e-SUS Sinan**, foram lançados oficialmente pelo Ministério da Saúde em novembro de 2022. Esse programa constitui uma inovação importante, aprimorando os sistemas de informação existentes e otimizando o processo de trabalho da vigilância em saúde. Aprovado pelo Comitê Gestor da Estratégia de Saúde Digital em abril de 2021, o Programa e-SUS Linha da Vida tem a previsão de ser executado no período de três anos.

O **e-SUS Declarações**, voltado para a emissão de declarações eletrônicas de nascidos vivos e de óbitos, está em fase de testes e de prototipação. Ademais, ocorreu em novembro de 2022 o piloto do novo formulário da Declaração de Nascido Vivo (DNV) nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Pernambuco, Roraima, Goiás e Santa Catarina.

O **e-SUS Sinan**, terceiro projeto do escopo do Programa e-SUS Linha da Vida, consiste na nova versão do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), que é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória. Considerando a emergência de saúde pública de importância internacional em decorrência do Monkeypox, declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 23 de julho de 2022, o Ministério da Saúde priorizou o desenvolvimento do **e-SUS Sinan**, iniciando pelo

desenvolvimento das fichas e funcionalidades para vigilância da emergência. O e-SUS Sinan foi lançado em setembro de 2022 para a notificação dos casos de Monkeypox.

Vigilância das Anomalias Congênicas

No ano de 2022, por meio da Unidade Técnica de Vigilância das Anomalias Congênicas, foram desenvolvidas atividades na perspectiva de uma vigilância tripla, a qual se preocupa não apenas com a ocorrência dos casos de anomalias, mas com os fatores de risco e desfechos em saúde associados a estes casos. Em outubro de 2022 foi instituída a Câmara Técnica Assessora (CTA) para a Vigilância de Anomalias Congênicas no âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde, que tem a finalidade de contribuir para a construção, implantação e aprimoramento de um modelo nacional de vigilância de anomalias congênicas.

a) Principais Publicações

I – Guia prático para Diagnóstico de Anomalias Congênicas no Pré-natal e ao Nascimento

Destaca-se entre as publicações, de 2022, o Guia prático para Diagnóstico de Anomalias Congênicas no Pré-natal e ao Nascimento, que auxiliará profissionais médicos na identificação de alterações estruturais ou funcionais no desenvolvimento de bebês durante a gestação e que podem ser detectadas durante ou após o nascimento. Esse material pode ser acessado por meio do endereço eletrônico:



<http://plataformasaude.gov.br/anomalias-congenitas/guia-pratico-anomalias-congenitas.pdf>

II – Saúde Brasil 2022: Análise da situação de saúde e uma visão integrada sobre os fatores de risco para anomalias congênitas

O Ministério da Saúde produziu o livro Saúde Brasil 2022: Análise da situação de saúde e uma visão integrada sobre os fatores de risco para anomalias congênitas. Esta publicação pretende aprimorar a prática da análise da situação de saúde no Brasil e fortalecer, cada vez mais, a capacidade analítica do Sistema Único de Saúde (SUS), ampliando o conhecimento sobre a magnitude e as tendências históricas dos riscos de adoecer e morrer, e trazendo subsídios para a tomada de decisões na área de saúde, estimulando uma prática na saúde coletiva que seja baseada no conhecimento dos problemas e das necessidades da saúde.



Publicação de Boletins Epidemiológicos

Foram produzidos oito boletins epidemiológicos que abordavam temas, como mortalidade, natalidade e anomalias congênitas no país e sobre a covid-19 entre povos e comunidades tradicionais, os quais encontram-se disponíveis em:

1. Boletim Epidemiológico "Situação epidemiológica da síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika: Brasil, 2015 a 2021":



<http://plataforma.saude.gov.br/anomalias-congenitas/boletim-epidemiologico-SVS-06-2022.pdf>

2. Boletim Epidemiológico "Situação epidemiológica da síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika: Brasil, 2015 a 2022, até a SE 31":



<http://plataforma.saude.gov.br/anomalias-congenitas/boletim-epidemiologico-SVS-35-2022.pdf>

3. Boletim Epidemiológico "Anomalias congênitas no Brasil, 2020 e 2021: análise da situação epidemiológica de um grupo prioritário para a vigilância ao nascimento":



<http://plataforma.saude.gov.br/anomalias-congenitas/boletim-epidemiologico-SVS-07-2022.pdf>

4. Boletim epidemiológico covid-19 n.º 1 - Comunidades Tradicionais e Povos Quilombolas:



<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-covid-19-no-1-comunidades-tradicionais-e-povos-quilombolas/view>

5. Boletim epidemiológico sobre Mortalidade materna no Brasil, 2009 a 2020:



<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no20/view>

6. Boletim Epidemiológico "Mortalidade materna por aborto no Brasil, 2010 a 2021":



<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no47/view>

7. Boletim Epidemiológico "Óbitos por queimaduras no Brasil: análise inicial dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2015 a 2020":



<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no47/view>

8. Boletim Epidemiológico "Mortalidade infantil no Brasil, 2015 a 2021":



<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no46/view>

Plano de Ações para Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 (Plano de DANT)

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021 – 2030 (Plano de DANT) atualiza e renova o compromisso brasileiro com a pauta de redução da carga das doenças crônicas, dos agravos não transmissíveis e de seus fatores de risco até o final da próxima década.

O Plano de DANT apresenta-se como diretriz para a prevenção dos fatores de risco das doenças crônicas e agravos não transmissíveis e para a promoção da saúde da população, podendo pautar e orientar pactuações e ações estratégicas sobre o tema promovidas pelos entes federados, instituições governamentais e não governamentais e demais setores da sociedade.

A publicação está alinhada à Agenda dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (Agenda 2030) da Organização das Nações Unidas (ONU). Alguns desses objetivos são: reduzir a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, via prevenção e tratamento; reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool; e reduzir as mortes e os feridos por acidentes de trânsito.

As principais novidades do Plano 2020-2030 são a inclusão da agenda dos transtornos mentais dentro do escopo do monitoramento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a inclusão da poluição do ar ambiental, como fator de risco para estas condições, e a ampliação das ações de enfrentamento para os acidentes e as violências.

As doenças e agravos não transmissíveis são responsáveis por mais da metade do total de mortes no Brasil. Em 2019, 54,7% dos óbitos registrados no Brasil foram causados por DCNT e 11,5% por agravos. As DCNT, principalmente as doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes e

doenças respiratórias crônicas, são causadas por vários fatores ligados às condições de vida dos sujeitos. Os principais fatores de risco para essas causas são o consumo de álcool, o tabagismo, as alimentações não saudáveis e a inatividade física, que podem ser modificados pela alteração de comportamento e com o apoio de ações governamentais. Os agravos não transmissíveis (violências e acidentes) contribuem para a alta carga de morbimortalidade na população, em especial entre jovens brasileiros.

A elaboração desse plano foi coordenada pelo Ministério da Saúde e contou com a colaboração de outras pastas ministeriais, de

instituições de ensino e pesquisa, de membros de organizações não governamentais, entidades médicas, associações de portadores de doenças crônicas, entre outros setores da sociedade. Tais contribuições foram realizadas por meio de oficinas, reuniões técnicas, fóruns e consulta pública.

Com o balanço do Plano de DCNT 2011-2022, e das análises sobre as doenças crônicas e os agravos não transmissíveis, foram definidas 226 ações estratégicas a serem monitoradas por meio da adoção de 23 indicadores e respectivas metas, distribuídas em quatro eixos estratégicos (promoção da saúde, vigilância em

saúde, atenção integral da saúde e prevenção de doenças e agravos). Tais metas e ações estão alinhadas com os ODS, com os marcos programáticos nacionais e internacionais nos temas, nas melhores práticas e abordagens custo-efetivas recomendadas. No momento, faz-se importante a disseminação da agenda e a implementação das ações contidas no Plano de DANT, de modo a convergir e implementar diversas políticas públicas que fazem interface com os temas. O documento na íntegra por ser acesso pelo link:



Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT — Português (Brasil) (www.gov.br).



2.5 CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÃO E COMPLEXO DA SAÚDE

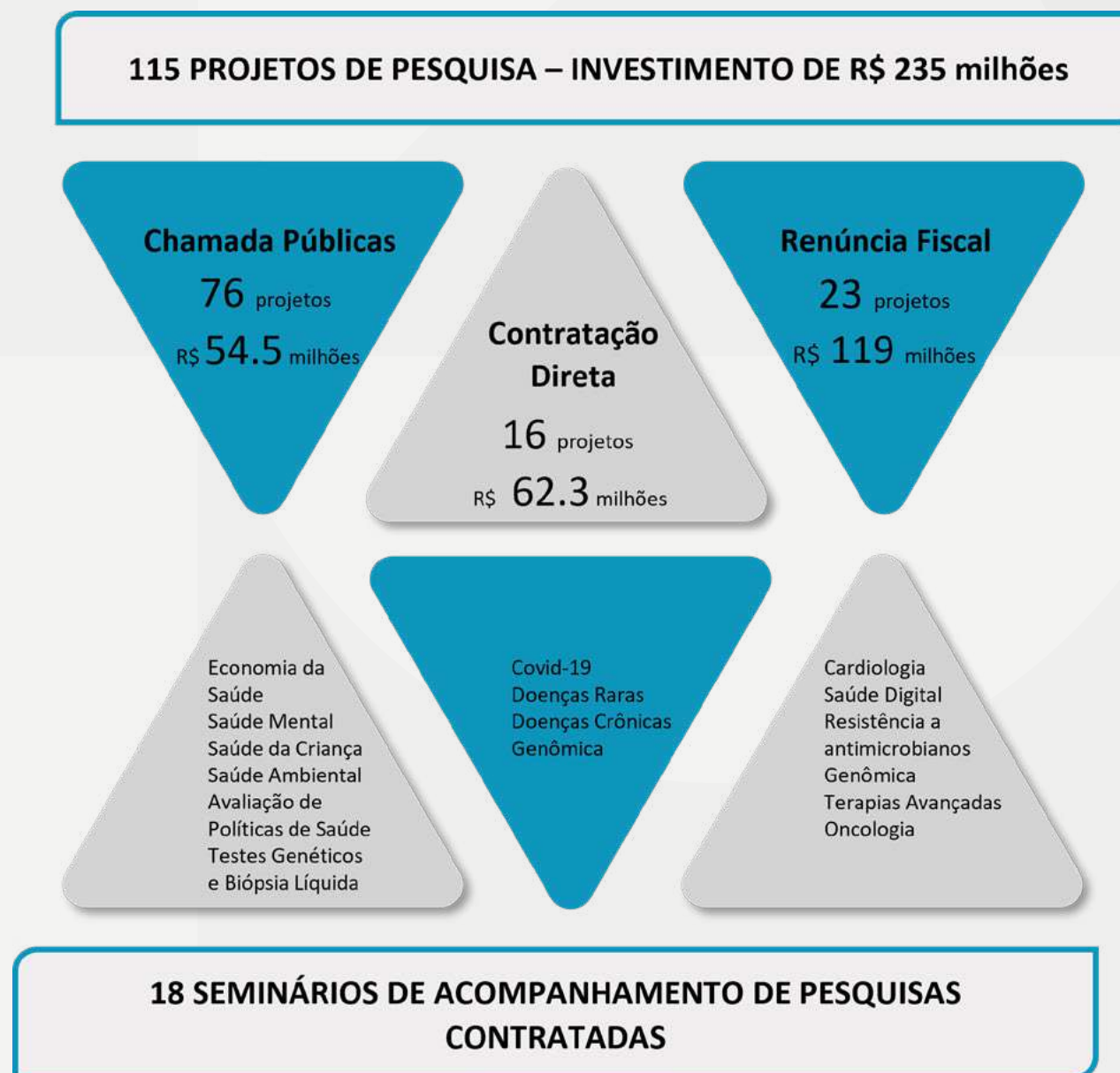
2.5.1 Fomento à Pesquisa e Produção de Evidências

2.5.1.1 Pesquisas Científicas e Tecnológicas

O fomento à pesquisa realizado pelo Ministério da Saúde tem como foco a produção de evidências científicas de interesse estratégico para o SUS. A contratação de pesquisas pode ser feita por diferentes modalidades, como Chamadas Públicas em âmbito nacional (Fomento Nacional), Chamadas Públicas regionais (Fomento Descentralizado), Contratações Diretas e Programas de Renúncia Fiscal.

Em 2022, foi investido um total de R\$ 116.923.903,83 na contratação de 92 projetos de pesquisa com recursos do Ministério da Saúde e R\$ 119.324.000,00 na contratação de 23 pesquisas no âmbito dos Programas de Renúncia Fiscal.

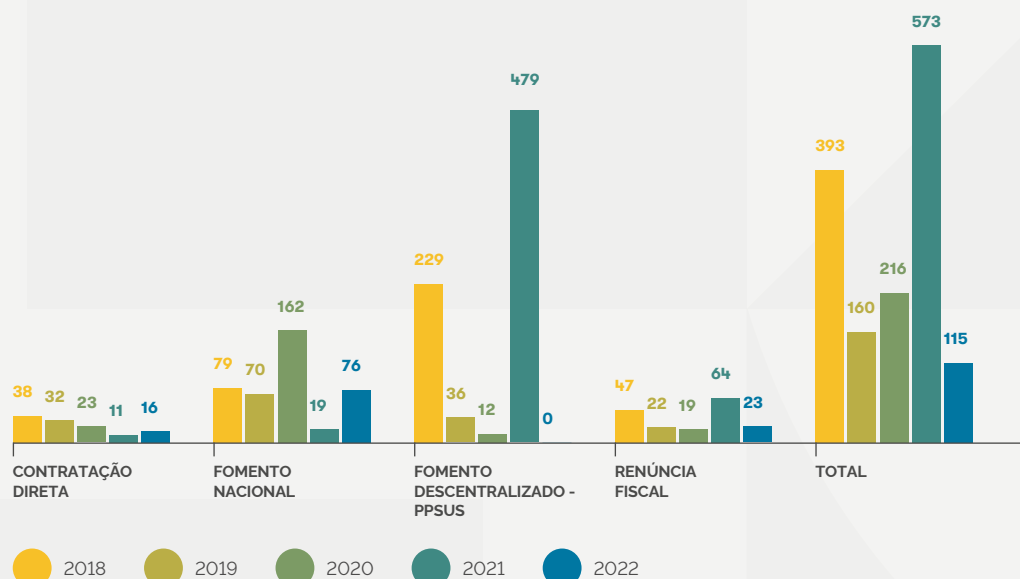
Figura 11 – Projetos de pesquisa



Fonte: DECIT/SCTIE/MS, 2022.

Abaixo, seguem os dados por região das instituições de pesquisa responsáveis pelo desenvolvimento das pesquisas fomentadas pelo Ministério da Saúde.

Gráfico 65 – Série Histórica das Pesquisas Fomentadas 2018-2022



Fonte: DECIT/SCTIE/MS, 2022.

2.5.1.2 Rede Brasileira de Pesquisa Clínica – RBPCLIN

A Rede Brasileira de Pesquisa Clínica (RBPCLin) é uma proposta do Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações (MCTI) e com o Ministério da Educação (MEC), com o intuito de fortalecer o desenvolvimento da pesquisa clínica no Brasil.

A RBPCLin pretende atuar como mecanismo para a criação de um ambiente favorável ao desenvolvimento de pesquisa clínica de excelência, a fim de aumentar a qualidade e a inovação em saúde, tornando o Brasil mais

atrativo e competitivo diante do cenário global. Em 2022, a Rede foi instituída por meio do Decreto n.º 11.287, de 13 de dezembro de 2022.

Formação e Capacitação em Pesquisa Clínica

Como parte dos esforços de estruturar a Pesquisa Clínica no país, o Ministério da Saúde desenvolveu projetos de capacitação na área, no âmbito do Proadi-SUS. O Curso Introdutório em Pesquisa Clínica teve 1.436 alunos certificados e possui, atualmente, 1.064 profissionais cursando sua 3ª edição. Já o Curso Intermediário em Pesquisa Clínica teve 509 alunos certificados,

e o Curso de Especialização Lato Sensu em Pesquisa Clínica tem, no momento, 80 alunos em formação. Há ainda a oferta de 14 cursos autoinstrucionais que estão sendo migrados para o ambiente virtual de aprendizagem próprio do Ministério da Saúde, a plataforma Universus.

2.5.1.3 Evidência Científica para Apoio à Tomada de Decisão no SUS

As Políticas Informadas por Evidências (PIE) são definidas como um processo sistemático e transparente para acessar, avaliar, adaptar e aplicar evidências científicas nos processos decisórios. O uso de evidências científicas para a tomada de decisão no contexto de políticas e programas de saúde tem sido crescentemente estimulado pela OMS, em razão do seu potencial de contribuição na melhoria da aplicação de recursos, buscando mais efetividade na promoção, prevenção e atenção à saúde. A tomada de decisão informada por evidências consiste em um dos princípios mais importantes para a gestão de qualidade, pois as decisões orientadas pela análise e avaliação de dados e informações ratificadas cientificamente são mais propensas a produzir resultados satisfatórios e desejados.

Serviço de Resposta Rápida

Nesse sentido, em 2019, foi implementado o Serviço de Produção de Evidências para Apoio à Tomada de Decisão, o qual tem como objetivo ofertar às áreas técnicas finalísticas do Ministério da Saúde, a possibilidade de que os processos de tomada de decisão sejam informados por evidências científicas. O serviço oferta diferentes

tipos de síntese de evidências, que são baseados na identificação, seleção, análise e no relato de evidências científicas sobre aspectos relacionados à saúde pública. No período de 2019-2022, foram elaboradas 236 sínteses de evidências para atender a diferentes demandas das áreas técnicas finalísticas do Ministério da Saúde. Destaca-se a atuação do Serviço na pandemia da covid-19 e, recentemente, na monkeypox. Em 2022, foram elaborados 39 estudos de resposta rápida.

Avaliação de Políticas em Saúde

O interesse por pesquisas avaliativas, principalmente nos órgãos governamentais, vem crescendo em razão da necessidade de se medir a efetividade, a eficácia, a eficiência, o desempenho e a prestação de contas das políticas públicas. Neste sentido, foi criado o Núcleo de Fomento à Pesquisa Avaliativa em Saúde, que visa promover a cultura avaliativa no próprio Ministério da Saúde, por meio do fomento a pesquisas avaliativas (*ex ante* e *ex post*), realizadas tanto internamente quanto por meio de parcerias. Além dos estudos fomentados, foi elaborada a Diretriz Metodológica – Avaliação de impacto das políticas de saúde: um guia para o SUS e foram estruturados dois cursos de pós-graduação: Especialização e Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, com área de concentração em avaliação de impacto de políticas e programas de saúde, em parceria com a Universidade Federal da Bahia.

Figura 12 – Tipos de estudo

TIPO DE ESTUDO	TÍTULO	STATUS
Levantamento de evidências para estudos pré-avaliativo	Levantamento de documentos nacionais sobre políticas públicas de promoção do uso de evidências: inventário de referências.	Concluído (2022)
Levantamento de evidências para estudos pré-avaliativo	Levantamento de documentos internacionais sobre políticas públicas de promoção do uso de evidências: inventário de referências.	Concluído (2022)
Estudo para orientar avaliação	Documento Norteador para Fomento à pesquisa avaliativa em saúde: Certificação de Entidade Beneficente - Saúde.	Concluído (2022)
Estudo para orientar avaliação	Estudo Avaliativo: Análise documental para análise ex ante da Rede Brasileira de Pesquisa Clínica.	Concluído (2022)
Pesquisa avaliativa	Avaliação de Impacto Projeto Apoiadores Municipais de Prevenção, Controle e Eliminação da Malária.	Em andamento
Pesquisa avaliativa	Análise ex ante da Rede Brasileira de Pesquisa Clínica.	Em andamento
Pesquisa avaliativa	Avaliação Executiva do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde - PROADI-SUS	Em andamento
Avaliação executiva	Avaliação Executiva do Programa Melhor em Casa.	Concluído (2022)
Avaliação executiva	Avaliação Executiva da Política Nacional de Alta Complexidade em Traumatismo-Ortopedia.	Concluído (2022)
Avaliação executiva	Avaliação Executiva da Política Nacional de Regulação.	Em andamento
Avaliação executiva	Avaliação Executiva da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia.	Em andamento
Avaliação executiva	Avaliação Executiva do Programa Segurança do Paciente.	Em andamento
Avaliação executiva	Avaliação Executiva da Política Nacional de Ciência, Tecnologia em Saúde.	Em andamento
Avaliação executiva	Avaliação Executiva da Política Nacional de Atenção Hospitalar.	Fase de contratação
Avaliação executiva	Avaliação Executiva da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.	Fase de contratação
Avaliação executiva	Avaliação Executiva da Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados.	Fase de contratação
Diretrizes metodológicas	Avaliação Executiva da Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados.	Em andamento
Cursos de pós-graduação	Especialização e Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, com área de concentração em avaliação de impacto de políticas e programas de saúde	Em andamento

Fonte: Departamento de Ciência e Tecnologia - DECIT, 2022.

Formação e Capacitação em Políticas Informadas por Evidências

Em 2022, foram realizados três cursos na temática de Políticas Informadas por Evidências (Introdutório, Intermediário, Metodologia de busca de evidências), voltados para gestores, pesquisadores e profissionais interessados no tema. Até o momento, 975 profissionais foram certificados nos cursos on-line viabilizados pelo Proadi-SUS. Os cursos desenvolvidos estão em processo de transposição para as plataformas UniverSUS e AvaSUS.

2.5.1.4 Pesquisas Científicas em Primatas não Humanos

Em 2022, foram realizadas pesquisas científicas voltadas para as populações de primatas não humanos (PNH), desenvolvidas no Centro Nacional de Primatas (CENP), considerado um dos maiores Centros de Primatologia da América Latina em diversidade de espécie, possuindo um plantel com 27 espécies e mais de 600 indivíduos, criados e reproduzidos em condições controladas, a fim de contribuir com a ciência, desenvolvendo pesquisas com modelos biológicos (primatas não humanos) para estudos de doenças, testes de drogas e vacinas, assegurando também a preservação das espécies, além de contribuir na formação acadêmica de estudantes de graduação e pós-graduação, fornecendo às instituições de ensino superior (IES) e às instituições de pesquisa científica e tecnológica os espécimes de PNH necessários a suas pesquisas em Primatologia, Biomedicina e Saúde Pública, bem como o suporte técnico e materiais correlatos disponíveis.



Pesquisa

O Ministério da Saúde, por intermédio do CENP, tem apoiado o desenvolvimento de pesquisas biomédicas em momentos de suma importância à saúde pública nacional, como nos casos dos agravos relacionados ao Zika vírus, Chikungunya, e Febre Amarela. Em 2022, o CENP participou

e/ou participa de 10 projetos de pesquisas realizados por pesquisadores da instituição e pesquisadores de instituições parceiras. Entre os projetos de pesquisa podemos destacar os estudos sobre o Vírus Zika (ZIKV), o Parkinson, a Leishmaniose, a Malária e a Febre Amarela.

Figura 13 – Projetos de Pesquisa



Fonte: Centro Nacional de Primatas, (CENP), 2022.

Ensino

Outro importante papel desenvolvido pela Instituição é a participação de servidores na vigilância das doenças, coordenando e ministrando treinamentos e, a participação em ações de vigilância epidemiológica nas Secretarias Estaduais e Municipais junto à

Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, com finalidade de intensificar e aprimorar as ações de vigilância em Febre Amarela de epizootias em primatas não humanos.

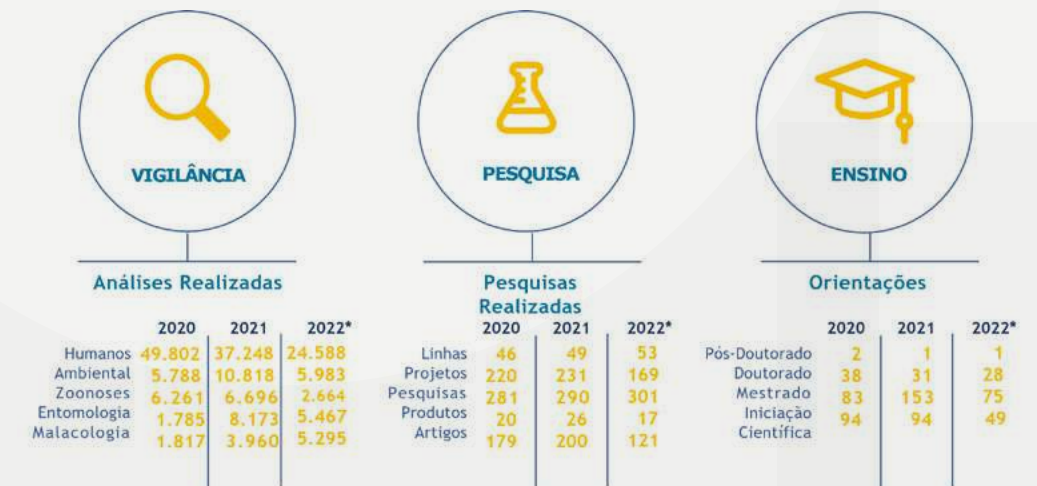
2.5.1.5 Estudos e Investigações nas Áreas de Ciências Biológicas, Meio-Ambiente, Medicina Tropical e Saúde Pública.

O Instituto Evandro Chagas desenvolve pesquisas científicas, apoio à vigilância em saúde e formação de recursos humanos para o SUS nas áreas de Ciências Biológicas, Meio Ambiente e Medicina Tropical, com o objetivo de agregar melhorias à Política Nacional de Vigilância em Saúde do país. Associado à sua unidade administrativa, o Centro Nacional de Primatas, colabora no enfrentamento das epizootias de

primatas não humanos e disponibilização de biomodelos para experimentação.

Em 2021, o IEC passou a ser reconhecido pelo Ministério da Saúde como Instituição Científica, Tecnológica e de Inovação (o que proporciona à instituição melhores condições para o desenvolvimento de pesquisas na perspectiva da inovação em saúde).

Figura 14 – Pesquisas Científicas, Apoio à Vigilância e Formação de Recursos Humanos no IEC



Fonte: Instituto Evandro Chagas (IEC), 2022.

* Os dados de 2022 contemplam o período de 01/01/2022 a 31/10/2022.

** Os dados apresentados podem sofrer alterações haja vista que o período de levantamento encerra em 31/12/22.

Ações Adotadas para o Combate à Pandemia da covid-19

Ao longo de 2022, o Instituto Evandro Chagas (IEC) desenvolveu três principais ações para o enfrentamento da pandemia de covid-19:

- Diagnóstico laboratorial e vigilância genômica das linhagens de SARS-CoV-2;
- Condução de ensaios clínicos envolvendo vacinas contra covid-19;
- Estudos sobre a resposta imunológica do organismo em relação à doença.

2.5.2 Programa Nacional de Genômica e Saúde de Precisão – Genomas Brasil

O Programa Nacional de Genômica e Saúde de Precisão (Genomas Brasil) tem por objetivo estabelecer, no Brasil, as bases para o desenvolvimento da saúde de precisão, visando à sua implementação no SUS. Em dois anos de Programa, mais de 50 projetos de pesquisa foram fomentados nas áreas de doenças raras, oncológicas, cardiovasculares e infecciosas; de genômica (populacional e clínica) e de desenvolvimento de tecnologia nacional para a obtenção de Produtos de Terapias Avançadas estratégicos para o SUS.

Figura 15 – Genomas Brasil



Figura 16 – Ações relacionadas ao Genomas Brasil



2.5.3 Avaliação de Tecnologias

A Avaliação de Tecnologias em Saúde - ATS é uma das ferramentas utilizadas para apoiar decisões de cobertura de tecnologias e procedimentos nos sistemas de saúde. Trata-se de um processo contínuo de avaliação, que tem como objetivo o estudo sistemático das consequências, a curto prazo, da utilização de determinada tecnologia ou de um grupo delas. Definem-se como tecnologias em saúde: os medicamentos, os equipamentos, os procedimentos médicos, os sistemas organizacionais, educacionais e de suporte, os programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados à saúde são prestados à população.

Em 2022, foi realizado o investimento de R\$ 16.198.630,29 em ações de avaliação e incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS. As tecnologias em saúde avaliadas, em 2022, somam 82 e podem ser acessadas em:



<https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/recomendacoes-da-conitec>

Para a consolidação das ações relativas às Doenças Raras, executadas no âmbito da Conitec, foram utilizados como parâmetro a definição da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, instituída pela Portaria GM/MS n.º 199/2014 e informações contidas nos relatórios de ATS ou PCDT. Em 2022, foram

incorporadas 12 tecnologias em saúde referentes a doenças raras, dentre as quais temos o onasemnogeno abeparvoveque (Zolgensma) para o tratamento de pacientes pediátricos até 6 meses de idade com Atrofia Muscular Espinhal - AME do tipo I que estejam fora de ventilação invasiva acima de 16 horas por dia, conforme protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde e Acordo de Compartilhamento de Risco.

Uma das frentes de trabalho da Conitec é promover ações que fortaleçam a Participação Social no processo de incorporação de tecnologias em saúde no SUS, uma vez que a visão dos diversos atores envolvidos nesse processo colabora para que a ATS aconteça de forma abrangente. O envolvimento da sociedade nesse processo representa uma oportunidade de melhorar a compreensão de gestores e profissionais de saúde sobre o impacto do uso ou não das tecnologias na vida dos pacientes. Todas as informações relacionadas à participação social estão disponíveis no link:



<https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/participacao-social>

Cumprir destacar que as 96 Consultas Públicas disponibilizadas em 2022 resultaram em 24.919 contribuições de cunho técnico-científico e de pacientes ou seus cuidadores.

Ações Adotadas para o Combate à Pandemia da covid-19

Em relação à avaliação de tecnologias em saúde, em 2022, foram submetidas à avaliação 13 tecnologias e diretrizes em saúde, relacionadas à covid-19, com vistas a determinar quais estão aptas à incorporação pelo Ministério da Saúde. Dentre as tecnologias avaliadas, quatro obtiveram recomendação favorável à incorporação e foram incorporadas pelo MS: Baricitinibe para tratamento da covid-19 em pacientes adultos, hospitalizados e que necessitam de oxigênio por máscara ou cateter nasal, ou que necessitam de alto fluxo de oxigênio ou ventilação não invasiva; Tocilizumabe para tratamento de pacientes adultos com covid-19 hospitalizados; Nirmatrelvir + Ritonavir para o tratamento da covid-19 em adultos que não requerem oxigênio suplementar e que apresentam risco aumentado de progressão para covid-19 grave; e Vacina Fiocruz [ChAdOx-1 (Vacina covid-19 recombinante)] e da Pfizer/Wyeth [BNT162b2 (Vacina covid-19)] para prevenção da covid-19.

Ainda se encontram em avaliação a vacina covid-19 (recombinante) da Jansen para imunização ativa para prevenir a covid-19 causada por SARS-CoV-2 em pessoas com 18 anos de idade ou mais, e a Vacina Pfizer/BioNTech para a imunização ativa de indivíduos na faixa etária de 6 meses a 5 anos incompletos para a prevenção da covid-19. As diretrizes elaboradas e publicadas foram: Diretrizes Brasileiras para Tratamento Hospitalar do Paciente com covid-19 (Capítulos: 1. Uso de Oxigênio, Intubação Orotraqueal e Ventilação Mecânica; 2. Tratamento Medicamentoso; 3. Controle da Dor, Sedação e Delírium em Pacientes sob Ventilação Mecânica Invasiva; e 4. Assistência Hemodinâmica e Medicamentos Vasoativos); e as Diretrizes Brasileiras para Tratamento Medicamentoso Ambulatorial do Paciente com covid-19.

2.5.3.1 Direito à Saúde – Judicialização

Para aprimorar o subsídio técnico a operadores do direito, gestores e profissionais de saúde sobre tecnologias em saúde judicializadas no País, a Conitec disponibiliza no site:



<https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/perguntas-e-respostas-sobre-tecnologias-em-saude>

“Fichas Técnicas” e “Perguntas e Respostas sobre Tecnologias em Saúde”. Cada um desses documentos trata da utilização de uma determinada tecnologia para uma dada condição de saúde e contém informações sobre a existência de registro na Anvisa, preço CMED, análise pela Conitec, alternativas terapêuticas existentes no SUS, entre outras.

As “Perguntas e Respostas sobre Tecnologias em Saúde” contêm, ainda, informações sobre as evidências científicas disponíveis a respeito da eficácia, segurança e custo-efetividade das tecnologias.

2.5.4 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT, são os documentos baseados em evidências científicas que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravamento à saúde; o tratamento preconizado, bem como os medicamentos e os demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos a serem seguidos pelos gestores do SUS.

Em 2022, 30 PCDTs foram elaborados e atualizados, sendo nove novos e 21 atualizados. Destacam-se os novos PCDTs da Hanseníase, do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH, além das Diretrizes Brasileiras para Tratamento do Paciente Hospitalizado com covid-19 – capítulos dois, três e quatro. Entre as atualizações, destacam-se os PCDTs de Atrofia Muscular Espinhal – AME 5q tipos I e II, Degeneração Macular Relacionada com a Idade – DMRI, Puberdade Precoce Central, e Retocolite Ulcerativa, nos quais o elenco de medicamentos preconizados foi ampliado.

2.5.5 Monitoramento de Tecnologias Incorporadas ao SUS e Reavaliação de Tecnologias

Monitoramento do Horizonte Tecnológico - MHT é uma etapa específica no processo de ATS, cujo objetivo é identificar tecnologias novas e emergentes e prever os impactos que estas possam causar no sistema de saúde. Nesse sentido, o MHT pode auxiliar o processo de incorporação, no que diz respeito à antecipação das demandas e a identificação de tecnologias que tenham custo financeiro viável para o sistema de saúde, mas também impacto favorável na prática clínica, na organização dos serviços e nos aspectos sociais e éticos associados à sua utilização.

Das 63 seções de MHT contabilizados em 2022, seis foram de tecnologias para covid-19, 11 para doenças raras, cinco para oncologia, dez para doenças do sistema imunológico. Ainda foram produzidos cerca de 29 participações e elaborações de MHT para subsidiar as reuniões de escopo de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, além de sete alertas, sendo dois para **Monkeypox**, dois para covid-19, um para Acondroplasia (nanismo - doença rara), um para Esclerose múltipla e um para Colestase intra-hepática familiar progressiva (doença rara).

2.5.6 Complexo Industrial Da Saúde 1º Fórum Global do Complexo Industrial da Saúde

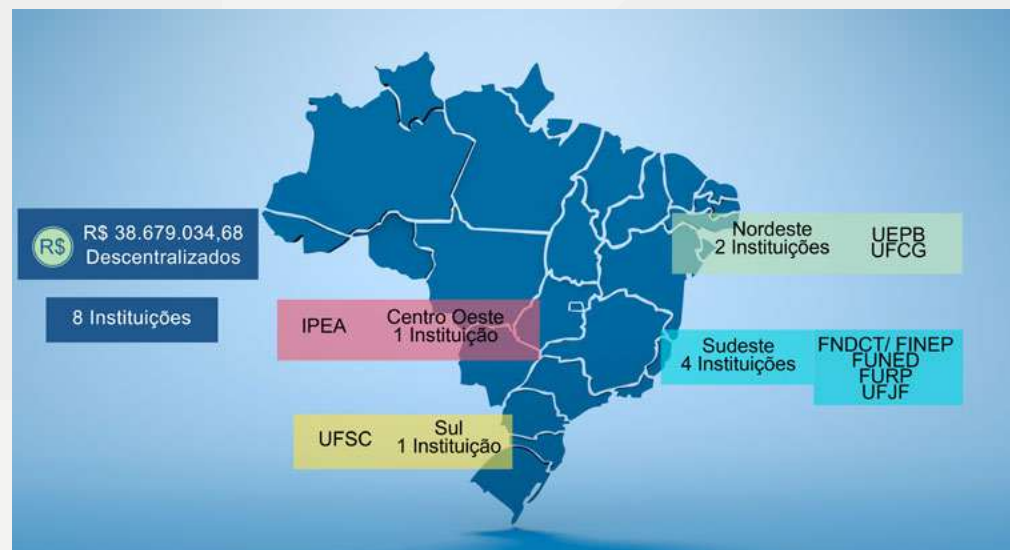
Foi realizado o 1º Fórum Global do Complexo Industrial da Saúde com o objetivo de reunir os representantes das instituições públicas e privadas dos segmentos que atuam no Complexo Industrial da Saúde (CIS), fomentar e ampliar a articulação e interlocução entre estes atores em consonância com as demais políticas de governo e com os avanços do setor. Em continuidade à agenda do 1º Fórum Global do Complexo Industrial da Saúde, foi realizado o *Workshop das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP)*: avaliação do alcance dos objetivos e aperfeiçoamento do instrumento normativo das parcerias. Foram constituídas seis Mesas Temáticas: i) Produção Nacional de Insumo Farmacêutico Ativo (IFA) após a incorporação do produto objeto de PDP no portfólio da instituição pública; ii) Dispositivos médicos: perspectivas para fortalecimento das ações no âmbito do SUS; iii) Precificação de tecnologia no âmbito da estruturação e execução das PDP; iv) Sustentabilidade de projetos de transferência e tecnologia: coexistência de diferentes modalidades de aquisição, pelo SUS, de produtos objetos de PDP; v) Avaliação de capacidades de resposta do parque fabril público nacional às demandas do SUS; e vi) Resultados, desafios e perspectivas para internalização de tecnologias.

Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROCIS)

As ações de fomento no âmbito do CIS 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 Sistema Único de Saúde (SUS) e promover a eficiência produtiva do Complexo Industrial da Saúde (CIS).

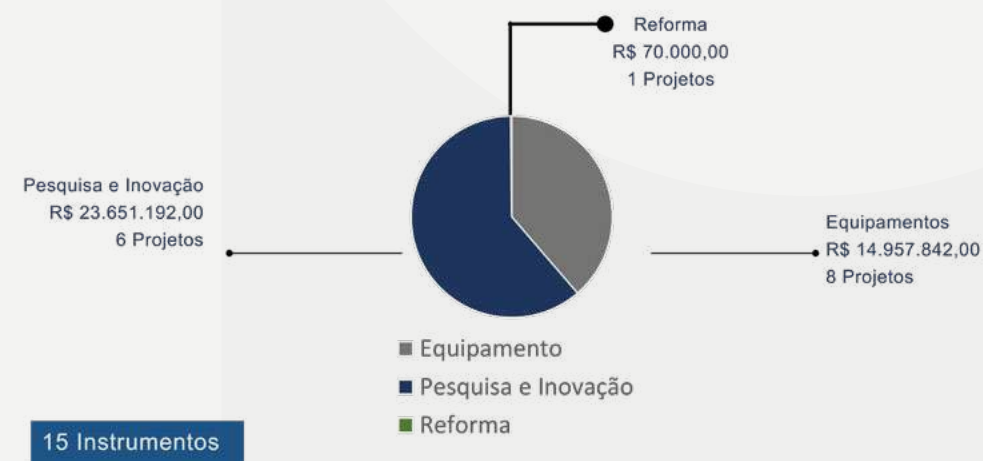
O PROCIS é executado mediante parcerias com instituições públicas e privadas sem fins lucrativos, por meio do repasse de recursos federais para o desenvolvimento de projetos vinculados ao objetivo, às diretrizes e às estratégias do Programa.

Figura 17 – Investimentos PROCIS - 2022



Fonte: Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde - DECIIS. 2022.

Figura 18 – Instrumentos do PROCIS que receberam recursos em 2022



Fonte: Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde - DECIIS. 2022.

Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP)

As Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) envolvem a cooperação, mediante acordos entre instituições públicas e entidades privadas nacionais e internacionais objetivando o desenvolvimento, a transferência de tecnologia e produção nacional de produtos estratégicos para o SUS.

As PDPs são executadas em quatro fases, cada uma com requisitos específicos a serem cumpridos.

Revisão da Redistribuição de Projetos de PDP

Frente às recomendações do Tribunal de Contas da União (TCU), apresentadas em 2018, foram tomadas providências relativas a possíveis irregularidades advindas da redistribuição das PDPs contempladas nas Portarias GM/MS n.º 542 e 551 de 2017. Frente a estas condições, o Ministério da Saúde publicou, em 29/01/2021, a Portaria GM/MS n.º 184, visando estabelecer os procedimentos para a revisão de ofício das PDPs que foram objeto de redistribuição, objetivando a avaliação e revisão de ofício para restabelecimento do rito do Anexo XCV da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5/2017.

Em 2021 e 2022, para cumprimento ao rito do ato publicado, as PDPs objetos da redistribuição foram submetidas à apreciação pelas instâncias colegiadas (CTA e CD). Resultante desta avaliação, do total de 19 PDPs que foram objeto da redistribuição, oito (Adalimumabe/

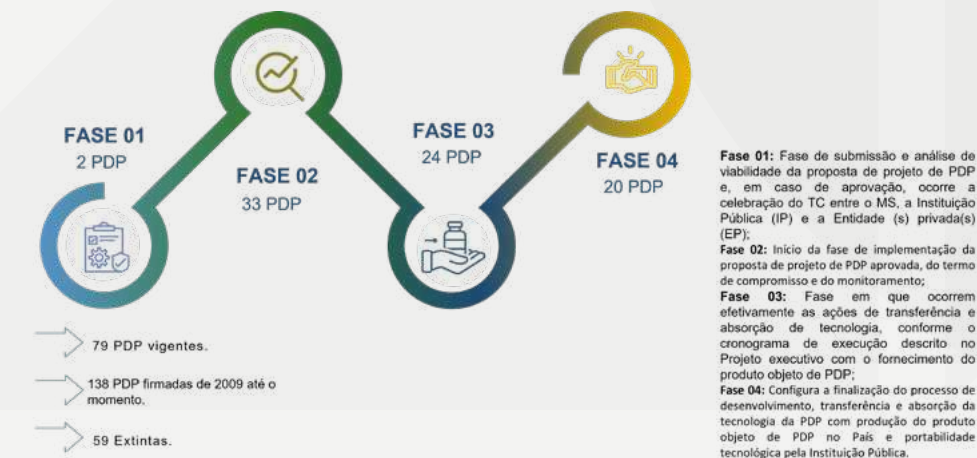
Butantan, Adalimumabe/ Bio-Manguinhos, Etanercepte/ Butantan, Etanercepte/ Bio-Manguinhos, Insulina (NPH e Regular) / Funed, Rituximabe/Bio-Manguinhos, Trastuzumabe/ Bio-Manguinhos) tiveram recomendação de continuidade e 11 de não continuidade.

Figura 19 – Número de produtos objetos de PDP vigentes - Por Plataforma Tecnológica



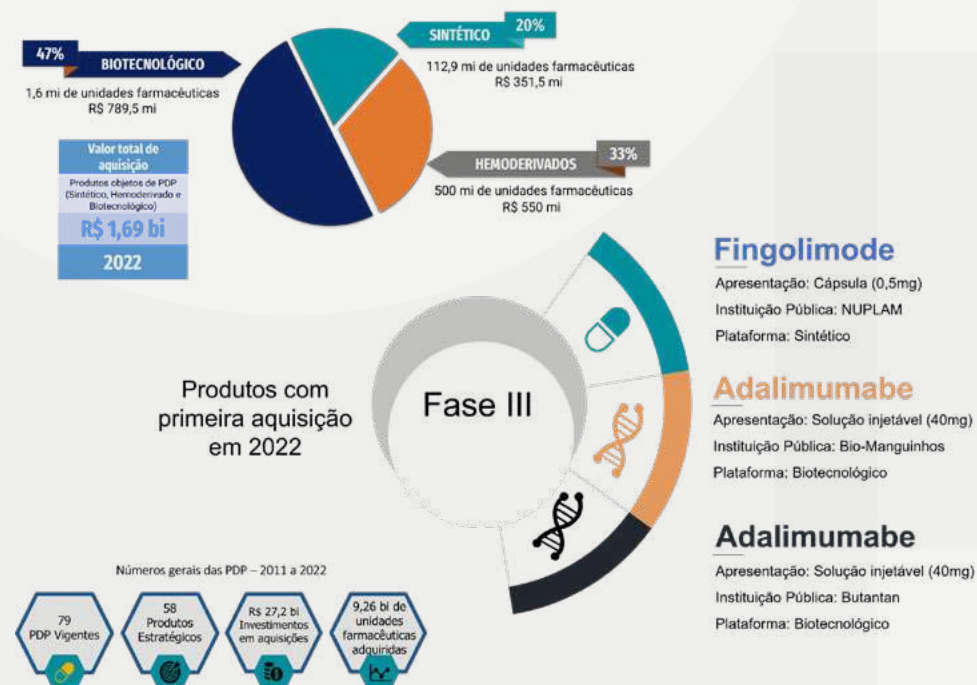
Fonte: Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde - DECIIS. 2022.

Figura 20 – Quantidade de PDPs por fase



Fonte: Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde - DECIIS. 2022.

Figura 21 – Aquisição de Produtos via PDP no ano de 2022



Fonte: Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde - DECIIS. 2022.

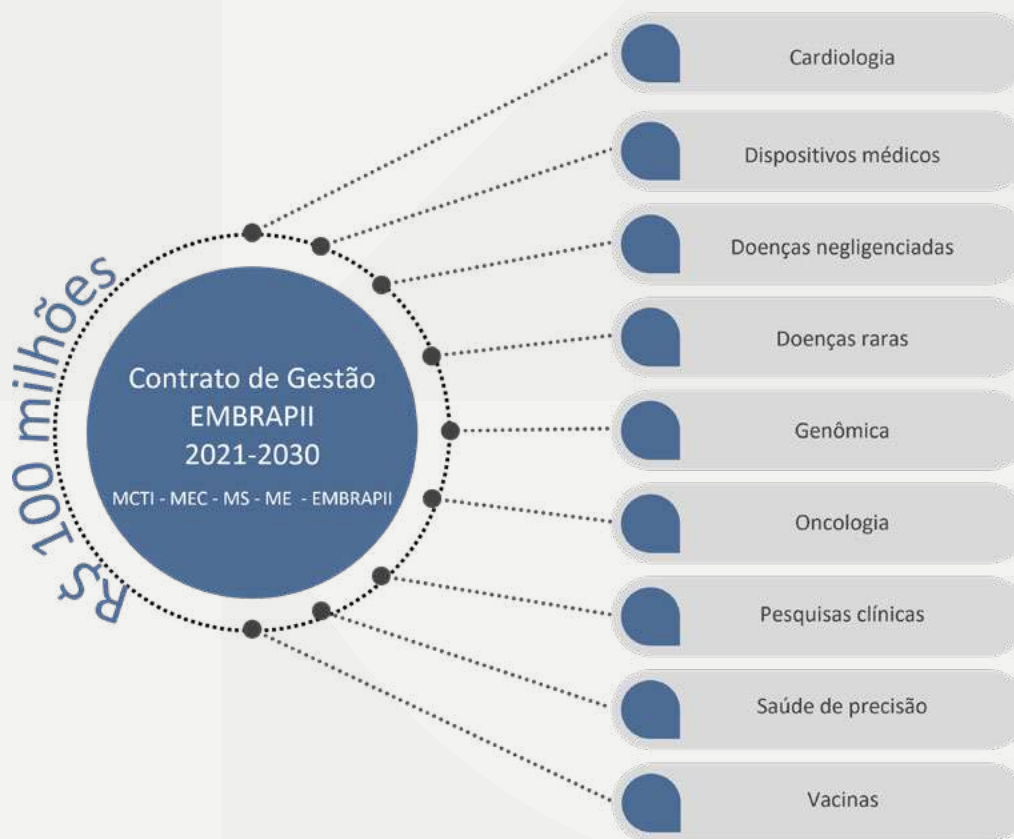
2.5.7 Inovação Tecnológica em Saúde

Estratégias de fomento ao desenvolvimento e à inovação

Fomento à inovação tecnológica em saúde junto à Empresa Brasileira de Pesquisa e Inovação Industrial – EMBRAPPII:

- Contrato de Gestão 2021-2030 (MCTI, MEC, MS, ME e EMBRAPPII) - Deste montante, R\$ 20 milhões foram executados em 2022, valor este a ser investido na área de dispositivos médicos (credenciamento de nova Unidade EMBRAPPII e fomento de projetos na modalidade Basic Funding Alliance).
- Ainda no escopo do contrato foram credenciadas novas Unidades EMBRAPPII na área de fármacos e biofármacos: i) Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino (IDOr); ii) Universidade de São Paulo – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; iii) Universidade de São Paulo – Centro de Inovação em Fármacos; iv) Universidade Federal de Minas Gerais.

Figura 22 – Contrato de Gestão EMBRAPPII - 2021-2030



Fonte: Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde - DECIIS. 2022.

Dentre outras ações de fomento, foram realizados:

- Fomento à inovação em Avaliação de Tecnologias em Saúde junto ao CNPq;
- Execução, em 2022, da Seleção Pública MCTI/FINEP-MS/SCTIE/DGITIS/CGITS destinada às doenças negligenciadas, tropicais, transmitidas por vetores e de outras doenças com populações desassistidas, com investimento de recursos não reembolsáveis às Instituições Científicas, Tecnológicas (ICTs) de R\$50,9 milhões, dividido em três eixos temáticos: Linha temática 1 - Demandas Específicas; Linha temática 2 - Complexo Industrial da Saúde; Linha temática 3 - Inovação em Diagnóstico e Abordagem Terapêutica de DNTs.



Propriedade Intelectual

- Participação da elaboração da Estratégia Nacional de Propriedade Intelectual (ENPI) e da Estratégia Nacional de Inovação (ENI), bem como em reuniões nos Grupos de Trabalho no âmbito do Grupo Interministerial de Propriedade Intelectual (GIPI);
- Coordenação da Comissão de Propriedade Intelectual em Saúde (COMPIS) e do Grupo de Articulação de Propriedade Intelectual e Saúde (GAPIS);
- Subsídios técnicos para solicitação de trâmites prioritários de pedidos de patente de tecnologias voltadas para a covid-19 e Monkeypox;
- Subsídios Técnicos para elaboração de Notas Técnicas referentes à situação patentária;
- Suporte aos Núcleos de Inovação Tecnológica (NITs) das Instituições Científicas e Tecnológicas (ICTs/MS);

- O suporte aos NITs do MS se deu por meio da promoção de palestras, rodas de conversas com especialistas na área de gestão de NITs, bem como, suporte técnico direto quanto à estruturação da política institucional de inovação no âmbito das ICTs do MS.

Figura 23 – Suporte à estruturação NITs das ICTs/MS



2.6 SAÚDE INDÍGENA

Para realizar a atenção à saúde indígena em sua totalidade, são englobadas ações de articulação com os serviços de média e alta complexidade da rede de atenção do SUS, de modo a atender integralmente as necessidades de saúde dos povos indígenas, assim como o apoio ao acesso desses povos à referida rede de serviços, em linearidade com as políticas do SUS.

O SasiSUS configura uma rede de serviços implantada nas terras indígenas, a partir de critérios geográficos, demográficos e culturais, com a finalidade de executar as ações de Atenção Primária à Saúde (APS), e está organizado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), cuja competência está descrita no artigo 43 do Decreto 9.795/2019.

O DSEI é a unidade gestora descentralizada do SasiSUS e segue um modelo de organização de serviços orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas que se fundamentam em medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde. Além disso, promove a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias por meio de atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência com base no Controle Social, conforme Portaria n° 254, de 31 de janeiro de 2002.

Os 34 Distritos são divididos estrategicamente por critérios territoriais, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas, não obedecendo assim aos limites dos estados brasileiros. Sua estrutura de atendimento conta com Unidades Básicas de Saúde Indígena, Polos Base e Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI).

Estruturação da rede de estabelecimentos de saúde indígena

O SasiSUS é constituído pelos seguintes estabelecimentos de saúde:

a) Sede do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) - Estabelecimento responsável pela gestão, planejamento e organização dos serviços de saúde. O DSEI é Unidade Gestora descentralizada com autonomia própria, sendo o Coordenador Distrital de Saúde Indígena o ordenador de despesa e autoridade sanitária no âmbito de atuação do DSEI (art. 58, PRT MS/GM 1801/2015);

b) Sede do Polo Base - Estabelecimento de saúde vinculado a uma subdivisão territorial do DSEI – o Polo Base - onde as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) organizam técnica e administrativamente a atenção à saúde de uma população indígena adstrita. O tipo I localiza-se em aldeia e realiza tanto atividades administrativas quanto assistenciais, enquanto o tipo II se encontra em área urbana, com atividades exclusivamente administrativas (artigo 59, §§ 1° e 2° PRT MS/GM 1801/2015);

c) Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI)

- Localizada sempre em aldeia, destina-se à assistência direta das ações e serviços de atenção básica e, com a sede de Polo Base, é a primeira referência para as EMSI e os pacientes indígenas. Em regiões de difícil acesso ou em locais de frequente permanência, pode haver, anexo a este estabelecimento, alojamento/unidade de apoio que proporcione estadia adequada às equipes (artigo 60, PRT MS/GM 1801/2015);

d) Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI)

- Estabelecimento responsável pelo apoio, acolhimento e assistência aos indígenas referenciados aos demais serviços do SUS em um município, para realização de ações complementares de atenção primária e de atenção especializada, sendo também destinada a seus acompanhantes, quando necessário (artigo 61, PRT MS/GM 1801/2015).

Em 2022, a SESAI concluiu 38 obras em estabelecimentos de saúde, sendo 25 novas edificações (19 UBSI e 6 Polos Base) e mais 13 reformas/ampliações (3 UBSI, 5 Polos Base e 5 CASAI). Atualmente, encontram-se em fase de execução mais 32 obras, sendo: 27 UBSI, 3 CASAI e 2 em Alojamentos.

2.6.1 Imunização

A vacinação é considerada uma das mais relevantes e consolidadas intervenções em saúde pública no Brasil. Representa a principal estratégia de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças imunopreveníveis e o procedimento de menor custo e maior efetividade.

O Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), oferece, no Calendário Nacional de Vacinação, todas as vacinas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde. Além das recomendadas, também disponibiliza imunobiológicos especiais de alto custo financeiro, para grupos em situação de maior risco, com um rígido controle de qualidade, que segue os padrões dos mais eficientes e confiáveis programas de vacinação do mundo.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o âmbito da atenção mais estratégico para a prevenção de doenças e agravos e um dos seus atributos essenciais é o acesso de primeiro contato para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo uma das principais estratégias previstas nos Planos Distritais de Saúde Indígena de todos os 34 DSEI.

Por ser realizada totalmente extramuros, sua operacionalização torna-se bastante complexa devido a fatores como diversidade cultural, dispersão geográfica, dificuldade na coleta de dados, registro e análise dos dados.

Além da necessidade de um planejamento minucioso para o acondicionamento, conservação e transporte dos imunobiológicos.

As principais estratégias para a vacinação da população indígena são: o mês de vacinação dos povos indígenas (MVPI), operação gota (OP), campanhas nacionais de vacinação contra a Influenza, campanhas nacionais de seguimento e vacinação de trabalhadores da Saúde contra o sarampo, campanha nacional contra a poliomielite e multivacinação para atualização da caderneta de vacinação da criança e do adolescente, campanha nacional de vacinação contra a covid-19, Plano de vacinação, Plano de Ação: "Estratégia De Vacinação Nas Fronteiras", e capacitações em sala de vacina, desenvolvidas de forma hierarquizada e descentralizada em articulação nos três entes federativos de gestão (municipal, estadual e nacional).

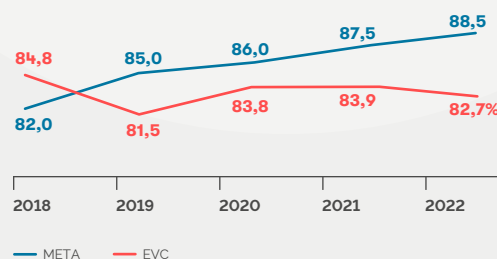
Utiliza-se no âmbito da saúde indígena o indicador de cobertura de esquema vacinal completo em crianças menores de 5 anos, em razão da preocupação com a redução de mortalidade e redução da morbidade nessa faixa etária, a qual acompanhamos não somente a cobertura vacinal, mas todo o crescimento e desenvolvimento infantil dos indígenas assistidos por esse Subsistema.

Consideram-se crianças com esquema vacinal completo aquelas que receberam todas as vacinas preconizadas, conforme calendário

nacional de vacinação, de acordo com a idade no momento da avaliação. No que se refere à avaliação de crianças menores de 5 anos, em 2022, 83,8% (82.742) estavam com o esquema vacinal completo no 4º trimestre de 2022*, em uma população de 98.751.

A análise dos dados do indicador de esquema vacinal completo (EVC) em crianças menores de 5 anos referente ao ano de 2021 foi concluída em março de 2022. Ressalta-se que o prazo estabelecido para recebimento dos dados do 4º trimestre de 2022 é até o dia 20 de janeiro do ano posterior, e consolidado conforme recebimento. No entanto, pode haver variação no envio, pois depende da saída das equipes de área, de acordo com a escala e planejamento de cada Distrito.

Gráfico 66 – Crianças menores de 5 anos com esquema vacinal completo de acordo com o calendário nacional de vacinação (em %), Dsei 2018 a 2022*



Fonte: Planilhas padronizadas enviadas DSEI/COVISI/CGGAS/DAPSI/SESAI/MS. Atualização de 2022 em 03/02/2023.
*4º trimestre (Período de referência 01/01/2022 a 31/12/2022) – Dados preliminares, em análise e sujeitos à alteração.

2.6.2 Crescimento e Desenvolvimento Infantil (CeD)

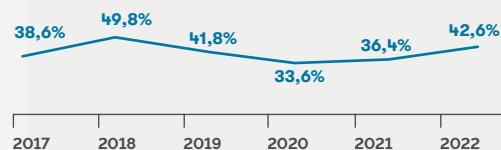
Considerando o perfil da mortalidade infantil indígena, onde predominam as doenças preveníveis, as consultas programáticas também são potenciais instrumentos para a detecção e intervenção precoce de agravos e alterações no crescimento e desenvolvimento das crianças. Ressalta-se que o acompanhamento do acesso às consultas preconizadas de Crescimento e Desenvolvimento Infantil (CeD) é o eixo estruturante das linhas de cuidado da atenção integral à saúde da criança e possibilita a identificação de necessidades especiais que merecem abordagem oportuna.

Para o dimensionamento do acesso das crianças indígenas com um ano completo que tiveram no mínimo seis consultas de CeD, são consideradas as categorias profissionais de médico e enfermeiro.

Em relação ao período de janeiro a dezembro de 2022, observou-se que, do total de 22.050 crianças que completaram um ano, 42,6% (9.398) receberam as seis ou mais consultas e ao menos 84,3% (18.598) das crianças receberam uma ou mais consultas.

É importante destacar que, em dezembro de 2021, novas extrações do banco nominal de dados do Siasi foram realizadas e a série histórica deste indicador foi alterada, devido processo de qualificação realizado.

Gráfico 67 – Crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento (em %)



Fonte: Siasi. 2017: Extração 01/08/19; 2018: Extração 15/08/20; 2019: Extração 14/02/2022; 2020: Extração 31/05/2022; 2021*: Extração 18/04/2022; 2022*: Extração 27/02/2023. Dados preliminares sujeitos a alterações.

2.6.3 Vigilância Alimentar e Nutricional

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição é orientadora das ações de alimentação e nutrição realizadas pela SESAI. Esta política é estruturada por meio de 9 diretrizes, dentre elas, a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), que 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. Dessa forma, a VAN prevê a avaliação contínua do perfil alimentar e nutricional das populações indígenas, com o propósito de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde.

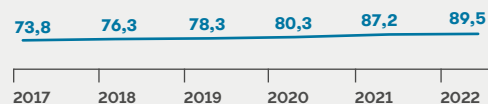
No contexto indígena, as ações de VAN são desenvolvidas pelos profissionais que compõem as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). Os dados provenientes das ações de VAN estão inseridos no Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (Siasi), no módulo de *Vigilância Alimentar e Nutricional* e se restringem aos registros realizados pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

Este módulo permite a inserção do acompanhamento dos dados antropométricos (peso e estatura) e outros, sendo avaliados em cada acompanhamento realizado pelo profissional de saúde. Cabe destacar que, para avaliação do estado nutricional de crianças, o Ministério da Saúde adota os índices/parâmetros antropométricos, em consonância com a Organização Mundial da Saúde.

O percentual de crianças menores de 5 anos de idade que estão sob responsabilidade do SasiSUS que tiveram seu estado nutricional acompanhado conforme os critérios estabelecidos pela Vigilância Alimentar e Nutricional é um dos principais indicadores de VAN na SESAI.

Em relação ao período de janeiro a dezembro de 2022, do total de 103.155 crianças menores de 5 anos, 92.281 tiveram acompanhamento em VAN; os dados preliminares indicam um percentual de execução de 89,5% no período analisado.

Gráfico 68 – Crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional (em %)



Fonte: Siasi. 2017: Extração 01/08/19; 2018: Extração 15/08/20; 2019: Extração 14/02/2022; 2020: Extração 31/05/2022; 2021*: Extração 18/04/2022; 2022*: Período de 01/01 a 30/09/2022. Extração 27/01/2023. *Dados Preliminares.

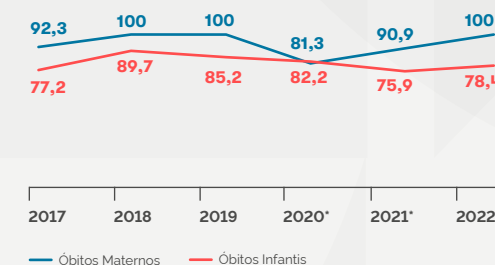
2.6.4 Mortalidade Materna e Infantil

Em relação às investigações de óbitos, tanto maternos quanto infantis, foram consideradas as informações acerca das investigações dos óbitos ocorridos no período no ano de 2022. Ressalta-se que esses indicadores são sensíveis ao tempo de realização das investigações, que pode ser de até quatro meses pós-óbito, devido às questões culturais com relação ao luto e à dificuldade de acesso às informações quando o óbito ocorre em rede hospitalar. Sendo assim, óbitos ocorridos a partir do mês de novembro podem ter sua investigação concluída no decorrer de 2023.

No período observado, foram registrados dez óbitos maternos e todos foram investigados: Alto Rio Solimões (1), Litoral Sul (1), Maranhão (1), Minas Gerais e Espírito Santo (1), Xavante (1) e Yanomami (5).

Com relação aos óbitos infantis, os 34 Distritos registraram algum óbito infantil no período. Entre os 606 óbitos de menores de 1 ano registrados, foi realizada investigação em 475, representando 78,4%.

Gráfico 69 – Porcentagem de óbitos maternos e infantis investigados



Fonte: Siasi. 2017: Extração 01/08/2019; 2018: Extração 15/08/2020; 2019: Extração 14/02/2022; 2020: Extração 30/05/2022; 2021: Extração 18/04/2022; 2022: Extração 27/01/2023. * dados sujeitos a revisão. Materno: 2017 e 2018: Extração: 02/03/2022. * Dados sujeitos a revisão.

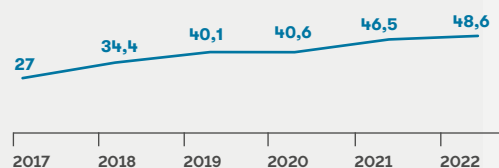
2.6.5 Pré-Natal

As ações de atenção à saúde das mulheres desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), são realizadas pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), diretamente nas terras indígenas. O cuidado é orientado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM), além disso, as ações de atenção ao pré-natal, parto e puerpério consideram também o direito à autodeterminação e os modelos próprios de atenção à gestação dos povos indígenas.

O Ministério da Saúde preconiza a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal ao longo da gestação e os registros dos atendimentos realizados nos DSEI são inseridos no módulo *Gestação* do Siasi. O indicador de cobertura considera as consultas realizadas por médicos (as) ou enfermeiro (a) nas gestações finalizadas em determinado período, excluindo-se aquelas finalizadas por aborto.

Em relação ao período de janeiro a dezembro de 2022, das 19.410 gestações finalizadas, 48,6% (9.431) tiveram acesso a seis ou mais consultas e ao menos 93,2% (18.095) tiveram acesso a pelo menos uma consulta.

Gráfico 70 – Gestantes indígenas menores com acesso a 6 ou mais consultas de pré-natal (em %)



Fonte: Siasi. 2017: Extração 01/08/19; 2018: Extração 15/08/20; 2019: Extração 14/02/2022; 2020: Extração 31/05/2022; 2021*: Extração 18/04/2022; 2022*: Extração 27/02/2023. Dados preliminares sujeitos à alterações.

2.6.6 Atendimento odontológico

No que diz respeito à saúde bucal, a avaliação das condições gerais de saúde e o exame clínico odontológico são realizados na primeira consulta odontológica programática, com objetivo de realizar o diagnóstico e um plano preventivo-terapêutico. O indicador de percentual de indígenas com primeira consulta odontológica permite mensurar o acesso da população à assistência odontológica.

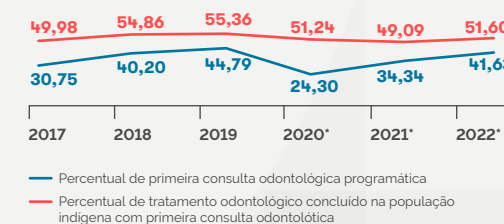
Os atendimentos odontológicos são ofertados pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), aos indígenas que residem em comunidades mais próximas dos centros urbanos e nas áreas isoladas e remotas, de abrangência dos 34 DSEI. O maior desafio destas equipes é levar os atendimentos às comunidades que não dispõem de estabelecimento de saúde e/ou energia elétrica. Nesses casos, é comum que as equipes improvisam miniestruturas com o intuito de fornecer atendimento adequado para essas populações.

Esse indicador apresentou um alcance médio nacional de 41,63% em dezembro de 2022, apresentando uma melhora, em comparativo ao total do ano de 2020, de mais de 12%, já no terceiro trimestre.

A resolutividade da atenção primária pode ser aferida pela proporção de conclusão de tratamentos odontológicos básicos, dentre aqueles que realizaram a primeira consulta odontológica programática. Observa-se que em 2022 ocorreu uma melhora de desempenho dos indicadores que haviam sofrido queda em anos anteriores. Neste ano, o alcance do percentual do tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica atingiu a marca de 49,88%, já no terceiro trimestre. E a retomada dos índices de conclusão dos tratamentos deve-se às atividades das EMSI na busca por suprir a demanda por tratamentos da assistência odontológica que sofreram com a suspensão dos atendimentos devido à pandemia SARS-CoV-2.

Houve melhora significativa no desempenho dos indicadores em 2022, em relação ao ano de 2021. No quarto trimestre de 2022, foram registradas 325.300 (41,63%) de primeiras consultas odontológicas programáticas e 167.852 (51,60%) tratamentos odontológicos concluídos, que representam um total de 498.206 atendimentos.

Gráfico 71 – Percentual de indígenas com primeira consulta odontológica programática e percentual de tratamentos concluídos em indígenas com primeiras consultas:



Fonte: Siasi/SESAI/MS.
Extração 27/02/2023. Dados preliminares sujeitos à alterações.

2.6.7 Malária

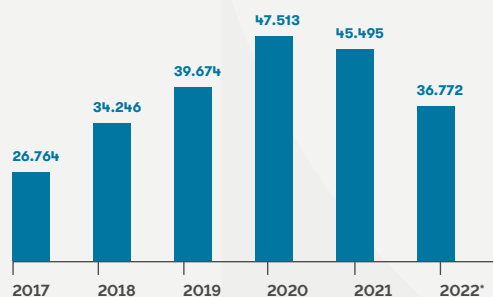
O ambiente silvestre em que os povos indígenas estão inseridos na região da Amazônia Legal, representando o território de 25 dos 34 Dsei, propicia uma maior exposição a diversos patógenos, incluindo a malária.

A malária é uma doença febril aguda transmitida pelo mosquito do gênero *Anopheles*, sendo considerada um importante problema de saúde pública no Brasil, por causar impactos negativos no desenvolvimento socioeconômico na população. Destaca-se que 21 Dsei são endêmicos para malária e cerca de 1/3 de todos os casos registrados na região são em indígenas.

Verifica-se que no ano 2022 foram registrados 36.772 casos autóctones de malária no SasiSUS, representando uma redução de 19,2% em comparação com o ano anterior (2021), porém, pondera-se que são dados preliminares e a oportunidade de informações da malária é superior a 90 dias.

É importante considerar que a doença está associada a vários fatores que aumentam o risco de adoecimento destas populações. Neste sentido, se intensificou a articulação junto à Secretaria de Vigilância em Saúde para o contínuo envio de insumos aos Dsei, tais como testes rápidos de diagnóstico, medicamentos, inseticidas e mosquiteiros impregnados com inseticida de longa duração.

Gráfico 72 – Número de casos autóctones de malária registrados pelos Dsei



Fonte: SIVEP-Malária. Data de referência: 01/01/2022 à 30/12/2022. Data de extração: 03/02/2023.*Dados preliminares.

2.6.8 covid-19 no SasiSUS

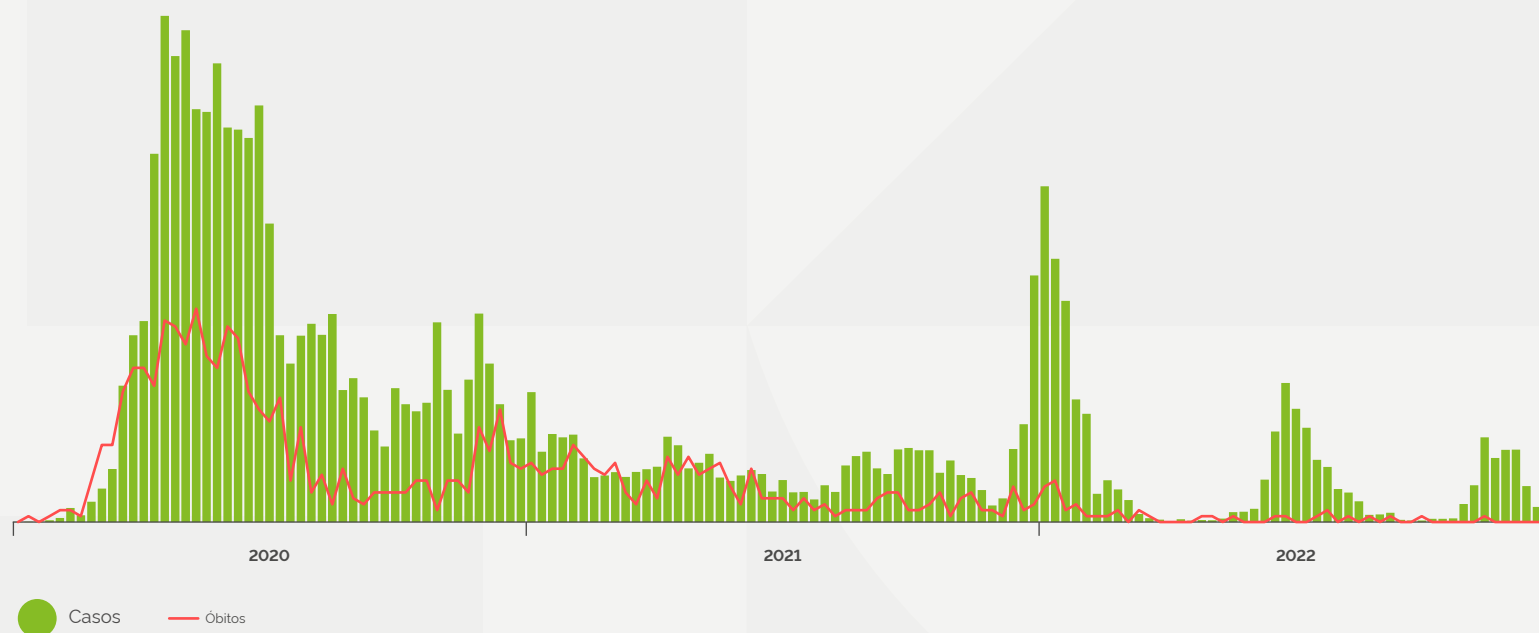
A Sesai, diante da emergência em Saúde Pública e ao longo de toda a pandemia, desenvolveu estratégias de proteção, prevenção, diagnóstico e tratamento da covid-19. Ademais, intensificou a rede logística e o suprimento de insumos e equipamentos de proteção individual (EPI), estabelecendo fluxos de atendimento nas aldeias, Polos Base, Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI), dentre outros serviços, a fim de que fosse organizado um fluxo específico para o combate à covid-19.

Assim, a Sesai elaborou uma nova estratégia, denominada Unidade de Atenção Primária Indígena (UAPI), para fortalecer os serviços de atenção primária à saúde indígena no atendimento da população de abrangência dos DSEI para a covid-19, respeitando suas especificidades culturais. Durante a pandemia, foram concluídas 383 obras de Unidades de Atendimento Primário Indígena, utilizadas no enfrentamento da emergência pública.

No Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, desde a primeira notificação ocorrida no ano de 2020 até o dia 31 de dezembro de 2022, houve 223.005 registros de covid-19 nos 34 Dsei. Deste total, 72.702 (32,60%) confirmados, 142.697 (63,99%) descartados, 7.540 (3,384%) excluídos e 66 (0,03%). Dentre os casos confirmados, 947 (1,3%) evoluíram para óbito por covid-19 (gráfico 73). Em 2022, foram confirmados 14.297 casos e 56 óbitos, sendo que os Dsei Interior Sul e Leste de Roraima apresentaram o maior número de óbito, seis óbitos cada Dsei.



Gráfico 73 – Distribuição dos casos confirmados e óbitos de covid-19 em indígenas assistidos pelo SasiSUS, notificados pelos Dsei, de 2020 a 2022



Fonte: SESAI/MS. Dados atualizados em 06/02/2022, sujeitos a revisões.

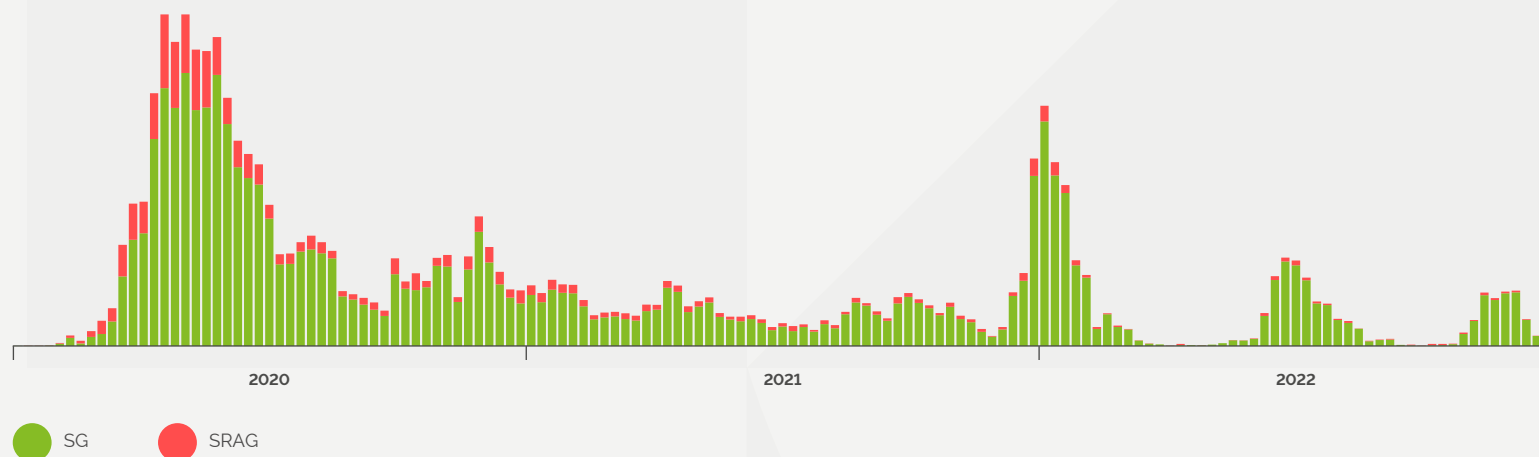
Espera-se uma atualização tanto do número de casos confirmados como de óbitos, à medida que os casos suspeitos sejam confirmados e novos registros sejam feitos. Portanto, os dados estão sujeitos a alterações e estão sempre sendo atualizados.

Quanto à classificação das infecções respiratórias, segundo o novo guia de Vigilância Epidemiológica da SVS/MS2 e, pós-reclassificação dos casos, dos 72.702 casos confirmados, 51.189 (70,41%) são Síndrome Gripal com sintomas leves ou

moderados; 6.818 (9,39%), casos de Síndrome Gripal que apresentaram sinais de gravidade (SRAG) (gráfico 74).



Gráfico 74 – Distribuição dos casos de SG e SRAG confirmados por covid-19 em indígenas atendidos pelo SasiSUS, segunda Semana Epidemiológica de Notificação, de 2020 a 2022



Fonte: SESAI/MS. Dados atualizados em 06/02/2022, sujeitos a revisões.

2.6.9 Ações SESAI Mais Saúde Projeto SESAI Mais Saúde Indígena

O Projeto SESAI Mais Saúde Indígena tem como objetivo ofertar e apoiar ações de saúde complementares à atenção primária e de atenção especializada, visando garantir o acesso dos indígenas à integralidade da atenção à saúde, por meios de ações, especialmente voltadas às populações indígenas que residem em áreas de difícil acesso geográfico ou à rede de serviços especializados do SUS.

Foram totalizadas, em 2022, 14 ações de saúde em território indígena, com 33.704 exames e procedimentos realizados, 1.052 consultas pediátricas, 2.952 consultas com médico generalista, 839 consultas ginecológicas, 3.529 consultas oftalmológicas, quatro consultas

ortopédicas, 50 consultas com psicólogo, 266 ultrassonografias, 292 radiografias, 6.835 atendimentos e procedimentos odontológicos, 202 cirurgias gerais, 23 cirurgias ginecológicas, 318 cirurgias oftalmológicas, 67 atividades de educação em saúde, 369 doses de imunobiológicos administrados, doação de 2.623 óculos e 1.943 kits de higiene bucal.

2.6.10 Agenda Transversal e Multissetorial da Primeira Infância

A SESAI realizou ações em 2022 que dialogam com a agenda transversal da primeira infância, são ações relacionadas à Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Vigilância Alimentar e Nutricional/VAN, Programa Saúde na Escola (PSE) e Medicina tradicional e Programa Articulando Saberes na Saúde Indígena.

No que se refere à saúde da criança, a SESAI participou do Projeto "Estratégia de Fortalecimento das Ações de Desenvolvimento Infantil para a Atenção Integral à Criança", desenvolvido em parceria com a Secretaria de Atenção Primária à Saúde/SAPS e Universidade Federal do Ceará. Esse projeto contempla um eixo voltado à qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na saúde indígena, por meio da produção de materiais educativos e capacitação de multiplicadores e promotores para o uso da Caderneta da Criança pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), visando fortalecer as ações desenvolvidas pelas EMSI.

Nas ações da Saúde da Mulher foi dada ampliação do acesso e da qualificação da atenção ao pré-natal nos Dsei, tratado como prioridade ao longo dos anos, devido a sua importância para a promoção de uma gestação, parto e puerpério saudáveis, além do potencial de reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, ainda bastante alta no contexto das populações indígenas.

A atenção à saúde das mulheres indígenas deve ser abordada na sua integralidade e em ampla perspectiva, que considere as necessidades das mulheres nos diferentes ciclos da vida, assim como preconiza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), pautada nos princípios e diretrizes estabelecidos na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Tendo em vista que o parto e nascimento são eventos fisiológicos e sociais que envolvem aspectos rituais importantes para reprodução física e cultural de um povo, as EMSI consideram os modelos próprios de atenção à gestação, ao parto e ao puerpério dos povos indígenas, para além das orientações técnicas preconizados no âmbito do Ministério da Saúde. Por isso, deve ser respeitada a manutenção dos sistemas de parto tradicional nas aldeias indígenas.

As EMSI realizam o acompanhamento da gestante durante o pré-natal e o puerpério, além de ofertar apoio ao planejamento do parto, quando necessário, e ao atendimento do recém-nascido. A avaliação do estado alimentar e nutricional da gestante também compõem a atenção ao pré-natal. Todas as intervenções devem ser criteriosamente avaliadas conforme a situação de cada mulher e a partir de um diagnóstico das necessidades específicas.

No que diz respeito a Vigilância Alimentar e Nutricional/VAN, foi realizado o Projeto “Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil Indígena” e também firmada carta-acordo com a Rede IBFAN Brasil (Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar – International Baby Food Action Network) visando adaptar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) para a realidade da saúde indígena e fortalecer as ações de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês além da introdução de alimentação complementar e saudável a partir dessa idade.

Instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial n.º 6.286, o Programa Saúde na Escola (PSE) se caracteriza por ser uma política inter setorial voltada às crianças, adolescentes, jovens e adultos inseridos no contexto da educação pública nacional. Com uma estratégia de integração e desenvolvimento de ações articuladas entre escola e agentes da Atenção Primária à Saúde, o programa objetiva promover saúde e educação de forma integral.

Visando monitorar a estruturação das ações preconizadas pelo PSE junto aos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas/Dsei, foi realizado, em novembro de 2022, um levantamento referente a execução das ações nos territórios atendidos pelos Dsei. Conforme os dados obtidos, dos 198.712 indígenas assistidos pelo SasiSUS, na faixa etária de 01 a 19 anos, 50,01% (99.500) são beneficiados pelo programa por meio das escolas localizadas nos territórios indígenas.

Quanto a Medicina tradicional e Programa Articulando Saberes na Saúde Indígena, a Sesai desenvolve o Programa Articulando Saberes em Saúde Indígena (Passi), visando concretizar os direitos constitucionais dos povos indígenas e efetivar o princípio da atenção diferenciada à saúde, em especial a diretriz de articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde.

2.6.11 Saneamento indígena

No que se refere às obras de saneamento indígena, ocorrem a partir da implantação, ampliação e reforma de sistemas de abastecimento de água, realizados por meio de instalações e serviços destinados a produzir e distribuir água a uma comunidade, em quantidade e qualidade compatíveis com as necessidades da população, para fins de consumo doméstico, serviços públicos e outros usos, em caráter provisório e/ou emergencial e implantação, ampliação e reforma de módulos sanitários domiciliares empregados como unidades de esgotamento sanitário.

As ações de saneamento quanto às obras resumem-se na implantação, reforma e ampliação de sistemas de abastecimento de água e melhorias sanitárias domiciliares.

Em 2022, foram concluídas 51 implantações e 12 reformas/ampliações, totalizando 63 obras de saneamento terminadas. Ainda, no final de 2022, encontrava-se em execução 24 implementações e 19 reformas/ampliações.

2.6.12 Abastecimento de água

O Ministério da Saúde promove o abastecimento de água potável às aldeias, realizando obras de infraestrutura para garantir à população indígena a prevenção de doenças de veiculação e transmissão hídrica. As obras realizadas com tal finalidade consistem na instalação de Sistemas de Abastecimentos de Água (SAA), constituídos principalmente pela perfuração de poços tubulares acompanhados de cloradores para desinfecção, ou a captação superficial acompanhada de tratamento por meio de filtros como o Salta-Z, que é um tipo de tratamento simplificado coletivo de água, que também inclui clorador.

Em localidades onde há acesso terrestre, também se fornece abastecimento por meio de carros pipa, ou há contratos para fornecimento com a própria companhia, ou empresa de abastecimento do município. Desta forma, busca-se a forma mais eficiente para garantir que a população indígena e os estabelecimentos de saúde tenham acesso à água potável.

Em 2022, foram concluídas obras de infraestrutura em 84 aldeias que não tinham acesso à água potável, ampliando para 3.150 a cobertura de aldeias com abastecimento.

Além disso, visando manter o bom funcionamento das infraestruturas de abastecimento de água existentes, também foram concluídas 12 obras de reformas e/ou ampliações.

Monitoramento da qualidade da água

A aferição dos parâmetros de qualidade da água de consumo humano consiste no monitoramento dos parâmetros básicos de qualidade da água, segundo o preconizado na Portaria GM/MS n.º 888/2021 e executado conforme o Plano de Monitoramento da Qualidade de Água em Aldeias Indígenas (PMQAI), construído com base no Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI). A partir dele, os DSEI traçam estratégias para garantir a cobertura da avaliação da qualidade da água entre a comunidade indígena.

Embora sejam visíveis os desafios que se interpõem à execução do monitoramento da qualidade da água nas aldeias, esse número demonstra um modesto aumento nos últimos anos, passando de 9% em 2020 (497 aldeias) para 12% em 2021 (632 aldeias). No entanto, a SESAI, com os DSEI, tem empreendido esforços na elaboração de estratégias que alavanquem o desenvolvimento da agenda e a cobertura do monitoramento às aldeias.

Em 2022, esse índice sofreu uma redução em relação ao ano anterior, sendo 423 aldeias a média de monitoramento da qualidade da água por mês com os seis parâmetros estabelecidos pela Portaria de Potabilidade: turbidez, pH, cor, cloro livre, coliformes totais e *E.Coli*, correspondendo a 7,5% do total de aldeias.

Tratamento da água

Em áreas indígenas, a entrega de água de qualidade se dá por duas frentes, sendo a primeira a implantação de Sistemas de Abastecimento de Água (SAA), cujo tratamento se dá em função da qualidade da água bruta do manancial de captação e a segunda, a implementação do tratamento intradomiciliar. A maioria das infraestruturas de abastecimento de água realizam, prioritariamente, a captação subterrânea da água e, geralmente, empregam a desinfecção (cloração) como tratamento. Entretanto, é importante lembrar que há diversas possibilidades de tratamento da água e sua escolha dependerá das características locais (bacia hidrográfica, particularidades étnicas, culturais da população indígena; entre outras).

Em 2022, do total de infraestruturas de abastecimento de água instaladas em aldeias indígenas, 1.685 (53,49%) possuem tratamento. Vale ressaltar que, na impossibilidade de implementação dessas medidas ou até que elas sejam efetivamente implementadas, a SESAI promove a segunda estratégia para o tratamento da água, o tratamento intradomiciliar, que consiste na utilização de filtros de barro e a aplicação do hipoclorito de sódio 2,5% para a filtração e desinfecção da água respectivamente.

Gerenciamento de resíduos sólidos - GRS

Em 2022, a implementação do Gerenciamento de Resíduos Sólidos foi realizada em média em 14% das aldeias do país, com ações de inspeção sanitária pelo menos uma vez ao ano. Dentre as atividades contabilizadas, foram realizadas:

- a) Inspeções sanitárias a partir de visitas domiciliares com orientações aos moradores, atividades de educação, rodas de conversa, palestras, mutirões de limpeza, parceria com as escolas indígenas e outras instituições de ensino;
- b) Implementação de processos simplificados de logística reversa, compostagem de resíduos orgânicos, implantação de hortas e roças comunitárias associadas à compostagem;
- c) Promoção de atividades voltadas à triagem, reaproveitamento, e destinação dos recicláveis à cadeia local de reciclagem;
- d) Logística reversa de alguns itens, como, por exemplo, de baterias por meio de papaihas.

Foram feitas um total de 4.308 atividades de educação ambiental pelos DSEI. No total, foram realizadas 6.389 atividades educativas voltadas ao gerenciamento de resíduos sólidos nas aldeias.

Programa Nacional de Acesso à Água Potável em Terras Indígenas (PNATI)

Em novembro de 2022, foi lançado o Programa Nacional de Acesso à Água Potável em Terras Indígenas - PNATI - Portaria GM/MS 5.938/2022.

As doenças feco-orais são o maior número de notificações de morbidade registrada no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi) e essas doenças diarreicas são a terceira maior causa de mortalidade infantil. Uma criança indígena tem 14 vezes mais chance de morrer por diarreia que uma criança que nasce em um grande centro urbano.

Sabe-se que as doenças diarreicas estão relacionadas, em sua maioria, com a falta de água potável e que apenas 45% da população indígena tem acesso à água potável. Em virtude disso, o PNATI tem por objetivo universalizar o acesso à água potável em comunidades indígenas assistidas pelo SasiSUS, de modo a fornecer água em quantidade e qualidade adequadas e contribuir para a melhoria da saúde da população indígena, por meio de recursos próprios e/ou captura de parceiros estratégicos para implantação de novas infraestruturas, reformas e manutenções dos sistemas já existentes, assim como melhorias na gestão interna dos DSEI, garantia e ampliação do controle da qualidade da água, qualificação na gestão das operações, com a capacitação dos profissionais e adoção de ações educativas com as comunidades, para alcançar os melhores resultados possíveis.

De maneira específica, o Programa busca ampliar o acesso à água potável em Terras Indígenas atendidas pelo SasiSUS, promover o controle da qualidade da água, por meio do tratamento e monitoramento adequados, contribuir para a melhoria da saúde, qualidade de vida e condições ambientais da população indígena e adotar mecanismos de planejamento, fiscalização e avaliação da prestação de serviços de abastecimento de água, com base em critérios técnicos e na participação social.

O PNATI objetiva que, até o final de seus 20 anos de duração, no mínimo, tenha atendido a um total de 95% da população assistida. É esperado que nos quatro primeiros anos de execução já seja alcançado 78% desse quantitativo previsto.

O PNATI foi também apresentado na 27ª Conferência do Clima da Organização das Nações Unidas (COP 27), por meio da Diretora do Departamento de Projetos e Determinantes Ambientais Saúde Indígena – DEAMB, com o intuito de divulgar o programa e despertar o interesse de terceiros para futuras parcerias.

2.6.13 Controle Social

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) estabelece como uma de suas diretrizes o controle social, instrumento que garante a participação indígena no SasiSUS de maneira qualificada, deliberativa, independente e representativa, conforme as prerrogativas estabelecidas pela legislação do SUS.

O Controle Social na saúde indígena é composto pelas seguintes instâncias colegiadas de participação social: Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI), Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI), Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCONDISI) e Conferências Nacionais de Saúde Indígena (CNSI), com as seguintes especificações:

Por meio das instâncias de controle social da saúde indígena, garante-se que a população indígena participe do processo de formulação das políticas de saúde e do monitoramento e controle da sua execução, em todos os níveis de governo.

O controle social atua na realização de reuniões de conselhos distritais e locais de saúde indígena e no Fórum de Presidentes de CONDISI, bem como com capacitações/qualificações de conselheiros de saúde indígena, além do monitoramento e fiscalização dos serviços e ações de saúde *in loco*.

A atuação do controle social promovido na saúde indígena tem como desafios as peculiaridades de atuação nas comunidades indígenas, tais como a dificuldade de acesso às aldeias, grandes distâncias entre aldeias de um mesmo DSEI, áreas geográficas de DSEI envolvendo diversos estados ou parte deles, diversidades culturais, linguísticas e de cosmovisão, processos de representação política diferentes entre os povos indígenas, aspectos estes distintos e desafiadores para os gestores da administração pública.

As reuniões dos CLSI ocorrem conforme a organização social de cada povo indígena, podendo ser realizadas nas aldeias, Polos Base de Saúde Indígena (PBSI) ou municípios, onde os conselheiros indígenas participam da discussão e da elaboração de propostas nas áreas de saneamento, edificações, controle social e atenção à saúde indígena, para as proposições serem inseridas e acompanhadas junto aos Planos Distritais de Saúde Indígena (PDSI) e, anualmente, pelos Planos de Trabalho dos DSEI.

Tabela 65 – Instâncias colegiadas de participação social

Instâncias colegiadas de participação social	Total de reuniões programadas	Total de reuniões executadas	%
· CLSI	735	357	49%
· CONDISI	84	57	68%
· FPCONDISI	3	3	100%

No exercício de 2022, foram programadas 35 capacitações de CONDISI e executadas 15, com 679 conselheiros distritais de saúde indígena capacitados. Para os CLSI, programou-se 312, sendo realizadas 122, com 1784 conselheiros locais de saúde indígena qualificados.

Ressalta-se que as capacitações realizadas contribuem para o envolvimento e atuação qualificada de participação dos conselheiros nos âmbitos de atuação local, distrital e nacional. Foram realizadas 395 visitas técnicas nos Polos Base de Saúde Indígena, na abrangência dos DSEI, conforme as demandas locais.

Em novembro de 2022 foi realizada a etapa nacional da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (6ª CNSI), após as 302 etapas locais e 34 etapas distritais. A etapa nacional teve como tema central a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas: Atenção Diferenciada, Vida e Saúde nas Comunidades Indígenas, com os eixos temáticos: I - Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;

II - Modelo de atenção e organização dos serviços de saúde; III - Recursos humanos e gestão de pessoal em contexto intercultural; IV - Infraestrutura e Saneamento; V - Financiamento; VI - Determinantes Sociais de Saúde; e VII - Controle Social e Gestão Participativa.

Na etapa nacional da 6ª CNSI estiveram presentes 2.416 pessoas, dentre delegados, convidados e colaboradores, sendo aprovadas 259 propostas e 64 moções, que comporão o Relatório Final, bem como a aprovação da proposta de minuta da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), para atualização da política publicada no ano de 2002.

As Conferências Nacionais de Saúde Indígena aprimoram e atualizam as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, na intenção de avaliar a situação de saúde e propor novas diretrizes para a formulação da política de saúde nos respectivos níveis da federação.



2.7 APRIMORAMENTO DA GESTÃO E EDUCAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

2.7.1 Relatório Anual de Gestão (RAG) de Estados e Municípios

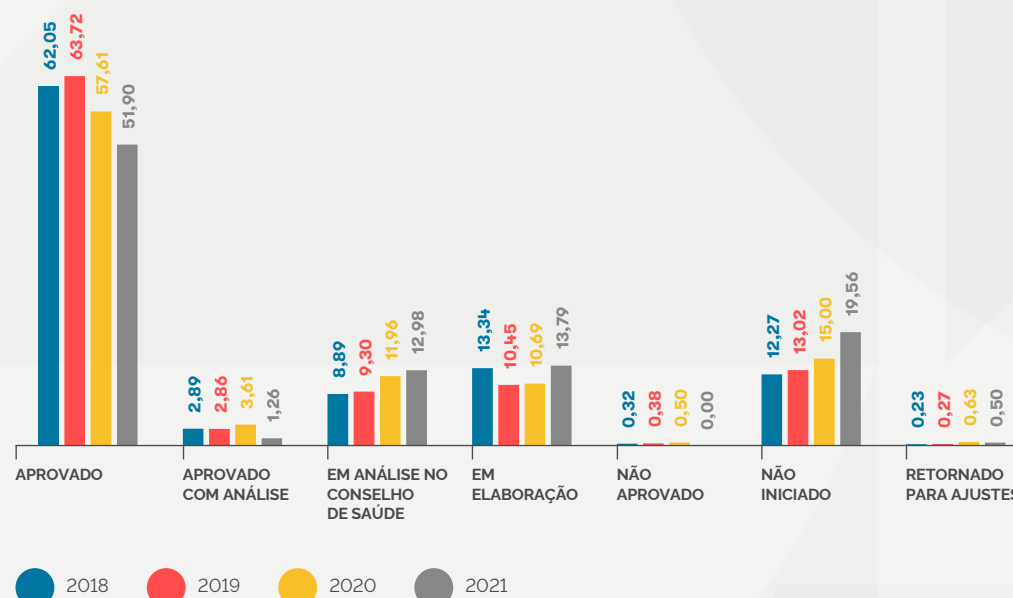
O Ministério da Saúde possui a meta no Plano Nacional de Saúde 2020-2023 de "Alcançar 4.400 entes federados com Relatório Anual de Gestão enviado ao Conselho". Esta meta reflete a intenção de apoiar os entes federados no atendimento ao disposto na legislação federal relativo ao planejamento do SUS. Nesse sentido, foram desenvolvidas ações direcionadas a promover e monitorar a elaboração e o registro dos instrumentos de planejamento do SUS no sistema DigíSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP). Para o ano de 2022, a meta estabelecida era de 3.800 entes federados com o Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2021 encaminhado ao Conselho, tendo sido alcançado um total de 3.706 entes (97,53% da meta) que encaminharam o RAG 2021 para análise dos respectivos Conselhos de Saúde, sendo 3.683 municípios e 23 estados: Acre, Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Pará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e Tocantins.

O DGMP recebe informações dos documentos referentes a 2018 em diante. Desde junho de 2020, tem sido elaborado, mensalmente, o "Boletim informativo: situação dos instrumentos de planejamento" e enviado a todas as secretarias do Ministério da Saúde, bem como ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), para conhecimento e divulgação. Todos os boletins são publicados na biblioteca do DGMP em acesso aberto. Disponível em:



<https://digisusgmp.saude.gov.br/informacao/biblioteca>

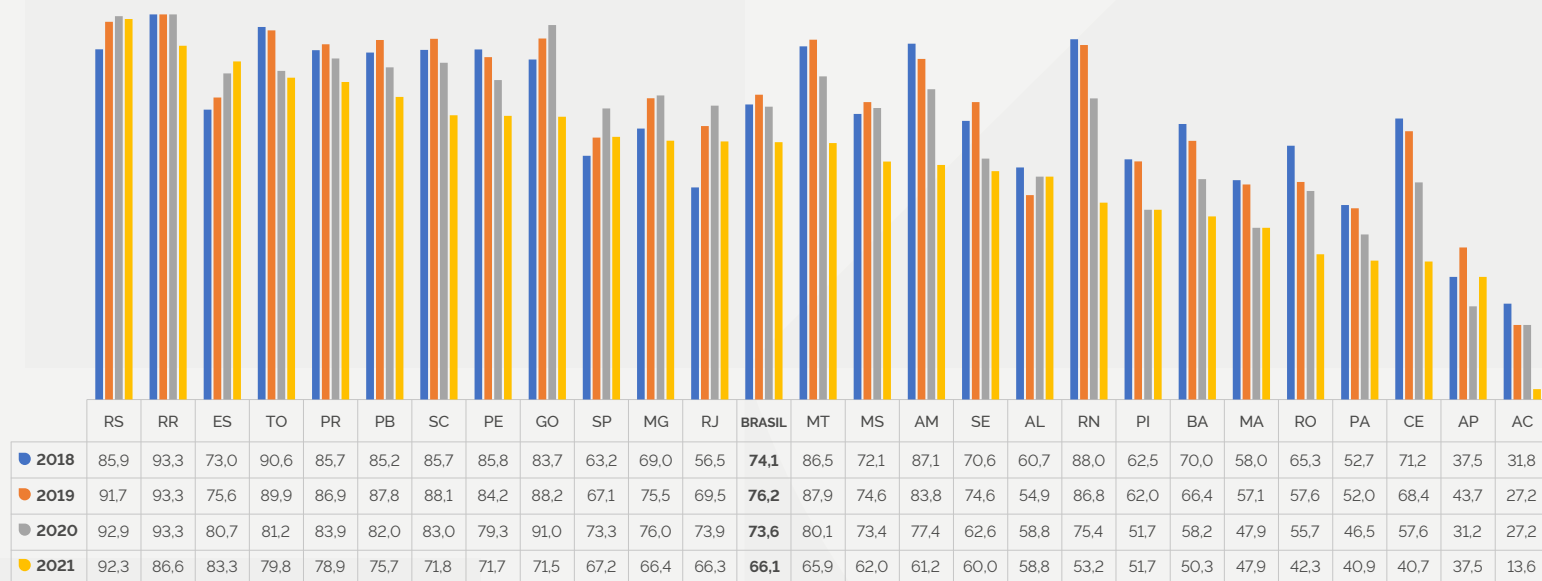
Gráfico 75 – Situação do Relatório de Gestão Por Status – Municípios (%), 2018 a 2021



Fonte: DGMP- Dados coletados em 31/12/2022.



Gráfico 76 – Proporção de Municípios que Encaminharam o Relatório de Gestão para Análise do Conselho de Saúde por Estado, 2018 a 2021



Fonte: DGMP - Dados coletados em 31/12/2022.

2.7.2 SOS de Ponta

A Ação Estratégica "SOS de Ponta", lançado em 2021 e que se desenvolveu ao longo de 2022, é uma iniciativa que compreende um projeto voltado à capacitação de mais de 10 mil profissionais e trabalhadores da área de saúde direcionada ao atendimento ao paciente crítico em situação de urgência e emergência. Nessa perspectiva, além de capacitar profissionais de saúde, o "SOS de Ponta" visa dar independência aos entes federados para estabelecer uma rotina de capacitações aos profissionais de saúde que atuam nas unidades que atendem os usuários do SUS, que com a devida estrutura necessária, poderão fornecer treinamentos mais adequados aos profissionais de saúde, bem como, respostas

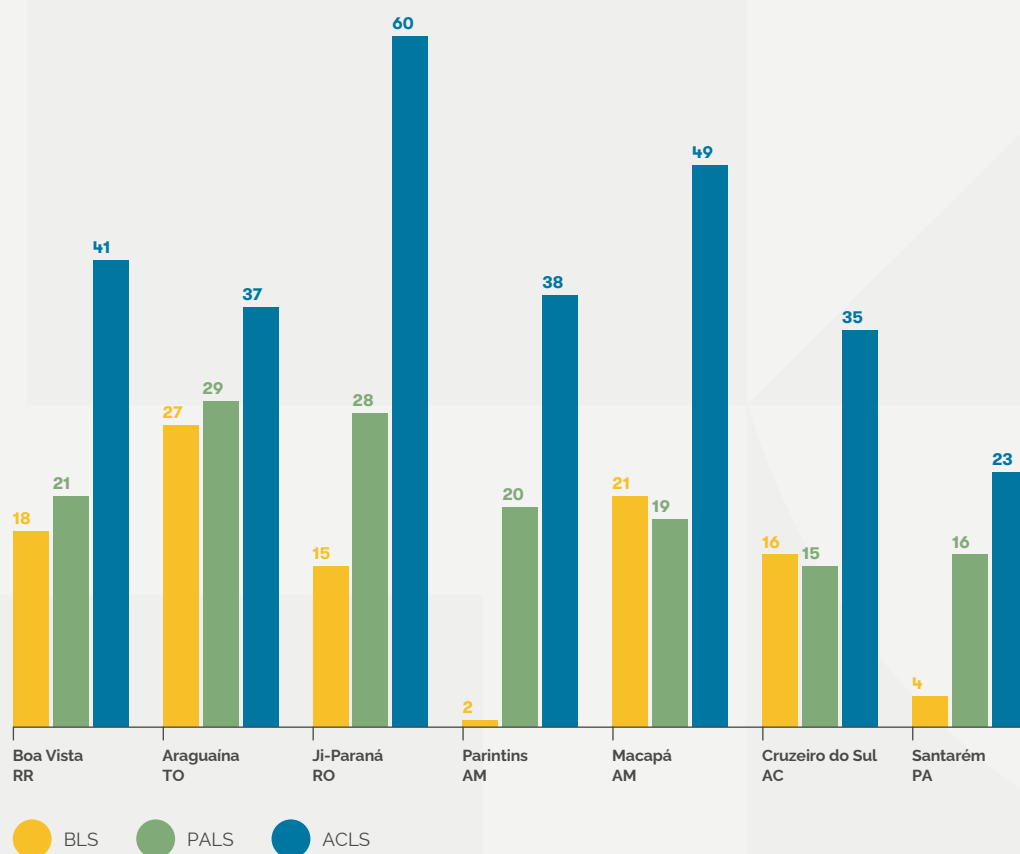
rápidas a futuras emergências em saúde e crises sanitárias, a exemplo da covid-19. O projeto tem como público-alvo profissionais de saúde, tais como: enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos e técnicos em enfermagem e demais profissionais que exercem atividades no âmbito da saúde e que estão dispostos a atuar em situações de emergência. O mesmo se estrutura em cinco eixos: (i) Capacitação emergencial para a abordagem ao paciente crítico nas urgências e emergências; (ii) Especializações em gestão de situações de emergência em saúde pública; (iii) Apoio à estruturação de Centros Formadores nos Núcleos de Educação em Urgência (NEU); (iv) Acreditação e Certificação e; (v) Atualização

da plataforma da ação "O Brasil Conta Comigo – Residentes na área de Saúde".

O primeiro Edital do Eixo I da Ação priorizou a região Norte do país. Foram ofertados, em 2022, três cursos na modalidade presencial: BLS - Curso Suporte Básico de Vida, PALS - Suporte Avançado de Vida em Pediatria e ACLS - Suporte Avançado de Vida em Cardiologia. Os cursos ocorreram nos seguintes municípios: Boa Vista/RR, Araguaína/TO, Ji-Paraná/RO, Parintins/AM, Macapá/AP, Cruzeiro do Sul /AC e Santarém/PA. Foram certificados em 2022 cerca de 500 trabalhadores da área da saúde concentrados na região norte do país.



Gráfico 77 – SOS de Ponta - Quantitativo de Certificações Região Norte, 2022



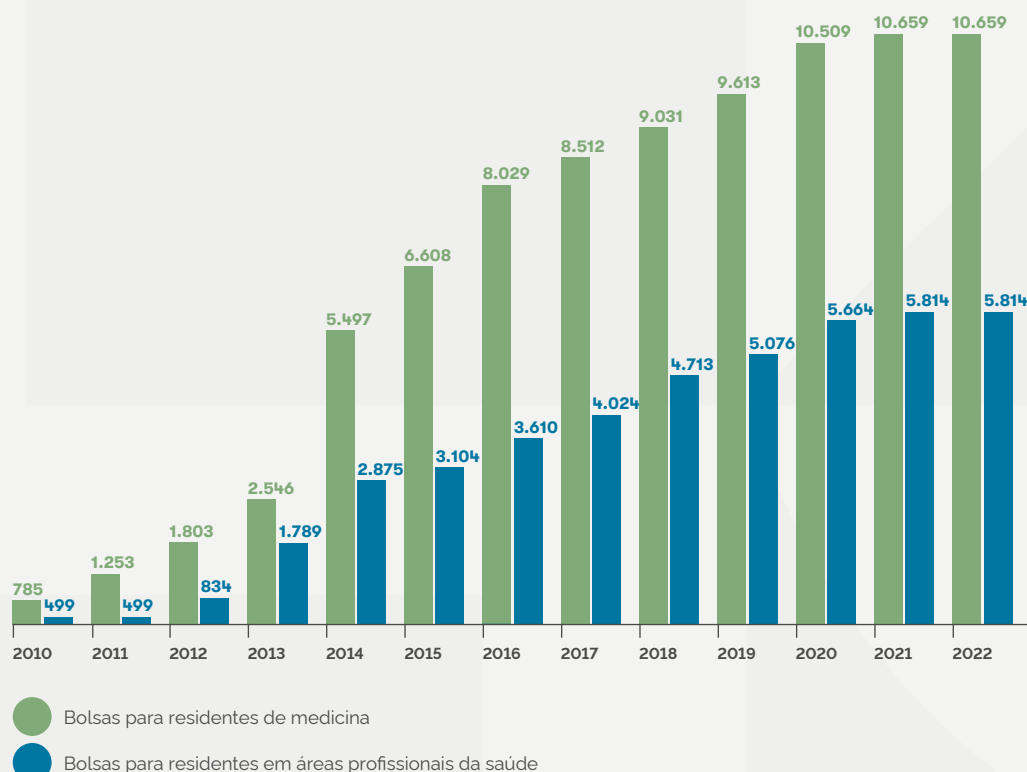
Fonte: Departamento de Gestão de Recursos Humanos em Saúde (Dgrhus/Sgtes/MS).

2.7.3 Pró-Residência Médica e Programa em Área Profissional

Em 2022, por meio 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, o Ministério da Saúde deu continuidade ao fomento à formação de especialistas por meio de concessão de bolsas de residência em saúde. Foram investidos R\$ 899.363.443,11 para o financiamento de bolsas de Residência Médica, R\$ 490.498.783,90 no financiamento à Residência em Área Profissional da Saúde, totalizando R\$ 1.379.862.227,01 investidos no financiamento de bolsas de residência.

Cabe ressaltar que em 2022 não foram realizados editais para concessão de novas bolsas de residências a serem financiadas pelo Ministério da Saúde, sendo assim conforme apresentado no gráfico a seguir, houve manutenção no total de bolsas financiadas por meio dos supracitados programas.

Gráfico 78 – Evolução do Número de Novas Bolsas Ofertadas pelo Pró-Residência



Fonte: Departamento de Gestão de Recursos Humanos em Saúde (Dgrhus/Sgtes/MS).

2.7.3.1 Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde

O Ministério da Saúde deu continuidade às ações voltadas ao desenvolvimento de Programas de Residência em Saúde, sem perder de vista, a formação de especialistas estratégicos para o enfrentamento da covid-19, tais como: intensivismo; urgência e emergência; infectologia; pneumologia; dentre outros. Elaborou-se, portanto, o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde (PNFRS), instituído pela Portaria GM/MS n.º 1.598, de 15 de julho de 2021. Esse plano, compreende 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. Os objetivos do PNFRS são: (i) valorizar e qualificar residentes, o corpo docente-assistencial e gestores de programa de residência em saúde; (ii) fortalecer a atuação do preceptor na formação do residente, (iii) contribuir para a formação qualificada de profissionais de saúde; (iv) apoiar institucionalmente programas de residência; (v) ampliar o número de programas de residência financiados com bolsas pelo Ministério da Saúde, em regiões prioritárias para o SUS, e (vi) contribuir para a oferta de profissionais especializados, nas regiões prioritárias para o SUS. Nesse sentido, o desenvolvimento do PNFRS se apoia em três Eixos:

I - Ofertas Educacionais: consiste em um conjunto de ações de capacitação e qualificação profissional de residentes, corpo docente-assistencial e gestores de Programas de Residência em Saúde, na modalidade de cursos, apoio à produção científica e outros processos formativos;

II - Valorização Ensino-Assistencial: consiste em cursos para qualificação do corpo docente-assistencial com intuito de aprimorar o conhecimento científico e, consequentemente, contribuir de maneira qualitativa e quantitativa no ensino e na formação de novos especialistas, e com a produção científica no país; e

III - Apoio Institucional: consiste em um conjunto de ações de apoio técnico, pedagógico e institucional às instituições proponentes de programas de residência em saúde na elaboração de projetos pedagógicos e na condução de processos administrativos para a criação, reativação ou reestruturação de programas de residência, em conformidade com as necessidades e capacidades loco-regionais do SUS.

Em 2022, contabilizou-se no âmbito do Eixo I do PNFRS, a oferta de mais de 100 cursos disponibilizados no Portal Registra RH Saúde:



<https://registra-rh.saude.gov.br/>.

Identificou-se cerca de 1.000 matrículas e mais de 500 certificações. No contexto do Eixo II, houve a liberação de recursos para o incentivo à capacitação de preceptores e fomento à produção científica com concessão de bolsa de incentivo no valor de R\$ 1.500,00

aos profissionais de saúde que atuam como preceptores. Em agosto de 2021, foi publicado o Edital n.º 04, no âmbito do PNFRS, com o intuito de ofertar vagas para a Capacitação em Gestão de Programas de Residências em Saúde com carga horária de 120 horas e duração de seis meses. O encerramento do curso se deu em junho de 2022 e foram capacitados mais de 300 profissionais.

Ainda, no contexto do Eixo II do PNFRS, foi lançado em 2022 o "Curso de Aperfeiçoamento Multiprofissional de Preceptores para Integração Ensino e Serviço nos Territórios de Saúde", com oferta de vagas para preceptores que estivessem atuando em Programas de Residência em Saúde. Esse curso é constituído por 22 microcursos, distribuídos em nove áreas temáticas, computando carga horária mínima de 180 horas e carga horária máxima de 250 horas a ser cumprida no prazo de seis meses. Teve seu início em agosto de 2022 e será finalizado em fevereiro de 2023.

O apoio institucional contemplado no Eixo III do PNFRS prevê ações de apoio técnico, pedagógico e administrativo para criação, reativação e reestruturação de programas de residência em saúde, em conformidade com as necessidades e capacidades loco-regionais. Neste sentido, foi publicado o Edital n.º 3, de 31 de agosto de 2021, destinado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde da Região Norte do Brasil. Essa ação se estendeu no ano de 2022. No total, aderiram 39 entes federados distribuídos em cinco estados da Região Norte. Dos quais, 17 entes prosseguiram e entregaram projetos.

Importante salientar que, a política de gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) - busca apoiar a implementação de práticas de gestão que promovam análises dos processos de trabalho em saúde, especialmente no sentido de reorganizar o modelo de atenção, segundo os princípios e diretrizes do SUS. A busca por dados relativos à gestão do trabalho em saúde tem sido intensificada, através de decisões baseadas em evidências. Desse modo, os Recursos Humanos em Saúde (RHS) do país ganham força por meio de iniciativas que visam o diagnóstico para identificação das lacunas de trabalhadores da área da saúde a fim de ordenar sua distribuição no território.

2.7.4 Qualificação Profissional

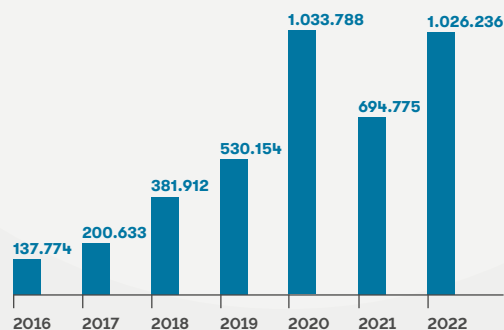
A qualificação dos recursos humanos na saúde pode ser entendida como a efetivação de estratégias e ações para o aprimoramento do potencial dos profissionais, no sentido de enfrentar as mudanças e os desafios gerados no trabalho diário nos diferentes espaços do SUS.

Leva-se em consideração o número de qualificações realizadas por profissionais do SUS (gestores e trabalhadores) em processos educacionais voltados para a qualificação da gestão e da assistência, na perspectiva do desenvolvimento profissional, da melhoria do acesso e do cuidado integral e equânime no SUS.

Em 2022, foram qualificados 1.026.236 profissionais, trabalhadores e gestores de saúde em processos de educação, com foco na Atenção Básica, nas redes e nos programas prioritários.

Como uma das ações intersetoriais direcionadas ao fortalecimento de áreas estratégicas para o SUS, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) tem como pressuposto a educação pelo trabalho, atuando no fortalecimento das ações de integração ensino-serviço-comunidade. Disponibiliza bolsas para tutores (professores), preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação das diferentes áreas da saúde. Em 2022, 15.031 atores do SUS e da comunidade acadêmica foram beneficiados.

Gráfico 79 – Evolução do Número de Profissionais de Saúde e Gestores Qualificados, 2016 a 2022



Fonte: Sistema de Planejamento e Monitoramento do Ministério da Saúde (Siplam).

Gráfico 80 – Evolução do Número de Beneficiados em Ações do PET-Saúde



Fonte: Sistema de Planejamento e Monitoramento do Ministério da Saúde (Siplam).

2.7.4.1 Cursos no modelo de educação a distância elaborados no contexto da covid-19

Em continuidade às ações desenvolvidas em 2020 e 2021, no decorrer do ano de 2022, foram ofertados cursos na modalidade de educação a distância (EAD) com o propósito de orientar e capacitar os profissionais e trabalhadores da saúde acerca das diretrizes contidas nos protocolos clínicos de assistência à saúde no contexto da covid-19 e nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, podendo ser acessados por meio dos [links](#) a seguir:

 <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/capacitacao>

 <https://avasus.ufrn.br/>

 <https://www.unasus.gov.br/>

 <https://universusbrasil.saude.gov.br>

Ofertantes	Cursos	Matrículas	Concluintes
AVASUS	Manejo e acompanhamento do paciente com suspeita de coronavírus	27.515	21.428
	Instruções para execução do teste rápido para detecção de anticorpos contra o SARS-CoV-2	17.748	15.420
	covid-19: Protocolo de manejo clínico do coronavírus na Atenção Primária à Saúde	24.799	18.633
	covid-19: Cuidado de idosos em instituições de longa permanência	8.175	6.620
	covid-19: uso seguro de EPI	45.714	38.174
	Proteção física e psicossocial no trabalho em saúde e áreas essenciais no enfrentamento à covid-19	11.883	9.428
	Principais aspectos clínicos e perspectivas terapêuticas para o tratamento de pacientes diagnosticados com a covid-19	3.612	2.875
	As estratégias de Saúde em Portugal para o enfrentamento à covid-19	1.607	1.315
	Segurança e higienização em serviços hospitalares no combate à covid-19	9.025	7.130
	A pandemia do novo coronavírus no Rio Grande do Norte e seus impactos na sociedade	1.340	1.037
	Pré-Natal e Puerpério em tempos de pandemia da covid-19	11.180	8.354
	A pandemia da covid-19 no contexto das Instituições de Longa Permanência para Idosos	10.300	8.355
	Desenvolvimento de vacinas e terapias para o enfrentamento da covid-19	6.453	5.367
	covid-19: capacitação para vacinadores	20.528	13.764
	A proteção do Idoso em tempos de covid-19	6.113	4.824
	Uso de antivirais na covid-19 – quais as evidências científicas?	5.030	3.816
	Vírus respiratórios emergentes, incluindo a covid-19	98.770	68.083
	Prevenção e controle de infecções (PCI) causadas pelo novo coronavírus (covid-19)	22.047	16.276
	covid-19: manejo do paciente com distúrbios respiratórios	35.881	23.761
	Aleitamento Materno no Contexto da covid-19	12.326	8.905



Ofertantes	Cursos	Matrículas	Concluintes
UNA-SUS	Doenças Ocasionaladas Por Vírus Respiratórios Emergentes, Incluindo o covid-19	122.357	82.203
	Prevenção e Controle de Infecções (PCI) causadas pelo novo coronavírus (covid-19)	62.627	37.317
	Manejo clínico da covid-19 na atenção primária à saúde	86.151	46.947
	Fundamentos e tecnologias para o enfrentamento da covid-19 e de outras doenças virais	11.874	4.419
	Enfrentamento da covid-19 e demais doenças virais	25.567	10.444
	Manejo Clínico da covid-19 na atenção especializada	69.016	35.945
	Contato covid - rastreamento e monitoramento dos contatos dos casos de covid-19	14.265	5.449
	Orientações sobre a covid-19 na atenção especializada	48.101	28.620
	Medidas de proteção no manejo da covid-19 na atenção especializada	80.858	51.878
	Medidas de proteção no manejo da covid-19 na atenção primária à saúde	27.789	15.817
	Orientações gerais ao paciente com covid-19 na atenção primária à saúde	78.301	44.394
UniverSUS	O novo coronavírus e a covid-19	15.091	8.893
	Enfrentamento à covid-19: Avaliação e Intervenção Fisioterapêutica Hospitalar e Ambulatorial	2.739	511

Fonte: Dados extraídos das plataformas AVASUS, UNA-SUS e UniverSUS.



2.8 SAÚDE DIGITAL

O Ministério da Saúde vem trabalhando para a implementação de uma Política Nacional de Saúde Digital, conforme estabelecido Decreto n.º 9.795, de 17 maio de 2019 que, posteriormente, foi revogado pelo Decreto n.º 11.098, de 20 de junho de 2022, que manteve em suas competências a implementação da política. Outra iniciativa, diz respeito a alteração do Programa Telessaúde Brasil Redes, inserido na Portaria de Consolidação n.º 5, de 28 de setembro de 2017, onde se busca a criação de um novo Programa, o qual passará a ser denominado "Programa Saúde Digital pelo Brasil". Tanto a política quanto o programa se encontram em processo de elaboração.

Projetos em Telessaúde

Durante o ano de 2022 estiveram vigentes 15 projetos em Saúde Digital, para os quais três (20%) foram firmados por meio de Convênio e 12 (80%) por meio de Termo de Execução Descentralizada (TED).

Vinculado aos projetos vigentes, verifica-se 11 Proponentes, 13 Núcleos de Telessaúde e nove Plataformas de Telessaúde. Neste contexto, há o compartilhamento de Plataformas de Telessaúde por Núcleos de Telessaúde e Proponentes com um ou mais projetos.

Os projetos firmados com os Núcleos de Telessaúde se encontram sediados em 11 estados brasileiros.

Tabela 66 – Geografia dos Núcleos de Telessaúde

ESTADOS	SIGLA	PROJETOS
Acre	AC	01
Amazonas	AM	01
Ceará	CE	01
Goiás	GO	02
Minas Gerais	MG	03
Mato Grosso	MT	01
Pará	PA	01
Pernambuco	PE	01
Piauí	PI	01
Rio Grande do Norte	RN	01
Santa Catarina	SC	02
Total		15

Fonte: DESD/SE/MS, 2022.

Ao término de 2022, cinco projetos se encerraram, o que definiu a atuação de nove proponentes, dez Núcleos de Telessaúde e 11 projetos. No entanto, quatro propostas foram pactuadas visando garantir a oferta de serviços em tele-educação, teleconsultoria e telediagnóstico.

O serviço de telediagnóstico se aplica à apenas 18 estados. Isso não restringe a oferta aos outros estados, pois os Núcleos de Telessaúde que estão inseridos na Oferta Nacional de Telediagnóstico por meio da Plataforma Nacional de Telediagnóstico atuam na emissão de laudos a partir da demanda de pontos de Telessaúde fora do próprio estado.



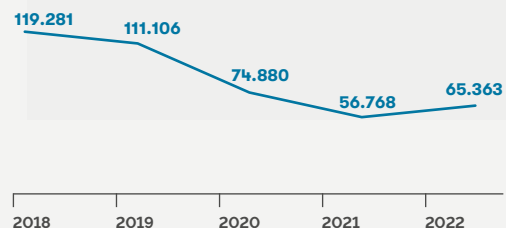
Tabela 67 – Número de Telediagnósticos pelo Programa Telessaúde Brasil Redes por Estado, 2022

UF	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL ANO
AC	1.647	1.719	1.999	2.121	3.168	2.656	2.426	2.710	2.547	2.627	2.980	2.670	29.270
AL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	21
AM	1.378	2.082	2.848	2.176	2.738	2.661	855	0	6	0	0	5	14.749
BA	8.855	10.492	14.020	13.162	17.383	13.163	15.802	22.006	20.219	18.861	18.229	12.706	184.898
CE	3.600	4.820	5.666	6.160	6.666	6.176	6.551	7.254	7.293	7.128	6.727	5.090	73.131
ES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	25
GO	656	863	1.001	416	0	0	0	0	0	0	158	390	3.484
MT	4.139	4.935	6.323	5.951	6.916	6.389	6.420	7.338	7.267	7.072	6.767	5.764	75.281
MS	187	217	325	454	1.193	1.387	1.790	2.812	3.839	3.598	3.292	2.564	21.658
MG	36.585	42.196	54.591	48.264	60.001	54.168	56.494	66.319	62.251	57.953	54.916	47.822	641.560
PA	0	0	0	0	0	1	4	0	1	0	0	110	116
PR	948	1.214	1.403	1.299	1.618	1.559	1.620	1.793	2.129	2.566	2.046	1.958	20.153
PE	1.629	2.042	2.910	2.827	4.354	3.746	5.049	7.302	7.763	9.267	8.767	8.577	64.233
PI	1.781	1.473	2.246	1.881	2.240	0	0	0	0	0	0	0	9.621
RR	474	516	728	673	918	740	697	864	659	697	693	591	8.250
SC	2.966	2.797	3.574	3.582	3.692	3.224	3.516	3.879	4.725	4.807	4.183	3.972	44.917
SP	0	1	1	1	0	0	0	0	1	2	1	0	7
TO	26	41	2	0	0	1	0	27	71	70	73	55	366
TOTAL MÊS	64.871	75.408	97.637	88.967	110.887	95.871	101.224	122.304	118.771	114.648	108.832	92.320	1.191.740

Fonte: Sistema de Planejamento e Monitoramento do Ministério da Saúde (Siplam), 2022.

Nesta mesma perspectiva, quanto aos serviços de teleconsultoria, denota-se uma brusca queda nos anos de 2020 e 2021, em razão da pandemia da covid-19 e em 2022 houve uma pequena elevação, conforme representado no gráfico abaixo:

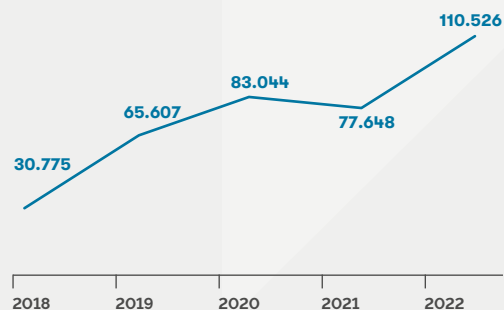
Gráfico 81 – Número de Registros de Teleconsultoria, 2018 a 2022



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 a 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 82 – Número de Participações em Atividades de Tele-Educação no Brasil, 2018 a 2022



Fonte: Sistema de Monitoramento e Avaliação dos Resultados do Programa Telessaúde (SMART), 2022.

Oferta Nacional de Telediagnóstico (ONT)

A Oferta Nacional de Telediagnóstico (ONT) visa ampliar o serviço de diagnóstico de exames realizados a distância nas áreas com maior necessidade do país. Há três Núcleos de Telessaúde que atuam na oferta de telediagnóstico por meio da Plataforma Nacional de Telediagnóstico.

Tabela 68 – Quantidade de Telediagnósticos na ONT, 2021 a 2022

Núcleos de Telessaúde	Especialidades	Estados cobertos	Telediagnósticos	
			2021	2022
Núcleo de Telessaúde Estadual de Goiás	Oftalmologia	GO, RR, SC	12.538	570
Núcleo de Telessaúde Estadual de Minas Gerais	Eletrocardiograma	MG, PR, MT, AC, RR, CE, PE, BA	496.819	567.327
Núcleo de Telessaúde Estadual de Santa Catarina	Dermatologia	SC, MS, AC, MT, GO, BA	57.704	46.279
Total Geral			567.061	614.176

Fonte: DESD/SE/MS, 2022.





03

CONFORMIDADE E EFICIÊNCIA DA GESTÃO



3.1 GESTÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA

O orçamento do Ministério da Saúde foi definido pela Lei n.º 14.303, de 21 de janeiro de 2022 – que estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2022 – e pelos créditos adicionais publicados ou reabertos ao longo do exercício. Ao todo, a despesa total

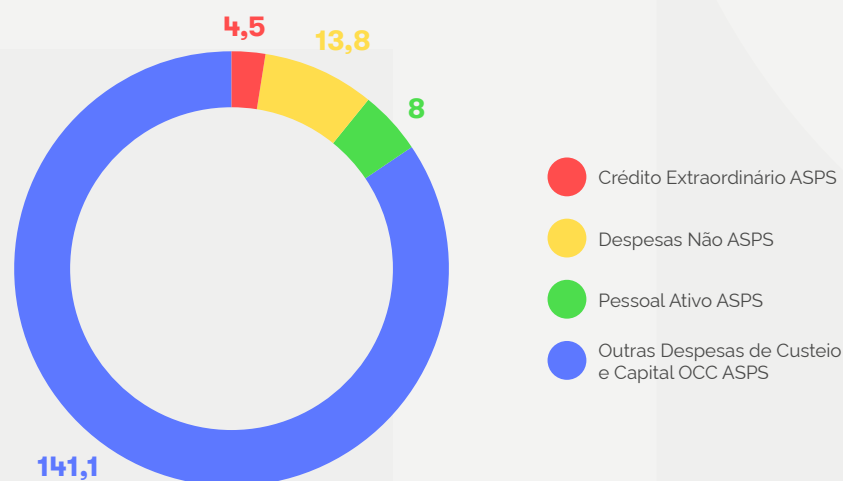
autorizada no Orçamento da Seguridade Social para o Ministério da Saúde foi de R\$ 166,4 bilhões. Esse número contempla a administração direta e também a indireta, inclusive Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que com a Lei n.º 13.848/2019 passaram a constituir “órgãos setoriais” dos Sistemas de Planejamento e de Orçamento Federal, de Administração Financeira Federal, de Pessoal Civil da Administração Federal, de Organização e Inovação Institucional, de Administração dos Recursos de Tecnologia

da Informação e de Serviços Gerais. Esse valor contempla: a) despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), conforme os artigos 2º e 3º da Lei Complementar n.º 141/2012, e identificadas na Lei Orçamentária Anual (LOA) 2021 com o identificador de uso 6 (IU 6), incluindo reabertura de crédito extraordinário para o enfrentamento à covid-19; e b) demais despesas consignadas ao Ministério da Saúde – administração direta e unidades vinculadas. Do valor total de R\$ 166,4 bilhões autorizados, R\$ 153,6 bilhões foram relativos a despesas consideradas

como Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), e R\$ 12,8 bilhões para outras despesas, como pagamento de inativos e despesas com funcionamento da Anvisa e ANS.

Dos R\$ 153,6 bilhões de despesas ASPS, R\$ 8,0 bilhões são relativos a pessoal ativo, incluindo benefícios e sentenças judiciais, R\$ 141,1 bilhões são relativos às despesas ordinárias de custeio e capital da Pasta¹ e R\$ 4,5 bilhões são relativos à reabertura de crédito extraordinário para o enfrentamento à covid-19.

Dotação Autorizada do Ministério da Saúde no Orçamento da Seguridade Social
(em R\$ bilhões)



Fonte: SIOP, 2022.

¹ Inclui R\$ 5,7 bilhões em recursos ordinários para enfrentamento à covid-19.



Em 2022, foi reaberta uma medida provisória de crédito extraordinário com recursos para o Ministério da Saúde para financiamento das iniciativas de combate à pandemia decorrente do novo coronavírus, destinada à aquisição de vacina, que foram editadas pela MP n.º 1.083, de 24 de dezembro de 2021. Dessa forma, da suplementação original de R\$ 6,4 bilhões foram reabertos R\$ 4,5 bilhões em 2022.

Além dos recursos oriundos dessa reabertura de crédito extraordinário, as iniciativas de enfrentamento à pandemia também contaram com recursos do orçamento regular do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 5,7 bilhões, totalizando R\$ 10,2 bilhões.

Em 2022, os recursos destinados ao enfrentamento da pandemia foram alocados em diversas ações, com identificação por meio do Plano Orçamentário, conforme a seguir:

Recursos covid-19 – Todas as unidades do Ministério da Saúde (em R\$ milhões):

AÇÃO	DOTAÇÃO ATUAL		
	covid-19	MPV N.º 1.083	Total Geral
20AE - PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	199,5		199,5
20YE - AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS E INSUMOS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS	3.824,2	4.463,1	8.287,3
20YP - PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA	0,2		0,2
219A - PISO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	423,0		423,0
21BF - PESQUISA, DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E INOVAÇÃO EM SAÚDE	39,6		39,6
21BG - FORMAÇÃO E PROVISÃO DE PROFISSIONAIS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	193,6		193,6
4368 - PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA POR MEIO DA DISPONIBILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS EM SAÚDE DO COMPONENTE ESTRATÉGICO	129,4		129,4
4641 - PUBLICIDADE DE UTILIDADE PÚBLICA	15,0		15,0
6148 - ASSISTÊNCIA MÉDICA QUALIFICADA E GRATUITA A TODOS OS NÍVEIS DA POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES EDUCACIONAIS E DE PESQUISA NO CAMPO DA SAÚDE - REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO	105,0		105,0
6217 - ATENÇÃO À SAÚDE NOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	35,0		35,0
8305 - ATENÇÃO DE REFERÊNCIA E PESQUISA CLÍNICA	40,0		40,0
8585 - ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS EM MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	680,4		680,4
TOTAL	5.684,9	4.463,1	10.148,1

Fonte: SIOP, 2022.



Cumprimento da Aplicação Mínima Constitucional

O artigo 198, § 2º, inciso I, da Constituição Federal, combinado com o inciso II do artigo 110, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, incluído pela Emenda Constitucional (EC) n.º 95, de 15 de dezembro de 2016, e atualizado pela EC n.º 113, de 8 de dezembro de 2021, estabelece que a aplicação mínima em saúde a ser realizada pela União, em 2022, é equivalente ao piso apurado em 2021, corrigido pela variação da inflação (IPCA) apurada no exercício anterior a que se refere a lei orçamentária – calculada em 10,06%.

Demonstrativo de Cumprimento, pela União, da Aplicação Mínima em ASPS (em R\$ milhões)

ITEM		R\$ milhões
A	PISO PARA 2021	139.812,8
B	DOTAÇÃO ATUALIZADA - AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (ASPS)	153.608,0
C	DESPESAS EMPENHADAS - AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (ASPS)	153.173,6
D	DESPESAS EMPENHADAS ASPS NÃO COMPUTADAS PARA CÁLCULO DO MÍNIMO	1.315,2
	Reposição de Restos a Pagar	1.315,2
E = (C - D)	DESPESAS EMPENHADAS ASPS CONSIDERADAS NA BASE DE CÁLCULO DO MÍNIMO	151.858,4
F = (E - A)	APLICAÇÃO ACIMA DO PISO CONSTITUCIONAL	12.045,6

Fonte: SIOP, 2022.

² Atualizado pela EC n.º 113/2021.

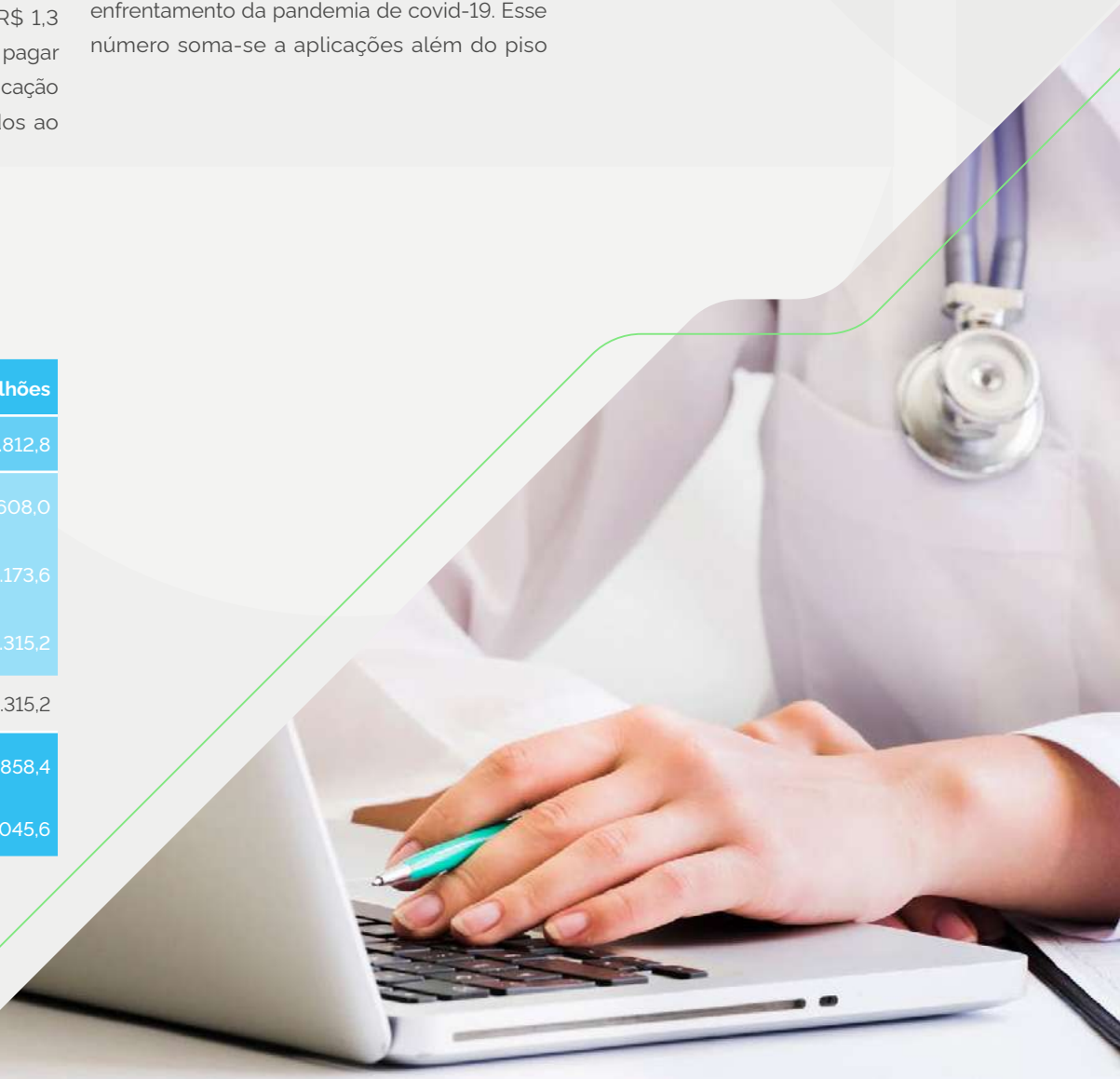
³ LC 141/2012, artigo 24, §§ 1º e 2º.

Conforme demonstrado no quadro a seguir, o piso de 2022 foi de R\$ 139,8 bilhões, considerando a aplicação mínima de R\$ 127,0 bilhões² em 2021.

A apuração do aplicado em ASPS ocorre a partir das despesas empenhadas, de acordo com previsão do artigo 24 da Lei Complementar n.º 141, de 2012. Em 2022, a União aplicou R\$ 153,2 bilhões em ASPS, dos quais R\$ 1,3 bilhão é relativo à reposição de restos a pagar considerados para fins de apuração da aplicação mínima de 2012 em diante e cancelados ao longo de 2021³.

Sendo assim, o total aplicado em ASPS considerado para fins de cumprimento do piso de 2022 foi de R\$ 151,9 bilhões. Dessa forma, em 2022 foram R\$ 12,0 bilhões aplicados pela União em ações e serviços públicos de saúde além do mínimo constitucional, resultado influenciado pelas despesas decorrentes do enfrentamento da pandemia de covid-19. Esse número soma-se a aplicações além do piso

nos exercícios anteriores: R\$ 1,8 bilhão em 2015, R\$ 12,5 bilhões em 2016, R\$ 5,6 bilhões em 2017, R\$ 1,7 bilhão em 2018, R\$ 5,0 bilhões em 2019, R\$ 39,7 bilhões em 2020 e R\$ 56,3 bilhões em 2021.



Execução Orçamentária

Em 2022, o Ministério da Saúde manteve o histórico de elevadas taxas de execução orçamentária. Da dotação atualizada total (ASPS e não ASPS) de R\$ 166,4 bilhões, foram empenhados R\$ 165,8 bilhões, representando um alcance 99,6%.

Inicialmente, o Decreto n.º 10.961, de 11 de fevereiro de 2022, e suas alterações, dispôs sobre a execução orçamentária dos órgãos, dos fundos e das entidades do Poder Executivo federal e suas alterações. Dispôs também sobre a programação orçamentária e financeira e estabeleceu o cronograma de execução mensal de desembolso do Poder Executivo federal para o exercício de 2022.

Em 2022, foram autorizados empenhos superiores ao piso estabelecido, o que permitiu a aplicação de R\$ 12,0 bilhões além do mínimo, conforme já anotado.

Consideradas apenas as despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS), a dotação total com empenhos autorizados foi de R\$ 153,6 bilhões, com o empenho de R\$ 153,2 bilhões, ou seja, 99,7%.

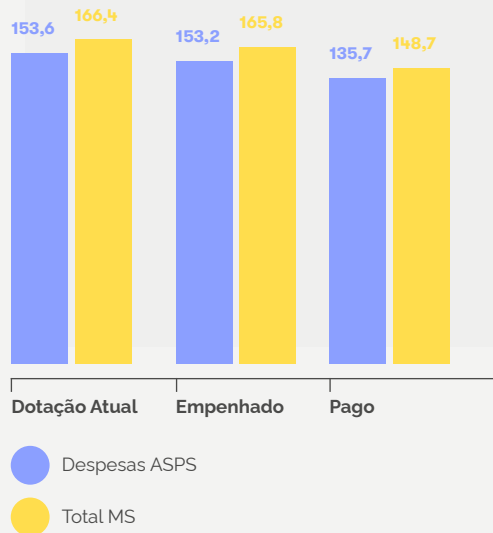
Demonstrativo Geral de Execução – Todas as unidades do Ministério da Saúde (em R\$ milhões)

ITEM	DOTAÇÃO ATUALIZADA	EMPENHADO	PAGO	SALDO A PAGAR DE EMPENHO
	(A)	(B)	(C)	D = (B - C)
ORÇAMENTO REGULAR	161.910.616.873,00	161.357.102.315,15	145.390.023.822,17	143.606.807.490,79
PESSOAL ATIVO ¹ - ASPS	8.007.930.444,00	7.847.670.120,36	7.838.687.694,43	7.404.257.813,28
PESSOAL ATIVO ¹ - NÃO ASPS (ANS/ANVISA)	889.474.096,00	834.617.483,22	825.683.699,45	773.533.743,21
Pessoal Inativo - Não ASPS	10.560.178.275,00	10.557.866.238,11	10.557.747.800,59	9.800.550.133,93
Outros Custeios e Capital (OCC) - ASPS	141.136.942.761,00	140.862.823.415,42	125.440.600.597,50	124.903.984.065,92
Programação Própria	125.784.280.744,00	125.722.452.530,32	111.700.834.775,39	111.178.638.001,74
Emendas	15.084.119.557,00	14.875.738.960,74	13.475.133.897,75	13.460.714.139,82
Individuais Obrigatórias	5.932.886.549,00	5.780.740.576,33	4.734.689.400,26	4.720.499.240,00
Bancada Obrigatória	2.682.920.985,00	2.634.466.048,28	2.415.804.978,36	2.415.575.380,69
Comissão	109.451.327,00	101.671.641,00	57.530.859,00	57.530.859,00
Relatoria	6.358.860.696,00	6.358.860.695,13	6.267.108.660,13	6.267.108.660,13
Sentenças Judiciais	268.542.460,00	264.631.924,36	264.631.924,36	264.631.924,36
OCC - Não ASPS	1.316.091.297,00	1.254.125.058,04	727.304.030,20	724.481.734,45
Programação Própria	1.288.118.780,00	1.227.794.550,98	712.404.835,14	710.084.428,56
Emendas	12.659.829,00	11.431.312,00	-	-
Individuais Obrigatórias	10.179.829,00	8.951.312,00	-	-
Relatoria	2.480.000,00	2.480.000,00	-	-
Sentenças Judiciais	15.312.688,00	14.899.195,06	14.899.195,06	14.397.305,89
Crédito Extraordinário	4.463.129.369,00	4.463.129.369,00	3.352.174.221,63	3.346.620.096,02
OCC - ASPS	4.463.129.369,00	4.463.129.369,00	3.352.174.221,63	3.346.620.096,02
Programação Própria	4.463.129.369,00	4.463.129.369,00	3.352.174.221,63	3.346.620.096,02
Reserva de Contingência	-	-	-	-
TOTAL MINISTÉRIO DA SAÚDE	166.373.746.242,00	165.820.231.684,15	148.742.198.043,80	146.953.427.586,81

Fonte: SIOP, 2022.

¹ Inclui GND 1 - Pessoal e Encargos e ação 212B (Benefícios).

Execução Orçamentária (em R\$ bilhões)



Fonte: SIOP, 2022.

Quando as unidades orçamentárias responsáveis pela execução são consideradas, a parcela mais expressiva dos recursos é executada pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) – administração direta –, com 91,7%; seguido pela Fiocruz, com 5,6% e pela FUNASA, com 1,3%.

Demonstrativo Geral de Execução do Ministério da Saúde por Unidade Orçamentária (em R\$ milhões)

ORÇAMENTO 2022 - LEI N.º 14.303, DE 21 DE JANEIRO DE 2022				
UNIDADE	DOTAÇÃO ATUAL	EMPENHADO	LIQUIDADO	PAGO
36201 - FIOCRUZ	7.670,2	7.652,9	5.700,5	5.561,3
36210 - GHC	1.797,9	1.788,7	1.760,3	1.734,3
36211 - FUNASA	3.409,2	3.378,0	2.146,0	2.017,9
36212 - ANVISA	809,4	758,0	726,9	686,2
36213 - ANS	349,6	291,6	277,8	265,9
36901 - FNS	152.375,7	151.949,1	138.129,0	136.686,1
74202 - REC. SUP - ANS	4,5	2,0	1,7	1,7
TOTAL	166.416,4	165.820,2	148.742,2	146.953,4

Fonte: SIOP, 2022.

Quando consideradas as principais ações orçamentárias finalísticas executadas, destacam-se:

- > **Ação 8585** – Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade, com dotação empenhada de **R\$ 55,8 bilhões, 33,6% do total empenhado** pelo Ministério da Saúde (órgão 36000 como um todo) em 2022.
- > **Ação 219A** – Piso de Atenção Primária em Saúde, com empenho de **R\$ 23,4 bilhões (14,1% do empenho total** do órgão em 2022).
- > **Ação 20YE** – Aquisição e Distribuição de Imunobiológicos e Insumos para Prevenção e Controle de Doenças, com **R\$ 16,8 bilhões empenhados, 10,1% do total**.
- > **Ações 4705** – Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, **4370** – Atendimento à População com medicamentos para Tratamento dos Portadores de HIV/AIDS, outras Infecções Sexualmente Transmissíveis e Hepatites Virais, **20AE** – Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde, **4295** – Atenção aos Pacientes Portadores de Doenças Hematológicas e **4368** – Promoção da Assistência Farmacêutica por meio da aquisição de medicamentos do Componente Estratégico, associadas todas elas à assistência farmacêutica e que juntas registraram empenhos de **R\$ 14,1 bilhões**, o equivalente a **8,5% do empenho total** do órgão 36000 – Ministério da Saúde.

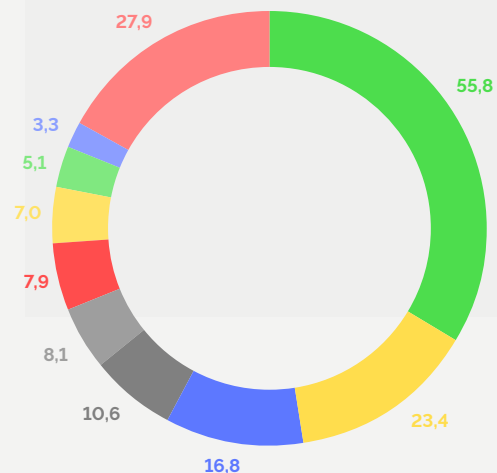
Principais Despesas do Ministério da Saúde (em R\$ milhões)

ORÇAMENTO 2021 - LEI N.º 14.144, DE 22 DE ABRIL DE 2021

AÇÃO	DOTAÇÃO ATUAL	EMPENHADO	PAGO
8585 - ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS EM MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	55.757,1	55.755,4	54.373,5
219A - PISO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	23.379,3	23.379,3	23.376,1
20YE - AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE IMUNOBOLÓGICOS E INSUMOS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS	16.818,2	16.818,2	9.674,1
0181 - APOSENTADORIAS E PENSÕES CIVIS DA UNIÃO	10.560,2	10.557,9	9.800,6
2E89 - INCREMENTO TEMPORÁRIO AO CUSTEIO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA CUMPRIMENTO DE METAS	8.167,3	8.139,7	7.954,0
4705 - PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA POR MEIO DA DISPONIBILIZAÇÃO DE MÉDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO	7.917,1	7.917,1	5.855,0
20TP - ATIVOS CIVIS DA UNIÃO	6.993,7	6.963,3	6.516,3
2E90 - INCREMENTO TEMPORÁRIO AO CUSTEIO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL PARA CUMPRIMENTO DE METAS	5.128,7	5.089,0	4.896,5
20AL - APOIO AOS ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS PARA A VIGILÂNCIA EM SAÚDE	3.293,4	3.293,4	3.261,5
21BG - FORMAÇÃO E PROVISÃO DE PROFISSIONAIS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	2.644,4	2.644,3	2.627,8
20YR - MANUTENÇÃO E FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL PELO SISTEMA DE GRATUIDADE	2.252,6	2.252,6	2.088,6
20AE - PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	2.243,9	2.243,9	1.840,9
4370 - ATENDIMENTO A POPULAÇÃO PARA PREVENÇÃO, CONTROLE E TRATAMENTO DE HIV/AIDS, OUTRAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E HEPATITES VIRAIS	2.224,7	2.224,7	1.560,7
20YD - EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO EM SAÚDE	1.686,9	1.685,2	1.554,7
20YP - PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA	1.656,0	1.654,6	1.538,7
8535 - ESTRUTURAÇÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE	1.460,8	1.343,1	265,3
4295 - ATENÇÃO AOS PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS HEMATOLÓGICAS	1.455,8	1.455,7	1.117,9
6148 - REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO	1.260,2	1.260,2	1.210,2
Demais ações	11.516,1	11.142,6	7.441,0
TOTAL	166.416,4	165.820,2	146.953,4

Fonte: SIOP, 2022.

Dotação Empenhada do Ministério da Saúde por Principais Programações Orçamentárias (em R\$ bilhões)



- 8585 - ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS EM MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
- 219A - PISO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
- 20YE - AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS E INSUMOS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS
- 0181 - APOSENTADORIAS E PENSÕES CIVIS DA UNIÃO
- 2E89 - INCREMENTO TEMPORÁRIO AO CUSTEIO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA CUMPRIMENTO DE METAS
- 4705 - PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA POR MEIO DA DISPONIBILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO
- 20TP - ATIVOS CIVIS DA UNIÃO
- 2E90 - INCREMENTO TEMPORÁRIO AO CUSTEIO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL PARA CUMPRIMENTO DE METAS
- 20AL - APOIO AOS ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICIPIOS PARA A VIGILÂNCIA EM SAÚDE
- DEMAIS

Fonte: SIOP, 2022.

Da perspectiva da forma de execução/modalidade de aplicação dos recursos, observa-se, no quadro a seguir, que a parcela mais expressiva se refere a transferências aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios. Do total de R\$ 165,8 bilhões

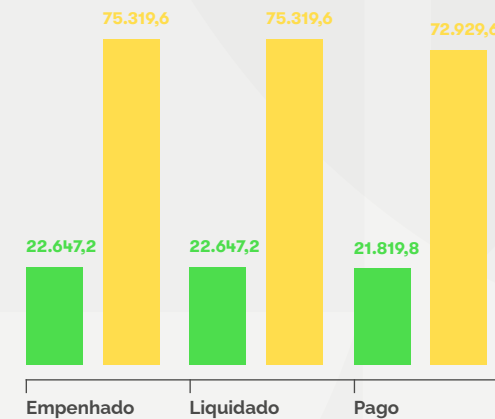
empenhados pelo Ministério da Saúde, R\$ 97,0 bilhões são transferências fundo a fundo aos demais entes federativos, além de R\$ 1,0 bilhão relativo a transferências mediante convênios ou instrumentos congêneres:

Transferências a Estados, Municípios e DF (em R\$ milhões)

	MODALIDADE DE APLICAÇÃO	DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESAS EMPENHADAS	DESPESAS LIQUIDADAS	DESPESAS PAGAS
30	Transferências a Estados e ao Distrito Federal	125,6	116,8	116,8	9,9
40	Transferências a Municípios	899,5	880,6	880,6	57,9
TOTAL TRANSFERIDO POR CONVÊNIO/SIMILAR		1.025,1	997,4	997,4	67,8
31	Transferências a Estados e ao Distrito Federal - Fundo a Fundo	22.552,4	22.511,1	22.511,1	21.790,7
35	Transferências a Estados e ao Distrito Federal - Fundo a Fundo - Art. 24 LC 141/12	19,3	19,3	19,3	19,3
41	Transferências a Municípios - Fundo a Fundo	73.281,7	73.143,1	73.143,1	71.575,8
45	Transferências a Municípios - Fundo a Fundo - Art. 24 LC 141/12	1.296,0	1.296,0	1.296,0	1.296,0
TOTAL TRANSFERIDO FUNDO A FUNDO		97.149,3	96.969,5	96.969,5	94.681,7
TOTAL GERAL		98.174,5	97.966,8	97.966,8	94.749,4

Fonte: SIOP, 2022.

Montante de Transferências a Estados, Municípios e DF, por estágio da despesa. (em R\$ milhões)



- Estados e DF
- Municípios

Fonte: SIOP, 2022.

As aplicações realizadas diretamente pelo Ministério da Saúde⁴ alcançaram R\$ 64,5 bilhões em 2022, já incluídas as despesas com pessoal e encargos sociais⁵. Desse total, 7,4 bilhões são destinados a despesas com medicamentos de alto custo⁶ e R\$ 16,6 bilhões à aquisição de vacinas e insumos estratégicos⁷.

Dos R\$ 20,2 bilhões previstos para aplicação direta na ação 21CO, R\$ 19,9 bilhões (98,2%) referem-se a saldos não executados das MPs n.º 1.004 e 1.015/2020, reabertos em 2021 e destinados à aquisição de vacinas para a covid-19.

Aplicações Diretas do Ministério da Saúde (em R\$ milhões)

AÇÃO	DOTAÇÃO ATUAL	EMPENHADO	LIQUIDADO	PAGO
20YE - AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS E INSUMOS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS	16.587,6	16.587,6	9.459,6	9.443,8
0181 - APOSENTADORIAS E PENSÕES CIVIS DA UNIÃO	10.560,2	10.557,9	10.557,7	9.800,6
4705 - PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA POR MEIO DA DISPONIBILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO	7.447,0	7.447,0	5.553,8	5.384,9
20TP - ATIVOS CIVIS DA UNIÃO	6.993,7	6.963,3	6.954,9	6.516,3
8585 - ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS EM MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	2.421,8	2.421,8	2.175,3	2.129,5
20YR - MANUTENÇÃO E FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL PELO SISTEMA DE GRATUIDADE	2.252,6	2.252,6	2.088,6	2.088,6
Demais Ações	18.191,5	17.906,7	14.086,7	13.754,5
TOTAL	64.454,3	64.136,8	50.876,6	49.118,1

Fonte: SIOP, 2022.

⁴ Modalidade de Aplicação 90 e 91.

⁵ GND 1.

⁶ Ação 4705 – Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

⁷ Ação 20YE – Aquisição e Distribuição de Imunobiológicos e Insumos para Prevenção e Controle de Doenças.

Considerada a natureza da despesa realizada, do total de R\$ 165,8 bilhões empenhados, R\$ 142,4 são relativos a outras despesas correntes (Grupo de Natureza de Despesa [GND] 3); R\$ 18,8 bilhões a despesas com pessoal e encargos sociais (GND 1); e R\$ 4,6 bilhões a despesas com investimentos (GND 4).

Perfil das Despesas do Ministério da Saúde (em R\$ milhões)

GRUPO DE NATUREZA DE DESPESA	DOTAÇÃO ATUAL	EMPENHADO	LIQUIDADO	PAGO
1 – Pessoal e encargos sociais	18.922,0	18.803,5	18.794,4	17.598,6
3 – Outras despesas correntes	142.672,2	142.402,3	128.735,2	128.164,0
4 – Investimentos	4.775,1	4.612,4	1.210,9	1.189,1
5 – Inversões financeiras	4,5	2,0	1,7	1,7
9 – Reserva de contingência	42,7	0,0	0,0	0,0
TOTAL	166.416,4	165.820,2	148.742,2	146.953,4

Fonte: SIOP, 2022.

Evolução das Despesas Empenhadas do Ministério da Saúde (em R\$ milhões)

IDUSO	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total Ministério da Saúde	116.813,1	126.912,4	130.476,4	136.404,0	175.076,0	193.198,5	165.820,2
Despesas ASPS	106.718,5	115.259,8	117.459,7	124.084,2	162.419,6	180.106,5	153.173,6
Orçamento Regular	106.718,5	115.259,8	117.459,7	124.084,2	120.246,8	132.742,3	148.710,5
Crédito Extraordinário	-	-	-	-	42.172,8	47.364,1	4.463,1

Fonte: SIOP, 2022.

Execução financeira

No decorrer de 2022, foram desempenhadas atividades referentes à programação e administração financeira, com base nas necessidades dos recursos financeiros a serem destinados à execução dos programas e das ações contemplados no Orçamento da União, em favor do Ministério da Saúde e suas unidades vinculadas, e aos pagamentos dos empenhos inscritos em Restos a Pagar de exercícios anteriores.

Os empenhos e pagamentos obedeceram aos limites previstos no Decreto n.º 10.961, de 11 de fevereiro de 2022, e alterações, além das determinações e das orientações da Secretaria de Orçamento Federal (SOF/ME) e da Secretaria do Tesouro Nacional (STN/ME).

No tocante aos cronogramas de pagamentos das programações deste Ministério da Saúde, desde 2020 o limite de pagamentos aparece estabelecido em uma maior quantidade de anexos do que em anos anteriores. Tais anexos decorreram de classificações de resultado primário específicas e de despesas ressalvadas na Lei Orçamentária Anual de 2020. A seguir é apresentada tabela com os Anexos de Cronograma de Pagamentos relacionados com as despesas do Ministério da Saúde e suas unidades vinculadas.

Nesses anexos, os limites de pagamento⁸ estabelecidos ao Ministério da Saúde não consideram despesas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, uma vez que com a Lei n.º 13.848/2019 essas agências passaram a constituir “órgãos setoriais”. Diante desse contexto, optou-se por detalhar, a seguir, os limites de pagamento estipulados ao Ministério da Saúde, sem considerar ANS e ANVISA.

Em 2022, para pagamentos do orçamento do exercício corrente e dos restos a pagar do Ministério da Saúde, foi autorizado o montante de R\$ 25,4 bilhões⁹ para as despesas discricionárias em seus diversos anexos. O decreto de programação orçamentária e financeira previu, ainda, o montante de R\$ 108,9 bilhões no Fluxo

de Pagamento das Despesas Obrigatórias (Anexos XIII e XIV do referido Decreto).

Os pagamentos foram de R\$ 24,9 bilhões em despesas discricionárias e de R\$ 105,1 bilhões nas despesas obrigatórias com controle de fluxo.

Cabe registrar que nas emendas de execução obrigatória, foram pagos R\$ 5,8 bilhões em emendas individuais e R\$ 2,6 bilhões em emendas de bancada.

Na sequência é apresentada tabela com os limites de pagamentos e valores pagos em 2022 pelo Ministério da Saúde e suas unidades vinculadas (inclui FNS, FIOCRUZ, FUNASA e GHC, exclui ANS e ANVISA). Observa-se que os valores pagos equivaleram a 96,6 % dos limites autorizados.

Decreto n.º 10.961/2022 - Anexos de Cronograma de Pagamento

ANEXO II	DISCRICIONÁRIAS (RP 2) - FONTE TESOIRO - NÃO RESSALVADAS
ANEXO III	DISCRICIONÁRIAS (RP 2) - FONTE TESOIRO - RESSALVADAS
ANEXO IV	DISCRICIONÁRIAS (RP 2) - FONTE PRÓPRIA - NÃO RESSALVADAS
ANEXO V	DISCRICIONÁRIAS (RP 2) - FONTE PRÓPRIA - RESSALVADAS
ANEXO VIII	EMENDAS DE COMISSÃO (RP 8) - FONTE TESOIRO - NÃO RESSALVADAS
ANEXO IX	EMENDAS DE COMISSÃO (RP 8) - FONTE TESOIRO - RESSALVADAS
ANEXO X	EMENDAS DE RELATOR (RP 9) - FONTE TESOIRO - NÃO RESSALVADAS
ANEXO XI	EMENDAS DE RELATOR (RP 9) - FONTE TESOIRO - RESSALVADAS
ANEXO XII	EMENDAS DE RELATOR (RP 9) - FONTE PRÓPRIA - NÃO RESSALVADAS
ANEXO XIV	OBRIGATÓRIAS (RP 1) - FONTE TESOIRO
ANEXO XV	OBRIGATÓRIAS (RP 1) - FONTE PRÓPRIA

DISCRIMINAÇÃO	LIMITE PAGAMENTO	VALOR PAGO	% PAGO
Anexo II - Desp. Discricionária - Fonte Tesouro	17.494.121	16.593.462	94,85%
Anexo III - Desp. Discricionária - Fonte Própria - Ressalvada	5.758	2.093	36,35%
Anexo IV - Desp. Discricionária - Fonte Tesouro	79.779	52.880	66,28%
Anexo V - Desp. Discricionária - Fonte Própria - Ressalvada	1	-	0%
Anexo VIII - Emendas RP8 - Fonte Tesouro	83.861	58.527	69,79%
Anexo IX - Emendas RP8 - Fonte Tesouro - Ressalvada	320	319	99,69%
Anexo X - Emendas RP9 - Fonte Tesouro	7.699.599	7.680.485	99,75%
Anexo XI - Emendas RP9 - Fonte Tesouro - Ressalvada	1.638	173	10,53%
Anexo XII - Emendas RP9 - Fonte Própria	3.803	3.262	85,79%
Despesas Obrigatórias - Fonte Tesouro	108.628.659	104.837.815	96,51%
Despesas Obrigatórias - Fonte Própria	260.222	221.857	85,26%
Emendas Individuais	5.844.358	5.844.358	100,0%
Emendas Bancadas - Execução Obrigatória	2.591.720	2.591.720	100,0%
TOTAL	142.693.839	137.886.951	96,63%

Fonte: SIAFI 2022.

⁸ Créditos extraordinários não são considerados nos limites estabelecidos pelos Decretos de Programação Financeira.

⁹ Não considera limite para emendas individuais e de bancada de execução obrigatória.

Considerados os pagamentos totais realizados pelo Ministério da Saúde, ou seja, inclusive o pagamento de despesas que não são sujeitas à programação financeira, foram pagos, em 2022, R\$ 163,4 bilhões, dos quais R\$ 145,9 bilhões estão relacionados à LOA 2022 e R\$ 17,4 bilhões, à execução de restos a pagar. As tabelas a seguir detalham os valores pagos por unidade orçamentária, segregando despesas autorizadas por crédito extraordinário e despesas ordinárias da Pasta.

Da despesa total paga de R\$ 163,4 bilhões, R\$ 155,9 bilhões foram decorrentes de despesas

ordinárias e R\$ 7,4 bilhões de créditos extraordinários abertos para enfrentamento da pandemia de covid-19.

Também é possível observar que a distribuição dos pagamentos segue, em linhas gerais, a distribuição da execução orçamentária, com ampla predominância da administração direta, realizada pelo FNS, que custeia tanto as transferências fundo a fundo regulares e automáticas aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios quanto as aquisições diretas de medicamentos, vacinas e insumos estratégicos.

Despesas Pagas por Unidade Orçamentária – Despesas Ordinárias – Exceto Créditos Extraordinários covid-19 (em R\$ mil)

UNIDADE	LOA 2022	RESTOS A PAGAR	TOTAL
Fundo Nacional de Saúde - FNS	133.874.108	11.546.067	145.420.175
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ	5.026.641	1.066.930	6.093.571
Fundação Nacional de Saúde - FUNASA	2.017.928	635.731	2.653.659
Grupo Hospitalar N. S. Conceição S/A - GHC	1.734.346	48.470	1.782.816
TOTAL MINISTÉRIO DA SAÚDE	142.653.023	13.297.198	155.950.221

Fonte: SIAFI 2022.

Valores Pagos - Créditos Extraordinários covid-19 (em R\$ mil)

UNIDADE	LOA 2022	RESTOS A PAGAR	TOTAL
Fundo Nacional de Saúde (FNS)	2.812.000	1.923.319	4.735.319
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)	534.620	2.137.431	2.672.051
Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A. - CONCEIÇÃO	0	780	780
TOTAL MINISTÉRIO DA SAÚDE	3.346.620	4.061.530	7.408.150

Fonte: SIAFI 2022.

Transferências Fundo a Fundo

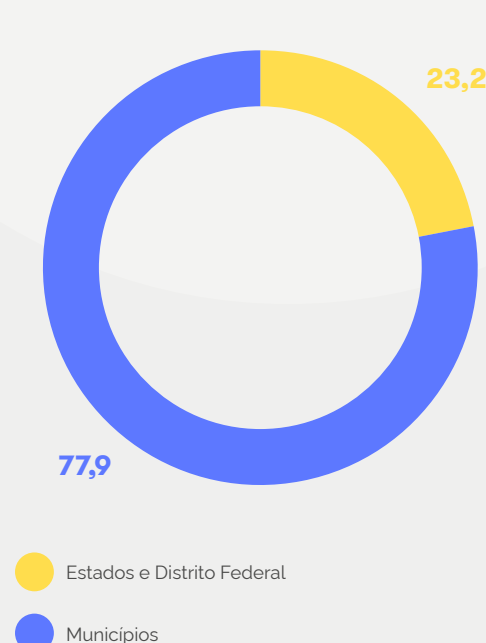
A parcela mais expressiva das despesas pagas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) é relativa às transferências fundo a fundo aos Estados, Distrito Federal e Municípios. As transferências fundo a fundo são organizadas e repassadas aos entes em blocos de financiamento, regulamentados pela Portaria de Consolidação n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, alterada pelas Portaria n.º 3.992, de 28 de dezembro de 2017 e Portaria n.º 828, de 17 de abril de 2020. Ao todo, as transferências fundo a fundo somaram R\$ 101,1 bilhões em 2021.

Desse valor, R\$ 77,9 bilhões (77,0%) foram repassados aos Municípios e R\$ 23,2 bilhões (23,0%), aos Estados e ao Distrito Federal.

Na distribuição por bloco, R\$ 99,7 bilhões dos recursos transferidos são relativos ao bloco de manutenção (98,6%) e R\$ 1,4 bilhão, ao bloco de estruturação (1,4%).

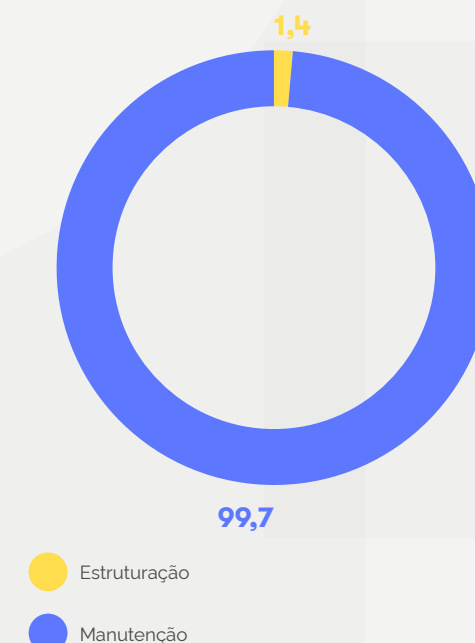
Dos valores repassados por meio do bloco de manutenção, R\$ 61,2 bilhões (60,5%) foram destinados a despesas da média e alta complexidade, R\$ 33,0 bilhões (32,6%), a despesas da Atenção Primária e R\$ 3,5 bilhões (3,4%) a despesas de vigilância em saúde.

Transferências "Fundo a Fundo" por Tipo de Repasse (em R\$ bilhões)



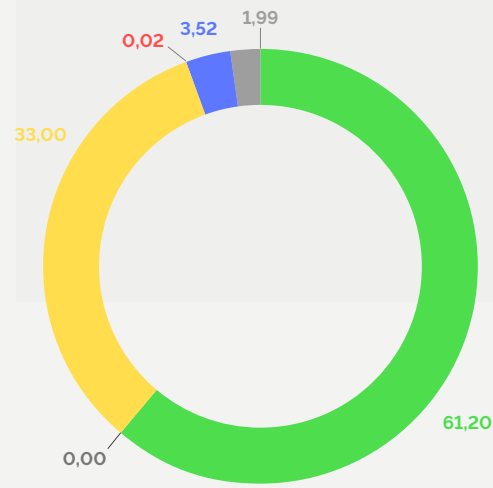
Fonte: SISPAG/FNS. 2022.

Transferências "Fundo a Fundo" por Bloco (em R\$ bilhões)



Fonte: SISPAG/FNS. 2022.

Transferências "Fundo a Fundo" do Bloco de Manutenção por Componente (em R\$ bilhões)



- ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
- ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
- ATENÇÃO ESPECIALIZADA
- ATENÇÃO PRIMÁRIA
- GESTÃO DO SUS
- VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Fonte: SISPAG/FNS, 2022.

Restos a Pagar

Em 2022, os Restos a Pagar (RAP) Inscritos e Reinscritos de outros exercícios alcançaram o montante de R\$ 28,9 bilhões. Ao longo

do exercício, foram pagos R\$ 17,4 bilhões e cancelado R\$ 2,7 bilhões, onde R\$ 2,6 bilhões será repostado na execução financeira de 2023. Em decorrência disso, o saldo de Restos a Pagar,

ao final do exercício de 2022, a ser reinscrito em 2023, foi de R\$ 8,7 bilhões

Restos a Pagar – Executado em 2022 (em R\$ milhões)

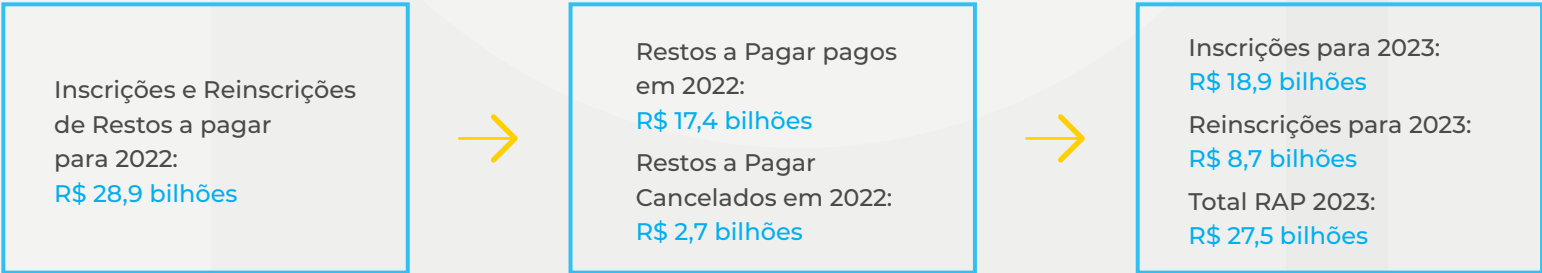
GRUPO DE NATUREZA DE DESPESA	RAP INSCRITO E REINSCRITO* (PROCESSADOS E NÃO PROCESSADOS)	RAP CANCELADO (PROCESSADOS E NÃO PROCESSADOS)	RAP PAGO (PROCESSADOS E NÃO PROCESSADOS)	RAP A PAGAR (PROCESSADOS E NÃO PROCESSADOS)
1 Pessoal e Encargos Sociais	1.252,0	22,8	1.228,9	0,3
3 Outras Despesas Correntes	19.687,2	2.145,2	13.898,1	3.644,0
4 Investimentos	7.919,9	563,7	2.318,3	5.038,0
5 Inversões Financeiras	0,2	0,2	0,0	0,0
TOTAL	28.859,4	2.731,8	17.445,3	8.682,3

Fonte: Tesouro Gerencial/STN, 2022.

* RAP inscrito e reinscrito no mês de lançamento 0.

Para 2023, além das despesas a serem reinscritas, as despesas empenhadas e não pagas em 2022 também foram inscritas em Restos a Pagar (RAP).

RAP inscrito e reinscrito em 2023



Observando a tabela a seguir, nota-se, em primeiro lugar, que R\$ 1,2 bilhão em Restos a Pagar, inscrito em 2022, é relativo a despesas de pessoal, em decorrência da rotina de processamento dos pagamentos adotada pela

Secretaria do Tesouro Nacional, na qual a folha de pessoal de dezembro é inscrita em Restos a Pagar.

Para as demais despesas – outros custeios e capital –, observa-se redução dos valores

inscritos e reinscritos em Restos a Pagar, que passam de R\$ 27,6 bilhões, em 2022, para R\$ 26,3 bilhões, em 2023. Ao todo, os Restos a Pagar inscritos e reinscritos para 2023 somaram R\$ 27,5 bilhões.

Em relação às principais programações orçamentárias que apresentam despesas registradas em Restos a Pagar, destacam-se as ações de Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde e Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde, casos em que, muitas vezes, a liberação dos recursos ocorre em parcelas, de acordo com a execução apresentada pelo ente federativo recebedor do recurso. Destacam-se, também, as ações orçamentárias destinadas à aquisição de medicamentos e vacinas, em que o pagamento ocorre, muitas vezes, apenas no exercício subsequente ao da contratação, na medida em que se efetivam as entregas de produto.

Restos a Pagar Inscritos e Reinscritos – Ministério da Saúde (em R\$ milhões)

GND/AÇÃO	RESTOS A PAGAR INSCRITOS E REINSCRITOS* (PROCESSADOS E NÃO PROCESSADOS)		
	2021	2022	2023
Pessoal e Encargos Sociais (GND 1)	1.516,1	1.252,0	1.205,2
Outras Despesas Correntes e Capital (GND 3, 4 e 5)	20.452,5	27.607,5	26.343,9
<i>20YE - Aquisição e Distribuição de Imunobiológicos e Insumos para Prevenção e Controle de Doenças</i>	1.641,2	4.578,3	7.339,9
<i>8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde</i>	3.416,4	4.031,6	3.702,1
<i>21CO - Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus</i>	2.353,6	3.303,5	1.296,0
<i>8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade</i>	891,4	2.158,5	1.511,6
<i>4705 - Promoção da Assistência Farmacêutica por meio da Disponibilização de medicamentos do Componente Especializado</i>	2.217,8	1.930,3	2.237,5
<i>8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde</i>	1.027,4	1.286,1	1.426,5
<i>2E89 - Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Primária à Saúde para Cumprimento de Metas</i>	304,2	1.055,0	275,3
<i>10GE - Sistemas Públicos de Esgotamento Sanitário - FUNASA (título resumido)</i>	672,7	552,0	455,9
<i>219A - Piso de Atenção Primária à Saúde</i>	92,9	551,6	6,4
<i>2E90 - Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial para Cumprimento de Metas</i>	311,9	542,2	237,9
<i>Demais Ações</i>	7.523,0	7.618,4	7.854,8
TOTAL MINISTÉRIO DA SAÚDE	21.968,6	28.859,5	27.549,1

Fonte: Tesouro Gerencial/STN. 2022.

* RAP inscrito e reinscrito no mês de lançamento O.



3.2 GESTÃO DE PESSOAS

3.2.1 Conformidade Legal

A avaliação da conformidade nos processos de gestão de pessoas é realizada por meio de indicadores quantitativos e qualitativos. Para assegurar a conformidade com a Lei n.º 8.112/1990 e demais normativos aplicáveis à matéria, a Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas (Cogep) do Ministério da Saúde observa o conjunto de regras e diretrizes estabelecidas pelo Órgão Central do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal SIPEC e orienta as unidades descentralizadas que compõem sua estrutura organizacional.

3.2.1.1 Mecanismos de controle adotados na gestão da folha de pagamento

a) Monitoramento da Homologação da folha de pagamento

A COGEP realiza, mensalmente, o acompanhamento do processo de homologação da folha de pagamento de todas as 38 Unidades Pagadoras, as quais incluem as Superintendências Estaduais, hospitais e institutos federais.

Monitoramento da Homologação da folha de pagamento

Ano	2019	2020	2021	2022
Média Total	37	37	35	35

Fonte: Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas.

b) Monitoramento do líquido negativo

A apuração do líquido negativo objetiva identificar os servidores que apresentam saldo negativo na folha de pagamento, no intuito de que sejam adotadas medidas preventivas para ajustar o saldo da ocorrência, possibilitando assim, que a unidade pagadora esteja apta a homologar a folha de pagamento do mês.

Monitoramento do líquido negativo

Ano	2019	2020	2021	2022
Total	326	385	471	331
Regularizados	179	241	113	289

Fonte: Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas.

c) Monitoramento das demandas dos órgãos de controle (CGU/TCU)

Gerenciamento e monitoramento das demandas de órgãos de controle relacionadas à gestão de pessoas junto às Unidades Pagadoras deste MS, no intuito do atendimento tempestivo das determinações ou recomendações em sua integralidade.

Demandas de Órgãos de Controle

Ano	Recebidas	Tratadas
2019	44	24
2020	37	25
2021	127	127
2022	241	241

Fonte: Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas.

3.2.1.2 Cadastramento dos atos no Sistema e-Pessoal

Visando a melhoria contínua na forma de supervisionar e monitorar o lançamento dos novos atos praticados, nesta Pasta Ministerial, junto à base de dados do Sistema do TCU, a

partir de setembro de 2021, foram levantados os atos de pessoal (aposentadoria e pensões) praticados e que estão sem o cadastro definitivo no Sistema e-Pessoal.

Supervisão e Controle de Folha de Pagamento, para os atos de aposentadorias e pensões concedidas durante o exercício de 2022

Tipo	Total de atos	Atos cadastrados no Sistema e-Pessoal
Concessão de Aposentadorias realizadas	274	100%
Pensões concedidas	70	100%

Fonte: Sistema e-Pessoal do Tribunal de Contas da União.

3.2.1.3 Módulo de Indícios

Além do módulo de registro de atos de pessoal (admissão, aposentadoria e pensão), o Sistema e-Pessoal também possui o módulo de indícios, que permite o gerenciamento de todo o ciclo de vida de um indício detectado na fiscalização pela Secretaria de Fiscalização de Integridade de Atos e Pagamentos de Pessoal e de Benefícios Sociais do Tribunal de Contas da União (Sefip/TCU), desde a sua identificação pelas trilhas de auditoria, passando pela prestação de esclarecimentos pelo Órgão e terminando no encaminhamento dado pelo TCU.

Dentro do módulo de indícios, a Cogep atua na concessão e revogação de perfis de acesso como Operador e Gestor de indícios, acompanhamento do cadastro de novos indícios pelo TCU e sua distribuição às UPAGs responsáveis e encaminhamento dos esclarecimentos da Unidade ao TCU.

Visando a melhoria contínua do atendimento às demandas, foram realizados encontros virtuais junto às UPAGs para troca de experiências, exposição pelas Unidades das principais dificuldades e dúvidas e salientar a importância da apuração e inclusão dos esclarecimentos referentes aos indícios de irregularidades dentro do Sistema. Além disso, é realizado periodicamente o monitoramento dos novos atos de pessoal publicados e que não foram registrados tempestivamente dentro do e-Pessoal, solicitando-se o respectivo registro deste ato às Unidades.

Indícios e-Pessoal 2022

Em tratamento (Aguardando esclarecimento)	16.715
Tratados (Em monitoramento pelo TCU / Arquivado)	42.531

Fonte: Sistema e-Pessoal do Tribunal de Contas da União.

3.2.1.4 Acompanhamento e monitoramento do Painel de Diagnóstico do Ministério da Economia

Com o objetivo de realizar a Qualificação Cadastral dos dados que estão registrados nos Sistemas de Gestão de Pessoas da Administração Pública Federal (SIAPE), foi desenvolvido painel, com visualização pelo Órgão Central - Ministério da Economia, em que são apresentados um conjunto de possíveis inconsistências cadastrais, as quais precisarão da atuação dos Órgãos para ajustes, caso necessário.

3.2.1.5 Trilhas Internas do Ministério da Saúde

Como ação de gestão de riscos, a COGEP realiza trilhas preventivas na busca indícios que demonstram inconformidades no sistema cadastral e financeiro dos servidores ativos do Ministério da Saúde. A trilha preventiva objetiva a prevenção de possíveis inconformidades na gestão e execução da folha de pagamento dos servidores, atrelando as ações à melhoria dos processos de trabalho, bem como evitar que os órgãos de controle como a Controladoria Geral da União - CGU, o Tribunal de Contas da União - TCU ou Ministério da Economia apontem/detectem irregularidades em tais

No exercício de 2022, foram tratados pelo Ministério da Saúde 12 diagnósticos oriundos desta atividade, os quais foram encaminhados às 38 Unidades Pagadoras, para providências. Cumpre esclarecer que ações dessa natureza, a depender, são contínuas.

aspectos, que podem estar relacionadas à inserção e tabulação de dados manualmente, falta de capacitações, desconhecimentos dos normativos, falta de funcionários, inexistências de processos estruturados e não atendimento aos normativos.

No exercício de 2022, a partir de inconsistências de pagamentos em relação ao ordenamento legal, foram identificadas 32 Trilhas na folha de pagamento deste Ministério da Saúde, a partir de evidências resultantes dos cruzamentos de dados da base SIAPE.

Trilhas Internas do Ministério da Saúde

N.º de Trilhas	N.º de processos abertos no SEI	N.º de casos apurados	Tratados
32	19	425	100%

Fonte: Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas.

3.2.1.6 Ouvidoria – Consolidação do Sistema de Ouvidoria

No ano de 2021 os sistemas de Ouvidoria foram unificados para apenas um canal direto de comunicação e resposta ao cidadão. A COGEP trata os questionamentos referentes a demandas de Gestão de Pessoas ou demandas vinculadas.

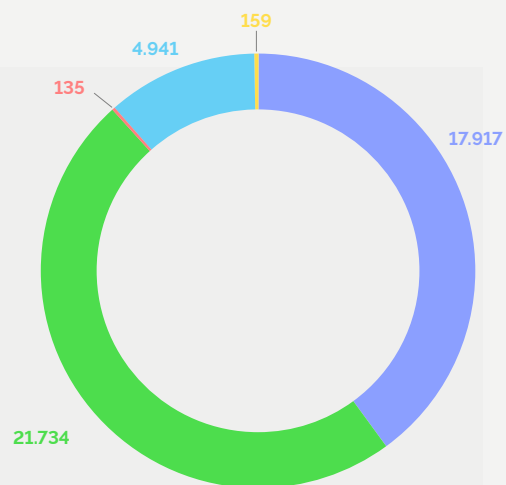
Durante o exercício do ano de 2022 foram registrados no Serviço de Informação ao Cidadão (SIC) 3.376 demandas, das quais 63,41% foram concluídas 36,59% e estão em andamento.



3.2.2 Avaliação da força de trabalho: distribuição por áreas e/ou subunidades ou unidades vinculadas; principais categorias

A força de trabalho é composta por 44.886 servidores, divididos da seguinte forma: 17.917 ativos estatutários que atuam na Sede, Superintendências, Hospitais, Institutos e Distritos Sanitários Especiais Indígenas, 21.734 cedidos aos estados e municípios para atuação no âmbito do SUS, 135 nomeados em cargo em comissão, 4.941 contratos temporários da União e 159 requisitados de outros órgãos.

Composição da Força de Trabalho

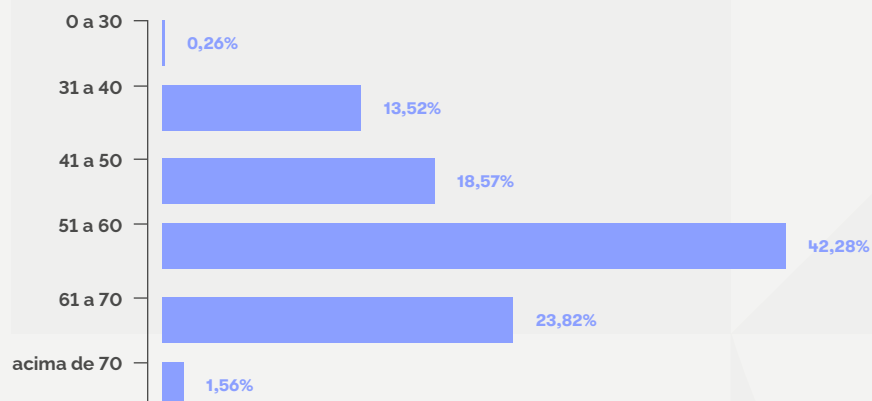


-  Estatutário
-  Cedidos
-  Nomeados
-  CTU
-  Requisitados



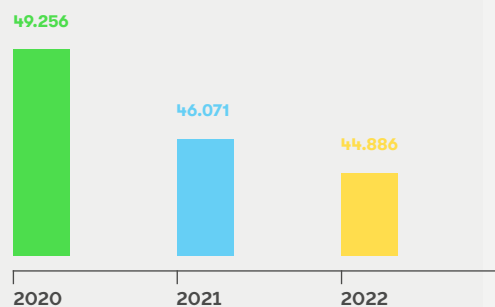
a) Distribuição da força de trabalho por faixa etária

Faixa Etária dos Servidores



b) Evolução da força de trabalho

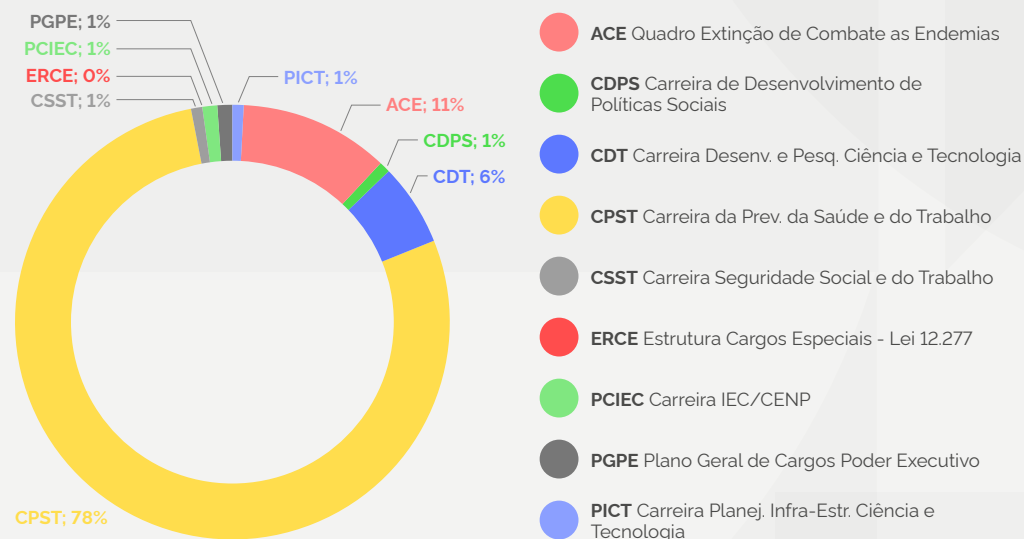
Evolução da Força de Trabalho no MS



c) Perfil das carreiras

O quadro de pessoal do Ministério da Saúde é composto por oito carreiras e um quadro em extinção de combate às endemias. Dentre as

carreiras integrantes, destaca-se a carreira da Previdência da Saúde e do Trabalho, que representa 78% da força de trabalho.



3.2.3 Detalhamento da despesa de pessoal (ativo, inativo e pensionista), evolução dos últimos anos e justificativa para o aumento/a diminuição

DESCRIÇÃO	2022	2021	2020	2019
APOSENTADOS	6.345.256.621,49	6.476.703.950,39	6.498.932.973,49	6.235.332.457,90
PENSIONISTAS	2.136.274.173,23	2.085.775.279,99	2.036.996.009,23	2.001.396.633,17
CTU = CONTRATO + ENCARGOS + BENEFÍCIOS	396.756.015,66	375.822.420,68	267.461.372,02	251.256.770,20
ATIVOS	4.868.988.803,07	4.996.189.249,09	5.281.495.832,13	5.957.574.447,06
TOTAL	13.747.275.613,45	13.934.490.900,15	14.084.886.186,87	14.445.560.308,33

Fonte: Coordenação de Gestão Orçamentária e Pagamento de Pessoal – COPAG/COGEP.

3.2.4 Outras informações relacionadas à Gestão de Pessoas

3.2.4.1 Avaliação de Desempenho

A Avaliação de Desempenho Individual é o monitoramento sistemático e contínuo da atuação do desempenho individual do servidor e institucional das unidades de lotação dos servidores, com vistas a alcançar as metas globais e intermediárias das unidades de avaliação do Ministério da Saúde.

O objetivo geral da avaliação de desempenho realizada no Ministério da Saúde é aferir o alcance das metas institucionais e individuais, por meio de ações que devem ser pautadas na cogestão, estabelecimento de compromissos e co-responsabilização entre os gestores e avaliados das unidades de avaliação no âmbito do MS.

O processo avaliativo visa à melhoria contínua dos resultados alcançados pela organização e o desenvolvimento dos servidores, e faz parte da chamada Gestão de Desempenho, que é o processo contínuo de identificar, mensurar e desenvolver para melhorar o desempenho de cada colaborador (gestores e servidores).

Esse processo é realizado por meio da análise de metas e competências, que demandam alinhamento com a equipe para não fugir dos objetivos estratégicos da instituição.



3.2.4.2 Ações de promoção e prevenção à saúde do trabalhador

a) Acompanhamento de Saúde: Equipe Multiprofissional de Acompanhamento (EMA): Este processo tem por finalidade o atendimento dos trabalhadores nas demandas de apoio psicossocial no âmbito do Ministério da Saúde em Brasília, para assegurar a proteção à saúde, integridade física e moral, e o direito ao trabalho, bem como embasar tecnicamente as decisões da Perícia Oficial em Saúde nas demandas cabíveis. O acompanhamento de saúde se dá por meio de escutas psicológicas, emissão de pareceres psicossociais e do trabalho da EMA.

b) Mapa de Risco: Realização de Mapas de Risco visando reunir informações necessárias ao diagnóstico da situação de saúde e segurança dos locais de trabalho e viabilizar a troca e divulgação de informações entre os trabalhadores daquele setor, incentivando a realização de atividades preventivas e possibilitando possíveis intervenções para promoção do bem-estar dos trabalhadores. No ano de 2022 foram realizados 10 mapas de risco. As unidades atendidas foram Coordenação-Geral de Arquitetura e Engenharia (CGENG/SAA/SE/MS), Coordenação-Geral de Material e Patrimônio (CGMAP/SAA/SE/MS), Coordenação-Geral de Documentação e Informação (CGDI/SAA/SE/MS), Gabinete do Ministro (GM).

c) Atividades Físicas: O setor de Vigilância e Promoção a Saúde realizou suas ações de forma presencial e remota. Foram realizadas ações de divulgação de informações, propostas de atividades e dicas de saúde, com a disseminação de informações diárias, alternando conteúdos, para produzir o diálogo saudável com os trabalhadores, favorecendo a promoção de hábitos saudáveis durante o trabalho presencial e remoto. Os temas escolhidos fazem parte do conjunto de eixos prioritários da Política Nacional de Promoção da Saúde e são desenvolvidos no contexto da saúde do trabalhador, buscando contribuir com a saúde integral e melhoria da qualidade de vida no trabalho.

3.2.4.3 Resultados alcançados

- No 12º ciclo avaliativo do processo de Avaliação de Desempenho Individual, que compreendeu o período de 1º de julho de 2021 a 30 de junho de 2022, foram avaliados o total de 32.023 servidores no Sistema de Avaliação de Desempenho Individual – SAD.
- Realização do webnário “Gestão do Desempenho: importância e perspectiva para o futuro dos servidores públicos federais”.
- Realização de ações de desenvolvimento personalizadas com as unidades de avaliação do MS em Brasília e nos estados.
- Com o advento da adoção do trabalho remoto e a consequente necessidade de interlocução a distância, e ainda, o desenvolvimento de ferramentas de comunicação, observou-se uma melhora significativa no fluxo de comunicação com as unidades do MS nos estados. A informação chegou cada vez mais rápida e atingiu o receptor final com menos ruídos, estreitando parcerias de forma mais eficaz.

3.2.4.4 Desenvolvimento de Pessoas

O desenvolvimento de pessoas engloba processos de planejamento, execução, monitoramento e avaliação de estratégias e ações de aprendizagem dedicadas a atender as necessidades identificadas pelo corpo técnico do Ministério da Saúde no Plano de Desenvolvimento de Pessoas (PDP) do órgão. A execução do PDP é realizada de forma descentralizada, sendo executada pela COGEP em Brasília-DF e unidades de Gestão de Pessoas do MS nos estados. Entre os principais resultados alcançados, destacam-se:

- Cerca de 2.043 servidores foram capacitados com o uso da Ação Orçamentária 4572 e ao menos 2.019 capacitados sem ônus para o MS.
- Foram 140 solicitações para licenças capacitação recebidas, sendo 135 deferidas.
- Afastamentos para pós-graduação stricto sensu: 32 solicitações recebidas, sendo 29 deferidas.
- Ocorreram 6 solicitações para estudo no exterior, sendo todas deferidas.
- Elaboração do Plano de Desenvolvimento de Pessoas do Ministério da Saúde para 2023, conforme nova metodologia estabelecida pelo Ministério da Economia.



3.2.4.5 Programa de Estágio

No Ministério da Saúde, a equipe do Programa de Estágio faz diretamente (sem agentes de integração) a gestão de todos os processos da vida funcional dos estagiários do Ministério da Saúde (sede), desde a elaboração do edital, condução do processo seletivo público, contratação, folha de pagamentos, rescisão, articulação com as instituições de ensino, capacitação de supervisores de estágio e ações educativas permanentes.

No MS em Brasília em 2022, estiveram vinculados ao Programa, em média, 75 estagiários por mês, distribuídos nas sete secretarias do Ministério. Nas superintendências, hospitais federais e órgãos vinculados foi autorizado o ingresso de 316 estagiários neste ano.

No ano de 2022, foi iniciado o projeto "DA RAIZ ÀS FOLHAS", resultado da parceria do Programa de Estágio com a Coordenação de Atenção à Saúde do Servidor. O projeto tem como foco a humanização, o acolhimento e a promoção da saúde mental dos estagiários.

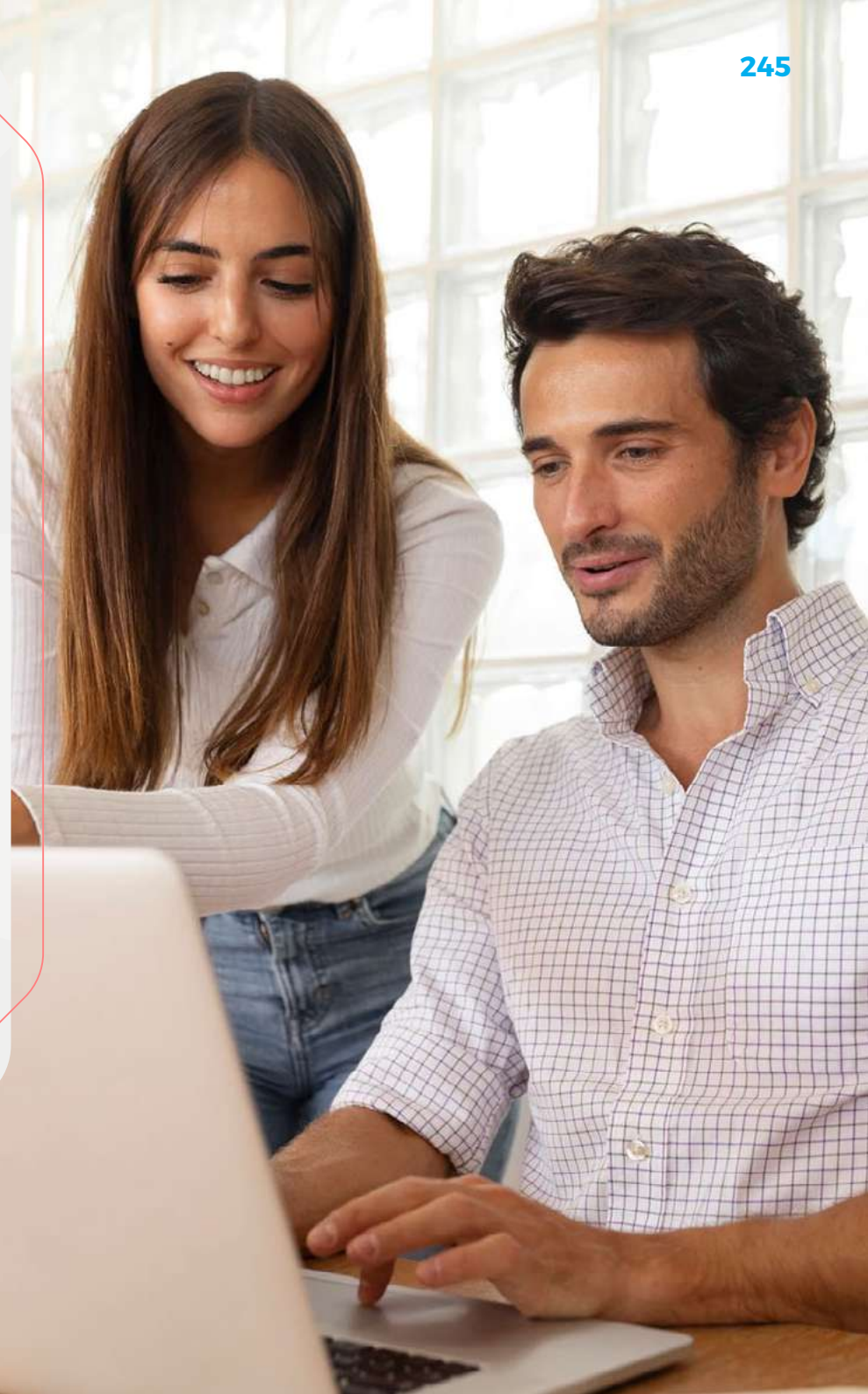
Foram realizadas nove ações educativas com os estagiários de Brasília em 2022. Três dessas ações foram nacionais, com a participação das áreas de gestão de pessoas das superintendências, hospitais federais e demais órgãos vinculados.

3.2.4.6 Programa de Gestão de Desempenho

No segundo semestre de 2021 a COGEP trabalhou efetivamente na portaria autorizativa para a implantação do Programa de Gestão no âmbito do Ministério da Saúde, considerando as regras estabelecidas na instrução normativa n.º 65, de 30 de julho de 2020, que regulamenta o referido programa nos órgãos e entidades integrantes do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC.

Considerando a tratativa, houve, no ano de 2022, a referida institucionalização do Programa de Gestão de Desempenho, referente ao Teletrabalho neste Ministério da Saúde, visto como estratégia de valorização do servidor e melhorias nas condições de trabalho, podendo utilizar ferramentas de apoio à melhoria de processos e alcance efetivo dos resultados propostos no sistema.

O programa de gestão do trabalho está sendo implementado de forma gradativa, já foram publicadas algumas portarias a exemplo das seguintes unidades: Secretaria Executiva, Secretaria Especial de Saúde Indígena, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, Gabinete do Ministro, Consultoria Jurídica, Diretoria de Integridade, Auditoria do SUS.



3.3 GESTÃO DE LICITAÇÕES E CONTRATOS

De acordo com sua estrutura organizacional, o Ministério da Saúde conta com duas unidades responsáveis por aquisições, ambas vinculadas à Secretaria-Executiva: o Departamento de Logística em Saúde (DLOG), responsável pela aquisição de medicamentos e demais insumos estratégicos para a saúde; e a Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA), que responde pela contratação de bens, materiais, serviços e obras.

Todos os processos de aquisição realizam-se em conformidade com a regulamentação vigente, sobretudo com as Leis n.º 8.666/1993, n.º 14.133/2021, n.º 10.520/2002, Decreto n.º 10.024/2019, Lei Complementar n.º 123/2006 e alterações, e Instruções Normativas do Ministério da Economia, com destaque à IN 04/2014 e 05/2017 (STI/MP).

Insumos Estratégicos para a Saúde (IES)

O Departamento de Logística em Saúde (DLOG) tem como principal atribuição gerir o macroprocesso de aquisição, armazenagem e distribuição de insumos estratégicos para saúde, no âmbito do Ministério da Saúde, a fim de suprir as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). O processo de compra realiza-se com base nas demandas de insumos estratégicos

para saúde, apresentadas pelas secretarias finalísticas da Pasta, responsáveis por executar as políticas e os programas de saúde pública. Os itens demandados são registrados no Sistema de Planejamento e Gerenciamento de Contratações (PGC) pelas áreas demandantes, sendo posteriormente consolidados e incluídos no Plano Anual de Contratações (PAC) publicado no <https://pncp.gov.br/app/pca?pagina=1>.

De acordo com a programação definida no PAC, as secretarias finalísticas encaminham as demandas ao Departamento de Logística em Saúde do Ministério da Saúde, por meio Sistema eletrônico de Informação; a partir de então, é iniciado o processo de licitação ou compra direta, para posterior formalização dos respectivos contratos, recebimentos dos insumos e distribuição à rede SUS, de acordo com a pauta de distribuição definida pela secretaria demandante da compra.

Pela natureza das atividades, volume e complexidade das operações, o processo de licitação e aquisição de insumos estratégicos para saúde é tido como de capital importância para o Ministério da Saúde. Exemplo disso é o montante de recursos empenhados, em 2022, para a aquisição desses insumos, que atingiu cerca de R\$23 bilhões.

Aquisições – Licitações e Contratações Diretas covid-19, pagos em 2022

Ação Governo	Plano Orçamentário		Pagamentos Totais (R\$)
20YE	CV19	CORONAVIRUS (COVID-19)	2.262.070.904,75
20YE	CVCO	COVID-19 - MEDIDA PROVISÓRIA N. 1.041, DE 30 DE MARÇO DE 2021	2.290.266,00
20YE	CVEO	COVID-19 - MEDIDA PROVISÓRIA N. 1.048, DE 10 DE MAIO DE 2021	2.788.875,01
20YP	CVGO	COVID-19 - MEDIDA PROVISÓRIA N. 1.083, DE 24 DE DEZEMBRO DE 2021	2.812.000.000,00
21CO	CVA1	COVID - 19 - MEDIDA PROVISÓRIA N. 1.015, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020 - AQUISIÇÃO DE VACINAS E OUTRAS DESPESAS ASSOCIADAS A IMUNIZAÇÃO	1.101.367.625,60
21CO	CVBO	COVID-19 - MEDIDA PROVISÓRIA N. 1.032, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021	105.570,00
4368	CV19	COVID-19	66.356.250,00
8585	CV19	CORONAVIRUS (COVID-19)	2.748.970,43
8585	CVCO	COVID-19 - MEDIDA PROVISÓRIA N. 1.041, DE 30 DE MARÇO DE 2021	7.370.040,65
8585	CVDO	COVID-19 - MEDIDA PROVISÓRIA N. 1.043, DE 16 DE ABRIL DE 2021	659.080,60
8585	CVFO	COVID-19 - MEDIDA PROVISÓRIA N. 1.062, DE 9 DE AGOSTO DE 2021	250.034.252,20
8933	CVFO	COVID-19 - MEDIDA PROVISÓRIA N. 1.062, DE 9 DE AGOSTO DE 2021	653.667,90
Total Geral			6.508.445.503,14

Fonte: Relatório do Tesouro Gerencial – CGLAM/DLOG/SE/MS – Jan/2022.

Insumos 2022 – exceto covid-19

Ação Governo	Plano Orçamentário		Pagamentos Totais (R\$)
2000	0008	MANUTENÇÃO ADMINISTRATIVA - ARMAZENAGEM E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS	66.497.184,38
20AE	0000	PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE - DESPESAS DIVERSAS	752.135.441,82
	0001	LOGÍSTICA PARA DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS ESTRATÉGICOS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	271.055,09
20YE	0001	AQUISIÇÃO, ACONDICIONAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS	107.570.065,74
20YE	0002	IMUNOBIOLOGICOS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS	2.788.090.636,01
20YE	0003	AQUISIÇÃO, ACONDICIONAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS PARA HIV/AIDS, SIFILIS E HEPATITES VIRAIIS	121.710.626,48
20YE	0006	LOGÍSTICA PARA DISTRIBUIÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS E INSUMOS ESTRATÉGICOS	115.390.981,93
20YP	0000	PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA - DESPESAS DIVERSAS	10.637.658,88
	0004	LOGÍSTICA PARA DISTRIBUIÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS E INSUMOS ESTRATÉGICOS	7.864.380,12
4295	0000	ATENÇÃO AOS PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS HEMATOLÓGICAS	1.539.858.198,13
	0001	LOGÍSTICA PARA DISTRIBUIÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS E INSUMOS ESTRATÉGICOS	7.016.252,41
4368	0000	PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA POR MEIO DA DISPONIBILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS EM SAÚDE DO COMPONENTE ESTRATÉGICO	878.575,00
	0000	PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA POR MEIO DA DISPONIBILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS EM SAÚDE DO COMPONENTE ESTRATÉGICO - DESPESAS DIVERSAS	255.498.101,00
	0002	LOGÍSTICA PARA DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS EM SAÚDE DO COMPONENTE ESTRATÉGICO	406.098,78

4370	0000	ATENDIMENTO A POPULAÇÃO COM MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOS PORTADORES DE HIV/AIDS, OUTRAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E HEPATITES VIRAIIS	154.360.495,54
	0001	DISPONIBILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DOS PORTADORES DE HIV/AIDS, OUTRAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E HEPATITES VIRAIIS	665.629.136,77
	0002	DISPONIBILIZAÇÃO DE INSUMOS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS PARA HIV/AIDS, SIFILIS E HEPATITES VIRAIIS	219.144.257,76
	0003	LOGÍSTICA PARA DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PREVENÇÃO, CONTROLE E TRATAMENTO DE HIV/AIDS, OUTRAS IST E HEPATITES VIRAIIS	20.000.000,00
4705	0000	PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA POR MEIO DA DISPONIBILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO	575,84
	0000	PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA POR MEIO DA DISPONIBILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO - DESPESAS DIVERSAS	5.236.461.760,09
	0001	LOGÍSTICA PARA DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO	47.817.520,49
6217	0000	ATENÇÃO A SAÚDE NOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - DESPESAS DIVERSAS	235.394,60
8535	0000	ESTRUTURAÇÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE - DESPESAS DIVERSAS	327.572,82
8535	0007	CONTROLE DO CÂNCER	2.563.694,20
8933	0005	SAMU 192	41.124.000,00
Total Geral			12.161.489.663,88

Fonte: Relatório do Tesouro Gerencial – CGORF/DLOG/SE/MS – Jan/2022.

A seguir, demonstra-se o resultado das contratações realizadas, ao longo de 2022, pelo Departamento de Logística em Saúde (Dlog/SE/MS), por meio de processos licitatórios (pregões eletrônicos) e por meio de contratações diretas (dispensas e/ou inexigibilidades), valores esses na ordem de R\$ 18,7 bilhões de reais, pagos em 2022.

Observa-se nas tabelas que seguem os valores e quantitativos de processos destinados às

aquisições de insumos para o enfrentamento à pandemia do novo coronavírus, para o ano de 2022, que representaram, mais de R\$ 6 bilhões de reais, totalizando aproximadamente 33% dos valores pagos para o período.

Os valores são justificados pelas aquisições das vacinas covid-19, e outras despesas associadas à imunização da população.

Valores contratados por modalidade pago - 2022

MODALIDADE	2022 (R\$)	%
Pregão	4.069.250.088,93	21,80
Dispensa	4.346.473.801,46	23,28
Dispensa –covid-19	175.210.910,74	0,94
Inexigibilidade	3.206.930.329,27	17,18
Não se aplica –covid-19	5.979.899.237,20	32,03
Não se aplica – Outros	892.170.799,42	4,78
TOTAL	18.669.935.167,2	100,0

Fonte: Tesouro Gerencial, em Jan/2022.

Na tabela a seguir destacam-se as dez maiores aquisições, em valores, de medicamentos e demais insumos realizados em 2022.

Dez maiores aquisições – insumos – 2022

ID	INSUMO	VALOR (R\$)
1	VACINA, COMPOSIÇÃO:INFLUENZA TRIVALENTE, TIPO:FRAGMENTADA, INATIVADA	1.296.800.000,00
2	VACINA, COMPOSIÇÃO:INFLUENZA TRIVALENTE, TIPO:FRAGMENTADA, INATIVADA	1.232.000.000,00
3	CONCENTRADO DE FATOR DE COAGULAÇÃO, FATOR VIII RECOMBINANTE, PÓ LIÓFILO P/ INJETÁVEL	663.300.000,00
4	ECULIZUMABE, CONCENTRAÇÃO 10 MG/ML	542.923.804,68
5	INSULINA, ORIGEM:HUMANA, TIPO:NPH, DOSAGEM:100U/ML (TUBETE 3ML)	416.217.755,61
6	VACINA, COMPOSIÇÃO 1:COVID-19 (CORONAVÍRUS, SARS-COV-2)	363.900.000,00
7	SOFOSBUVIR, COMPOSIÇÃO:ASSOCIADO AO VELPATASVIR, CONCENTRAÇÃO:400 MG + 100 MG	335.879.700,00
8	VACINA, COMPOSIÇÃO:HPV - PAPILOMA VÍRUS HUMANO (6, 11, 16, 18)	332.735.000,00
9	NUSINERSENA, CONCENTRAÇÃO:2,4 MG/ML	271.040.000,00
10	VACINA, COMPOSIÇÃO:DIFTERIA, TÉTANO E PERTUSSIS, TIPO:ACELULAR	220.160.000,00
TOTAL		5.674.956.260,29

Fonte: CGIES/DLOG/SE/MS.

Estratégias de Negociação

Como resultado de negociações com fornecedores na busca do menor preço e vantagem nas aquisições, foi possível economizar, em 2022, o montante de R\$ 886.478.958,99 Milhões.

Economia gerada nas negociações em 2022

Pregões	Dispensa de Licitação	Inexigibilidade de Licitação	Total 2022
208.692.414,56	531.471.362,18	146.315.182,25	886.478.958,99

Fonte: CGIES/DLOG/SE/MS.

Outra questão que merece destaque é o limitador orçamentário no custeio das aquisições de IES, imposto às Secretarias Finalísticas, ano a ano.

Um fator determinante na redução da economia gerada nas aquisições de IES, comparativamente aos anos de 2021 e 2022, relaciona-se com o panorama dos mercados farmacêuticos nacional e global, os quais têm sido fortemente impactados pela pandemia da covid-19, gerando dificuldades na compra dos insumos.

Destaca-se que os motivos apresentados pelas empresas para elevação de preço dos Medicamentos foram a variação cambial e a inflação do período.

Frente a isso, acredita-se que a economia alcançada em 2022 superou às expectativas para obtenção de desconto, principalmente diante do cenário econômico desfavorável causado pelos efeitos diretos e indiretos provocados pela pandemia da covid-19.

Contratações em 2022

A seguir, encontram-se os dados dos maiores contratos nas modalidades pregão, dispensa e inexigibilidade, além daqueles que se referem às aquisições da covid-19; à importação de insumos; os valores totais contratados pelos laboratórios oficiais, além das principais compras por determinação judicial. Os dados permitem observar a atuação da Pasta no cumprimento da missão e na gestão dos recursos públicos.

É importante registrar que a pandemia representou um impacto significativo no custo das contratações e nas demais medidas necessárias ao enfrentamento da emergência de saúde pública. Entretanto, devido aos esforços envidados pelo Ministério da Saúde, por meio das negociações realizadas no período, houve redução do impacto financeiro dessas contratações.

Maiores Contratos da Modalidade Pregão em 2022

ID	CONTRATO	EMPRESA	VALOR
1	229/2022	NOVO NORDISK FARMACÊUTICA DO BRASIL LTDA	369.478.845,90
2	102/2022	NOVO NORDISK FARMACÊUTICA DO BRASIL LTDA	323.075.159,73
3	76/2022	LABORATÓRIOS PFIZER LTDA	239.667.227,40
4	169/2022	PANAMERICAN MÉDICAL SUPPLY SUPRIMENTOS MEDICOS LTDA	207.120.000,00
5	125/2022	BLAU FARMACÊUTICA S/A	141.470.086,68
6	91/2022	CELLTRION HEALTHCARE DISTRIBUIÇÃO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS DO BRASIL LTDA	130.953.730,00
7	173/2022	CELLTRION HEALTHCARE DISTRIBUIÇÃO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS DO BRASIL LTDA	110.849.400,00
8	148/2022	EQUILÍBRIO COMÉRCIO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS EIRELI	101.653.574,40
9	119/2022	D CELLTRION HEALTHCARE DISTRIBUIÇÃO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS DO BRASIL LTDA	93.000.000,00
10	23/2022	T ABBVIE FARMACÊUTICA LTDA	89.182.952,40
Total Geral			1.806.450.976,51

Fonte: CGIES/DLOG/SE/MS.



Maiores Contratos da Modalidade Dispensa

ID	CONTRATO	EMPRESA	VALOR
1	26/2022	FUNDAÇÃO BUTANTAN	1.232.000.000,00
2	4/2022	EMPRESA BRASILEIRA DE HEMODERIVADOS E BIOTECNOLOGIA - HEMOBRÁS	550.000.000,00
3	330/2022	COLLECT IMPORTAÇÃO E COMÉRCIO LTDA	436.310.471,70
4	50/2022	FUNDAÇÃO BUTANTAN	363.909.000,00
5	141/2022	FUNDAÇÃO BUTANTAN	332.735.000,00
6	231/2022	FUNDAÇÃO BUTANTAN	220.160.000,00
7	144/2022	LABORATÓRIO FARMACÊUTICO DO ESTADO DE PERNAMBUCO GOVERNADOR MIGUEL ARRAES S/A - LAFEPE	170.820.000,00
8	321/2022	FUNDAÇÃO BUTANTAN	166.098.606,00
9	152/2022	LABORATÓRIO FARMACÊUTICO DO ESTADO DE PERNAMBUCO GOVERNADOR MIGUEL ARRAES S/A - LAFEPE	161.980.984,77
10	63/2022	EMPRESA BRASILEIRA DE HEMODERIVADOS E BIOTECNOLOGIA - HEMOBRÁS	159.836.982,96
Total Geral			3.793.851.045,43

Fonte: CGIES/DLOG/SE/MS – Jan/2023.

Maiores Contratos da Modalidade Inexigibilidade

CONTRATO	EMPRESA	VALOR
313/2022	MULTICARE PHARMACEUTICALS LTDA	R\$ 542.923.804,68
255/2022	BIOGEN BRASIL PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA.	R\$ 271.040.000,00
180/2022	NOVO NORDISK FARMACÊUTICA DO BRASIL LTDA	R\$ 259.560.000,00
189/2022	SANOFI MEDLEY FARMACÊUTICA LTDA	R\$ 197.587.248,00
113/2022	PRODUTOS ROCHE QUÍMICOS E FARMACÊUTICOS S.A.	R\$ 172.542.754,77
244/2022	NOVARTIS BIOCÊNCIAS S.A.	R\$ 163.823.498,97
124/2022	BIOMARIN BRASIL FARMACÊUTICA LTDA	R\$ 160.804.917,68
209/2022	ASTRAZENECA DO BRASIL LTDA	R\$ 149.851.562,80
71/2022	JANSSEN CILAG FARMACÊUTICA LTDA	R\$ 145.840.435,84
212/2022	TAKEDA DISTRIBUIDORA LTDA	R\$ 144.798.719,64
TOTAL		R\$ 2.208.772.942,38

Fonte: CGIES/DLOG/SE/MS – Jan/2023.

Contratos Coronavírus

CONTRATO	EMPRESA	VALOR
50/2022	FUNDAÇÃO BUTANTAN	R\$ 363.909.000,00
TOTAL		R\$ 363.909.000,00

Fonte: CGIES/Dlog/SE/MS.



Aquisições de Insumos Importados

De acordo com as características das demandas e dos insumos, os produtos precisaram ser adquiridos no mercado externo, inclusive para atender demandas judiciais.

A tabela a seguir apresenta a relação dos dez maiores contratos de importação firmados com empresas estrangeiras e seus representantes

no país, representando um montante de R\$ 2.241.509.203,90 bilhões de reais.

Destaca-se, também, que o valor contratado ao longo de 2022 às empresas que forneceram medicamentos e insumos ao Ministério da Saúde, para atender as compras internacionais, atingiu cerca de R\$ 3,3 bilhões de reais.

ID	ENTIDADE	VALOR CONTRATADO
1	PANAMERICAN MÉDICAL SUPPLY S MULTICARE	R\$ 542.923.804,68
2	NUNO HEALTHCARE INC	R\$ 436.310.471,70
3	BIOGEN INTERNATIONAL GMBH	R\$ 271.040.000,00
4	NOVO NORDISK HEALTH CARE AG	R\$ 259.560.000,00
5	PFIZER EXPORT BV	R\$ 239.667.227,40
6	NANJING PHARMACARE COMPANY LIMITED	R\$ 207.120.000,00
7	BIOMARIN INTERNATIONAL LIMITED	R\$ 160.804.917,68
8	ASTRAZENECA DO BRASIL LTDA	R\$ 149.841.562,80
9	J TAKEDA DISTRIBUIDORA LTDA	R\$ 144.798.719,64
10	PFIZER EXPORT B.V.	R\$ 129.435.500,00
Total Geral		R\$ 2.541.502.203,90

Fonte: CGIES/DLOG/SE/MS – Jan/2023.

Aquisições de Laboratórios Oficiais, em 2022

ID	EMPRESA	QTDE. DE CONTRATOS ASSINADOS	VALOR (R\$)
1	Fundação Butantan	8	2.604.693.520,00
2	Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco - LAFEPE	3	385.890.944,77
3	Fundação para o Remédio Popular - FURP	5	55.679.381,62
4	Fundação Ezequiel Dias – FUNED	1	37.804.500,00
5	Instituto de Tecnologia do Paraná- Tecpar	1	28.140.000,00
6	Instituto Vital Brasil	2	1.708.758,00
Total Geral			3.113.917.104,39

Fonte: CGIES/Dlog/SE/MS – Jan/2023.

Aquisições por Demanda Judicial

Em 2022, foram contratados cerca de R\$ 640 Milhões para a aquisição de medicamentos destinados a atender ações judiciais. Esses

valores estão discriminados na tabela seguinte, considerando-se o custo de aquisição envolvido, para as dez maiores aquisições.



Aquisições (insumos) por demandas judiciais, dez maiores

ID		VALOR (R\$)
1	ECULIZUMABE, CONCENTRAÇÃO:10 MG/ML, FORMA FARMACÊUTICA:SOLUÇÃO INJETÁVEL	126.337.566,18
2	METRELEPTINA, CONCENTRAÇÃO:11,3 MG, FORMA FARMACÊUTICA:PÓ LIÓFILO P/ INJETÁVEL	43.631.028,90
3	ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC-XIOI, CONCENTRAÇÃO:2,0 X 10 ¹³ VG/ML, FORMA FARMACÊUTICA:SUSPENSÃO INJETÁVEL	39.533.316,55
4	NOTERSENA, COMPOSIÇÃO:NONADECASSÓDICA, CONCENTRAÇÃO:200 MG/ML, FORMA FARMACÊUTICA:SOLUÇÃO INJETÁVEL	31.228.643,04
5	ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC-XIOI, CONCENTRAÇÃO:2,0 X 10 ¹³ VG/ML, FORMA FARMACÊUTICA:SUSPENSÃO INJETÁVEL	28.238.083,25
6	SEBELIPASE, COMPOSIÇÃO:ALFA, CONCENTRAÇÃO:2 MG/ML, FORMA FARMACÊUTICA:SOLUÇÃO INJETÁVEL	27.480.902,32
7	ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC-XIOI, CONCENTRAÇÃO:2,0 X 10 ¹³ VG/ML, FORMA FARMACÊUTICA:SUSPENSÃO INJETÁVEL	22.590.466,60
8	ELEXACAFITOR, COMPOSIÇÃO:ASSOCIADO AO TEZACAFITOR E IVACAFITOR, CONCENTRAÇÃO:100 MG + 50 MG + 75 MG	22.194.642,12
9	ETEPLIRSEN, CONCENTRAÇÃO:50 MG/ML, FORMA FARMACÊUTICA:SOLUÇÃO INJETÁVEL	21.688.154,28
10	ELEXACAFITOR, COMPOSIÇÃO:ASSOCIADO AO TEZACAFITOR E IVACAFITOR, CONCENTRAÇÃO:100 MG + 50 MG + 75 MG	21.520.975,40
Total Geral		384.443.779,64

Fonte: DW-SIASG.

Armazenagem e Distribuição

A seguir são apresentados os principais dados e informações sobre os processos de armazenagem e distribuição de IES, conduzidos pelo DLOG, em 2022. Na tabela que segue está

representado o valor total distribuído de insumos e medicamentos por Secretaria Finalística e o quantitativo de pedidos atendidos.

Quantitativo e valor de pedidos encaminhados por Secretaria Finalística

Secretaria	N.º de pedidos	% de pedidos	Valor dos Insumo (R\$)	% Valor insumo
CGJUD	3.580	11,08%	1.034.792.414	4,04%
COVID-19	777	2,40%	1.487.866.728	5,81%
DLOG	30	0,09%	1.632.230	0,01%
SAES	1.700	5,26%	811.307.566	3,17%
SCTIE	10.853	33,59%	4.285.818.758	16,72%
SESAI	414	1,28%	13.769.169	0,05%
SVS	14.959	46,29%	17.992.934.398	70,21%
Total Geral	32.313	100,00%	25.628.121.263	100,00%

Fonte: CGLOG/DLOG – dados até 31/12/2022.

Observa-se nas tabelas e demonstrativos a seguir, os gastos que envolvem o transporte e a distribuição dos IES, principalmente os

relacionados as demandas atendidas no período, geraram impacto significativo no orçamento da saúde.

Volumes e valores transportados, por modal

Modal	N.º de pedidos	Peso (kg)	Valor Frete (R\$)
Aéreo	25.671	3.341.808	131.001.096
Rodoviário	10.083	12.083.215	115.999.297
Total Geral	35.754	15.425.023	247.000.393

Fonte: CGLOG/DLOG – dados até 31/12/2022.

Embora o número de pedidos para o exercício de 2022 seja relativamente menor na modalidade de transporte rodoviário, esse representa 30% do que se transportou no período, tendo como o valor final do frete no mesmo exercício,

proporcionalmente equivalente à modalidade de transporte aéreo, representou 55 % e a modalidade terrestre 45% conforme detalhado na tabela acima referente aos valores dos transportes.

Além disso, evidencia-se que dos 860 itens (SKU) que foram distribuídos no ano de 2022, apenas 5 itens representaram a proporção 50% da demanda de distribuição.

Os 5 insumos/medicamentos mais distribuídos no ano de 2022

Material	% Entregue
PRESERVATIVO MASCULINO 52MM +/- 2MM	17%
AGULHA- 32G X 4MM - CONECTOR LUER LOCK OU SLIP - PROTETOR COM LACRE, ESTÉRIL	14%
DOLUTEGRAVIR 50MG COMPRIMIDO	7%
FUMARATO DE TENOFOVIR DESOPROXILA 300MG + LAMIVUDINA 300MG COMP REV.	6%
LEVONORGESTREL 0,15 + ETINILESTRADIOL 0,03 - COMPRIMIDO	6%

Fonte: CGLOG/DLOG – dados até 31/12/2022.

Verifica-se que nas distribuições referentes aos 41 programas de saúde, que são oriundos no Ministério da Saúde, 95% da demanda de distribuição foram concentradas em apenas 10 programas de saúde, e os restantes 5% nos demais programas no ano de 2022.

Os maiores programas de saúde demandantes no ano de 2022

Programa Saúde	% Entregue
DST/AIDS-MÉDICAMENTOS	22%
DST/AIDS-INSUMOS DE PREVENÇÃO	18%
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES	16%
Programa Nacional de Imunização - Requisição	8%
SAÚDE DA MULHER	7%
Programa Nacional de Imunização	6%
MÉDICAMENTOS EXCEPCIONAIS	6%
PREVENÇÃO DA MALÁRIA E DOENÇAS TRANSMITIDAS PELO Aedes	4%
PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO LABORATORIAL CGLAB	4%
TUBERCULOSE	3%
DEMAIS PROGRAMAS	5%

Fonte: CGLOG/DLOG – dados até 31/12/2022.



Processos de penalidades

As informações a seguir demonstram a movimentação processual no ano de 2022, no âmbito do processo sancionatório, e os valores restituídos aos cofres da União em decorrência da finalização de processos de penalidades executados pelo DLOG.

PROCESSOS DE PENALIDADES - ANO 2022

QUANTITATIVOS	AÇÕES
31	> Processos para Análise
58	> Processos Novos
129	> Processos Analisados
37	> Processos Arquivados
124	> Penalidades Aplicadas
108	> Multas
€ 143.590,97	> Valor das Multas em EURO
R\$ 808.331,01	> Valor em Real - Tx. de conversão: 5,6294
3.124.299,15 USD	> Valor das Multas em Dólar

QUANTITATIVOS	AÇÕES
R\$ 16.240.106,98	> Valor em Real - Tx. de conversão: 5,198
R\$ 32.493.958,30	> Valor das Multas em Real
R\$ 49.542.396,29	> Valor Total das Multas em Real (DÓLAR, EURO, REAL)
14	> Advertência
1	> Impedimento de licitar com a União
0	> Suspensão
73	> Recursos para Análise
30	> Recursos Analisados



3.4 GESTÃO PATRIMONIAL E INFRAESTRUTURA

As ações e análises do Ministério da Saúde, ocorridas em 2022, em relação ao contrato que trata das despesas referentes à locação de 64,47% da área total do imóvel denominado

Edifício PO700, situado no endereço SRTV/ Norte, Quadra 701, Lote D, Brasília (DF), tiveram um aumento total de cerca de 3%.

Despesas	2020 (R\$)	2021 (R\$)	2022 (R\$)
Aluguel	20.117.812,56	21.126.291,96	21.535.986,72
Condomínio	4.756.996,76	5.273.153,38	5.652.904,24
IPTU	1.337.186,97	1.372.015,52	1.435.565,03
Total PO700	26.211.996,29	27.771.460,86	28.624.455,99

3.4.1 Desfazimento de ativos

Em 2022 foram realizados quatro processos de desfazimento de materiais de cunho administrativo.

Processo	Objeto	Valor (R\$)
25000.037363/2022-45	Automóvel - VOYAGE 1.6, Ano: 2013	26.178,96
25000.037363/2022-45	Automóvel - LÍNEA ESSENCE 1.8, Ano 2013	28.583,92
25000.037363/2022-45	Automóvel - COROLLA XEI 1.8 FLEX	58.799,04
25000.037363/2022-45	Automóvel - SANTANA, Ano 2002	18.071,18
25000.037363/2022-45	Automóvel - LÍNEA ABSOLUTE DUAL	28.583,92
25000.140083/2021-32	59 itens de informática	59.060,33
25000.012750/2022-79	100 itens de mobiliário	21.691,11
25000.012656/2022-10	3.324 itens de mobiliário	620.483,35
Total		861.451,81

Em 2022 foram realizados quatro processos de desfazimento de insumos estratégicos pelas Secretarias Finalísticas.

Processo	Objeto	Valor (R\$)
25000.144473/2021-81	Automóvel - IVECO - DAILY 6012 - Caminhão de Carga	152.947,71
25000.058889/2020-05	Equipamento De PCR Em Tempo Real	3.727.533,60
25000.135031/2021-44	Equipamento Genexpert GX-IV-4 - (Laptop, Nobreak, Adaptador De Tomadas)	25.224,06
25000.161123/2022-61	Equipamento Genexpert GX-IV Com (Cpu, Monitor, Teclado, Mouse E Leitor De Código De Barras)	280.549,01
Total		4.186.254,38



3.5 GESTÃO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

Estrutura de TI

O Departamento de Informática do SUS (DATASUS), unidade subordinada à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, é responsável direto por planejar, desenvolver, prover e avaliar as ações de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) e de gestão da inovação e saúde digital do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Ministério da Saúde (MS). O objetivo principal do Departamento é disponibilizar serviços de TIC visando promover o atendimento ao usuário de

sistemas de informação do MS para beneficiar os usuários do SUS. O Departamento observa o conjunto de regras e diretrizes estabelecidas e referenciadas pelo Governo Federal, propõe diretrizes e implementa ações de tecnologia no Ministério da Saúde em consonância com as orientações, normas e diretrizes definidas pelo órgão central da Secretaria de Governo Digital (SGD) do Ministério da Economia (ME) e Órgãos de Controle.

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-RNDS, 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

assim, a continuidade do cuidado ao cidadão. Esses objetivos são materializados por meio dos projetos da RNDS, do Informatiza APS e do Conectividade APS (encerrado em dezembro de 2022).

Em relação ao Programa, destacam-se os seguintes avanços obtidos em 2022, conforme segue:

> Evolução do ConecteSUS Cidadão para SuperApp:

O Conecte SUS Cidadão é uma evolução dos aplicativos Cartão SUS Digital (2015) e Meu DigiSUS (2019) os quais, por sua vez, davam acesso ao Cartão Nacional de Saúde (CNS) e informações pessoais e clínicas contidas no CNS. A primeira versão do Conecte SUS 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 usuários do Conecte SUS obteve a marca de mais de 24,2 milhões de downloads. Isso foi ampliado pela disponibilização do Certificado Nacional de Vacinação covid-19, de forma que, em 2022, o aplicativo chegou a mais de 33,8 milhões de usuários.

Com o desafio de facilitar o acesso aos serviços e às informações de saúde, o Conecte SUS expande as suas funcionalidades e garante a continuidade do cuidado de forma abrangente e escalável, aproximando a população ainda mais do Sistema único de Saúde (SUS). Nela, o usuário pode realizar a gestão pessoal da sua saúde (alergias, contatos, medicamentos autodeclarados, glicose, imc e pressão), consumir conteúdos confiáveis de saúde, bem como ter acesso rede de saúde com base na sua geolocalização.

Uma outra inovação disponibilizada para população é o cancelamento da adesão ao Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), nela o cidadão pode optar por não permitir que retiradas de medicamentos sejam realizadas em seu CPF, podendo 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 (APS) diante da disponibilização de agendas da Unidade Básica de Saúde (UBS), onde o cidadão que estiver vinculado a uma equipe terá acesso à marcação.

Houve, ainda, a inclusão de novas funcionalidades como a área de conteúdos que se propõe a informar a população de forma confiável através de 50 conteúdos de saúde de A-Z do Ministério da Saúde. 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.



> Evoluções no ConecteSUS Profissional e lançamento do ConecteSUS Gestor:

O Conecte SUS Profissional é uma plataforma destinada a todos os profissionais de saúde vinculados às equipes de Atenção Primária/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 e conduta e conhecimento para a tomada de decisão.

Em relação ao Conecte SUS Gestor, ele disponibiliza aos gestores federais, estaduais e municipais de saúde indicadores compostos de dados da RNDS, apresentando como instrumento importante para a tomada de decisão e formulação de políticas públicas.

> Monitoramento e Avaliação da ESD28:

Este é um processo sistemático e permanente, desenvolvido por meio da compreensão dos objetivos propostos, da identificação de métricas e indicadores que mensurem o alcance da visão da Estratégia, o estabelecimento, coleta e análise periódicos dos indicadores, seguidos pela análise dos resultados obtidos e da tomada de decisão sobre o próximo ciclo de ações, de forma a contemplar necessidades intrínsecas da Estratégia, como mudanças no cenário nacional e internacional para a Saúde Digital e, sobretudo, no de Saúde.

Plano de Transformação Digital

O Plano de Transformação Digital - PTD é o instrumento de planejamento que procura refletir todos os esforços de transformação digital de cada órgão ou entidade da administração pertencente aquele setor. O Plano do Ministério da Saúde, com vigência de 06/22 a 12/22, teve como principais objetivos:

- > Ampliar a digitização dos serviços prestados pelo SUS ao cidadão e reduzir o esforço no acesso aos serviços digitais de saúde do Ministério da Saúde;
- > Integrar dados e informações na área de saúde;
- > Promover o intercâmbio de informações entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde, permitindo a transição e continuidade dos cuidados nos setores público e privado;
- > Garantir à Privacidade e a Segurança da Informação nas ações a serem executadas no Plano de Transformação Digital da Saúde.

Novo Sinan – Sistema Nacional de Agravos e Notificações

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, com estimativa de conclusão em 12 meses. As próximas doenças e agravos que serão priorizadas são: tuberculose, arboviroses, hepatites, hanseníase, exantemáticas, entre outras conforme estudo e necessidade.

Foi uma das soluções tecnológicas divulgadas durante o lançamento do e-SUS Linha da Vida, fazendo parte do programa que reúne diferentes plataformas do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para o acompanhamento eficiente da saúde do cidadão.

SUSStenta Saúde

O SUSStenta Saúde é um projeto que visa contratações para melhorar e adequar a infraestrutura e segurança da informação no Ministério da Saúde com fins de garantir a disponibilidade e integridade dos sistemas e serviços de saúde.

Uso racional dos instrumentos de Tecnologia da Informação e Comunicação, alinhado às políticas de TIC. Visa garantir confiabilidade, integridade 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.

Segurança da Informação

A área de segurança da informação, atua no monitoramento de ataques, análise de vulnerabilidades, simulação de ataques e conscientização dos usuários. Como também, segue os princípios da ISO27000, alinhada com as ameaças atuais e adequada à missão do Ministério da Saúde. A Segurança da Informação é desenvolvida com base em modelos e padrões normatizadores, frameworks e normas instituídas por órgãos oficiais. O Ministério da Saúde, como órgão da Administração Pública Federal, está subordinado às legislações preconizadas pelo Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República – GSI-PR.

A análise de GAP baseada na ISO 27001 permite a identificação dos processos que não estão em conformidade com os padrões internacionais de segurança da informação. Ao realizar a análise de 51 controles, têm-se:

- > 10 aguardando aprovação;
- > 02 ciclos PDCA;
- > 01 pendente;
- > 33 controles considerados como implementados;
- > 05 controles considerados não implementados.

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 Ministério da Saúde.



3.6 GESTÃO DE CUSTOS

A Setorial de Custos, no âmbito do Ministério da Saúde, foi institucionalizada pela Portaria GM/ MS n.º 405, de 8 de março de 2012, que estabeleceu a Secretaria-Executiva como o órgão setorial de custos do governo federal.

Atualmente, a apuração de custos no âmbito do Ministério da Saúde está sendo reavaliada. No entanto, o Ministério da Saúde fomenta a gestão de custos em unidades de saúde de estados e municípios por meio do Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), que é um conjunto de ações que envolvem geração, aperfeiçoamento e incentivo à efetiva utilização da informação de custos pelos gestores de saúde visando à otimização do desempenho do SUS.

O PNGC é concretizado com a disponibilização de formação de capacidade técnica por meio de capacitações e pelo Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS), além de acompanhamento técnico durante toda a implementação do Programa. Isso possibilita que as unidades participantes tenham conhecimento de quanto é o seu custo total, o custo dos seus setores e dos procedimentos realizados, entre outras informações.

O objetivo do Programa, que é de adesão voluntária, é promover a cultura de gestão de custos no âmbito do SUS, contribuindo para a melhor eficiência do Sistema.



3.7 PROGRAMAS E PROJETOS DE COOPERAÇÃO TÉCNICA

3.7.1 Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS)

É um programa atualmente regido pela Lei Complementar n.º 187, de 16 de dezembro de 2021, cuja normatização infralegal está disposta no Anexo XCIII da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5, de 28 de setembro de 2017. Esse programa tem por finalidade a execução de projetos de apoio e a prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares não remunerados, por Entidades de Saúde de Reconhecida Excelência (ESRE), em benefício do SUS.

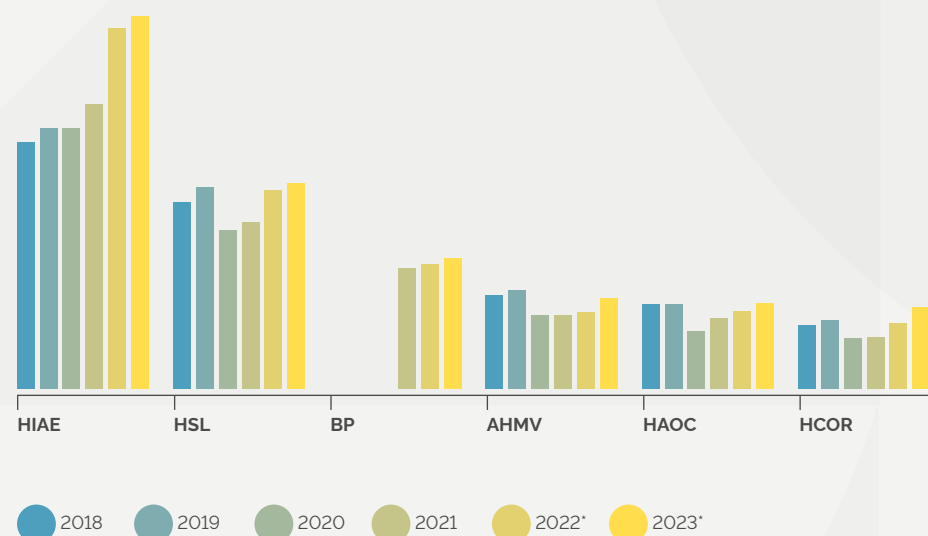
Os recursos necessários para o financiamento do Proadi-SUS são oriundos de contribuições sociais que deixam de ser recolhidas aos cofres públicos pelas ESREs, em decorrência de imunidade tributária prevista no art. 195, § 7º, da Constituição, em virtude de receberam o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS-Saúde).

A execução dos projetos do Proadi-SUS se dá por ciclos trienais e, considerando o ciclo quadrienal de gestão do Governo Federal, nos últimos quatro anos o programa passou pela finalização do 4º triênio (2018-2020) e início do 5º triênio (2021-2023). Dessa forma, o período de 2019 a 2022 contempla a execução de projetos do Proadi-SUS referentes ao 4º e 5º triênios do programa.

Para o 4º triênio (2018-2020) do programa, cinco ESREs firmaram Termos de Ajuste: Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE); Sociedade Beneficente de Senhoras – Hospital Sírio-Libanês (HSL); Associação Hospitalar Moinhos de Vento (AHMV); Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) e Associação Beneficente Síria – Hospital do Coração (HCOR). Para o 5º triênio (2021-2023) do Proadi-SUS, além das cinco ESREs já citadas, a Beneficência Portuguesa de São Paulo (BP) também firmou Termo de Ajuste no âmbito do Proadi-SUS.

O valor total dos Termos de Ajuste no 4º triênio (2018-2020) foi de R\$ 1.680.972.095,66, enquanto no 5º triênio (2021-2023) o valor total está previsto em R\$ 2.227.780.308,07. Esse valor corresponde à imunidade tributária usufruída pelos hospitais e, conforme preconiza a legislação do Programa, deve ser totalmente revertido na execução dos projetos aprovados no âmbito do Proadi-SUS.

Valor dos Termos de Ajuste das ESREs, por ano, no 4º e 5º triênios do Proadi-SUS



Fonte: CGPROADI/Decoop/SE/MS, 2022.

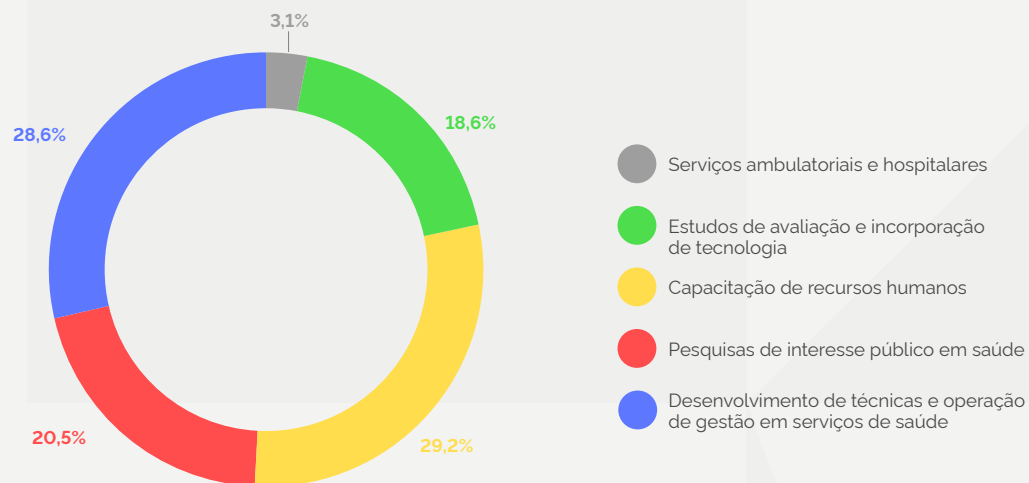
*Valores previstos, que podem ser alterados após apostilamento.

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 pela 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.

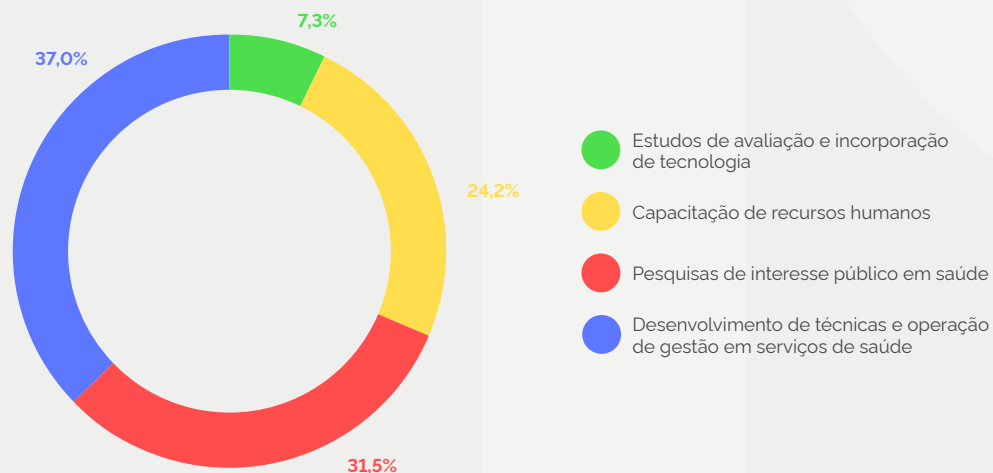


Projetos aprovados por área de atuação, no 4º triênio (2018-2020) do Proadi-SUS



Fonte: CGPROADI/Decoop/SE/MS, 2022.

Projetos aprovados por área de atuação, no 5º triênio (2021-2023) do Proadi-SUS



Fonte: CGPROADI/Decoop/SE/MS, 2022.

O valor total dos projetos aprovados no 4º triênio (2018-2020) do Proadi-SUS foi de R\$ 1.945.145.018,27, e no 5º triênio (2021-2023), até o momento, é de R\$ 2.216.484.527,67.

Valor total dos projetos aprovados e dos Termos de Ajuste, no 4º e 5º triênios do Proadi-SUS



● Valor dos projetos aprovados ● Valor do Termo de Ajuste

Fonte: CGPROADI/Decoop/SE/MS, 2022.

Ressalta-se que os valores efetivamente executados são apresentados pelas ESREs nos Relatórios de Prestação de Contas Anual de cada projeto, até 30 de abril do ano seguinte, e analisados pelas áreas técnicas. Valores executados maiores do que a imunidade tributária usufruída pela ESRE não são contabilizados no âmbito do Proadi-SUS. A certidão de execução

dos projetos em conformidade com a imunidade tributária usufruída é emitida pela Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, após a emissão dos pareceres técnicos com a análise das prestações de contas anuais dos projetos, conforme disposto no art. 30 do Anexo XCIII à Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5/2017.



3.7.2 Termos de Cooperação Técnica, Projetos de Cooperação Internacional e Termos de Execução Descentralizada

Durante o ano de 2022, foram celebrados entre o Ministério da Saúde e a OPAS/OMS, no âmbito dos Termos de Cooperação Centralizados, quatro novos TCs e 12 Termos de Ajuste. No que tange à celebração por meio dos demais entes da federação e entes vinculados, ou seja, na esfera dos Termos de Cooperação Descentralizados, foram celebrados quatro novos TCs e 14 Termos de Ajuste.

Até o final do exercício de 2022, registraram-se em execução 33 Termos de Cooperação Centralizados; 25 Termos de Cooperação Descentralizados e seis Projetos de Cooperação Internacional (Prodocs).

Dos 33 projetos centralizados, 31 totalizam um montante de R\$ 9.606.988.510, pactuados junto à OPAS. Por sua vez, os 25 Termos de Cooperação Descentralizados totalizam R\$ 462.222.734,63 pactuados.

Em outra frente de especialização, o Ministério da Saúde tem dois Termos de Cooperação firmados com a OPAS/OMS, que tem como objeto a aquisição de insumos estratégicos para a saúde por meio do Fundo Estratégico e Fundo Rotatório da OPAS. Estes dois TCs têm o valor total pactuado de R\$ 10.593.674.154,52, referente ao período de 2014 a 2023.

Por fim, os seis Projetos de Cooperação Internacional (Prodocs) totalizam R\$ 274.157.853,96 pactuados com outros organismos internacionais (PNUD, Unesco e UNFPA).

No que diz respeito aos Termos de Execução Descentralizados (TEDs), houve atuação nas discussões referentes à portaria GM/MS n.º 4.833, de dezembro de 2022, a qual altera a Portaria GM/MS n.º 1.083, de 11 de maio de 2022, que estabelece os critérios e procedimentos a serem adotados para a celebração e execução dos Termos de Execução Descentralizada (TED) no âmbito do Ministério da Saúde.

3.8 SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

O Ministério da Saúde contratou empresa especializada para revisão e atualização do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos – PGRS – do Ministério da Saúde, a fim de apresentar um diagnóstico da situação atual da gestão dos resíduos sólidos no órgão e o prognóstico para a sua adequada gestão e gerenciamento.

Assim, iniciou-se análise e prospecção de dados mais pontuais objetivando desenvolver ações remissivas e preventivas que vão desde o diagnóstico da geração de resíduos a verificação da viabilidade técnica de prevenir e minimizar o descarte inadequado.

Desta forma, com o fim de implementar o PGRS, nos termos do cronograma estipulado, o Ministério da Saúde, no ano de 2022, colocou em prática as seguintes providências:

- > Evitar transbordo de resíduos nos coletores e de sacos plásticos nos contêineres;
- > Coleta externa dos recicláveis no mínimo duas vezes na semana;
- > Treinamento de colaboradores para uso correto dos coletores e conscientização da redução dos RS;

- > Definição dos responsáveis pela coleta e transporte Interno;
- > Monitoramento do gerenciamento dos RS para que se garanta a melhoria contínua;
- > Fiscalização;
- > Identificar com adesivos de reciclável, orgânico e rejeito coletores;
- > Aquisição de recipientes para os resíduos da logística reversa.

Foram disponibilizadas lixeiras em todas as áreas do MS para que nossos servidores e colaboradores realizassem a separação correta dos resíduos recicláveis e não recicláveis, bem como política pontual e in loco de conscientização. Solicitamos frequentemente divulgação interna nos nossos meios sociais internos (e-mail e intranet) e treinamento dos terceirizados no manuseio de recolhimento do lixo.

Coleta de Lixo – 2022

Processo	mês	Unidade I - Almojarifado/ Editora	Unidade IV - Edifício Sede	Total	Valor
25000.015691/2022-91	jan	1.230	10.195	11.425	R\$ 2.746,46
25000.031317/2022-32	fev	1.400	7.760	9.160	R\$ 2.201,97
25000.047935/2022-02	mar	800	9.690	10.490	R\$ 2.521,69
25000.061594/2022-70	abr	1.870	9.180	11.050	R\$ 2.656,31
25000.079952/2022-09	mai	860	12.660	13.520	R\$ 3.577,06
25000.098802/2022-96	jun	540	11.520	12.060	R\$ 3.190,78
25000.110325/2022-44	jul	1.070	15.020	16.090	R\$ 4.257,02
25000.124743/2022-19	ago	1.010	15.090	16.100	R\$ 4.259,67
25000.142585/2022-89	set	1.430	10.680	12.110	R\$ 3.204,01
25000.154979/2022-80	out	1.140	16.980	18.120	R\$ 4.794,11
25000.168349/2022-92	nov	1.360	12.680	14.040	R\$ 3.714,64
25000.001823/2023-88	dez	1.380	12.910	14.290	R\$ 3.780,79
Total				158.455	R\$ 40.904,51

Fonte: Subsecretaria de Assuntos Administrativos.

Para a redução do consumo de recursos naturais, o Ministério da Saúde realizou o atendimento de diversas demandas de digitalização de documentos reproduzidos originalmente em suporte microfilme. Além de impactar em significativos ganhos de agilidade no acesso às

informações, esta ação coaduna-se com as boas práticas de sustentabilidade ambiental, uma vez que contribuiu para suprimir a impressão de cerca 670.000 documentos objeto de consultas, já que estes foram disponibilizados, exclusivamente, em formato digital.

3.9 RELACIONAMENTO COM A SOCIEDADE

Principais canais de comunicação com a sociedade.



O Protocolo Digital do Ministério da Saúde é um serviço que possibilita o envio de documentos em geral, de forma eletrônica, sem a necessidade de deslocamento presencial ao setor de Protocolo ou de envio de correspondência postal. Os cidadãos que desejarem protocolar documentos junto ao Ministério da Saúde podem, agora, realizar a solicitação pela internet, por meio da plataforma Protocolo Digital (PD) <https://www.gov.br/pt-br/SERVIÇOS/protocolar-documento-junto-ao-MINISTÉRIO-da-SAÚDE>;



A Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS MS) disponibiliza à sociedade toda a produção técnico-científica em saúde produzida pelo Ministério da Saúde, sendo mais de 8.500 títulos em texto completo <https://bvsms.SAÚDE.gov.br/>;



A Rede de Bibliotecas e Unidades de Informação Cooperantes do Ministério da Saúde (Rede BiblioSUS) tem por objetivo disseminar informação em saúde nos municípios brasileiros, por meio de parcerias locais. <https://bibliosus.SAÚDE.gov.br/>;



A Estação Biblioteca Virtual em Saúde (EBVS) visa a implantação de espaços físicos em instituições estaduais e municipais para proporcionar aos usuários, acesso livre à literatura técnico científica em saúde <https://estacao.bvs.br/>;



Dicas em Saúde disponibiliza informações de saúde sobre doenças, prevenção de acidentes, cuidados com a higiene, dentre outros assuntos, direcionados aos usuários do SUS <https://bvsms.SAÚDE.gov.br/dicas-em-SAÚDE>



O Sistema Saúde Legis disponibiliza todos os atos normativos produzidos pelas áreas do Ministério da Saúde Saúde <http://SAÚDElegis.SAÚDE.gov.br/SAÚDElegis/secure/norma/listPublic.xhtml>



Lançamento da Vitrine do Conhecimento "Informação para a Gestão no SUS". https://brasil.bvs.br/vitrinas/post_vitrinas/inFORMAÇÃO-para-a-gestao-no-sus/

3.9.1 Ouvidoria do SUS

A Ouvidoria-Geral do SUS (OUVSUS/DINTEG/MS) é o espaço estratégico e democrático de interação entre o usuário do sistema público de saúde e a gestão do sistema. Por meio dos canais de atendimento disponibilizados, recebe reclamações, solicitações, denúncias, elogios, sugestões e demais manifestações dos cidadãos quanto aos serviços e atendimentos prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Os canais de atendimento disponibilizados pela OUVSUS são a porta de entrada das demandas do usuário. Por isso, o acesso gratuito e desimpedido a estes canais é fundamental para a participação da população na Gestão, que deve buscar e ampliar, sempre que necessário, o direito à saúde e à avaliação dos serviços prestados.

Dessa forma, a OUVSUS disponibiliza os seguintes canais de atendimento: telefone (Disque Saúde 136), internet (Fala.BR e e-mail), correspondências e atendimento presencial.

Todos esses atendimentos são inseridos no Sistema Eletrônico de Ouvidorias do Ministério da Saúde (OuvidorSUS), com o objetivo de ter um repositório único de manifestações.

Por meio do Disque Saúde (136), além do registro de manifestações, a OUVSUS trabalha com a educação em saúde, disseminando boas práticas e informações que auxiliam na prevenção de doenças e agravos. Pesquisas e campanhas também são divulgadas, como é o caso da dose de reforço contra a covid-19. Ademais, fornece suporte para sistemas de informação essenciais para o funcionamento do SUS, como: Farmácia Popular, Conecte SUS, Sistema Nacional de Regulação - SISREG, entre outros. Esses contatos são diferenciados das manifestações registradas, pois possuem objetivos e procedimentos distintos. Entre os temas mais procurados em 2022, estão: Conecte SUS, Vacinas contra a covid-19, Tabagismo, Certificado de Direito à Assistência Médica (CDAM), entre outros.

Disseminação de Informações por Tipo de Atendimento 2022

TIPOS DE ATENDIMENTO	Quantidade	%
ELETRÔNICO	1.584.174	65
HUMANO	844.517	35
Total	2.428.691	100

Fonte: Ouvidoria-Geral do SUS (OUVSUS/DINTEG/MS).

Referente às manifestações recebidas, após o registro, a Ouvidoria dá início ao processo de tratamento, que culmina com a resposta ao usuário e encerramento da demanda. Isso garante resposta ao manifestante, que, por meio do protocolo recebido, pode acompanhar o processo. Essas manifestações são encaminhadas às Ouvidorias do SUS espalhadas pelo país ou para o próprio Ministério da Saúde,

que dispõe de uma rede interna composta por Assessorias, Coordenações, Departamentos e Secretarias.

As 121.307 manifestações registradas em 2022 representam uma diminuição de 10% quando comparadas ao ano anterior. As reclamações continuaram sendo maioria, com mais de 48% dos registros.

Classificação das Demandas

CLASSIFICAÇÃO	Total	%
RECLAMAÇÃO	58.906	48,6
SOLICITAÇÃO	43.775	36,1
INFORMAÇÃO	9.014	7,4
DENÚNCIA	6.928	5,7
ELOGIO	1.839	1,5
SUGESTÃO	845	0,7
Total Geral	121.307	100,0

Fonte: Ouvidoria-Geral do SUS (OUVSUS/DINTEG/MS).

Canais de Atendimento

CANAL DE ENTRADA	Total	%
DISQUE SAÚDE 136	68.361	56,4
INTERNET	52.217	43,0
CORREIOS	540	0,4
PESSOALMENTE	189	0,2
Total Geral	121.307	100,0

Fonte: Ouvidoria-Geral do SUS (OUVSUS/DINTEG/MS).

Em relação à categorização dessas manifestações, o assunto 'Gestão' totalizou, aproximadamente, 81% das reclamações registradas, cujos assuntos principais trouxeram demandas do tipo: descontentamento com os dados apresentados pelo aplicativo Conecte SUS, principalmente, no que diz respeito ao certificado de vacinação contra a covid-19; insatisfação com o profissional de saúde ou a falta dele, dificuldade de acesso aos estabelecimentos de saúde (demora e falta de vagas), além de pessoas que não conseguem acesso ao Certificado de Direito à Assistência Médica (CDAM).

No assunto 'Assistência à Saúde', segundo mais frequente, 99% das manifestações requisitaram algum tipo de assistência, como: consultas, tratamentos, cirurgias, diagnósticos, internações, ou mesmo, a transferência de pacientes. Foram diversas as especialidades demandadas pela população; nas consultas e tratamentos, ênfase para a clínica médica, ginecologia/obstetrícia, ortopedia/traumatologia, neurologia, oncologia (quimioterapia) e oftalmologia. Nas cirurgias, destaque para as ortopédicas, oftalmológicas (catarata) e ginecológicas (histerectomia).

3.9.1.1 Primeira Infância na Ouvidoria do SUS

A partir de análise do banco de dados da OUVSUS (2022), foram localizadas 87 manifestações cuja idade do referido esteja ligada à 1ª infância, período compreendido da gestação até os seis anos de idade completos, conforme Decreto

Quanto ao assunto 'Assistência Farmacêutica', terceiro mais recorrente, 84% das manifestações trouxeram solicitações de medicamentos, com evidência para os do componente especializado (63%), como o Levetiracetam, o hemifumarato de quetiapina, e o infliximabe. Os não padronizados somaram 21%, com destaque para a rivaroxabana, a pregabalina e o denosumabe. Em relação aos medicamentos no âmbito da Atenção Básica (12%), destaque para o clonazepam, a glicazida e a insulina humana-NPH. Com 3% das solicitações, temos os medicamentos do componente estratégico, com visibilidade para os medicamentos relativos ao tratamento do tabagismo, como: adesivo transdérmico de nicotina, cloridrato de bupropiona e acetato de desmopressina. Manifestações cujo medicamento não foi especificado e pedidos de inclusão de medicamentos na rede SUS, somaram 1% das solicitações.

O sistema OuvidorSUS, além de classificar e categorizar as manifestações recebidas, permite que o usuário se manifeste em nome de terceiros (referido). Isto significa que o referido é a pessoa para quem o manifestante solicita exames, consultas, medicamentos, entre outros. Portanto, este campo é utilizado somente nos registros classificados como solicitação.

n.º 10.770, de 17 de agosto de 2021 que instituiu a Agenda Transversal e Multissetorial da Primeira Infância. Todas essas manifestações foram registradas via internet.

Em relação à tipificação dessas manifestações, seguindo o padrão de 2022, o assunto 'Gestão' totalizou, aproximadamente, 60% das solicitações registradas, cujos assuntos principais trouxeram demandas do tipo: correção dos dados apresentados pelo aplicativo Conecte SUS, sobretudo, no que diz respeito ao certificado de vacinação contra a covid-19; em menor número, também apareceram requerimentos relacionados ao cartão de vacinação, documento essencial quando o assunto é criança.

No mais, consultas, tratamentos e diagnósticos somaram 16% das manifestações, com ênfase para especialidades como: neurologia e fonoaudiologia. As demais manifestações foram

tipificadas em outros assuntos, como: Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde, SAMU, entre outros.

Cabe destacar ainda que, o assunto 'Assistência Farmacêutica', trouxe 2 manifestações relativas ao onasemnogeno abeparvoveque, comercialmente conhecido como Zolgensma, medicamento recém-incorporado pelo MS para tratamento da Atrofia Muscular Espinhal (AME). Ambos os registros provenientes do estado de São Paulo (capital e Avaré).

Por fim, é importante dizer que 87% destas manifestações já se encontram resolvidas.

3.9.1.2 Informações e Dados de Transparência

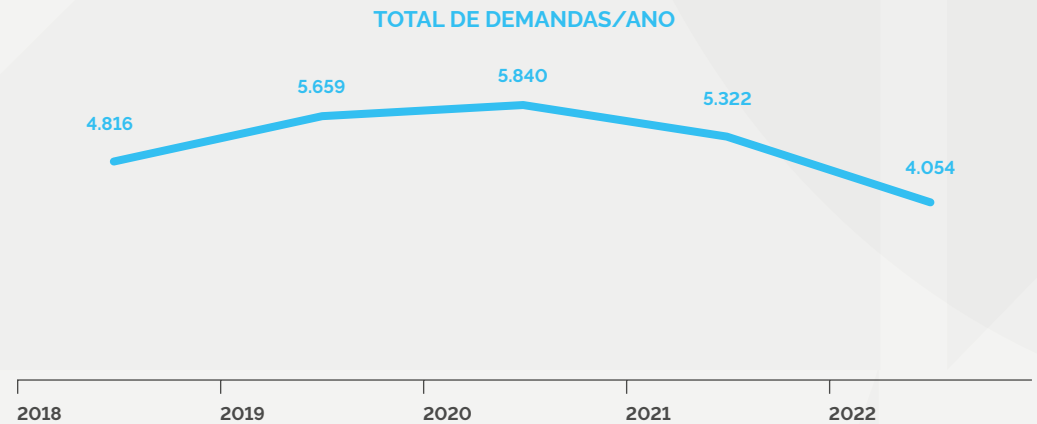
No âmbito do Ministério da Saúde, a Ouvidoria-Geral do SUS, por meio do Serviço de Informação ao Cidadão (SIC), é a área responsável por realizar o planejamento e a gestão das ações estabelecidas pela Lei n.º 12.527/2011 – Lei de Acesso à Informação (LAI).

O SIC atua no atendimento presencial ao cidadão e no acolhimento dos pedidos cadastrados por meio da Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação (Fala.BR), direcionados ao Ministério da Saúde. O pedido de acesso à

informação é processado e encaminhado ao setor competente para a elaboração da resposta com a informação disponível. O cidadão recebe o retorno do seu pedido de acesso por meio do sistema 'Fala.BR'.

Em 2022, foram registrados no Fala.Br, 4.054 pedidos de acesso à informação, sendo o Ministério da Saúde o quarto órgão (4º) mais demandado, com uma média mensal de 338 pedidos. A série histórica, entre os anos de 2018 e 2022, está apresenta no gráfico:

Gráfico Demandas de LAI – 2018 até 2022



Fonte: Painel LAI/CGU.

O prazo médio de resposta ao cidadão, em 2022, foi de 16,28 dias. Com relação ao índice de transparência ativa, relativo ao Guia de Transparência Ativa (GTA)¹⁰, o Ministério da Saúde cumpre 100%, ou seja, cumpre com os 49 itens avaliados¹¹.

Dos 4.054 pedidos registrados, foram respondidos 97,8%; o percentual restante, 2,2%, está em tramitação, não apresentando o Ministério da Saúde omissões referentes a pedidos de acesso à informação.

¹⁰ Compilação de obrigações, elaborado pela Controladoria Geral da União (CGU), com o objetivo de auxiliar no correto cumprimento das obrigações previstas na Lei de Acesso à Informação (LAI) e demais normas que regem o assunto.

¹¹ Fonte: Painel de Acesso à Informação. Disponível em: <https://centralpaineis.cgu.gov.br/visualizar/lai>.

<https://www.gov.br/saude>



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

