



RELATÓRIO DE GESTÃO 2024



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



SUMÁRIO

MENSAGEM DA MINISTRA

2

01 VISÃO GERAL ORGANIZACIONAL E GOVERNANÇA

3

1.1	Identificação da Unidade Prestadora de Contas – UPC	4
1.2	Estrutura Organizacional	5
1.3	Cadeia de Valor	10
1.4	Planejamento Estratégico Institucional	11
1.5	Políticas, Agendas e Colegiados Estratégicos	12
1.6	Planejamento e Monitoramento do PPA e do PNS	14
1.7	Estrutura de Governança	18
1.8	Auditoria Interna do SUS	21
1.9	Oportunidades, Perspectivas e Riscos	23

02 RESULTADO E DESEMPENHO DA GESTÃO

28

MINISTÉRIO EM NÚMEROS

29

2.1	Atenção Primária	30
2.2	Atenção Especializada à Saúde	64
2.3	Vigilância em Saúde e Ambiente	174
2.4	Ciência, Tecnologia, Inovação, Complexo Econômico-Industrial da Saúde e Assistência Farmacêutica	226
2.5	Saúde Indígena	263
2.6	Aprimoramento da Gestão, do Trabalho e da Educação na Área da Saúde	280
2.7	Informação e Saúde Digital	290

03 CONFORMIDADE E EFICIÊNCIA DA GESTÃO

313

3.1	Gestão Orçamentária e Financeira	314
3.2	Gestão de Pessoas	326
3.3	Gestão de Licitações e Contatos	332
3.4	Gestão Patrimonial e Infraestrutura	340
3.5	Gestão de Custos	342
3.6	Programas e Projetos de Cooperação Técnica Nacionais e Internacionais no Âmbito do Ministério da Saúde	343
3.7	Relacionamento com a Sociedade	348
3.8	Sustentabilidade Ambiental	351

O ano de 2024 foi marcado pela consolidação das ações de reconstrução e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2024-2027, orientado às demandas da sociedade, elencou como principais temas para este quadriênio a Atenção Primária à Saúde, a Atenção Especializada à Saúde, a Vigilância em Saúde e Ambiente, o desenvolvimento científico e tecnológico, a qualificação da Assistência Farmacêutica, a saúde da população indígena e, ainda, a gestão estratégica, do trabalho, da educação, e a transformação digital. Tais prioridades são pautadas na superação das desigualdades regionais, sociais, de raça/etnia e de gênero, bem como na promoção do acesso equitativo à saúde pública de qualidade e na integralidade do cuidado.

Para tanto, a articulação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), por meio de estratégias coordenadas, faz-se necessária. No âmbito da Atenção Primária, houve aumento do número de equipes por população e valorização das visitas domiciliares, além do financiamento diferenciado de Unidades Básicas de Saúde (UBS) funcionando em um horário estendido, para garantir que a população trabalhadora possa ser atendida.

Na Atenção Especializada, foi lançado o Programa Mais Acesso a Especialistas (Pmae), com o objetivo de ampliar o acesso, qualificar o cuidado e reduzir o tempo para consultas e exames especializados. Essa iniciativa visa garantir o acesso do paciente ao atendimento especializado o mais rápido possível e com menos burocracia, a partir do encaminhamento realizado pelas equipes da Atenção Primária; por exemplo, a equipe de Saúde da Família (eSF).

O Ministério da Saúde focou ainda a ampliação e a estruturação da Estratégia de Saúde Digital e do Telessaúde, como ferramentas de integração e simplificação do acesso a todos os pontos da RAS.

Em 2024, também foi possível colher os primeiros resultados da valorização da ciência e do combate à desinformação. O Projeto Saúde com Ciência, de defesa da vacinação e combate às fake news, aliado ao Movimento Nacional pela Vacinação e à estratégia de microplanejamento – desenvolvida nos territórios por profissionais das áreas de Imunização, Vigilância Epidemiológica, Atenção Primária e Saúde Indígena –, contribuiu para a elevação das coberturas vacinais. Como resultado, dos 16 tipos de imunizantes disponíveis no SUS para aplicação até o segundo ano de vida, 13 ultrapassaram as metas de cobertura de 2023.

O Brasil também deixou de pertencer à lista da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) que elenca os 20 países com mais crianças não vacinadas, bem como se destacou positivamente frente ao cenário mundial, recuperando as quedas consecutivas nas coberturas vacinais que vinham acontecendo desde 2016 e recebendo a recertificação de país livre de sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita, título perdido em 2019.

Foram desenvolvidas, ainda, ações para o enfrentamento à dengue, doença que o Brasil enfrenta há 40 anos e que tem sido agravada pelas mudanças climáticas e pelo aquecimento global, levando a uma grande presença de mosquitos e ao aumento da transmissão.

Em relação ao Programa Farmácia Popular, que comemorou 20 anos em 2024, o Ministério da Saúde passou a oferecer 95% dos medicamentos e insumos de forma gratuita para toda a população. Houve também um crescimento no número de pessoas atendidas e no credenciamento de farmácias.

Destaca-se, ainda, a ampliação do Programa Mais Médicos, que garante atendimento principalmente em regiões de vazios assistenciais e oferece aos profissionais

a oportunidade de qualificação e aperfeiçoamento em saúde da família e comunidade, com incentivos e benefícios para atuação em áreas mais vulneráveis.

Também merece destaque o fortalecimento da saúde indígena, com aumento das UBS e ações de saneamento em todo território. Pela primeira vez, a saúde indígena faz parte do Novo PAC, o Programa de Aceleração ao Crescimento.

Ainda pelo Novo PAC, houve um importante investimento nos equipamentos de saúde, como UBS, maternidades, hospitais, unidades odontológicas móveis, além de investimentos nos laboratórios produtores, visando aumentar a nossa autonomia na produção de vacinas, medicamentos e equipamentos de saúde no âmbito do Complexo Econômico Industrial da Saúde.

Por fim, considerando a gestão descentralizada e tripartite do SUS, foi fundamental o fortalecimento das relações interfederativas e a qualificação do planejamento local para as ações e os serviços de saúde. Com vistas ao aperfeiçoamento da gestão compartilhada e da governança, ao longo do ano, foi oferecido suporte técnico aos entes federados para elaboração dos instrumentos de planejamento do SUS.

Como poderá ser visto neste relatório, a política de saúde pública implementada pelo Ministério da Saúde em 2024 obteve resultados importantes para a sociedade. Todos os esforços foram destinados para garantir a saúde como um direito essencial para que cada brasileiro possa viver com dignidade e alcançar seu potencial pleno, sendo um dos pilares fundamentais para o desenvolvimento social do nosso país.

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 referenciais 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 institucionais

- › Inovação
- › Comprometimento
- › Empatia
- › Transparência
- › Ética
- › Eficiência e efetividade
- › Sinergia
- › Sustentabilidade



1.2 Estrutura Organizacional

O Ministério da Saúde é um órgão da Administração Pública Federal direta responsável pelas seguintes áreas de atuação, conforme art. 45, da Lei n.º 14.600, de 19 de junho 2023, publicada no Diário Oficial da União (DOU) de 20 de junho 2023:



Em 28 de novembro de 2023, foi publicado no DOU o Decreto n.º 11.798/2023, que aprovou a nova Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, anteriormente definida pelo Decreto n.º 11.358, de 1º de janeiro de 2023. Esse Decreto foi necessário para incluir ajustes pontuais em várias unidades no Ministério, como adequações de nomenclatura, remanejamentos internos e alterações de cargos e funções para criações de novas unidades.

Nesse primeiro movimento, não houve aumento de despesa em relação à composição regimental definida no Decreto de 1º de janeiro de 2023. Ocorre que, em maio de 2024, foi publicado o Decreto n.º 12.036, de 28 de maio de 2024, que alterou o Decreto n.º 11.798/2023. Desta vez, o Ministério da Saúde recebeu um acréscimo importante de cargos e funções, o que permitiu fortalecer sua estrutura organizacional.

O escopo central dessas alterações foi atender às seguintes políticas, ações e programas do Sistema Único de Saúde (SUS):

- Priorização das ações de emergências em saúde pública relacionadas aos desastres naturais e às mudanças climáticas.
- Reforço das ações de vigilância epidemiológica relacionadas à covid-19, influenza e outros vírus respiratórios.
- Operacionalização do repasse da assistência financeira complementar para o pagamento do piso nacional da enfermagem.
- Implementação do eixo da saúde do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC).

Outro fator importante foi a reestruturação necessária para centralização do processo de aquisição, pelo Ministério da Saúde, de medicamentos oncológicos e demais insumos para a saúde previstos na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do SUS, além de estruturar os fluxos de trabalho relativos ao Componente Básico e Especializado da Assistência Farmacêutica.

Além disso, os pontos acrescidos ao MS permitiram o fortalecimento de diversas unidades que atuam nas áreas de logística e gestão da Secretaria-Executiva (SE) e da Secretaria de Saúde Indígena (Sesai), onde foi recriado o Departamento de Gestão da Saúde Indígena (Dgesi) e houve o reforço do Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) Yanomami.

Por fim, esse acréscimo na estrutura do MS permitiu implementar uma melhor distribuição de cargos e funções, além de ajustes nas competências de alguns órgãos e unidades para melhor representar a atuação da Pasta nas políticas e nos programas prioritários do SUS.

A estrutura direta do Ministério é constituída por 1.257 unidades administrativas, sendo 8 secretarias (7 delas de atuação finalística) e 741 unidades descentralizadas localizadas em todas as unidades federativas do País.



Estrutura Organizacional Básica



Fonte: Codipe/SAA/SE/MS.

Ao longo de 2024, a ministra da Saúde publicou algumas portarias que permitiram realizar ajustes pontuais na estrutura do órgão, mas sem que isso representasse acréscimo no total de cargos e funções.

O próximo passo importante a ser dado em relação à estrutura organizacional do MS será a atualização do Regimento Interno do Ministério da Saúde, instrumento jurídico que estabelece as competências das unidades organizacionais e as atribuições dos dirigentes.

Trata-se de projeto que gera impacto direto na redução de conflitos de competências e responsabilidades entre as unidades e, assim, promove a melhoria na governança.

Dirigentes do Ministério da Saúde em 2024

Nísia Verônica Trindade

(desde 1º/1/2023)

Ministra de Estado da Saúde

Swedenberger do Nascimento Barbosa

(desde 26/1/2023)

Secretário-Executivo (SE)

Felipe Proenço de Oliveira

(desde 23/2/2024)

Secretaria de Atenção Primária à Saúde
(Saps)

Adriano Massuda

(desde 26/03/2024)

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
(Saes)

Carlos Augusto Grabois Gadelha

(desde 10/1/2023)

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação
e do Complexo Econômico-Industrial da
Saúde (Sectics)

Ethel Leonor Noia Maciel

(desde 11/1/2023)

Secretaria de Vigilância em Saúde e
Ambiente (SVSA)

Ricardo Weibe Nascimento Costa

(desde 12/1/2023)

Secretaria de Saúde Indígena (Sesai)

Isabela Cardoso de Matos Pinto

(desde 11/1/2023)

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

Ana Estela Haddad

(desde 30/1/2023)

Secretaria de Informação e Saúde Digital
(Seidigi)

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, Zona Cívico-Administrativa; CEP: 70058-900 – Brasília/DF.
Horário: segunda a sexta, 8h-12h, 14h-18h
Telefone: (61) 3315-2788
E-mail: chefia.gm@saude.gov.br

Secretário-Executivo (SE)

Logradouro: Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 2º andar, Zona Cívico-Administrativa; CEP: 70058-900 – Brasília/DF.
Horário: segunda a sexta, 8h-12h, 14h-18h
Telefone: (61) 3315-2130
E-mail: gabinete.se@saude.gov.br

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps)

Logradouro: Esplanada dos Ministérios, bloco O, Edifício Sede, 6º, 7º e 8º andares, Zona Cívico-Administrativa; CEP: 70058-900 – Brasília/DF.
Horário: segunda a sexta, 8h-12h, 14h-18h
Telefones: (61) 3315-3616 e (61) 3315-3408
E-mails: 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, Zona Cívico-Administrativa; CEP: 70058-900 – Brasília/DF.
Horário: segunda a sexta, 8h-12h, 14h-18h
Telefones: (61) 3315-2626 e (61) 3315-2627
E-mail: saes@saude.gov.br

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Sectics)

Logradouro: Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 8º andar, Zona Cívico-Administrativa; CEP: 70058-900 – Brasília/DF.
Horário: segunda a sexta, 8h-12h, 14h-18h
Telefone: (61) 3315-2839
E-mail: gabinete.sctie@saude.gov.br

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)

Logradouro: SRTVN, quadra 701, via W5 Norte, lote D, Edifício PO 700, 7º andar, Asa Norte; CEP: 70719-040 – Brasília/DF.
Horário: segunda a sexta, 8h-12h, 14h-18h
Telefones: (61) 3315-3155 e (61) 3315-3777
E-mail: gabinetesvs@saude.gov.br

Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai)

Logradouro: Esplanada dos Ministérios, bloco O, Edifício Sede, 3º e 4º andares, Zona Cívico-Administrativa; CEP: 70058-900 – Brasília/DF.
Horário: segunda a sexta, 8h-12h, 14h-18h
Telefones: (61) 3315-3785 e (61) 3315-3764
E-mails: sesai@saude.gov.br e agendasesai@saude.gov.br

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

Logradouro: Esplanada dos Ministérios, bloco O, Edifício Sede, 9º andar, Zona Cívico-Administrativa; CEP: 70058-900 – Brasília/DF.
Horário: segunda a sexta, 8h-12h, 14h-18h
Telefones: (61) 3315-2224 e (61) 3315-2248
E-mails: sgtes@saude.gov.br e agenda.sgtes@saude.gov.br

Secretaria de Informação e Saúde Digital (Seidigi)

Logradouro: Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 3º andar, Gabinete, Zona-Cívico Administrativa; CEP: 70058-900 – Brasília/DF.
Horário: segunda a sexta, 8h-12h, 14h-18h
Telefones: (61) 3315-3574 e (61) 3315-3286
E-mail: seidigi@saude.gov.br

Os endereços, telefones e horários de atendimento das demais unidades administrativas do Ministério da Saúde podem ser consultados no Portal do Sistema de Organização e Inovação Institucional (Siorg):

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



1.3 Cadeia de Valor

Trata-se de uma 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 atual do Ministério, delineadora das etapas cruciais para a entrega de valor aos cidadãos, permanece válida e orienta as ações dos objetivos estratégicos definidos para o novo ciclo de Planejamento Estratégico Institucional 2024-2027.

Cadeia de Valor Executiva do Ministério da Saúde



Fonte: Ministério da Saúde.

A integração da Cadeia de Valor às temáticas cruciais, como Atenção Primária à Saúde (APS); ciência, tecnologia e inovação; complexo

econômico-industrial da saúde, vigilância em saúde e ambiente, saúde indígena, trabalho e da educação na saúde, e saúde digital, reflete

o compromisso do Ministério em direcionar esforços estratégicos para as áreas prioritárias e mais sensíveis da saúde pública.

1.4 Planejamento Estratégico Institucional

O planejamento estratégico do Ministério da Saúde para o quadriênio 2024-2027 e a elaboração do Plano Estratégico Institucional (PEI) para o ano de 2025 foram iniciados em agosto de 2024, a partir da revisão dos seus referenciais estratégicos pela alta gestão, constituídos por três elementos básicos: missão, valores e visão de futuro.

A construção do planejamento estratégico do Ministério da Saúde contou com a consultoria executiva do Ministério da Gestão e Inovação (MGI) por meio do Programa de Gestão Estratégica e Transformação do Estado (TransformaGov).

Os consultores do MGI propuseram a aplicação do Modelo Ágil de Gestão Estratégica baseada no método de OKRs, sigla em inglês para *objectives and key results*, que significa "objetivos e resultados-chave". Esse método permite organizar a execução de atividades ao redor de objetivos claros e bem definidos, alinhando todos os setores e equipes em torno das prioridades do Ministério da Saúde e contribuindo para uma visão unificada e coesa das ações de saúde pública. Possibilita, também, ajustes constantes ao longo do período de planejamento, aumentando a capacidade de resposta a novos desafios e necessidades emergentes, como epidemias ou mudanças nos contextos sociais e econômicos.

Para viabilizar a elaboração do PEI, foram realizadas oficinas de trabalho com a participação de pontos focais de todas as secretarias do MS e do Gabinete da Ministra, as quais resultaram na definição dos Objetivos Gerais, aplicáveis ao quadriênio 2024-2027, e dos Objetivos Estratégicos, referentes ao ano de 2025, além dos respectivos resultados-chave, que medirão o alcance dos objetivos priorizados para 2025, e das iniciativas a serem desenvolvidas ao longo do referido ano.

Levando em consideração a cultura organizacional vigente, a elaboração dos instrumentos de planejamento governamental (PPA) e setorial (PNS), os resultados já alcançados, as perspectivas de avanços e as prioridades propostas pela atual gestão, o Planejamento Estratégico Institucional do MS apresenta-se como uma base ampla de propostas de entregas de resultados e produtos inovadores à sociedade e à Administração Federal.

O processo de validação final do PEI teve início no último bimestre de 2024 e será concluído em 2025, com a publicação da portaria oficializando e dando transparência ao planejamento estratégico do MS, bem como atendendo à legislação vigente.



1.5 Políticas, Agendas e Colegiados Estratégicos

A Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde elenca as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, conforme a seguir.

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)
- VIII Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP)

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 Popacionais

- 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 (PNSIPCFA)
- III Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
- IV Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani

Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde

- I Política Nacional de Atenção Básica (Pnab)
- II Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente)
- 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 Traumatologia-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

Políticas de Organização do Sistema Único de Saúde

- I Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS)
- II Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
- III Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
- IV Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde
- V Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS)



1.6 Planejamento e Monitoramento do PPA e do 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 e 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 norteia a implementação de iniciativas de gestão no SUS, explicitando os compromissos setoriais de governo.

O processo de elaboração do PPA ocorre no primeiro ano do mandato de cada novo governo, e o do PNS no ano de elaboração do PPA, e ambos têm vigência de quatro anos.

A metodologia aplicada no processo de construção do novo PPA, conduzido pelo Ministério do Planejamento e Orçamento (MPO), considerou sete pilares, entre os quais se destacam o fortalecimento da dimensão estratégica e o resgate da participação social. A estrutura e conteúdo do Plano foram adequados aos pilares, sendo organizado em três dimensões: estratégica, tática e operacional.

A camada estratégica, definida pelo governo federal, enfatizou a visão de futuro, diretrizes e objetivos estratégicos para o período 2024-2027, sendo orientadores para a camada tática, na elaboração dos programas com seus objetivos de programa, objetivos específicos, indicadores, metas e medidas institucionais e normativas.

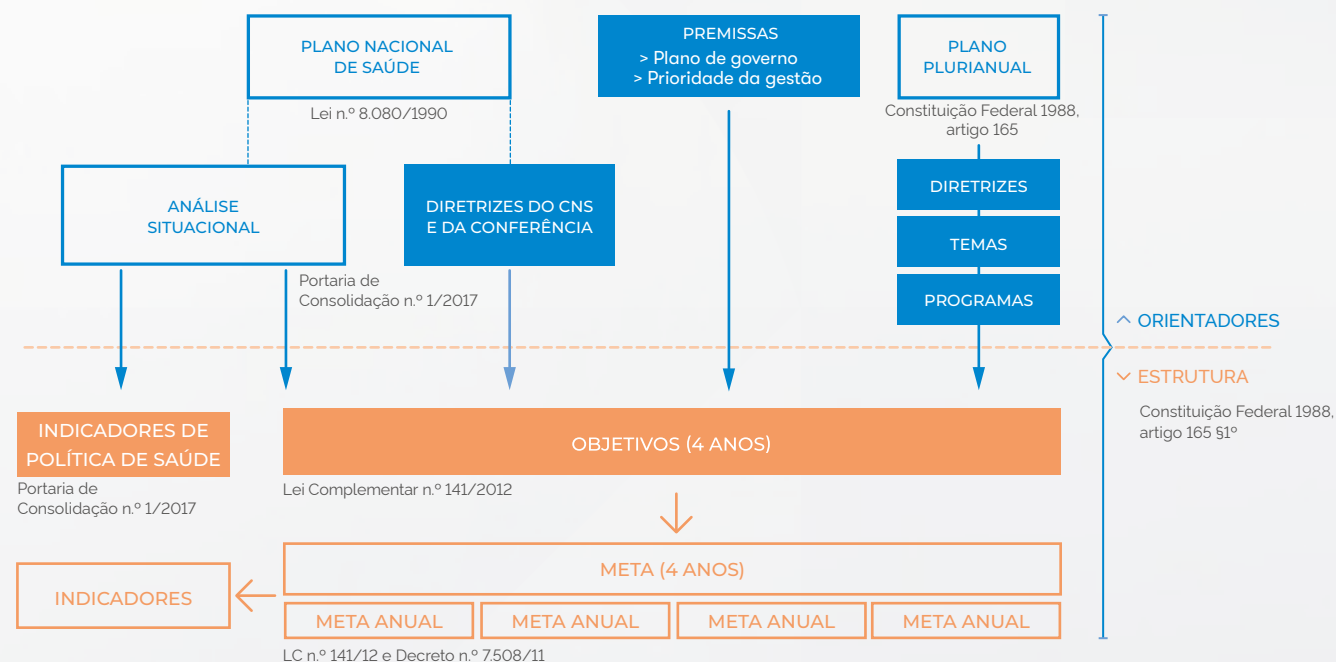
É importante destacar, a inclusão de novos atributos, como: objetivos específicos, atributo legal, e entregas, atributo infralegal, que declara produtos relevantes que contribuem para o alcance de objetivo específico dos programas e são monitorados periodicamente.

Com o mesmo período de vigência, esses dois instrumentos de planejamento (PPA e PNS) foram alinhados ainda na fase de sua elaboração, em 2023, portanto compartilham os mesmos objetivos estratégicos. Ao estabelecer essa convergência entre os planos, a intenção do Ministério da Saúde é proporcionar unicidade

ao planejamento governamental e setorial, além de fortalecer a sua gestão.

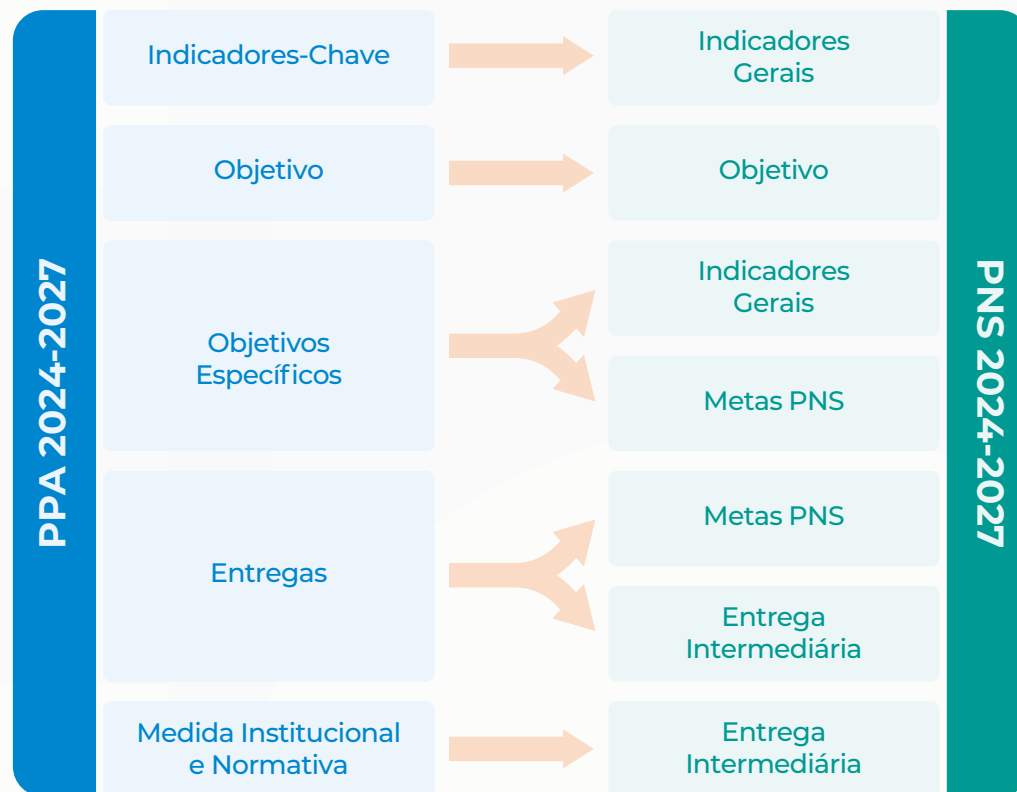
É importante salientar que os objetivos estratégicos foram definidos em função das prioridades governamentais estabelecidas para a Política de Saúde, das diretrizes do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da 17ª Conferência Nacional de Saúde. As metas do PPA e do PNS para o quadriênio são anualizadas na 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 PPA e do PNS



Fonte: SPO/SE/MS.

Correspondência entre as Estruturas do PPA e do PNS



Fonte: Ministério da Saúde.

1.6.1 Descrição dos Objetivos do Exercício

O Plano Nacional de Saúde 2024-2027 apresenta, de forma sintética, uma análise de situação de saúde, 17 indicadores gerais da Política de Saúde e 7 Objetivos Estratégicos aos quais estão associadas 111 metas e 352 entregas intermediárias.

Como consequência da convergência existente entre o planejamento setorial e o Plano Plurianual, ambos os instrumentos contam com os mesmos sete objetivos.

Já no PPA – ano-base 2024 – constam sete programas de responsabilidade do Ministério da Saúde com os seus respectivos objetivos de programa (7) e específicos (39), metas e indicadores, todos pertencentes ao PNS, além de 191 entregas e 40 medidas institucionais e normativas.

Objetivos Estratégicos do PNS 2024-2027



Fortalecer a Atenção Primária, ampliando a cobertura da Estratégia Saúde da Família e da Saúde Bucal, com vistas à universalização do acesso, à abrangência do cuidado integral, à promoção da saúde, à prevenção de doenças e agravos e à redução de desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais. (5119)



Ampliar a oferta e o acesso às ações e aos serviços de Atenção Especializada, conforme as necessidades de saúde da população, reduzindo as desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais, e promovendo a integralidade do cuidado. (5118)



Ampliar o acesso da população aos medicamentos, insumos estratégicos e serviços farmacêuticos, qualificando a assistência farmacêutica, articulada à pesquisa, à inovação e à produção nacional, regulação, com qualidade e uso adequado do Sistema Único de Saúde, reduzindo as iniquidades. (5117)



Reduzir e controlar doenças e agravos passíveis de prevenção e controle, com enfoque na superação das desigualdades de acesso, regionais, sociais, de raça/etnia e gênero. (5123)



Promover e qualificar a oferta de ações e serviços de saúde e saneamento ambiental, considerando os diferentes contextos étnico-culturais da população indígena, em articulação e fortalecimento dos saberes e das práticas tradicionais. (5122)



Promover o desenvolvimento científico e tecnológico para produção, inovação e avaliação em saúde, a fim de atender a população de forma equitativa, sustentável, acessível, considerando a sociobiodiversidade territorial e contribuindo para a prosperidade econômica e social e para a redução da dependência de insumos para a saúde. (5120)



Aprimorar o cuidado à saúde, fortalecendo a gestão estratégica do SUS, do trabalho e da educação em saúde, e intensificar a incorporação da inovação e da saúde digital e o enfrentamento das discriminações e desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais. (5121)

Fonte: Ministério da Saúde.

Nota: entre parênteses, estão os códigos dos respectivos Programas no PPA 2024-2027.

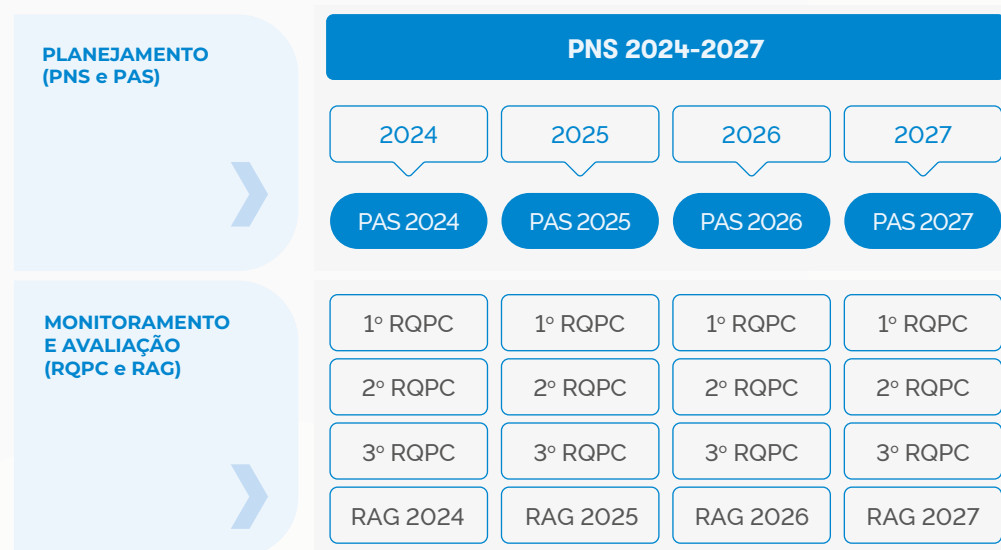
1.6.2 Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento

O processo de monitoramento das metas e das realizações do Ministério da Saúde ocorrem 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 em 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 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 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.

Estruturação do Planejamento, do Monitoramento e da Avaliação do PNS e da PAS



PNS > Plano Nacional de Saúde

RQPC > Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas

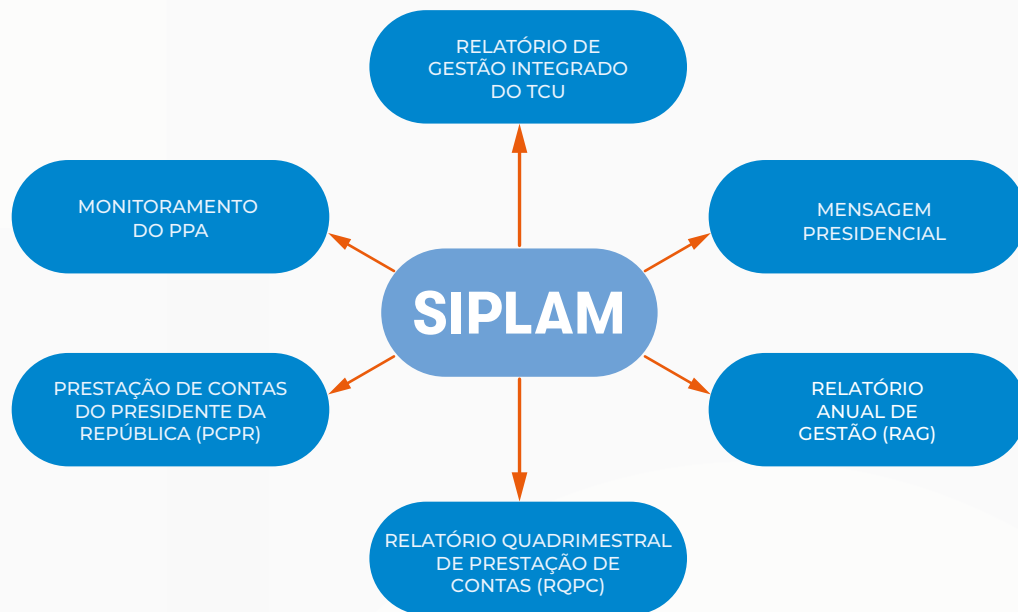
PAS > Programação Anual de Saúde

RAG > Relatório Anual de Gestão

Fonte: Ministério da 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 do Planejamento e Orçamento.

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, e promove melhoria dos processos de trabalho, além de proporcionar maior transparência da gestão.



Fonte: Ministério da Saúde.

Ficha 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, entre 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												
Instrumentos de Planejamento	☐ PPA 2024-2027			☐ PHS 2024-2027			☐ PEI 2024-2027			☐ Outros		
META (KR: Resultado-Chave)												
Enunciado da Meta (KR)												
Governabilidade	Esforço Amplo			☐ Outras Esferas do SUS - Quais? _____ ☐ Outros setores além do Setor Saúde - Quais? _____ ☐ Outras Secretarias / Unidades do MS - Quais? _____								
	Esforço Restrito			☐ Apenas Secretarias / Unidades - Quais? _____ ☐ Outras Secretarias / Unidades do MS - Quais? _____								
QUADRO DE ANUALIZAÇÃO DA META												
ANOS		2024		2025		2026		2027		Total do Plano		
Físico Previsto	NORTE:			NORTE:			NORTE:			NORTE:		
	AC:			AC:			AC:			AC:		
	AP:			AP:			AP:			AP:		
	AM:			AM:			AM:			AM:		
	PA:			PA:			PA:			PA:		
	RO:			RO:			RO:			RO:		
	RR:			RR:			RR:			RR:		
	TO:			TO:			TO:			TO:		
	NORDESTE:			NORDESTE:			NORDESTE:			NORDESTE:		
	AL:			AL:			AL:			AL:		
	BA:			BA:			BA:			BA:		
	CE:			CE:			CE:			CE:		
	MA:			MA:			MA:			MA:		
	PB:			PB:			PB:			PB:		
	PE:			PE:			PE:			PE:		
	PI:			PI:			PI:			PI:		
	Regionalização da Meta	RN:			RN:			RN:			RN:	
		SE:			SE:			SE:			SE:	
CENTRO-OESTE:				CENTRO-OESTE:			CENTRO-OESTE:			CENTRO-OESTE:		
DF:				DF:			DF:			DF:		
GO:				GO:			GO:			GO:		
MT:				MT:			MT:			MT:		
INDICADOR DE DESEMPENHO DA META												
Título												
Unidade de Medida												
Índice de Referência												
Data do Índice de Referência (dia/mês/ano)												
Período de Competência (mês/ano)												
Data de Apuração (dia/mês/ano)												
Periodicidade de Mensuração												
Classificação do Indicador												
Interpretação (O que mede?)												
Uso												
ENTREGA INTERMEDIÁRIA ANUAL (Iniciativa)												
Entrega Intermediária (Iniciativa)	Indicador Intermediário	Índice de Referência (mês/ano)	Físico Previsto				Fórmula de Cálculo	Classificação	Governabilidade	Ação Documentar PO	Instrumentos de Planejamento	Nome do Responsável / Área
			2024	2025	2026	2027						
								☐ Insumo ☐ Processo ☐ Produto ☐ Insumo ☐ Processo ☐ Produto	☐ MS ☐ Ente Federativo ☐ MS ☐ Ente Federativo			

1.7 Estrutura de Governança

Em 2024, o Ministério da Saúde instituiu o Comitê Estratégico de Governança (CEG), por meio da Portaria GM/MS n.º 6.064, de 12 de dezembro de 2024, reforçando o compromisso da Alta Administração com o aprimoramento da governança no Sistema Único de Saúde (SUS). A criação do comitê tem como objetivo fortalecer a articulação interinstitucional, garantir a transparência na gestão e assegurar a efetividade das políticas públicas de saúde. A iniciativa visa consolidar uma governança orientada por princípios como universalidade, equidade e integralidade, promovendo a reconstrução e o fortalecimento do SUS para melhor atender às necessidades da população.

O Ministério da Saúde tem adotado medidas estratégicas para fortalecer políticas públicas que considerem a diversidade, as desigualdades regionais e a proteção social, colocando o bem-estar da população no centro de suas ações. Em 2024, a governança ministerial foi pautada pela busca da efetividade das políticas de saúde, com iniciativas voltadas à ampliação do acesso aos serviços e à inovação na gestão pública.

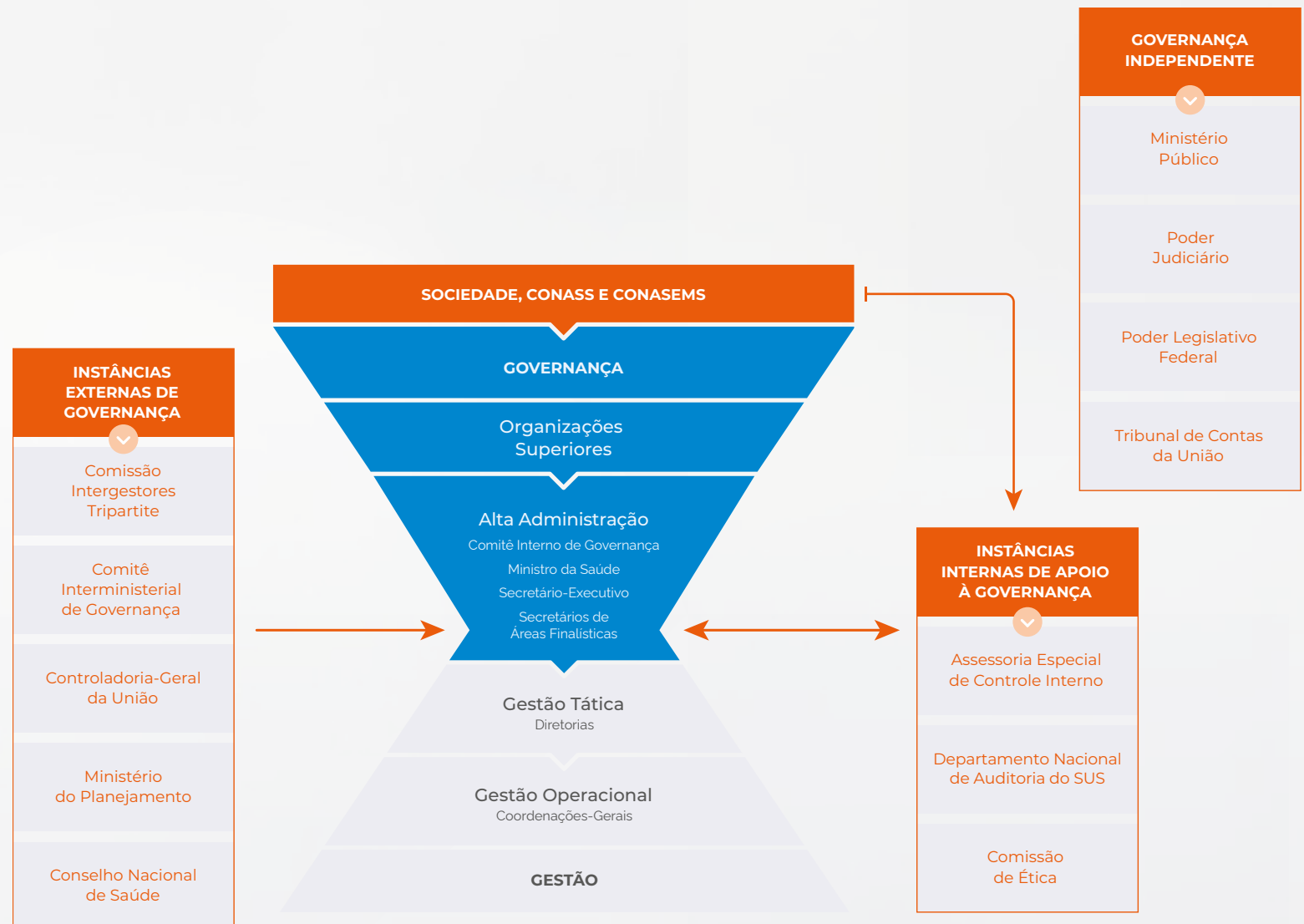
Entre os principais avanços, destacam-se a expansão da cobertura vacinal, com ações de combate à desinformação e à hesitação vacinal; o fortalecimento da atenção integral à pessoa idosa; a implementação do Programa Mais Especialistas, que ampliou o acesso à atenção

especializada e introduziu novas estratégias para transparência na gestão; além da intensificação de esforços para reduzir filas de cirurgias eletivas

de alta demanda. Também houve avanços na execução das Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de Saúde Mental

e de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, garantindo respostas efetivas às demandas dos usuários do SUS e à sociedade como um todo.

Estrutura de Governança



Fonte: Secretaria-Executiva/Ministério da Saúde.

1.7.1 Gestão de Integridade

Em 2024, o Ministério da Saúde promoveu a disseminação da cultura da integridade e reestruturou a governança do tema com a Portaria GM/MS n.º 5.763, de 25 de novembro de 2024, que instituiu o Programa de Integridade do Ministério da Saúde (IntegriSAÚDE), em consonância com o Sistema de Integridade, Transparência e Acesso à Informação (Sitai), estabelecido pelo Decreto n.º 11.529, de 16 de maio de 2023.

O Programa de Integridade – IntegriSAÚDE está estruturado em seis eixos:

1. Comprometimento e apoio da Alta Administração.
2. Existência de unidade responsável pela implementação e coordenação do programa.
3. Análise, avaliação e gestão dos riscos associados à integridade.
4. Monitoramento contínuo das ações previstas no plano de integridade.
5. Emissão de diretrizes para orientar a atuação dos agentes públicos no fortalecimento da cultura de integridade.
6. Fortalecimento das instâncias de integridade no Ministério da Saúde.

O Comitê de Integridade do Ministério da Saúde (CIMS) foi criado para articular os esforços de 14 instâncias representantes: Assessoria de Participação Social e Diversidade; Corregedoria; Comissão de Ética e Comissão de Ética do Rio de Janeiro; Consultoria Jurídica; Coordenações Setoriais de Gestão de Riscos e Integridade das Secretarias Finalísticas; Departamento de Gestão Hospitalar do Rio de Janeiro; Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa; Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde; Gabinete Ministerial; Secretaria-Executiva; Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde; Subsecretaria de Assuntos Administrativos; e Assessoria Especial de Controle Interno, que coordena o CIMS.

Promoção da Cultura de Integridade

O Ministério da Saúde buscou promover a cultura de integridade com o objetivo de fortalecer os valores da ética, da transparência, da prestação de contas e da responsabilização. Isso inclui o estímulo a boas práticas de gestão, a utilização responsável e eficiente dos recursos públicos, a prevenção à corrupção e a promoção da confiança da sociedade na administração da saúde pública.

A disseminação da cultura de integridade foi favorecida por diversas ações, como:

- de Equidade Étnico-Racial em Saúde.
- do Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde e Segurança do Trabalhador e da Trabalhadora do SUS.
- Nacional de Equidade no Trabalho e na Educação no SUS.
- da Integridade: 41 cards sobre temas relacionados a riscos de integridade, tais como letramento racial, assédio moral, prevenção de conflitos de interesses e proteção ao denunciante.
- de Integridade: três eventos formativos sobre combate à desinformação, capacitismo e enfrentamento ao assédio moral e sexual no ambiente de trabalho.
- de Integridade – Série de Curtas: cinco episódios audiovisuais sobre assédio moral e sexual, discriminação, racismo e capacitismo.
- com Ética: cinco eventos em diferentes unidades do Ministério, promovendo debates sobre ética no serviço público.
- Vedadas nas Eleições: 11 oficinas abordando as condutas vedadas aos servidores públicos.
- de Gestão de Riscos e Integridade: capacitação voltada para os servidores do órgão.
- e-Agendas: oito treinamentos sobre o uso do sistema.
- Ativa: monitoramento e atualização de 130 currículos no site do Ministério, em atendimento à Lei n.º 14.129/2021.

1.7.2 Gestão de Riscos

A Gestão de Riscos visa subsidiar a tomada de decisão, fortalecer os controles internos e contribuir para a melhoria dos processos e do desempenho institucional, em consonância com os princípios de integridade.

A Política de Gestão de Riscos do Ministério da Saúde (PGR/MS), instituída pela Portaria GM/MS n.º 1.185/2021, está alinhada ao Decreto n.º 9.203/2017 e à Instrução Normativa CGU/Mpog n.º 1/2016. Em 2024, iniciou-se a revisão dessa política, considerando as diretrizes do Decreto n.º 11.798, de 28 de novembro de 2023.

O Primeiro Ciclo de Gerenciamento de Riscos priorizou dez processos estratégicos para o alcance dos objetivos institucionais. Paralelamente, novos processos de gestão de riscos foram iniciados, com destaque para a Corregedoria do Ministério da Saúde. Essa análise permitiu identificar, avaliar e tratar riscos que poderiam impactar a efetividade das ações ministeriais.

A implementação da PGR/MS envolveu:

- Execução do Plano de Gestão de Riscos 2022/2024.
- Ativação da governança de riscos, com a criação do Comitê Estratégico de Governança, instituído pela Portaria GM/MS n.º 6.064/2024.

- Oficinas e reuniões com as Secretarias para garantir a correta execução do gerenciamento de riscos.

Essas iniciativas fortalecem a cultura organizacional preventiva e aprimoram a governança pública no setor de saúde.



1.8 Auditoria Interna do SUS

O Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DenaSUS/MS) é o órgão responsável por avaliar as políticas públicas e a aplicação dos recursos federais no âmbito do SUS, por meio das atividades de auditoria interna governamental.

A auditoria é instância interna de apoio à governança do Ministério da Saúde (MS) e, nessa qualidade, produz informações qualificadas sobre a execução das políticas de saúde, as quais subsidiam a tomada de decisão da Alta Gestão do Ministério da Saúde. É, portanto, parte integrante da gestão estratégica do SUS, uma vez que contribui, diretamente, para o fortalecimento da gestão e da governança do Ministério da Saúde e, indiretamente, para o alcance dos objetivos das políticas nacionais de saúde.

Além disso, o DenaSUS é o órgão central do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), sendo responsável pela coordenação do Sistema, devendo promover ações e estratégias para integrar seus componentes, de forma a alinhar a compreensão do papel da Auditoria do SUS, tanto no planejamento das suas atividades quanto no desenvolvimento dos seus técnicos e colaboradores.

1.8.1 Avaliação das Políticas Públicas e da Aplicação dos Recursos Federais Executados no SUS

A atividade de auditoria interna governamental no âmbito do SUS tem como objetivo garantir a regularidade, a eficiência, a eficácia e a economicidade das ações e dos serviços de saúde, mediante a avaliação independente e objetiva das políticas públicas de saúde e da aplicação correta dos recursos federais executados, e abrange auditorias, inspeções, visitas técnicas, avaliações e assessorias em auditoria.

As auditorias desempenham um papel central no trabalho do DenaSUS e abrangem diferentes tipos, como as auditorias de conformidade, que avaliam a conformidade de ações, processos, atividades e transações com relação a normas, regulamentos, políticas, procedimentos internos, contratos ou outros critérios estabelecidos pelo MS no âmbito do SUS. Também são realizadas auditorias operacionais, com o objetivo de avaliar e relatar a eficiência, a eficácia, a economicidade e os resultados alcançados de processos, de atividades, de políticas ou programas desenvolvidos no âmbito do SUS.

Tabela 1 – Atividades de auditoria interna realizadas – 2024

Atividades	Quant.
Auditoria	261
Monitoramento	1
Visita Técnica	3
Procedimento de Análise Informatizada	24
Total Geral	289

Fonte: Sisaud/SUS.

Ao realizar as atividades de auditoria, é essencial definir o foco principal da ação, denominando o objeto da auditoria. Este pode abranger a avaliação de políticas, sistemas, programas, bloco de financiamento, entre outros, no âmbito do SUS. Após, é estabelecido o escopo da auditoria, que delimita quais aspectos do objeto serão avaliados, incluindo os critérios, o período analisado, as áreas abrangidas e os objetivos específicos da auditoria.

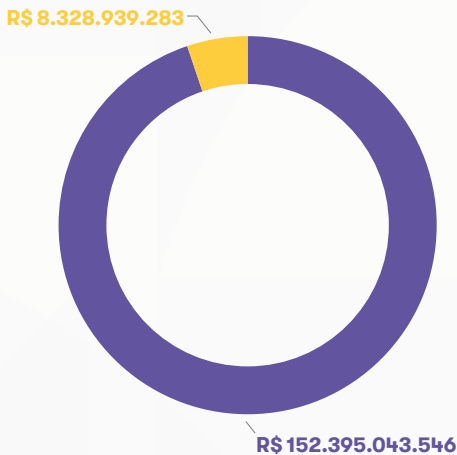


Tabela 2 – Atividades de auditoria realizadas por bloco de financiamento – 2024

Objeto	Total
Assistência Farmacêutica	10
Atenção Primária	72
Média e Alta Complexidade	119
Fora de Bloco de Financiamento	53
Outros	7
Total Geral	261

Fonte: Sisaud/SUS.

Gráfico 1 – Valores repassados aos estados e municípios x volume financeiro auditado – 2024



Fonte: Sisaud/SUS e InvestSUS.

Em 2024, o DenaSUS auditou um volume financeiro de R\$ 8.328.939.283,00, equivalente a 5% do montante de recursos do SUS transferidos aos estados e municípios, que somaram R\$ 152.395.043.546,00, conforme dados do Portal do Fundo Nacional de Saúde. No entanto, os valores auditados não são representativos em relação ao montante de recursos repassados pelo MS. O DenaSUS entende que a principal limitação para o número insuficiente de auditorias realizadas é a redução da força de trabalho que vem ocorrendo desde 2018 no Departamento, o que afeta, sobremaneira, a execução das atividades.

Ao encerrar a auditoria, o DenaSUS emite o relatório final da atividade, no qual são relatadas as conformidades e as não conformidades identificadas, relacionadas, respectivamente, à correta execução ou inexecução deficiente de ações e serviços relacionados às políticas e aos programas geridos pelo MS. Quando são constatadas inconformidades, o DenaSUS emite recomendações ao auditado para que sejam corrigidas as falhas identificadas. Os relatórios também são encaminhados às áreas finalísticas do MS para a adoção de medidas de gestão, a partir dos achados da auditoria, assim como, em casos mais graves, seja solicitada a instauração de tomada de contas especial.

1.8.2 Fortalecimento Sistema Nacional de Auditoria do SUS

O Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) é estruturado de maneira descentralizada, com representação no âmbito federal, estadual, municipal e no Distrito Federal, tendo o DenaSUS como responsável pela coordenação do Sistema, devendo promover ações e estratégias para integrar seus componentes, de forma a alinhar a compreensão do papel da auditoria do SUS, tanto no planejamento das suas atividades quanto no desenvolvimento dos seus técnicos e colaboradores.

Nessa perspectiva, o DenaSUS organiza as atividades em três eixos principais: cooperações técnicas, normatização e padronização do SNA e disseminação do conhecimento.

Atualmente, o SNA conta com um total de 280 componentes, estando presente em todas as unidades da Federação. Esse total inclui 24 componentes estaduais e 256 componentes municipais, abrangendo 25 capitais estaduais.

As ações do DenaSUS, em 2024, concentraram-se em fortalecer a governança e a gestão pública por meio de diversas iniciativas, incluindo visitas técnicas aos estados e municípios, oficinas inter-regionais e ações de disseminação do conhecimento.

Assim, com o objetivo de promover a integração entre os componentes do SNA para fins de alinhamento técnico e teórico-metodológico sobre a auditoria do SUS, foram realizadas três

oficinas inter-regionais. Foi realizado, também, o 2º Encontro Nacional de Auditores do SUS (Enaud), que reuniu cerca de 600 participantes para discutir inovações e desafios na auditoria interna do SUS. O evento teve como foco a integração dos auditores do SNA e a otimização das atividades de auditoria em todo o País. As melhores práticas foram compartilhadas, e as ações em andamento foram apresentadas para fortalecer ainda mais o sistema.

O DenaSUS realizou visitas técnicas aos estados de Roraima, Rondônia, Amapá, Acre, Amazonas, Alagoas, Mato Grosso do Sul e Paraná, com o objetivo de pactuar ações com gestores estaduais e municipais. Além disso, realizou visitas aos Conselhos de Saúde. Essas visitas fazem parte de um esforço contínuo para integrar as práticas de auditoria e promover uma governança mais eficaz no SUS.

O DenaSUS também promove capacitações contínuas, disseminando conhecimentos e melhores prática e contribuindo para a melhoria das auditorias e para o fortalecimento da capacidade institucional dos gestores na implementação de mudanças necessárias. Para tanto, foi ofertado o curso de Especialização Nacional para Formação de Auditores do SUS, denominado Especializa AudSUS, em parceria com o Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (Lais) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). O ano de 2024 marcou o início da primeira turma do curso, dando oportunidade para 200 profissionais do SNA se especializarem.

1.9 Oportunidades, Perspectivas e Riscos

ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE

Entre os principais riscos da Atenção Especializada, destaca-se a insuficiência na oferta de serviços especializados, que impacta diretamente a ampliação do acesso e a redução das filas para cirurgias eletivas, exames complementares e consultas especializadas. As desigualdades regionais, associadas à má distribuição de recursos humanos e tecnológicos, acentuam os vazios assistenciais, dificultando a equidade no atendimento. Além disso, a fragmentação da rede de atenção impede uma adequada integração entre os diferentes níveis de assistência, sobrecarregando os serviços especializados e limitando a resolubilidade da Atenção Primária. A carência de financiamento adequado para custeio e investimento nos serviços de Atenção Especializada também representa um risco, comprometendo a qualidade da assistência e a capacidade de expansão da oferta. Soma-se a isso a necessidade de atualização tecnológica, que, sem estratégias bem delineadas, pode gerar desigualdade no acesso a procedimentos de alta complexidade e inovação terapêutica.

Diante desse cenário, algumas oportunidades estratégicas destacam-se para a qualificação da Atenção Especializada. O fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, aliadas à ampliação do uso de tecnologias digitais, como a telessaúde e a regulação informatizada, pode contribuir para a descentralização do acesso e a otimização dos fluxos assistenciais. A implementação de mecanismos mais eficientes de gestão da regulação, alinhados ao planejamento regional integrado, também pode reduzir desigualdades e aprimorar a previsibilidade na oferta de serviços.

A Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (Pnaes), instituída pela Portaria GM/MS n.º 1.604, de 18 de outubro de 2023, representa um marco para a estruturação dessa atenção, definindo diretrizes para ampliar e qualificar os serviços especializados no SUS. Além disso, o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, regulamentado pela Portaria GM/MS n.º 3.492, de 8 de abril de 2024, visa fortalecer a atenção ambulatorial especializada, expandindo sua capacidade de atendimento e melhorando a eficiência dos serviços prestados.



Outro programa de grande impacto é o Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas, vigente conforme a Portaria GM/MS n.º 90, de 3 de fevereiro de 2023, e incorporado ao Mais Acesso a Especialista, por meio da Portaria GM/MS n.º 5.820, de 4 de dezembro de 2024, para fortalecer a capacidade de resposta do SUS à demanda reprimida e aprimorar a gestão da oferta de serviços especializados.

A perspectiva para a Atenção Especializada é consolidar um modelo de assistência mais integrado, eficiente e equitativo, fortalecendo o pacto federativo e promovendo ações coordenadas entre União, estados e municípios para a ampliação da oferta e a qualificação dos serviços. O aprimoramento das estratégias de financiamento e a implementação de incentivos para modernização tecnológica e capacitação profissional são medidas indispensáveis para o avanço da área. Além disso, a política de saúde deve ser pautada pela busca contínua da qualidade assistencial, com a adoção de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas, especialmente para regiões remotas. A incorporação da medicina personalizada e de precisão possibilita tratamentos mais eficazes, reduzindo complicações e melhorando a experiência do paciente. O fortalecimento da cooperação multidisciplinar e a ênfase na segurança do paciente e na prevenção contribuirão para um modelo de atenção mais sustentável e centrado nas necessidades da população. O futuro da Atenção Especializada

no SUS depende da implementação de ações integradas que assegurem maior equidade, eficiência e inovação, consolidando um sistema de saúde mais acessível e resolutivo para todos os brasileiros.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Para os próximos anos, o objetivo é expandir o acesso e a cobertura da Saúde da Família, com prioridade às áreas de vulnerabilidade social. Entre as principais iniciativas, destacam-se os esforços para proporcionar mais qualidade no atendimento, com práticas que priorizem a integralidade e a resolutividade, além da ampliação do horário de funcionamento das unidades, garantindo maior acesso e flexibilidade para os usuários. Outra medida importante é a expansão da cobertura de equipes, com a criação e o fortalecimento de equipes de Saúde da Família, equipes Multiprofissionais e de Saúde Bucal. Paralelamente, serão implementados programas voltados à formação e ao provimento de profissionais de saúde, abrangendo médicos e outras categorias estratégicas.

O fortalecimento das equipes Multidisciplinares (eMulti) contribui para a qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS), proporcionando a inclusão de diversas categorias profissionais de saúde, a incorporação de ferramentas digitais para comunicação não presencial entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, e a viabilização do trabalho colaborativo entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com o objetivo de facilitar o acesso e atender às necessidades

de saúde da população. Diante do grande volume de solicitações de credenciamento de equipes Multidisciplinares registradas pelos municípios brasileiros, o Ministério da Saúde planeja habilitar aproximadamente 9 mil eMulti com cofinanciamento federal até 2027.

Visando proporcionar um atendimento mais eficaz e abrangente, promover a inclusão social, o respeito aos direitos humanos e a melhoria das condições de saúde da população em situação de rua, será elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua, a expansão e o fortalecimento das equipes de Consultório na Rua, a continuidade das atividades do Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua e a formação de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) no Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde para o Cuidado da População em Situação de Rua.

Para o ano de 2025, é esperado aumento de solicitações de credenciamento das equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) pelos municípios que compõem a Amazônia Legal e o Pantanal Sul-Matogrossense. Além desta ação, está prevista a realização do diagnóstico das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSFs) cofinanciadas pelo Ministério da Saúde em todo o território nacional, tendo como objetivo a identificação dos desafios colocados frente a esta estratégia pela expansão dos períodos de secas em decorrência das mudanças climáticas, entre outros fatores.

No cenário das pessoas privadas de liberdade, a complexidade do acesso aos serviços de saúde emerge como um elemento central, representando uma das barreiras para a integralidade da atenção. Para fazer frente a esses desafios, o Ministério da Saúde planeja expandir o quantitativo de equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP). Além disso, estão programadas a realização de um inquérito para avaliar a eficácia da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp) e a disponibilização de treinamentos relacionados à Pnaisp para os profissionais de saúde.

O Ministério da Saúde anunciou um investimento do Novo Programa de Aceleração do Crescimento (Novo PAC) de R\$ 7,4 bilhões para a Atenção Primária à Saúde no período de 2023 a 2026, que visa promover investimentos em políticas públicas e infraestrutura. A construção de novas Unidades Básicas de Saúde (UBS) permitirá a expansão das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e Multiprofissionais, aumentando a cobertura da Atenção Primária em locais de maior vulnerabilidade social. O Programa propõe um novo modelo de UBS com salas preparadas para teleconsulta, mais consultórios, salas para realização de diagnósticos e exames, e sustentabilidade ecológica e ambiental.





VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE

Na Vigilância em Saúde e Ambiente, para 2025, as perspectivas incluem a conclusão do Observatório Nacional de Vigilância em Saúde e Ambiente, promovendo a compatibilização dos dados disponibilizados com outras bases de dados do Ministério da Saúde, além da publicação do Plano de Ação Nacional de Uma Só Saúde, que abrange tanto o planejamento estratégico quanto o operacional. Essas iniciativas refletem o compromisso com a ampliação do acesso à informação, a capacitação técnica e o desenvolvimento de soluções inovadoras.

A vigilância genômica e a integração de tecnologias permanecem como prioridades, permitindo avanços significativos na detecção precoce de emergências em saúde pública e na qualificação da infraestrutura laboratorial. No campo da eliminação da transmissão vertical de doenças, o Brasil buscará certificações internacionais para eliminação de doenças como o HIV/aids e sífilis. Além disso, expandirá iniciativas nacionais, enquanto novas diretrizes para o manejo de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e outras doenças reforçam a atenção integral à saúde.

Outras áreas de destaque incluem a reestruturação da Rede de Frio para vacinação, o enfrentamento das arboviroses com tecnologias avançadas e a modernização dos laboratórios de saúde pública. A preparação e a resposta a emergências climáticas também configuram agendas prioritárias, com ações

como a Conferência das Nações Unidas sobre as Mudanças Climáticas de 2025 (COP30) e o desenvolvimento do Plano Setorial de Adaptação às Mudanças Climáticas.



CIÊNCIA E TECNOLOGIA

No âmbito da Ciência e Tecnologia (C&T), o Ministério da Saúde tem estruturado ações para a produção de conhecimento científico, tecnológico e de inovação, visando contribuir para o desenvolvimento nacional sustentável em consonância com as necessidades de saúde da população. O principal objetivo é contribuir para a superação das desigualdades regionais em ciência, tecnologia e inovação em saúde, a fim de promover equidade regional, de gênero, de raça/etnia, de atenção às pessoas com deficiência e àquelas em condições de vulnerabilidade, e aprimorar programas e ações de saúde, com base em evidências científicas.

Outro ponto de destaque é continuar a interlocução com atores estratégicos em Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I) para o fomento a pesquisas que atendam aos desafios de saúde global. O Prêmio de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, a ser retomado, é uma iniciativa que visa reconhecer e premiar pesquisadores responsáveis pela condução de pesquisas básicas e aplicadas com elevado potencial de utilização pelo SUS, que contribuam para a implementação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS).



COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE

Para a agenda do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis), destaca-se como oportunidade a continuidade das ações para implementação da Estratégia Nacional para o Desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, por meio de Programas que buscam impulsionar a inovação e a produção nacional de bens e serviços em saúde e o Novo Programa de Aceleração do Crescimento (Novo PAC), no qual o Ministério da Saúde investiu em projetos estruturantes. Ressalta-se, ainda, que estas ações objetivam estimular o desenvolvimento tecnológico e a inovação, melhorar a competitividade e gerar emprego no País. Ou seja, são investimentos em projetos estratégicos, que buscam impulsionar o desenvolvimento e a inovação, além de ampliar e modernizar a infraestrutura produtiva e tecnológica dos laboratórios públicos e das Instituições Científicas, Tecnológicas e de Inovação (ICT) para atendimento das demandas estratégicas do SUS e realização de parcerias público-privadas no Ceis. Nesse sentido, em relação aos investimentos, a perspectiva do Novo PAC no Ceis é da ordem de R\$ 3,6 bilhões, correspondendo ao maior investimento público da história para alavancar parcerias de inovação e produção em saúde no Brasil.

Vale destacar que, no âmbito da Nova Indústria Brasil (NIB), o MS liderou a implementação da política pública de Margem de Preferência, com

o objetivo de fortalecer o setor da saúde e reduzir a dependência de importações de insumos estratégicos. Essa política oferece um diferencial competitivo a produtos e serviços fabricados no Brasil em licitações públicas, permitindo sua aquisição mesmo quando apresentam preços ligeiramente superiores aos de concorrentes estrangeiros, dentro dos limites estabelecidos.

Em virtude da Reforma Tributária (Projeto de Lei Complementar n.º 68/2024), proposta pelo atual governo federal, em 2024 o MS participou das reuniões mensais da Câmara de Comércio Exterior (CAT), fornecendo subsídios aos membros do Comitê acerca de pedidos de alteração tarifária para produtos de saúde solicitados tanto pelo setor privado como pelo governo brasileiro e dos demais Estados Partes do Mercosul. A participação no Comitê garante que as tarifas de importação sejam aplicadas para medicamentos e produtos de saúde, possibilitando melhor acesso da população a medicamentos mais baratos e mais tecnológicos.

Destaca-se, ainda, no âmbito do G20, a Coalizão Global para Produção Local e Regional, Inovação e Acesso Equitativo à Saúde, voltada para tratamentos e diagnósticos, especialmente para doenças negligenciadas e populações vulneráveis. O Brasil reforçou a importância de uma arquitetura global para a saúde, com destaque para o papel central da Organização Mundial da Saúde (OMS).

 AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE

Em colaboração com o Conselho Nacional de Justiça, será desenvolvido um modelo integrado de transferência de conhecimento, acompanhado por uma base de dados técnica e científica. Essa iniciativa reunirá as experiências dos Núcleos de Apoio Técnico à Saúde (Nats) da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats), do Ministério da Saúde e da Conitec, visando capacitar os Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT-Jus) em relação à política de incorporação de tecnologias em saúde. O objetivo é aumentar a eficiência das respostas do Poder Judiciário em ações judiciais relacionadas à saúde. Paralelamente, está sendo implementada uma proposta de aprimoramento do processo de diagnóstico e classificação dos Nats, que incluirá uma metodologia qualitativa para análise.

Outra perspectiva é a ampliação de parcerias com redes internacionais de ATS, buscando implementar ações inovadoras que já demonstraram sucesso mundialmente no campo da ATS. A reavaliação das tecnologias com base nos dados de monitoramento pós-incorporação também permanecerá como um desafio a ser superado neste ano.

 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A reorganização das prioridades tripartite, atrelada ao redesenho orçamentário e à ampliação do financiamento do SUS, por parte da União, possibilitou que o MS retomasse, entre outras ações, o processo de qualificação e apoio financeiro aos entes, com a qualificação dos serviços gerenciais e assistenciais da AF no SUS, por meio de novas habilitações ao eixo estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (Qualifar-SUS), suspensas desde 2019. O MS prevê habilitar 100% dos municípios brasileiros ao eixo estrutura do Qualifar-SUS nos próximos três anos, bem como aprimorar a estratégia de qualificação da Assistência Farmacêutica (AF) nos três níveis de atenção à saúde, aperfeiçoando e pactuando os eixos de educação, informação e, em especial, o eixo cuidado, sendo estratégico para o alcance da universalidade do programa com todos os municípios e estados habilitados até 2027.

Em 2024, iniciou-se a parceria para a 2ª edição da Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (Pnaum) e suas dimensões, que possibilitará a identificação de aspectos relacionados ao acesso e uso de medicamentos pela população nos seus domicílios, bem como a primeira edição da pesquisa Pnaum Ceaf, no âmbito do Componente Especializado, que identificará informações relacionadas aos serviços farmacêuticos nos estabelecimentos

de saúde, e a pesquisa telefônica diretamente com usuários, fundamentais especialmente após os impactos da pandemia de covid-19. Em 2025, serão fomentadas a Pnaum Serviço e Pnaum Fone nacionais para identificação da situação dos serviços farmacêuticos no SUS, da Atenção Básica aos serviços especializados, exceto o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf), e hospitalares.

A dependência internacional na produção de insumos farmacêuticos ativos (IFA) e outros materiais prioritários na cadeia produtiva de alguns dos medicamentos incorporados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) relacionados às aquisições públicas no âmbito federal, bem como dos entes subnacionais, foi agravada durante a pandemia da covid-19 e ainda repercute na produção de laboratórios farmacêuticos públicos e privados no País e, consequentemente, nas aquisições de produtos acabados quando se recorre ao mercado mundial.

Observa-se que os aspectos regulatórios precisam ser otimizados para as aquisições de produtos sem registro nacional, principalmente quando realizadas em caráter emergencial ou mesmo por meio de parcerias com organismos internacionais, utilizadas com frequência pela gestão dos entes federados para evitar desabastecimento da rede pública, ou mesmos quando ocasionada por decisões de órgãos de controle e/ou judiciário.

 PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL

O Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) reafirma sua relevância como política pública inclusiva e eficiente, que não apenas melhora a saúde da população, mas também promove dignidade e qualidade de vida. Em 2024, o Programa atingiu o melhor resultado de seus 20 anos de existência, presente em 4.812 municípios brasileiros (86% das cidades do País) e com mais de 31 mil farmácias credenciadas, beneficiando 24,7 milhões de brasileiros com medicamentos gratuitos ou subsidiados pelo governo federal. As perspectivas para os próximos anos são ainda mais promissoras, com a expectativa de ampliar a cobertura e consolidar o acesso à saúde como um direito fundamental de todos os brasileiros.

Em relação ao risco sobre a "dificuldade na evolução dos sistemas de gestão do PFPB", o Programa iniciou ações prioritárias junto ao Departamento de Informação e Informática do SUS (DataSUS), com medidas para resolução dos problemas relacionados aos sistemas de informações, que iniciaram em fevereiro de 2023. No tocante ao risco de "indefinição do processo de renovação cadastral e defasagem na atualização documental das empresas credenciadas", está prevista a contratação de serviços para a realização do cadastramento, conferência, arquivo de documentação e atualização de cadastro, por meio de sistema de informação, para suporte ao credenciamento e à renovação cadastral de farmácias no PFPB. Quanto ao risco sobre a "falta de abertura de novos credenciamentos", já se encontra

disponível o credenciamento de farmácias localizadas em municípios aderidos ao Programa Mais Médicos (PMM) e que não tenham farmácias credenciadas no PFPB, classificados pelo PMM como muito alta e alta vulnerabilidade, requisitos que enquadram 811 municípios, 94% deles sendo das Regiões Norte e Nordeste. Por fim, no que diz respeito ao risco de "indefinição de competências entre atores envolvidos na averiguação de indícios e/ou notícias de irregularidades no Programa", foram retomados os procedimentos para averiguação dos fatos, a fim de dar andamento aos processos que estavam pendentes de análise.



ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA E PARTICIPATIVA

Aprimoramento dos processos de planejamento e regionalização; discussões para as pactuações entre os gestores do SUS; ações de melhoria normativa para os atos editados pelo Ministério da Saúde, pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS); iniciativas de educação permanente e educação popular em saúde para fortalecimento e aprimoramento da gestão compartilhada e da governança são fundamentais para alcançar um SUS interfederativo, solidário e participativo.





02 RESULTADO E DESEMPENHO DA GESTÃO

MINISTÉRIO EM NÚMEROS

A força de trabalho do Ministério da Saúde é composta por mais de 40 mil agentes públicos. Devido à abrangência e à complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), a Pasta dispôs, em 2024, de um dos maiores orçamentos do governo federal, com cerca de R\$ 233 bilhões, sendo quase R\$ 220 bilhões relativos a despesas consideradas como Ações e Serviços Públicos de Saúde (Asps).

▶ **53.356**

EQUIPES DE
SAÚDE DA FAMÍLIA

▶ **2.656**

EQUIPES DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA 20H

▶ **2.773**

EQUIPES DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA 30H

▶ **88,1%**

da população coberta
com o Samu
187 milhões
de pessoas

▶ **4.698.753**

procedimentos para o
tratamento em oncologia, sendo:
402.247
procedimentos cirúrgicos
162.740
procedimentos de radioterapia
4.133.766
procedimentos de quimioterapia

▶ **5.506**

MUNICÍPIOS
atendidos pelo
Programa Saúde
na Escola, alcançando
25.206.180
estudantes em
102.199
escolas

▶ **29.381**

TRANSPLANTES
realizados no ano

▶ **36.495**

leitos de UTI habilitados, sendo:
31.866
leitos de Unidade de Terapia
Intensiva (UTI)
4.629
leitos de Unidade de Cuidado
Intermediário Neonatal (Ucin)

▶ **281.674**

AGENTES COMUNITÁRIOS
DE SAÚDE
atuando em
5.541
municípios brasileiros

▶ **66**

soluções de radioterapia
concluídas desde o
início do Plano de
Expansão da
Radioterapia do SUS
(PerSUS)

▶ Mais de
2,5 MILHÕES

de serviços
de tele saúde
realizados no ano

▶ Mais de
500 MIL

profissionais, trabalhadores,
gestores e estudantes
ligados ao SUS
qualificados no ano

▶ Mais de
2,7 BILHÕES

de procedimentos
ambulatoriais de média
e alta complexidades
realizados no ano

▶ Mais de
77%

de crianças indígenas
menores de
1 ano
com esquema
vacinal completo

▶ **31.170**

farmácias e drogarias
credenciadas no
Programa Farmácia
Popular, distribuídas em
4.812
municípios, representando
86,4%
dos municípios brasileiros

2.1 Atenção Primária

2.1.1 Ampliação de Equipes, Programas e Serviços da Atenção Primária

A Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) define que a Atenção Primária à Saúde (APS) realiza ações de saúde, no âmbito individual, familiar e comunitário, que abrange a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, os cuidados paliativos e a vigilância em saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral, que promova o cuidado e a autonomia das pessoas, considerando os determinantes e os condicionantes de saúde das coletividades.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada como meio de qualificação, consolidação e expansão da APS no Brasil. Ao longo de 30 anos, a ESF tem demonstrado, por meio de estudos, eficiência na redução das desigualdades em saúde. Esse impacto é ainda mais significativo entre os grupos mais vulneráveis, especialmente quando combinada a outras políticas sociais do governo federal, como o Programa Bolsa Família. Com aproximadamente 1 milhão de profissionais atuando em todo o País, a APS representa uma força essencial no SUS. Seu impacto vai além do atendimento, promovendo a qualidade de vida, a equidade e o desenvolvimento social.

O Mais Saúde da Família é uma concepção que reflete o compromisso com a consolidação e a expansão da APS no Brasil, reforçando a ESF como modelo prioritário de cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). Esse conceito busca fortalecer o cuidado integral, promover a equidade no acesso aos serviços de saúde e garantir a qualidade e a humanização no atendimento às necessidades da população.

Essa compreensão abrange ações estratégicas para expandir a cobertura da APS, priorizando as regiões e as populações mais vulneráveis. O conceito também enfatiza a importância de equipes de saúde dimensionadas de forma equitativa, qualificadas para atender a diversidade de necessidades de saúde, e comprometidas com o fortalecimento do vínculo com a comunidade, por meio de cadastro qualificado, visitas domiciliares e acompanhamento contínuo.

O Mais Saúde da Família, em 2024, focou na reestruturação de equipes, serviços e infraestrutura das Unidades de Saúde da Família (USF), na normatização de um novo modelo de financiamento, além da elaboração de dispositivos que visam implementação das políticas de equidade.

2.1.1.1 Cobertura da Atenção Primária à Saúde

Na competência Scnes dezembro/2024, a cobertura da APS registrada foi de 72%, sendo 152.102.406 pessoas cobertas pela APS. No numerador foi considerada a quantidade de equipes de Saúde da Família (eSF) e as equipes de Atenção Primária (eAP) cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Scnes) em relação ao respectivo parâmetro populacional por porte e tipo de equipe (Anexo I da Portaria GM/MS n.º 3.493, de 10 de abril de 2024). Na competência avaliada foram consideradas 56.129 eSF e 7.018 eAP. No denominador foi considerada a população estimada em 2024, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2024), que corresponde ao total de 212.583.750 pessoas.



Tabela 3 – Estimativa da população coberta pelas equipes de Atenção Primária à Saúde – 2024

Região/ Unidade Federativa	Estimativa populacional IBGE, 2024	Cobertura (%)
Centro-Oeste	17.071.595	68%
Distrito Federal	2.982.818	65%
Goiás	7.350.483	66%
Mato Grosso	3.836.399	72%
Mato Grosso do Sul	2.901.895	72%
Norte	18.669.345	78%
Acre	880.631	80%
Amazonas	4.281.209	71%
Amapá	802.837	90%
Pará	8.664.306	78%
Rondônia	1.746.227	70%
Roraima	716.793	95%
Tocantins	1.577.342	91%
Nordeste	57.112.096	83%
Alagoas	3.220.104	77%
Bahia	14.850.513	77%
Ceará	9.233.656	85%
Maranhão	7.010.960	87%
Paraíba	4.145.040	90%
Pernambuco	9.539.029	81%
Piauí	3.375.646	94%
Rio Grande do Norte	3.446.071	84%
Sergipe	2.291.077	85%

Região/ Unidade Federativa	Estimativa populacional IBGE, 2024	Cobertura (%)
Sudeste	88.617.693	63%
Espírito Santos	4.102.129	77%
Minas Gerais	21.322.691	79%
Rio de Janeiro	17.219.679	64%
São Paulo	45.973.194	54%
Sul	31.113.021	73%
Paraná	11.824.665	69%
Rio Grande do Sul	11.229.915	69%
Santa Catarina	8.058.441	82%
Brasil	212.583.750	72%

Fonte: Coordenação-Geral de Monitoramento, Avaliação e Inteligência Analítica da Atenção Primária (CGmaia/Saps/MS).

2.1.1.2 Cobertura de Saúde Bucal

O indicador de cobertura de Saúde Bucal na Atenção Primária é utilizado para avaliar o alcance dos serviços de atenção à saúde bucal da população na APS, visando fortalecer o planejamento no SUS. Para o cálculo desse indicador, foram considerados, no numerador, o número de equipes de Saúde Bucal da Estratégia

Saúde da Família; o número de equipes de Saúde Bucal parametrizadas; o número de equipes de Saúde Bucal equivalentes e o parâmetro populacional por equipe, e no denominador, a estimativa populacional calculada pelo IBGE. Conforme competência do Scnes dezembro de 2024, a cobertura de Saúde Bucal na APS alcançou o patamar de 45%.

Tabela 4 – Estimativa da população coberta pelas equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária – 2024

Região/ Unidade Federativa	Estimativa populacional IBGE, 2024	Cobertura (%)
Centro-Oeste	17.071.595	45%
Distrito Federal	2.982.818	28%
Goiás	7.350.483	46%
Mato Grosso	3.836.399	58%
Mato Grosso do Sul	2.901.895	47%
Norte	18.669.345	46%
Acre	880.631	55%
Amazonas	4.281.209	45%
Amapá	802.837	76%
Pará	8.664.306	42%
Rondônia	1.746.227	30%
Roraima	716.793	47%
Tocantins	1.577.342	73%
Nordeste	57.112.096	67%
Alagoas	3.220.104	64%
Bahia	14.850.513	60%
Ceará	9.233.656	67%
Maranhão	7.010.960	66%
Paraíba	4.145.040	85%
Pernambuco	9.539.029	62%
Piauí	3.375.646	89%
Rio Grande do Norte	3.446.071	72%
Sergipe	2.291.077	60%

Região/ Unidade Federativa	Estimativa populacional IBGE, 2024	Cobertura (%)
Sudeste	88.617.693	33%
Espírito Santo	4.102.129	45%
Minas Gerais	21.322.691	50%
Rio de Janeiro	17.219.679	28%
São Paulo	45.973.194	25%
Sul	31.113.021	38%
Paraná	11.824.665	38%
Rio Grande do Sul	11.229.915	35%
Santa Catarina	8.058.441	45%
Brasil	212.583.750	45%

Fonte: Coordenação-Geral de Monitoramento, Avaliação e Inteligência Analítica da Atenção Primária (CGmaia/Saps/MS).

2.1.1.3 Equipe de Saúde da Família (eSF) e Equipe de Atenção Primária (eAP)

A equipe de saúde da família (eSF) é uma estrutura funcional da APS, instituída pela Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário no Brasil.

Compostas no mínimo por:

-  Médicos(as) generalistas ou de família
-  Enfermeiros(as)
-  Técnicos(as) de enfermagem
-  Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

A eSF é responsável por atender uma população adscrita em um território específico. Suas atribuições incluem o desenvolvimento de ações integradas de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação, seguindo as diretrizes da Pnab. A atuação da eSF envolve visitas domiciliares, cadastro da população, acompanhamento contínuo e articulação com outros níveis de atenção para garantir a coordenação do cuidado.

Diante do processo de priorização da Atenção Primária no Brasil, o número de eSF cofinanciadas aumentou de 50.804 na parcela dezembro de 2023 para 53.356 equipes cofinanciadas na parcela de dezembro de 2024.

A Estratégia Saúde da Família engloba também as equipes de Atenção Primária (eAP), que se diferenciam da eSF, tanto por sua composição como também por suas distintas modalidades de organização de carga horária.

A eAP pode ser compostas por:



Médico, preferencialmente especialista em medicina de família e comunidade



Enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família

Pode se organizar em duas modalidades, de acordo com sua carga horária, conforme descrito a seguir:



Modalidade I (20h)

Composta por profissionais com carga horária mínima individual de 20 horas semanais, com população adscrita equivalente a 50% da população adscrita para uma eSF; e



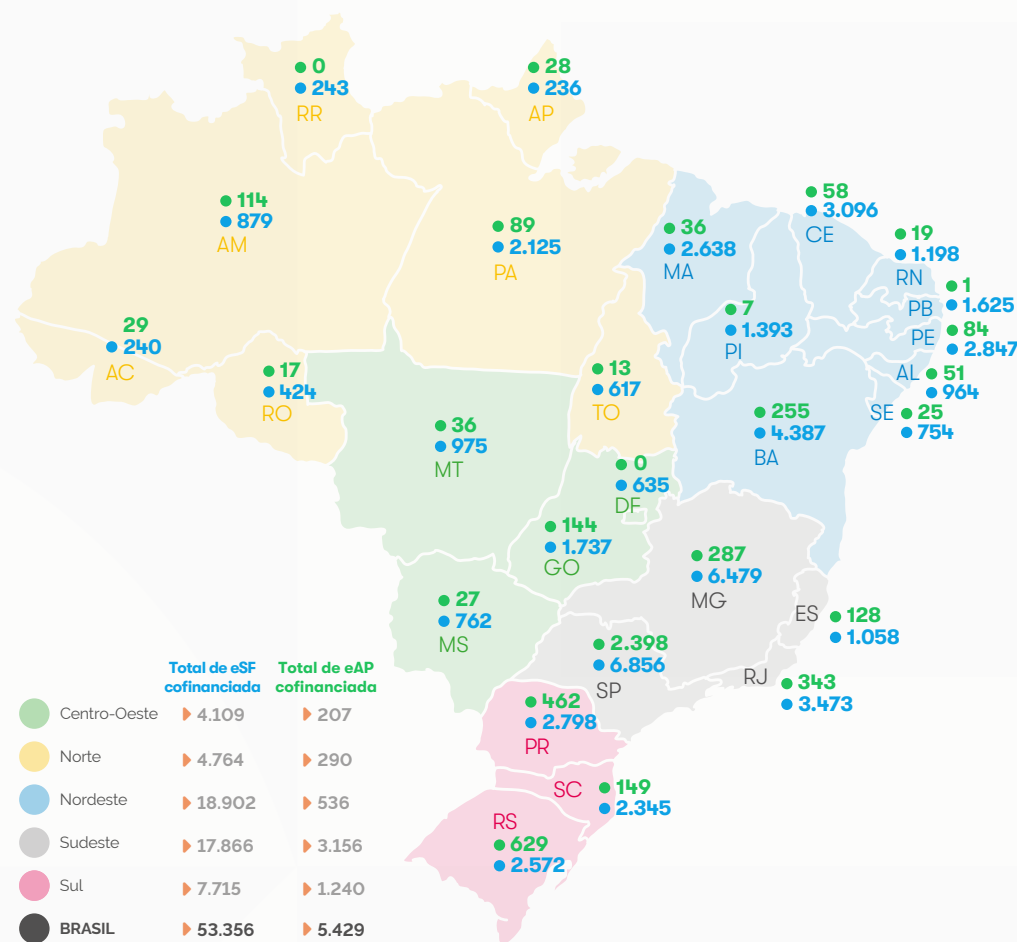
Modalidade II (30h)

Composta por profissionais com carga horária mínima individual de 30 horas semanais, com população adscrita equivalente a 75% da população adscrita para uma eSF.

Considerando a eSF como modelo prioritário de equipe da ESF, a eAP pode ser reorganizada e adequada para se tornar eSF, mediante solicitação de alteração junto ao Ministério da Saúde.

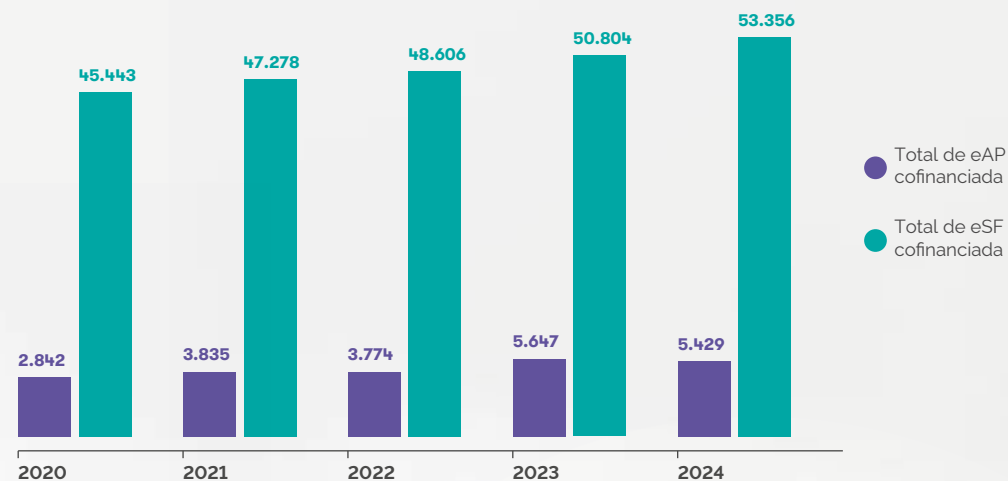
Com base na parcela de dezembro de 2024, 5.429 eAP receberam financiamento federal, sendo 2.656 no formato de eAP 20h e 2.773 no formato de eAP 30h.

Figura 1 – Equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária cofinanciadas – 2024



Fonte: e-Gestor APS. Coordenação-Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária (CGFAP/Saps/MS).

Gráfico 2 – Equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária – 2020 a 2024



Fonte: e-Gestor APS. Coordenação-Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária (CGFAP/Saps/MS).

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

As Equipes de Saúde Bucal (eSB) são integradas à ESF e desempenham papel fundamental na ampliação do acesso à atenção odontológica no âmbito da APS. Compostas, no mínimo, por um cirurgião-dentista, um auxiliar ou técnico em saúde bucal, as eSB são credenciadas pelos municípios junto ao Ministério da Saúde, seguindo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB).

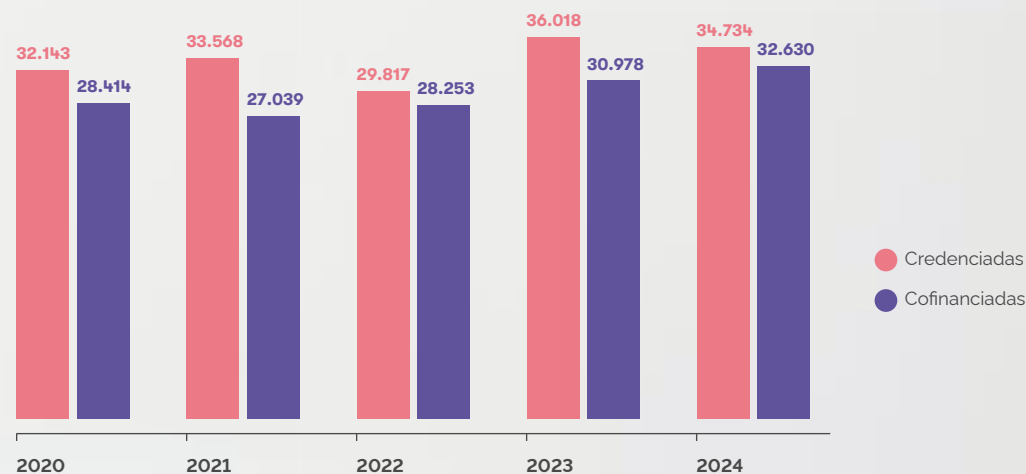
O Ministério da Saúde cofinancia as eSB por meio de repasses financeiros que incluem incentivos mensais, conforme o tipo de equipe e o cumprimento dos parâmetros definidos na Pnab. Esse cofinanciamento visa garantir a oferta de cuidados odontológicos integrais, abrangendo ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento no território adscrito.

Além disso, o credenciamento das equipes é fundamental para fortalecer a integração dos serviços de saúde bucal com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), ampliando a resolutividade da APS e contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde bucal da população.

As eSB desempenham suas atividades tanto em Unidades Básicas de Saúde (UBS) quanto em Unidades Odontológicas Móveis (UOM). As UOM são dispositivos de apoio, consistindo em veículos devidamente adaptados e equipados, que viabilizam a prestação de assistência em áreas com dificuldades de acesso, dispersão populacional e para populações específicas.

Na parcela dezembro de 2024, foram 32.630 equipes cofinanciadas pelo MS, sendo 31.102 equipes de saúde bucal 40 horas e 1.528 com carga horária diferenciadas.

Gráfico 3 – Evolução da quantidade de equipes de Saúde Bucal credenciadas e cofinanciadas pelo Ministério da Saúde – 2020 a 2024



Fonte: e-Gestor APS. Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGBS/Desco/Saps/MS).

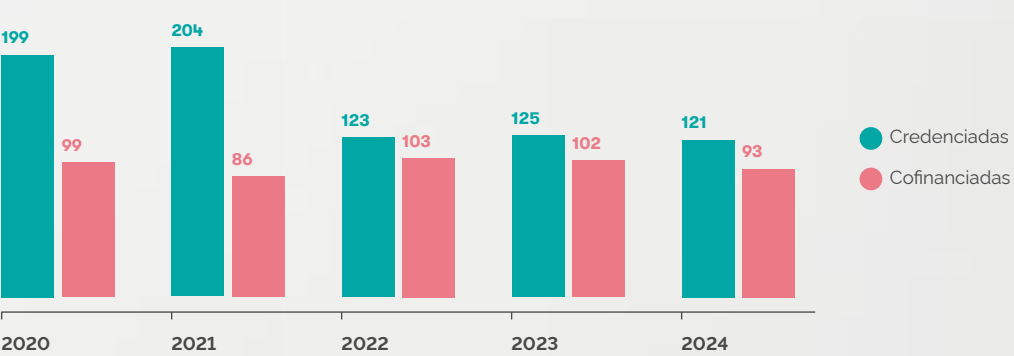


Tabela 5 – Equipes de Saúde Bucal credenciadas e cofinanciadas pelo Ministério da Saúde – 2024

UF	Número de Municípios	Qt. ESB 40h Credenciadas	Qt. ESB 40h Cofinanciadas	Qt. ESB CH diferenciada Credenciadas	Qt. ESB CH diferenciada Cofinanciadas
AC	22	169	161	0	0
AL	102	812	799	19	12
AM	62	601	570	63	47
AP	16	168	147	11	4
BA	416	3.266	3.136	55	43
CE	184	2.298	2.188	0	0
DF	1	209	194	13	7
ES	73	579	515	28	18
GO	245	1.166	1.097	68	60
MA	217	1.903	1.798	1	0
MG	813	3.984	3.832	317	271
MS	77	606	573	22	22
MT	135	640	630	6	6
PA	143	1.204	1.138	30	14
PB	222	1.480	1.438	0	0
PE	184	2.088	1.996	21	13
PI	223	1.300	1.282	0	0
PR	347	1.325	1.205	389	341
RJ	82	1.454	1.395	53	36
RN	167	1.001	979	0	0
RO	41	152	138	0	0
RR	15	144	120	0	0
RS	455	1.332	1.174	195	136
SC	276	1.157	1.052	60	50
SE	75	512	505	2	4
SP	497	2.757	2.570	579	442
TO	139	493	470	2	2
TOTAL GERAL	5.229	32.800	31.102	1.934	1.528

Fonte: e-Gestor APS. Coordenação-Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária (CGFAP/Saps/MS).

Gráfico 4 – Evolução na quantidade de Unidades Odontológicas Móveis credenciadas e cofinanciadas – 2020 a 2024



Fonte: e-Gestor APS. Coordenação-Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária (CGFAP/Saps/MS).



2.1.1.5 Equipes Multiprofissionais (eMulti)

As eMulti são compostas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da APS e podem se apresentar em três modalidades distintas:



Com o objetivo de facilitar o acesso da população aos cuidados em saúde, a eMulti também prevê a realização de diferentes ações e serviços de telessaúde, que se constitui um modo de realizar a oferta de serviços de saúde a distância, por meio da utilização da Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC). Para cada eMulti que aderir

a essa oferta no ato da solicitação é previsto o repasse federal de incentivo adicional que inclui tanto o custeio mensal de manutenção quanto o incentivo de estruturação em parcela única. Em dezembro de 2024, 3.448 eMulti foram cofinanciadas, sendo 1.323 delas com incentivo adicional para TIC.

Tabela 6 – Número de eMulti cofinanciadas e eMulti cofinanciadas com atendimento TIC – 2024

UF	Número de eMulti Cofinanciadas	Número de eMulti com atendimento TIC
AC	16	8
AL	60	28
AM	68	38
AP	10	0
BA	233	112
CE	148	78
DF	6	2
ES	62	7
GO	123	65
MA	210	84
MG	499	127
MS	35	18
MT	76	42
PA	96	30
PB	181	75
PE	139	44
PI	171	63
PR	134	43
RJ	168	39
RN	140	85
RO	8	3
RR	7	5
RS	287	116
SC	152	58
SE	37	10
SP	342	122
TO	40	21
TOTAL	3.448	1.323

Fonte: e-Gestor. Coordenação-Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária (CGFAP/Saps/MS).

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

2.1.1.6 Equipe de Consultório na Rua (eCR)

As equipes de Consultório na Rua (eCR) foram instituídas em 2011 por meio da Pnab para garantir o acesso à saúde das pessoas em situação de rua. As equipes atuam de forma itinerante, possuindo composição multiprofissional, articulando o acesso à RAS, por meio das ações da APS nos territórios e lidando com os diferentes problemas e necessidades de saúde dessa população, de forma compartilhada e integrada às Unidades Básicas de Saúde (UBS). Sempre que necessário as eCR compartilham a coordenação do cuidado com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os serviços de Urgência e Emergência e com outros pontos de atenção.

Na parcela dezembro de 2024, o País contava com 245 eCR cofinanciadas pelo Ministério da Saúde, em todas as regiões, em 27 unidades federativas (UFs), contemplando 163 municípios.

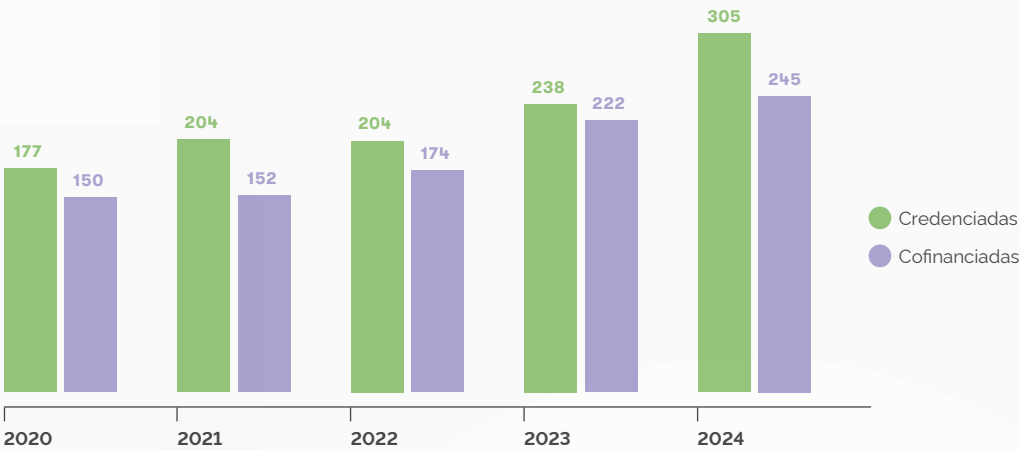
Tabela 7 – Municípios com eCR credenciadas e número de eCR cofinanciadas – 2024

UF	N.º de Municípios com eCR Credenciadas	N.º de eCR Cofinanciadas
AC	2	2
AL	1	6
AM	3	3
AP	1	4
BA	9	13
CE	2	7
DF	1	5
ES	5	4
GO	6	6
MA	7	8
MG	20	28
MS	4	4
MT	3	4
PA	6	7
PB	4	7
PE	7	9
PI	2	2
PR	6	7
RJ	22	36
RN	3	2
RO	1	1
RR	1	2
RS	8	12
SC	8	7
SE	1	2
SP	28	55
TO	2	2
TOTAL	163	245

Fonte: e-Gestor APS. Coordenação-Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária (CGFAP/Saps/MS).



Gráfico 5 – Evolução da quantidade de equipes de Consultório na Rua credenciadas e cofinanciadas – 2020-2024



Fonte: e-Gestor APS. Coordenação-Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária (CGFAP/Saps/MS).

2.1.1.7 Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp) tem como objetivo garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no

SUS. A Pnaisp prevê que os serviços de saúde no sistema prisional passem a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a Atenção Primária no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e dos serviços de saúde pela rede, por meio da implantação de equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP).

Atualmente, existem três composições de eAPP:



Equipes com **carga horária de seis horas semanais**, obrigatoriamente vinculadas à eSF ou à eSB, compostas por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, dentista e técnico ou auxiliar de saúde bucal. Essa modalidade só pode ser credenciada sob gestão municipal.



Equipes essenciais, com **carga horária de 20 ou 30 horas semanais**, a depender do quantitativo de pessoas atendidas. São compostas por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, dentista, facultado o acréscimo de um profissional técnico ou auxiliar em saúde bucal. Podem ser de gestão estadual ou municipal.



Equipes ampliadas, com **carga horária de 20 ou 30 horas semanais**, a depender do quantitativo de pessoas atendidas. São compostas por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, dentista e mais um profissional, que pode ser um médico, enfermeiro, psicólogo, farmacêutico, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional. Podem ser de gestão estadual ou municipal.

Em função da prevalência de transtornos mentais no sistema prisional, às equipes essenciais e às ampliadas pode Complementar Psicossocial, também de 20 ou 30 horas semanais, com duas composições possíveis: (i) equipes com dois profissionais, sendo obrigatoriamente um psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental e mais um profissional entre psicólogo e assistente social ou; (ii) equipes com três profissionais, sendo obrigatório um enfermeiro e mais dois profissionais entre psicólogo ou assistente social.

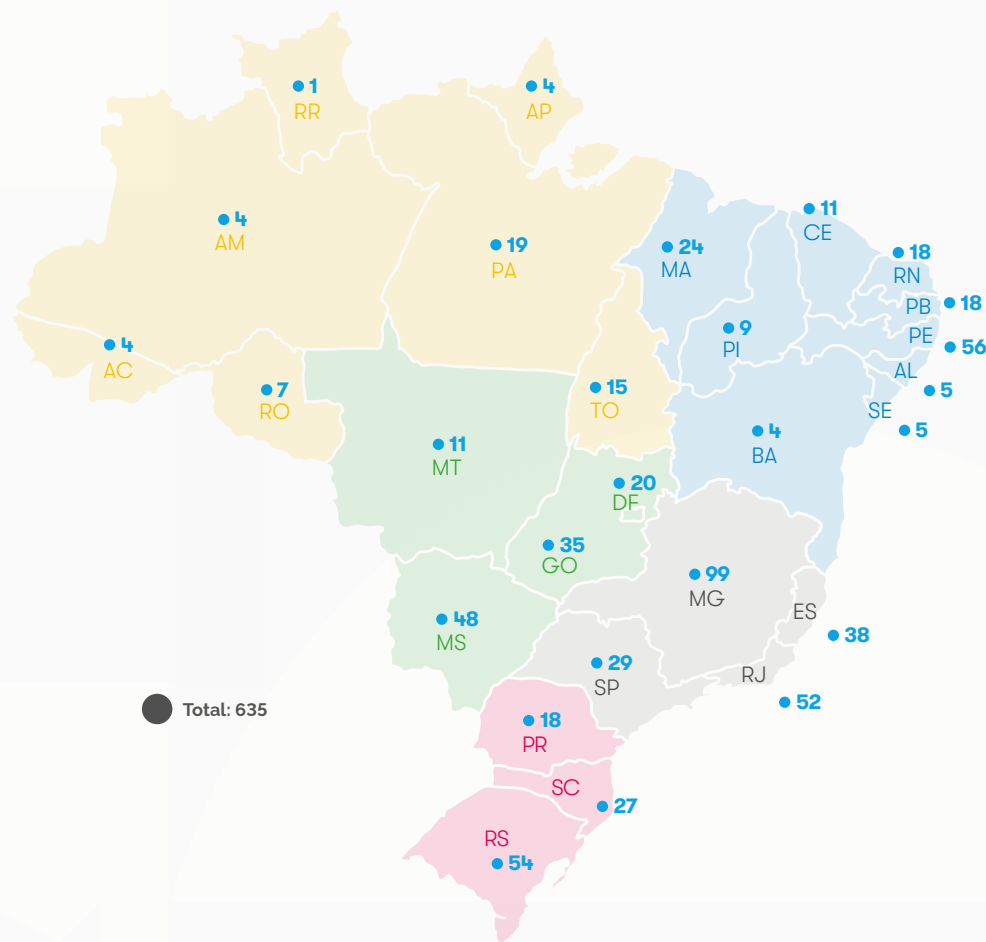
Conforme dados disponíveis no e-Gestor, parcela dezembro de 2024, o Ministério da Saúde cofinanciou o total de 635 equipes de Atenção Primária Prisional, distribuídas conforme tabela a seguir:

Tabela 8 – Equipes de Atenção Primária Prisional cofinanciadas – 2024

eAPP Modalidade	Quantidade
Compartilhada com eSF/eSB de 6h	101
Ampliada 20h	239
Ampliada 30h	123
Essencial 20h	33
Essencial 30h	3
Equipe Complementar Psicossocial 20h	44
Equipe Complementar Psicossocial 30h	92
TOTAL	635

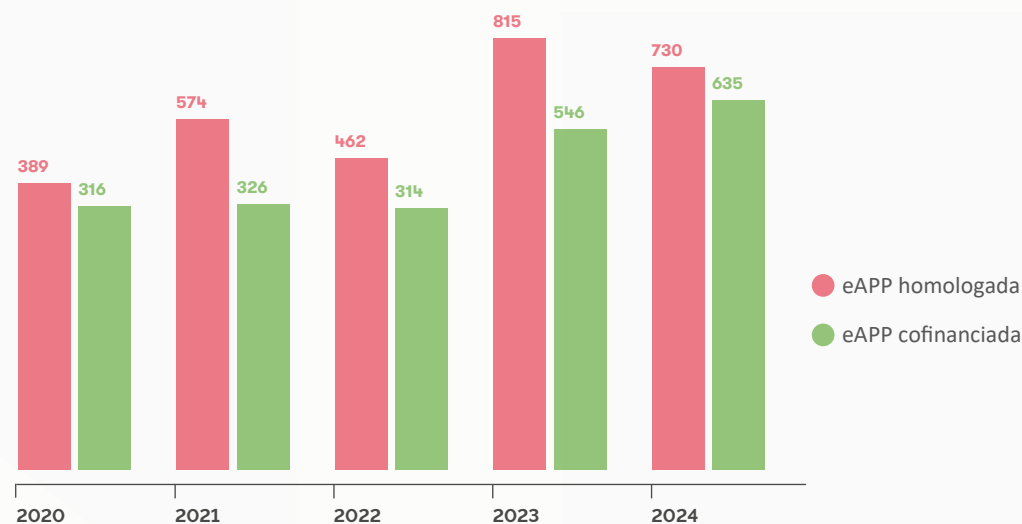
Fonte: e-Gestor. Relatório de Pagamento.

Figura 2 – Equipes de Atenção Primária Prisional cofinanciadas – 2024



Fonte: e-Gestor APS. Coordenação-Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária (CGFAP/Saps/MS).

Gráfico 6 – Evolução da quantidade de equipes de Atenção Primária Prisional homologadas e cofinanciadas – 2020 a 2024



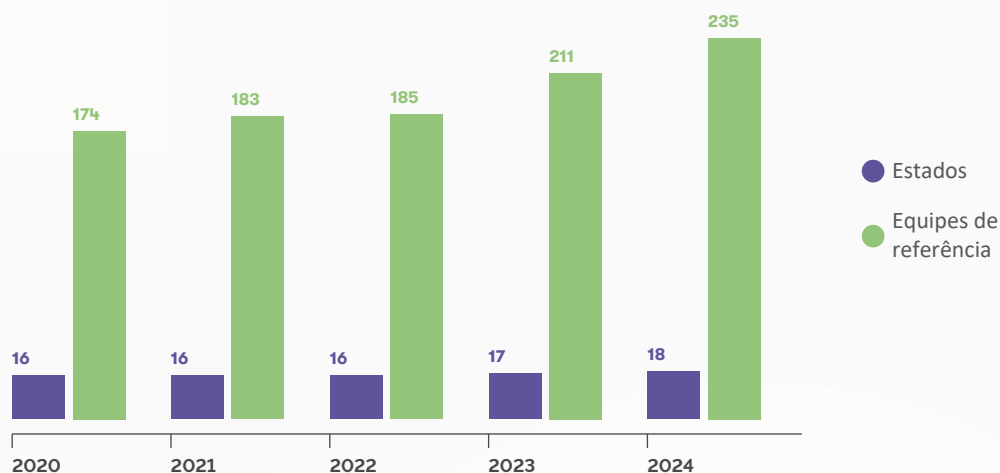
Fonte: e-Gestor APS. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária (Desco/Saps/MS).

2.1.1.8 Equipes que acompanham Adolescentes em Conflito com a Lei

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (Pnaisari) 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.

Desde a instituição da política, 108 municípios foram habilitados a receber o incentivo financeiro de custeio, em 18 estados (AC, AM, BA, PA, PI, PE, RN, CE, DF, GO, RJ, MG, SP, PR, SC, ES, TO e RS), contando atualmente com 235 equipes de APS como referência em saúde para as unidades socioeducativas, atendendo cerca de 6 mil adolescentes, do universo de aproximadamente 11.757 adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de privação de liberdade, conforme Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2024. 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 7 – Total de unidades federativas contempladas, eAP e eSF de referência para a Pnaisari – 2020 a 2024



Fonte: Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária (Desco/Saps/MS).

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

Os municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul Mato-Grossense, que possuem comunidades em áreas cujo acesso é por rio, podem solicitar o credenciamento/habilitação de equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) e de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF).

As eSFR são vinculadas a uma Unidade Básica de Saúde, que pode estar localizada na sede do município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adscrita.

SÃO FORMADAS POR EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS COMPOSTAS POR, NO MÍNIMO:



1 médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade;



1 enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; e



1 auxiliar ou técnico de enfermagem.

PODENDO CONTAR COM OS SEGUINTE PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL, DEPENDENDO DA MODALIDADE DE EQUIPE:



1 cirurgião-dentista generalista ou em saúde da família; e



1 técnico ou auxiliar em saúde bucal.

EM ÁREAS DE GRANDE DISPERSÃO TERRITORIAL TAIS EQUIPES PODEM DISPOR DE:



Até 24 agentes comunitários de saúde;



Até 12 microscopistas, nas regiões endêmicas;



Até 11 auxiliares/técnicos de enfermagem; e



1 auxiliar/técnico de saúde bucal.

AS ESFR PODERÃO ACRESCENTAR:



Até 2 profissionais da área da saúde de nível superior à sua composição, entre os profissionais previstos para as equipes multiprofissionais na APS (eMulti).

As eSFR podem solicitar ainda valor do incentivo financeiro de custeio de componentes extras, tais quais embarcações de pequeno porte, veículo pick-up e pontos de apoio logístico.

As Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) são embarcações que comportam equipes de Saúde da Família, providas com a ambiência, o mobiliário e os equipamentos necessários para atender à população ribeirinha.

A UBSF DEVE TER, MINIMAMENTE:



Consultório médico.



Consultório de enfermagem.



Consultório odontológico.



Ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos.



Laboratório.



Sala de vacina.



Banheiros.



Expurgo.



Cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe.



Cozinha.

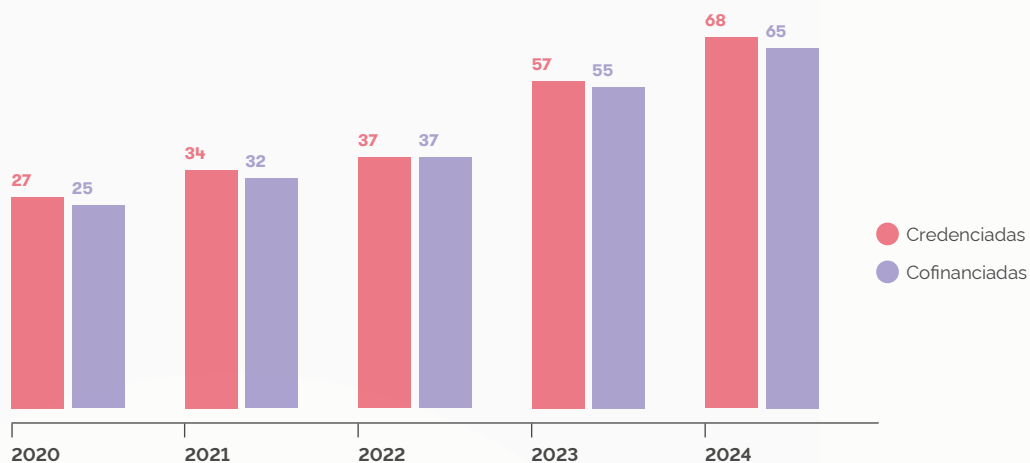


Sala de procedimentos e identificação segundo padrões visuais da Saúde da Família, estabelecidos nacionalmente.

Em 2024, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS n.º 5.850, de 6 de dezembro de 2024, que estabelece diretrizes para a organização e a estruturação da atenção à saúde das populações ribeirinhas, além de regulamentar o incentivo financeiro federal destinado ao custeio das equipes de Saúde da Família Ribeirinha. Entre os avanços promovidos, destaca-se o reajuste do valor mensal de custeio das eSFR. Além disso, essas equipes passaram a ter direito ao componente vínculo e acompanhamento territorial e ao componente qualidade, conforme a sua classificação.

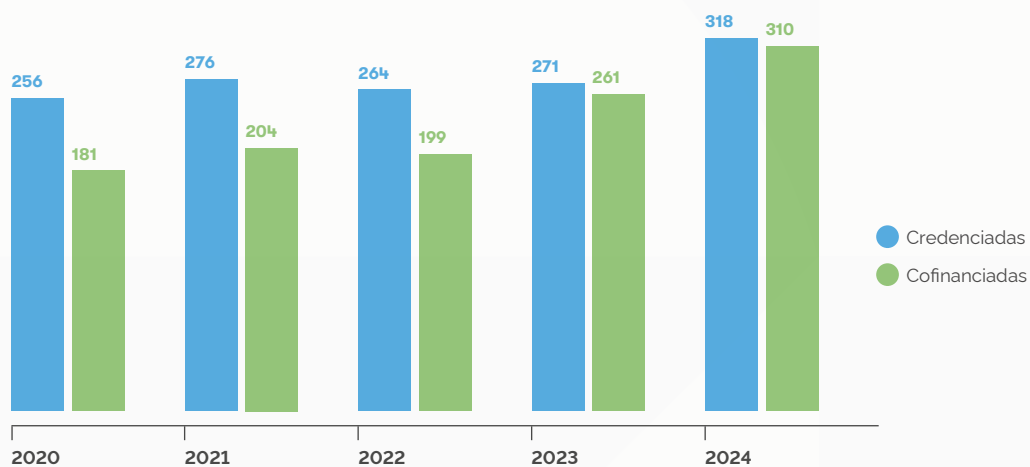
Essas iniciativas reforçam o compromisso do governo federal em ampliar e qualificar a assistência à saúde das populações da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense, garantindo recursos adicionais para a manutenção, a expansão e a melhoria da atuação das equipes de saúde nessas regiões.

Gráfico 8 – Unidades Básicas de Saúde Fluvial credenciadas e cofinanciadas – 2020 a 2024



Fonte: e-Gestor APS. Coordenação-Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária (CGFAP/Saps/MS).

Gráfico 9 – Equipes de Saúde da Família Ribeirinha credenciadas e cofinanciadas – 2020 a 2024

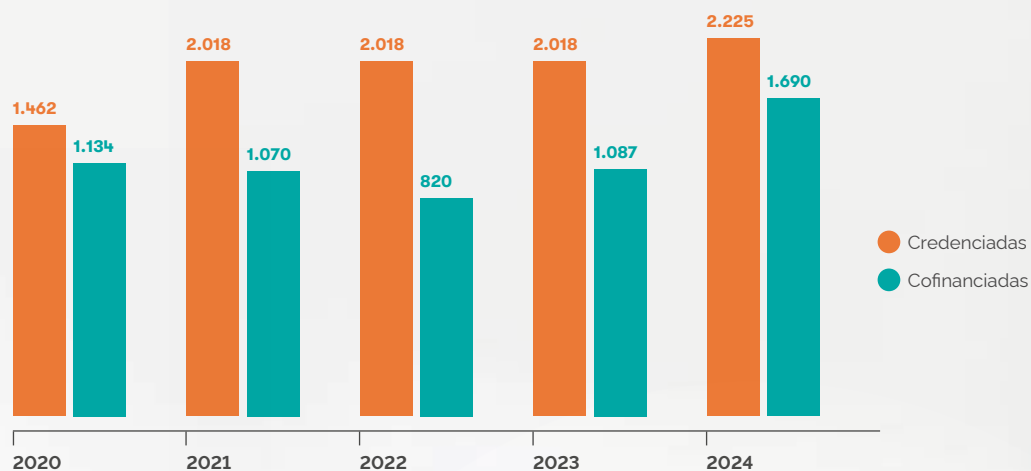


Fonte: e-Gestor APS. Coordenação-Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária (CGFAP/Saps/MS).

2.1.1.10 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 tem a finalidade de repassar recurso financeiro aos municípios e ao Distrito Federal para apoiar na qualificação dos programas de residência médica e multiprofissional com a inserção de residentes de Medicina de Família e Comunidade, Enfermagem e Odontologia nas equipes de Saúde da Família (eSF).

Gráfico 10 – Equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da APS credenciadas e cofinanciadas – 2020 a 2024



Fonte: Coordenação-Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária (CGFAP/Saps/MS).

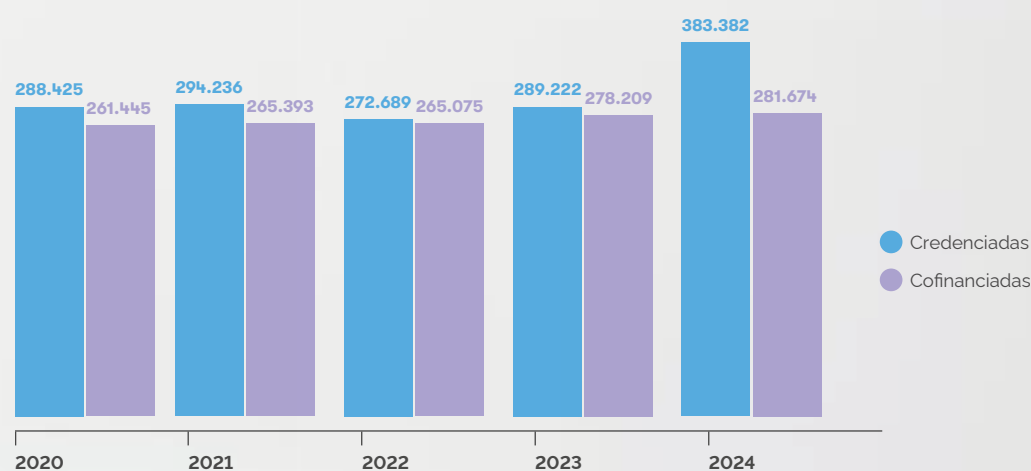
2.1.1.11 Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

O agente comunitário de saúde (ACS) é reconhecido por atuar como elo entre as equipes de Saúde da Família e a comunidade, capturando o cotidiano e as vivências das famílias, das pessoas e da comunidade. As principais atribuições do ACS consistem em ações para prevenção de doenças; realização de visitas domiciliares; registro de informações de indivíduos e famílias para acompanhamento

junto às Unidades de Saúde da Atenção Primária; encaminhamento de pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário; e identificação de situações de risco à saúde e à vida.

Na parcela dezembro de 2024, o Brasil contava com o total de 281.674 ACS cofinanciados pelo Ministério da Saúde, atuando na eSF, configurando-se que houve expansão de 3.465 profissionais, em relação ao mesmo período no ano de 2023.

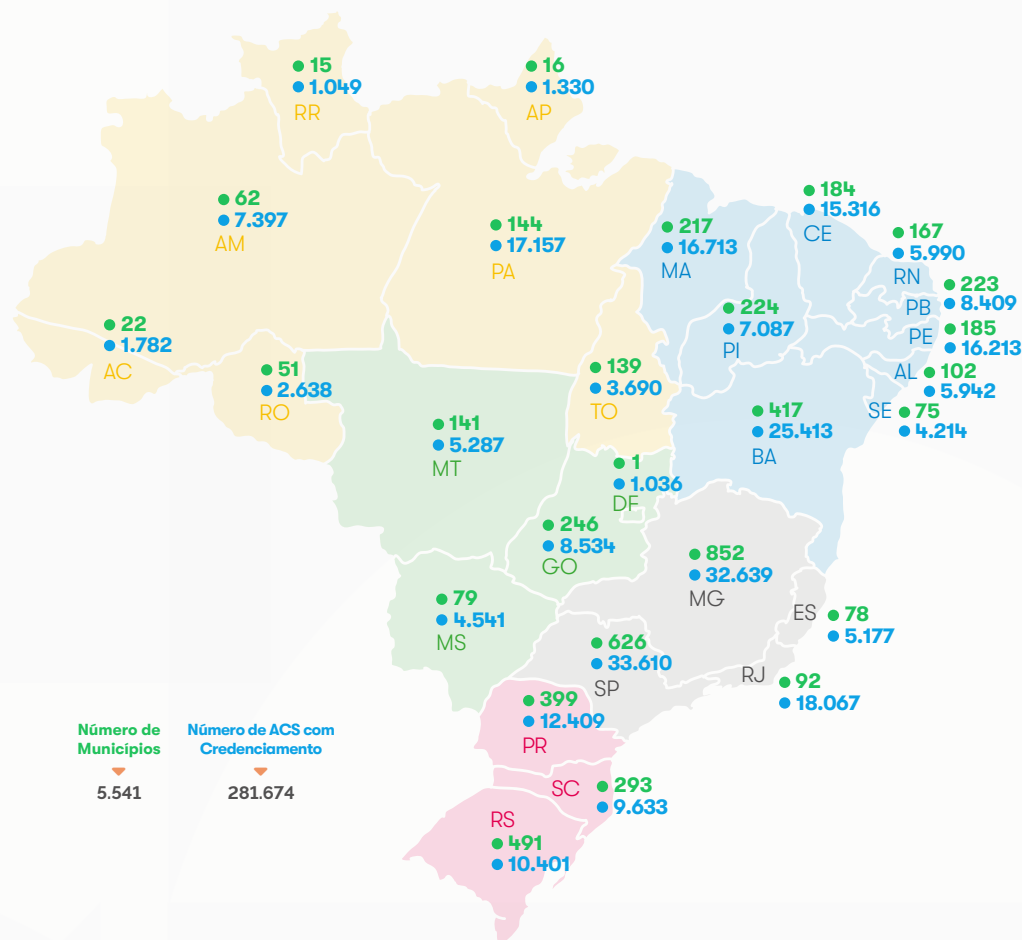
Gráfico 11 – Agentes Comunitários de Saúde credenciados e cofinanciados – 2020 a 2024



Fonte: e-Gestor APS. Coordenação-Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária (CGFAP/Saps/MS).



Figura 3 – Quantidade de municípios com ACS cofinanciados, 2024



Fonte: Coordenação-Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária (CGFAP/Saps/MS).

2.1.1.12 Novo modelo de financiamento da APS

O atual modelo de financiamento da APS, instituído pela Portaria GM/MS n.º 3.493, de 10 de abril de 2024, tem como premissa ampliar o

acesso da população aos serviços, aprimorar o cuidado e fortalecer o vínculo entre população e as equipes de saúde.

SÃO EFEITOS ESPERADOS DA NOVA METODOLOGIA DE COFINANCIAMENTO FEDERAL DO PISO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA:



CONFORME PORTARIA CITADA, OS COMPONENTES PARA O CUSTEIO DAS AÇÕES E DOS PROGRAMAS DA APS SÃO:



Observação: as alterações trazidas pela referida portaria alteram os três primeiros componentes do financiamento federal da APS.

Destaca-se que os Programas Informatiza APS e Saúde na Hora foram revogados e os seus recursos orçamentários integralmente destinados ao custeio das equipes de Saúde da Família. Os valores repassados para os municípios considerando os programas foram contabilizados na transição do modelo de financiamento, garantindo, assim, a manutenção dos repasses em caso de necessidade de recomposição dos valores.

A alteração da metodologia de financiamento da APS, vigente a partir da parcela cinco de 2024, não acarretou redução dos valores financeiros recebidos pelos municípios e pelo Distrito Federal no âmbito da APS, em comparação com os valores nominais recebidos nas últimas 12 parcelas anteriores à vigência da Portaria GM/MS n.º 3.493, de 10 de abril de 2024, visto que os entes federativos que apresentaram redução dos valores dos componentes recebidos fazem jus, até saírem da situação de perda, a um valor adicional mensal de compensação, correspondente ao valor da redução acrescido de 10%, desde que seja mantido o quantitativo equivalente de eSF e eAP.

Os entes federativos sairão da situação de redução no caso de implantação de novas eSF e eAP, alteração de tipo de equipe ou de reajuste dos valores de equipes, desde que seja mantido o quantitativo equivalente de eSF e eAP.

2.1.1.13 Programas de Provimento Médico da Atenção Primária à Saúde: Programa Mais Médicos (PMM) e Programa Médicos pelo Brasil (PMpB)

O Programa Mais Médicos (PMM) tem como objetivo, entre 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.

De forma complementar ao PMM, foi criado o Programa Médicos pelo Brasil (PMpB) que tem a finalidade de incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade, além de fomentar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade no âmbito da APS no SUS, tendo como prioridade atender os vazios assistenciais do Brasil.

Em 2024, pela primeira vez, em um edital do Mais Médicos foram incluídas vagas sob regime de cotas, com o objetivo de ampliar a participação de pessoas com deficiência (PcD) e de grupos étnico-raciais (negros, quilombolas e indígenas).

Ao final de 2024, considerando os dois Programas de Provimento de Profissionais para a APS (PMMB e PMpB), 26.468 vagas estavam ocupadas, distribuídas em 4.386 municípios e em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei).

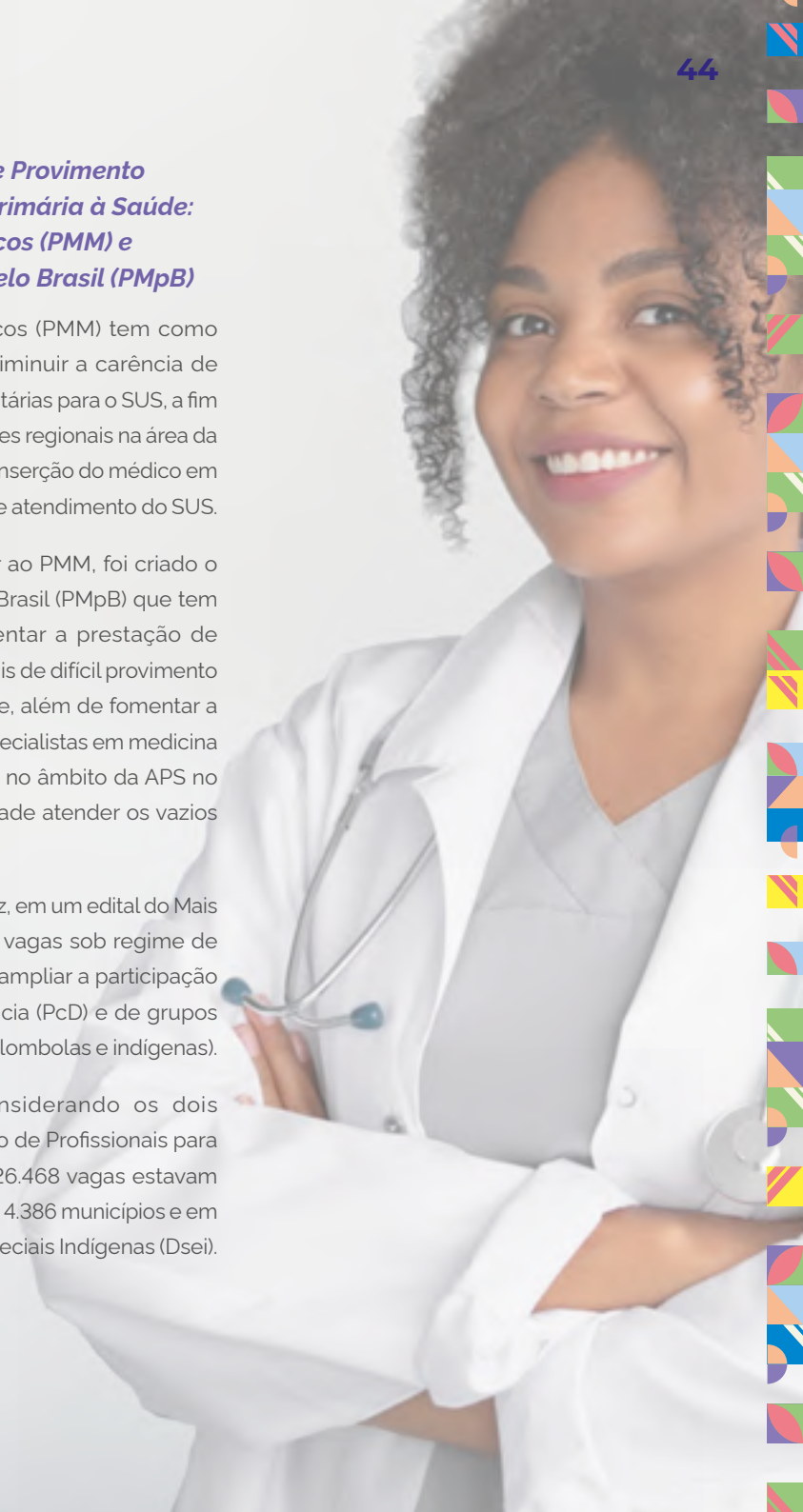


Tabela 9 – Distribuição de vagas ocupadas nos programas de provimento médico da APS – 2024

UF	Vagas ocupados PMMB	Vagas ocupadas PMpB	Total de vagas ocupadas programas de provimento médico na APS
DF	128	38	166
GO	646	135	781
MS	321	29	350
MT	353	24	377
AL	266	85	351
BA	1.620	619	2.239
CE	1.275	465	1.740
MA	956	235	1.191
PB	358	121	479
PE	1.416	309	1.725
PI	351	130	481
RN	417	111	528
SE	181	102	283
AC	199	31	230
AM	900	47	947
AP	200	20	220
PA	1.316	127	1.443
RO	381	81	462
RR	319	23	342
TO	227	44	271
ES	437	132	569
MG	1.992	282	2.274
RJ	1.313	92	1.405
SP	3.118	318	3.436
PR	1.508	182	1.690
RS	1.384	185	1.569
SC	813	106	919
TOTAL	22.395	4.073	26.468

Fonte: Departamento de Apoio a Gestão da Atenção Primária (Dgaps/Saps/MS).

É oportuno mencionar o alto nível de adesão dos diversos municípios brasileiros. Dos 5.570 municípios, 4.541 são aderidos a pelo menos um dos programas de provimento médico do governo federal (82%), demonstrando o alcance dessa política para a saúde pública nacional. O quadro seguinte apresenta de forma detalhada a adesão por região no País, expressando a capilaridade dos Programas.



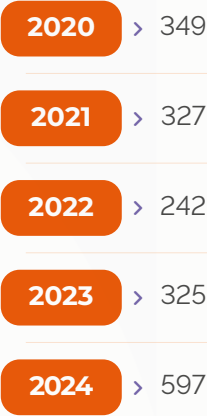
Tabela 10 – Demonstrativo de adesão de municípios aos Programas de Provimento Federal (Mais Médicos e Médicos pelo Brasil) – 2024

UF	QUANTIDADE DE MUNICÍPIOS POR UF	QUANTIDADE DE MUNICÍPIO ADERIDOS	% ADEÇÃO DOS MUNICÍPIOS
DF	1	1	100%
GO	246	183	74%
MS	79	63	80%
MT	142	112	79%
AL	102	97	95%
BA	417	389	93%
CE	184	178	97%
MA	217	210	97%
PB	222	148	67%
PE	185	173	94%
PI	224	179	80%
RN	167	122	73%
SE	75	70	93%
AC	22	22	100%
AM	62	62	100%
AP	16	16	100%
PA	144	142	99%
RO	52	52	100%
RR	15	15	100%
TO	139	100	72%
ES	78	70	90%
MG	853	594	70%
RJ	92	81	88%
SP	645	461	71%
PR	399	361	90%
RS	497	399	80%
SC	295	241	82%
TOTAL	5.570	4.541	82%

Fonte: Departamento de Apoio a Gestão da Atenção Primária (Dgaps/Saps/MS).

Em 2024, o Programa Mais Médicos atuou na emergência em saúde pública dos povos indígenas, em especial os que vivem na terra indígena Yanomami, em Roraima. O incremento de médicos do PMM no território Yanomami reduziu drasticamente os casos de malária grave e a necessidade de remoções para a capital do estado, Boa Vista. Os Programas de Provimento contam com 597 profissionais atuando na saúde indígena, dos quais 50 estão no território Yanomami.

PROFISSIONAIS ATIVOS NOS PROGRAMAS DE PROVIMENTO DO GOVERNO FEDERAL EM DSEI – 2020 A 2024



Fonte: Painel de Monitoramento dos Programas de Provimento da Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

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), instituído em 2011, é uma das estratégias do MS para a estruturação e o fortalecimento da Atenção Primária à 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 APS. 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 MS.

Tabela 11 – Distribuição das obras habilitadas, por componente

COMPONENTES	N.º PROPOSTAS HABILITADAS	%	VALOR APROVADO	VALOR REPASSADO
UBS – Construção	14.733	39,01%	R\$ 9.837.685.397,62	R\$ 4.589.373.742,82
UBS – Reforma	11.465	30,35%	R\$ 1.777.869.032,00	R\$ 1.298.095.298,15
UBS – Ampliação	11.411	30,21%	R\$ 1.568.174.804,50	R\$ 1.137.049.603,92
Ponto de Apoio para Atendimento	103	0,27%	R\$ 38.412.855,00	R\$ 20.602.882,00
UBS Fluvial – Construção	60	0,16%	R\$ 113.367.000,00	R\$ 107.698.650,00
TOTAL GERAL	37.772	100,00%	R\$ 13.335.509.089,12	R\$ 7.152.820.176,89

Fonte: Sistema de Monitoramento de Obras (Sismob).
Nota: trata-se do panorama geral do programa de obras habilitadas desde 2009. Os valores incluem 2024 e os recursos empenhados e pagos em exercícios anteriores.

Com relação à execução das obras vigentes, em dezembro de 2024, 85,74% encontravam-se concluídas, 9,77% em ação preparatória e 4,38% em execução. Registrou-se, ainda, a conclusão de 352 obras de UBS com recurso de programa e emendas parlamentares, sendo 137 construções, 135 reformas, 78 ampliações e 2 pontos de apoio para atendimento.

Tabela 12 – Obras vigentes

COMPONENTES	PROPOSTAS VIGENTES					TOTAL	
	EM AÇÃO PREPARATÓRIA	EM EXECUÇÃO	CONCLUÍDA	PARALISADA	READEQUADA	N.º TOTAL	%
UBS – Ampliação	395	299	7.862	11	0	8.567	28,77%
UBS – Construção	1.948	517	9.213	9	7	11.694	39,27%
UBS – Reforma	521	442	8.390	7	0	9.360	31,44%
Ponto de Apoio para Atendimento	45	41	12	0	0	98	0,33%
UBS Fluvial – Construção	1	4	51	0	0	56	0,19%
TOTAL GERAL	2.910	1.303	25.528	27	7	29.775	100%

Fonte: Sistema de Monitoramento de Obras (Sismob).

2.1.2.2 Novo Programa de Aceleração de Crescimento - PAC

O Novo PAC Saúde promove recursos para reduzir as lacunas na assistência à saúde, alcançando as populações que historicamente foram desassistidas. O programa prioriza a expansão da APS por meio da construção de novas Unidades Básicas de Saúde (UBS), ampliando o acesso e a cobertura da APS em todo o País.

Um marco significativo dessa iniciativa é a atualização dos projetos de arquitetura e engenharia, que desde 2013 não passavam por revisão. Essa atualização representa um avanço histórico na modernização e na renovação da infraestrutura de saúde pública no Brasil. A nova estrutura das UBS foi projetada para atender de forma mais eficaz às necessidades da população, incluindo espaços como salas de amamentação, ambientes coletivos internos e externos que incentivam práticas coletivas, integrativas e comunitárias, consultórios para atendimentos multiprofissionais.

As UBS contarão com salas de vacina e de medicação, todas em conformidade com as normas sanitárias, proporcionando um atendimento seguro e confortável. Além de uma Sala Lilás, especialmente destinada ao atendimento de vítimas de violência. Os consultórios oferecerão condições de acessibilidade, garantindo um atendimento individualizado e de qualidade para todos.

No ano de 2024, no âmbito do Novo PAC, foram selecionadas cerca de 1.800 novas UBS, sendo 1.796 propostas habilitadas até 31 de dezembro de 2024, em que 1.714 propostas estão em ação preparatória, 79 em início de execução e três em fase de execução e conclusão de obra em 1.475 municípios e o Distrito Federal. Além das 1.800 novas UBS, somam-se 1.237 obras que aderiram ao Pacto Nacional de Retomada de Obras da Saúde, totalizando 3.037 obras de UBS no arcabouço do Novo PAC. Nesse total constam obras para o Rio Grande do Sul, além das consideradas com recursos do crédito extraordinário.

Como parte da estratégia para atender aos efeitos do desastre por inundação que acometeu o estado do Rio Grande do Sul, foram habilitadas 414 propostas entre construções, reformas e equipamentos, as quais são obras específicas contempladas com recursos do crédito extraordinário, em 141 municípios, no valor total de R\$ 550 milhões.

Os entes federativos manifestaram interesse na retomada de obras, mediante a apresentação de documentos necessários. Após a análise das informações inseridas no Sistema de

Investimento do SUS (InvestSUS), foram aprovadas 4.207 propostas de obras elegíveis de UBS e 2 UBSF para reativações e repactuações, sendo 1.693 propostas consideradas aptas, destas, 808 propostas autorizadas, conforme Portaria GM/MS n.º 5.426, de 24 de setembro de 2024.

Os entes federativos, citados na referida norma, que tiveram a reativação aprovada, foram autorizados a atualizar as informações no Sismob, bem como aqueles que obtiveram a repactuação de suas obras ou serviços de

engenharia aprovadas, foram habilitados para dar continuidade na retomada de suas obras.

2.1.2.3 Censo Nacional das UBS

O Censo das UBS foi desenvolvida no contexto do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde do SUS e da expansão da Estratégia Saúde da Família. Seu objetivo foi realizar um diagnóstico abrangente das condições de infraestrutura e de oferta de serviços na APS no SUS, por meio da análise das 15 dimensões apresentadas a seguir:

1

Composição das equipes de APS, gestão e processo de trabalho.

6

Promoção da saúde e ações intersectoriais.

11

Cuidado compartilhado e atuação das equipes Multiprofissionais na APS.

2

Condições de infraestrutura da UBS.

7

Vigilância em saúde.

12

Ações comunitárias e territoriais.

3

Saúde digital – incorporação de tecnologias digitais e telessaúde.

8

Equipes de saúde bucal – atuação e escopo de práticas das equipes.

13

Promoção da equidade.

4

Oferta e acesso a métodos diagnósticos e medicamentos na UBS.

9

Atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS).

14

Educação permanente, qualificação e valorização das(os) trabalhadoras(es).

5

Oferta de ações e serviços na UBS – escopo de práticas das equipes.

10

Coordenação do cuidado, integração à Rede de Atenção – mecanismos de regulação assistencial.

15

Atuação das(os) coordenadoras(es) ou gerentes de UBS.

A primeira fase Censo Nacional das UBS consistiu na manifestação de interesse dos gestores municipais. Em seguida, ocorreu a fase de coleta de dados, com prazo estendido em razão das enchentes que afetaram municípios do estado do Rio Grande do Sul. O Censo registrou a manifestação de interesse de 100% dos municípios brasileiros e a resposta de 100% das UBS.

Tabela 13 – Total de UBS (ativas) com resposta ao questionário do Censo, por tipo de estabelecimento da APS cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes) – 2024

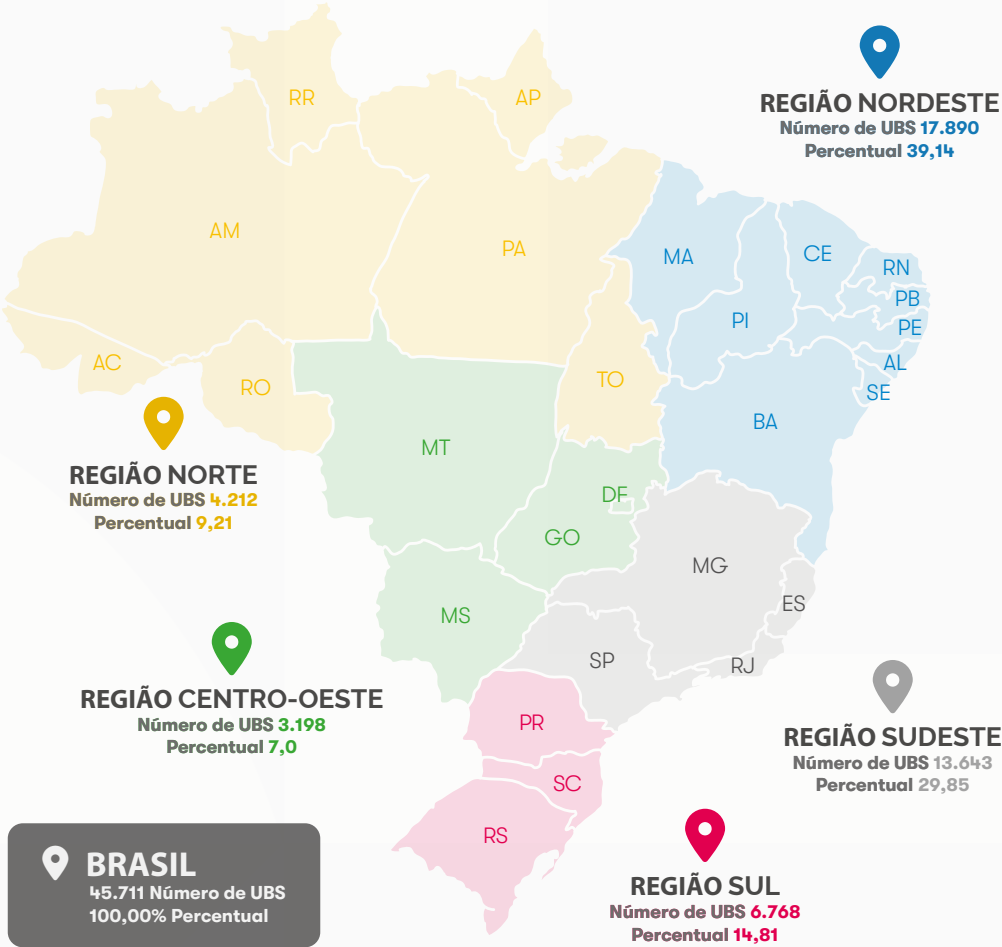
Tipo de Estabelecimento (Código Cnes)	Descrição	Número	Porcentagem
1	POSTO DE SAÚDE	6.070	13,28%
2	CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA	39.329	86,04%
15	UNIDADE MISTA	48	0,11%
32	UNIDADE MÓVEL FLUVIAL	79	0,17%
40	UNIDADE MÓVEL TERRESTRE	21	0,05%
71	CENTRO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA	164	0,36%
TOTAL		45.711	100,00%

Fonte: Coordenação-Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária (CGFAP/Saps/MS).

Atualmente, o MS está realizando o tratamento do banco de dados, entretanto, os resultados preliminares identificaram 45.711 unidades ativas (que responderam ao questionário do Censo), conforme quadro:

Quanto à distribuição das UBS ativas por região do País, identificou-se o seguinte:

Figura 4 – Total de UBS que responderam ao Censo – 2024



Fonte: Coordenação-Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária (CGFAP/Saps/MS).
Nota: dados preliminares.

O Censo das UBS mobilizou uma ampla rede de parceiros em prol da APS, demonstrando a importância deste momento de diagnóstico para gerar as reflexões sobre a situação da estrutura e as práticas em saúde das UBS, de modo a fortalecer a APS.

2.1.3 Agenda da Equidade

2.1.3.1. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas

A Política Nacional de Saúde Integral 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 ao 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. Sendo instituídas, no âmbito da APS, as equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e as UBSF enquanto estratégias de cuidado para estas populações. Registrou-se um total de 1.599.438 cadastros de Povos e Comunidades Tradicionais (PCT) realizados pela APS até o ano de 2024, de acordo com dados extraídos do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab).

2.1.3.2 Política Nacional de Saúde Integral LGBTIA+

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

Nesse sentido, foram desenvolvidas algumas ações em 2024:

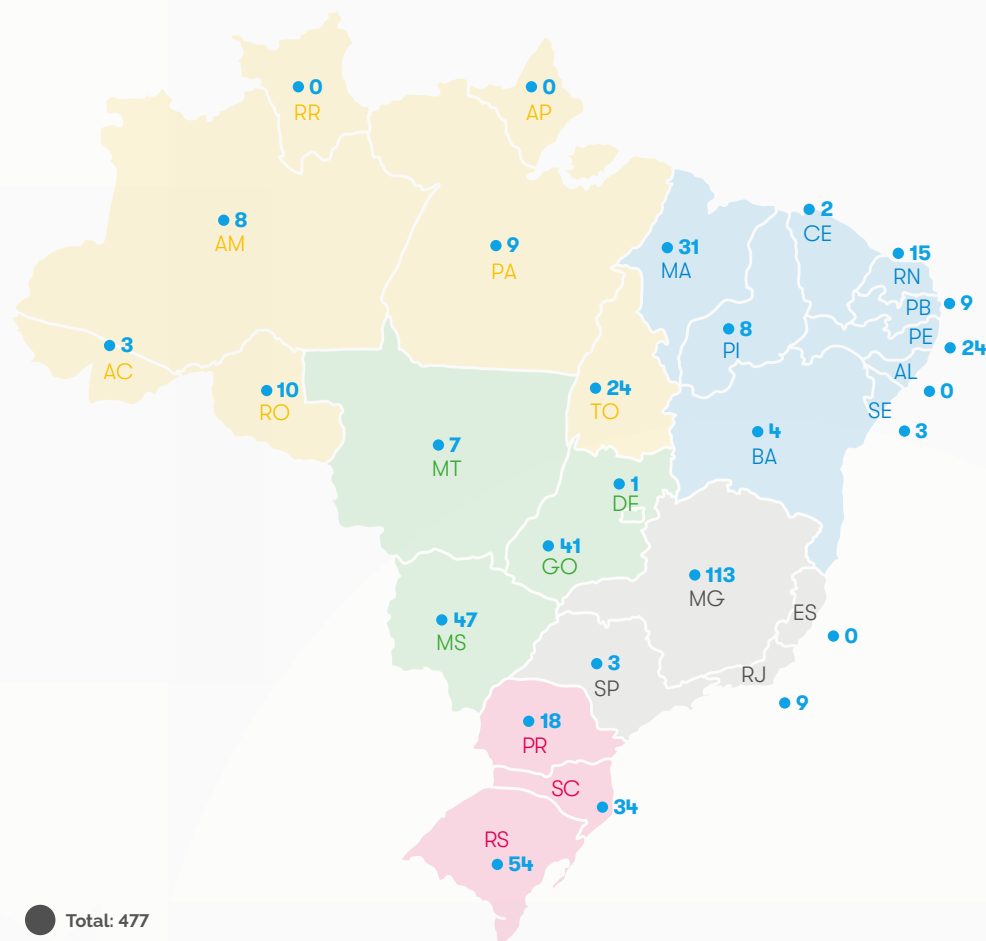
- Qualificação das fichas de cadastro do cidadão junto ao Sistema de Cadastro Nacional de Saúde (CNS) e ao Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), relacionados aos campos de preenchimento: orientação sexual e identidade de gênero. As alterações foram dialogadas e estruturadas ao longo de 2023 e início de 2024. Foram inseridas no Sisab ao final do primeiro quadrimestre de 2024, tendo sua implementação total.
- Elaboração de materiais para campanhas no âmbito do cuidado em saúde da população LGBTIA+.
- Apoio em ações transversais e intersetoriais com o Projeto "Fortalece PSE", do Programa Saúde na Escola, parceria entre o Ministério da Saúde e Ministério da Educação.

2.1.3.3 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp), instituída pela Portaria Interministerial n.º 1, de 2 de janeiro de 2014, estabelece que o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS ocorre por meio de ações de saúde ofertadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde, sendo as equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) responsáveis por essas ações, devendo realizá-las dentro das unidades prisionais.

A Pnaisp reafirma que a Rede de Atenção à Saúde é composta por diversos serviços, desde a atenção primária até a atenção especializada. Dessa forma, além das ações de promoção e prevenção da saúde no interior dos estabelecimentos prisionais, deve ser garantido o seguimento na rede do território (redes de atenção especializada, hospitalar, urgência e redes temáticas) com a elaboração de fluxos, protocolos, linhas de cuidados, e outras ações que envolvam o planejamento para atendimento das pessoas em situação de privação de liberdade.

Figura 5 – Número de municípios com adesão à Pnaisp, 2024



Fonte: publicações DOU e e-Gestor. Desco/Saps/MS.

2.1.4 Enfrentamento das Emergências em Saúde na Atenção Primária

As Emergências em Saúde Pública (ESP) são ocorrências que demandam a aplicação urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública. No Brasil as Emergências em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) são os desastres, as emergências e a desassistência à população.

Atualmente, o Brasil e o mundo estão vivenciando um cenário de mudanças climáticas severas, com impacto direto e indireto na saúde humana, chamando a atenção da população e dos governos, tendo em vista que as consequências das mudanças dos padrões de temperatura e clima, pelas características sazonais de fenômenos climáticos atuantes no Brasil, potencializa a ocorrência e a recorrência de eventos extremos de secas em escalas locais e regionais, como também de chuvas intensas, em diferentes regiões do País, com forte potencial de geração de desastres e por consequência ESP.

O Ministério da Saúde identificou a necessidade de aprimoramento dos dispositivos legais para o incremento emergencial de recursos de financiamento para as ações e os serviços de saúde dos municípios destinados ao enfrentamento das ESP. Assim, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 3.160, de 09 de fevereiro de 2024, que regulamentou o incremento financeiro de custeio para resposta a emergências em saúde pública no âmbito da Atenção Primária à Saúde, da Atenção Especializada à Saúde, da Vigilância em Saúde e da Assistência Farmacêutica do SUS.

Na Atenção Primária à Saúde, em 2024, houve transferências em caráter excepcional e temporário, de aproximadamente R\$ 179 milhões de reais para 1.180 municípios, para atender à emergência em saúde pública decorrente de arboviroses e desastre climático, como inundação e estiagem. Além disso, destaca-se o crédito extraordinário consignado no valor de R\$ 107,42 milhões de reais para atender ao estado do Rio Grande do Sul, acometido pelo desastre meteorológico por chuvas intensas.

Com o objetivo de garantir a continuidade da assistência à população, mesmo diante dos desafios para a manutenção do atendimento e a reconstrução das comunidades atingidas foram realizadas as seguintes ações:

Ações de resposta na emergência do Rio Grande do Sul:



Apoio técnico e financeiro aos municípios atingidos, auxiliando na organização dos serviços de APS e na resposta às demandas da população.



Envio de equipes de profissionais de saúde para reforçar o atendimento nas áreas afetadas, além de insumos e medicamentos para garantir a assistência à população.



Ações de vigilância em saúde para monitorar e prevenir o surgimento de doenças, como as de veiculação hídrica e as transmitidas por vetores.



Atenção à saúde mental da população, com ações de apoio psicossocial para pessoas afetadas pela tragédia.



Apoio para a reconstrução de UBS danificadas pelas enchentes, garantindo a retomada dos serviços de APS nas comunidades.



Elaboração de guias rápidos de atuação da APS em situações de emergência, com orientações para profissionais de saúde e voluntários. Os materiais abordam desde ações essenciais em emergências até a organização da APS em abrigos temporários.

Documentos disponíveis pelos links:

Inundações: diretrizes para Profissionais de Saúde – Unidades Básicas de Saúde:



<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/livros/inundacoes-diretrizes-para-profissionais-de-saude-unidades-basicas-de-saude>

Inundações: diretrizes para Profissionais de Saúde – Abrigos Temporários:



<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/livros/inundacoes-diretrizes-para-profissionais-de-saude-abrigos-temporarios>

Inundações: diretrizes para Profissionais de Saúde – Cuidados em Saúde Mental:



<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/livros/inundacoes-diretrizes-para-profissionais-de-saude-cuidados-em-saude-mental>

Inundações: diretrizes para Profissionais de Saúde – Sistema Prisional:



<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/livros/inundacoes-diretrizes-para-profissionais-de-saude-sistema-prisional>

2.1.5 Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

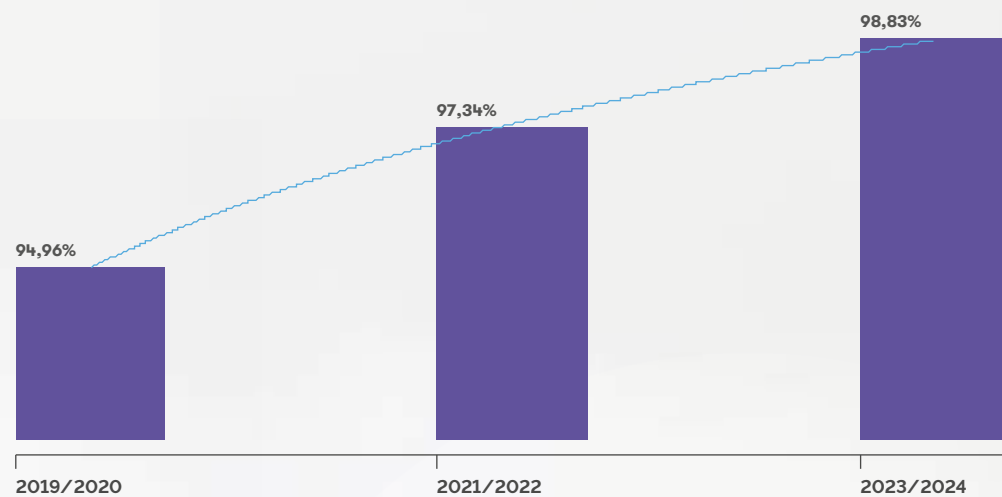
A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) visa promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. 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.

2.1.5.1 Programas Intersetoriais Programa Saúde na Escola (PSE)

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído por meio do Decreto Presidencial n.º 6.286, de 5 de dezembro de 2007, e é gerido de forma intersetorial 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 2023/2024 do PSE, a adesão ocorreu no período de dezembro de 2022 a março de 2023, resultando na participação de 5.506 municípios, 25.206.180 estudantes e 102.199 escolas. Sendo assim, o PSE é um dos maiores programas intersetoriais e de adesão municipal do Brasil, sendo a principal conexão entre o SUS e a rede de educação.

Gráfico 12 – Percentual de cobertura do PSE em todo o território nacional – 2019 a 2024



Fonte: e-Gestor.

O monitoramento do PSE é realizado a partir dos dados extraídos do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab). Foram identificadas 1.705.803 ações com 64.248.342

participantes de uma ou mais atividades do PSE realizadas em 5.254 municípios em 2024, conforme apresentado na quadro a seguir:



Quadro 1 – Ações do PSE – 2022 a 2024

		2022			2023			2024		
		Atividades	Municípios	Participantes	Atividades	Municípios	Participantes	Atividades	Municípios	Participantes
TEMAS PARA A SAÚDE	Agravos negligenciados	18.949	5.284	1.022.064	26.495	5.357	1.470.068	23.979	5.254	1.212.386
	Alimentação saudável	147.952		6.486.375	186.473		7.910.776	156.348		6.197.371
	Ações de combate ao <i>Aedes aegypti</i>	73.272		4.071.294	64.274		3.592.602	84.584		4.705.392
	Cidadania e direitos humanos	22.063		1.283.076	25.781		1.892.357	30.158		1.635.909
	Dependência química/ tabaco/álcool/outras drogas	19.823		1.174.538	32.011		1.554.463	22.539		1.182.616
	Prevenção da violência e promoção da cultura da paz	34.023		2.184.235	54.823		3.313.424	48.370		2.703.177
	Saúde ambiental	19.823		1.089.826	34.246		1.861.225	34.675		1.790.089
	Saúde bucal	341.478		12.712.590	467.705		16.728.414	503.614		17.437.962
	Saúde mental	29.519		1.392.479	49.027		2.382.855	49.880		2.177.937
	Saúde sexual e reprodutiva	29.433		1.550.968	40.995		2.200.108	33.657		1.754.319
PRÁTICAS EM SAÚDE	Antropometria	101.581		3.336.010	122.807		4.113.197	100.512		3.275.525
	Aplicação tópica de flúor	79.827		2.865.025	111.581		3.927.383	129.044		4.316.440
	Escovação dental supervisionada	126.078		4.281.351	93.753		6.629.502	98.003		7.504.627
	Práticas corporais e atividade física	60.234		2.250.430	204.404		2.939.097	235.231		2.473.678
	Saúde auditiva	12.419		489.137	14.454		565.976	11.696		529.053
	Saúde ocular	30.564		1.251.396	36.397		1.299.171	31.260		1.103.129
	Verificação da situação de vacina	69.730		2.768.458	90.576		3.395.304	91.577		3.305.057
COVID-19	Prevenção à covid-19 nas escolas	89.427		4.522.687	37.034		1.743.768	20.676		943.675
TOTAL DE ATIVIDADES E PARTICIPANTES POR ANO:		1.306.195		54.731.939	1.692.836		67.519.690	1.705.803		64.248.342

Fonte: e-Gestor.

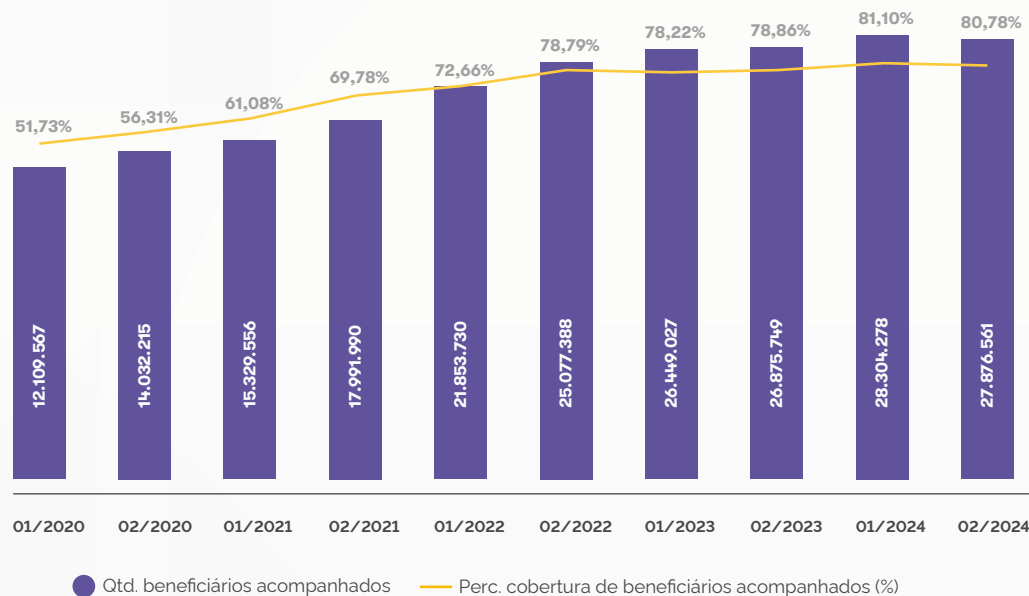
Programa Bolsa Família (PBF)

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 auxílio financeiro vinculado ao cumprimento de compromissos na Saúde, na Educação e na Assistência Social, esses compromissos são chamados de condicionalidades. O público obrigatório para o acompanhamento das

condicionalidades de saúde são 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 em saúde, é possível verificar que o percentual de cobertura de acompanhamento se mantém estável nos últimos anos.

Gráfico 13 – Beneficiários e percentual de acompanhamento PBF – 2020 a 2024



Fonte: e-Gestor (PBF) dados preliminares e sujeitos a alterações.

2.1.5.2 Promoção da Atividade Física Programa Academia da Saúde

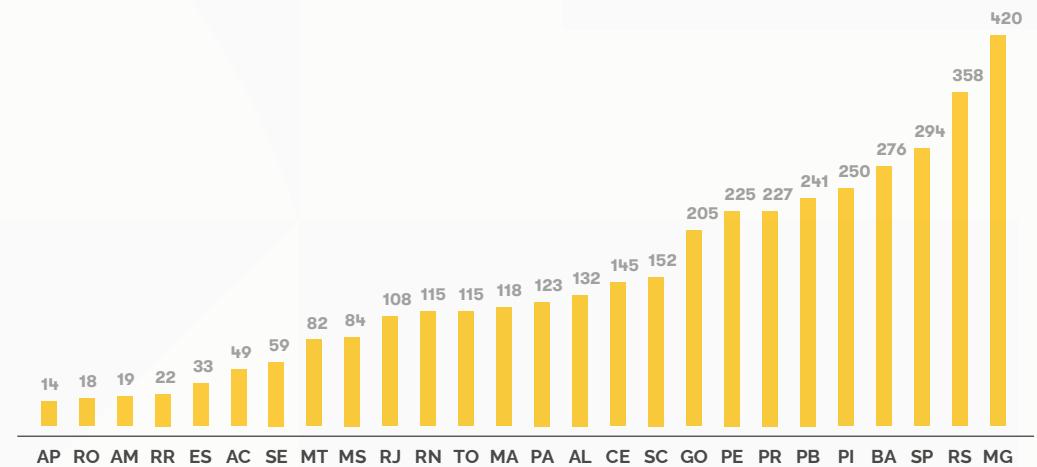
O Programa Academia da Saúde é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos onde são ofertadas ações de promoção da saúde para a população brasileira. Foi instituído em 2011 por meio da Portaria GM/MS n.º 719, de 7 de abril de 2011, e redefinido pelas Portarias de Consolidação GM/MS n.º 5 e n.º 6, ambas 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; produção do cuidado e de modos de vida saudáveis; promoção da alimentação saudável; práticas integrativas e complementares; práticas artísticas e culturais; educação em saúde; planejamento e gestão; e mobilização da comunidade.

Entre os anos de 2011 e 2024, considerando apenas as propostas vigentes, houve a habilitação de 3.884 propostas de obras do Programa, em 2.857 municípios.

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

Gráfico 14 – Propostas de construção de polos do Programa Academia da Saúde vigentes – 2024



Fonte: Sismob.

Entre as propostas vigentes, 318 (8,19%) estão em estágio de "ação preparatória", 70 (1,80%) em "início de execução", 123 (3,16%) em "em execução e conclusão", 922 (23,74%) "concluídas", 2.446 (62,98%) "em funcionamento", 4 (0,10%) em readequação e 1 (0,03%) readequada. Cabe destacar que 2.307 (59,40%) das propostas vigentes foram oriundas de recurso de programa e 1.577 (40,60%) são oriundas de emendas parlamentares, e considera-se vigentes as propostas que não estão nas situações "cadastradas", "canceladas" ou "em cancelamento".

Até dezembro de 2024, 1.517 polos estavam credenciados para o recebimento mensal do incentivo financeiro federal de custeio repassado pelo MS. O repasse do custeio é efetivado mediante o cumprimento de critérios previstos nas Portarias de Consolidação GM/MS n.º 6, de 28 de setembro de 2017, e SAPS/MS n.º 1, de 02 de junho de 2021.

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

O incentivo financeiro federal de custeio destinado à implementação de ações de Atividade Física (IAF) na APS foi instituído em 2022, por meio da Portaria GM/MS n.º 1.105, de 15 de maio de 2022, com o objetivo de ampliar a contratação de profissionais de educação física, da aquisição de materiais de consumo, da qualificação de ambientes relacionados à atividade física, para a melhoria do cuidado relacionado às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) mediante a inserção de atividade física na rotina

desses indivíduos, entre outros mecanismos. Em 2024, 4.422 estabelecimentos receberam repasse de recursos.

2.1.5.3 Alimentação e Nutrição

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan) completou 25 anos em 2024. Essa política demarca o compromisso do SUS 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 à nutrição.

No marco dos 25 anos da Pnan, foi pactuado o novo desenho do incentivo financeiro federal, conforme Portaria GM/MS n.º 5.721, de 11 de novembro de 2024, para apoiar a implementação desta política nos estados, no Distrito Federal e nos municípios, visando à promoção da equidade na organização dos cuidados em alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde. A fim de qualificar a distribuição de recursos, passaram a ser utilizados critérios de equidade (índice de vulnerabilidade social e frequência de má nutrição), com o porte populacional, anteriormente adotado.

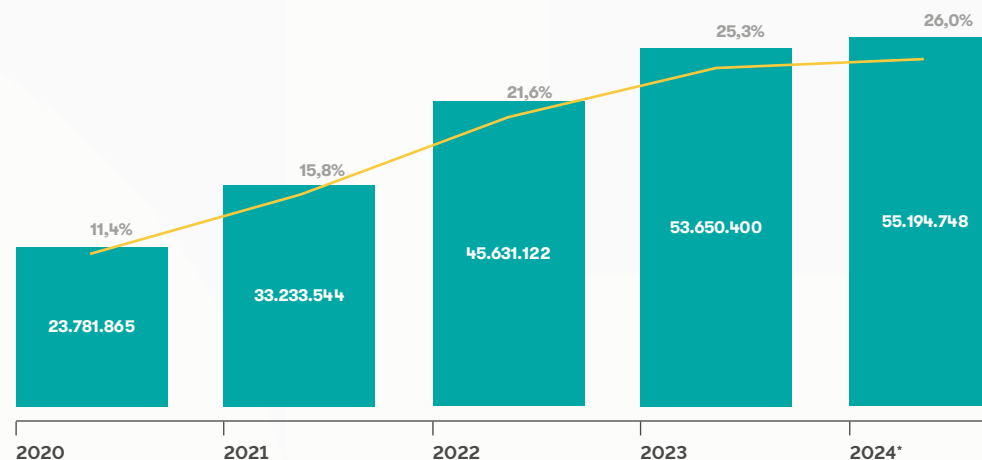
Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) consiste no monitoramento contínuo e na predição de tendências do estado nutricional e de consumo alimentar da população brasileira.

Entre 2020 e 2024, a cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) relacionada ao estado nutricional passou de 11,4% para 26,0%, sendo que, no ano de 2024, mais de 55 milhões de pessoas tiveram peso e altura aferidos e registrados em seu atendimento na Atenção Primária à Saúde. No mesmo período, a cobertura de registro dos marcadores de consumo alimentar aumentou de 0,7% para 3,1%, representando 6.566.492 de pessoas

com os marcadores de consumo alimentar avaliados em 2024. Além disso, em 2024, a maior frequência de desnutrição foi observada entre os idosos 12,3%. A obesidade foi mais prevalente na população adulta (34,6%), sendo que 31,8% dos adolescentes e 29,6% das crianças com 5 a 9 anos foram identificadas com excesso de peso. Ressalta-se que os dados de 2024 são preliminares e estão sujeitos a alteração.

Gráfico 15 – Cobertura de acompanhamento de estado nutricional e número de indivíduos atendidos na Atenção Primária à Saúde – 2020 a 2024

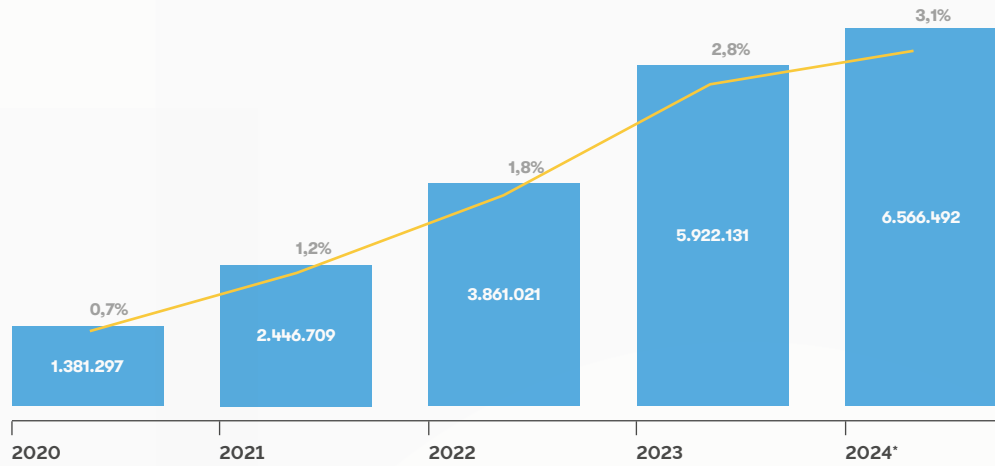


Fonte: relatórios públicos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan).

*Refere-se a dados preliminares, sujeitos à alteração.

Notas: razão entre o número de pessoas que tiveram os marcadores de consumo alimentar avaliados na APS (Sisvan) e as estimativas populacionais de cada ano (2020 a 2024), atualizadas de acordo com a publicação das Projeções da População do Brasil e das unidades da Federação: 2000-2070 pelo IBGE, acessada em 13/1/2025 e disponível no link: https://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2024/projecoes_2024_tab3_grupos_etarios_especificos.xlsx.

Gráfico 16 – Cobertura de acompanhamento de marcadores de consumo alimentar e número de indivíduos atendidos na Atenção Primária à Saúde – 2020 a 2024



Fonte: relatórios públicos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan).
*Refere-se a dados preliminares, sujeitos à alteração.
Notas: razão entre o número de pessoas que tiveram os marcadores de consumo alimentar avaliados na APS (Sisvan) e as estimativas populacionais de cada ano (2020 a 2024), atualizadas de acordo com a publicação das Projeções da População do Brasil e das unidades da Federação: 2000-2070 pelo IBGE, acessada em 13/1/2025 e disponível no link: https://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2024/projecoes_2024_tab3_grupos_etarios_especificos.xlsx.

Tabela 14 – Estado nutricional¹ por fase do curso da vida dos indivíduos atendidos na APS – 2024

Fase do curso da vida	N.º de indivíduos acompanhados	Desnutrição	Excesso de peso ²	Obesidade ³
Crianças menores de 5 anos	7.278.997	4,97%	13,73%	5,68%
Crianças entre 5 e 9 anos	5.874.478	4,80%	29,57%	14,42%
Adolescentes	7.456.726	4,18%	31,82%	13,11%
Adultos	25.089.824	2,04%	69,02%	34,61%
Idosos	8.678.490	12,33%	51,49% ⁴	-

Fonte: relatórios públicos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan). Refere-se a dados preliminares, sujeitos à alteração.
¹Estado nutricional de acordo com Índice de Massa Corporal para idade (crianças e adolescentes) ou Índice de Massa Corporal (adultos e idosos).
²Excesso de peso compreende o somatório dos casos de sobrepeso e obesidade.
³Obesidade compreende o somatório de todos os graus, quando pertinente.
⁴Em idosos a classificação é de sobrepeso. Não há classificação de obesidade.

Triagem do Risco para Insegurança Alimentar (Tria) na Atenção Primária à Saúde

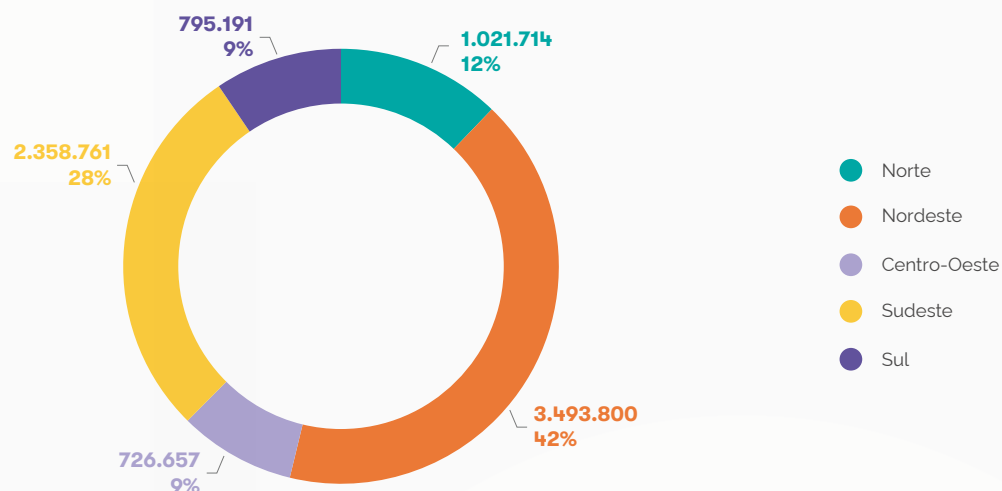
Em 2024 foi dada continuidade à articulação interministerial para desenvolvimento de ferramentas para apoiar estados e municípios na implementação das recomendações da Portaria Interministerial MDS/MS n.º 25, de 1º de setembro de 2023, que dispõe sobre a priorização e atenção aos indivíduos em insegurança alimentar e nutricional no SUS, Sistema Único de Assistência Social (Suas) e Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan). Entre as contribuições do SUS nessa agenda, destaca-se a inclusão da Triagem para o Risco de Insegurança Alimentar (Tria) como prática das equipes de Atenção Primária à Saúde.

A Tria é composta por duas perguntas derivadas da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar

(Ebia) e é aplicada nas Unidades Básicas de Saúde e nas visitas regulares das equipes de Saúde da Família, por meio dos sistemas da Estratégia e-SUS Atenção Primária e hospedadas na Ficha de Cadastro Individual. Havendo identificação de domicílios em risco, a equipe de saúde poderá encaminhar, ágil e oportunamente, as famílias para serviços e programas de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) disponíveis no município, tais como aqueles que garantam a distribuição e o acesso à alimentação adequada e saudável, além de orientar políticas públicas, como o desenvolvimento de equipamentos necessários aos territórios.

O instrumento tornou-se disponível para todos os municípios brasileiros em novembro de 2023 e possui dados coletados até agosto de 2024, que apontam que 8.396.123 domicílios brasileiros foram avaliados quanto ao risco de insegurança alimentar.

Gráfico 17 – Distribuição de domicílios avaliados – 2024



Fonte: Departamento de Informação e Informática do SUS (DataSUS).

Cooperação Internacional

Em 2024, o Ministério da Saúde deu continuidade ao projeto "Fortalecimento da Governança de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) em Moçambique", parte do Programa de Cooperação Técnica Bilateral Brasil-Moçambique da Agência Brasileira de Cooperação (ABC). Foram realizadas duas missões ao país, nas quais ocorreu a definição dos critérios e da metodologia para o desenvolvimento do *Guia Alimentar para Crianças Menores de 5 Anos* e a realização do Seminário de Análise da Factibilidade e Planificação da Elaboração do Catálogo Nacional de Alimentos de Moçambique, além de reuniões técnicas com o Ministério da Saúde de Moçambique e do Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional.

2.1.6 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC)

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 dessas 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.

Em 2024, a PNPIC celebrou 18 anos de implementação com registros de procedimentos nos 26 estados brasileiros mais o Distrito Federal. Destas unidades federativas, 13 possuem Política Estadual de Pics (Pepic), sendo sete com financiamento estadual (Amapá, Bahia, Distrito Federal, Goiás, Maranhão, Minas Gerais e Rio Grande do Sul), seis com a Pepic formalizada, mas sem financiamento estadual (Espírito Santo, Pernambuco, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Santa Catarina). Nove estados têm proposta de Pepic em análise para formalização, sendo eles: Alagoas, Amazonas, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraíba, Piauí, Sergipe e Tocantins. Ademais, há cinco estados sem Pepic, são eles: Acre, Rondônia, Roraima, Ceará e São Paulo.

Em 2024, as Pícs demonstraram avanços significativos na oferta de Pícs na APS e na Média e Alta Complexidade (MAC). No entanto, com um ligeiro decréscimo no total de municípios que ofertam Pícs, totalizando 4.415 municípios em 2024, 4,85% menor comparado aos 4.640 municípios que registram Pícs em 2023. No período de janeiro a dezembro de 2024, foram realizados 18,80 procedimentos por mil habitantes.

2.1.7 Políticas dos Ciclos de Vida

2.1.7.1 Atenção Integral à Saúde da Criança e Adolescente

As ações de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente são orientadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc) e pelas Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde.

A Pnaisc está estruturada em sete eixos estratégicos e 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.

Em 2024, destacam-se as seguintes ações desenvolvidas:

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

Em 2024, a Estratégia Qualineo ampliou seu alcance para as 27 unidades da Federação e concluiu a realização de 263 encontros, com participação de 159 profissionais das unidades neonatais envolvidas. Tal Estratégia 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 a fim de reduzir a mortalidade neonatal. Foram realizadas também ações de sensibilização para a importância do olhar para o cuidado neonatal, com ampla mobilização nas Redes Sociais. Campanhas digitais com postagens informativas, vídeos educativos e depoimentos de mães e especialistas. Em 2024, essas ações atingiram mais de 120 mil visualizações, em parceria com a ONG prematuridade.com. Também foram realizados webinários e encontros virtuais com aproximadamente 1.500 participantes, incluindo profissionais de saúde, gestores e famílias. Temas como o Método Canguru e o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) foram abordados. Encontro virtual com cerca de 500 participantes, entre representantes de unidades de saúde e municípios, destacando práticas como o contato pele a pele imediato.

Também com foco no recém-nascido, em 2024, foram realizados os seguintes cursos: curso EaD de sensibilização da atenção humanizada ao recém-nascido – método canguru – autoinstrucional, com 903 profissionais sensibilizados; curso de sensibilização para a atenção humanizada ao recém-nascido – método canguru na Atenção Primária (EaD autoinstrucional), com 922 profissionais sensibilizados; curso presencial de capacitação de tutores do método canguru – atenção hospitalar com 49 tutores capacitados; curso on-line de capacitação de tutores do método canguru – atenção hospitalar com 283 tutores capacitados e curso on-line de capacitação de tutores do método canguru – atenção primária com 205 tutores capacitados.

Eixo II – Aleitamento materno e alimentação complementar saudável

Em 2024, destaca-se a publicação do Programa Nacional de Promoção, Proteção e Apoio à Amamentação e instituição do Comitê Nacional de Amamentação (Cnam), pela Portaria n.º 5.427, de 2 de outubro de 2024. O Programa tem a finalidade de fortalecer, organizar e qualificar a implementação das ações de promoção, proteção e apoio à amamentação de forma articulada no âmbito das Redes de Atenção à Saúde. O Comitê apoiará o Ministério da Saúde na implementação das ações do Programa.

Na Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, em 2024, mais de 16 mil profissionais da APS concluíram o curso on-line Recomendações baseadas na *Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos* e mais de 300 foram formados como tutores da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB).

No ano de 2024 foram certificadas, no âmbito da ação Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA), 48 salas de apoio à amamentação, distribuídas pelo Distrito Federal e pelos estados do Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo. Além disso, foram formados 22 profissionais de saúde em Santa Catarina como tutores da ação MTA.

Pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Ihac), foram realizadas 15 avaliações globais em hospitais candidatos à habilitação na Iniciativa, para verificar o cumprimento dos critérios. Atualmente, 317 hospitais estão habilitados na Iniciativa, universo que representa aproximadamente 10% dos estabelecimentos que realizam partos no País. Aproximadamente um quarto dos nascimentos no Brasil ocorrem em hospitais habilitados na Ihac. Além disso, foram realizadas oficinas em Alagoas, Rio Grande do Norte e Ceará, que formaram 90 profissionais de saúde como avaliadores estaduais da Iniciativa.



Conforme Portaria de Consolidação n.º 02, de 28 de setembro de 2017, todos os hospitais habilitados na lhac devem passar por reavaliação presencial a cada três anos para verificar a manutenção do cumprimento dos critérios de habilitação, assim, em 2024, foram realizadas 54 reavaliações trienais em hospitais Amigos da Criança.

A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-Brasil) é uma ação estratégica para a promoção, a proteção e o apoio ao aleitamento materno, bem como para a coleta, o processamento e a distribuição de leite humano a bebês prematuros e de baixo peso. Cumpre destacar que 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, contando com 234 Bancos de Leite Humano (BLH) e 249 Postos de Coleta de Leite Humano. Em 2024, mais de 185 mil litros de leite foram coletados, de aproximadamente 147 mil doadoras, e distribuídos a quase 167 mil bebês prematuros ou de baixo peso internados nas Unidades Neonatais do País. Foram realizados mais de 2 milhões e 300 mil atendimentos individualizados a lactantes e lactentes. Além disso, a Rede BLH realiza cooperação internacional com 23 países da América Latina, Caribe, Península Ibérica e África. Em 2024, foram repassados aos estados e aos municípios pelo governo federal, no âmbito da Rede Alyne, R\$ 13,8 milhões de incentivo financeiro de custeio para qualificação destes serviços.

O Ministério da Saúde formou, até 2024, 3.216 profissionais no curso "Reconhecendo a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL): formação para Profissionais da Rede de Atenção à Saúde, disponível na Plataforma UnaSUS, que aborda o conjunto de normas existente no Brasil para regular a promoção comercial e a rotulagem de alimentos e produtos destinados a crianças de primeira infância, como leites, papinhas, bicos, chupetas e mamadeiras, e assim assegurar o uso apropriado desses produtos de forma que não haja interferência na prática do aleitamento materno, configurando-se como importante instrumento para o controle da publicidade indiscriminada dos alimentos e produtos de puericultura que concorrem com a amamentação.

Com relação à Implementação da Lei n.º 13.002, de 20 de junho de 2014, que tornou obrigatório o teste da linguinha em recém-nascidos em todo o Brasil, em outubro de 2024 foi lançado o Curso de Atualização em Atenção ao Recém-Nascido com Anquiloglossia, no formato EaD, voltado para profissionais de saúde que prestam atendimento ao recém-nascido, nos serviços de maternidade, na Atenção Primária à Saúde e em Centros de Especialidades, com 534 alunos matriculados até o final de 2024.



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

Em 2024, realizou-se a impressão e a distribuição de 6.538.368 exemplares da Caderneta da Criança, sendo 3.269.184 para meninos e 3.269.184 para meninas, no valor total de R\$ 18.336.974,04.

Ainda, em 2024, foi ofertado apoio técnico à realização da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad), especificamente na Avaliação do Desenvolvimento Infantil. A publicação da pesquisa está disponível em:

 <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102154.pdf>

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

A metodologia da Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (Aidpi) I 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 de Atenção Primária, como consultório, Unidade Básica de Saúde ou serviço ambulatorial dos hospitais.

Foram realizadas quatro capacitações da estratégia de Aidpi para subsidiar profissionais da saúde no manejo clínico de crianças com agravos prevalentes na infância, alcançando 841 profissionais.

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

No que diz respeito ao combate à violência contra crianças e adolescentes, o Ministério da Saúde atua de forma transversal. Em 2024, houve atualização do Boletim Epidemiológico 8/2023 sobre Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021. O Boletim está disponível em:

 <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-08>

Em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), iniciou-se a atualização da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências. Este documento é uma ferramenta fundamental para apoiar gestores e trabalhadores do SUS no acolhimento e no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência, promovendo ações coordenadas e articuladas para assegurar a integralidade do cuidado. Como parte das ações deste ano o MS protagonizou a realização de uma oficina no estado do Acre, focada na utilização da Linha de Cuidado para o fortalecimento da rede de proteção e assistência no território.

O Ministério da Saúde também colaborou com a participação do Brasil no Segundo Relatório sobre a Situação Global da Prevenção da Violência contra Crianças da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS). Este relatório visa avaliar o progresso dos países no cumprimento dos ODS que visam acabar com a violência contra crianças e adolescentes, e monitorar sua prevenção a partir das estratégias do Inspire – Sete Estratégias para Acabar com a Violência contra Crianças e Adolescentes.

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

Em parceria com o Unicef, o Ministério da Saúde realizou o Seminário Primeira Infância Antirracista, com o objetivo de sensibilizar e qualificar as referências técnicas de saúde da criança das 27 unidades federativas sobre o impacto do racismo na primeira infância. A iniciativa alcançou 48 participantes, entre técnicos de referência em saúde da criança e aleitamento materno, que culminou na realização de um plano de ação.

A 7ª edição da Caderneta da Criança foi lançada com a inclusão do M-CHAT-R, um instrumento de rastreio de sinais de risco para o Transtorno do Espectro Autista (TEA) em crianças de 16 a 30 meses. Outra ação iniciada é a inclusão do M-CHAT-R e M-CHAT-R/F no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) no e-SUS APS. Estas iniciativas objetivam instrumentalizar os profissionais da APS para a detecção precoce de TEA.

Em dezembro de 2024, o Ministério da Saúde, em parceria com a UFC, apoiou a Oficina de formação de novos multiplicadores para a promoção do uso da Caderneta da Criança: Passaporte da Cidadania em Territórios Indígenas. A formação baseia-se no material *Guia de formação para a promoção do uso da caderneta da criança: passaporte da cidadania em territórios indígenas* e contou com a participação de 21 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei).

Destaca-se também a atuação no COE Yanomami, com a realização de qualificação de 42 profissionais do Programa Médicos para os cuidados ao nascimento, transporte neonatal e reanimação. Também foram qualificados mais de 70 profissionais entre médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, bem como equipe de transporte e logística local para ações relacionadas ao cuidado ao nascimento, transporte neonatal e reanimação neonatal.

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

O MS está revisando as fichas de investigação dos óbitos fetais e infantis. Além disso, está elaborando a proposta de instituição do Comitê de Prevenção do óbito Materno, Infantil e Fetal.

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

As diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde têm como objetivo geral sensibilizar e mobilizar gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde para integrar nas ações, nos programas e nas políticas do SUS e nas outras políticas de Governo, estratégias interfederativas e intersetoriais que convirjam para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens.

Entendendo a importância da instituição de uma política de saúde voltada ao público adolescente e jovem, em 2024, foram realizadas seis oficinas de escuta para a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral da Saúde dos Adolescentes e Jovens (Pnaisaj), com a escuta de aproximadamente 130 pessoas, incluindo gestores e profissionais de saúde, sociedade civil, especialistas em saúde do adolescente, outras secretarias do Ministério da Saúde e outros Ministérios. A Pnaisaj também foi disponibilizada para consulta pública por dez dias, e em torno de 15 pessoas contribuíram no documento ao longo desse período. A minuta da Pnaisaj também foi apresentada e discutida com representantes do Conselho Nacional de Saúde,

o que resultou na publicação da Resolução n.º 756 do Conselho Nacional de Saúde, de 15 de agosto de 2024 – A qual dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens. Ainda em 2024, elaborou-se o relatório de Análise de Impacto Regulatório e teve início o processo de pactuação da Política com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde (Conasems).

2.1.7.2 Atenção Integral à Saúde da Mulher

As mulheres são maioria na população brasileira e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Por isso, a saúde da mulher é uma das áreas prioritárias do MS, compondo a agenda transversal do Plano Plurianual (2024-2027).

O ano de 2024 foi marcado por avanços significativos na área da saúde da mulher no Brasil, com destaque para o lançamento e início da implementação da Rede Alyne. Essa iniciativa, alinhada aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), visa garantir o acesso universal a serviços de saúde de qualidade, com foco no enfrentamento às desigualdades étnico-raciais e regionais. A meta assumida pelo Brasil junto às Nações Unidas é reduzir a Razão de Mortalidade Materna (RMM) para 30 mortes por 100 mil nascidos vivos até 2030.

Além da Rede Alyne, destaca-se a continuidade da implementação de ações para ampliar o acesso à contracepção no âmbito do planejamento familiar e reprodutivo e a qualificação de profissionais para a atenção à saúde ginecológica. A realização de ações e projetos para diferentes momentos do ciclo de vida das mulheres e com atenção à sua diversidade é parte do esforço do Ministério da Saúde para fortalecer a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (Pnaism).

A Rede Alyne integra ações de planejamento familiar, assistência pré-natal e puerperal, em consonância com fortalecimento da Atenção Primária, por meio da promoção da articulação entre os diferentes níveis de atenção e a destinação de recursos para a realização de exames e testes rápidos de gravidez.

Em 2024, foram alocados R\$ 52.098.513,30 para ampliar a oferta de exames de pré-natal e R\$ 6.372.662,64 para a aquisição de testes rápidos de gravidez, fortalecendo o acesso e a qualidade dos serviços oferecidos às gestantes. Além disso, houve a atualização dos componentes da Rede, que agora incluem a modalidade de transporte inter-hospitalar e a previsão de especialistas em obstetrícia na regulação. Assim como, a garantia do acompanhamento contínuo e de qualidade às crianças recém-nascidas, induzindo também o modelo de cuidados progressivos àqueles que nascem em situação grave ou potencialmente grave nas unidades neonatais.

Com vistas à promoção da integralidade da atenção à saúde das mulheres, em 2024 o Ministério da Saúde seguiu com a implementação da estratégia que visa à ampliação do acesso a métodos contraceptivos de longa duração (Larc) na APS. Investiu-se na qualificação de profissionais por meio da implementação dos centros de referência para a multiplicação de ações de inserção de DIU e Implante, em parceria com o Fundo das Populações das Nações Unidas (UNFPA), com a Fiocruz e outras instituições, em cinco estados e cinco capitais do Brasil. A estratégia demonstra compromisso do governo em mobilizar parceiros para a garantia de acesso universal aos serviços e aos insumos de saúde sexual e reprodutiva e a redução de gravidez na adolescência.

Já para melhoria da Atenção Ginecológica, foram desenvolvidas ações de qualificação profissional nos diferentes níveis de atenção por meio do Projeto de Saúde das Mulheres por fase da vida, do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) em parceria com a Beneficência Portuguesa. Também foi lançada a Cartilha *A importância da Atenção Primária à Saúde no Cuidado Integral às Mulheres com Câncer*, por meio de um seminário realizado na Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

Tabela 15 – Indicadores de atenção à saúde da mulher – 2024

NOME	FONTE	META	ALCANCE EM 2024
Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, tendo iniciado o pré-natal até a 12ª semana de gestação ¹	Sisab	52%	46%
Razão de mortalidade materna ²	Sinasc/SIM	52,3	44,41
Inserção de método contraceptivo de longa duração na Atenção Primária à Saúde (DIU)	Sisab	68.783	80.430

Fonte: Departamento de Gestão do Cuidado Integral (DGCI/Saps/MS).
¹Dados preliminares.
²Dados preliminares. Em virtude do processo de investigação do óbito, mesmo após o "fechamento" dos dados, pode haver alteração.

2.1.7.3 Atenção Integral à Saúde do Homem

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, instituída em 2009, visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento aos fatores de risco e vulnerabilidades, promovendo o acesso às ações e aos serviços de atenção integral à saúde, respeitando as diferentes expressões de masculinidades. Para atingir seus objetivos, esta Política deve ser desenvolvida a partir de cinco eixos temáticos: Acesso e Acolhimento; Paternidade e Cuidado; Saúde Sexual e Reprodutiva; Prevenção de Violência e Acidentes; e Doenças Prevalentes.

Foi realizado o lançamento e a oficina presencial do "Projeto EQUALISAH: Abordando Masculinidades para o enfrentamento à violência contra meninas e mulheres", onde participaram de forma presencial 100 pessoas (profissionais de saúde e gestores), a oficina aconteceu de forma presencial, em Brasília/DF e o lançamento está disponível no YouTube.

Ainda em 2024, o Ministério da Saúde por meio de um Acordo de Cooperação Técnica, capacitou mais de 6 mil profissionais, nas 27 regiões federativas. As capacitações têm como objetivo munir os trabalhadores da saúde com informações para uma abordagem que incentive o envolvimento dos homens no exercício da paternidade, problematização dos padrões de masculinidades, prevenção de violência e promoção da equidade de gênero. Também vale a pena destacar dois encontros virtuais com coordenadores estaduais de Saúde do Homem das 27 unidades da Federação, no intuito de apoiá-los enquanto a implementação da Política.

2.1.8 Apoio e Monitoramento de Doenças Imunopreveníveis e Transmissíveis na APS

As ações de prevenção e controle de doenças transmissíveis são realizadas, prioritariamente, na APS, que desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e no enfrentamento dessas enfermidades. Para essas ações, além dos recursos da APS, que incluem componentes como os destinados ao provimento de equipes, programas específicos e desempenho, também são utilizados recursos direcionados da Vigilância em Saúde. Essa integração de recursos permite o fortalecimento de estratégias fundamentais, como imunização, busca ativa de casos e educação em saúde, garantindo maior eficácia no controle dessas doenças. Esses esforços conjuntos têm gerado resultados expressivos, como a ampliação das coberturas vacinais e a redução da transmissão de doenças, fortalecendo a resposta territorial em saúde.

Em 2024, ocorreram 4.264.993 atendimentos relacionados à dengue na APS. O registro de atendimentos para tuberculose alcançou 483.881 em 2024. Já os atendimentos relacionados à hanseníase, totalizaram 207.274.

2.2 Atenção Especializada à Saúde

Serviços da Atenção Especializada Habilitados em 2024

Entre as ações do Ministério da Saúde (MS), está a análise e o acompanhamento das propostas de habilitação dos estabelecimentos de saúde, no âmbito das políticas de atenção especializada.

Tabela 16 – Serviços habilitados na atenção ambulatorial especializada no SUS – 2017 a 2024

SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Atenção especializada às pessoas com deficiência auditiva	23	32	33	33	33	35	36	37
Centro de atendimento de urgência (tipo i, ii e iii) aos pacientes com AVC	54	64	73	74	85	94	112	119
Assistência de alta complexidade cardiovascular	275	282	296	297	303	297	298	305
Implante percutâneo de válvula aórtica (Tavi)	0	0	0	0	0	0	0	27
Administração pré-hospitalar de tenecteplase	0	0	0	0	0	0	0	45
Serviço de referência em doenças raras (Estabelecimentos habilitados)	7	88	17	18	21	23	31	36
Centro de tratamento da má formação lábio palatal	28	29	30	30	30	32	33	34
Tratamento da lipodistrofia do portador de HIV/aids	17	17	17	17	17	17	18	18
Tratamento da lipoatrofia facial do portador de HIV/aids	17	17	17	17	17	18	17	31
Assistência de alta complexidade em nefrologia com hemodiálise	700	724	732	750	737	749	751	773
Assistência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia	277	280	283	283	287	283	288	296
Neurocirurgia/Endovascular/Trombectomia mecânica	0	0	0	0	0	0	13	13
Assistência de alta complexidade ao paciente portador de obesidade grave	76	82	91	93	93	93	110	50
Atenção especializada em oftalmologia	14	22	22	24	26	26	31	31
Tratamento do glaucoma com medicamentos no âmbito da Política Nacional de Atenção Oftalmológica	384	394	401	401	402	405	415	415
Alta complexidade em oncologia	304	329	347	352	350	351	355	324
Qualicito laboratórios	807	853	857	856	852	851	868	843
Serviços de referência para diagnóstico e tratamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero (SRC)	21	27	42	45	46	45	47	48
Serviço de diagnóstico mamário (SDM)	10	14	22	26	27	28	28	30
Atenção especializada no processo transexualizador	12	15	15	15	15	15	31	36
Assistência a pacientes queimados	45	45	47	47	47	48	83	101
Assistência de alta complexidade em terapia nutricional	436	440	451	453	462	471	470	492
Assistência de alta complexidade em traumatologia-ortopedia	303	306	311	314	320	325	334	342

Fonte: Cnes, SIA-SUS e SIH-SUS.

Simplificação das habilitações em Alta Complexidade: Cardiovascular, Neurologia e Traumatologia-Ortopedia

Com o intuito de conferir mais autonomia a estados e municípios na gestão de suas redes assistenciais, a atual Gestão publicou, em junho de 2023, a Portaria Saes/MS n.º 516, de 21 de junho de 2023, que altera itens da seção I, II, e IV do Capítulo I, do Título II da Portaria de Consolidação n.º 1, de 22 de fevereiro de 2022, que trata das normas de credenciamento e habilitação das unidades de assistência e dos centros de referência de alta complexidade de cardiovascular, neurologia, traumatologia e ortopedia.

Com a publicação da nova Portaria, foram simplificados os critérios de habilitação com o objetivo de fortalecer os arranjos locais e regionais. Após a sua publicação 58 novas propostas de habilitação foram enviadas ao Ministério da Saúde por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (Saips).

Quadro 2 – Solicitações de habilitação de serviços na cardiologia e na neurologia após Portaria Saes/MS n.º 516, de 21 de junho de 2023

0801 – Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular	13
0802 – Centro de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular	4
1601 – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia	17
1602 – Centro de Referência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia	1
2501 – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-ortopedia	23
Total	58

Fonte: Saips.

O princípio geral é de descentralização do processo de habilitação de serviços, atualmente concentrado no Ministério da Saúde, para as instâncias regionais de pactuação. Nesse sentido, a iniciativa de simplificação das portarias nacionais remete ao Planejamento Regional Integrado e aos Planos Estaduais de Saúde, previstos na Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, a competência para definição das atribuições e das metas dos serviços.

O Planejamento Regional Integrado (PRI) passa a ser referência para os processos de habilitação junto ao Ministério da Saúde, e deve conter o dimensionamento e o fluxo assistencial das redes regionais, adequados às respectivas necessidades de saúde.

Projeto Apoio à Formulação e à Implementação da Política Nacional de Atenção Especializada no SUS

Em agosto de 2023, foi celebrado o Termo de Execução Descentralizada (TED) n.º 08/2023, com a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), com vistas a execução do Projeto Apoio à Formulação e à Implementação da Política Nacional de Atenção Especializada no Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objetivo geral é apoiar o MS na formulação de um Política Nacional de Atenção Especializada e na criação de Redes de Cuidados Especializados em Saúde.

O Projeto foi desenvolvido com dois objetivos específicos/metás:

- **Objetivo Específico** – OE 01: Produzir diagnóstico situacional da Atenção Especializada no Brasil para compreender os entraves no acesso e o processo de produção de filas para cirurgias, consultas, exames diagnósticos e procedimentos.
- **Objetivo Específico** – OE 02: Subsidiar a formulação da Política de Atenção Especializada em duas dimensões: emergencial e estrutural.

Importante destacar que o Projeto visa elaborar um diagnóstico detalhado da organização da Atenção Especializada no Brasil, das disponibilidades de profissionais e da demanda reprimida para cirurgias, consultas, exames e procedimentos diagnósticos, além das desigualdades regionais.

Outra importante ação que o Projeto apresentou foi a elaboração de diretrizes que subsidiará a implementação da nova Política de Atenção Especializada. Em 2024, foram publicados no site Observatório de Políticas Públicas do SUS da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp os relatórios dos 26 estados e do Distrito Federal, referentes às temáticas a seguir:

- Relação entre parâmetros de necessidade da assistência especializada e oferta de serviços SUS nos estados e macrorregiões do Brasil nas áreas de oncologia, doenças cardiovasculares, terapia renal substitutiva, oftalmologia e ortopedia.
- Mapeamento da oferta da assistência especializada no SUS e serviços privados nas áreas de oncologia, doenças cardiovasculares, terapia renal substitutiva, oftalmologia e ortopedia.
- Gestão do trabalho e da formação profissional na atenção especializada à saúde.
- Desigualdades na atenção especializada ambulatorial no SUS.
- Desafios do acesso à atenção especializada e experiências de gestão do cuidado no SUS.

 <https://site.unifesp.br/observatoriodosus/>

Destaca-se que os mencionados relatórios foram previstos na meta 1: Produzir diagnóstico situacional da Atenção Especializada no Brasil para compreender os entraves no acesso e o processo de produção de filas para cirurgias, consultas, exames diagnósticos e procedimentos do TED n.º 08/2023.

Agenda Transversal e Multissetorial da Primeira Infância

Conforme o disposto no Decreto n.º 10.770, de agosto de 2021, a Agenda Transversal e Multissetorial 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 2024 estão descritos a seguir:

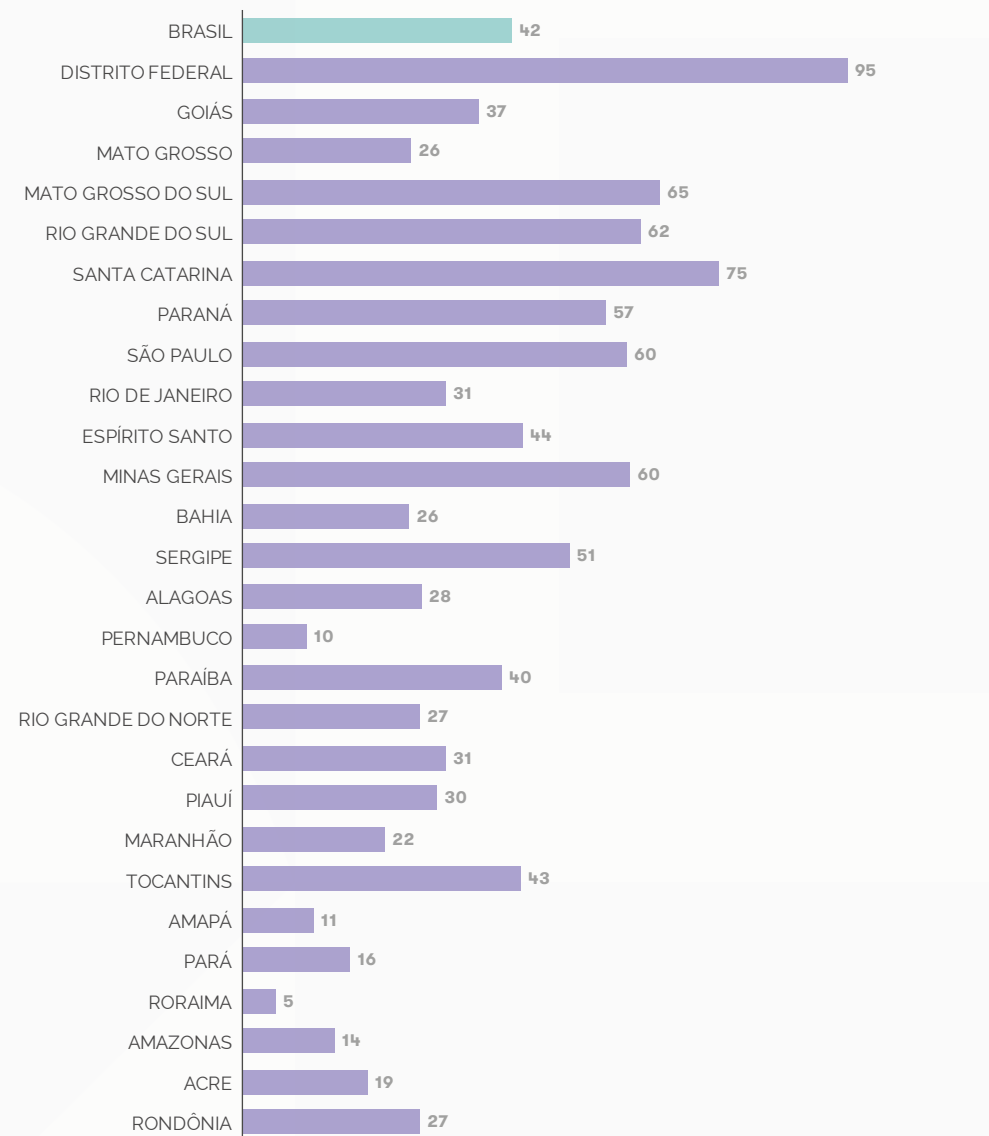
a) Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência – RCPD

Os serviços habilitados pelo Ministério da Saúde que compõem a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência (RCPD), realizaram, até novembro de 2024, 8.225.630 procedimentos em crianças de 0 a 6 anos de idade, incluindo consulta médica e multiprofissional, atendimento/acompanhamento de paciente em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor e atendimento fisioterapêutico nas alterações motora, além de procedimentos relativos ao diagnóstico.

No tocante à identificação precoce da deficiência auditiva nos neonatos e lactentes, a Lei n.º 12.303, de 2 de agosto de 2010, tornou obrigatória a realização da Triagem Auditiva Neonatal gratuita em crianças nascidas nas dependências de hospitais e maternidades. A triagem Auditiva Neonatal (TAN) ou Teste da Orelhinha é realizado por meio de exames fisiológicos e eletrofisiológicos da audição: Emissões Otoacústicas Evocadas (EOA) e Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico (Peate), visando identificar o mais precocemente possível as deficiências auditivas em recém-nascidos e lactentes tendo como objetivo o encaminhamento do neonato para o diagnóstico dessa deficiência e intervenções adequadas à criança e sua família. Destaca-se que a TAN deve ser realizada, preferencialmente, nos primeiros dias de vida (24h a 48h) na maternidade, e no máximo, durante o primeiro mês de vida, salvo nos casos em que a saúde da criança não permita a realização dos exames.

No período de janeiro a novembro de 2024, foram registrados e aprovados, no SIA/SUS e SIH/SUS, o total de 799.197 exames de TAN. No País, dos usuários com até 1 ano de idade, apenas 18,5% possuem assistência médica por planos de saúde, de acordo com a ANS. Desse modo, em novembro de 2024, obteve-se 42,3% de cobertura nacional da TAN no SUS.

Gráfico 18 – Cobertura Triagem Auditiva Neonatal (TAN) no SUS (em %) – 2024



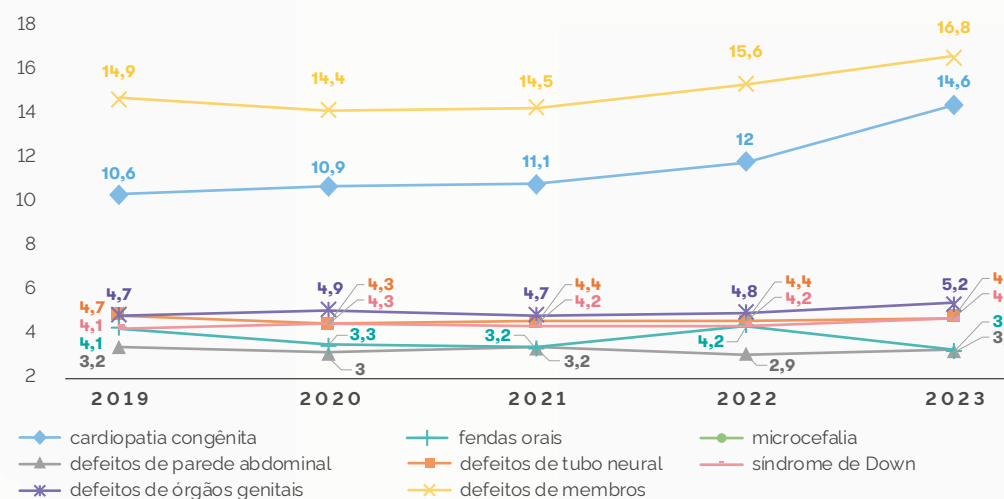
Fonte: CGSPD/Daet/Saes. Sinasc, SIA/SUS, SIH/SUS e ANS. Competência novembro/2024. Dados extraídos em 26/11/2024.

b) Cirurgia Cardiovascular Pediátricas

Entre as anomalias congênitas, as cardiopatias congênitas, as malformações do tubo neural e as anormalidades cromossômicas, como a síndrome de Down, são os distúrbios mais comuns e graves. Em 2016, a síndrome congênita do Zika (SCZ) juntou-se a esta lista. As cardiopatias congênitas (CC) são caracterizadas por alterações na estrutura cardíaca ou de seus vasos, ainda na fase de desenvolvimento intrauterino. As causas são diversas e vão desde de fatores genéticos, ambientais (teratogênicos) ou da combinação entre eles, (etiologia multifatorial). Essa condição é um fator importante para morbidade e mortalidade em crianças e adultos, e configuram um terço de todas as anomalias congênitas existentes. No mundo existem diferenças significativas relacionadas tanto ao acesso ao cuidado quanto ao desfecho, sendo que nove décimos das crianças que nascem com CC vivem em locais com pouco ou nenhum acesso ao cuidado e onde a mortalidade permanece elevada.

No Brasil, a cardiopatia congênita teve a segunda maior prevalência entre as anomalias congênitas entre os anos de 2019 e 2023. Nesse contexto, a alocação ideal de recursos para a triagem, cuidado e desenvolvimento de estratégias considerando custo efetividade, requer uma avaliação precisa da carga absoluta e relativa de doenças cardíacas congênitas em todo o mundo. Os dados da cardiopatia congênita foram estruturados pelo Ministério da Saúde, a partir de 2024, portanto, os dados do ano de 2024, ainda estão em apuração, e serão disponibilizados em 2025.

Gráfico 19 – Distribuição das prevalências das anomalias congênitas, por 10 mil nascidos vivos – 2019 a 2023



Fonte: Sinasc.

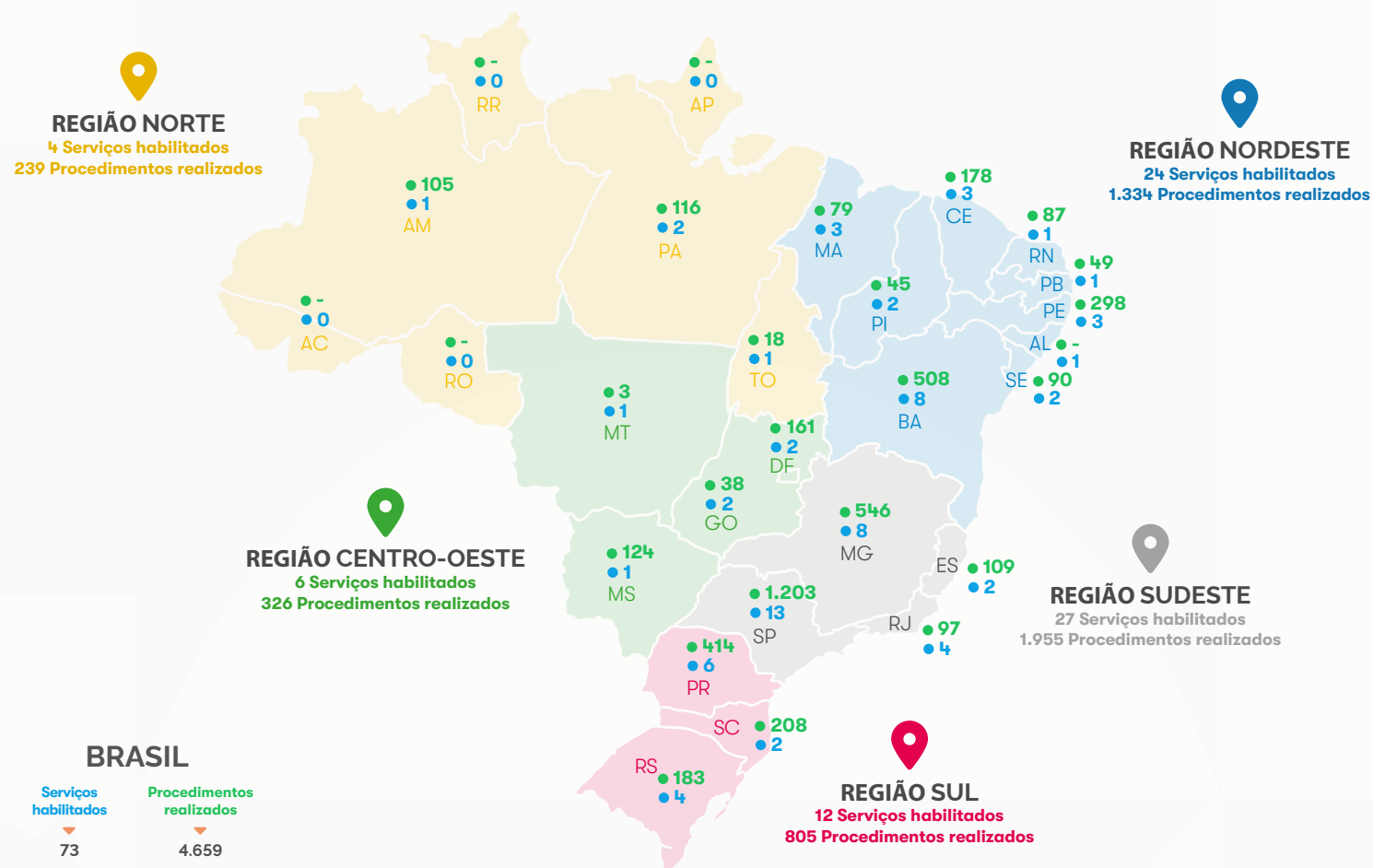
Em 2023, no Brasil, de acordo com dados do Sinasc, nasceram 25.480 crianças com anomalias congênitas. Destas, 3.699 com diagnóstico de CC, 14,5% do total de todas as anomalias. Já no ano de 2024, dados preliminares apontam para um número de 16.039 diagnósticos de anomalias congênitas, valor que deve aumentar, já que os dados disponíveis no Sinasc são de agosto de 2024, destas anomalias, 2.362 são cardiopatias congênitas, o que corresponde a 15% das alterações congênitas, não havendo variação significativa em proporções.

Sobre a taxa de mortalidade, o Brasil apresentou em 2017 uma taxa de mortalidade para CC de 113,6 a 151,9/100.000 NVs, na maior parte de seu território, tendo os estados do Acre, Maranhão, Ceará, Pernambuco, Bahia e Paraná

apresentado taxa de mortalidade maior ou igual a 151,9/100.000 NVs. Deve-se destacar que na escala de classificação adotada, essas são as taxas mais altas. Em 2024, dados do SIM revelam uma taxa de mortalidade de 82/10.000 NVs, sendo a mais alta taxa de 126/10.000 NVs registrada em Roraima e os estados do Ceará, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Goiás e Distrito Federal com as menores taxas que variam entre 67 e 68/10.000 NVs.

No Brasil, de acordo com dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), estabelecimentos que realizaram procedimentos cirúrgicos mais complexo de cirurgia cardiovascular pediátrica, 0 e 17 anos no ano de 2023, conforme figura a seguir, a maior concentração encontra-se nas Regiões Sudeste e Nordeste.

Figura 6 – Estabelecimentos habilitados que realizam procedimentos mais complexos da cirurgia cardiovascular pediátrica, 0 a 17 anos, por Região - 2024



Fonte: Cnes. Código de estabelecimento habilitado para cirurgia cardiovascular pediátrica (08.04). Nos estados: AC, AP, RO e RR não há estabelecimentos habilitados para realizar cirurgia cardiovascular pediátrica.

Observa-se que após queda no número de cirurgias de alta complexidade realizadas no ano de 2022, o País apresentou tendência crescente de retomada da realização destes

procedimentos. Em 2024, o número deve aumentar, já que o dado refere-se até agosto do referido ano.

Gráfico 20 – Frequência de procedimentos cirúrgicos cardiovascular pediátrico de alta complexidade realizados, em crianças e adolescentes, 0 a 17 anos, 2016 a 2024



Fonte: SIH. Competência agosto/2024. Extraídos em janeiro/2025.
Nota: código de habilitação 08.04 (Cirurgia Cardiovascular Pediátrica) e grupo de procedimento (040601), referente à cirurgia cardiovascular pediátrica.

Em relação aos procedimentos cirúrgicos vinculados aos CIDs (Q20-Q28), a saber:

- > 20: Malformações congênitas das câmaras e das comunicações cardíacas
- > Q21: Malformações congênitas dos septos cardíacos
- > Q22: Malformações congênitas da valva pulmonar e tricúspide
- > Q23: Malformações congênitas das valvas aórtica e mitral
- > Q24: Outras malformações congênitas do coração
- > Q25: Malformações congênitas das grandes artérias
- > Q26: Malformações congênitas das grandes veias
- > Q27: Outras malformações congênitas do sistema vascular periférico
- > Q28: Outras malformações congênitas do aparelho circulatório

Foram realizados entre 2021 e 2024, 28.720 procedimentos no Brasil, sendo 4.755 procedimentos nos primeiros 29 dias de vida, seguidos de 11.311 realizados entre 1 e 11 meses e 12.654 entre 1 e 17 anos de vida.

Entre os 112 procedimentos com produção registrada nos anos de 2023 e 2024 e vinculados aos CIDs, mencionados, tem-se que a maior frequência é de correção de persistência do canal arterial (criança e adolescente) que somam 2.439 procedimentos, o que corresponde a 15% do total de cirurgias realizadas no período, seguido pelo Fechamento de comunicação interatrial (criança e adolescente), com 2.095 e Fechamento de comunicação interventricular (criança e adolescente), com 1.538 procedimentos. Ressalta-se que são dados preliminares de outubro de 2024.

2.2.1 Atenção Ambulatorial Especializada Programa Mais Acesso a Especialistas (Pmae)

O Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, também chamado de Programa Mais Acesso a Especialistas (Pmae), é uma estratégia da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (Pnaes) e tem como objetivo ampliar e qualificar o cuidado e o acesso à Atenção Especializada em Saúde (AES). O foco é tornar o acesso do paciente às consultas e aos exames especializados o mais rápido possível e com menos burocracia, a partir do encaminhamento realizado pelas equipes de Atenção Primária (eAP).

Para operacionalização do Pmae, a Portaria Saes/MS n.º 1640, de 7 de maio de 2024, estabeleceu uma etapa de adesão dos municípios, dos estados e do Distrito Federal, que ficou disponível para ser realizada por meio do Sistema de Investimento do SUS (InvestSUS).

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

Tabela 17 – Adesão ao Pmae

Estados	27 (100%)
Municípios	5.524 (99,2%)
Macrorregiões	117 (97,5%)
Regiões de Saúde	424 (97,9%)

Fonte: infoms.saude.gov.br. Dados de 20 de janeiro de 2025.

Ainda na etapa de adesão ao Programa estava prevista a elaboração do Plano de Ação Regional (PAR). O monitoramento do envio dos PAR era acompanhado pela equipe técnica do Pmae, em articulação com os Apoiadores Institucionais dos Estados. O envio dos PAR começou em agosto de 2024, e, até 26 de dezembro de 2024, foram encaminhados para o Ministério da Saúde 138 PAR, entre planos estaduais, macrorregionais e regionais. A distribuição desses PAR pode ser observada na tabela a seguir. Esses PAR contemplam 375 regiões de saúde (86,6% da totalidade de regiões de saúde do Brasil e 88,40% das regiões de saúde que aderiram ao programa).

Tabela 18 – Quantitativo de regiões de saúde por estado e quantitativo de regiões de saúde contempladas no PAR

ESTADO	REGIÃO DE SAÚDE		PAR	
	Total de regiões do estado	N.º de regiões contempladas no PAR enviado	N.º de PAR enviados	Tipo de abrangência
Acre	3	3	1	Estadual
Amapá	3	3	1	Estadual
Alagoas	10	10	1	Estadual
Amazonas	9	9	1	Regional
Bahia	28	28	9	Macrorregional
Ceará	5	5	5	Regional
Distrito Federal	1	1	1	Estadual
Espírito Santo	3	3	3	Macrorregional
Goiás	18	18	5	Macrorregional
Maranhão	19	1	1	Regional
Mato Grosso	16	1	1	Regional
Mato Grosso do Sul	4	1	1	Regional
Minas Gerais	89	89	16	Macrorregional
Pará	13	3	3	Regional

ESTADO	REGIÃO DE SAÚDE		PAR	
	Total de regiões do estado	N.º de regiões contempladas no PAR enviado	N.º de PAR enviados	Tipo de abrangência
Paraíba	16	16	3	Macrorregional
Paraná	22	22	4	Macrorregional
Pernambuco	12	12	12	Regional
Piauí	12	11	11	Regional
Rio de Janeiro	9	5	5	Regional
Rio Grande do Norte	8	1	1	Regional
Rio Grande do Sul	30	30	30	Regional
Rondônia	7	7	1	Estadual
Roraima	2	2	1	Macrorregional
Santa Catarina	17	17	17	Regional
São Paulo	62	62	1	Macrorregional
Sergipe	7	7	1	Macrorregional
Tocantins	8	8	2	Macrorregional
TOTAL	433	375	138	

Fonte: InvestSUS/e-mail.

Os PAR enviados abrangem também 4.812 (86,4%) dos municípios e garantem uma população coberta de 181.069.117 (88,01%) habitantes.

Nos Planos de Ação Regional (PAR), são detalhados o quantitativo e os valores totais das Ofertas de Cuidados Integrados (OCI) para cada região. As OCI correspondem a conjuntos de procedimentos – como consultas, exames e outras intervenções diagnósticas e terapêuticas – organizados de forma integrada para garantir atendimento oportuno e de qualidade. Essas ofertas viabilizam a conclusão de uma etapa na linha de cuidado ou a condução ágil de agravos específicos, seja para diagnóstico ou tratamento, no âmbito do Programa Mais Acesso a Especialistas (Pmae).

Atualmente, foram estabelecidas 29 OCI, distribuídas em cinco grupos de especialidades, conforme descrito a seguir:

Quadro 3 – Ofertas de Cuidados Integrados (OCI), distribuídas em cinco grupos de especialidades

PORTARIA	ESPECIALIDADE	NOME DA OCI
Portaria Saes/MS n.º 1.822, de 11 de junho de 2024	Cardiologia	OCI AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA
		OCI AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO
		OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA – INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
		OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL – SÍNDROME CORONARIANA CRÔNICA
		OCI PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA I – SÍNDROME CORONARIANA CRÔNICA
		OCI PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA II – SÍNDROME CORONARIANA CRÔNICA
Portaria Saes/MS n.º 1.826, de 11 de junho de 2024	Oftalmologia	OCI AVALIAÇÃO DE ESTRABISMO
		OCI AVALIAÇÃO DE RETINOPATIA DIABÉTICA
		OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM NEURO OFTALMOLOGIA
		OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA – 0 A 8 ANOS
		OCI AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA – A PARTIR DE 9 ANOS
		OCI AVALIAÇÃO INICIAL PARA ONCOLOGIA OFTALMOLÓGICA
Portaria Saes/MS n.º 1.824, de 11 de junho de 2024 Portaria Saes/MS n.º 2.331, de 10 de dezembro de 2024	Oncologia	OCI EXAMES OFTALMOLÓGICOS SOB SEDAÇÃO
		OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER DE COLORRETAL
		OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER GÁSTRICO
		OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO-I
		OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO-II
		OCI PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER DE PRÓSTATA
		OCI INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO
		OCI PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER DE MAMA - I
		OCI PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER DE MAMA-II
Portaria Saes/MS n.º 1.823, de 11 de junho de 2024	Ortopedia	OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL DE CÂNCER DE MAMA
		OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA
		OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
		OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA E TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
Portaria Saes/MS n.º 1.825, de 11 de junho de 2024	Otorrinolaringologia	OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA E ULTRASSONOGRAFIA
		OCI AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE NASOFARINGE E DE OROFARINGE
		OCI AVALIAÇÃO INICIAL DIAGNÓSTICA DE DÉFICIT AUDITIVO
		OCI PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE DÉFICIT AUDITIVO

Fonte: Saes/MS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/pmae/legislacao>, acessado em 20/1/2025.



O Pmae garante recursos financeiros federais para as secretarias estaduais e municipais de saúde e para o Distrito Federal. Esses recursos poderão ser utilizados para o custeio dos serviços públicos e contratação da rede privada (rede complementar) visando ampliar a oferta de consultas especializadas e exames diagnósticos, bem como qualificar o cuidado ao paciente no SUS. Na tabela ao lado, está descrito o quantitativo físico e financeiro por estado.

Tabela 19 – Programação físico-financeiro aprovada, por UF – 2024

UF	Programação Físico-Financeira (pelo teto ou reprogramação enviada)	
	Físico (Quantidade de OCI)	Financeira
Acre	26.492	R\$ 4.651.680,00
Alagoas	8.667	R\$ 2.132.292,00
Amapá	53.880	R\$ 9.770.160,00
Amazonas	272.513	R\$ 48.040.890,00
Bahia	583.488	R\$ 107.386.600,00
Ceará	533.257	R\$ 103.964.173,35
Distrito Federal	136.986	R\$ 24.037.880,00
Espírito Santo	175.508	R\$ 33.701.484,00
Goiás	406.208	R\$ 81.080.091,08
Maranhão	33.809	R\$ 6.153.223,93
Mato Grosso	1.030	R\$ 200.150,00
Mato Grosso do Sul	3.360	R\$ 526.200,00
Minas Gerais	1.287.233	R\$ 239.522.751,21
Pará	144.400	R\$ 29.220.424,66
Paraíba	223.164	R\$ 45.677.291,60
Paraná	752.310	R\$ 130.481.294,14
Pernambuco	529.513	R\$ 96.704.830,66
Piauí	191.798	R\$ 34.591.293,91
Rio de Janeiro	746.319	R\$ 147.075.882,46
Rio Grande do Norte	18.850	R\$ 3.518.977,63
Rio Grande do Sul	283.589	R\$ 62.342.838,00
Roraima	25.850	R\$ 3.881.500,00
Rondônia	61.520	R\$ 9.384.240,00
Santa Catarina	368.436	R\$ 82.563.895,24
São Paulo	2.343.251	R\$ 432.363.775,00
Sergipe	44.100	R\$ 7.892.500,00
Tocantins	27.819	R\$ 4.109.160,00
TOTAL	9.283.350	R\$ 1.750.975.478,88

Fonte: InvestSUS – valores reprogramados.

Para 2024, ficou estabelecido recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde – Grupo de Atenção Especializada, no montante de quase R\$ 590 milhões, a ser disponibilizado ao estado e aos municípios, por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec), da seguinte forma:

I – R\$ 65.700.000,000, referente a 50% do Incentivo Financeiro de que trata Capítulo V, art. 15, da Portaria GM/MS n.º 3.492/2024.

II – R\$ 524.059.895,66, correspondente ao fomento a ser distribuído conforme a Portaria GM/MS n.º 3.492/2024.

Para 2025, tem previsto o pagamento dos outros 50% do Incentivo Financeiro e R\$ 1.225.682.835,19 referente à estimativa dos Conjuntos de Ofertas de Cuidados Integrados (OCI) apresentados pelas regiões de saúde nos PAR – cuja transferência se dará após apuração da produção de serviços registrada e aprovada no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).

Expansão e manutenção dos serviços de média e alta complexidade no SUS

Com o intuito de ampliar a oferta de serviços de média e alta complexidade, o Ministério da Saúde tem apoiado estados, municípios, Distrito Federal e instituições privadas sem fins lucrativos dotando-os de condições para qualificação e fortalecimento dos programas prioritários do SUS. Esse apoio objetiva prestar cooperação técnica e financeira na perspectiva da responsabilidade tripartite entre os gestores do SUS. E, no tocante à Atenção Especializada,

no âmbito da média e alta complexidade, ocorre por meio do repasse de recursos financeiros, por diversas modalidades de transferência, para aquisição de equipamento, material permanente e realização de obra na estrutura física, construção, ampliação e reforma das unidades especializadas, que prestam serviço assistencial ao SUS.

Em conformidade com a legislação vigente os financiamentos dos equipamentos e realização de obra são definidos no Orçamento-Geral da União, e estão condicionados à disponibilidade orçamentária. Esse financiamento ocorre por dois meios: via indicação de recurso de emenda parlamentar e indicação de recurso de programação das ações do MS.

Importante ressaltar que para a liberação do recurso para aquisição de equipamento ou realização de obra, há a necessidade de avaliação técnica da área finalística de mérito e financeira do Ministério da Saúde, a qual considera a solicitação do gestor de saúde com base nos indicadores epidemiológicos, nas peculiaridades que norteiam a rede local de atenção à saúde, na referência geográfica dos serviços, bem como, na legislação pertinente, destacando-se: Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, Portaria Conjunta MGI/MF/CGU n.º 33, de 30 de agosto de 2023, Decreto n.º 11.531, de 16 de maio de 2023, Resolução CIT n.º 10, de 08 de dezembro de 2016, Portaria de Consolidação n.º 6, de 6 de outubro de 2017, com origem na Portaria GM/MS n.º 3.134, de 17 de dezembro de 2013 e cartilha para apresentação de propostas.

Quanto às propostas apresentadas e analisadas no âmbito da Atenção Especializada de média e alta complexidade, informa-se que no ano de 2024 (até 16/12/2024), foram aprovadas 516 propostas, que totalizam o valor de R\$ 609.753.760,96. Destaca-se que essas propostas foram destinadas ao financiamento de equipamentos, materiais permanentes e obras, para os Fundos Municipais, Fundos Estaduais, instituições privadas sem fins lucrativos e Hospitais Universitários Federais.

Informações Ambulatoriais

No âmbito da Atenção Especializada, em 2024, foram realizados mais de 2,7 bilhões de procedimentos de média e alta complexidade. No período entre 2016 e 2024, foram mais de 24 bilhões de procedimentos realizados.

Tabela 20 – Número de ações de promoção e prevenção em saúde e procedimentos com finalidade diagnóstica, clínicos e cirúrgicos – 2016 a 2024

GRUPOS DE PROCEDIMENTO	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1 – 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	222.753.926	230.380.262	201.223.609
2 – Procedimentos com finalidade diagnóstica	893.808.477	902.147.124	934.825.645	981.737.958	785.870.526	961.772.946	1.028.957.807	1.248.681.791	1.122.495.181
3 – 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	1.345.831.291	1.511.214.599	1.377.036.785
4 – Procedimentos cirúrgicos	77.063.218	65.050.155	45.816.725	43.607.576	23.925.772	17.367.540	20.379.979	21.608.761	18.569.739
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	2.617.923.003	3.011.885.413	2.719.325.314

Fonte: SIA/SUS – De 2016 a 2024. Dados extraídos em janeiro/2025.
Obs.1: 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.
Obs.2: base de 2024 até dezembro, não está finalizada. Produção até outubro/2024.
Obs.3: o número de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, referentes ao ano de 2023, foram atualizados, tendo em vista que os gestores locais do SUS têm até setembro do ano posterior para inserção de dados no sistema, desde que fundamentado.

Incentivo financeiro de custeio por equipamento de hemodiálise em uso no Sistema Único de Saúde (SUS)

Com a finalidade de minimizar as dificuldades de sustentação econômica dos serviços de hemodiálise, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 762, de 23 de junho de 2023, que institui o incentivo financeiro de custeio por equipamento de hemodiálise em uso no Sistema Único de Saúde (SUS). Foram priorizados os serviços com até 29 máquinas de hemodiálise, enquanto estratégia de implementação do incentivo orçamentário para suporte a estes serviços. Os serviços foram classificados em duas categorias: Categoria 1, de 1 a 19 máquinas e Categoria 2, de 20 a 29 equipamentos. O valor estabelecido para incentivo de custeio financeiro foi estabelecido por categorias de serviço, conforme a tabela a seguir.

Tabela 21 – Incentivo de custeio para serviços de hemodiálise – 2024

CLASSIFICAÇÃO	VALOR DO INCENTIVO ANUAL POR EQUIPAMENTO (R\$)
Categoria 1 – 1 a 19 equipamentos	53.198,56
Categoria 2 – 20 a 29 equipamentos	9.048,45

Fonte: Saes/MS.

Assim, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 1.992, de 24 de novembro de 2023, que inclui incentivos por equipamento de hemodiálise destinado ao Cuidado de Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC), na tabela de Incentivos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes). A avaliação para o repasse do incentivo de custeio, considerou o recebimento do número de equipamentos de cada serviço de Terapia Renal Substitutiva, pelo gestor público, por meio de pactuação em Comissão Intergestores Bipartite (CIB), o qual foi definido as regras e prazo pela Portaria GM/MS n.º 1.111, de 14 de agosto de 2023. Considerando que esta Portaria gera um impacto financeiro de custeio anual, no ano de 2024, foi mantido repasse no Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde – Grupo de Atenção Especializada, com o montante de R\$ 165.803.915,30, destinado para os estados, Distrito Federal e os municípios.

Tabela 22 – Quantitativo de máquinas contempladas com o incentivo, por UF – 2024

CATEGORIA	UF	N.º DE MÁQUINAS	VALOR ANO	VALOR MÊS
1-19	AL	31	1.649.155,36	137.429,62
	CE	31	1.649.155,36	137.429,61
	DF	93	4.947.466,08	412.288,84
	ES	33	1.755.552,48	146.296,04
	GO	94	5.000.664,64	416.722,04
	MA	38	2.021.545,28	168.462,10
	MG	381	20.268.651,36	1.689.054,20
	MS	83	4.415.480,48	367.956,71
	MT	70	3.723.899,20	310.324,92
	PA	149	7.926.585,44	660.548,77
	PB	41	2.181.140,96	181.761,75
	PE	49	2.606.729,44	217.227,45
	PI	24	1.276.765,44	106.397,12
	PR	132	7.022.209,92	585.184,10
	RJ	209	11.118.499,04	926.541,60
	RN	21	1.117.169,76	93.097,47
	RR	19	1.010.772,64	84.231,06
	RS	397	21.119.828,32	1.759.985,66
	SC	156	8.298.975,36	691.581,27
	SE	19	1.010.772,64	84.231,05
	SP	200	10.639.712,00	886.642,65
1-19 Total		2.270	120.760.731,20	10.063.394,03

continua

conclusão

CATEGORIA	UF	N.º DE MÁQUINAS	VALOR ANO	VALOR MÊS
20-29	AC	22	199.065,90	16.588,83
	AL	23	208.114,35	17.342,86
	AM	74	669.585,30	55.798,78
	AP	28	253.356,60	21.113,05
	CE	130	1.176.298,50	98.024,88
	DF	101	913.893,45	76.157,80
	ES	143	1.293.928,35	107.827,36
	GO	273	2.470.226,85	205.852,24
	MA	117	1.058.668,65	88.222,39
	MG	729	6.596.320,05	549.693,37
	MS	113	1.022.474,85	85.206,25
	MT	70	633.391,50	52.782,63
	PA	280	2.533.566,00	211.130,53
	PB	113	1.022.474,85	85.206,24
	PE	53	479.567,85	39.963,99
	PI	273	2.470.226,85	205.852,26
	PR	390	3.528.895,50	294.074,64
	RJ	296	2.678.341,20	223.195,13
	RN	57	515.761,65	42.980,14
	RS	596	5.392.876,20	449.406,37
	SC	333	3.013.133,85	251.094,51
	SE	51	461.470,95	38.455,92
	SP	713	6.451.544,85	537.628,77
20-29 Total		4.978	45.043.184,10	3.753.598,94
TOTAL GERAL		7.248	165.803.915,30	13.816.992,97

Fonte: Portaria GM/MS n.º 1.992, de 24/11/ 2023, link: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1992_28_11_2023.html.

Nota: o detalhamento dos estabelecimentos por UF consta descrito na íntegra no anexo da Portaria.

Assistência ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)

A Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) foi consolidada pela Portaria de Consolidação GM/MS n.º 3, de 28 de setembro de 2017 – Título IX e atualizada com ações estratégicas pela Portaria GM/MS n.º 3.438, de 7 de dezembro de 2021. A implantação da Linha de Cuidado deve ter a Atenção Primária em Saúde (APS) como gestora dos fluxos assistenciais, sendo responsável pela coordenação do cuidado e ordenamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

De acordo com o Protocolo Clínico Síndromes Coronarianas Agudas, a terapia trombolítica reduz significativamente a mortalidade em pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST. No âmbito da Atenção à Urgência, o financiamento e o uso do medicamento trombolítico Tenecteplase no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) foi regulamentado pela Portaria GM/MS n.º 2.777/2014. A Portaria também inclui os procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS). Destaca-se que o recurso federal correspondente ao procedimento passará a ser financiado por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec).

A Portaria n.º 3.438, de 07 de dezembro de 2021, estabelece que “*Compete à secretaria de saúde gestora do SAMU 192 com unidades móveis de suporte avançado o atendimento aos requisitos, o provimento da documentação necessária e a observância ao fluxo especificados para a habilitação à administração pré-hospitalar de tenecteplase*”, tendo em vista que para a administração do medicamento trombolítico Tenecteplase é necessário que a Unidade de Suporte Avançado (USA) esteja habilitada no código 2711. Ressalta-se que foram avaliadas para habilitação (71) USAs, sendo que (45) foram habilitadas, conforme quadro a seguir, e (26) aguardam publicação da portaria de habilitação, que se encontram no Ceará. Demais informações disponíveis no link:

 <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/infarto-agudo-do-miocardio/>

Tabela 23 – Relação das USA habilitadas para a administração do medicamento trombolítico Tenecteplase – 2024

UF	Unidade de Suporte Avançado (USA) Habilitada
BA	9
PB	2
RN	13
SE	16
SP	5
TOTAL	45

Fonte: Cnes/DataSUS.

Destaca-se que se encontra em execução o projeto “Apoio à Implementação da Linha de Cuidado ao Infarto Agudo do Miocárdio no SUS (LC-IAM/SUS)”, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que tem como objetivo a implementação da linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio, promovendo o acesso rápido ao diagnóstico no atendimento de pacientes com suspeita de síndrome coronariana aguda na atenção pré-hospitalar no País, por meio da implantação da tele-eletrocardiografia em (450) Unidades de Suporte Avançado (USAs) do Samu. Serão ofertadas capacitações on-line e presenciais às equipes das USAs, gestores locais, regulação do Samu e equipes hospitalares de urgência/emergência e terapia intensiva.

Implante Percutâneo de Válvula Aórtica (Tavi)

O Implante Percutâneo de Válvula Aórtica (Tavi) foi desenvolvido no intuito de oferecer uma alternativa para os pacientes com Estenose Aórtica (EAO) sintomáticos com contraindicação à troca valvar cirúrgica (SARV) por elevado risco cirúrgico ou por condições técnicas que inviabilizam a cirurgia (exemplo: válvula aórtica em porcelana, radiação torácica prévia, entre outras). Por meio da Portaria GM/MS n.º 3.904, de 1º de novembro de 2022, foi incluído na Tabela de Procedimento, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, o procedimento de Implante Transcateter da Válvula Aórtica (ITVA) para tratamento da estenose aórtica grave em pacientes com contraindicação cirúrgica, por via femoral, no âmbito do Sistema Único de Saúde dá outras providências.

Em abril de 2024, publicou-se a Portaria Saes/MS n.º 3.414, de 9 de abril de 2024, que incluiu, na Tabela de Procedimento, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, o implante Percutâneo de Válvula Aórtica (Tavi), por via transfemoral, para tratamento da estenose aórtica grave em pacientes com contraindicação cirúrgica, no âmbito do SUS e, também revogou a Portaria GM/MS n.º 3.904, de 1º de novembro de 2022. Ademais, publicou-se a Portaria Saes/MS

n.º 1.589, de 10 de abril de 2024, que aprovou o Regulamento Técnico para a realização do Tavi, por via transfemoral, no âmbito do SUS e revogou a Portaria Saes/MS n.º 909, de 05 de dezembro de 2022. O procedimento Tavi é classificado como de Alta Complexidade e deve ser realizado por estabelecimentos habilitados na Alta Complexidade Cardiovascular no Código 0815.

Tabela 24 – Número de estabelecimentos habilitados para realizar o Tavi – 2024

UF	NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS	UF	NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS
AM	1	PE	2
BA	2	PR	2
CE	1	RJ	2
ES	1	RS	1
MA	1	SC	2
MG	3	SE	1
MT	1	SP	4
PA	1	TO	1
PB	1	TOTAL	27

Fonte: Cnes/DataSUS.

Efetivação da trombectomia mecânica para acidente vascular cerebral isquêmico agudo

A trombectomia mecânica é um procedimento cirúrgico endovascular que consiste na retirada de trombos de grandes vasos da circulação cerebral, com o objetivo de minimizar ou reverter as complicações derivadas de um acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico agudo. É realizada durante a angiografia e inclui o uso de cateteres para conduzir um dispositivo até o vaso que está obstruído. O dispositivo pode ser de dois tipos: 1) um stent autoexpansível removível, que se integra ao trombo e depois é retirado, extraindo o trombo da circulação; 2) um sistema de aspiração que aspira o trombo, desobstruindo a artéria.

A Portaria GM/MS n.º 1.996, de 24 de novembro de 2023 incluiu na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) procedimento (04.03.07.017-1), relativo ao tratamento do acidente vascular cerebral isquêmico agudo com trombectomia mecânica.

Os estabelecimentos listados na Portaria GM/MS n.º 1.996/2023, estão autorizados para a realização do tratamento do acidente vascular cerebral isquêmico agudo com trombectomia mecânica no âmbito do SUS. A seleção foi baseada nos seguintes critérios:

I – A sua participação no estudo Resilient, ensaio clínico randomizado multicêntrico financiado pelo Ministério da Saúde com vistas a avaliar a viabilidade do tratamento do acidente vascular cerebral isquêmico por trombectomia mecânica na comparação com o tratamento clínico padrão no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

II – Ser habilitado como: 16.01 – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia ou 16.02 – Centro de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia com o Serviço/Classificação: 105/007 – Serviço de Atenção em Neurologia/Neurocirurgia/Tratamento Endovascular.

III – Ser habilitado como: 16.17 – Centro de Atendimento de Urgência Tipo III aos Pacientes com AVC.

Quadro 4 – Hospitais autorizados para a realização do tratamento do acidente vascular cerebral isquêmico agudo com trombectomia mecânica no âmbito do SUS – 2024

UF	MUNICÍPIO	CNES	CNPJ	ESTABELECIMENTO
CE	Fortaleza	2497654	07.954.571/0014-29	Hospital Geral de Fortaleza
DF	Brasília	0010456	28.481.233/0001-72	Hospital de Base do Distrito Federal
ES	Vitória	6559131	27.080.605/0022-10	Hospital Estadual
PR	Curitiba	2384299	15.126.437/0024-30	Complexo do Hospital de Clínicas da UFPR HC e MVFA
RS	Porto Alegre	2237253	92.815.000/0001-68	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
RS	Porto Alegre	2237601	87.020.517/0001-20	Hospital de Clínicas
SC	Joinville	2436469	84.703.248/0001-09	Hospital Municipal Sao José
SP	Botucatu	2748223	46.230.439/0001-01	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu
SP	Campinas	2079798		Hospital das Clínicas da Unicamp de Campinas
SP	Ribeirão Preto	2082187	57.722.118/0001-40	Hospital das Clínicas Faepa Ribeirão Preto
SP	São José do Rio Preto	2077396	60.003.761/0001-29	Hospital de Base de São José do Rio Preto
SP	São Paulo	2077477	60.742.616/0001-60	Hospital Santa Marcelina São Paulo
SP	São Paulo	2078015	56.577.059/0001-00	Hospital das Clínicas da Fmusp Hospital das Clínicas São Paulo

Fonte: Cnes/DataSUS.

Em consulta ao Sistema de Informação do SUS (TabWin/DataSUS/MS) verifica-se a produção apresentada e aprovada do procedimento tratamento do acidente vascular cerebral isquêmico agudo com trombectomia mecânica, Brasil, a nível hospitalar, nos anos de 2023 a outubro de 2024.

Tabela 25 – Quantitativo de procedimentos realizados por serviço habilitado para realizar trombectomia – 2024

UF	PROCEDIMENTOS
CE	129
DF	10
ES	232
RS	18
SC	36
SP	163
TOTAL	588

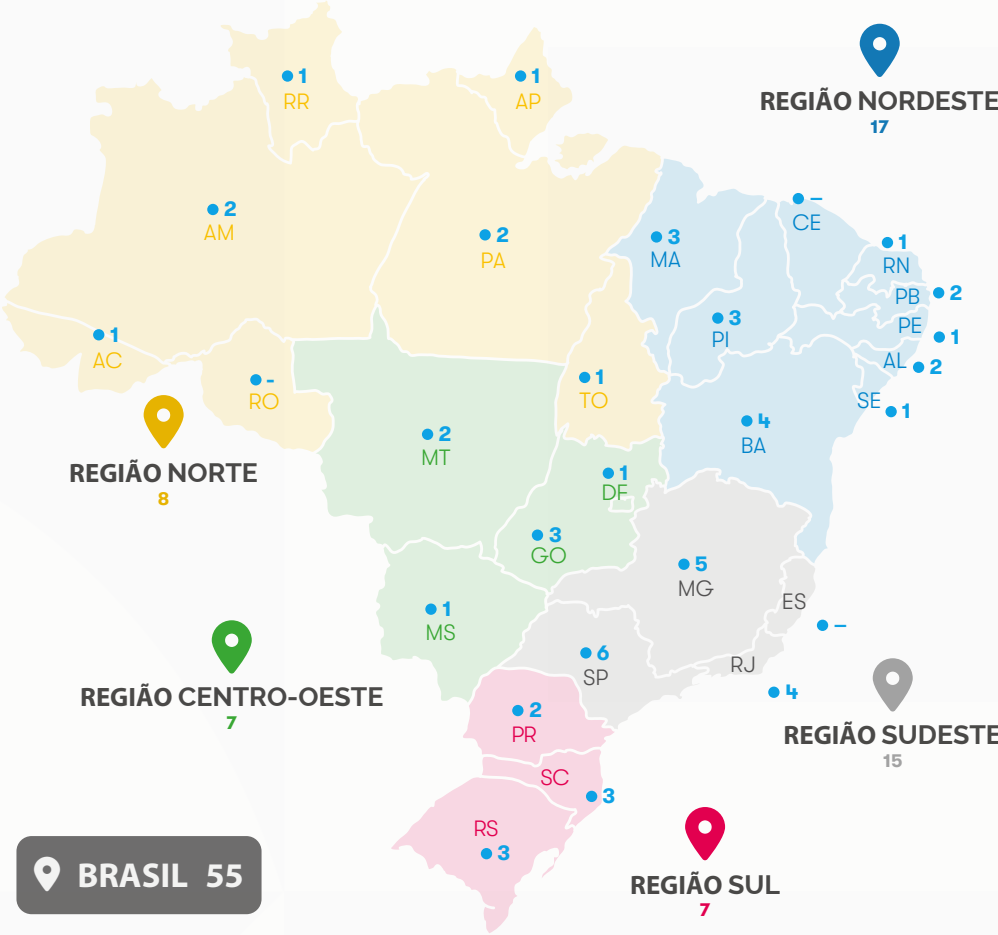
Fonte: SIH/SUS. Competência outubro/2024. Dados extraídos em dezembro/2025.

Programa de Aceleração do Crescimento – Novo PAC (2023-2026) – Policlínicas Regionais

As policlínicas regionais são centros de referência para consultas especializadas e exames, comprometidos com qualidade, equidade e eficiência no cuidado à saúde. Alinhadas à Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (Pnaes) e ao Programa Mais Acesso aos Especialistas (Pmae), garantem atendimento humanizado, regulação qualificada e agendamento organizado, promovendo cuidado contínuo.

Com investimento de R\$ 1,65 bilhão do Novo PAC, foram selecionadas 55 propostas de construção das policlínicas regionais, em 24 estados, beneficiando 19,2 milhões de pessoas. Cada policlínica possui 3.000 m², tecnologia avançada como ressonância magnética e tomógrafos, equipes multiprofissionais e telemedicina, ampliando o acesso a especialistas e agilizando diagnósticos. Além disso, apoiam programas de residência e capacitação, fortalecendo a rede de saúde e a atenção primária, reduzindo a necessidade de internações hospitalares para casos solucionáveis ambulatorialmente. Cada policlínica receberá um investimento de 30 milhões, sendo 17 milhões para a edificação (obra) e 13 milhões para a aquisição de equipamentos. A distribuição das propostas selecionadas por UF é apresentada a seguir, por região, mas ressalta-se que Ceará, Rondônia e Espírito Santo não tiveram propostas habilitadas.

Figura 7 – Propostas selecionadas para construção de policlínica regional – 2024



Fonte: Saes/MS.

Ensino, Pesquisa, Tecnologia e Inovação

Efetivação de novas tecnologias, equipamentos e medicamentos no SUS:

O desenvolvimento de tecnologias inovadoras desempenha um papel crucial na ampliação e qualificação da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Diversas iniciativas estão sendo avaliadas e implementadas com o objetivo de atender às necessidades de saúde da população de maneira eficaz e sustentável. Entre as inovações em análise, destacam-se:

- Estimulação elétrica do nervo vago como terapia adjuvante para epilepsia resistente a medicamentos, com um impacto orçamentário anual estimado em R\$ 48 milhões. Esta tecnologia encontra-se em estágio de avaliação e ainda não foi efetivada.
- Implante de drenagem para glaucoma, tecnologia que apresenta um impacto orçamentário de R\$ 15,6 milhões, cuja efetivação ainda não se aplica ao momento atual.
- Monitorização intraoperatória neurofisiológica para pacientes com tumor cerebelopontino submetidos à cirurgia de alto risco, estimando um impacto orçamentário anual de R\$ 20 milhões, também sem aplicabilidade de efetivação no presente.
- Alteração de atributos do procedimento de fototrabeculoplastia a laser, cuja implementação representaria um impacto orçamentário significativo de R\$ 153,4 milhões, ainda em fase de estudo.

Essas iniciativas refletem o compromisso do SUS com a incorporação de tecnologias inovadoras e resolutivas, como parte de uma estratégia para melhorar a eficiência, o acesso e a qualidade dos serviços ofertados. A avaliação técnico-econômica dessas inovações é essencial para assegurar sua viabilidade e impacto positivo na saúde pública.

2.2.2 Atenção Hospitalar

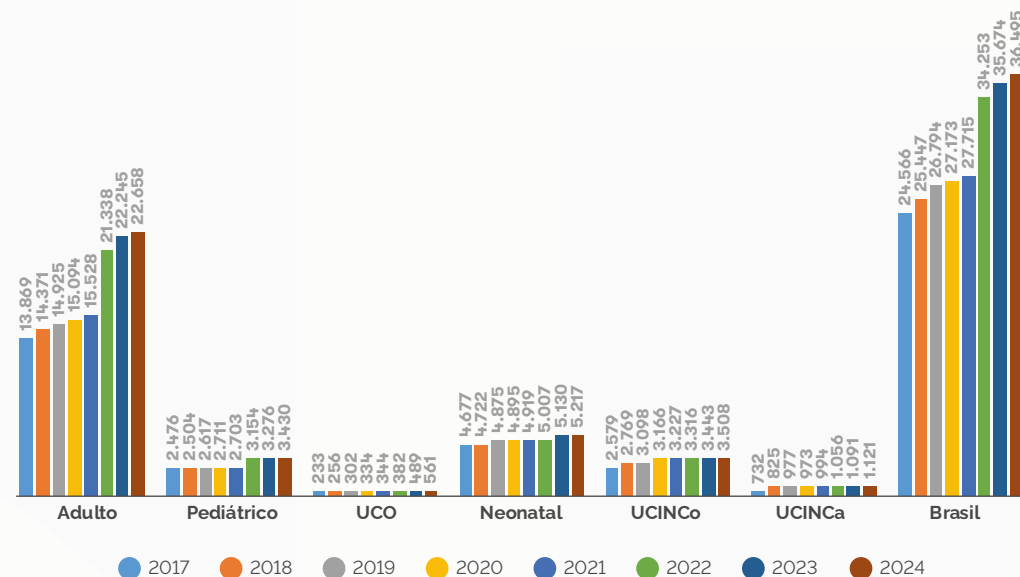
Expansão e Manutenção dos Serviços

Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e Unidades de Cuidados Intermediários (UCI)

A oferta de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e de Unidades de Cuidados Intermediários (UCI) tem experimentado um crescimento constante no Brasil. A ampliação desses leitos tem ocorrido desde 2017, resultando, na ampliação do acesso da população brasileira aos serviços de saúde.

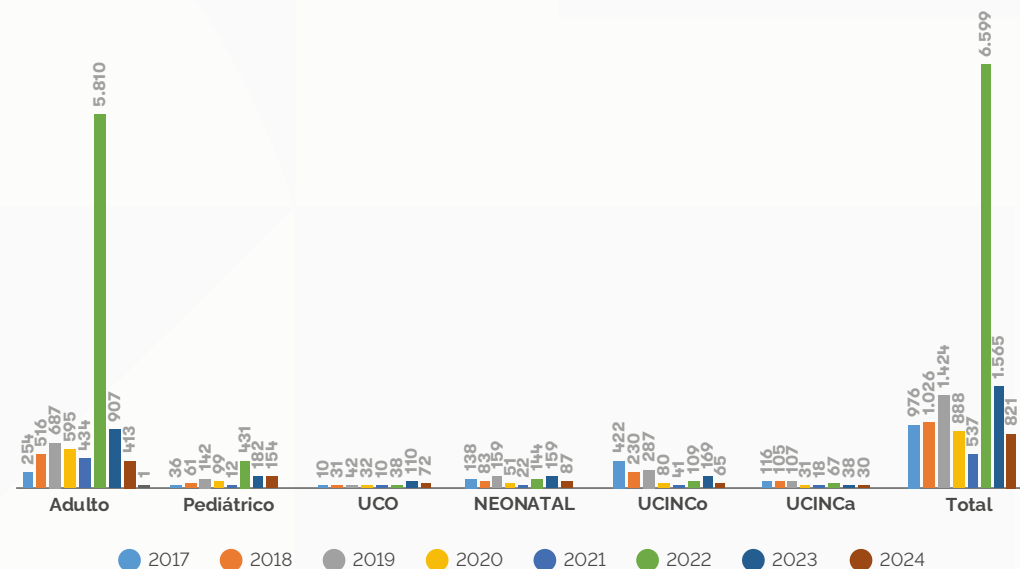
O ano de 2024 finalizou com 36.495 leitos de UTI habilitados ao SUS, recebendo recursos federais nas diversas tipologias, sendo 31.866 leitos de UTI (Adulto, Pediátrico, Neonatal e Coronariano) e 4.629 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (Ucin) (UCINCo e UCINCa). Somente em 2024, houve ampliação de 821 leitos novos, sendo 726 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI – Adulto, Pediátrico, Neonatal e Coronariano), e 95 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (Ucin – UCINCo e UCINCa).

Gráfico 21 – Evolução dos leitos de UTI e UCI habilitados, por tipo – 2017 a 2024



Fonte: Cgah/Dahu/Saes/MS. Atualizado 17/2/2025.

Gráfico 22 – Evolução de novos leitos de UTI e UCI, por tipologia – 2017 a 2024



Fonte: Cgah/Dahu/Saes/MS.

A solicitação para ampliação de leitos de UTI parte dos gestores de saúde locais (SES e SMS), após pactuação na CIB. O MS é demandado, homologando ou não a requisição dos estados.

Tabela 26 – Leitos de UTI adulto habilitados no SUS – 2019 a 2024

UF	Leitos de UTI Adulto Habilitados/SUS (até 31/12/2019)	Leitos de UTI Adulto Habilitados/SUS (até 31/12/2020)	Leitos de UTI Adulto Habilitados/SUS (até 31/12/2021)	Leitos de UTI Adulto Habilitados/SUS (até 31/12/2022)	Leitos de UTI Adulto Habilitados/SUS (até 31/12/2023)	Leitos de UTI Adulto Habilitados/SUS (até 31/12/2024)
AC	33	33	33	43	55	55
AL	154	154	154	269	302	332
AP	4	4	4	4	4	4
AM	182	181	181	201	271	271
BA	758	856	856	1.220	1.223	1.243
CE	428	478	478	738	794	805
DF	367	262	306	351	400	403
ES	326	402	496	616	719	719
GO	516	516	543	730	793	793
MA	303	303	313	497	588	588
MT	198	196	236	346	358	358
MS	189	199	199	293	325	325
MG	2.013	2.030	2.081	2.631	2.675	2.708
PA	342	378	378	631	641	641
PB	290	373	273	378	412	438
PR	1.218	1.208	1.208	1.537	1.611	1.611
PE	796	788	816	1.052	1.072	1.092
PI	147	147	147	234	245	245
RJ	1.192	989	999	1.624	1.671	1.790
RN	201	195	195	285	285	285
RS	975	988	988	1.295	1.329	1.330
RO	159	159	159	210	230	245
RR	17	17	17	47	47	47
SC	533	543	551	791	822	874
SP	3.521	3.571	3.683	5.030	5.082	5.165
SE	146	151	161	192	192	192
TO	73	73	73	93	99	99
TOTAL	15.083	15.094	15.528	21.338	22.245	22.658

Fonte: Cgah/Dahu/Saes/MS.

Informações Hospitalares

A produção hospitalar em 2024 totalizou mais de 11,7 milhões de Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) aprovadas, conforme dados do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH). Deste total, 10,7 milhões corresponderam a internações de média complexidade, enquanto mais de 997 mil foram de alta complexidade.

Entre 2016 e dezembro de 2024, foram autorizadas no Brasil mais de 104 milhões de AIHs, conforme os dados processados pelo SIH/SUS.

Tabela 27 – Número de procedimentos com finalidade diagnóstica; procedimentos clínicos; e procedimentos cirúrgicos. 2016 a 2024

GRUPOS DE PROCEDIMENTO	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
2 – Procedimentos com finalidade diagnóstica	23.730	24.260	26.449	28.326	19.999	23.086	26.702	29.230	26.609
3 – Procedimentos clínicos	6.991.951	7.005.488	7.073.846	7.249.501	6.546.282	7.280.509	7.243.717	7.391.891	6.460.968
4 – Procedimentos cirúrgicos	4.444.407	4.574.065	4.824.055	4.996.963	4.058.892	4.261.210	5.178.227	5.705.999	5.187.739
TOTAL	11.460.088	11.603.813	11.924.350	12.274.790	10.627.193	11.564.805	12.448.646	13.127.120	11.675.316

Fonte: SIH/SUS – Tabnet. Dados extraídos em 6/2/2024 com a competência de janeiro a novembro de 2024, exceto o estado do Acre, que até esta data consta apenas até a produção de outubro no sistema. Dados de 2024, extraídos em 16/12/2024.
Nota: não estão incluídos os procedimentos hospitalares do Grupo 05 – Transplante de órgãos, tecidos e células.

Projeto TeleUTI

O projeto TeleUTI Obstétrica é um convênio firmado entre o Ministério da Saúde e o Instituto do Coração HCFMUSP com o objetivo de oferecer atendimento remoto para equipes médicas e multiprofissionais no cuidado dos pacientes das UTIs participantes, por meio de telemedicina, para discussão de casos de gestantes/puérperas com doenças obstétricas relacionadas à mortalidade materna, tais como hipertensão, hemorragia e infecção. Também foram realizadas capacitações da equipe assistencial multiprofissional das UTIs nos formato on-line (síncrono e assíncrono), capacitação presencial e monitoramento dos indicadores.

O projeto foi finalizado em maio de 2024 e abrangeu 27 hospitais localizados em 24 estados, tendo como resultados: 2.287 pacientes incluídos, 7.217 discussões de casos graves via teleinterconsulta, 6.442 profissionais participantes nas capacitações e mais de 40% de redução da Razão de Morte Materna quando comparado com os dados dos seis meses anteriores ao projeto.

Projeto TeleUTI Conectada

O projeto TeleUTI Conectada é um convênio firmado entre o Ministério da Saúde e o Instituto do Coração HCFMUSP com o objetivo de oferecer atendimento e monitoramento remoto para equipes assistenciais de UTIs para discussão de casos graves. Além de teleinterconsulta, foram realizadas capacitações da equipe assistencial multiprofissional das UTIs nos formato on-line (síncrono e assíncrono), capacitação presencial, monitoramento remoto das UTIs por meio de equipamentos beira-leito integrados e monitoramento dos indicadores. O projeto foi finalizado em outubro de 2024 e abrangeu dez hospitais localizados em dez estados, tendo como resultados: 1.200 pacientes incluídos, 7.500 discussões realizadas, mais de 740 profissionais capacitados e 20% de redução no tempo de permanência em UTI.

Projeto Colaborativo – Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala

O projeto é uma parceria entre o MS e os Hospitais Proadi-SUS para melhoria da segurança do paciente a fim de implantar práticas seguras nos estabelecimentos hospitalares do SUS. O foco é implementar diretrizes para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde e acredita-se que cerca de dois terços dos danos que ocorrem nos hospitais brasileiros poderiam ser evitáveis. 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.

Para o triênio 2024-2026, o objetivo geral do projeto é reduzir em 50% as infecções associadas a dispositivos invasivos – infecção laboratorialmente comprovada associada a um cateter central (IPCLS), pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) e Infecção do Trato Urinário associado ao Cateter Vesical (ITU-AC) – em UTIs do Brasil. Também foi acordado, para esse triênio, um aumento de escopo, incluindo as infecções de sítio cirúrgico em cirurgias limpas e pacotes de prevenção de infecções nas inserções de cateter venoso central e cateter vesical de demora nos prontos atendimentos e centros cirúrgicos das instituições e os pacotes de manutenção desses dispositivos em pacientes considerados de longa permanência em pronto atendimentos (acima de 24 horas) dos hospitais participantes. A seleção dos

hospitais participantes foi realizada em parceria entre Conass e Conasems, em deliberação CIB e equipe da Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar.

Projeto Colaborativo – Reestruturação de Hospitais Públicos

O projeto é uma parceria entre o MS e os Hospitais Proadi-SUS para desenvolvimento de processos hospitalares associados à melhoria da gestão da experiência do paciente nos estabelecimentos hospitalares do SUS. O foco é aprimorar a gestão e a qualidade do cuidado assistencial conforme perfil epidemiológico dos hospitais participantes, a partir dos achados da avaliação diagnóstica com uso da Ferramenta de Avaliação Hospitalar (Fahosp). Para o triênio 2024-2026, além dos ciclos de acompanhamento de hospitais com processos frágeis (até 40% de conformidade na Fahosp), também foi incluído o modelo RHP Fast para os hospitais com processos que requerem melhoria (entre 40% e 70% de conformidade na Fahosp) do Núcleo Interno de Regulação (NIR), do Núcleo de Agendamento Cirúrgico (NAC) ou da Farmácia Clínica.

Programa de Aceleração do Crescimento (PAC 2023-2026) – Hospitais Estaduais

No âmbito do PAC – Saúde, 16 propostas formalizadas para construção, ampliação e aquisição de equipamento para os hospitais estaduais foram aprovadas e pactuadas com os estados e municípios, conforme demonstrado a seguir.

Quadro 5 – Hospitais estaduais a serem beneficiados pelo PAC 2023-2026

ITEM	REGIÃO	UF	MUNICÍPIO	HOSPITAIS
1	Norte	AC	Rio Branco	Etapa III da Nova Maternidade
2	Nordeste	AL	Arapiraca	Hospital Metropolitano do Agreste e Hemocentro
3	Norte	AM	Humatã	Hospital Regional Dra. Luíza Conceição
4	Norte	AM	Parintins	Hospital Dr. Jofre Matos Cohen
5	Norte	AM	Tabatinga	Unidade Hospital de Tabatinga / Maternidade Celina Villacrez Ruiz
6	Norte	AM	Tefé	Hospital Regional de Tefê Carlos Braga
7	Nordeste	PB	Patos	Hospital de Clínicas e Traumatologia do Sertão Paraibano
8	Nordeste	PE	Recife	Hospital da Criança
9	Nordeste	RN	Parnamirim	Hospital de Urgências e Emergências de Trauma e Neurocirurgia
10	Norte	RR	Boa Vista	Hospital Materno-Infantil de Roraima
11	Norte	RR	Boa Vista	Novo bloco do Hospital Geral de Roraima
12	Sul	SC	Florianópolis	Nova Sede do Instituto de Cardiologia
13	Centro - Oeste	TO	Araguatins	Hospital da Mulher e Maternidade
14	Sul	PR	São José dos Pinhais	Hospital Municipal de São José dos Pinhais (Maternidade)
15	Nordeste	BA	Alagoinhas	Hospital Regional de Alagoinhas
16	Nordeste	BA	Jacobina	Hospital Regional de Jacobina

Fonte: Cgah/Dahu/Saes/MS.



Hospitais Universitários Federais

O Programa Nacional de Qualificação e Ampliação dos Serviços Prestados por Hospitais Universitários Federais Integrantes do Sistema Único de Saúde (PrhoSUS), destinado a ampliar e qualificar os serviços prestados ao Sistema Único de Saúde (SUS), tem como objetivo criar condições para que os hospitais universitários federais possam desempenhar as suas ações assistenciais com qualidade e efetividade. São objetivos específicos: ampliar e qualificar a oferta de serviços de Atenção Ambulatorial Especializada e Alta Complexidade no âmbito do SUS; aprimorar os processos de gestão dos serviços médico-hospitalares prestados; e recuperar e modernizar a infraestrutura médico-hospitalar.

Portanto, para o alcance dos objetivos descritos 24 hospitais universitários federais serão beneficiados pelo Novo PAC:

Quadro 6 – Hospitais universitários federais que serão beneficiados pelo PAC 2023-2026

#	UF	MUNICÍPIO	UNIDADE BENEFICIADA	OBJETO
1	AC	Rio Branco	HU UFAC	Construção
2	BA	Salvador	HCO-UFBA	Reforma com ampliação
3	CE	Fortaleza	CH-UFC	Reforma com ampliação
4	ES	Vitória	Hucam-Ufes	Reforma com ampliação
5	MA	São Luís	HU-Ufma	Construção
6	MG	Juiz de Fora	HU-UFJF	Construção
7	MG	Lavras	HU-Lavras	Construção
8	MG	Uberaba	HC-UFTM	Reforma com ampliação
9	MS	Campo Grande	Humap	Reforma com ampliação
10	MS	Dourados	HU UFGD	Reforma com ampliação
11	PA	Belém	CHU-UFPA	Construção
12	PB	Cajazeiras	HUJB-UFCEG	Reforma com ampliação
13	PB	Campina Grande	HUAC-UFCEG	Construção
14	PB	João Pessoa	HULW	Reforma com ampliação
15	PE	Petrolina	HU-Univasf	Reforma com ampliação
16	PR	Curitiba	CHC-UFPR	Construção
17	RJ	Rio de Janeiro	CH UFRJ	Construção
18	RN	Natal	HUOL-UFRN	Construção
19	RR	Boa Vista	HU UFRR	Construção
20	RS	Pelota	HE-UFPEL	Construção
21	RS	Santa Maria	HU UFSM	Reforma com ampliação
22	SC	Florianópolis	HU-UFSC	Reforma com ampliação
23	SP	São Carlos	HU-UFSCAR	Reforma com ampliação
24	SP	São Paulo	HU Unifesp	Construção

Fonte: Saes/MS.

2.2.3 Atenção Materno-Infantil

Expansão e Manutenção dos Serviços

Rede Cegonha agora é Rede Alyne

A Rede Alyne é a atualização da Rede Cegonha, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna no Brasil em 25% até 2027, aumentando o cuidado humanizado e integral para gestantes, parturientes, puérperas e crianças. O lançamento foi feito em setembro de 2024. As Portarias GM/MS n.º 5.350 e n.º 5.349, de 12 de setembro de 2024, dispõem sobre a atualização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil e seu financiamento, respectivamente.

A Rede Cegonha foi criada em 2011, no contexto da estruturação das Redes de Atenção à Saúde no SUS, e desempenhou papel importante na organização da atenção à saúde materna e infantil, promovendo ações de qualificação do pré-natal, a disseminação de um modelo de atenção ao parto e nascimento humanizado, o planejamento familiar e o direito das crianças ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Essa iniciativa ampliou o rol de exames de pré-natal cofinanciados pelo Ministério da Saúde, incentivou a adoção de práticas obstétricas e neonatais baseadas em evidências científicas, desincentivou práticas proscritas, fortaleceu o debate da humanização do parto e nascimento no SUS. Esses princípios foram mantidos e reforçados na Rede Alyne, destacando a continuidade e a expansão das boas práticas.

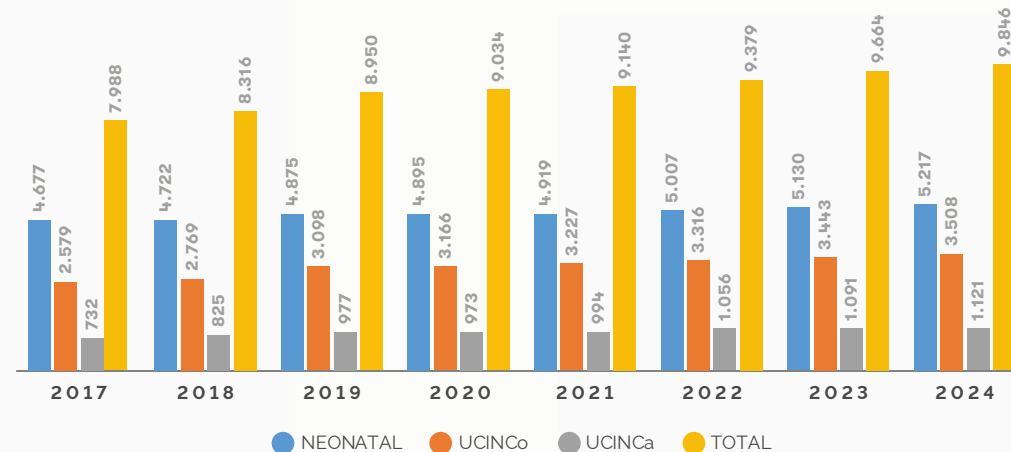
A Rede Alyne está organizada em seis componentes fundamentais: pré-natal, parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; sistema logístico; sistema de apoio e; sistema de governança.

São objetivos da Rede Alyne:

- Garantir atenção humanizada e de qualidade à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido e à criança.
- Reduzir a morbimortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal, sobretudo da população negra e indígena.
- Ampliar o acesso aos serviços de saúde reprodutiva, incluindo planejamento familiar e métodos contraceptivos.
- Fortalecer a rede de cuidados obstétricos e neonatais em todo o País.
- Promover a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, desde a atenção básica até a alta complexidade.

A oferta de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e de Unidades de Cuidados Intermediários (UCI), para atender a Rede Alyne, vem crescendo nos últimos anos, conforme demonstrado no gráfico a seguir:

Gráfico 23 – Evolução dos leitos de UTI neonatal, UNINCo e UNINCa – 2017 a 2024



Fonte: Cgah/Dahu/Saes/MS.

Ainda não foram realizadas novas habilitações na Rede Alyne devido à adaptação do sistema para recepção das propostas e da pactuação em andamento do modelo do Plano de Ação Regional, inerente a novas propostas.

Programa de Aceleração do Crescimento – Novo PAC (2023-2026) – Centro de Parto Normal e Maternidade

Com recurso do Novo PAC (2023-2026) – Eixo Saúde, serão financiadas a aquisição de equipamentos, construção, reformas e ampliação, de Centros de Parto Normal e Maternidades com um montante de R\$ 4,85 bilhões na primeira etapa.

Os Centros de Parto Normal (CPN) são unidades de saúde destinadas à assistência ao parto de risco habitual, fora de estabelecimento hospitalar, que prestam assistência ao trabalho de parto, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido. São projetados para oferecer um ambiente acolhedor e assistência humanizada às gestantes que desejam o parto normal. O Novo PAC Seleções visa construir CPN, ampliando a oferta de serviços de assistência ao trabalho de parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido, como estratégia para reduzir as taxas de mortalidade materna.

As macrorregiões de saúde brasileiras com maiores índices de vulnerabilidade foram priorizadas. Os CPN estão localizados próximos às maternidades referenciadas na macrorregião. As propostas analisadas e selecionadas no Novo PAC Saúde – Eixo Saúde – Subeixo Centro de Parto Normal seguem no fluxo de formalização. Foram selecionadas 30 propostas provenientes de 30 municípios em 19 unidades da Federação, abrangendo as cinco regiões do País. Das propostas cadastradas, apenas uma encontra-se com início de execução (Porto Seguro), duas propostas (Quixadá e Bagé) foram enviadas para análise dos entes federados, enquanto as demais permanecem em ação preparatória e estão sendo monitoradas pela área técnica.

As maternidades são estabelecimentos de saúde de média e alta complexidade que prestam assistência à mulher, à gestante, à puérpera e ao recém-nascido, realizando internação hospitalar, atendimento ambulatorial, de urgência e emergência obstétrica e/ou ginecológica 24h.

As maternidades ofertadas serão de alto risco e contemplam os seguintes setores assistenciais: centro de parto normal intra-hospitalar; ala de suítes de pré-parto, parto e puerpério; centro cirúrgico e obstétrico; alojamentos conjuntos; quartos de internação de alto risco; unidade de terapia intensiva neonatal; unidade de cuidados intermediários; unidade de canguru; suítes de expectativa para mulheres em situação de abortamento; áreas privativas para mulheres vítimas de violência; unidade de urgência e emergência; diagnóstico por imagem com radiologia; tomografia; ultrassonografia; cardiocografia; laboratório de análises clínicas; áreas de apoio técnico; banco de leite; logístico e administrativo, além de um ambulatório e casa da gestante bebê e puérpera.

Os empreendimentos impactarão mais de 26 milhões de mulheres, ao proporcionarem até 583 mil atendimentos por ano, visando à melhoria das condições de vida das mulheres e saúde das crianças. As maternidades serão localizadas, prioritariamente, em macrorregiões de saúde com maiores índices de mortalidade materna e com necessidade de leitos. No contexto no Novo PAC, em 2024 foram selecionadas 35 propostas, de 35 municípios em 21 unidades da Federação nas cinco regiões do País. Duas dessas maternidades serão viabilizadas por meio de Parceria Público Privada (PPP), Belo Horizonte e Campo Grande.

2.2.4 Atenção às Urgências

A Rede de Atenção às Urgências (RAU), conforme previsto na Portaria de Consolidação n.º 3/2017, visa articular e integrar a atenção às urgências. A estrutura operacional da RAU envolve diferentes componentes e serviços que desempenham funções complementares no cuidado e são desenvolvidas em todos os níveis de atenção e serviços assistenciais.



Fonte: Saes/MS.

Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências (RAU)

No que se refere ao Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências, o custeio federal anual totalizou R\$ 3,6 bilhões, com destaque para os 15.516 leitos de enfermaria clínica (novos e existentes), representam 69,52% do total de leitos existentes e 34% dos recursos repassados.

Os leitos de UTI representam 38% de todo o repasse realizado, destacando-se os leitos de UTI adulto (4.994), que representam 78% dos leitos de UTI com incentivo. As 449 Portas de Entrada Hospitalares de Urgência representam 27% do total de do incentivo de custeio diferenciado da Rede de Atenção às Urgências.

Tabela 28 – Custeio componente hospitalar da RAU

TIPOLOGIA CUSTEADA	QUANTIDADE DE LEITOS NOVOS qualificados pagos / Portas de Entrada Hospitalares	QUANTIDADE DE LEITOS existentes qualificados pagos	Total	CUSTEIO PAGO TOTAL/ANO
Porta de Entrada Geral	208	-	208	R\$ 249.600.000,00
Porta de Entrada Tipo I	100	-	100	R\$ 240.000.000,00
Porta de Entrada Tipo II	141	-	141	R\$ 507.600.000,00
Portas	449	-	449	R\$ 997.200.000,00
Leito de Enfermaria Clínica de Retaguarda	9.530	5.986	15.516	R\$ 1.258.249.900,00
UTI Adulto Tipo II	3.007	933	3.940	R\$ 1.123.742.730,19
UTI Adulto Tipo III	181	873	1.054	R\$ 107.402.223,46
UTI Pediátrico Tipo II	246	839	1.085	R\$ 139.952.709,12
UTI Pediátrico Tipo III	12	261	273	R\$ 26.130.207,29
Leitos de UTI	3.446	2.906	6.352	R\$ 2.655.477.770,06
Leito de Enfermaria Clínica de Retaguarda	9.530	5.986	15.516	R\$ 1.258.249.900,00
TOTAL GERAL	13.425	8.892	22.317	R\$ 3.652.677.770,06

Fonte: Saes/MS. Extraído em 15/12/2024.
Nota: os leitos de UTI utilizados na RAU recebem incremento adicional, conforme a Portaria GM/MS n.º 160, de 27 de janeiro de 2022, que concede reajuste nos valores dos procedimentos de Diária de Unidade de Terapia Intensiva; e a Portaria GM/MS n.º 3.633, de 27 de setembro de 2022, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o valor do incentivo às instituições hospitalares que dispuserem de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto e Pediátrico tipos II e III aos serviços hospitalares que compõem a Rede de Atenção às Urgências.

Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h)

Atualmente, 760 Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) em funcionamento beneficiam uma população estimada de 149,2 milhões de habitantes. Em 2024, dez novas UPA 24h entraram em funcionamento e outras 24 UPA foram habilitadas.

As UPA 24h no País ainda têm concentração nos grandes centros ou municípios com maior infraestrutura e população, com destaque para a Região Sudeste, com quase 50% das unidades do País, seguida pela Região Nordeste, com mais de 25% das UPA.

Tabela 29 – Unidade de pronto atendimento – UPA 24h em funcionamento – 2024

Região	Total de UPA em funcionamento dez./2024	Pop. de abrangência das UPA 24h em 2024 (Em milhões de hab.)	% por região
Centro Oeste	63	12,0	8,04%
Norte	54	10,1	6,77%
Nordeste	206	37,8	25,34%
Sudeste	319	68,4	45,84%
Sul	118	20,9	14,01%
BRASIL	760	149,2	100,00%

Fonte: Saes/MS. Dados extraído em 19/12/2024.
Fonte: Saes/MS. Dados extraído em 19/12/2024.
Nota: foi identificado que uma UPA no AM não funcionava como UPA, mas como Hospital Geral, então foi excluída.

Região Norte
54 UPA
10,1 milhões
população

Região Nordeste
37,8 milhões
206 UPA
população

Região Centro-Oeste
63 UPA
12 milhões
população

Região Sudeste
319 UPA
68,4 milhões
população

Região Sul
118 UPA
20,9 milhões
população



760 UPAS

novas entraram em funcionamento em 2024

População: 149,2 milhões

Em 2024, novamente destacou-se o número de UPA 24h construídas com recursos próprios dos estados e dos municípios e que iniciaram funcionamento com solicitação de recursos de incentivo de custeio ao governo federal, representando metade das UPA em funcionamento em 2024 (cinco unidades).

Pacto Nacional pela Retomada de Obras e de Serviços de Engenharia

Em 2024, deu-se prosseguimento a iniciativas de erradicação do passivo de obras de UPA 24h não concluídas ou sem funcionamento, no bojo da Lei n.º 4.172, de 1º de novembro de 2023, que instituiu o Pacto Nacional pela Retomada de Obras (paralisadas, inacabadas ou em funcionamento sem registro no Sistema de Monitoramento de Obras do Ministério da Saúde), e no âmbito do Ministério da Saúde, regulamentada pela Portaria GM/MS n.º 3.084, de 12 de janeiro de 2024.

Diante desse cocontexto, foram identificadas 198 obras de UPA 24h elegíveis para adesão ao Pacto. Ao fim do período estabelecido, gestores de 155 obras manifestaram o interesse de adesão ao Pacto. Na etapa seguinte de apresentação de propostas e documentos necessários para análise (entre abril a de novembro de 2024), foi dado parecer favorável a 55 obras, distribuídas em 18 dos 27 estados da Federação.

Tabela 30 – Quantidade de propostas de retomada de obras inacabadas aprovadas (UPA 24h) – 2024

UF	BA	CE	ES	GO	MA	MG	MT	PA	PB	PE	PR	RN	RO	RS	SC	SE	SP	TO	Total Geral
Reativação	2	2	1	1	0	2	2	1	2	4	3	0	2	2	1	0	5	0	30
Repactuação	5	1	0	1	1	0	0	3	1	1	0	1	0	0	0	1	2	0	17
Total Geral	7	3	1	2	1	2	2	4	3	5	3	1	2	2	1	1	7	0	47

Fonte: InvestSUS e Sismob – 14/1/2025.

Do total de propostas aprovadas, 30 propostas são de reativação, ou seja, para a regularização da situação de funcionamento da unidade junto ao Ministério da Saúde e 17 propostas

de repactuação foram aprovadas, propondo redimensionamento dos serviços anteriormente propostos. A previsão é de que as propostas de reativação aprovadas já configurem o aumento

de 30 UPAs em funcionamento até o início de 2025. No caso das propostas de Repactuação, as obras devem ser concluídas em 24 meses, prorrogáveis uma vez pelo mesmo prazo.

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.

TOTAL DE SERVIÇOS



192

CENTRAIS DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA NO SAMU 192 NO PAÍS



3.155

UNIDADES DE SUPORTE BÁSICO (USB)



705

UNIDADES DE SUPORTE AVANÇADO (USA)



254

MOTOS



10

EMBARCAÇÕES



20

AEROMÉDICOS



4.144

UNIDADES MÓVEIS DO SAMU



4.142

MUNICÍPIOS ATENDIDOS COM ACESSO AO DÍGITO 192



187

MILHÕES DE PESSOAS COM ACESSO

88,1%

DA POPULAÇÃO COBERTA



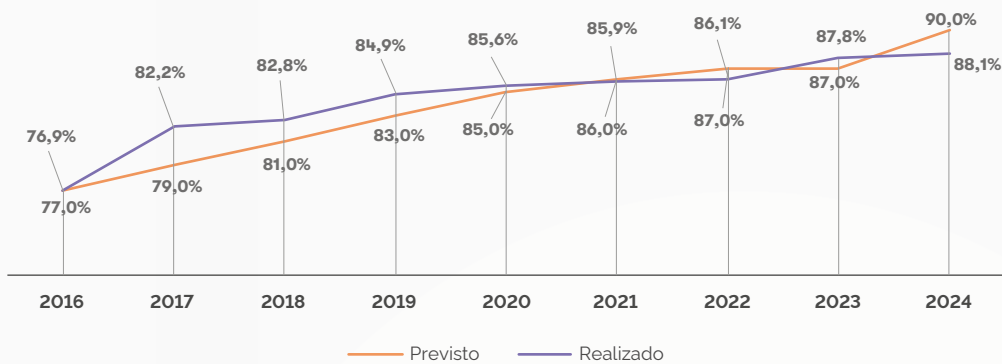
R\$ 1.753.384.231,83

COMO INCENTIVO DE CUSTEIO

Em 2024, foram desabilitadas três embarcações no estado do Amazonas (1 São Paulo de Olivença, 1 Santo Antônio do Içai e 1 Jutai), vinculadas à CRU de Tabatinga, por meio da Portaria GM/MS n.º 5.390, de 2 de outubro de 2024, devido à

ausência de registros de produção no SIA/SUS, desde outubro de 2021. O Serviço Aeromédico de Recife/PE foi desativado pelo gestor no sistema Cnes.

Gráfico 24 – Evolução cobertura populacional do Samu 192 – 2016 a 2024



Fonte: Saes/MS em 17/12/24.
Dados populacionais: estimativa populacional IBGE 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/indicadores.html>.

Atualmente, o vazio assistencial é de 1.426 municípios sem acesso do Samu 192, com uma população descoberta de 25.403.586 (11,91%) brasileiros. Das 120 macrorregiões do País, 5 estão sem cobertura do Samu 192, 53 com cobertura parcial e 62 com cobertura total. Os estados de Minas Gerais e Piauí apresentaram

evolução na cobertura do serviço atingindo uma cobertura de 89,31% e 85,42%, respectivamente dos municípios. Das 27 unidades federativas, o panorama geral mostra que 11 têm cobertura total e 16 têm cobertura parcial, sendo que apenas 6 dessas UF's possuem menos de 70% de cobertura.

Tabela 31 – Percentual de população coberta pelo Samu 192 – 2024

Região/UF	Percentual de Cobertura	População Coberta	População Geral
Região Norte	75,95%	14.360.279	18.906.962
Rondônia	45,9%	832.955	-
Acre	100,0%	906.876	-
Amazonas	65,3%	2.789.325	-
Roraima	100,0%	652.713	-
Pará	88,5%	7.772.041	-
Amapá	73,7%	647.165	-
Tocantins	47,2%	759.204	-
Região Nordeste	89,33%	51.512.071	57.667.842
Maranhão	63,3%	4.527.042	-
Piauí	84,4%	2.808.739	-
Ceará	100,0%	9.240.580	-
Rio Grande do Norte	84,2%	2.999.068	-
Paraíba	100,0%	4.059.905	-
Pernambuco	88,3%	8.545.729	-
Alagoas	100,0%	3.365.351	-
Sergipe	100,0%	2.338.474	-
Bahia	91,1%	13.651.704	-
Região Sudeste	87,01%	77.988.592	89.632.912
Minas Gerais	86,0%	18.416.186	-
Espírito Santo	100,0%	4.108.508	-
Rio de Janeiro	87,5%	15.278.026	-
São Paulo	86,1%	40.185.872	-
Região Sul	97,57%	29.664.433	30.402.587
Paraná	99,7%	11.565.524	-
Santa Catarina	100,0%	7.338.473	-
Rio Grande do Sul	93,6%	10.728.476	-
Região Centro-Oeste	85,48%	14.281.187	16.707.336
Mato Grosso do Sul	67,3%	1.909.526	-
Mato Grosso	58,0%	2.070.747	-
Goiás	100,0%	7.206.589	-
Distrito Federal	100,0%	3.094.325	-
Brasil	88,1%	187.914.053	213.317.639

Fonte: Cgurg/Dahu/Saes/MS. Dados apurados em 31/12/2025. Competência Dezembro/2024.

Tabela 32 – Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) e Centrais de Regulação de Urgência (CRU) habilitadas/em funcionamento – 2020-2024

ANO	Região	CRU	USB	USA	Moto	Lancha	Aero
2024	CENTRO-OESTE	19	233	59	46	0	1
	NORDESTE	54	1127	243	96	2	7
	NORTE	17	222	29	14	7	1
	SUDESTE	77	1072	250	78	1	3
	SUL	25	503	124	20	0	8
Total 2024		192	3157	705	254	10	20
2023	CENTRO-OESTE	19	232	58	47	0	1
	NORDESTE	54	1120	242	96	2	8
	NORTE	17	224	29	14	10	1
	SUDESTE	76	998	234	75	1	3
	SUL	25	490	122	20	0	8
Total 2023		191	3064	685	252	13	21
2022	CENTRO-OESTE	19	232	58	47		1
	NORDESTE	53	1.104	241	96	2	7
	NORTE	17	223	29	14	10	2
	SUDESTE	76	961	223	76	1	2
	SUL	25	469	115	19	0	6
Total 2022		190	2989	666	252	13	18
2021	CENTRO-OESTE	19	232	58	47	0	1
	NORDESTE	53	1.094	236	96	2	7
	NORTE	17	221	29	14	10	2
	SUDESTE	76	958	223	76	1	2
	SUL	25	467	114	21	0	6
Total 2021		190	2972	659	253	13	18
2020	CENTRO-OESTE	19	213	52	56	0	1
	NORDESTE	52	984	219	96	2	7
	NORTE	18	223	28	16	10	2
	SUDESTE	77	943	222	73	1	2
	SUL	25	453	107	21	0	6
TOTAL 2020		191	2.816	628	262	13	18

Fonte: Saes/MS. Extraído em 17/12/2024.

Tabela 33 – Unidades habilitadas do Samu 192

UF	CRU	USB	USA	Moto	Lancha	Aero	Total
AC	2	24	3	2		1	32
AL	2	46	6	4		1	59
AM	2	42	7	5	5		61
AP	1	5	2		1		9
BA	20	336	69	22	2		449
CE	4	150	32	7		3	196
DF	1	30	7	20		1	59
ES	1	89	22			1	113
GO	12	148	37	18			215
MA	10	91	27	16			144
MG	16	289	75			2	382
MS	3	27	7	4			41
MT	3	28	8	4			43
PA	6	101	10	4	1		122
PB	7	133	39	18			197
PE	4	169	24	19		1	217
PI	3	119	17	3		1	142
PR	12	216	64	4		5	301
RJ	7	126	43	4	1		181
RN	3	40	13	3		1	60
RO	2	19	2				23
RR	1	18	1				20
RS	5	191	36	16			248
SC	8	96	24			3	131
SE	1	43	16	4			64
SP	53	568	110	74			805
TO	3	13	4	3			23
TOTAL	192	3.157	705	254	10	20	4.338

Fonte: Saes/MS. Extraído em 17/12/2024.

Programa de Aceleração do Crescimento – PAC (2023-2026) – Centrais de Regulação de Urgência e Ambulâncias

As Centrais de Regulação das Urgências (CRU) são estruturas físicas constituídas por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio-operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro de uma Rede de Atenção. A construção de CRUs tem o objetivo de coordenar e regular o atendimento de urgência e emergência médica em determinadas regiões ou áreas de abrangência do Samu. Essa iniciativa visa atender regiões vulneráveis e sem cobertura, reduzindo lacunas assistenciais e fortalecendo o SUS. Entre as ações realizadas, destaca-se o investimento de R\$ 42.035.331,00 para construção de 14 Centrais de Regulação de Urgência, beneficiando 14 municípios, abrangendo 8 unidades da Federação. A previsão é que as primeiras CRU estejam com as construções concluídas a partir de 2026. A seguir é apresentada a distribuição de CRUs por UF:

Tabela 34 – Distribuição Central de Regulação das Urgências (CRU) a serem construídas pelo PAC (2023-2026), por UF

UF	Quant. CRU	Investimento
AM	2	R\$ 6.174.616,00
AP	1	R\$ 3.087.308,00
MA	4	R\$ 11.142.604,00
MS	1	R\$ 3.056.945,00
MT	1	R\$ 3.056.945,00
PR	1	R\$ 3.209.855,00
RJ	3	R\$ 9.219.750,00
RO	1	R\$3.087.308,00
TOTAL	14	R\$ 42.035.331,00

Fonte: Saes/MS. Extraído em 17/12/2024.

A expansão e a renovação da frota de ambulâncias do Samu 192 tem o objetivo de universalizar o acesso ao serviço no País, melhorando o atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência para a população. As ambulâncias são compradas de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e posteriormente doadas aos entes federados subnacionais selecionados. Estão previstas duas estratégias, uma destinada à expansão da frota e outra destinada à renovação da frota do Samu 192.

Para a expansão da frota, na etapa de seleção desse ano foram selecionadas 350 ambulâncias, contemplando 224 municípios e 14 unidades da Federação. Além disso, está em andamento o edital 150/2023, a partir do qual 314 veículos foram empenhados, sendo eles 228 Unidades de Suporte Básico (USB) e 86 Unidades de Suporte Avançado (USA). Os 314 veículos adquiridos pelo MS por meio desta contratação foram entregues pelas empresas transformadoras e

vistoriados pelas equipes do MS. Até o momento, 25 veículos tipo USB foram entregues aos estados/municípios (1 BA, 6 MA, 3 PE, 3 PI, 2 RS, 7 SP e 3 TO). Já para a renovação de frota, ao longo de 2024, o MS doou 840 ambulâncias aos municípios para renovação de frota (RF) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192). Ambas iniciativas contemplaram 18 estados, totalizando um investimento de mais de R\$ 250 milhões.

Tabela 35 – Ambulâncias entregues aos municípios – 2024

Entrega	Quantidades		Investimento
	RF	USB	
RS	30	-	8.670.000,00
1ª Salto – SP	280	-	80.920.000,00
Recife – PE	9	-	2.601.000,00
Mogi – SP	100	-	28.900.000,00
Sorocaba – SP	258	-	74.562.000,00
2ª Salto – SP	163	-	47.107.000,00
Total RF	840	-	R\$ 242.760.000,00
USB	-	25	R\$ 8.100.000,00
Total USB	-	25	R\$ 8.100.000,00
Total (RF+USB)	865		R\$ 250.860.000,00

Fonte: Saes/MS. Extraído em 17/12/2024.

Força Nacional do SUS

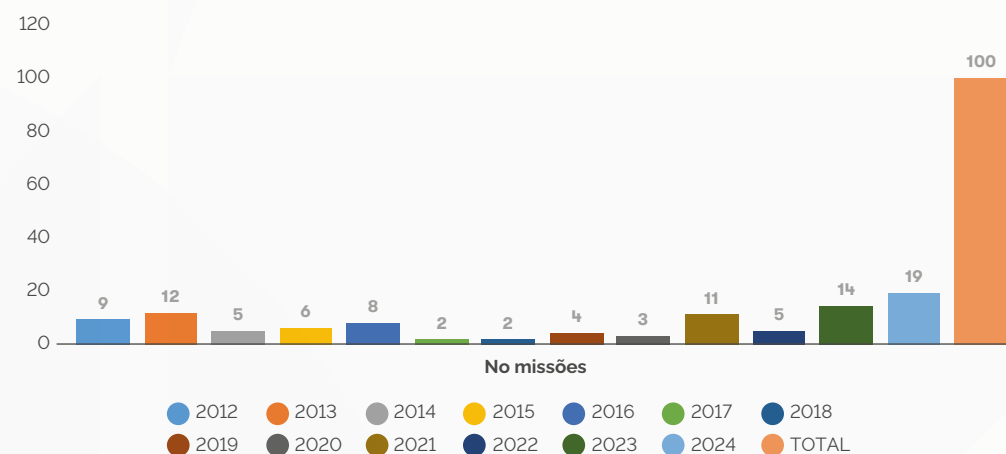
A Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS) foi instituída pelo Decreto da Presidência da República n.º 7.616, de 17 de novembro de 2011, e regulamentada pela Portaria GM/MS n.º 2.952, de 14 de dezembro de 2011, sendo consolidada pela Portaria de Consolidação n.º 1, de 28 de setembro de 2017. Por meio das disposições legais descritas, há 13 anos, a FN-SUS realiza apoio aos entes federados na resposta assistencial em situações de emergências de saúde pública, desastres, desassistência e eventos de massa, contribuindo com o território 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 mencionadas, a FN-SUS também apoia na preparação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências em Saúde Pública (ESP) por meio da oferta de atividades de capacitação direcionada aos gestores, aos profissionais de saúde e a outras áreas afetas à resposta qualificada e oportuna em situações de emergências e desastres.

Missões e Ações

Em 2024 foram realizadas 19 missões, totalizando-se 100 missões desde a sua criação, em 2012. Desse modo, a FN-SUS consolida-se como mecanismo do MS indispensável para preparação e resposta em emergência em saúde pública no Brasil.

Gráfico 25 – Missões da Força Nacional do SUS – 2012 a 2024



Fonte: Saes/MS.



Quadro 7 – Missões da Força Nacional do SUS – 2024

Qtd.	Missão	Tipologia	Chegada	Retorno	Dias de permanência	Atendimentos	Profissionais Capacitados	Profissionais Mobilizados
1	Diagnóstico Situacional Belford Roxo/RJ	Desastre (enchente)	18.01.2024	22.01.2024	5			2
2	Missão Arboviroses	Situação Epidemiológica	02.02.2024	26.04.2024	36			16
3	Missão Yanomami	Desassistência	18.02.2024	16.04.2024	59	1082	1.066	36
4	Diagnóstico Situacional Acre	Desastre (enchente)	04.03.2024	09.03.2024	5			2
5	Missão Guarita/RS	Situação Epidemiológica	18.03.2024	04.04.2024	18	403		13
6	Missão Espírito Santo	Desastre (enchente)	27.03.2024	11.04.2024	16	426	99	9
7	Missão Rio Grande do Norte	Desastre (enchente)	11.04.2024	26.04.2024	16	401		8
8	Missão Rio Grande do Sul	Desastre (enchente)	01.05.2024	31.07.2024	92	25343		634
9	Missão Saúde Indígena Assis Brasil	Desassistência	01.07.2024	12.07.2024	12	384		6
10	Diagnóstico Situacional Migrantes "inadmitidos"	Desassistência	26.08.2024	28.08.2024	3			2
11	Missão Acre (Seca, Estiagem e Queimadas)	Desastre (climatológico)	15.09.2024	21.09.2024	7			10
12	Missão Amazonas (Seca, Estiagem e Queimadas)	Desastre (climatológico)	15.09.2024	21.09.2024	7			9
13	Missão Rondônia (Seca, Estiagem e Queimadas)	Desastre (climatológico)	22.09.2024	27.09.2024	6			6
14	Missão Tocantins (Seca, Estiagem e Queimadas)	Desastre (climatológico)	30.09.2024	02.10.2024	3			4
15	Missão Repatriados (Libano)	Humanitária	05.10.2024	27.11.2024	56	2442		174
16	Missão Pará (Seca, Estiagem e Queimadas)	Desastre (climatológico)	13.10.2024	19.10.2024	6			2
17	Missão Amapá (Seca, Estiagem e Queimadas)	Desastre (climatológico)	19.10.2024	25.10.2024	6			1
18	Missão DSEI Guamá-Tocantins (Seca, Estiagem e Queimadas)	Desastre (climatológico)/ Desassistência	10.11.2024	01.12.2024	22	1633		19
19	4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde	Evento de Massa	09.12.2024	13.12.2024	5	243		12
	TOTAL				380	32357	1.165	965

Fonte: Dahu/Saes/MS. Extraído em 27/12/2024.

2.2.5 Atenção Domiciliar

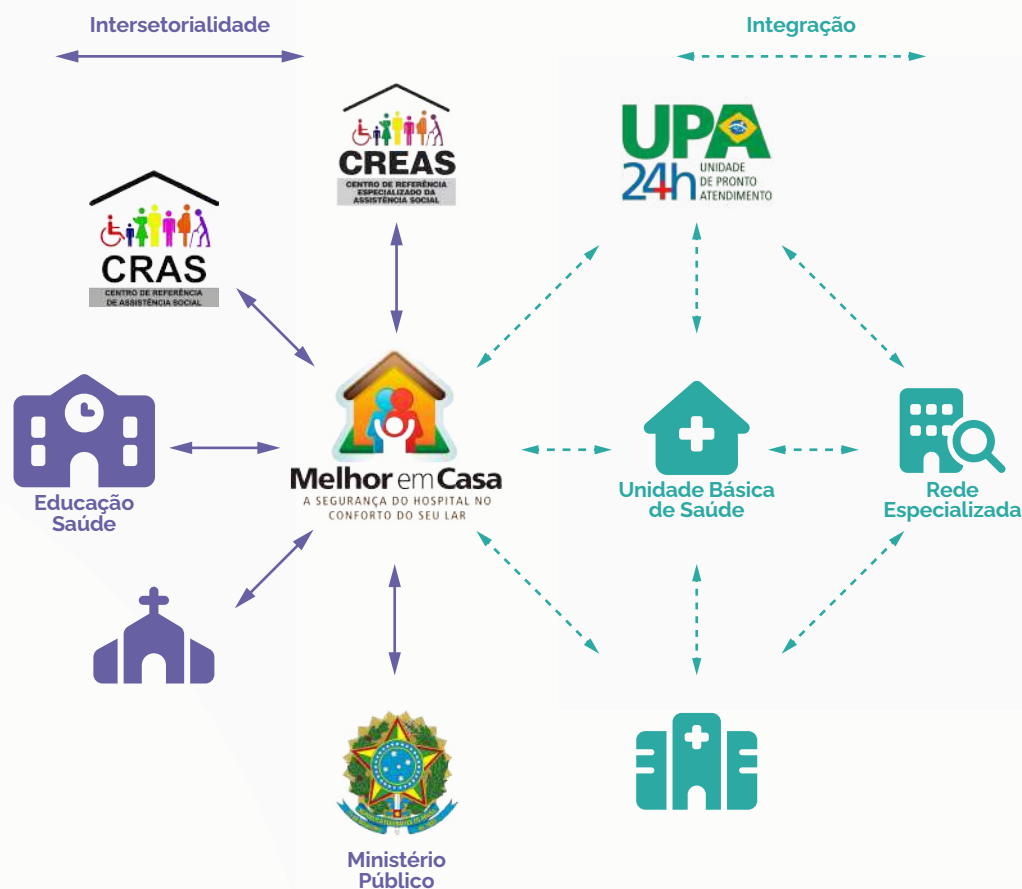
Expansão e Manutenção dos Serviços

A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de atenção integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, cuidados paliativos e promoção à saúde prestados em domicílio e que, desse modo, promove a integralidade do cuidado em diversos setores do SUS, desde a vigilância epidemiológica, com o agente de endemias, até o Samu e as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS).

No âmbito do SUS e em nível da atenção especializada, a AD é representada pelo Programa Melhor em Casa (PMeC), que, por sua vez, possui a finalidade de promover a continuidade do cuidado pré e pós-hospitalar dos pacientes em situações agudas, crônico agudizadas e complexas – com isso, favorecendo a rotatividade de leitos hospitalares, além

da humanização do cuidado em ambiente domiciliar. Criado em 2011, o programa passou por grandes evoluções em sua observância assistencial, com aumento de habilitação de equipes e promoção progressiva da elegibilidade para pacientes mais complexos. Desse modo, o PMeC atua como ponto de atenção na transição do cuidado ao promover a integração e intersetorialidade do cuidado, conforme figura a seguir; fomenta a operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emad), Equipes Multiprofissionais de Apoio (Emap) e Equipes Multiprofissionais de Apoio – Reabilitação (Emap-R), além de proporcionar, por meio de incentivo único por município, a instalação de equipamentos que possibilitem a telessaúde. Proporcionar ao PMeC a utilização da telessaúde como ferramenta oportuniza o alcance a especialistas e monitoramento da assistência em nível domiciliar. Para conhecer sobre as modalidades de AD: Melhor em casa – Ministério da Saúde.

Figura 8 – Interação do PMeC com os outros Pontos de Atenção da RAS



Fonte: Savassi et al., 2022.

Programa Melhor em Casa – Atenção Domiciliar

O Programa Melhor em Casa (PMeC) tem expandido gradualmente sua cobertura assistencial desde a sua criação. Tal expansão depende da solicitação de adesão dos gestores municipais, estaduais e do Distrito Federal, dentro dos critérios predeterminados para habilitação de equipes e da disponibilidade orçamentária federal.

A Portaria GM/MS n.º 3.005, de 2 de janeiro de 2024, altera as Portarias de Consolidação

n.º 5 e 6 de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Pmec. A Portaria trata sobre: a criação de nova tipologia de equipe, Equipe Multiprofissional de Apoio à Reabilitação (Emap-R), que tem objetivo apoiar à Atenção Primária à Saúde em relação ao Plano Terapêutico Singular (PTS), auxiliando na reabilitação intensiva de usuários de média e alta complexidade; a utilização do telessaúde; e atualização do incentivo financeiro, com aumento de 30% do valor prévio e incremento de mais 30% para regiões que integram a Amazônia Legal, conforme demonstrado na tabela a seguir.

Tabela 36 – Incentivo financeiro mensal de acordo com tipologia de equipe do PMeC e incremento na região da Amazônia Legal – 2023 e 2024

Tipo de Equipe	Repassse mensal	Repassse mensal (Amazônia Legal)
EMAD 1	R\$ 65.000,00	R\$ 84.500,00
EMAD 2	R\$ 44.200,00	R\$ 57.460,00
EMAP	R\$ 7.800,00	R\$ 10.140,00
EMAP-R	R\$ 7.800,00	R\$ 10.140,00
Valor de repasse anual		
Ano	2023	2024
VALOR	R\$ 742.008.000,00	R\$ 1.091.244.960,00

Fonte: Gadam/Dahu/Saes/MS.



Vale ressaltar que as Emap-R só podem ser habilitadas em municípios com porte populacional de até 19.999 habitantes, enquanto as Emad tipo I acima de 40.000 habitantes e Emad tipo II, por sua vez, entre 20.000 e 39.999 habitantes. Os municípios que sediam consórcio não podem solicitar a habilitação de Emap-R, uma vez que já possuem uma Emap para a assistência. No entanto, os municípios consorciados podem solicitar a habilitação daquela tipologia como equipe de apoio em seu território.

A criação dessas equipes, além de ofertar a atenção domiciliar em nível especializado e humanizado em municípios de pequeno porte, fortalece o alcance de comunidades associadas a Quilombos, População negra, Povo e Comunidades Tradicionais, População LGBTQIAPN+, Pessoas em Situação de Rua, Pessoas Privadas de Liberdade, entre outras, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Especializada (Pnaes) e às Políticas de Promoção de Equidade em Saúde.

A seguir é apresentado o quantitativo de equipes do PMeC em todo o País. A expectativa de crescimento, baseada na série histórica de expansão dos últimos 13 anos, gira em torno de 60 novas equipes por ano, para cada tipologia já existente (Emad Tipo I, Emap, Emap Tipo II). Tendo em vista que a criação das Emap-R é recente, ainda não houve solicitação de adesão, por parte do gestor estadual e municipal.

Tabela 37 – Implantação do Programa Melhor em Casa – 2024

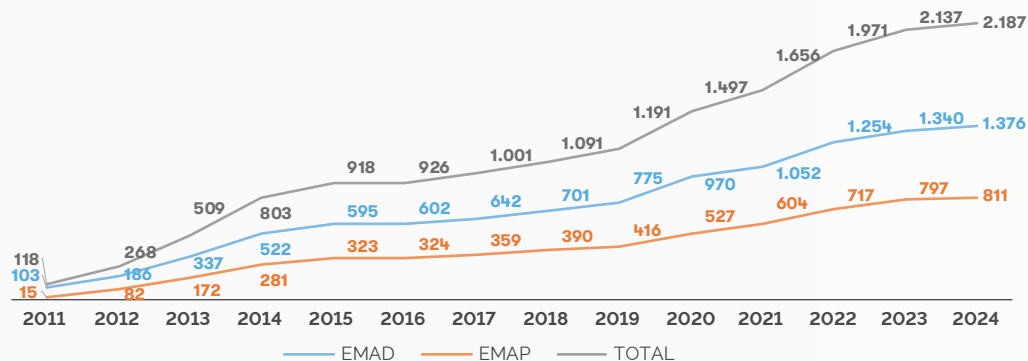
UF	EMAD I	EMAD II	TOTAL EMAD Tipo I e II	EMAP	TOTAL GERAL
AC	3	0	3	1	4
AL	24	27	51	41	92
AM	23	1	24	11	35
AP	5	0	5	3	8
BA	60	58	118	92	210
CE	68	29	97	63	160
DF	16	0	16	6	22
ES	5	0	5	2	7
GO	40	35	75	56	131
MA	21	17	38	30	68
MG	116	38	154	93	247
MS	11	3	14	8	22
MT	8	4	12	6	18
PA	53	24	77	62	139
PB	20	36	56	41	97
PE	44	25	69	46	115
PI	6	13	19	17	36
PR	40	13	53	21	74
RJ	86	6	92	46	138
RN	11	12	23	15	38
RO	8	0	8	3	11
RR	0	0	0	0	0
RS	47	12	59	14	73
SC	24	8	32	11	43
SE	11	11	22	18	40
SP	228	18	246	101	347
TO	7	1	8	4	12
TOTAL GERAL	985	391	1.376	811	2.187

Fonte: Cgdom/Dahu/Saes/MS. Extraído em 16 de dezembro de 2024. Portarias de habilitação publicadas (DOU oficial) somadas ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes).

Para o acompanhamento do PMeC, existem critérios que possibilitam a avaliação da existência e do funcionamento no território, sendo a atualização das equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes) com os respectivos Identificadores Nacionais de Equipes (INE), assim como a verificação da produtividade por meio do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab). A ausência dos critérios por tempo determinado na Portaria GM/MS n.º 3.005, de 2 de janeiro de 2024, causa suspensão e, se não houver correção, desabilitação de equipes. No ano de 2024, houve 361 suspensões.

A seguir é apresentado um histórico da evolução das Equipes do PmeC, desde sua criação até o ano de 2024. Pode-se observar que houve ampliação de 50 equipes (Emad e Emap) no ano de 2024 em relação ao ano de 2023. Isso se deve ao processo de descentralização das habilitações de equipes para os entes estaduais, que até o momento encontra-se em transição.

Gráfico 26 – Evolução das equipes do PMeC (Emap* e Emad**). Brasil, 2011 a 2024



Fonte: Cgdom/Dahu/Saes/MS. Extraído em 16 de dezembro 2024. Portarias de habilitação publicadas (DOU oficial) somadas ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes).

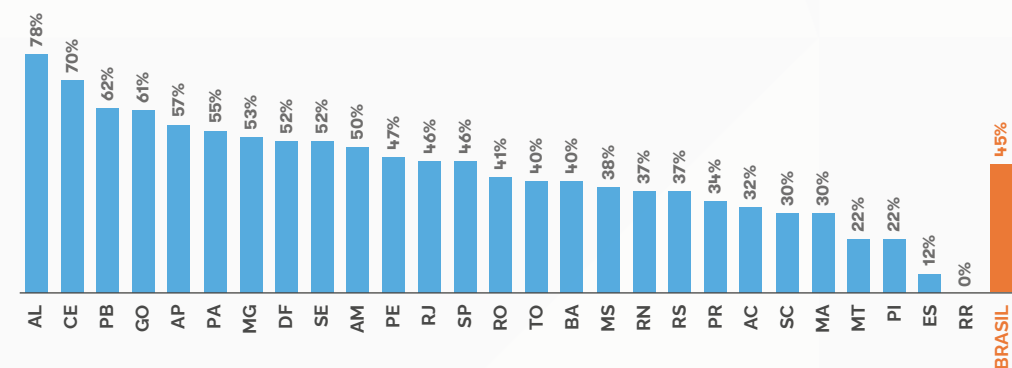
* Equipe Multidisciplinar de apoio (Emap) / ** Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (Emad)

Nota 1: os dados de 2021 e 2022 no RI TCU 2022, os quantitativos de equipes foram consideradas do SCNES. Dessa forma, o quantitativo de equipes aumenta, pois há municípios que implantam Emads e Emaps, mesmo que não sejam habilitados MS, não fazendo parte do Programa Melhor em Casa e sem financiamento federal. Portarias de habilitação publicadas (DOU oficial) somadas ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes).

Pode-se observar uma evolução gradual das equipes de AD habilitadas no PMeC, porém em pequena escala ao longo dos anos. Quando analisado, por meio do gráfico a seguir, verifica-se estagnação nos estados do Acre, Mato Grosso, Rondônia e redução no Espírito Santo, em

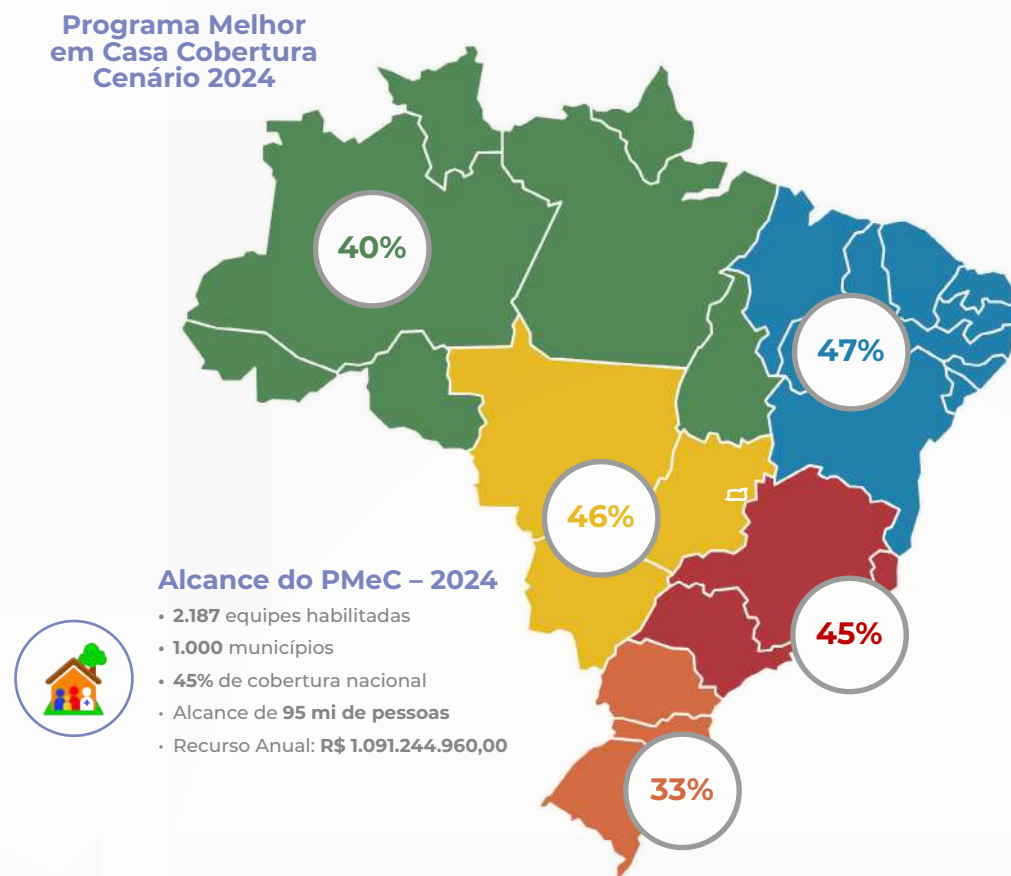
relação ao número de equipes do PMeC por UF. Os estados do Amapá, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul, Piauí, Rio Grande do Sul e Tocantins apresentaram crescimento muito pequeno no número de equipes.

Gráfico 27 – Cobertura do Programa Melhor em Casa – PMeC – 2024



Fonte: Cgdom/Dahu/Saes/MS. Extraído em 16/12/2024.

Figura 9 – Cenário PMeC com percentual atual da cobertura populacional, por região – 2024



Fonte: Cgdom/Dahu/Saes/MS. Dados CNES.

Ao observar a cobertura do PMeC nos estados, o estado de Roraima apresenta vazio assistencial em todo seu território e 17 estados apresentam cobertura abaixo de 50% da população. Atualmente, o cenário da PMeC apresenta um potencial de implantação de 1.345 Emad,

1.189 Emad e de 3.761 Emad-R no País para a erradicação do vazio assistencial, conforme é apresentado na figura a seguir. No entanto, é importante considerar cobertura da APS e Samu, como base e retaguarda especializada, respectivamente.

Figura 10 – Número de equipes que podem ser ampliadas no vazio assistencial do PMeC, por UF 2024



Fonte: Cgdom/Dahu/Saes/MS. Dados Cnes.

Ao analisar o cenário da AD no Brasil e regiões no ano de 2024, conforme demonstrado nos gráficos, observa-se que há 2.187 equipes habilitadas para o PMeC, o que totaliza 45% de cobertura nacional,

Tabela 38 – Cobertura do Programa Melhor em Casa – 2016 a 2024

Ano	População*	População coberta pelo Programa (HAB)	% de cobertura
2016	206.114.067	46.013.816	22%
2017	207.660.929	48.508.949	23%
2018	208.494.900	51.247.878	25%
2019	210.147.125	68.905.127	33%
2020	211.755.692	74.464.359	35%
2021	213.317.639	83.529.798	39%
2022	213.317.639	88.571.395	42%
2023	213.317.639	93.357.675	44%
2024	213.317.639	96.315.293	45%

Fonte:Cgdom/Dahu/Saes/MS. Cnes. Extraído em 16/12/2024.
* Foi utilizado para realizar os cálculos de cobertura populacional, percentual de cobertura populacional e para a habilitação de equipes, a população recomendada pelo TCU referente à estimativa de 2021, pois este é utilizado para determinação das cotas do Fundo de Participação dos Municípios. Dessa forma, os cálculos percentuais equivalentes aos anos de 2022 e 2024, consideram a população de 2021 e aumentam apenas o equivalente às novas habilitações.

Ressalta-se que, até dezembro de 2024, para habilitação de novas equipes e ampliação do Programa, existe a necessidade de adesão dos proponentes aos critérios normatizados, e seu funcionamento depende da capacidade de implantação local, bem como da atração e da fixação dos profissionais. Por outro lado,

quando não existe o funcionamento adequado – detectável pela ausência das equipes no Cnes e falha no envio mensal da produção – ocorre a suspensão dos repasses federais e posterior desabilitação dos serviços, com redução do número total de equipes.

2.2.6 Cuidados Paliativos
Expansão e Manutenção dos Serviços

A Portaria GM/MS n.º 3.681, de 7 de maio de 2024, que institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do Sistema Único de Saúde", define cuidados paliativos como ações de cuidado que visam identificar e assistir o sofrimento atrelado a uma condição de saúde grave com foco na melhor qualidade de vida possível à pessoa, seus familiares e rede de apoio. Entre suas diretrizes, define também a ampliação dos cuidados paliativos em rede, com ênfase na Atenção Primária, e acesso universal a eles em todos os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com equidade, integralidade, qualidade assistencial e humanização no

atendimento. Além do acesso, promover a melhoria da qualidade de vida, disponibilidade de medicamento, educação a força de trabalho de SUS e promover o engajamento e a conscientização do componente comunitário.

O esperado com esse movimento é o fortalecimento abrangente do sistema de saúde para integrar cuidados paliativos baseados em evidências, equitativos e sustentáveis como parte do cuidado integral, conforme as diretrizes da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (Pnaes) e com foco especial as Políticas de Promoção de Equidade em Saúde. A figura a seguir apresenta os cinco objetivos para a implementação da PNCP.

Figura 11 – Objetivos da Política Nacional de Cuidados Paliativos – 2024



Fonte: Cgdom/Dahu/Saes/MS.

A PNCP prevê incentivo financeiro para custeio federal de duas novas equipes a serem habilitadas para apoio a RAS na assistência em cuidados paliativos em rede – Equipes Matriciais e Assistenciais de Cuidados Paliativos. A Equipe Matricial de Cuidados Paliativos (EMCP) é uma equipe interdisciplinar de caráter macrorregional vinculada à gestão estadual do SUS. Essa equipe possui território definido na macrorregião de saúde e deve conhecer quais são os municípios de sua área de abrangência, as características da demanda local em cuidados paliativos e todos os pontos da RAS presentes onde atua, aos quais deverá prestar apoio matricial nessa temática. Já a Equipe Assistencial de Cuidados Paliativos (EACP) é uma equipe interdisciplinar, de gestão municipal e atuação multiprofissional, responsável por realizar ações de cuidados paliativos no âmbito do estabelecimento de saúde onde está vinculada e, conforme o caso, em outros pontos de atenção da RAS no território de abrangência definido. Até o momento não foi habilitada nenhuma equipe, portanto, não houve impacto financeiro em 2024.

2.2.7 Atenção à Saúde da População Trans

Expansão e Manutenção dos Serviços

Em 2023, o Ministério da Saúde realizou o processo de revisão do Processo Transexualizador e elaborou o Programa de Atenção Especializada à Saúde da População Trans (Paes-PopTrans), uma nova política pública que oferece um conjunto de ações e cuidados especializados pelo SUS para a população transexual, de modo a integrar os serviços e garantir que as pessoas trans tenham acesso à saúde de forma integral, com equidade e universalidade.

O processo de elaboração foi orientado pelas principais diretrizes e evidências científicas e internacionais e sua publicação representa uma resposta ao longo processo de sentenças judiciais como a Ação Civil Pública n.º 5081241-40.2016.4.04.7100, que determinou a inclusão dos procedimentos de readaptação genital na Tabela SUS, e a Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) n.º 787, que determinou que o MS adotasse as providências necessárias para garantir o acesso das pessoas transexuais e travestis às políticas públicas de saúde.

Para que os serviços de saúde sejam reconhecidos como integrantes do Paes-PopTrans, é necessário que a habilitação ocorra nos estados, seguindo os critérios definidos nas normativas do Programa, e que haja posterior homologação da habilitação

por parte do Ministério da Saúde. O início do processo de descentralização das habilitações foi pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para o ano de 2025.

Quadro 8 – Serviços a serem habilitados – ambulatorial especializado

Ambulatório Especializado I	Ambulatório Especializado II
Atividades: • Acolhimento e atendimento individual e familiar. • Atendimento em grupo. • Intervenção no território e domiciliar em apoio aos profissionais da APS. • Educação em Saúde na comunidade e região adstrita. • Referenciamento para o AE 2. • Teleatendimento. • Teleconsultoria para matriciamento da APS. Equipe mínima: • 1 médico especialista (medicina da família e comunidade, endocrinologista ou ginecologista). • 2 psicólogos. • 2 assistentes sociais. • 1 enfermeiro. • 1 cirurgião-dentista. • 1 auxiliar ou técnico de saúde bucal. Profissionais estratégicos: Fonoaudiólogo, farmacêutico, terapeuta ocupacional, nutricionista, educador físico, psiquiatra e sanitarista.	Atividades: • Referência para o AE 1. • Mesmas atividades que AE 1, mais: • Atendimento no ciclo gravídico puerperal dos homens trans. • Atendimento de Criança/Adolescentes. • Acompanhamento pré-cirúrgico e referenciamento para os SC 1 e 2. Equipe mínima: • 1 endocrinologista. • 1 ginecologista. • 2 psicólogos. • 2 assistentes sociais. • 1 fisioterapeuta. • 1 fonoaudiólogo. • 1 enfermeiro. • 1 cirurgião-dentista. • 1 auxiliar ou técnico saúde bucal. Profissionais estratégicos: Terapeuta ocupacional, farmacêutico, dermatologista, médico geriatra, nutricionista, educador físico, médico psiquiatra, educador social, pedagogo e sanitarista.

Fonte: Apresentação – Programa de Atenção Especializada à Saúde da População Trans (PAESPopTrans) – Comissão Intergestores Tripartite (CIT): <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2024/janeiro/paespoptrans/view>. Acesso em: 20 jan. 2025.
Nota: AE :Ambulatório Especializado; SC Serviço Cirúrgico.

Quadro 9 – Serviços a serem habilitados – serviço cirúrgico

Serviço Cirúrgico I	Serviço Cirúrgico II
Atividades: - Atendimentos de preparação e recuperação cirúrgica. - Teleconsultoria para AE 2. - Teleatendimento. Cirurgias: - Tireoplastia. - Plástica mamária com prótese de silicone. - Mamoplastia masculinizadora. - Cirurgias torácicas reparadoras. - Histerectomia. - Retirada de silicone industrial (experimental). Equipe mínima: 1 médico cirurgião, da especialidade de mastologia, cirurgias de cabeça e pescoço, ginecologia ou cirurgia-plástica. 1 assistente social. - Equipe de apoio cirúrgico.	Atividades: - Atendimentos de preparação e recuperação cirúrgica. - Teleconsultoria para AE 2. - Teleatendimento. Cirurgias: - Readequação genital e complementares. - Cirurgias genitais reparadoras. - Retirada de silicone industrial (experimental). Equipe mínima: 1 médico cirurgião, da especialidade de urologia, ginecologia ou cirurgia-plástica. 1 assistente social. - Fisioterapeuta. - Equipe de apoio cirúrgico. Serviço Cirúrgico III - Neofaloplastias. Atividades e Equipe mínima: Idem ao tipo 2.

Fonte: Apresentação – Programa de Atenção Especializada à Saúde da População Trans (Paesp-PopTrans) – Comissão Intergestores Tripartite (CIT): <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2024/janeiro/paespoptrans/view>. Acesso em: 20 jan. 2025.

Nota: AE :Ambulatório Especializado; SC.

O repasse dos recursos previstos na Portaria a ser publicada será via Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) e está condicionado à homologação do serviço pelo Ministério da Saúde.

Serviços já habilitados

Figura 12 – Serviços habilitado para atender a população Trans



Fonte: Apresentação – Programa de Atenção Especializada à Saúde da População Trans (Paesp-PopTrans) – Comissão Intergestores Tripartite (CIT): <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2024/janeiro/paespoptrans/view>. Acesso em: 20 jan. 2025.

Em 2024, 25.216 procedimentos foram realizados na atenção especializada à saúde previstos para a população trans, sendo 232 procedimentos hospitalares e 24.984 ambulatoriais. O quantitativo foi superior aos 17 mil procedimentos previstos para 2024 devido ao aumento das habilitações dos serviços ambulatoriais e hospitalares do Processo Transexualizador no (SUS), que reflete na ampliação do acesso e da oferta de serviços voltados à população transgênero. Além disso, uma maior demanda por esses serviços foi impulsionada pelo aumento da visibilidade e do reconhecimento dos direitos da população trans. É importante considerar que os dados utilizados são parciais e sujeitos a atualizações, em razão dos prazos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) para o processamento das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) que, via de regra, permitem o processamento do atendimento prestado em até seis competências da sua data de realização, e flexibilizam em seis competências adicionais em caso de uma primeira glosa do procedimento.

2.2.8 Atenção à Saúde Mental

Expansão e Manutenção dos Serviços

A Rede de Atenção Psicossocial (Raps) foi instituída com a finalidade de criar, ampliar e articular diferentes ações e serviços de saúde mental para atender as pessoas em sofrimento ou com problemas de saúde mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Conforme preconizado pela Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001 (Reforma Psiquiátrica Brasileira), e pela Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015 (Lei Brasileira de Inclusão), a Raps estabelece um conjunto de ações intersetoriais, com vistas a garantir a atenção humanizada, a integralidade do cuidado, a autonomia, a participação social, a liberdade das pessoas e o respeito aos direitos humanos, de modo a efetivar a reorientação do modelo assistencial centrado no hospital especializado (modelo hospitalocêntrico) para um modelo de cuidado territorial baseado em rede (de pessoas, de dispositivos e de recursos comunitários).

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (PNSMAD) é referenciada nas cinco Conferências Nacionais de Saúde Mental, orientadas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e pelos princípios da luta antimanicomial, a fim de evitar a institucionalização e o cerceamento de direitos, promovendo a cidadania de pessoas com transtornos mentais.

Para a materialização da PNSMAD, a Raps é constituída por pontos de atenção, a fim de ampliar o acesso e qualificar a atenção psicossocial.

Figura 13 – Pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial – 2024



Fonte: Cgnep/Desme/Saes/MS.

Em 2024, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 5.687, de 07 de novembro de 2024, que altera a Portaria GM/MS n.º 757, de 21 de junho de 2023, dispositivos das Portarias de Consolidação n.º 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina a Portaria GM/MS n.º 1.615, de 26 de julho de 2012. A publicação da PRT n.º 5.687 objetivando

a organização regulatória e correção dos efeitos dos atos de revogação e repristinação da Portaria GM/MS n.º 757/2023, para garantir a precisão das informações regulatórias e consubstanciar a eficácia normativa e a segurança jurídica da PNSMAD e da Raps.

Houve incremento orçamentário na recomposição orçamentária de custeio de serviços da Raps, em especial para os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e para os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), de 51,9% para a Raps no período de 2023-2024. O crescimento total acumulado do orçamento para custeio dos serviços da Raps, durante o período de 2022-2024, foi de 56,3%. Esse processo reafirma o compromisso de fortalecer as ofertas de saúde mental no SUS, reduzindo as grandes discrepâncias do financiamento estabelecidas nos últimos anos e contribuindo para a sustentabilidade da Rede. Também cabe destaque para a publicação da Portaria GM/MS n.º 4.876, de 18 de julho de 2024, que dispõe sobre a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinst), no âmbito da Raps. Na sequência e de forma complementar, foi publicada a Portaria Saes/MS n.º 2.070, de 04 de setembro de 2024, que estabelece regras para registros das EAP-Desinst e inclui procedimento na Tabela de Procedimentos do SUS.

Um importante avanço para o fortalecimento da Raps, no ano de 2024, foi a regulamentação dos Centros de Convivência, com a previsão de financiamento de incentivo de implantação e do custeio desses serviços, na Portaria GM/MS n.º 5.738, de 14 de novembro de 2024.

Estratégicamente foram instituídos Grupos de Trabalho com a finalidade de construção de subsídios para a atualização de programas e projetos da Política Nacional de Saúde Mental para tratar dos seguintes temas:

- Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (Portaria GM/MS n.º 5.163/2024).
- Saúde Mental de Crianças, Adolescentes e Jovens (Portaria GM/MS n.º 5.498/2024).
- Componente IV da Raps: Atenção Residencial de Caráter Transitório (Portaria GM/MS n.º 5.453/2024).
- Diretrizes para o mapeamento e avaliação das Comunidades Terapêuticas Acolhedoras (Portaria GM/MS n.º 6.090/2024).
- Lançamento do Levantamento Nacional de Iniciativas de Economia Popular e Solidária para Geração de Trabalho e Renda na Rede de Atenção Psicossocial, para identificar e potencializar iniciativas de geração de renda associadas à saúde mental, em articulação com o Eixo VII da Raps – Estratégias de Reabilitação Psicossocial. O objetivo é retomar e fortalecer projetos que fomentam essas experiências transformadoras.

- Publicação de Edital Fiocruz de abertura de vagas para o Projeto de Ações Territoriais Estratégicas de Apoio à Desinstitucionalização em Saúde Mental. Acompanhamento de sete territórios prioritários: BA, DF, ES, MA, RJ, SC e SP em 2025.

Sobre a expansão da Raps, no ano de 2024, foram habilitados 243 novos serviços, totalizando 6.173 dispositivos de cuidado à saúde mental na Rede do SUS, que compreendem os Centros de Atenção Psicossocial Especializada (Caps), as Unidades de Acolhimento (UA), Leitos de saúde mental em hospitais gerais, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Comparado com o número de serviços habilitados em 2023, houve crescimento de 4,1% em 2024.

A Rede conta, ainda, com 244 equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental financiadas pelo Ministério da Saúde.

Quadro 10 – Rede de Atenção Psicossocial – RAPS

Rede de Atenção Psicossocial – Raps					
Centro de Atenção Psicossocial – Caps	Caps I	1522	3019	6173	
	Caps II	528			
	Caps III	146			
	Caps-i (Criança e Adolescente)	324			
	Caps AD	338			
	Caps AD III	158			
	Caps AD IV	3			
Centro de Convivência ¹	-	0	1.028		
Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)	SRT I	331			
	SRT II	621			
Unidade de Acolhimento (UA)	UA Adulto	55			
	UA Infantil	31			
Leitos de Saúde Mental	-	-	2.116		
Equipes multiprofissionais ²	-	-	244	-	

Fonte: CGNEP/Desme/Saes. Dados apurados em 8/1/2025. Competência Dezembro/2024.
¹ Ainda não existem Centro de Convivência habilitados pelo Ministério da Saúde, visto que a Portaria que institui o serviço está em tramitação para publicação no Diário Oficial da União.
² As equipes multiprofissionais não fazem parte do escopo da meta, mas compõem a Rede de Atenção Psicossocial.

Quanto aos dados regionais, observa-se o seguinte panorama de serviços habilitados:

Tabela 39 – Número de serviços de saúde mental que foram financiados pelo Ministério da Saúde

Região/UF	Centros de Atenção Psicossocial	Centros de Convivência	Serviços Residenciais de Saúde Mental	Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral	Total
Região Norte	204	0	13	91	308
Região Nordeste	1.019	0	199	339	1.557
Região Sudeste	1.119	0	729	824	2.672
Região Sul	494	0	70	775	1.339
Região Centro-Oeste	183	0	27	87	297
BRASIL	3.019	0	1.038	2.116	6.173

Fonte: CGNEP/Desme/Saes. Dados apurados em 8/1/2025. Competência Dezembro/2024.
Nota: ainda não existem Centro de Convivência habilitados pelo Ministério da Saúde, visto que a Portaria que institui o serviço está em tramitação para publicação no Diário Oficial da União.

É importante destacar que a Região Sudeste concentra o maior número de novas habilitações, durante esse período, tendo em vista ter o maior número de propostas represadas, e também concentra maior contingente populacional em

relação às demais regiões. Sendo assim, foram priorizadas as avaliações das propostas dos estados de SP e RJ durante esse ciclo, além do RS em virtude do Decreto de Calamidade.

Programa de Aceleração do Crescimento – Novo PAC (2023-2026) – Centros de Atenção Psicossocial (Caps)

Para a Política Nacional de Saúde Mental, o Programa de Aceleração do Crescimento – Novo PAC prevê a ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), destinando-se a expandir a cobertura de serviços, por meio da construção de novos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), e assim reduzir vazios assistenciais, sobretudo em regiões prioritárias e de maior vulnerabilidade social. Para tanto, foi realizada uma seleção de propostas a fim de garantir a maior sustentabilidade da Raps, reconhecendo a necessidade de ampliar a oferta de serviços de saúde mental, especialmente, em regiões até então desassistidas, além de contribuir para reduzir as desigualdades regionais, sociais e raciais.

A partir da Portaria GM/MS n.º 3.257, de 7 de março de 2024, foram selecionadas 150 propostas para a construção de Caps, entre os municípios elegíveis, para a formalização das propostas via sistema do Fundo Nacional de Saúde (InvestSUS). Além destas propostas, também são acompanhadas no âmbito do Novo PAC, outras 50 obras referentes à seleção de 2023, totalizando 200 Caps.

Programa de Volta para Casa (PVC)

O Programa de Volta para Casa (PVC) prevê o pagamento mensal do auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, de pessoas egressas de internações psiquiátricas de longa permanência, em contextos fora do ambiente hospitalar. A Portaria de Consolidação n.º 5, de 28 de setembro de 2017, que regulamentou a Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003, que instituiu o PVC, tem como objetivo promover o resgate da cidadania de pessoas com transtornos mentais que permaneceram internadas, de forma ininterrupta, por longos períodos (mínimo de dois anos) em hospitais psiquiátricos ou de custódia. O programa busca possibilitar o retorno dessas pessoas ao convívio familiar e social, garantindo acesso à assistência, ao cuidado em liberdade, à ampliação da autonomia e à participação social.

Desde a sua criação, 8.547 pessoas foram beneficiadas com o pagamento mensal do auxílio-reabilitação psicossocial. O valor foi reajustado para R\$ 500,00, por meio da Portaria GM/MS n.º 1.108, de 31 de maio de 2021, e posteriormente para R\$ 755,00 pela Portaria GM/MS n.º 4.139 de 17 de junho de 2024, compondo um reajuste acumulado de mais de 200% considerando o valor inicial na criação do programa. Em dezembro de 2024, 4.287 beneficiários estavam na folha de pagamento do Programa, desse conjunto, 397 eram novos beneficiários, havendo ainda 11 cadastros indeferidos por não atendimento a critérios do programa e 257 cancelamentos por óbito.

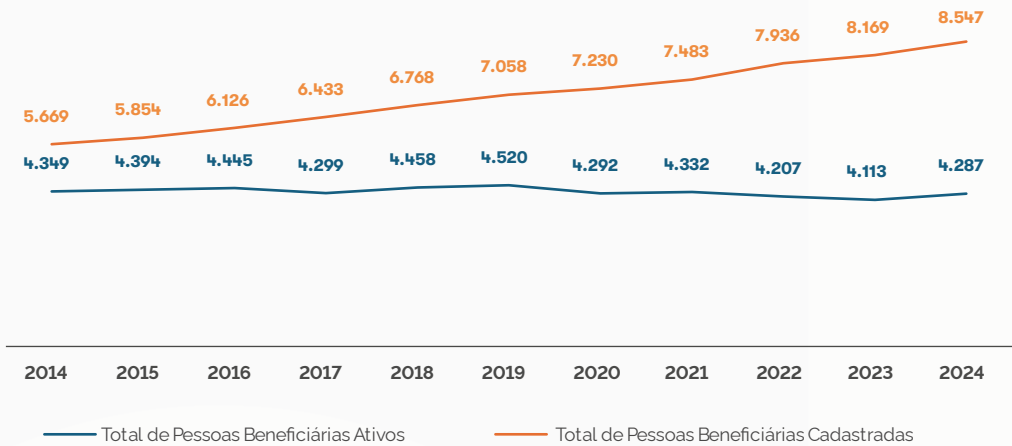
Região	Total de beneficiários ativos em dezembro de 2024
Norte	64
Nordeste	738
Centro-Oeste	179
Sudeste	3.030
Sul	276
Total Brasil	4.287

Fonte: Desmad/Saes/MS. DataSUS.

O Ministério da Saúde tem empenhado esforços no sentido de regularizar os cancelamentos por óbito e dar celeridade aos processos de análise da documentação para fins de cadastro de novas pessoas beneficiárias no Programa. Destaca-se que a gestão do Programa, bem como a capacidade da coordenação para atingimento das metas previstas de novas inclusões, depende da atuação das referências técnicas municipais do PVC, que são responsáveis pelo envio da documentação e pelo acompanhamento dos beneficiários do Programa.

Em relação à regionalização, a Região Sudeste concentra a maior parte dos beneficiários do programa, especialmente nos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, que também possuem grande quantidade de leitos em hospitais psiquiátricos. No entanto, esses estados estão em processo de redução gradual de leitos e fechamento de hospitais psiquiátricos, como parte da política de desinstitucionalização implementada nos últimos anos.

Gráfico 28 – Pessoas Beneficiárias do Programa de Volta Para Casa – 2014 a 2024



Fonte: Desmad/Saes/MS. DataSUS.

Ensino, Pesquisa, Tecnologia e Inovação

O eixo Ensino, Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Saúde Mental é fundamental para enfrentar os desafios contemporâneos e futuros. A interconexão entre essas áreas promove um ciclo contínuo de aprendizado, descoberta e aplicação prática, com o objetivo de não apenas aprimorar a qualidade do atendimento, mas também de contribuir para a construção de uma sociedade mais saudável. Em 25 de novembro de 2024, foi lançado o Curso de Atualização "Nós na Rede", destinado a 42 mil profissionais, que desenvolve a Educação Permanente para a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS). Este curso enfoca a atenção integral às

pessoas em sofrimento mental, proporcionando conhecimentos atualizados e relevantes para os profissionais da área. Além disso, o curso "Quebre o Silêncio: Enfrentando a Violência de Gênero e o Feminicídio" está em fase de finalização e será oferecido em sua primeira versão a 5 mil profissionais da Raps. Também estão em preparação dois novos cursos, previstos para 2025, que abordarão a problemática dos jogos e a atenção à crise em saúde mental.

No âmbito da pesquisa, o Ministério da Saúde está desenvolvendo a Pesquisa Nacional em Saúde Mental, que atualmente está na fase de finalização dos instrumentos que comporão o inquérito domiciliar em todo o território brasileiro. Além disso, está em andamento uma pesquisa

sobre o panorama de iniciativas relacionadas a gênero, sexualidade e raça/cor em Centros de Atenção Psicossocial, em parceria com o Nusmad/Fiocruz Brasília, com coleta de dados sendo realizada em seis capitais brasileiras. Ainda, o MS em parceria com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e UFRGS, deu início ao Projeto Trilhas do Cuidado e Processos Assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) do Brasil. Com abrangência nacional, o estudo inovador busca caracterizar quatro tipos de serviços de saúde mental oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS): Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESM) e Unidades de Acolhimento (UA). Essas iniciativas refletem o compromisso contínuo com a formação, a pesquisa e a inovação na área de saúde mental, promovendo um avanço significativo na qualidade dos serviços e no atendimento às necessidades da população.

2.2.9 Atenção à Pessoa com Deficiência

Ao longo de 2024 foram desenvolvidas iniciativas no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência que coadunam com as entregas pactuadas no Novo Plano Viver Sem Limite, no qual o Ministério da Saúde, em articulação com outros Ministérios, elaborou diversas ações voltadas à saúde das pessoas com deficiência e seus familiares, cuidadores e acompanhantes, visando à efetivação de direitos civis, políticos, econômicos e sociais.

Expansão e Manutenção dos Serviços Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

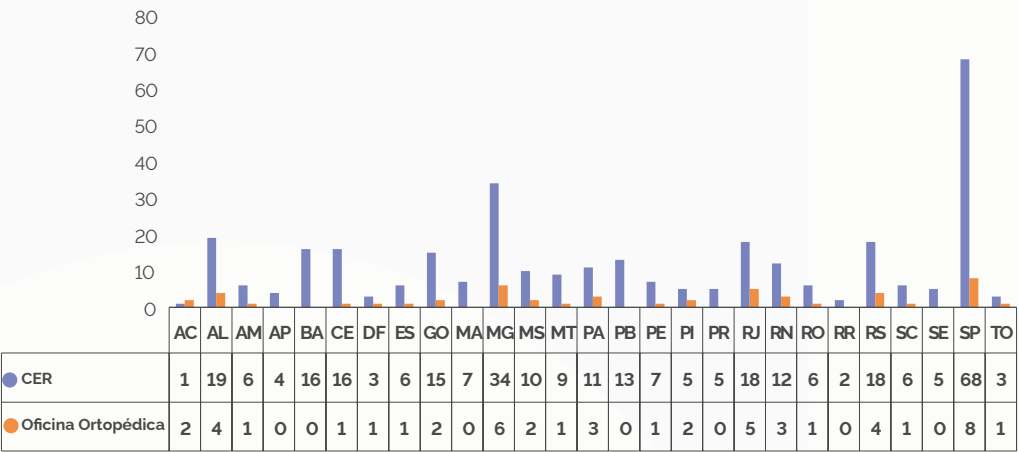
O Ministério da Saúde tem proposto, por meio da nova Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD), sucessivas ações voltadas para o cuidado à saúde das pessoas com deficiência, tendo como uma das diretrizes norteadoras a oferta do cuidado integral sob a perspectiva interseccional em saúde, com foco na funcionalidade e sob a lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

De acordo com a Portaria GM/MS n.º 1.526, de 11 de outubro de 2023, que altera as Portarias de Consolidação GM/MS n.º 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, os pontos de Atenção Especializada Ambulatorial da RCPD são compostos pelos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação, os quais são unidades ambulatoriais que realizam diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se como referência para a RAS no atendimento de reabilitação nas modalidades auditiva, física, intelectual e/ou visual. Outrossim, 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, contabilizam 325 CERs e 50 Oficinas Ortopédicas habilitadas em todo o País, conforme demonstrado no gráfico a seguir, para os quais o Ministério da Saúde repassa

mensalmente incentivo financeiro de custeio aos estados, aos municípios e ao Distrito Federal para funcionamento das unidades.

Gráfico 29 – Distribuição dos CERs e Oficinas Ortopédicas, por UF – 2024



Fonte: Saes/MS.

No ano de 2024, foram habilitados pelo Ministério da Saúde 20 novos CERs e houve ampliação do porte das modalidades de reabilitação de 6 CERs, totalizando 26 novas habilitações nos seguintes estados: Amazonas, Ceará, Minas Gerais, Mato

Grosso do Sul, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e Tocantins. Para além disso, existem 224 estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação na RCPD.

Figura 14 – Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Oficinas Ortopédicas habilitadas e veículos adaptados no SUS – 2016 a 2024



Fonte: Saes/MS. Dados extraídos 17/1/2025.
Nota: para os CERs e as Oficinas são considerados, para o quantitativo, o ano de habilitação do serviço. No decorrer dos anos pode haver desabilitações, o que explica a alteração de alguns quantitativos de anos anteriores.

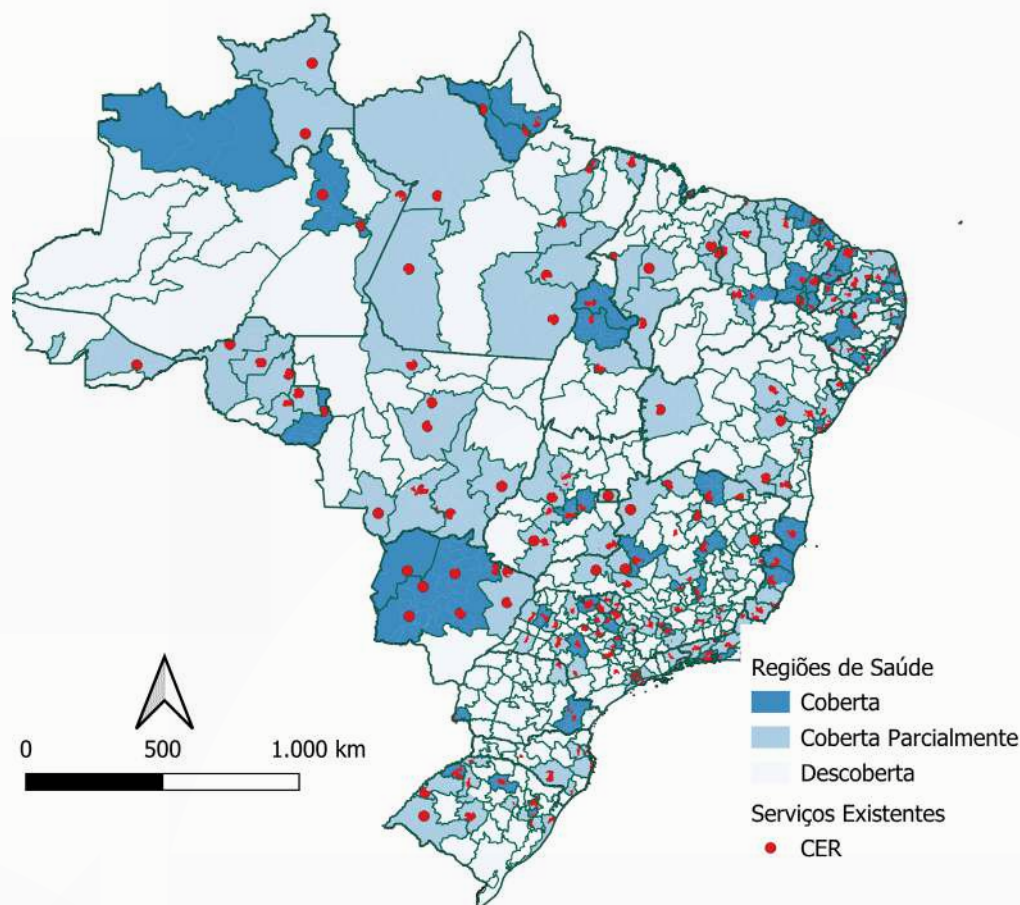
Entre 2016 e 2024, o número de estabelecimentos de reabilitação na RCPD passou de 219 para 375, correspondendo a uma ampliação 71% da rede de serviços. No que se refere à cobertura dos serviços de reabilitação ambulatorial, até dezembro de 2024, 12% das regiões de saúde possuíam estabelecimentos habilitados como CER e com oferta de cobertura nas quatro modalidades de reabilitação (auditiva, física, intelectual e visual) e 8% das regiões possuíam Oficina Ortopédica.

Tabela 40 – Cobertura dos serviços de reabilitação segundo região geográfica e região de saúde – 2024

UF	N.º de Regiões de Saúde (RS) do Estado	Centros Especializados em Reabilitação				Officinas Ortopédicas	
		N.º de RS Cobertas	% de RS Cobertas	N.º de RS Cobertas Parcialmente	% de RS Cobertas parcialmente	N.º de RS Cobertas	% RS Cobertas
Centro-Oeste	39	4	10%	13	33%	4	10%
Nordeste	117	19	16%	36	31%	8	7%
Norte	45	7	16%	17	38%	6	13%
Sudeste	163	17	10%	46	28%	12	7%
Sul	69	5	7%	16	23%	5	7%
TOTAL	433	52	12%	128	30%	35	8%

Fonte: Saes/MS.

Figura 15 – Municípios que possuem Centros Especializados em Reabilitação (CERs) habilitados pelo Ministério da Saúde – 2024



Fonte: Saes/MS.

Nota 1: os municípios de Araçatuba/SP; Bauru/SP; Cuiabá/MT; Curitiba/PR; Duque de Caxias/RJ; Guarulhos/SP; Macapá/AP; Natal/RN; Patos de Minas/MG; Porto Alegre/RS; São Gonçalo/RJ; São José do Rio Preto/SP; São Luís/MA e Sobral/CE dispõem de 2 CERs habilitados.

Nota 2: os municípios de Belém/PA; Brasília/DF, Campo Grande/MS; Fortaleza/CE; João Pessoa/PB; Niterói/RJ; e Recife/PE dispõem de 3 CERs habilitados.

Nota 3: os municípios de Aracaju/SE; Belo Horizonte/MG; Manaus/AM e Ribeirão Preto/SP dispõem de 4 CERs habilitados.

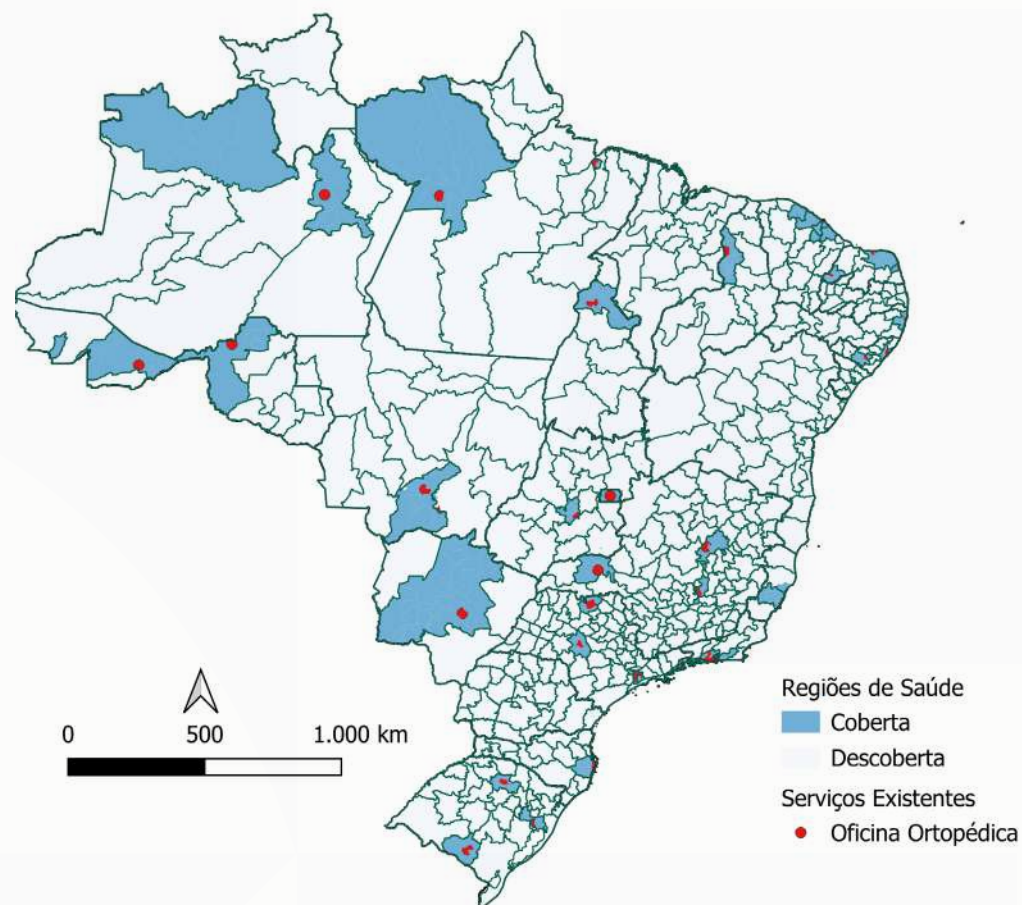
Nota 4: os municípios de Arapiraca/AL; Salvador/BA; e Rio de Janeiro/RJ dispõem de 5 CERs habilitados.

Nota 5: o município de Goiânia/GO dispõe de 6 CERs habilitados.

Nota 6: o município de Maceió/AL dispõe de 8 CERs habilitados.

Nota 7: o município de São Paulo/SP dispõe de 25 CERs habilitados.

Figura 16 – Municípios que possuem Oficinas Ortopédicas habilitadas pelo Ministério da Saúde. Brasil, 2024



Fonte: Saes/MS.

Nota 1: os municípios de Belém/PA; Campo Grande/MS; Diamantina/MG; Goiânia/GO; Niterói /RJ; Rio Branco/AC; Rio de Janeiro/RJ; São Paulo/SP e Teresina/PI dispõem de 2 Oficinas Ortopédicas habilitadas.

Nota 2: os municípios de Bauru/SP e Maceió/AL dispõem de 3 Oficinas Ortopédicas habilitadas.

Em 2024, sete municípios passaram a receber recurso federal destinado ao custeio de veículos para transporte sanitário de pessoas com deficiências no SUS, representando o montante de R\$ 480 mil/ano. Cumpre ressaltar que os Transportes Sanitários Adaptados fazem parte do sistema logístico da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e visam possibilitar o deslocamento de pessoas com deficiência que não apresentem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos pontos de atenção à saúde pelos meios de transporte convencionais, com seu familiar, cuidador ou acompanhante, quando necessário.

Frente à necessidade de estruturar ações integradas no âmbito do Ministério da Saúde para qualificar o cuidado integral às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) no SUS, foi publicada a Portaria GM/MS nº 4.722, de 3 de julho de 2024, que institui o Grupo de Trabalho Ministerial sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA), o qual possui diversas competências, entre elas a atualização da Linha de Cuidado às pessoas com TEA, das Diretrizes de Atenção às pessoas com TEA e das Diretrizes da Estimulação Precoce, a discussão quanto à incorporação de novas tecnologias para o cuidado das pessoas com TEA nos serviços de saúde, a qualificação de profissionais e o apoio a elaboração de estratégias de comunicação para o enfrentamento as notícias falsas relacionadas ao TEA.

Acerca do financiamento federal voltado às pessoas com TEA, 8 CERs habilitados nos estados de Minas Gerais e São Paulo passaram a receber custeio adicional para atendimento a este público, em 2024, perfazendo o total de R\$ 5 milhões a serem repassados anualmente aos Fundos de Saúde.

Ainda em 2024, foi publicada a Portaria GM/MS nº 5.689, de 7 de novembro de 2024, que institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Câmara Técnica Assessora sobre o Pé Torto Congênito

(CTA – PTC), com a finalidade de oferecer subsídios para o aperfeiçoamento, integração e qualificação do cuidado às pessoas com Pé Torto Congênito no SUS, em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência.

Além disso, foram concedidas mais de 7 milhões de OPMs não cirúrgicas aos usuários do SUS, incluindo auxiliares da locomoção, ortopédicas, auditivas, oftalmológicas, em gastroenterologia, em urologia e substituição/troca em órteses/

próteses, conforme registros disponíveis no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), dados parciais. As OPMs são dispositivos de tecnologia assistiva adjuvantes de grande importância no processo de reabilitação, que têm como objetivo ampliar a funcionalidade, a participação e a independência, proporcionando assim maior autonomia, qualidade de vida e inclusão social da pessoa com deficiência, contribuindo fundamentalmente na superação de barreiras.

Tabela 41 – OPMs não cirúrgicas concedidas – 2019 a 2024

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Quantidade	6.334.791	6.726.131	7.662.340	8.074.332	8.092.372	7.849.073
VALOR	R\$ 415.724.063,14	R\$ 344.930.065,88	R\$ 428.514.008,81	R\$ 480.723.930,21	R\$ 517.002.942,63	R\$ 526.922.042,16

Fonte: Saes/MS. SIA/SUS – Tabnet/DataSUS.
Nota: dados do ano de 2023 foram atualizados, conforme produção registrada no SIA/SUS e dados do ano de 2024 são parciais (até a competência novembro/2024).

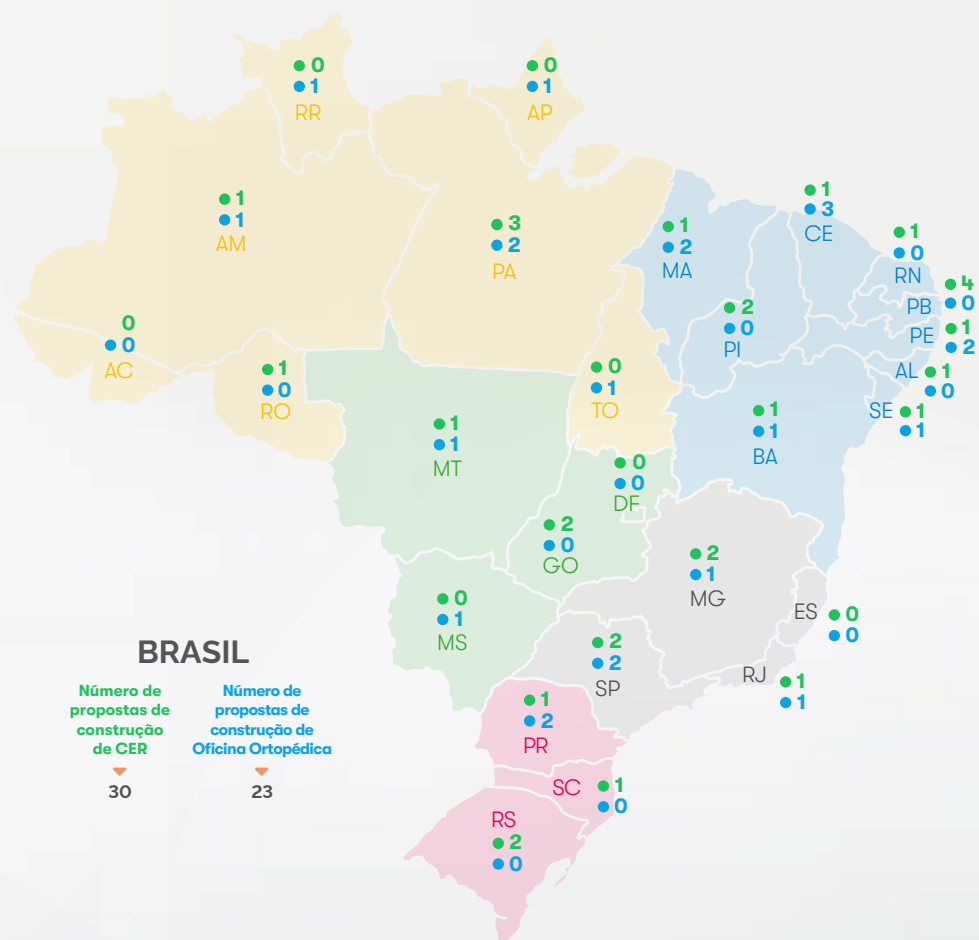
Programa de Aceleração do Crescimento – Novo PAC (2023-2026) – CER e Oficinas Ortopédicas

No âmbito do Programa de Aceleração do Crescimento (Novo PAC), o Ministério da Saúde selecionou, a partir da Portaria GM/MS nº 3.257, de 7 de março de 2024, 20 propostas de construção de CER e 20 propostas de

construção de Oficina Ortopédica. Somadas às 10 propostas de CER e às 3 propostas de Oficina Ortopédica aprovadas e empenhadas em 2023 totalizam, no âmbito do Novo PAC, 30 obras de construção de CER e 23 obras de construção de Oficina Ortopédica. Todas as obras aprovadas são de municípios localizados em regiões de saúde com vazio assistencial e que necessitam

de ações de investimento visando à ampliação da oferta de serviços de reabilitação no âmbito da atenção especializada às pessoas com deficiência. Destaca-se que com o Novo PAC, os estados do Amapá, Roraima e Sergipe terão as primeiras Oficinas Ortopédicas implantadas, após a conclusão das obras.

Figura 17 – Número de propostas de construção de CERs e de Oficinas Ortopédicas do Novo PAC – 2023 e 2024



Fonte: Saes/MS.



Ensino, Pesquisa, Tecnologia e Inovação

Com o intuito de qualificação dos serviços em 2024, instrumentos de cooperação para a prestados no âmbito da RCPD, foram firmados, oferta dos seguintes cursos:

Quadro 11 – Cursos ofertados pela Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – 2024

Nome do Curso	Modalidade	N.º Vagas a serem Ofertadas
Curso de Especialização para qualificação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS	Presencial, com momentos mediados por tecnologia em Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), com tutoria	230
Formação Técnica em Órtese e Prótese (TOP)*		139

Fonte: Saes/MS. Dados extraídos em 24/12/2024.
*Nota: realizado em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS).

2.2.10 Atenção às Pessoas com Doenças Raras

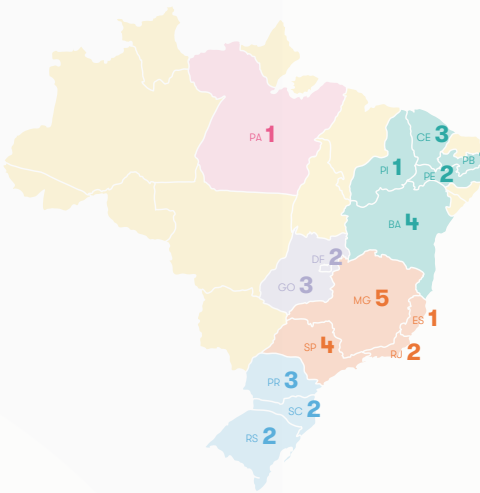
Em 2014, estabeleceu-se a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras (PNAIPDR), que aprovou as Diretrizes Atenção Integral às Pessoas com doenças raras no âmbito do SUS, formalizada pela Portaria GM/MS n.º 199, de 30 de janeiro de 2014 (consolidada na Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017), propondo a organização da rede de atendimento para prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, além de tratamento dos sintomas. Todo esse cuidado é feito por meio de avaliações individualizadas das equipes multidisciplinares nos diversos serviços de saúde do País, como unidades de atenção básica, hospitais universitários, centros especializados de reabilitação e atenção domiciliar.

A Política tem abrangência transversal na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e visa reduzir a mortalidade, contribuir para a redução da morbimortalidade e das manifestações secundárias e oportunizar a melhoria da qualidade de vida. Hoje, a Política abrange a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, a Rede de Cuidados da Saúde da Pessoa com Deficiência, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, a Rede de Atenção Psicossocial e a Rede Alyne.

Expansão e Manutenção dos Serviços

A rede especializada de atenção à saúde das pessoas com doenças raras é composta por 36 serviços, sendo 27 Serviços de Referência em Doenças Raras e 9 Serviços de Atenção Especializada em Doenças Raras, e estão localizados em 15 unidades federativas, predominantemente em capitais.

Figura 18 – Serviços que compõem a Rede Especializada em Doenças Raras – 2024



Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/doencas-raras>. Painel de dados. Acesso em: 9 dez. 2024.

No período compreendido entre janeiro de 2023 e novembro de 2024, foram 14 novas habilitações por todo o País. Ampliou-se o número de serviços de 22 para 36 serviços, contudo, o número de habilitações ampliou de 22 para 37, tendo em vista que um serviço de saúde solicitou, em 2024, uma habilitação distinta da que possuía. Assim, houve oito habilitações em 2023 e seis habilitações em 2024.

Quadro 12 – Estabelecimentos habilitados na Rede de Atenção às Doenças Raras
– 2024

UF	MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO	ANO HABILITAÇÃO
BA	Salvador	Associação de Pais e Amigos Excepcionais (Apae)	2018
	Salvador	Hospital Universitário Prof. Edgard Santos	2019
	Salvador	Hospital Especializado Octavio Mangabeira	2024
	Salvador	Ambulatório Docente e Assistencial da Bahiana (Adab) da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências	2024
CE	Fortaleza	Hospital Infantil Albert Sabin	2019
	Fortaleza	Hospital Universitário Walter Cantídio	2019
	Fortaleza	Hospital Geral de Fortaleza	2023
DF	Brasília	Hospital Materno-Infantil de Brasília (Hmib)	2019
	Brasília	Hospital de Apoio de Brasília	2016
ES	Vitória	Hospital Santa Casa de Vitória	2019
GO	Anápolis	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (Apae) de Anápolis	2016
	Goiânia	Hospital Estadual de Geral de Goiânia "Dr Alberto Rassi"	2022
	Goiânia	Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação DR. Henrique Santillo (CRER)	2024
MG	Belo Horizonte	Hospital Infantil João Paulo II	2019
	Juiz De Fora	Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora	2021
	Belo Horizonte	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais	2022
	Bom Despacho	Centro de Especialidades Multiprofissionais Dr. Gê	2023
	Belo Horizonte	Hospital Julia Kubitschek	2023

UF	MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO	ANO HABILITAÇÃO
PA	Belém	Hospital Universitário Bettina Ferro do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Pará	2023
PB	João Pessoa	Centro de Referência Multiprofissional em Doenças Raras	2024
PE	Recife	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip)	2021
	Recife	Hospital Maria Lucinda	2023
PI	Piripiri	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (Apae)	2024
PR	Curitiba	Hospital Pequeno Príncipe de Curitiba	2016
	Curitiba	Complexo Hospital de Clínicas – Universidade Federal do Paraná	2020
	Curitiba	Hospital Erasto Gaertner	2023
RJ	Rio De Janeiro	Instituto Fernandes Figueira (FIOCR)	2016
	Rio De Janeiro	Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira da Universidade Federal do Rio de Janeiro	2023
RS	Porto Alegre	Hospital de Clínicas de Porto Alegre	2016
	Santa Maria	Hospital Universitário de Santa Maria	2021
SC	Florianópolis	Hospital Infantil Joana de Gusmão	2019
	Blumenau	Associação Renal Vida	2023
SP	Santo André	Ambulatório de Especialidade da FUABC/Faculdade de Medicina Abc de Santo André	2016
	Campinas	Hospital de Clínicas da Unicamp	2019
	Ribeirão Preto	Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto	2019
	São José Do Rio Preto	Hospital de Base de São José do Rio Preto	2020

Fonte: Cnes.

Nos serviços habilitados são disponibilizados procedimentos de avaliação clínica e ações de aconselhamento genético. Embora a PNAIPDR tenha sido instituída em 2014, os dados de produção só estão disponíveis a partir de 2017, pois a primeira habilitação de serviço ocorreu em 2016.

Desde então, foram realizados 68.357 atendimentos de aconselhamento genético e 95.294 procedimentos de avaliação clínica em todo o País. O aumento anual das habilitações tem sido acompanhado por investimentos, totalizando mais de R\$ 83 milhões para esses procedimentos. Todos os procedimentos seguem a Tabela SUS e são financiados pelo SUS, cobrindo desde materiais e equipamentos até recursos humanos e medicações.

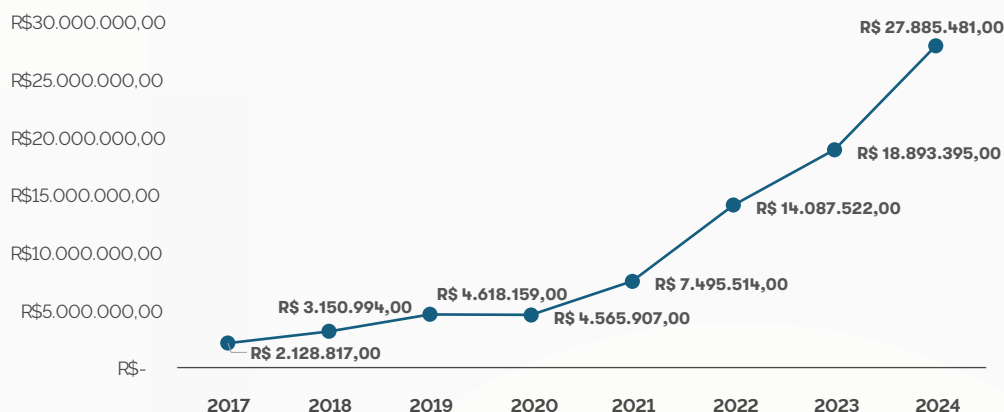
 <http://sigtap.datasus.gov.br>

Tabela 42 – Número de procedimentos previstos pela PNAIPDR registrados – 2017 a 2024

Descrição do procedimento	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Aconselhamento Genético	3.109	4.170	4.869	6.015	9.944	10.597	14.607	15.046	68.357
Avaliação Clínica de Diagnóstico de Doenças Raras Eixo I: 3 – Erros Inatos de Metabolismo	984	1.347	1.520	910	746	1.793	2.117	3.383	12.800
Avaliação Clínica Para Diagnóstico de Doenças Raras Eixo I: 1 – Anomalias Congênitas ou de Manifestação Tardia	721	1.125	1.587	1.840	3.812	10.762	14.579	21.983	56.409
Avaliação Clínica para Diagnóstico de Doenças Raras Eixo I: 2 – Deficiência Intelectual	813	1.282	2.437	2.433	3.719	4.178	4.529	6.794	26.185
TOTAL GERAL	5.627	7.924	10.413	11.198	18.221	27.330	35.832	47.206	163.751

Fonte: Cnes, 2024. Dados extraídos em janeiro de 2025.
Nota: dados de 2024 referem-se a outubro/2024. Há um lapso temporal na disponibilização dos dados no Cnes. Os dados completos de 2024 só se encontrarão disponíveis em 2025. Dados de 2023 foram atualizados, e os dados de 2021 foram corrigidos.

Gráfico 30 – Evolução de desembolso total para realização de procedimentos de avaliação clínica e aconselhamento genético nos serviços habilitados em doenças raras – 2017 a 2024



Fonte: Sigtap.

Nota 1: dados de 2023 foram atualizados.

Nota 2: dados dos últimos seis meses estão sujeitos à alteração em razão do período de processamento.

Ensino, Pesquisa, Tecnologia e Inovação

A Coordenação-Geral de Doenças Raras monitora o Projeto Raras Brasil, uma iniciativa em parceria com a Universidade de Brasília (UnB) e o Ministério de Direitos Humanos e Cidadania (MDHC), com apoio da Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos (Finatec) e colaboração do Ministério da Saúde. O objetivo é traçar o perfil biopsicossocial das pessoas com doenças raras no País.

Trata-se de piloto de inquérito para consolidar o conjunto mínimo de dados que comporá o Registro Brasileiro de Doenças Raras, cujo objetivo é subsidiar o Ministério da Saúde com dados essenciais. Os instrumentos elaborados são orientados para o paciente e para o cuidador, apresentando uma estrutura robusta e abrangente, permitindo coletar inúmeros dados relevantes sobre a experiência de pacientes.

O diferencial do Raras Brasil é a produção do primeiro registro nacional de pessoas com doenças raras a um recorte biopsicossocial para a sociedade civil. O Raras Brasil fornecerá um conjunto de evidências que irão embasar a formulação de estratégias de apoio e políticas públicas para a população de pessoas com doenças raras.

Ainda em 2024, foi incluído o teste de elastase pancreática fecal na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, por meio da Portaria GM/MS n.º 5.472, de 4 de outubro de 2024.

2.2.11 Sistema Nacional de Transplantes

O Sistema Nacional de Transplantes (SNT) é o órgão central federal responsável pela coordenação de todo o processo de doação, captação e distribuição dos órgãos e tecidos no País, 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.

Expansão e Manutenção dos Serviços

Atualmente, a rede transplantadora do Brasil conta com 1.300 serviços de transplante distribuídos em 778 centros transplantadores, 45 laboratórios de histocompatibilidade, 72 bancos de tecidos e 2.439 estabelecimentos notificantes. No período de janeiro a dezembro de 2024, foram habilitados 23 serviços transplantadores de córneas e órgãos sólidos. No que se refere aos dados de doação e de transplantes realizados, as informações preliminares indicam aumento do número de potenciais doadores por milhão de população (PMP), saindo de 69,6 em 2023 para 74,4 PMP em 2024, resultando em 15.101, conforme demonstrados na tabela a seguir. Ressalta-se que os dados são parciais e sujeitos a alterações, em razão dos prazos dos sistemas de informações do SUS.

Tabela 43 – Doadores de órgãos – 2019 a 2024

	REGIÃO	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Potencial Doador	BRASIL	11.407	10.680	12.258	13.349	14.138	15.101
	Centro-Oeste	1.071	962	1.156	1.169	1.183	1.368
	Norte	423	340	422	596	697	833
	Nordeste	2.468	2.132	2.773	3.115	3.353	3.693
	Sul	2.477	2.354	2.657	2.640	2.758	2.842
	Sudeste	4.968	4.892	5.250	5.829	6.147	6.365
Potencial Doador (PMP)	BRASIL	54,7	50,8	57,9	62,6	69,6	74,4
	Centro-Oeste	66,6	59	70	70	72,6	84
	Norte	23,3	18,4	22,6	31,5	40,2	48
	Nordeste	43,5	37,4	48,3	54	61,3	67,6
	Sul	83,2	78,5	88	86,8	92,1	94,9
	Sudeste	56,6	55,4	59	65	72,5	75
Doador Efetivo	BRASIL	3.767	3.329	3.205	3.522	4.129	4.086
	Centro-Oeste	179	183	166	153	228	212
	Norte	68	45	44	86	119	118
	Nordeste	723	515	564	661	696	820
	Sul	1.072	940	867	992	1.204	1.056
	Sudeste	1.725	1.646	1.564	1.630	1.882	1.880
Doador Efetivo (PMP)	BRASIL	18,1	15,8	15,1	16,5	20,3	20,1
	Centro-Oeste	11,1	11,2	10,1	9,2	14	13
	Norte	3,7	2,4	2,4	4,5	6,9	6,8
	Nordeste	12,7	9	9,8	11,5	12,7	15
	Sul	36	31,4	28,7	32,6	40,2	35,3
	Sudeste	19,7	18,6	17,6	18,2	22,2	22,2

	REGIÃO	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Percentual de Efetivação	BRASIL	33,0%	31,2%	26,1%	26,4%	29,2%	27,1%
	Centro-Oeste	16,7%	19,0%	14,4%	13,1%	19,3%	15,5%
	Norte	16,1%	13,2%	10,4%	14,4%	17,1%	14,2%
	Nordeste	29,3%	24,2%	20,3%	21,2%	20,8%	22,2%
	Sul	43,3%	39,9%	32,6%	37,6%	43,7%	37,2%
	Sudeste	34,7%	33,6%	29,8%	28,0%	30,6%	29,5%

Fonte: Sistema Informatizado do Ministério da Saúde (SIG-SNT)/ Centrais Estaduais de Transplantes (CET). Data da extração dos dados: 13/2/2025.
Nota 1: dados sujeitos a alterações com base no envio ou correção futura.
Nota 2: dados de 2019 e 2023 foram alterados devido a uma reanálise dos dados.
Nota 3: dados de 2024 em validação.
Nota 4: PMP: Partes por milhão da população. Utilizada a população IBGE 2022.

As listas de espera para transplantes registraram aumento significativo, especialmente para rim e córneas, que são as mais demandadas. Até dezembro de 2024, o total de pessoas aguardando um órgão chegou a 45.364, um crescimento de 9,9% em comparação ao mesmo período de 2023. No caso das córneas, a fila atingiu 30.803 pacientes, representando um aumento de 15,4% em relação ao ano anterior.

Tabela 44 – Lista de Espera – Pacientes no cadastro técnico, por tipo de órgão, por região – 2019 a 2024

Órgão	REGIÃO	2019	2020	2021	2022	2023	2024
CORÇÃO	Centro-Oeste	29	21	31	36	53	45
	Norte	0	0	0	0	0	0
	Nordeste	42	37	38	35	34	39
	Sul	59	56	60	62	45	54
	Sudeste	257	245	263	283	254	312
	BRASIL	387	359	392	416	386	450
FÍGADO	Centro-Oeste	21	18	19	22	30	57
	Norte	27	22	17	33	45	45
	Nordeste	397	429	483	540	530	564
	Sul	459	431	440	500	501	531
	Sudeste	1.064	912	1.004	1.037	1.154	1.096
	BRASIL	1.968	1.812	1.963	2.132	2.260	2.293
PULMÃO	Centro-Oeste	0	0	0	0	0	0
	Norte	0	0	0	0	0	0
	Nordeste	2	1	5	7	8	11
	Sul	105	125	118	96	80	89
	Sudeste	101	103	124	97	78	116
	BRASIL	208	229	247	200	166	216
RIM	Centro-Oeste	983	940	893	1.105	1.339	1.701
	Norte	569	544	559	607	641	774
	Nordeste	4.811	4.629	5.171	5.715	6.438	7.349
	Sul	3.425	3.190	3.392	4.057	4.406	4.698
	Sudeste	20.937	20.713	21.749	23.323	25.186	27.449
	BRASIL	30.725	30.016	31.764	34.807	38.010	41.971

Órgão	REGIÃO	2019	2020	2021	2022	2023	2024
PÂNCREAS	Centro-Oeste	0	0	0	0	0	1
	Norte	1	0	0	0	0	0
	Nordeste	2	1	3	4	3	2
	Sul	13	6	6	2	4	6
	Sudeste	54	51	45	47	39	35
	BRASIL	70	58	54	53	46	44
PÂNCREAS-RIM	Centro-Oeste	0	0	0	0	0	0
	Norte	0	0	0	0	0	0
	Nordeste	31	32	43	48	42	38
	Sul	49	57	56	59	59	66
	Sudeste	447	337	301	305	297	273
	BRASIL	527	426	400	412	398	377
INTESTINO	Centro-Oeste	0	0	0	0	0	0
	Norte	0	0	0	0	0	0
	Nordeste	0	0	0	0	0	0
	Sul	0	0	0	0	0	0
	Sudeste	3	4	2	5	5	4
	BRASIL	3	4	2	5	5	4
MULTIVISCERAL	Centro-Oeste	0	0	0	0	0	0
	Norte	0	0	0	0	0	0
	Nordeste	0	0	0	0	0	0
	Sul	0	0	0	0	0	0
	Sudeste	5	5	8	8	7	9
	BRASIL	5	5	8	8	7	9

continua

conclusão

Órgão	REGIÃO	2019	2020	2021	2022	2023	2024
TOTAL ÓRGÃOS	Centro-Oeste	1.033	979	943	1.163	1.422	1.804
	Norte	597	566	576	640	686	819
	Nordeste	5.285	5.129	5.743	6.349	7.055	8.003
	Sul	4.110	3.865	4.072	4.776	5.095	5.444
	Sudeste	22.868	22.370	23.496	25.105	27.020	29.294
	BRASIL	33.893	32.909	34.830	38.033	41.278	45.364
CÓRNEAS	Centro-Oeste	1.233	1.787	2.061	2.595	2.940	2.894
	Norte	1.286	1.444	1.694	1.754	1.662	1.578
	Nordeste	2.995	3.859	4.632	5.182	5.779	6.553
	Sul	635	1.459	2.136	2.746	2.958	3.182
	Sudeste	6.063	7.788	9.611	11.669	13.351	16.596
	BRASIL	12.212	16.337	20.134	23.946	26.690	30.803
TOTAL GERAL	Centro-Oeste	2.266	2.766	3.004	3.758	4.362	4.698
	Norte	1.883	2.010	2.270	2.394	2.348	2.397
	Nordeste	8.280	8.988	10.375	11.531	12.834	14.556
	Sul	4.745	5.324	6.208	7.522	8.053	8.626
	Sudeste	28.931	30.158	33.107	36.774	40.371	45.890
	BRASIL	46.105	49.246	54.964	61.979	67.968	76.167

Fonte: Sistema Informatizado do Ministério da Saúde (SIG-SNT)/ Centrais Estaduais de Transplantes (CET). Cadastro Técnico - Lista de Espera para Potenciais Receptores Ativos + semiativos. Data da extração dos dados: 13/2/2025.
Nota 1: dados sujeitos a alterações com base no envio ou correção futura.

Em números absolutos, o total de transplantes realizados em 2024 aumentou 3% em relação aos dados atualizados de 2023, passando de 28.533 para 29.381 procedimentos. Desse total, os transplantes de órgãos sólidos cresceram 2%, de 9.255 em 2023 para 9.426 em 2024, enquanto os transplantes de córneas tiveram aumento de 7%, subindo de 16.027 para 17.095 no mesmo período, conforme demonstra a tabela a seguir:

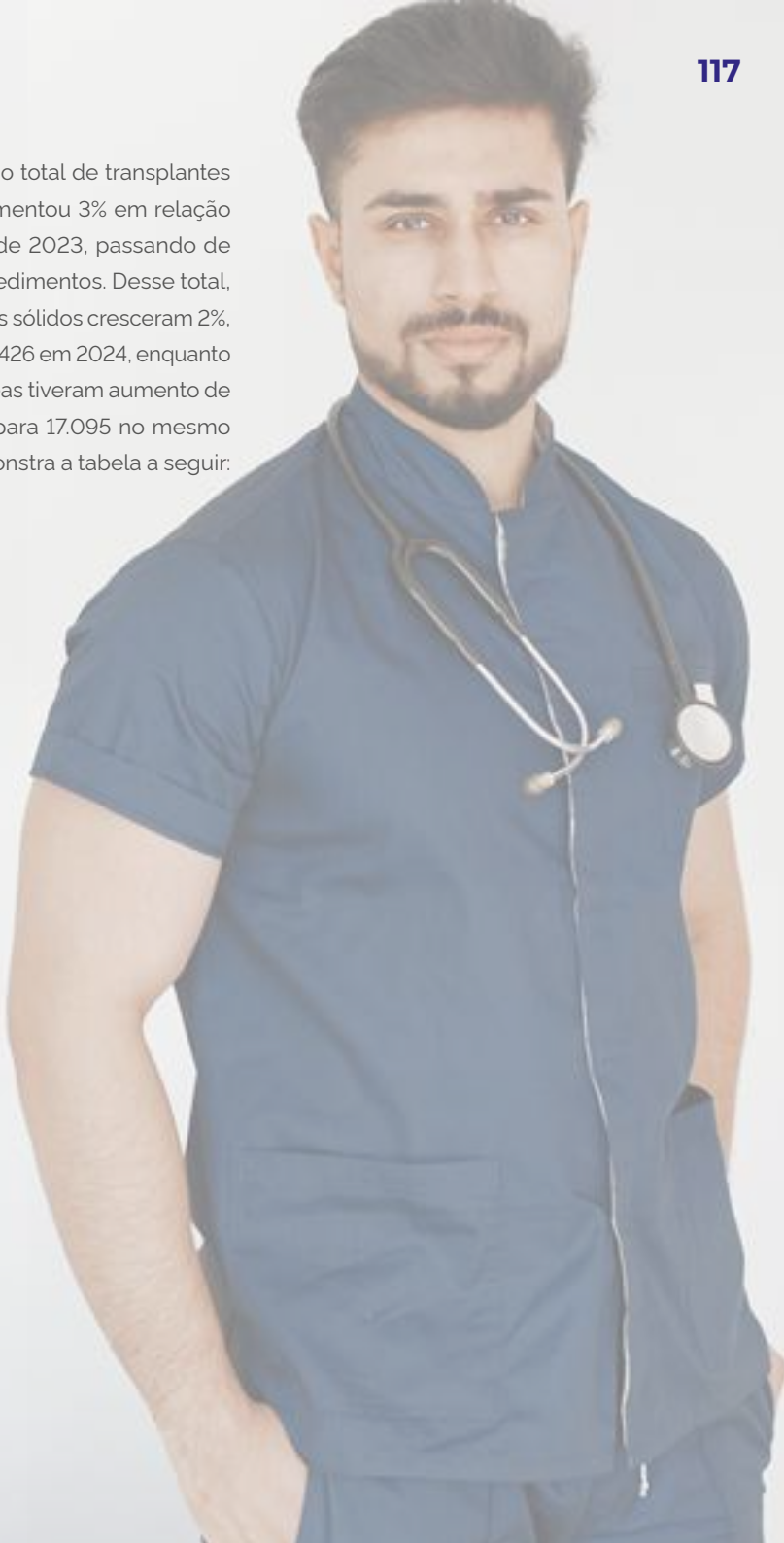


Tabela 45 – Pacientes transplantados, por tipo de órgão, por região. 2019-2024

Órgão	REGIÃO	2019	2020	2021	2022	2023	2024
CORAÇÃO	Centro-Oeste	29	25	26	32	35	35
	Norte	0	0	0	0	0	0
	Nordeste	84	39	53	55	77	85
	Sul	54	32	26	44	53	74
	Sudeste	216	212	229	232	265	246
	BRASIL	383	308	334	363	430	440
FÍGADO	Centro-Oeste	97	110	112	115	130	150
	Norte	10	4	0	4	22	28
	Nordeste	454	306	351	358	398	494
	Sul	537	469	501	578	582	569
	Sudeste	1167	1.186	1.094	1.107	1.284	1.212
	BRASIL	2.265	2.075	2.058	2.162	2.416	2.453
PULMÃO	Centro-Oeste	0	0	0	0	0	0
	Norte	0	0	0	0	0	0
	Nordeste	4	1	0	2	2	3
	Sul	47	23	24	37	34	35
	Sudeste	55	41	60	67	45	55
	BRASIL	106	65	84	106	81	93
RIM	Centro-Oeste	324	306	245	225	326	291
	Norte	80	17	31	43	120	166
	Nordeste	1.146	721	830	927	1.084	1.102
	Sul	1.399	1.045	900	1.166	1.301	1.400
	Sudeste	3.378	2.751	2.826	3.044	3.377	3.338
	BRASIL	6.327	4.840	4.832	5.405	6.208	6.297

Órgão	REGIÃO	2019	2020	2021	2022	2023	2024
PÂNCREAS	Centro-Oeste	0	0	0	0	0	1
	Norte	0	0	0	0	0	0
	Nordeste	1	0	0	2	0	0
	Sul	2	2	1	1	0	0
	Sudeste	44	38	44	18	26	15
	BRASIL	47	40	45	21	26	16
PÂNCREAS-RIM	Centro-Oeste	0	0	0	0	0	4
	Norte	0	0	0	0	0	0
	Nordeste	11	2	2	7	8	9
	Sul	31	10	19	14	18	15
	Sudeste	88	96	96	92	67	97
	BRASIL	130	108	117	113	93	125
INTESTINO	Centro-Oeste	0	0	0	0	0	0
	Norte	0	0	0	0	0	0
	Nordeste	0	0	0	0	0	0
	Sul	0	0	0	0	0	0
	Sudeste	2	1	3	0	0	0
	BRASIL	2	1	3	0	0	0
MULTIVISCERAL	Centro-Oeste	0	0	0	0	0	0
	Norte	0	0	0	0	0	0
	Nordeste	0	0	0	0	0	0
	Sul	0	0	0	0	0	0
	Sudeste	1	0	2	2	1	2
	BRASIL	1	0	2	2	1	2

continua

conclusão

Órgão	REGIÃO	2019	2020	2021	2022	2023	2024
TOTAL ÓRGÃOS	Centro-Oeste	450	441	383	372	491	481
	Norte	90	21	31	47	142	194
	Nordeste	1.700	1.069	1.236	1.351	1.569	1.693
	Sul	2.070	1.581	1.471	1.840	1.988	2.093
	Sudeste	4.951	4.325	4.354	4.562	5.065	4.965
	BRASIL	9.261	7.437	7.475	8.172	9.255	9.426
CÓRNEAS	Centro-Oeste	1.276	752	752	1.174	1.464	1.690
	Norte	565	320	320	529	765	903
	Nordeste	3.326	1.740	1.740	3.223	3.470	4.232
	Sul	2.207	910	910	2.100	2.922	2.756
	Sudeste	7.568	3.626	3.626	7.055	7.406	7.514
	BRASIL	14.942	7.348	12.869	14.081	16.027	17.095
MEDULA ÓSSEA	Centro-Oeste	176	129	139	200	296	252
	Norte	0	0	0	4	14	28
	Nordeste	508	443	489	427	552	700
	Sul	669	542	668	674	577	505
	Sudeste	2.137	1.768	1.884	2.080	1.812	1.375
	BRASIL	3.490	2.882	3.180	3.385	3.251	2.860
TOTAL GERAL	Centro-Oeste	1.902	1.322	1.748	1.746	2.251	2.423
	Norte	655	341	414	580	921	1.125
	Nordeste	5.534	3.252	4.717	5.001	5.591	6.625
	Sul	4.946	3.033	3.896	4.614	5.487	5.354
	Sudeste	14.656	9.719	12.749	13.697	14.283	13.854
	BRASIL	27.693	17.667	23.524	25.638	28.533	29.381

Fonte: Sistema Informatizado do Ministério da Saúde (SIG-SNT)/ Centrais Estaduais de Transplantes (CET). Data da extração dos dados: 13/2/2025.

Nota 1: dados sujeitos a alterações com base no envio ou correção futura.

Nota 2: dados de 2021 a 2023 foram alterados devido a uma reanálise dos dados.

Nota 3: dados de 2024 em fase de consolidação.

Nota 4: foi incluído transplante de intestino e multivisceral, considerando os dados da lista de espera que informam os pacientes aguardando transplante de intestino e multivisceral.

Entre janeiro e novembro de 2024, foram realizados 4.448 transportes aéreos por meio do Acordo de Cooperação Técnica entre o Ministério da Saúde, companhias aéreas, operadoras aeroportuárias, a Associação Brasileira das Companhias Aéreas, a Secretaria de Aviação Civil da Presidência da República e o Ministério da Defesa, com a mediação da Central Nacional de Transplantes. No mesmo período, a Força Aérea Brasileira (FAB) realizou 214 missões aéreas para transporte de órgãos, atendendo às requisições do Ministério da Saúde, conforme estabelecido pelo Decreto n.º 9.175, de 18 de outubro de 2017.

Índice de Transplante de órgãos sólidos

Até dezembro de 2024, foram realizados 9.426 transplantes de órgãos sólidos, com um índice de 46,6 transplantes de órgãos sólidos por milhão de população (PMP). Para esse cálculo, utilizou-se a população de 203.080.756 habitantes, referente ao ano de 2022, segundo o IBGE. Apesar do impacto negativo da pandemia de covid-19, o sistema brasileiro demonstrou resiliência e robustez, acelerando sua recuperação e retomando os níveis pré-pandêmicos. A taxa de notificação de potenciais doadores segue em crescimento, porém, persiste uma disparidade significativa na conversão desses doadores em doadores efetivos entre os estados. Enquanto algumas unidades federativas apresentam resultados comparáveis aos dos melhores sistemas de transplantes do mundo, outras ainda enfrentam grandes desafios.

A taxa de doação, um dos principais indicadores do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), alcançou 20,1 doadores efetivos PMP em 2024, considerando o período de janeiro a dezembro. Para fortalecer o SUS e aprimorar o atendimento à população, o Ministério da Saúde tem implementado estratégias voltadas para ampliar a oferta de órgãos e tecidos para transplantes, reduzindo o tempo de espera dos pacientes em lista. Além disso, houve a expansão da rede assistencial. Na tabela a seguir é apresentado os dados de transplante por PMP regionalizados, que indicam que os estados da Região Sul registram o maior índice de transplantes por milhão de população no Brasil, seguidos pela Região Sudeste. Já a Região Norte apresenta um índice de apenas 11,2 PMP, evidenciando a necessidade de incentivos e maior suporte para fortalecer a assistência na região.

Tabela 46 – Índice de transplantes de órgãos sólidos por milhão de população (PMP) – 2024

Região	Valor Apurado	Transplante	População
Região Centro-Oeste	29,5	481	16.289.538
Região Nordeste	31,0	1.693	54.658.515
Região Norte	11,2	194	17.354.884
Região Sudeste	58,5	4.965	84.840.113
Região Sul	69,9	2.093	29.937.706
BRASIL	46,4	9.426	203.080.756

Fonte: Sistema Informatizado do Ministério da Saúde (SIG-SNT)/ Centrais Estaduais de Transplantes (CET). Data da extração dos dados: 13/2/2025.
*Número de transplantes por milhão de população.
PMP: Partes por milhão da população. Utilizada a população IBGE 2022.
Dados sujeitos a alterações com base no envio ou correção futura.

Incremento Financeiro para Qualidade do Sistema Nacional de Transplantes

A Portaria GM/MS n.º 1.262, de 12 de setembro de 2023, instituiu o atual "Incremento Financeiro para Qualidade do Sistema Nacional de Transplantes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)", que tem como objetivo principal impulsionar a "melhoria da qualidade" e o aumento do volume de cirurgias de transplantes realizados, buscando estimular o desempenho dos serviços integrantes do SNT por meio de um modelo de pagamento diferenciado para os centros transplantadores. Para tanto, faz-se necessário o alcance de metas e dos indicadores baseados na quantidade de procedimentos realizados e na sobrevida do paciente no pós-transplante em

dois momentos distintos. Atualmente, existem 179 serviços de transplante habilitados para receber o incremento financeiro.

Programa Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Falência Intestinal

A Portaria GM/MS n.º 5.051, de 13 de agosto de 2024, instituiu a o Programa Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Falência Intestinal, como parte da rede de serviços auxiliares específicos para a realização de transplantes no SNT, no âmbito do SUS. Para viabilizar a implementação do programa, foi publicada também a Portaria Saes/MS n.º 2.054, de 29 de agosto de 2024, que estabelece procedimentos ambulatoriais e hospitalares com a finalidade de financiar

o tratamento e expandir a rede assistencial no SUS. A incorporação desse tratamento no SUS tem como objetivo oferecer cuidados especializados, além de habilitar serviços para o desenvolvimento e a qualificação da rede de atenção à pessoa com falência intestinal.

Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO)

As Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPOs) desempenham um papel fundamental no processo de doação de órgãos e tecidos, atuando em conformidade com o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Suas responsabilidades incluem: organização e apoio às atividades relacionadas à doação; manutenção de possíveis doadores; identificação e solução de fragilidades no processo; construção de parcerias estratégicas; desenvolvimento de ações operacionais; e capacitação de profissionais para identificação e efetivação das doações. Entre janeiro de 2019 e novembro de 2024, o incentivo financeiro destinado as 81 OPOs totalizou aproximadamente R\$ 110 milhões, distribuídos em 21 unidades federativas.

Ensino, Pesquisa, Tecnologia e Inovação
Curso de formação, capacitação ou treinamento

O Ministério da Saúde, por meio do Proadi-SUS, tem investido na capacitação de profissionais e na expansão dos serviços de transplantes no SUS. As ações educativas visam qualificar equipes em todas as etapas do processo,

desde a identificação de doadores até o acompanhamento pós-transplante. No atual triênio, o foco está no modelo de tutorias, voltado ao desenvolvimento de serviços em regiões com vazios assistenciais, promovendo avanços na gestão e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Tecnologias/Inovação em desenvolvimento ou desenvolvidas

No âmbito das tecnologias e das inovações em desenvolvimento, destaca-se a avaliação em curso sobre a utilização da membrana amniótica em procedimentos terapêuticos e a incorporação dos transplantes de intestino e multivisceral no SUS. Essas análises visam subsidiar a viabilidade técnica e econômica para a implementação dessas tecnologias em enxertos e transplantes em nível nacional. O principal objetivo é ampliar o acesso dos pacientes a tratamentos eficazes e de alta resolutividade, aplicáveis a diversas condições patológicas. Atualmente, o SUS oferece apenas o transplante de pele para tratamento de queimaduras e lesões cutâneas, sem alternativa equivalente para procedimentos oftalmológicos que utilizam a membrana amniótica como curativo biológico. Já o transplante de intestino e multivisceral passará a integrar os procedimentos do SUS, exigindo a definição de normativas e modelos de financiamento para viabilizar sua implementação. Em 2024, foram realizadas elaborações de notas técnicas, reuniões com especialistas e submissões à análise da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec).



Quadro 13 – Tecnologias/Inovação em desenvolvimento ou desenvolvidas

Título ou nome da Tecnologia/ Inovação	Objetivo e Abrangência	Resultado Esperado/Finalidade de sua realização/Contribuição para a agenda	Data de Início e Fim	Instituição Parceira	Ações executadas em 2024
Utilização da membrana amniótica em procedimentos terapêuticos.	Subsidiar análise da viabilidade técnica e econômica para incorporação da utilização terapêutica da membrana amniótica em enxertos/transplantes no âmbito do Sistema Único de Saúde. Abrangência nacional.	A incorporação da tecnologia garantirá aos pacientes o acesso a um tratamento comprovadamente eficaz, com alta resolutividade e com inúmeras aplicações em diversas condições patológicas. Com a mesma finalidade terapêutica da membrana amniótica, o SUS disponibiliza apenas o transplante de pele para tratamento de queimaduras e lesões cutâneas. Para os tratamentos oftalmológicos (curativo biológico) não há tecnologia disponível no SUS.	Data início: junho/2023 Data fim: a definir	Conitec	Elaboração de Nota Técnica (106/2024), enviada para análise da Conitec e reunião com a Conitec para esclarecimentos sobre o procedimento.
Incorporação dos Transplantes de Intestino e Multivisceral	Subsidiar análise da viabilidade técnica e econômica para Incorporação dos Transplantes de Intestino e Multivisceral no âmbito do Sistema Único de Saúde. Abrangência nacional.	A incorporação da tecnologia garantirá aos pacientes o acesso a um tratamento comprovadamente eficaz e única alternativa terapêutica para pacientes com falência intestinal crônica que desenvolvem complicações relacionadas ao uso prolongado da nutrição parenteral ou que não apresentam condições para sua utilização domiciliar.	Data de início: janeiro/2024 Data fim: a definir	Conitec	Elaboração de Nota Técnica (4/2024), enviada para análise da Conitec e reunião com a Conitec (12/2024) para deliberação sobre a incorporação do procedimento.

Fonte: Saes/MS.

2.2.12 Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados

O Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados (Sinasan) reúne o conjunto de estabelecimentos de saúde que compõem a Rede de Serviços de Hemoterapia (RSH), os produtores nacionais de hemoderivados e insumos hemoterápicos e os centros produtores

de hemoderivados, nesse campo, destaca-se a Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás). Esse subsistema do SUS tem a atribuição de desenvolver e executar a Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, sob a direção do Ministério da Saúde, cuja finalidade é garantir a autossuficiência de sangue e seus derivados no País, para o

atendimento da população e harmonização das ações do poder público no setor.

De acordo com o último levantamento feito pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), realizado em 2023, há 2.097 serviços de hemoterapia, classificados por níveis de complexidade, a partir da sistemática de classificação do Hemoprod/Anvisa.

Tabela 47 – Estabelecimentos de sangue por região

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

Fonte: Anvisa. 2023.

A lista completa de estabelecimentos de saúde por unidade federada está disponível no link:

 <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiN2IYTA0ODEtNzk4Yy00NjkyLW14NGYtMDNiZQzNTExYzg2liwidCI6ImI2N2FmMjNmLW1MzZjMtNGQzNS04MGM3LW13MDg1ZjVZGQ4MSJ9>

Expansão e Manutenção dos Serviços
Programa de Aceleração do Crescimento – Novo PAC (2023-2026) – Qualificação da Hemorrede

O eixo Saúde do Programa de Aceleração do Crescimento Novo PAC apresenta o subeixo o Complexo Econômico-Industrial da Saúde em que se busca ampliar a capacidade produtiva nacional de hemoderivados, vacinas, insumos e outros produtos para garantir o abastecimento constante, diminuir a dependência externa e

melhorar a saúde dos que sofrem de doenças relacionadas. Entre as estratégias desse subeixo, destacamos aquela voltada para o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados (Sinasan) com foco na qualificação da Hemorrede para o fornecimento de plasma para a indústria de hemoderivados: "Investir nos hemocentros e núcleos de hemoterapia para que o plasma excedente seja destinado à Hemobrás para produção de medicamentos".

Nesse contexto, está prevista a atualização do parque tecnológico dos serviços hemoterapia SUS, visando ao aumento do plasma de uso industrial destinado à Hemobrás, o que contribuirá para a ampliação da produção de medicamentos, tais como Fator VIII, Fator IX,

imunoglobulina humana e albumina humana. Serão adquiridos equipamentos e sistema de monitoramento da cadeia de frio para produção e armazenamento de plasma de uso industrial com investimento da ordem de R\$ 100 milhões.

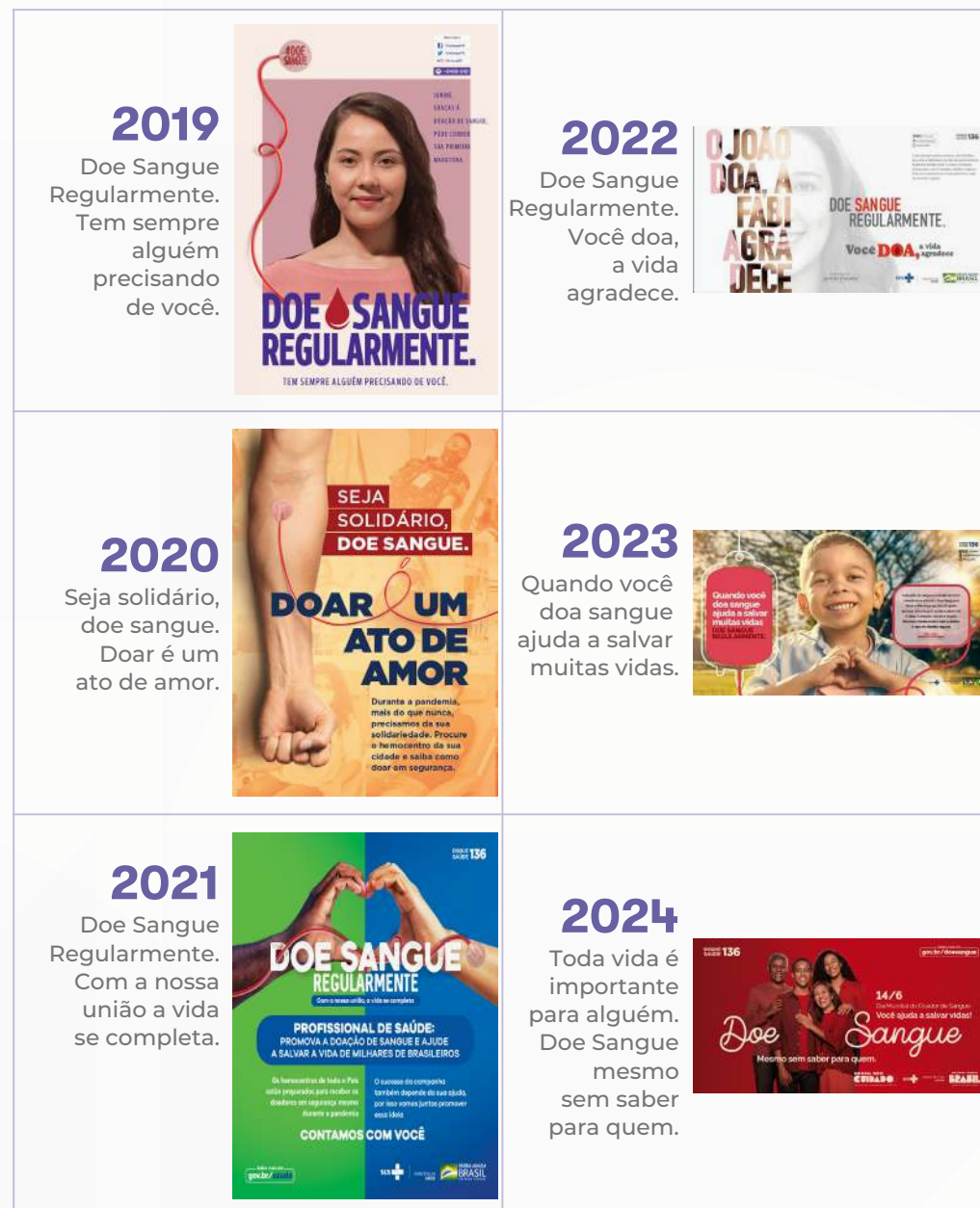
Está em curso o processo de compra centralizada pelo Ministério da Saúde para aquisição dos equipamentos de *blast freezer*, freezer -80°C e freezer -30°C, que atenderão 125 serviços, em 22 unidades federadas. Ademais, em 2024, já foram investidos R\$ 8.304.591,00 com repasse de recursos financeiros por meio de convênio ou transferência Fundo a Fundo, para aquisição do sistema de monitoramento da cadeia de frio nos serviços hemoterapia, alcançando 27 serviços dos estados de Alagoas, Bahia, Goiás, Maranhão, Pará, Piauí, Rio Grande do Norte e São Paulo.

Política de Captação de Doadores/ Promoção da Doação Voluntária de Sangue

A política de Promoção da Doação Voluntária de Sangue consiste no desenvolvimento de ações que visam à 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, possibilitando tratamentos e procedimentos terapêuticos. A seguir, são apresentados os motes das campanhas dos anos de 2019 a 2024:



Figura 19 – Campanhas para promoção da doação voluntária de sangue – 2019 a 2024



Fonte: Saes/MS.

No ano de 2024, a campanha de promoção da doação voluntária de sangue realizada pelo Ministério da Saúde teve como slogan: ***“Toda vida é importante para alguém. Doe Sangue mesmo sem saber para quem.”***. Os personagens principais da campanha foram: um jovem com doença falciforme (doença que faz com que os pacientes necessitem de transfusão de sangue regularmente) e uma mulher que precisou de transfusão de sangue no pós-parto. A campanha buscou sensibilizar novos doadores e promover a importância da doação regular de sangue, por meio da solidariedade e do altruísmo, além de agradecer aqueles que já são doadores.

Frequência de coleta de sangue no SUS

De acordo com os dados de Produção Hemoterápica Nacional, em 2024, foram realizadas, até o mês de novembro, 3.078.612 coletas de sangue no SUS.

Tabela 48 – Frequência de coleta de sangue no SUS, por estado, por região – 2019 a 2024

UF / Região	2019	2020	2021	2022	2023	2024
DF	51.937	52.705	50.115	50.481	54.767	50.167
GO	114.506	112.012	115.431	126.162	121.383	116.212
MS	53.180	46.622	49.674	49.058	49.666	48.753
MT	64.287	55.282	59.369	72.198	75.109	76.066
Centro-Oeste	283.910	266.621	274.589	297.899	300.925	291.198
AL	44.590	40.932	41.096	45.934	45.152	36.745
BA	182.808	158.987	170.223	178.654	196.568	180.406
CE	104.283	90.366	97.640	99.899	105.725	99.976
MA	86.390	71.749	80.786	88.407	93.258	88.585
PB	88.741	75.888	80.989	87.191	91.862	83.933
PE	158.445	148.830	158.685	161.943	166.011	159.192
PI	49.927	41.670	48.223	50.346	49.121	46.746
RN	60.409	51.827	59.541	65.518	67.780	66.894
SE	24.738	22.604	24.551	25.931	28.165	26.058
Nordeste	800.331	702.853	761.734	803.823	843.642	788.535
AC	11.119	11.816	12.981	12.150	12.810	10.780
AM	54.705	52.689	55.153	67.259	66.256	60.793
AP	14.046	11.689	13.137	14.381	15.534	13.725
PA	93.250	83.351	84.124	96.492	97.642	99.353
RO	30.311	27.873	29.791	31.356	34.627	31.271
RR	11.873	10.014	12.088	13.830	10.151	693
TO	23.271	19.931	20.648	22.306	23.932	24.465
Norte	238.575	217.363	227.922	257.774	260.952	241.080

UF / Região	2019	2020	2021	2022	2023	2024
ES	75.188	70.028	58.673	71.340	80.684	68.641
MG	319.536	286.218	292.024	288.721	317.686	293.126
RJ	170.875	156.948	158.291	159.225	156.053	125.272
SP	796.996	728.480	743.882	734.654	721.358	726.769
Sudeste	1.362.595	1.241.674	1.252.870	1.253.940	1.275.781	1.213.808
PR	251.371	215.626	195.589	214.114	222.942	221.769
RS	222.049	210.430	204.302	212.832	222.716	205.700
SC	112.993	104.098	118.527	119.625	121.779	116.522
Sul	586.413	530.154	518.418	546.571	567.437	543.991
BRASIL	3.271.824	2.958.665	3.035.533	3.160.007	3.248.737	3.078.612

Fonte: Ministério da Saúde/Saes e Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA).
Nota1: os dados de 2023 a 2024 (preliminar) foram extraídos em 15/1/2025, estando disponível a informação apenas dos meses apresentados.
Nota 2: dados referentes aos últimos seis meses, sujeitos à atualização.

Monitoramento do estoque de sangue no País

O Ministério da Saúde monitora, diariamente, o quantitativo de bolsas de sangue em estoque nos maiores hemocentros dos estados e do Distrito Federal. Essa estratégia permite a antecipação da tomada de decisão sobre a mobilização desses 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 para aquelas com maior dificuldade momentânea de obtenção de doações e acesso, contando com o apoio operacional e logístico do Ministério da Saúde.



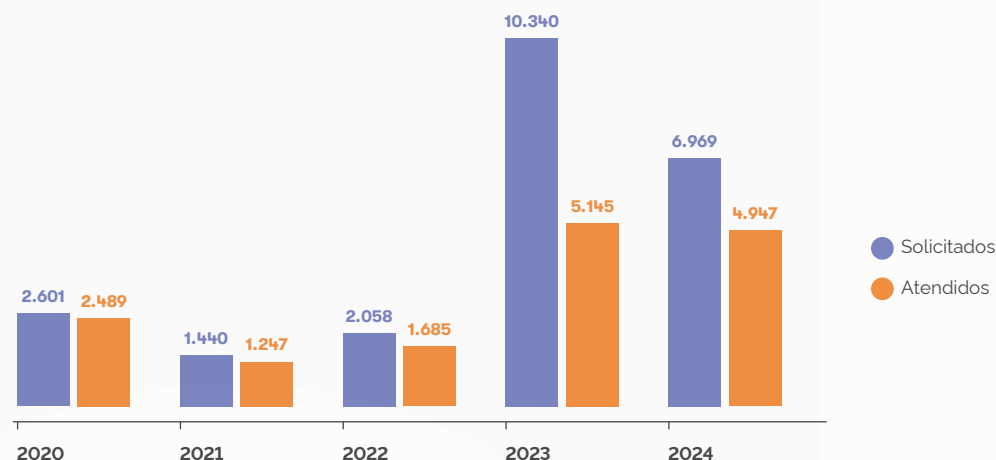
Considerando o período de 2020 a 2024, destaca-se a ocorrência de situações adversas que impactaram de forma negativa os estoques dos principais hemocentros do País, tais como a pandemia de covid-19, o aumento do número de casos de infecções virais respiratórias, como a influenza (que gerou aumento da inaptidão temporária dos candidatos à doação de sangue) e situações pontuais, como solicitação de plaquetas para fins transfusionais específicos. Sempre que solicitado pelos estados, o Plano Nacional de Contingência de Sangue foi acionado, evitando o desabastecimento de sangue nessas localidades.

Informação estatística do remanejamento em contingência

-  **17** solicitações de remanejamento dos estados atendidas
-  **12** Hemocentros fornecedores de hemocomponentes para remanejamento
-  **15.513** bolsas de hemocomponentes remanejadas

Fonte: Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados – CGSH/Daet/Saes/MS.

Gráfico 31 – Número de bolsas de concentrados de hemácias solicitadas e atendidas para remanejamento em contingência – 2020 a 2024



Fonte: Saes/MS. Dados extraídos em 20/12/2024.
Nota: dados de 2023 foram atualizados.

Atenção Hemoterápica

Corresponde ao conjunto de ações de apoio às atividades técnicas da assistência em hemoterapia, voltadas ao fortalecimento da segurança e da qualidade transfusional, por meio da normatização e da qualificação das ações do ciclo do sangue.

Nesse campo, entre as diversas ações desenvolvidas pelo MS, destacam-se a disponibilização da Avaliação Externa da Qualidade (AEQ) para laboratórios da RSH e o financiamento da produção e disponibilização dos Testes de Ácidos Nucleico (NAT) em amostras de doadores.

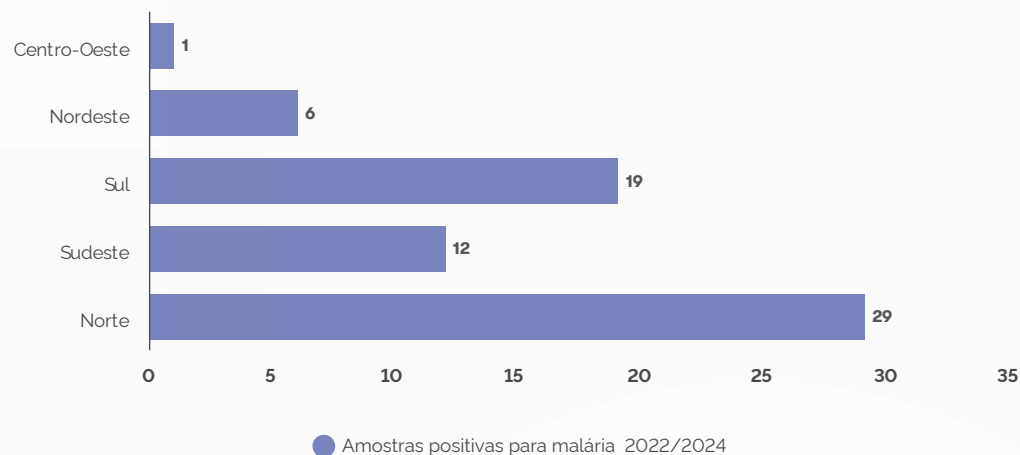
Quanto ao NAT, em 2024, foram testadas 3.111.108 amostras de doações de sangue e componentes com o teste de ácido nucleico produzido por Bio-Manguinhos (kit NAT brasileiro), disponibilizado pelo Ministério da Saúde, o que representa cerca de 100% das bolsas coletadas nos serviços de hemoterapia, públicos e privados, que atendem à rede SUS.

Importante destacar que todo o parque tecnológico e a tecnologia do kit NAT brasileiro tiveram atualizações em 2022 (kit NAT PLUS), passando a incluir a testagem do alvo malária na triagem das bolsas de sangue, além dos alvos já presentes na primeira geração do kit NAT brasileiro (HIV, hepatite B e hepatite C), disponibilizado desde 2011. Atualmente, 100% da RSH realizam a testagem do alvo malária na triagem das bolsas de sangue.

Assim, com a implementação do atual kit NAT brasileiro (kit NAT PLUS) e o novo parque tecnológico na RSH, o risco de transmissão transfusional de malária foi reduzido, aumentando consequentemente a segurança transfusional. Além disso, foi possível reduzir o período de inaptidão, de 12 meses para 30 dias, para os candidatos a doação de sangue que estiverem em áreas endêmicas para transmissão de malária. Essa medida de aprimoramento da triagem permite o melhor planejamento das ações de captação de doadores, e abre a possibilidade de remanejamento de bolsas de sangue em situações de contingência, a partir de regiões inseridas em áreas endêmicas da doença, para atendimento das demandas do País.

O kit NAT PLUS trouxe diferenciais para a RSH, com ganhos de sensibilidade e otimização do tempo de análise, por meio da nova tecnologia e da implantação de plataformas mais modernas, as quais possibilitam uma rotina mais rápida, gerando maior capacidade para os hemocentros, entre outras melhorias operacionais. Ressalta-se que, a partir de 2022, foram detectadas 67 amostras positivas para malária entre as 4,3 milhões de amostras testadas com o novo kit NAT PLUS, nas cinco regiões do País.

Gráfico 32 – Amostras positivas para malária identificadas a partir do kit NAT PLUS – 2022 a 2024



Fonte: Gerenciador do Sistema Multicêntrico NAT – GSM-NAT. Saes/MS.

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 criou, em parceria com o Hemocentro da Unicamp, o Cadastro Nacional de Sangue Raro (CNSR), cujo objetivo é centralizar informações sobre os doadores raros cadastrados nos hemocentros do País. Esse cadastro tem colaborado 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 Cadastro Nacional de Sangue Raro (CNSR) finalizou o ano de 2024 com o cadastro de cerca de 1.400 doadores com fenótipos raros. Foram realizadas 24 consultas ao CNSR, o que permitiu o atendimento de demandas de todo o território nacional, possibilitando a mobilização dessas bolsas de sangue raro até o serviço de assistência.

Programa de Coagulopatias Hereditárias

As coagulopatias hereditárias referem-se a um conjunto de doenças hemorrágicas hereditárias, 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.

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 das pessoas com doenças hemorrágicas hereditárias. O acompanhamento dessa ação, assim como os registros das informações são realizados pelos centros de tratamento no âmbito do SUS, por meio do seu cadastro no Programa de Coagulopatias Hereditárias, via Sistema Hemovida Web Coagulopatias (HWC).

O Sistema é disponibilizado via plataforma web, por meio do link:



http://coagulopatiasweb.datasus.gov.br/menu_principal.php

O ano de 2024 apresentou o total de 34.083 pacientes cadastrados com coagulopatias hereditárias no Brasil. Esta é a quarta maior população mundial de pacientes com hemofilia, de acordo com dados divulgados pela Federação Mundial de Hemofilia (World Federation of Hemophilia). O orçamento foi de aproximadamente R\$ 1,7 bilhão em 2024, para a aquisição dos medicamentos pró-coagulantes.

A quantidade de Unidades Internacionais (UIs) dos fatores de coagulação dispensados para o estado leva em consideração a necessidade de medicamento que cada paciente necessita no momento. Avalia-se que o número de pacientes que fizeram uso de pró-coagulantes no período é, na sua maioria, acometido pela forma grave e moderada da doença diagnosticada. Portanto, esses pacientes necessitam fazer maior uso desses medicamentos em relação àqueles que desenvolveram a forma leve da doença.

Os pacientes com hemofilia podem ter recorrência no uso de medicamentos pró-coagulantes, a depender do seu quadro clínico, o que pode acarretar no uso de volumes de medicamentos que podem chegar a uma soma de unidades bastante elevadas, sejam em períodos diversos ou em regiões, não existe consumo estabilizado, ao contrário, o consumo é flutuante.

Para o tratamento das hemofilias, o Ministério da Saúde disponibiliza, mensalmente, além de outros medicamentos pró-coagulantes, os fatores de coagulação Fator VIII de origem plasmática e de origem recombinante, para hemofilia A, e o Fator IX para hemofilia B. A seguir, demonstra-se a evolução per capita da distribuição de Fator VIII de origem plasmática e recombinante, e Fator IX de origem plasmática, conforme série histórica de dispensação desses fatores.

Tabela 49 – Distribuição de fatores de coagulação VIII e XI plasmático – 2017 a 2024

Anos	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Fator VIII Rec.	597.988.992	610.747.264	720.000.000	720.000.000	760.000.000	760.000.000	841.962.750	879.311.500
Fator VIII plasm.	215.272.256	217.147.248	229.755.248	195.531.248	207.380.496	298.529.984	232.880.000	251.203.000
Fator IX	132.513.000	142.428.992	129.965.504	147.264.192	156.628.304	142.514.208	175.692.300	182.723.400

Fonte: dados extraídos em janeiro de 2025 do relatório de distribuição nos anos de referência (SHWC).
Nota: as quantidades estão descritas em unidades internacionais (UIs).

Gráfico 33 – Distribuição de Fator VIII e IX (UI per capita) – 2017 a 2024



Fonte: dados extraídos do relatório de distribuição 1º/1/2024 a 31/12/2024 (SHWC).
Nota: smatória de Fator VIII de origem plasmática e de origem recombinante.

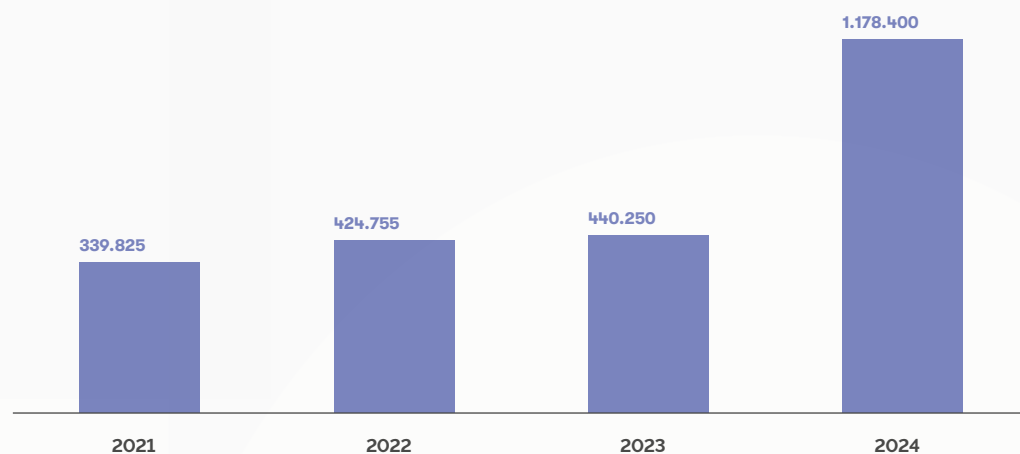
Uma ação importante, realizada pelo Ministério da Saúde, foi a ampliação de uso do medicamento Emicizumabe para tratamento de indivíduos com hemofilia A e inibidores, no âmbito do SUS, conforme expresso no Relatório de Recomendação da Conitec n.º 841, de agosto de 2023 e Portaria Conjunta Saes/ Sectics n.º 12, de 9 de outubro de 2024, que aprovou o Protocolo de Uso de Emicizumabe para tratamento de indivíduos com hemofilia A moderada e grave e inibidores do Fator VIII da coagulação sanguínea.

A ampliação de uso do medicamento Emicizumabe também impactou na revisão do Protocolo de Imunotolerância, conforme Portaria Conjunta Saes/Sectics n.º 13, de 9 de outubro de 2024, que aprovou o Protocolo de Uso de Fator VIII da coagulação na imunotolerância para indivíduos com hemofilia A e inibidor do Fator VIII da coagulação sanguínea.

Até o primeiro semestre de 2024, o público-alvo atendido com o medicamento Emicizumabe era de aproximadamente 120 pacientes. Atualmente, com o novo protocolo de uso do medicamento, prevê-se a ampliação do tratamento para aproximadamente 570 pacientes. Tem-se a seguir a demonstração do resultado das

aquisições do Emicizumabe por meio de contratos firmados nos anos de 2021 a 2024, para atender os pacientes que se beneficiam e os que se beneficiarão em seus tratamentos com o Emicizumabe, de acordo com os critérios do atual protocolo de uso.

Gráfico 34 – Aquisição Emicizumabe, Ministério da Saúde, 2021 a 2024 (em mg)



Fonte: contratos firmados pelo MS nos anos de 2021 a 2024.
Nota: o Emicizumabe foi adquirido pela primeira vez em 2021.

Em fevereiro de 2022, foram publicadas as Portarias SCTIE/MS n.º 10 e n.º 11, com a decisão de incorporar duas moléculas de Fator VIII recombinante de meia-vida estendida (respectivamente, alfaruriotocogue pegol e alfadamotocogue pegol) para o tratamento da hemofilia A. Ambas as portarias traziam condicionantes à incorporação relacionadas às diretrizes elaboradas para o uso dessas moléculas, e que deveriam ser balizadas pela manutenção do arsenal terapêutico ora disponível, assim como às políticas públicas federais implantadas para o desenvolvimento

do Complexo Industrial da Saúde, com menção aos investimentos na Hemobrás. Tem-se que não houve o atingimento das intenções das condicionantes publicadas.

No caso da condicionante relacionada à Hemobrás, a vigência de uma parceria para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) entre Hemobrás e a empresa farmacêutica, vigente até agosto de 2023, resultou em decisões judiciais que impuseram a aquisição de todo o concentrado de Fator VIII recombinante para a população de pacientes com hemofilia A da

Hemobrás. No caso da condicionante relacionada às diretrizes, encontra-se em andamento discussões sobre a necessidade de ajustes no modelo de incorporação desses medicamentos, cujo objetivo é garantir a manutenção do modelo de aquisição que garanta o acesso ao arsenal terapêutico ora disponível.

Programa Nacional de Triagem Neonatal

O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) é o 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 do PNTN é identificar doenças nos recém-nascidos 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 outras providências. Com a promulgação dessa Lei, o PNTN deverá ser ampliado de forma escalonada e progressiva.

Assim, o Ministério da Saúde trabalha as questões do aperfeiçoamento do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), as quais são consideradas 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 na otimização de custos, para abarcar todas as modificações técnicas necessárias para regulamentar a Lei n.º 14.154/2021.

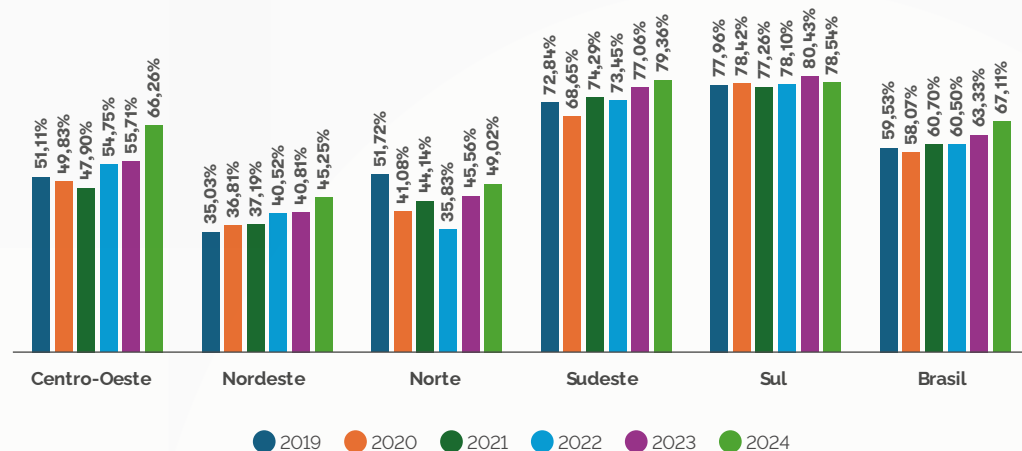
A análise crítica do cenário do PNTN, realizada pela atual gestão, identificou problemas de paralisações de programas estaduais, dificuldades relacionadas a logística de transporte de amostras do teste do pezinho até o laboratório especializado, relatos de atrasos e ausência na entrega de resultados aos responsáveis pelos recém-nascidos, existência de vazios assistenciais, em determinadas regiões, para as doenças diagnosticadas no programa e ausência de pactuação nas instâncias gestoras para garantia de continuidade e realização da triagem neonatal nos estados. Assim, com a entrada em vigor da Lei n.º 14.154/2021, e com o cenário crítico da triagem neonatal nas unidades federadas, foi proposta a reestruturação normativa do PNTN. Essa reestruturação irá regulamentar e orientar todo o processo de funcionamento do PNTN, no qual as principais temáticas são: a centralização laboratorial para a melhoria do processamento de amostras; a logística, em nível nacional, do transporte das

amostras do teste do pezinho; a modernização do processo de habilitação de serviços; e a inclusão de incentivo de custeio para os Serviços de Referência em Triagem Neonatal (SRTN). A proposta normativa de reestruturação do PNTN foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, em 29 de fevereiro de 2024.

A busca pela melhoria dos indicadores nacionais do PNTN sempre foi bastante complexa pelo

cenário heterogêneo apresentado pelos estados brasileiros. Nesse contexto, um dos indicadores para o monitoramento do PNTN é a idade do recém-nascido na data da coleta do teste do pezinho, que está vinculado ao Plano Nacional de Saúde – 2024 a 2027. No período de janeiro a dezembro de 2024, foi alcançado o percentual médio de 67,11% de recém-nascidos vivos com coleta do teste do pezinho até o quinto dia de vida, triados no PNTN.

Gráfico 35 – Percentual de coletas do teste do pezinho até o quinto dia de vida do recém-nascido – 2019 a 2024

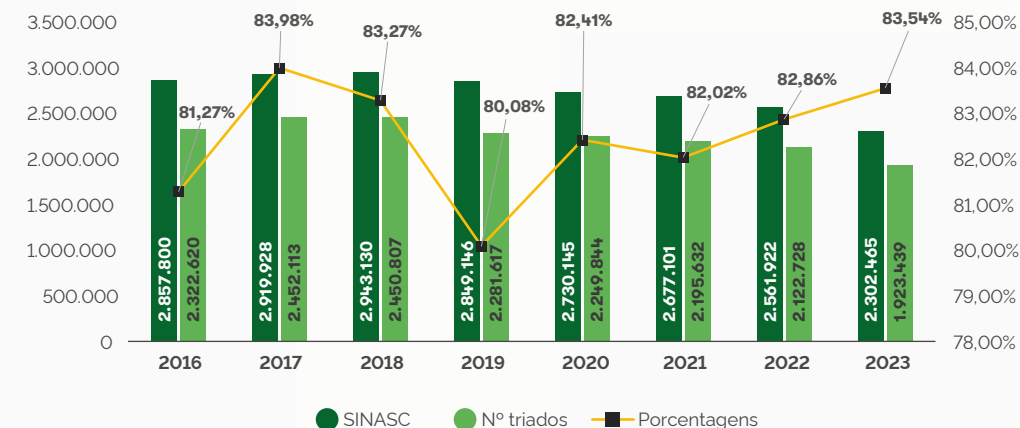


Fonte: Saes/MS.

O gráfico a seguir apresenta a comparação nacional do número de nascidos vivos e recém-nascidos triados nos estabelecimentos de

saúde públicos e privados, contratados pelas unidades federadas e habilitados no PNTN – entre os anos de 2016 e 2023.

Gráfico 36 – Cobertura percentual do PNTN – 2016 a 2023



Fonte: Relatório Anual de Dados do PNTN – 2023, plataforma FORMS. Saes/MS. Dados apurados: 30/5/2024.

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

Nota 2: dados do Sinasc para 2023 são preliminares.

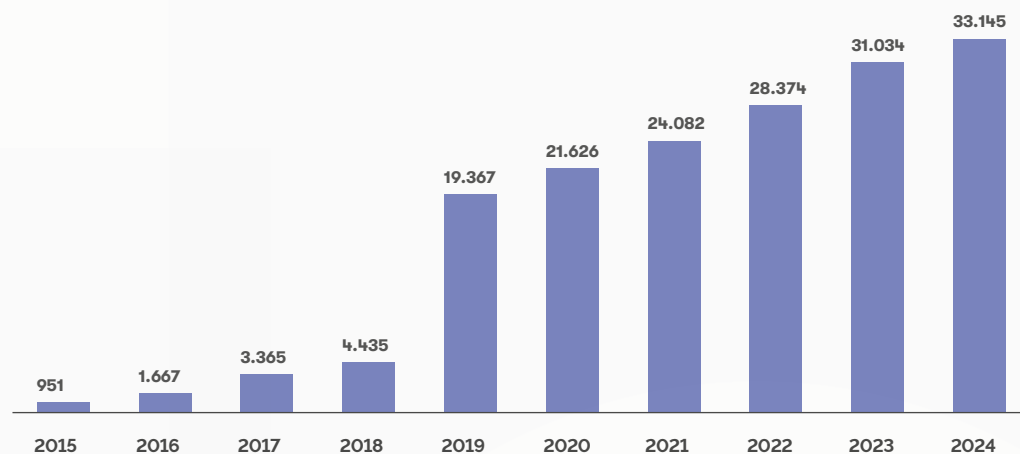
Nota 3: dados do Sinasc não computados para o estado de Minas Gerais, que não encaminhou o Relatório Anual de Dados do PNTN referente ao ano de 2023.

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 essas doenças são estabelecidas pela Atenção Integral às Pessoas com Doenças Falciforme e outras Hemoglobinopatias (AIPDF), publicada na Portaria GM/MS n.º 1.319, de 16 de agosto de 2005, atualmente na Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017 – Anexo XXXVI.

Em 2024, continuaram os avanços no âmbito dessa política, demonstrada na ampliação no número de pacientes em acompanhamento no SUS, cadastrados no Sistema Hemovida Web Hemoglobinopatias (SHWH), totalizando 33.145 pacientes com hemoglobinopatias, sendo, em 2024, 30.211 pessoas com diagnóstico de doença falciforme, 1.495 pessoas com talassemia, além de 1.439 com outras hemoglobinopatias.

Gráfico 37 – Pacientes com hemoglobinopatias, cadastrados no SHWH – 2015 a 2024

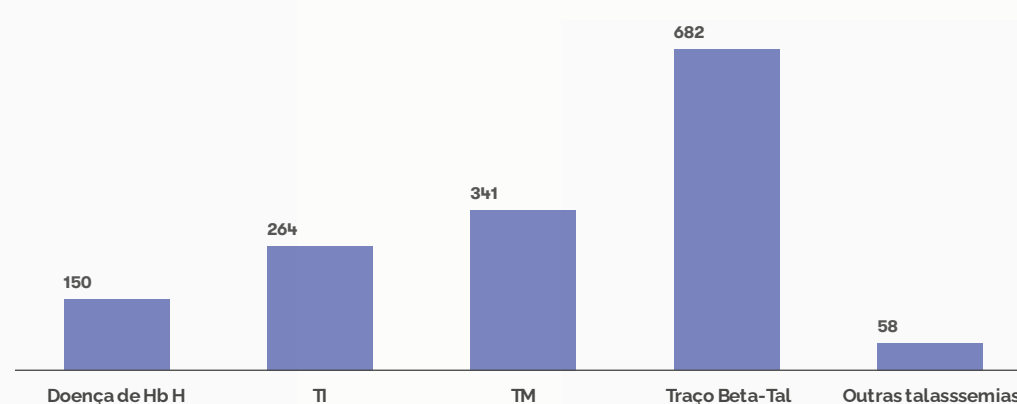


Fonte: CGSH/Daet/Saes/MS – Sistema Hemovida Web Hemoglobinas. Extração de dados realizada em 9/1/2025.

Especificamente, quanto às ações no campo das talassemias, destaca-se para 2024 o aprimoramento do cadastro Hemovida Web Hemoglobinas, com busca ativa de outros centros tratadores de talassemia no Brasil vinculados ao SUS e verificação dos diagnósticos cadastrados por profissional médico. Com isso foi possível eliminar distorções e duplicidade no cadastro dos pacientes com talassemias, chegando ao número de 1.495 pacientes cadastrados com os fenótipos: talassemia maior, talassemia intermediária, traço beta talassêmico, doença de hemoglobina H (alfa talassemia) e

outras talassemias, conforme demonstrado no gráfico a seguir. Além do quantitativo de pessoas com talassemias, também se destaca a distribuição etária dos pacientes com talassemia maior, talassemia intermediária e doença da hemoglobina H, na qual há a preponderância de pacientes adultos, acima de 18 anos, que demandam assistência terapêutica específica com necessidade de vários especialistas e transfusões recorrentes de sangue e medicamentos quelantes distribuídos pelo SUS, por meio das farmácias de alto custo.

Gráfico 38 – Número de pessoas com talassemias cadastradas no Sistema Hemovida Web Hemoglobinas



Fonte: CGSH/Daet/Saes/MS – Sistema Hemovida Web Hemoglobinas. Extração de dados realizada em 9/1/2025.

Legenda: TM – talassemia maior; TI – talassemia intermediária; Hb – hemoglobina.

Na busca da melhoria ao tratamento das pessoas com talassemias foram realizadas oficinas para capacitação multiprofissional, de forma regionalizada e na modalidade on-line, abrangendo todas as regiões do País, denominada "Oficina de Talassemias – Em busca do tratamento ideal". Também foi realizado o II Fórum de Talassemias "Novas perspectivas no manejo das talassemias no Brasil", com participação aproximada de 150 pessoas. O Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (PCDT) sobre sobrecarga de ferro referente às Talassemias, foi finalizado pela Conitec e disponibilizado para consulta pública em dezembro de 2024.

Em referência à atenção aos pacientes com doença falciforme, tem-se a seguir os destaques das ações realizadas no ano de 2024:

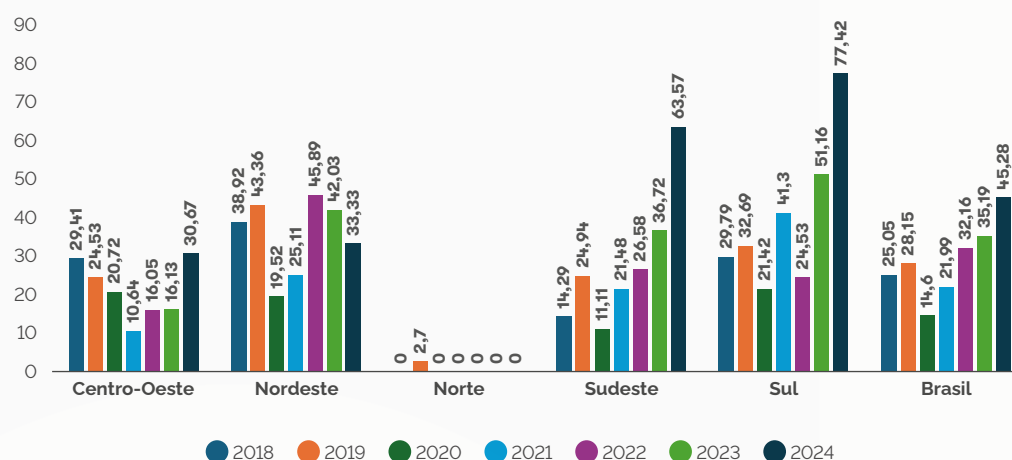
- Elaboração, revisão e publicação dos seguintes materiais técnicos: *Manual de Diagnóstico Laboratorial das Hemoglobinas*; *Manual Saúde Escolar*; cartaz e pôster de bolso sobre eventos agudos em doença falciforme; pôster de divulgação sobre doença falciforme; e campanha "Doença falciforme Entender para Respeitar".
- Criação de grupo de hematologistas voluntários para atendimento virtual às vítimas das enchentes no Rio Grande do Sul.
- Participação na revisão do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Doença Falciforme, publicado em novembro de 2024.

O Ministério da Saúde, em parceria técnica com o Hospital St Jude, com o objetivo de assegurar o manejo clínico da doença falciforme de forma segura e proposta de multiplicação da padronização do atendimento aos pacientes com doença falciforme para profissionais da enfermagem, realizou o 1º Brazilian Nursing Sickle Cell Disease (SCD) Bootcamp Intensive – "Padronização do atendimento aos pacientes com Doença Falciforme". Simpósio dedicado à enfermagem, que contou com a participação de 174 profissionais. Ainda, em 2024, foram realizadas capacitações, com participação de médicos e outros profissionais de saúde, em diferentes aspectos da doença falciforme, totalizando 6.525 participantes, de todas as regiões do País.

Quanto ao exame do doppler transcraniano, é preconizado a sua realização anualmente, para todas as crianças e adolescentes com doença falciforme (DF) de 2 a 16 anos de idade. Seu objetivo é avaliar o fluxo sanguíneo cerebral de modo a prever e prevenir o AVE, uma das principais causas de mortalidade em DF nessa faixa etária. Em caso de doppler alterado, o paciente deve entrar em regime de hipertransfusão sanguínea, evitando assim lesões e sequelas neurológicas e morte.

De janeiro a novembro de 2024, a cobertura do exame doppler transcraniano para crianças com doença falciforme aos 2 anos de idade atingiu 45,28%. A cobertura atualizada do exame em crianças com 2 anos de idade entre os anos de 2018 a 2024 pode ser visualizada a seguir.

Gráfico 39 – Cobertura do exame doppler transcraniano para crianças com doença falciforme com 2 anos de idade – 2018 a 2024



Fonte: Relatório Anual de Dados do Programa Nacional de Triagem Neonatal. Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS). Saes/MS.

Nota 1: dados aprovados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). Data Extração: 10/2/2025.

Nota 2: dados de 2023 foram atualizados.

Nota 3: para 2024 os dados disponíveis no SIA são referentes aos meses de janeiro a novembro.

A Região Norte do País apresenta grande dificuldade na implementação do exame doppler transcraniano, isso tem por principal razão a indisponibilidade de equipamento para realização do exame e ausência de profissionais com expertise para realizá-lo. O Ministério da Saúde tem priorizado a liberação de recursos para compra de equipamentos para realização

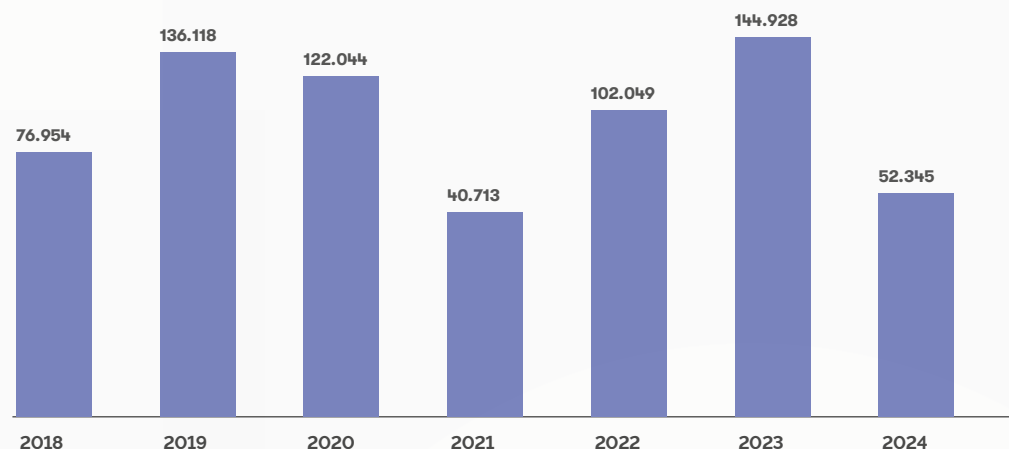
do exame, além de novo formato na capacitação de profissionais para o manuseio do equipamento em pacientes com doença falciforme. A morosidade na aquisição dos equipamentos pelos estados, bem como a dificuldade de fixar profissionais no território, têm dificultado a efetiva implementação dessa ação.

Ainda no que tange à atenção aos pacientes, 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 ela a responsável pela redução da mortalidade de crianças nessa faixa etária.

Em 2016, o Ministério da Saúde disponibilizou aos estados e ao Distrito Federal o medicamento Fenoximetilpenicilina Potássica 80.000 UI/ml, para prevenção de infecções pneumocócicas 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.

A compra centralizada do medicamento beneficia em torno de 4 mil crianças de 0 a 5 anos, com doença falciforme. A distribuição adequada do medicamento é fundamental para garantir o acesso e a disponibilidade contínua para os pacientes. Além disso, a adesão ao tratamento é um fator importante para maximizar os benefícios do medicamento.

Gráfico 40 – Número de frascos de fenoximetilpenicilina potássica distribuídos para os estados e o Distrito Federal, para crianças com doença falciforme de 0 a 5 anos – 2018 a 2024



Fonte: Sistema Integrado de Administração de Material (Sismat).

Nota: dados de 2023 foram atualizados.

A diminuição no número de frascos distribuídos em 2021 e 2024 deu-se em razão das dificuldades enfrentadas no processo de aquisição do medicamento iniciado em 2020, sendo a distribuição regularizada em maio de 2022. Em 2024, houve a interrupção do processo de aquisição em razão da necessidade de adequação à Lei n.º 14.133/2021 e recomendação de abertura de nova instrução processual. Além disso, houve a rejeição de lotes de medicamentos que apresentaram problemas técnicos e suspensão de lotes do medicamento pela Anvisa. Em 2024, foram fracassados três pregões para aquisição da fenoximetilpenicilina.

2.2.13 Atenção Especializada em Oncologia no âmbito do SUS Expansão e Manutenção dos Serviços

Atualmente, o SUS conta com 324 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 dezembro/2024.

No que se refere aos procedimentos de diagnóstico, destaca-se a existência de 48 estabelecimentos de Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer de Colo de Útero (SRC). Existem também 30 Serviços de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM), conforme consulta realizada no Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), em dezembro/2024.

A pandemia de covid-19 impactou no número de cirurgias oncológicas, em razão da suspensão das cirurgias eletivas, e também impactou a realização de procedimentos de radioterapia e quimioterapia. E para minimizar o impacto dessa demanda reprimida, desde 2023 o MS vem investindo esforços para ampliação no número procedimentos de cirurgia, radioterapia e quimioterapia. No período de janeiro a novembro de 2024, no panorama nacional, foram realizados 4.698.753 procedimentos para o tratamento em oncologia (cirurgia, radioterapia e quimioterapia), sendo 402.247 procedimentos cirúrgicos, 162.740 procedimentos de radioterapia e 4.133.766 procedimentos de quimioterapia.

Ao comparar os índices de crescimento do período de janeiro a novembro de 2023 com o mesmo período de 2024, apurados em novembro de 2024, observa-se aumento no número total de procedimentos realizados, passando de 2.740.470 para 4.698.753.

Tabela 50 – Número de procedimentos especializados realizados (cirurgia, radioterapia e quimioterapia) – 2023 e 2024

	Cirurgias		Quimioterapias		Radioterapia		Total	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Região Norte	8.092	15.253	101.894	173.660	4.310	7.199	114.296	196.112
Região Nordeste	52.706	93.809	563.383	1.016.543	21.256	37.399	637.345	1.147.751
Região Sudeste	97.543	176.893	1.076.804	1.828.195	43.178	73.581	1.217.525	2.078.669
Região Sul	51.548	92.082	537.431	886.613	20.851	35.690	609.830	1.014.385
Região Centro-Oeste	14.243	24.210	141.952	228.755	5.279	8.871	161.474	261.836
BRASIL	224.132	402.247	2.421.464	4.133.766	94.874	162.740	2.740.470	4.698.753

Fonte: CGNEP/Desme/Saes. Dados apurados em 9/1/2025. Competência novembro/2024.

Ao analisar os índices de produtividade regionalizados no período de janeiro a novembro de 2024, destaca-se a maior participação da Região Sudeste com 2.078.669 procedimentos (cirurgias, quimioterapia e radioterapia), seguida pela Região Nordeste (1.147.751), Sul (1.014.385), Centro-Oeste (261.836) e Norte (196.112). Entre os estados, os que mais se destacaram no volume de procedimentos realizados no período foram: São Paulo (1.075.865); Minas Gerais (564.952); Rio Grande do Sul (399.444); Paraná (382.004); Rio de Janeiro (323.544) e Santa Catarina (232.937). Os demais estados registraram uma produtividade abaixo de 200 mil procedimentos, correspondendo a menos de 6% do total. Os estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná, Rio de Janeiro e Santa Catarina destacam-se na oferta de tratamento oncológico devido a fatores interligados, como alta densidade populacional e robusto desenvolvimento econômico,

que permitem investimentos significativos em infraestrutura de saúde. Esses estados possuem uma rede hospitalar mais moderna e ampla, com hospitais para o tratamento do câncer e equipamentos avançados, resultando em maior capacidade de atendimento e realização de procedimentos complexos. Em contraste, as Regiões Norte e Centro-Oeste enfrentam desafios significativos, como déficit assistenciais, escassez de equipamentos médicos, e falta de profissionais qualificados, que dificultam o acesso a tratamentos adequados. Na Região Norte, a insuficiência de aparelhos de radioterapia compromete o atendimento, forçando muitos pacientes a se deslocarem para estados mais desenvolvidos, o que sobrecarrega esses sistemas de saúde e retarda o início dos tratamentos. Importante salientar que estados como Amapá e Roraima ainda não dispõem de aparelho de radioterapia para o tratamento do câncer.

Esses déficits assistenciais são um dos principais gargalos do sistema de saúde no Brasil, demandando atenção urgente da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC). Para que possamos alcançar essas regiões com vazios assistenciais em relação aos equipamentos oncológicos, o MS está buscando informações mais detalhadas de onde estão esses vazios, para que possam ser minimizados com o Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde (PER-SUS). Para reduzir as desigualdades de acesso, é essencial investir na modernização da infraestrutura de saúde e na formação de profissionais especializados nas regiões menos assistidas. Fortalecer a rede de câncer nessas áreas é crucial para garantir um atendimento mais justo e equitativo em todo o País.

Para a estruturação dos serviços, em 2024, o Ministério da Saúde financiou com recursos federais a aquisição de equipamentos e materiais permanentes contemplando 75 propostas em 17 estados, correspondendo a um recurso total de R\$ 141,6 milhões. Entre os equipamentos específicos, os aceleradores lineares lideraram em valores aprovados em 2024, totalizando R\$ 51,5 milhões para a aquisição de cinco unidades, distribuídas em Campo Grande/MS, Salvador/BA, São Paulo/SP, Santos/SP e São Carlos/SP. Os mamógrafos ficaram em segundo lugar entre os equipamentos com maior investimento, somando R\$ 18,2 milhões para a aquisição de 17 aparelhos.

Enfrentamento do Câncer do Colo do Útero

Atualmente, o câncer do colo do útero é considerado passível de erradicação, por meio da vacinação gratuita nos postos de saúde do SUS contra os tipos de HPV oncogênicos mais prevalentes, e por meio do rastreamento e tratamento das lesões precursoras. Apesar de disponibilizados pelo SUS, a vacina HPV e o rastreio do câncer cervical por meio do exame Papanicolau não têm sido suficientes para reduzir a incidência e a mortalidade por esse tipo de câncer.



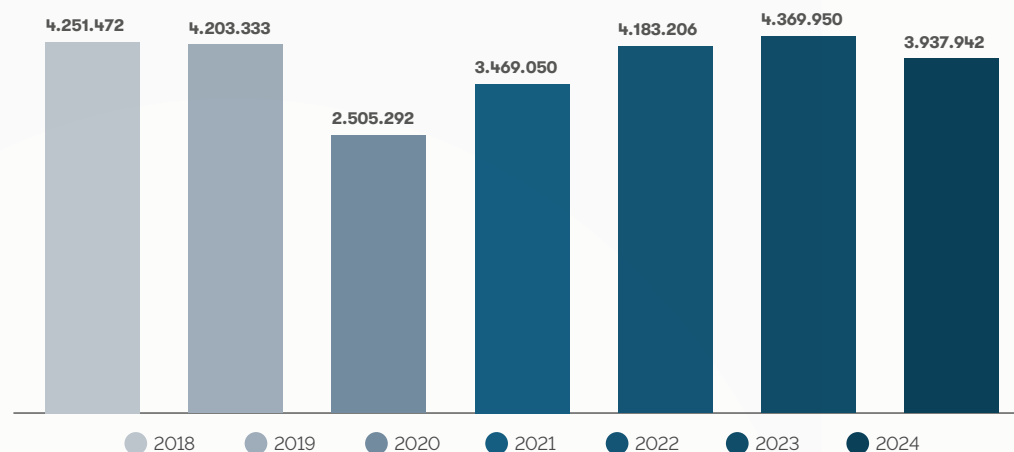
Idealizou-se, portanto, a mudança de estratégia para enfrentamento do câncer de colo de útero, na qual uma das fases foi a avaliação da tecnologia de testagem molecular para detecção do vírus HPV. Nesse sentido, foi incorporado ao SUS, por meio da Portaria Sectics/MS n.º 3, de 7 de março de 2024, o teste molecular para detecção de HPV oncogênico, por técnica de amplificação de ácido nucleico baseada em PCR, com genotipagem parcial ou estendida, validados analítica e clinicamente, segundo critérios internacionais para o rastreamento do câncer de colo de útero em população de risco padrão e conforme as diretrizes do Ministério da Saúde.

Rastreamento do Câncer de Mama

No mundo, o câncer de mama é a principal causa global de incidência, com 11,7% do total de casos. Em 2020, ocorreram cerca de 2,3 milhões de casos novos, equivalente a 24,5% de todos os cânceres em mulheres, excluído pele não melanoma. É também a causa mais frequente de morte por câncer nessa população, com 15.825 ocorridos no Brasil em 2020 e com estimativa de ocorrerem 74 mil novos casos no triênio 2023 a 2025 (Inca, 2023).

No Brasil, de acordo com a estimativa/incidência de câncer no Brasil, publicada pelo Instituto Nacional de Câncer (Inca) em 2023, o número estimado de casos novos de câncer de mama no Brasil, para o triênio 2023 a 2025, é de 73.610 casos, correspondendo a um risco estimado de 66,54 casos novos a cada 100 mil mulheres.

Gráfico 41 – Frequência de mamografias bilaterais para rastreamento – 2018 a 2024



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).
Dados de janeiro/2018 a novembro/2024
Extraído em 16/1/2025
02.04.03.003-0 – MAMOGRAFIA
02.04.03.018-8 – MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO

O maior risco estimado é observado na Região Sudeste, de 84,46 por 100 mil mulheres. O risco é de 71,44 casos por 100 mil na Região Sul; de 57,28 casos por 100 mil na região Centro-Oeste; de 52,20 casos por 100 mil na Região Nordeste e; de 24,99 casos por 100 mil na Região Norte.

Reconstrução mamária pelo SUS

O Ministério da Saúde, mediante a publicação da Portaria n.º 127, de 13 de fevereiro de 2023, instituiu a estratégia excepcional de ampliação do acesso à reconstrução mamária em caso de mulheres com diagnóstico de câncer de mama, no âmbito do SUS. A estratégia visa ampliar o acesso à reconstrução mamária em mulheres com diagnóstico de câncer de mama submetidas à mastectomia total (radical ou simples) e se aplica apenas aos hospitais habilitados de alta complexidade em oncologia e selecionados pelos gestores locais por um período de 24 meses. As Portarias Saes/MS n.º 553 e 1.079, ambas do ano de 2023, habilitaram 176 hospitais na estratégia de ampliação da reconstrução mamária. Considerando o período de julho de 2023 a dezembro de 2024, foram realizados 7.272 procedimentos atrelados à estratégia.

Oncologia pediátrica

O câncer infantojuvenil é a principal causa de morte por doença entre crianças e adolescentes em muitos países, incluindo o Brasil. Estima-se a ocorrência, no mundo, de aproximadamente 400 mil novos casos de câncer infantojuvenil por ano. Nos países de renda alta, a taxa de cura é superior a 80%, enquanto em muitos países de renda média e baixa essa taxa é inferior a 30%, devido a fatores como falta de diagnóstico oportuno e preciso, dificuldades de acesso ao tratamento e aos cuidados de suporte, abandono do tratamento e recidivas mais frequentes.

Segundo a Estimativa de Câncer do Ministério da Saúde, o número de casos novos de câncer infantojuvenil estimado para o Brasil, para cada ano do triênio de 2023 a 2025, é de 7.930 casos, o que corresponde a um risco estimado de 134,81 por milhão de crianças e adolescentes.

Diante deste cenário, este Ministério retomou a iniciativa do "Cure All" e tem trabalhado com a temática, com a colaboração de sociedades civis e de especialistas com o objetivo de estruturar um Plano de Ação. Para isso, ocorreu no mês de junho de 2024 um seminário e uma oficina onde foram realizadas discussões que abordaram o panorama atual do câncer infantojuvenil no Brasil, os desafios enfrentados e as metas futuras para melhorar o tratamento e a política de saúde pública no País para o enfrentamento desse tipo de câncer. No mês de novembro, foi realizada a segunda oficina de trabalho com o intuito de estruturar os eixos de ação para o enfrentamento do câncer infantojuvenil.

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 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.

Inicialmente, o projeto previa a implantação de 92 soluções de radioterapia até o ano de 2024, 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. No entanto, considerando a demora na finalização dos procedimentos licitatórios, em conjunto com o cronograma de execução das obras (atrasos no processo de importação e atrasos na execução das obras), não foi possível cumprir a previsão inicial de entrega das 92 soluções em 2024, concluindo no total 66 soluções. Diante disso, essas entregas foram reprogramadas no Novo PAC e no PPA (2024-2027).

O contrato celebrado 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\$ 350 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.

Até 2024, 66 soluções foram concluídas – representando 71,74% da meta prevista para 2024 (92) – sendo que 61 estão com licença de operação e outras 5 aguardam tramitação documental entre os serviços e a Cnen para obtenção da licença de operação. Registra-se 24 soluções de radioterapia estão com obras em execução. Com relação aos equipamentos – termo aditivo, entrega de 20 equipamentos, 18 já foram instalados e dois estão em processo de implementação (equipamento).



Fonte: CGCAN/Saes/MS Dados extraído em 26/12/2024.



Tabela 51 – Soluções de radioterapia concluídas – 2018 a 2024

Região	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Região Centro-Oeste	1	1	4	4	4	4	4
Região Nordeste	4	5	9	11	15	15	16
Região Norte	2	2	3	3	3	3	3
Região Sudeste	4	5	11	16	19	20	24
Região Sul	3	3	10	15	17	18	19
BRASIL	14	16	37	49	58	60	66

Fonte: CGCAN/Saes/MS Dados extraído em 26/12/2024.

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 Cnen para obtenção da licença de operação.

Em 2024, 16 obras civis atingiram 100% de execução e para 2025, está prevista a conclusão de outras nove obras.

Quadro 14 – Obras civis concluídas do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS – 2024

UF	Município	Serviço de Saúde	% Execução	Início da Obra	Conclusão Obra
SP	Bauru	Hospital Estadual de Bauru	100%	19/8/2022	8/8/2024
CE	Fortaleza	Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza	100%	29/8/2022	24/10/2024
SP	Itapeva	Santa Casa de Misericórdia de Itapeva	100%	15/8/2022	11/10/2024
SP	Marília	Santa Casa de Misericórdia de Marília	100%	29/8/2022	30/6/2024
SP	Marília	Faculdade de Medicina de Marília	100%	12/7/2022	22/10/2024
PI	Parnaíba	Hospital e Maternidade Marques Bastos	100%	5/9/2022	24/10/2024
PI	Teresina	Hospital Universitário Federal do Piauí	100%	3/1/2023	24/10/2024
GO	Anápolis	Santa Casa de Anápolis	100%	1º/6/2022	18/12/2024
ES	Colatina	Hospital Maternidade São José	100%	12/9/2022	18/12/2024
SP	Guaratinguetá	Santa Casa de Guaratinguetá	100%	31/10/2022	18/12/2024
SP	Presidente Prudente	Hospital Reg. de Presidente Prudente	100%	14/8/2023	18/12/2024
MA	São Luís	Hospital Geral Tarquinio Lopes Filho	100%	6/2/2023	20/12/2024
MG	Itabira	Hospital Nossa Senhora das Dores	100%	20/10/2022	20/12/2024
ES	Linhares	Hospital Rio Doce	100%	17/8/2022	20/12/2024
AP	Macapá	Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima	100%	5/4/2023	27/12/2024
MT	Sinop	Hospital Santo Antônio de Sinop	100%	28/8/2023	27/12/2024

Fonte: CGCAN/Saes/MS Dados extraído em 26/12/2024.

Quadro 15 – Obras civis em execução do Plano de Expansão da Radioterapia no SUS – 2024

UF	Município	Serviço de Saúde	% Execução	Início da Obra	Previsão Conclusão Obra
RJ	Teresópolis	Hospital São José	98%	22/8/2022	31/1/2025
PR	Arapongas	Hospital Regional João de Freitas	95%	19/12/2022	31/1/2025
RJ	Rio Bonito	Hospital Regional Darcy Vargas	95%	2/1/2023	28/1/2025
PE	Petrolina	Hospital Dom Thomás	94%	5/12/2022	24/1/2025
BA	Vitória da Conquista	Hospital Geral de Vitória da Conquista	93%	18/9/2023	15/2/2025
PR	Campina Grande do Sul	Hospital Angelina Caron	92%	8/5/2023	28/2/2025
SP	Pariquera – Açu	Hospital Regional do Vale da Ribeira	91%	15/8/2022	17/2/2025
RR	Boa Vista	Hospital Geral de Roraima	62%	17/6/2024	31/3/2025
MS	Campo Grande	Hospital Reg. de Mato Grosso do Sul	55%	21/8/2023	31/12/2025

Fonte: CGCAN/Saes/MS Dados extraído em 26/12/2024.

Os atrasos enfrentados no projeto foram resultado de uma série de fatores complexos. Primeiramente, a execução da parte civil das obras públicas envolve um processo complexo que requer um planejamento minucioso por parte das empresas contratadas. Esta etapa pode ser afetada por divergências nos projetos originais, demandando a celebração de aditivos contratuais, o que inevitavelmente gera impacto no cronograma de execução.

Além disso, fatores externos como adversidades climáticas também desempenharam papel significativo nos atrasos. No entanto, é importante destacar que um dos principais obstáculos que

contribuíram para os impactos negativos no programa foi a complexidade e a dificuldade nos processos de importação dos equipamentos necessários, especialmente os aceleradores lineares. Esses processos de importação envolvem uma série de trâmites burocráticos e legais que podem ser demorados e sujeitos a interpretações e exigências específicas, o que afetou diretamente o cumprimento dos prazos estabelecidos.

Apesar das dificuldades descritas, foram importados 14 Aceleradores Lineares, todos com previsão de conclusão da instalação e comissionamento em 2025.

Quadro 16 – Equipamentos importados do Plano de Expansão da Radioterapia – 2024

UF	Município	Serviço de Saúde
RJ	Barreiras	Hospital Geral do Oeste
RR	Boa Vista	Hospital Geral de Roraima
PR	Campina Grande do Sul	Hospital Angelina Caron
MS	Campo Grande	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul
ES	Colatina	Hospital Maternidade São José
ES	Linhares	Hospital Rio Doce
AP	Macapá	Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima
SP	Pariquera – Açu	Hospital Regional do Vale da Ribeira
PE	Petrolina	Hospital Dom Thomás
SP	Presidente Prudente	Hospital Regional de Presidente Prudente
RJ	Rio de Janeiro	Hospital U Clementino Fraga Filho
MT	Sinop	Hospital Santo Antônio de Sinop
PI	Teresina	Hospital Universitário da U Federal do Piauí
BA	Vitória da Conquista	Hospital Geral de Vitória da Conquista

Fonte: CGCAN/Saes/MS Dados extraído em 26/12/2024.

O Novo PAC prevê, ainda, a elaboração do 2º Plano de Expansão da Radioterapia no SUS (PERSUS-II), para tal, o Ministério da Saúde e a Casa Civil estão programando para o biênio 2025-2026 a substituição de 56 equipamentos de radioterapia obsoletos em vários hospitais, em todo o território nacional.

Acordo de Compensação Tecnológica – ACT

O PER-SUS envolve também a compensação tecnológica. Nesse 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 quatro 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 cinco 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 cinco Instituições Científicas e Tecnológicas (ICT) participando do programa.
- PIC IV – treinamento e capacitação – criação de uma rede de capacitação e envolvimento de pelo menos cinco ICT ou instituições de ensino.

Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon)

O Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) foi concebido para incentivar a realização de projetos de atenção oncológica, sendo instituído pela Lei n.º 12.715/2012, regulamentado pelo Decreto n.º 7.988/2013, tendo a vigência prorrogada até 2026 pela Lei n.º 14.564/2023.

Os projetos são desenvolvidos por instituições de direito privado, associações ou fundações, sem fins lucrativos que atuam na prevenção e no combate ao câncer, tendo como objetivo fortalecer as políticas de saúde voltadas à pessoa diagnosticada com câncer, por meio da ampliação da oferta de serviços e da prestação de serviços médico-assistenciais; do apoio à formação, ao treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos em todos os níveis de atenção; bem como da realização de pesquisas clínicas, epidemiológicas, experimentais e socioantropológicas.

Somente no ciclo de 2024, foram aprovados 75 projetos relacionados ao campo da prestação de serviço médico-assistencial, conforme a Portaria SE/MS n.º 722, de 20 de dezembro de 2024.

Ensino, Pesquisa, Tecnologia e Inovação

Foi publicado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do câncer de mama, por meio da Portaria Conjunta Saes/Sectics n.º 17, de 25 de novembro de 2024. Esta iniciativa visa à alteração de modelo de Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT) para PCDT, o que promove a padronização das alternativas de diagnóstico, tratamento e acompanhamento, e garante a orientação dos profissionais do SUS. As novas normas estão baseadas em evidências científicas e consideram critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas. Os protocolos para as demais neoplasias estão em processo interno de elaboração.

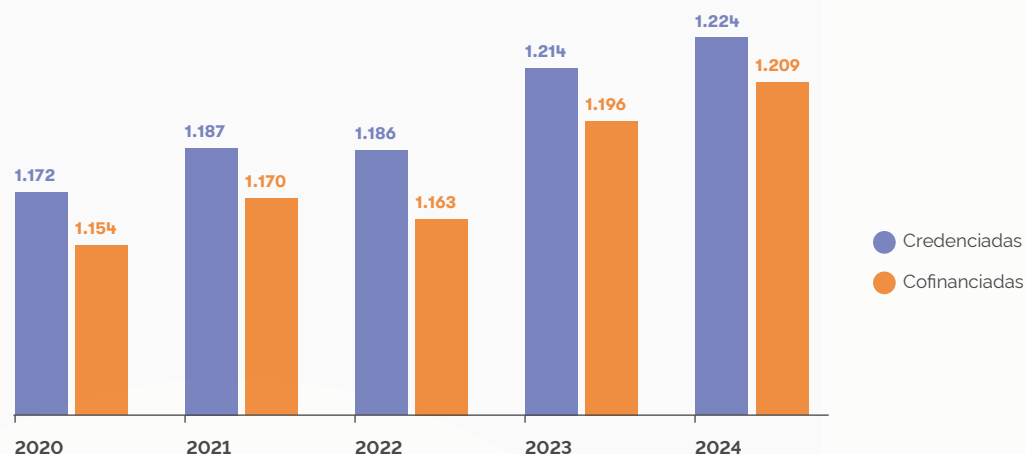
Também foi publicada a Portaria GM/MS n.º 5.776, de 05 de dezembro de 2024, que incluiu, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, os procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos pela técnica de videolaparoscopia, para serem disponibilizados nos hospitais habilitados na alta complexidade em oncologia no SUS em todo País. Tais procedimentos são considerados importantes avanços na modernização dos tratamentos oncológicos, trazendo benefícios em relação às cirurgias convencionais e impactando positivamente a gestão do SUS.

2.2.14 Atenção em Saúde Bucal

Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Serviço de Especialidade em Saúde Bucal (Sesb) e Laboratório Regional de Próteses Dentárias (LRPD)

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), além de prever a reorganização e o aprimoramento da Atenção Primária à Saúde, também estabelece diretrizes e estratégias para a organização da atenção ambulatorial especializada em saúde bucal a partir dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ou dos Serviços de Especialidades em Saúde Bucal (Sesb). Os CEO oferecem serviços especializados em saúde bucal, atendendo às principais especialidades necessárias para a integralidade do cuidado em saúde bucal, que incluem diagnóstico bucal, com foco na detecção do câncer de boca; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a pessoas com necessidades especiais. O tratamento fornecido nos CEO representa uma extensão do trabalho realizado pelas equipes de Saúde Bucal (eSB) na Atenção Primária.

Gráfico 42 – Centros de Especialidades Odontológicas credenciados e cofinanciados – 2020 a 2024



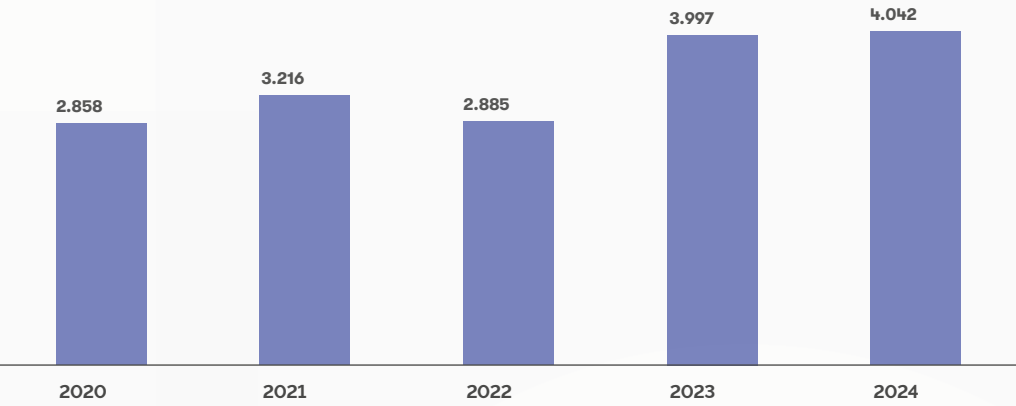
Fonte: e-Gestor AB. Elaboração CGSB/Desco/Saps/MS.

Em 2024, entre os 1.209 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) cofinanciados pelo MS, 654 estão integrados à Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD) e recebem um custeio adicional mensal destinado a proporcionar atendimento odontológico a pessoas com necessidades especiais.

Frente à crescente demanda pelo serviço reabilitador protético e no contexto da busca pela assistência integral em saúde bucal,

destaca-se o papel do Laboratório Regional de Próteses Dentárias (LRPD). Este estabelecimento visa atender parte dessa necessidade ao oferecer serviços como prótese dentária total, prótese dentária parcial removível e/ou prótese coronária/intrarradiculares e fixas/adesivas. Por meio desse serviço, os profissionais encarregados da assistência na Atenção Primária à Saúde e nos CEO podem contar com o apoio laboratorial essencial para a reabilitação em saúde bucal.

Gráfico 43 – Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias cofinanciadas – 2020 a 2024



Fonte: e-Gestor AB. (Desco/Saps/MS).

Tabela 52 – Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) credenciados, CEO aderidos à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) – 2024

UF	CEO	CEO	LRPD
	Credenciados	Credenciados e Aderidos à RCPD	Cofinanciados
AC	2	1	6
AL	25	12	91
AM	13	3	41
AP	4	1	8
BA	83	40	346
CE	82	62	145
DF	14	10	1
ES	10	3	43
GO	43	28	216
MA	32	6	182
MG	112	92	614
MS	19	12	51
MT	15	10	79
PA	40	16	95
PB	111	65	208
PE	82	34	163
PI	35	30	215
PR	52	30	180
RJ	87	52	61
RN	39	21	153
RO	8	5	11
RR	2	0	5
RS	38	13	253
SC	49	32	226
SE	13	9	68
SP	207	94	453
TO	7	3	128
BRASIL	1.224	684	4042

Fonte: SCNES. (Desco/Saps/MS).

No ano de 2023, foi efetuada a inclusão do Serviço de Especialidades em Saúde Bucal (Sesb) por intermédio da Portaria GM/MS n.º 751, de 15 de junho de 2023. Essa medida proporcionou aos municípios com até 20 mil habitantes, que não contam com Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) habilitados pelo Ministério da Saúde, a oportunidade de dispor de Atenção Especializada em Saúde Bucal. Até 2024, 61 municípios tinham Sesb cofinanciados.

2.2.15 Regulação Assistencial e Controle do SUS

A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (PNR-SUS), instituída pela Portaria GM/MS n.º 1.559, de 1º de agosto de 2008, e consolidada na Portaria GM/MS n.º 2, de 28 de setembro de 2017, tem como objetivo garantir as responsabilidades sanitárias pelas esferas de governo. Ela está organizada em três dimensões integradas: Regulação dos Sistemas de Saúde, da Atenção à Saúde e Assistencial.

As ações da PNR-SUS abrangem monitoramento, controle, avaliação, auditoria, programação, contratação e vigilância em saúde, visando à organização do acesso da população aos serviços de saúde. No que se refere ao custeio das Centrais de Regulação, a Portaria GM/MS n.º 6, de 28 de setembro de 2017, estabeleceu regras para o recebimento de recursos federais, mediante proposta de estados e de municípios.

Ao todo, 62 Centrais de Regulação foram habilitadas para receber custeio. Atualmente, 39 continuam habilitadas para o incentivo financeiro, 21 foram desabilitadas por descumprimento e 2 estão com habilitação suspensa. Outras 11 centrais estão em processo de análise para adesão ao custeio.

Expansão e Manutenção dos Serviços

Sistema Nacional de Regulação (Sisreg) e o e-SUS Regulação

O Sistema Nacional de Regulação (Sisreg) é utilizado no Brasil para organizar o fluxo de regulação em saúde, cobrindo procedimentos ambulatoriais e hospitalares. O Ministério da Saúde coordena a gestão e a implementação do Sisreg, colaborando com as Centrais de Regulação para otimizar informações e melhorar a regulação.

Em resposta às limitações do Sisreg, o Ministério da Saúde lançou, em setembro de 2024, o e-SUS Regulação, um software gratuito que visa otimizar a regulação assistencial nos estados, nos municípios e nos estabelecimentos de saúde. A ferramenta facilita o gerenciamento de recursos, organização de escalas e priorização de agendamentos, promovendo integração entre os níveis de atenção e garantindo um atendimento mais eficiente.

O e-SUS Regulação oferece avanços importantes, como:

- Autorização de procedimentos sem agendamento, agilizando processos.
- Lista fixa de procedimentos com códigos únicos, garantindo uniformidade.
- Acesso seguro via autenticação no gov.br, aumentando a confiabilidade.

Desde o lançamento, 386 centrais utilizam o ambiente de treinamento, e 202 solicitaram acesso ao ambiente de produção, mas apenas 4 estão utilizando a ferramenta integralmente.

Quanto aos dados do Sisreg, em 2024, foram registradas 61.251.693 solicitações ambulatoriais. Embora o número de centrais tenha permanecido relativamente estável, devido à limitação no cadastro de novas centrais no Sisreg, o número de solicitações evidencia a crescente demanda por serviços regulados no SUS. Esse cenário destaca a importância da transição para o e-SUS Regulação, que proporcionará um gerenciamento mais eficiente e alinhado às necessidades atuais.

Tabela 53 – Solicitações de atendimento ambulatorial no Sisreg – 2024

REGIÕES	AMBULATORIAL	HOSPITALAR	TOTAL
Norte	9.437.423	383.581	9.821.004
Nordeste	19.051.615	384.276	19.435.891
Centro-oeste	8.947.033	519.939	9.466.972
Sudeste	13.071.658	165.322	13.236.980
Sul	10.743.964	834.581	11.578.545
TOTAL	61.251.693	2.287.699	63.539.392

Fonte: Cgra/Drac/Saes/MS. Dados extraídos do BI-Sisreg em 20 de dezembro de 2024.

Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC)

O Ministério da Saúde é responsável por coordenar e operacionalizar a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), conforme estabelecido na Portaria de Consolidação n.º 2/2017, Anexo 1, do Anexo XXVI. A CNRAC tem como objetivo intermediar a referência interestadual de usuários que necessitam de assistência de alta complexidade, levando em consideração o caráter eletivo do atendimento e os procedimentos definidos com o atributo CNRAC.

As demandas de atendimento são inseridas pelos estados solicitantes por meio da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (Cerac) em um Sistema de Informação denominado

SISCNRAC. Essas demandas são analisadas pelo Hospital Consultor e, em seguida, direcionadas pela CNRAC a uma Cerac executante, que, junto aos serviços de referência do estado, avalia a viabilidade do atendimento. A atuação da CNRAC ocorre dentro das disponibilidades de cada Unidade Executante, com a aprovação da respectiva Cerac, responsável por planejar e organizar o fluxo assistencial e o agendamento dos usuários encaminhados pela CNRAC.

A gestão dos serviços de saúde é de competência estadual ou municipal, sendo responsabilidade desses entes federados efetivar a regulação do acesso, utilizando protocolos clínicos, ordenando fluxos e gerenciando as filas de espera. Em 2024, os atendimentos foram intermediados nas seguintes especialidades:

Tabela 54 – Atendimentos realizados com intermediação da CNRAC – 2024

ESPECIALIDADE	N.º DE ATENDIMENTOS						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Cardiologia	766	919	280	361	326	389	264
Gastroenterologia	1	4	1				
Neurologia/ Neurocirurgia	371	429	143	157	216	201	186
Oncologia	50	49	62	98	38	13	31
Traumato-Ortopedia	83	69	20	13	90	97	35
TOTAL	1271	1.470	506	629	670	700	516

Fonte: Saes/MS. Dados extraídos do SISCNRAC em 9/12/2024.

Nota: houve alteração nos quantitativos dos anos, tendo em vista que o SISCNRAC permite alterações dos status dos laudos sem previsão de prazo, dessa forma, pode haver pequenas variações de acréscimo ou decréscimo a depender da atualização dos laudos pelos prestadores.

Em relação aos dados da CNRAC, cabe informar que são captados diretamente do SISCNRAC que aceita alterações dos próprios prestadores. Assim, laudos, mesmo de anos anteriores, podem ter seu status alterado e, portanto, entrarem ou saírem da contabilização de casos atendidos conforme o fechamento. Destaca-se que, os dados das cardiologias adulta e pediátrica foram somados (ainda que no sistema sejam duas especialidades), uma vez que a variação do quantitativo de laudos nessas especialidades pode ter ocorrido devido à alteração de idade dos usuários (considera-se a cardiologia pediátrica usuários com até 17 anos).

Contratação de Serviços de Saúde

O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Regulação Assistencial (Drac), publicou a Portaria n.º 2.567, de 25 de novembro de 2016, a qual, atualmente, integra o Capítulo I do Título VI da Portaria de Consolidação n.º 1, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada e o credenciamento de prestadores de serviços no SUS e, posteriormente, editou o *Manual de Orientações para a Contratação de Serviços de Saúde*, com a finalidade de subsidiar gestores e prestadores de serviços da iniciativa privada na celebração do instrumento contratual, com vistas à complementação da rede de serviços de saúde do SUS, conforme estabelecido nos artigos da Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.



Cabe destacar que a Política Nacional de Regulação do SUS define, entre outros instrumentos de gestão, a contratação de prestadores de serviços de saúde como competência comum dos entes federativos. A contratação de serviços de saúde das instituições privadas, de forma complementar, e a sua relação com o gestor, deve ser estabelecida por vínculos formais, permitindo suprir a insuficiência dos serviços no setor público, assegurada a preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos, conforme dispõe o art. 199, §1º da C.F, observadas as exigências gerais aplicáveis.

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.

É importante destacar que o Ministério da Saúde está aperfeiçoando o *Manual de Orientação para Contratação dos Serviços de Saúde do SUS*, com base nos dispositivos legais vigentes, assim como no que dispõe a Lei n.º 14.133, de 1º de abril de 2021, que trata de Licitação e Contratos Administrativos. Essa atividade está fundamentada nas informações dos sistemas de informação do Ministério da Saúde, na avaliação da gestão dos sistemas estaduais

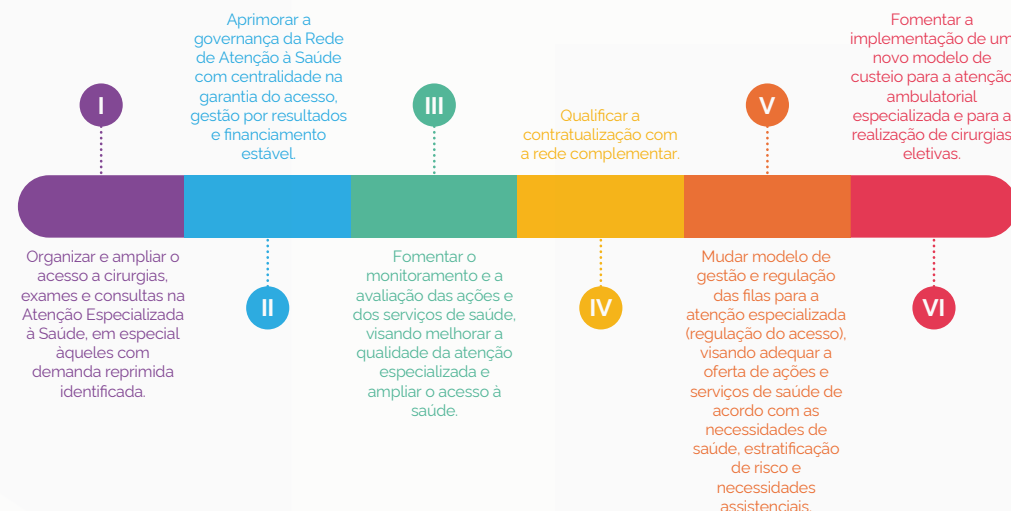
e municipais de saúde, objetivando editar um produto que contemple todas as modalidades contratuais, utilizadas no âmbito do SUS, quais sejam: Contrato Administrativo, Convênio, Contrato de Gestão (OSS), Termo de Parceria (Oscip) e Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP).

Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas (PNRF)

O Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas (PNRF), instituído por meio da Portaria GM/MS n.º 90, de 3 de fevereiro de 2023¹, tem como finalidade ampliar a realização de cirurgias eletivas em todo o País, bem como reduzir a fila de exames e consultas especializadas.

Durante o período da vigência do normativo que instituiu o Programa, realizou o repasse dos recursos, conforme previsto, tendo como pressuposto: a adesão dos gestores ao Programa; a elaboração dos Planos Estaduais de Redução das Filas; a pactuação nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Colegiado de Gestão do DF; e a elaboração de resolução da CIB aprovando o Plano Estadual e estabelecendo a distribuição dos recursos.

O PROGRAMA APRESENTA OS SEGUINTE OBJETIVOS:



Ressalta-se que cada estado solicitante se responsabilizou por elaborar o plano e a submetê-lo ao Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (Saips), conforme roteiro e diretrizes disponibilizadas pelo Departamento de Regulação Assistencial (Drac/Saes/MS), em página do Ministério da Saúde.

Foi facultado aos gestores eleger as prioridades de cirurgias para plano estadual a partir dos procedimentos relacionados no âmbito da Portaria Saes/MS n.º 237 GM/MS, de 8 de março de 2023.

É importante sublinhar que o monitoramento da execução do Programa ocorre por meio do registro da produção das cirurgias eletivas nas Base de Dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA-SIH/SUS). Os indicadores de monitoramento do Programa foram pactuados no Grupo de Trabalho Tripartite de Atenção Especializada, da Comissão Integestores Tripartite (CIT) e a execução dos resultados é monitorada mensalmente. Os indicadores do PNRF são:

- Número de cirurgias realizadas pelo PNRF.
- Percentual de execução física em relação ao planejado.
- Percentual de execução financeira do recurso federal disponibilizado.
- Taxa de expansão de cirurgias eletivas.

Para o 2º Ciclo do PNRF (2024), regulamentado pela Portaria GM/MS n.º 2.336, de 12 de dezembro de 2023, o Ministério da Saúde ampliou o recurso previsto para R\$ 1,2 bilhão, porém manteve a lógica per capita de distribuição e o envio dos Planos Estaduais de Redução das Filas (Perf) como critério de adesão.

Durante o período de janeiro a novembro de 2024, em comparação com o mesmo período do ano de 2023, o País apresentou uma taxa de expansão de cirurgias eletivas de 1,22, o que demonstra aumento de 21,51% da produção de procedimentos cirúrgicos realizados no Brasil, para o rol de procedimentos definidos pela Portaria GM/MS n.º 237/2023.

Em 2023, 4.107.064 cirurgias foram realizadas, já em 2024 o quantitativo de cirurgias realizadas foi de 4.990.573. Todas as regiões brasileiras apresentaram uma taxa de expansão maior que 1, constatando aumento na quantidade de cirurgias eletivas realizadas em todas as regiões do País. A Região Centro-Oeste apresentou uma taxa de expansão de 1,15, a Região Nordeste de 1,21, a Região Sudeste de 1,21, a Região Sul de 1,28 e a Região Norte de 1,12.

Sendo assim, o percentual de redução das filas de espera de cirurgias eletivas na Atenção Especializada, em 2024, é de 91,47% (janeiro a novembro de 2024), considerando as filas declaradas pelos gestores nos planos estaduais composta por 1.367.132 solicitações pendentes.

É oportuno frisar que os dados mensais de cirurgias eletivas podem sofrer alteração em até seis meses após o registro nos sistemas SIA e SIH, dadas as possibilidades de reproprocessamento dos dados.

O Programa será continuado no ano de 2025, contudo, devido à edição da Portaria GM/MS n.º 3.492, de 8 de abril de 2024, que instituiu o Programa Mais Acesso a Especialistas (Pmae), o PNRF irá focar nas cirurgias eletivas e passa a ser denominado: Pmae – Componente cirurgias com vistas a maior integração entre as ações em âmbito ambulatorial e hospitalar, conforme disposto na Portaria GM/MS n.º 5.820, de 4 de dezembro de 2024.

Sistemas de Informação

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 da informação assistencial no Brasil, que possui dados de caráter clínico-administrativo da atenção à saúde.

Foi instituído pelo Decreto de 29 de novembro de 2017 (alterado pelo Decreto n.º 9.775, de 30 de abril de 2019) e pela Resolução CIT n.º 6, de 25 de agosto de 2016, e sua unidade de registro é o contato assistencial, definido como o atendimento ininterrupto dispensado a um indivíduo em uma mesma modalidade assistencial e em um mesmo estabelecimento de saúde.

O CMD, entre seus objetivos específicos, visa substituir os principais sistemas de informação da atenção à saúde do País, no âmbito do SUS: 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, abrangendo pessoas físicas e jurídicas que realizam atenção à saúde nas esferas pública ou privada, integrantes ou não do SUS.

O CMD foi concebido visando atender às seguintes finalidades: subsidiar as atividades de gestão, planejamento, programação, monitoramento, avaliação e controle do sistema de saúde, da Rede de Atenção à Saúde e dos serviços de saúde; auxiliar na formulação, no monitoramento e na avaliação das políticas de saúde; compor as estatísticas nacionais de saúde, permitindo conhecer o perfil demográfico, de morbidade e mortalidade da população brasileira atendida nos serviços de saúde; conhecer as atividades assistenciais desenvolvidas por todos os estabelecimentos de saúde no País; fomentar a utilização de novas métricas para a análise de desempenho, alocação de recursos e financiamento da saúde; possibilitar a realização dos processos administrativos necessários às três esferas de gestão do SUS, incluindo o faturamento dos serviços prestados à população; e disponibilizar informações assistenciais em nível nacional comparáveis com as informações internacionais em saúde.

A definição da arquitetura do Sistema CMD foi finalizada e, no que se refere à integração com a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), o processo está em andamento e requer finalização para que seja possível validar e homologar o funcionamento do fluxo básico de um contato assistencial no CMD, a saber: (i) coleta; (ii) transmissão; (iii) enriquecimento; (iv) processamento (regras de validação assistenciais e de faturamento); (v) visualização na plataforma de gestão; (vi) funcionalidades de gestão; e (vii) disseminação.

O processo de refatoração do CMD-Coleta permanece em desenvolvimento, com a realização de reuniões semanais de ponto de controle. A partir da disponibilização das versões, são realizados testes para homologação do sistema.

No que se refere ao CMD-Gestão, o desenvolvimento da refatoração resta pendente, com necessidade de desenvolvimento das regras iniciais de gestão e das funcionalidades da ferramenta. Já o processo de enriquecimento dos contatos assistenciais na RNDS foi finalizado pela equipe de desenvolvimento. Destaca-se que o enriquecimento é, em suma, o tratamento dos dados enviados para que sejam atribuídas

descrições aos códigos e para que sejam recuperadas informações adicionais a partir das enviadas.

O processamento ferramenta em que serão aplicadas as regras de caracterização (etapa 1), as regras assistenciais (etapa 2) e as regras de faturamento (etapa 3) será desenvolvido dentro do CMD-Gestão. Para tanto, foi instituído subgrupo de trabalho no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite, para definições e pactuações sobre estratégias de implantação e regramentos do sistema.



2.2.16 Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social em Saúde

A certificação das entidades benéficas é o processo pelo qual o governo federal reconhece as instituições privadas sem fins lucrativos que prestam serviços nas áreas de assistência social, de saúde e de educação, conforme Lei Complementar n.º 187/2021 e Decreto n.º 11.791, de 21 de novembro de 2023.

As entidades benéficas são um importante segmento na oferta de ações e serviços de saúde ao integrarem a rede complementar do SUS. São 9.686 estabelecimentos de saúde filantrópicos, sendo que 3.403 apresentaram produção do SUS em 2024.

Em 2024, a rede filantrópica englobou um universo de 1.622 hospitais prestadores de serviços ao SUS e responde por 133.151 leitos. Além disso, a rede filantrópica realiza 41,38%

das internações e 8,16% em atendimentos ambulatoriais para a rede pública de saúde. Este total equivale a 49,54% do total de atendimentos do SUS. Cabe destacar que, em aproximadamente 900 municípios, a assistência hospitalar é realizada unicamente pelos hospitais benéficos.

A análise mais detalhada da prestação de serviços ao SUS revela que o setor filantrópico executa em torno de 58,79% das internações

de Alta Complexidade no SUS no ano de 2024 (produção até outubro de 2024).

Seguem os resultados alcançados na análise dos processos de certificação no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2024.

Tabela 55 – Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social em Saúde (Cebas) – 2019 a 2024

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
Quantidade total de CNPJ Matriz com Cebas 2019:1.546 Cebas 2020:1.557 Cebas 2021:1.574 Cebas 2022:1.579 Cebas 2023:1.625 Cebas 2024:1.617	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			
	2023	Quantidade de CNPJ Matriz com Cnes:	1.625	1.479	963	2.442
		Quantidade de CNPJ Matriz sem Cnes	16			
	2024	Quantidade de CNPJ Matriz com Cnes:	1.617	1.495	972	2.467
		Quantidade de CNPJ Matriz sem Cnes	16			

Fonte: Siscebas/Dcebas/Saes/MS - Atualizado em 27/12/2024.
*Hospitais: Hospital Geral / Hospital Especializado / Pronto-Socorro Geral e Especializado com Leito / Unidade Mista com Leito e 06-Turno de Atendimento Contínuo de 24 horas/Dia

Tabela 56 – Quantidade de Cebas, por região – 2019 a 2024

REGIÃO	QUANTIDADE – CEBAS					
	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Norte	19	19	19	18	21	22
Nordeste	184	182	183	190	199	201
Centro-Oeste	83	85	91	88	88	85
Sudeste	790	792	791	788	809	806
Sul	470	479	490	495	524	503
TOTAL:	1.546	1.557	1.574	1.579	1.641	1.617

Fonte: Siscebas/Dcebas/Saes/MS - Atualizado em 27/12/2024.

Tabela 57 – Atuação por setor filantrópico – 2019 a 2024

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Alta complexidade no SUS realizadas por hospitais filantrópicos	61,64%	62,76%	61,67%	60,88%	60,42%	58,79%
Percentual nas especialidades de alta complexidade pelos hospitais filantrópicos	2019	2020	2021	2022	2023	Out./2024
Internações de cardiologia	62,70%	64,43%	64,24%	61,84%	58,00%	58,92%
Internações para transplantes	61,8%	65,58%	64,15%	64,55%	63,29%	60,40%
Dos procedimentos de quimioterapia realizados em regime de internação	68,50%	68,31%	63,13%	63,94%	67,75%	61,02%
Das internações para cirurgia oncológica	67,90%	69,08%	67,90%	67,77%	67,26%	65,88%

Fonte: Cnes: Competência outubro/2024.
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.-out./2024. (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qjuf.def>) – Data: 23/12/2024.

2.2.17 Hospitais Federais

Ao Departamento de Gestão Hospitalar no estado do Rio de Janeiro (DGH/RJ), subordinado à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, compete coordenar a gestão dos hospitais federais do Ministério localizados no estado do Rio de Janeiro e a sua articulação com os demais serviços em saúde locais e regionais de saúde em âmbito nacional.

Rede de Hospitais Federais no Rio de Janeiro

A rede de Hospitais Federais no Rio de Janeiro (HFRJ) é composta por seis unidades que atuam no âmbito da atenção especializada do Sistema Único de Saúde (SUS).

- > Hospital Federal do Andaraí (HFA)
- > Hospital Federal de Bonsucesso (HFB)
- > Hospital Federal Cardoso Fontes (HFCF)
- > Hospital Federal de Ipanema (HFI)
- > Hospital Federal da Lagoa (HFL)
- > Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE)

Dados de Estrutura Física dos Hospitais Federais no Rio de Janeiro

> 1.777 Leitos, sendo

- > HFA – 432 leitos
- > HFB – 412 leitos
- > HFCF – 182 leitos
- > HFI – 133 leitos
- > HFL – 248 leitos
- > HFSE – 370 leitos

> 85 Salas Cirúrgicas, sendo

- > 73 cirurgias de alta complexidade
- > 9 salas ambulatoriais
- > 3 salas oftalmológicas

Dados de Produção dos Hospitais Federais no Rio de Janeiro

Tabela 58 – Produção – 2024

DADOS DE PRODUÇÃO	Quantidade
Total de internações	32.669
Internações em oncologia	7.057
Acompanhamento de Gestação/Parto de Alto Risco	1.713
Internações de queimados	111
Cirurgias de Traumatologia e Ortopedia	1.315
Cirurgias de Catarata	708
Cirurgias para o tratamento da obesidade mórbida	61
Cirurgia cardiovascular	182
Transplantes	414

Fonte: internações hospitalares: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Dados de Procedimentos dos Hospitais Federais no Rio de Janeiro

Tabela 59 – Procedimentos – 2024

PROCEDIMENTOS – HFRJ	Quantidade
Coleta de material	24.472
Diagnóstico em laboratório clínico	3.498.523
Métodos diagnósticos em especialidades	125.122
Diagnóstico por radiologia	36.886
Diagnóstico por tomografia	33.538
Diagnóstico por ultrassonografia	30.087
Diagnóstico por endoscopia	18.201
Diagnóstico/procedimentos especiais em hemoterapia	4.723
Diagnóstico em vigilância epidemiológica e ambiental	5.429
Diagnóstico por anatomia patológica e citopatológicas	7.545
Diagnóstico por testes rápidos	3.063
Diagnóstico por medicina nuclear in vivo	103
Diagnóstico por radiologia intervencionista	375

Fonte: tabnet.rio.rj.gov.br, dados extraídos em 24/2/2025, referência, jan.–dez. 2024. Dados sujeitos a alterações devido à atualização constante na base de dados.



Dados de Habilitações dos Hospitais Federais no Rio de Janeiro

Tabela 60 – Habilitações – 2024

CÓDIGOS	HABILITAÇÕES	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
203	ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE AO INDIVÍDUO COM OBESIDADE						x
1504	ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DRC COM HEMODIÁLISE		x				x
1505	ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DRC COM DIÁLISE PERITONEAL		x				x
2101	CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS – MÉDIA COMPLEXIDADE	x					
2102	CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS – ALTA COMPLEXIDADE	x					
804	CIRURGIA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA		x				
805	CIRURGIA VASCULAR		x			x	x
803	CIRURGIA CARDIOVASCULAR E PROCEDIMENTOS EM CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA		x			x	x
1203	HOSPITAL-DIA – AIDS					x	x
1714	HOSPITAL GERAL COM CIRURGIA ONCOLÓGICA				x		
2703	HOSPITAL TIPO III EM URGENCIA	x					
1102	LABORATÓRIO ESPECIALIZADO EM CONTAGEM DE LINFÓCITOS T CD4+/CD8+ e HIV-1 QUANTIFICAÇÃO do RNA						x
1105	LABORATÓRIO ESPECIALIZADO EM CONTAGEM DE LINFÓCITOS T CD4+/CD8+						x
1106	LABORATÓRIO ESPECIALIZADO EM QUANTIFICAÇÃO do RNA do HIV-1						x
1202	PROCEDIMENTOS CIRURGICOS, DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS – HOSPITAL-DIA					x	
1723	RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA PÓS-MASTECTOMIA TOTAL	x	x			x	x
2420	RETIRADA DE ÓRGÃOS E TECIDOS		x		x		x
1101	SERVIÇO HOSPITALAR PARA TRATAMENTO AIDS			x	x	x	x
1103	TRATAMENTO DA LIPOATROFIA FACIAL DO PORTADOR DE HIV/AIDS		x				
2407	TRANSPLANTE DE CÓRNEA/ESCLERA		x		x		x

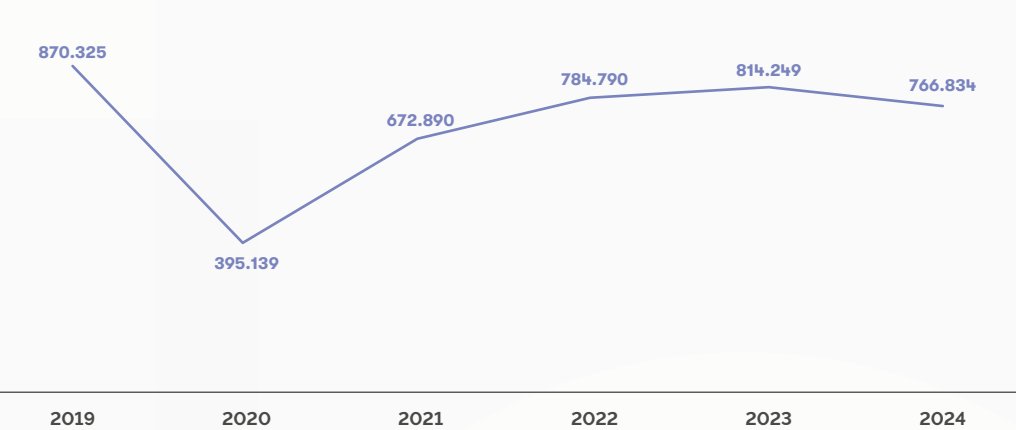
continua

conclusão

CÓDIGOS	HABILITAÇÕES	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
506	TRATAMENTO DO GLAUCOMA COM MEDICAMENTOS NO ÂMBITO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO OFTALMO		x			x	x
2408	TRANSPLANTE DE RIM		x				
1706	UNACON	x		x			
1709	UNACON COM SERVIÇO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA					x	x
1708	UNACON COM SERVIÇO DE HEMATOLOGIA		x				x
1707	UNACON COM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA						x
2501	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA	x	x		x	x	x
1601	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROLOGIA/NEUROCIRURGIA	x					
801	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR		x			x	x
2802	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CONVENCIONAL (UCINCo)						x
2611	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL TIPO III - UTIN III		x				x
202	UNID.DE ASSIST. DE ALTA COMPLEXIDADE AO PACIENTE PORTADOR DE OBESIDADE GRAVE				x		
2603	UTI II PEDIÁTRICA			x		x	
2606	UTI III PEDIÁTRICA		x				x
2696	UTI I ADULTO	x		x	x		x
2601	UTI II ADULTO		x	x		x	x
2604	UTI III ADULTO			x			
2607	UTI QUEIMADOS	x					
2901	VIDEOCIRURGIAS		x	x	x	x	x
1901	LAQUEADURA						x
1902	VASECTOMIA						x

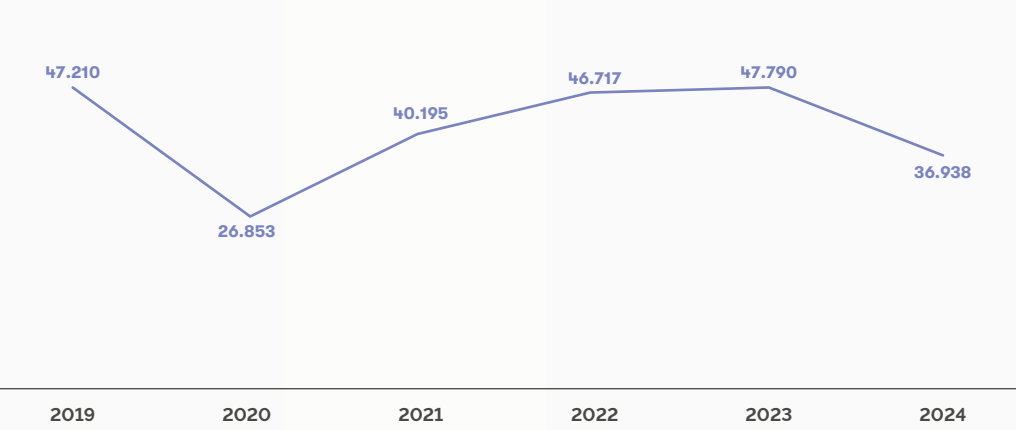
Resultado e Desempenho consolidado dos Hospitais Federais do DGH/RJ – 2019-2024

CONSULTAS AMBULATORIAIS



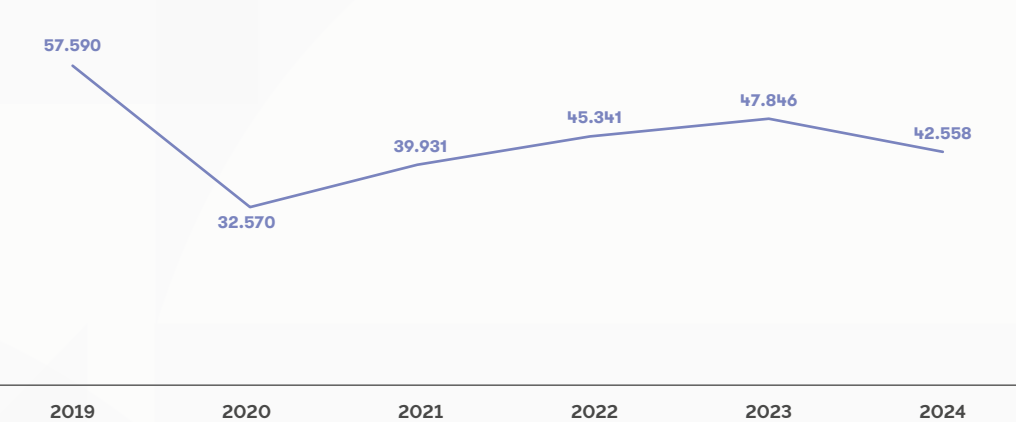
Fonte: Cesta de indicadores 2019-2024 (dez. 2024).

CIRURGIAS



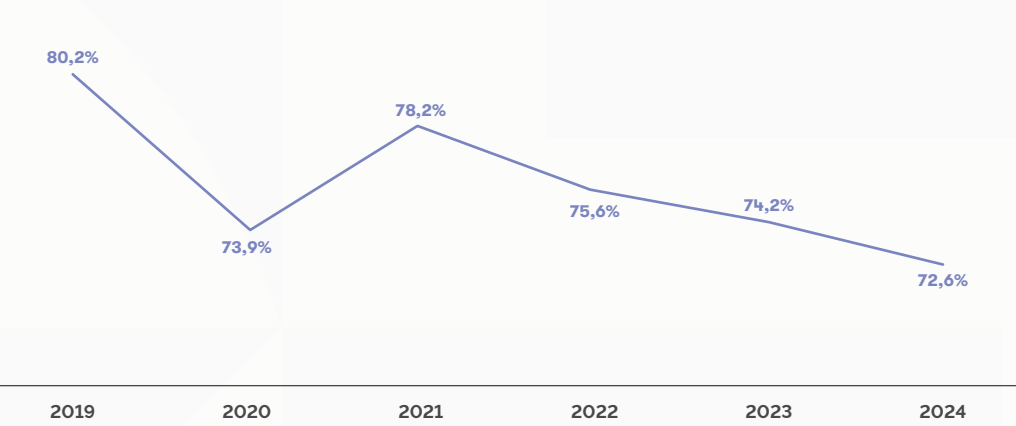
Fonte: Cesta de indicadores 2019-2024 (dez. 2024).

INTERNAÇÕES



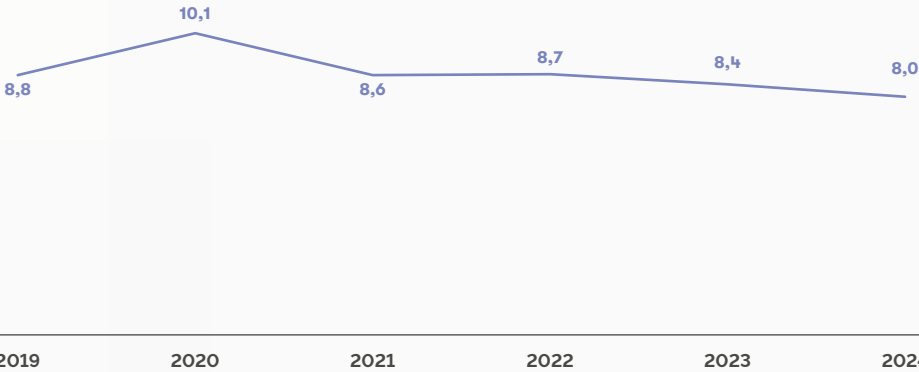
Fonte: Cesta de indicadores 2019-2024 (dez. 2024).

TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR



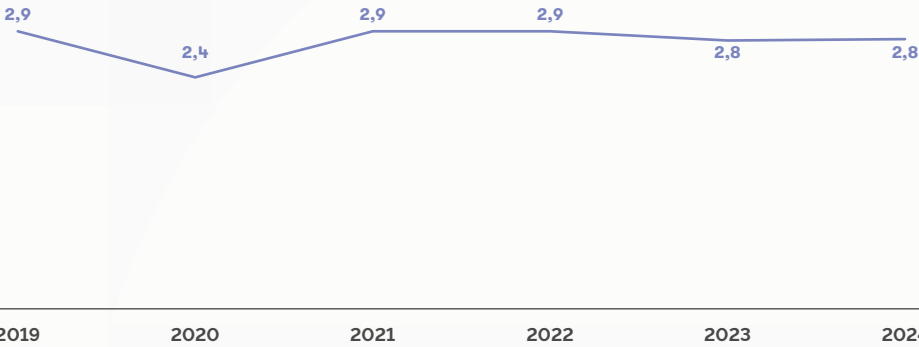
Fonte: Cesta de indicadores 2019-2024 (dez. 2024).

TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA



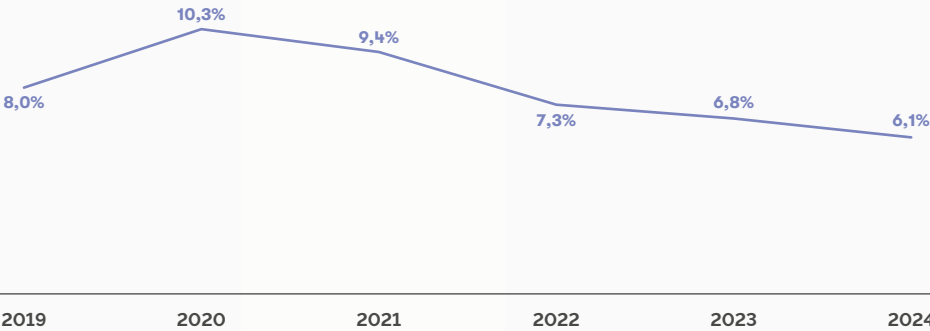
Fonte: Cesta de indicadores 2019-2024 (dez. 2024).

GIRO DE LEITOS



Fonte: Cesta de indicadores 2019-2024 (dez. 2024).

MORTALIDADE HOSPITALAR



Fonte: Cesta de indicadores 2019-2024 (dez. 2024).

Outras Considerações

Optou-se por compilar os dados deste relatório, inclusive da série histórica (2019-2024) a partir do consolidado anual das seis unidades hospitalares (HFA, HFB, HFCF, HFI, HFL e HFSE) por entender-se que estas devem atuar numa perspectiva de fortalecimento técnico-político, administrativo e da atenção à saúde, não como unidades isoladas, mas como a Rede de Hospitais Federais no Rio de Janeiro, sob a administração direta do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Gestão Hospitalar no Rio de Janeiro (DGH/RJ).

Eixo – Ensino, Pesquisa, Tecnologia e Inovação

Os Hospitais Federais contribuíram para a formação e a qualificação de 995 profissionais para a Rede de Atenção à Saúde no estado do Rio de Janeiro, entre os meses de janeiro a novembro de 2024.

Tabela 61 – Formação e qualificação de profissionais

Residentes	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE	TOTAL
Médicos	93	182	83	91	187	293	929
Enfermeiros	-	-	21	-	-	21	42
Farmacêuticos	-	-	6	-	8	10	24
TOTAL	93	182	110	91	195	324	995

Fonte: Coordenação de Gestão de Pessoas (Cogep/DGH) – dezembro/2024.

2.2.18 Institutos Federais

2.2.18.1 Instituto Nacional de Câncer



Eixo – Expansão e Manutenção dos Serviços

O Instituto Nacional de Câncer (Inca), vinculado à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde (Saes/MS), atua nacionalmente nas áreas de ensino, pesquisa, prevenção e vigilância do câncer, contribuindo para o desenvolvimento científico e tecnológico do País. Constitui-se como uma Instituição de Ciência e Tecnologia, cujo principal objetivo é fomentar a pesquisa científica e tecnológica para o controle do câncer. O Inca é habilitado como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), sendo a principal referência na prestação de assistência oncológica no estado do Rio de Janeiro.

O novo ciclo de planejamento estratégico Inca 2024-2027, cujo lema é “Valores que inspiram, Propósito que transforma”, definiu como missão institucional desenvolver trabalho de excelência na prestação de assistência, ensino, pesquisa, prevenção e vigilância para o controle do câncer, de modo a impactar o fortalecimento do SUS para a melhoria da saúde da população. Com

base nos seus seis Objetivos Estratégicos, o Inca busca organizar e alinhar suas ações à missão e à visão institucional, bem como às suas competências institucionais

<https://www.gov.br/inca/pt-br/acesso-a-informacao/transparencia-e-prestacao-de-contas/plano-estrategico>

ESTRUTURA FÍSICA



401 leitos



18 salas cirúrgicas



181 consultórios

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. Atualizado em 16/12/2024



HOSPITAL DO CÂNCER I (HC I)

178 LEITOS

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 (HC II)

83 LEITOS

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 (HC III)

52 LEITOS

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 (HC IV)

56 LEITOS

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.



CENTRO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA (CEMO)
16 LEITOS + 16 HOSPITAL-DIA

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 – Expansão e Manutenção dos Serviços

A prestação de cuidado em saúde do Inca é realizada por meio de suas unidades hospitalares (Hospital do Câncer I, II, III, IV), além do Centro de Transplante de Medula Óssea (Cemo), que atuam nas áreas de confirmação diagnóstica, estadiamento, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos de todos os tipos de neoplasias malignas. A Assistência do Inca está integrada à Rede de Atenção à Saúde.

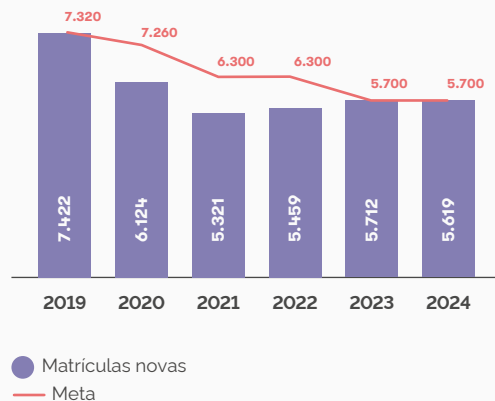
A seguir, são apresentados os resultados alcançados em 2024.



Teleconsultas médicas e multiprofissionais

8.402

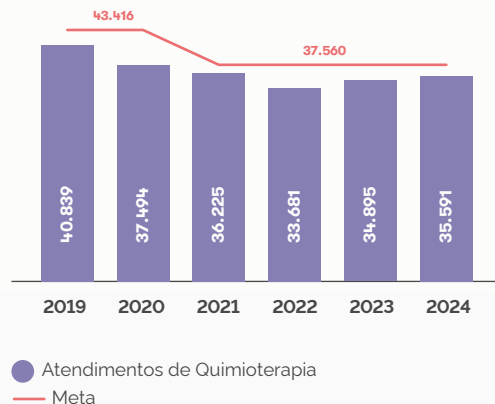
MATRÍCULAS NOVAS



Fonte: Microstrategy/ Pannel de Informações Estratégicas/Inca. Dados de janeiro a dezembro. Extração em 19/2/2025.

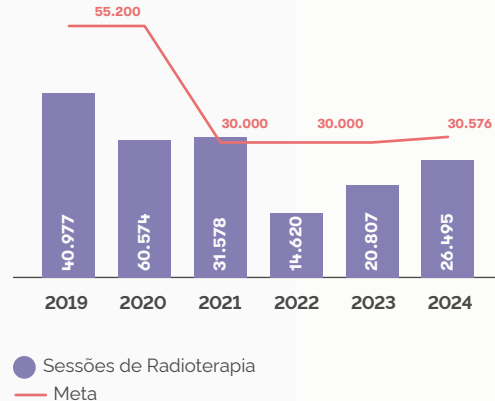
Nota: novos matriculados nas unidades HC I, HC II e HC III.

ATENDIMENTOS DE QUIMIOTERAPIA



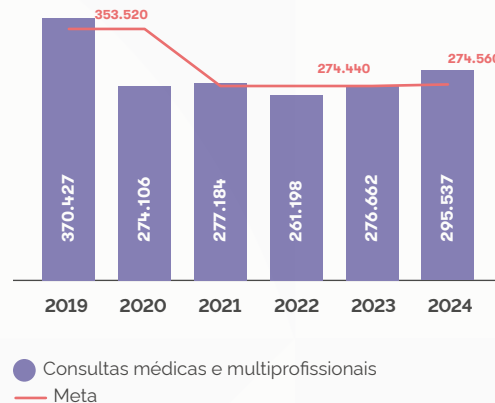
Fonte: Microstrategy/ Pannel de Informações Estratégicas/Inca. Dados de janeiro a dezembro. Extração em 19/2/2025.

SESSÕES DE RADIOTERAPIA



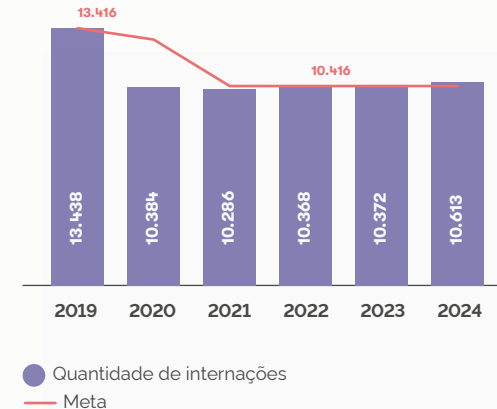
Fonte: Microstrategy/ Pannel de Informações Estratégicas/Inca. Dados de janeiro a dezembro. Extração em 19/2/2025.

CONSULTAS MÉDICAS E MULTIPROFISSIONAIS



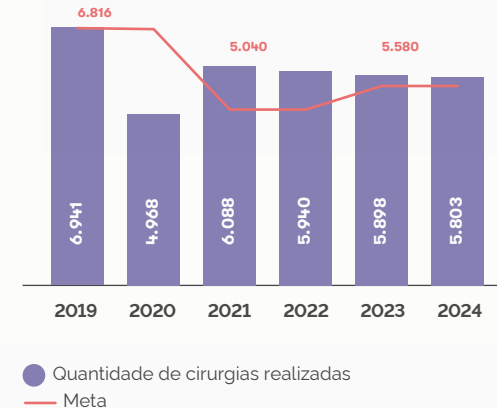
Fonte: Microstrategy/ Pannel de Informações Estratégicas/Inca. Dados de janeiro a dezembro. Extração em 19/2/2025.

QUANTIDADE DE INTERNAÇÕES



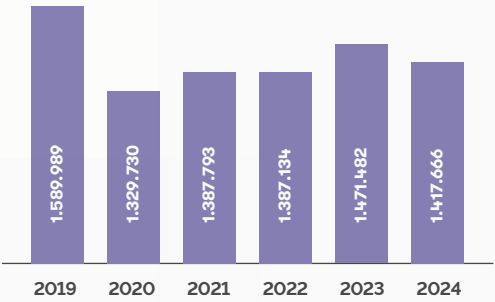
Fonte: Microstrategy/ Pannel de Informações Estratégicas/Inca. Dados de janeiro a dezembro. Extração em 19/2/2025.

CIRURGIAS REALIZADAS



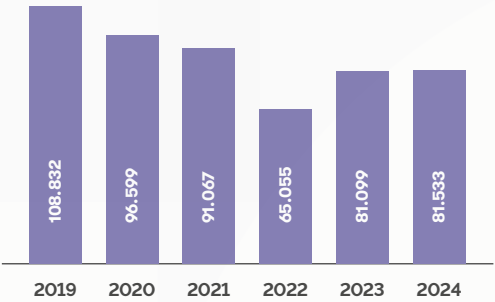
Fonte: Microstrategy/ Pannel de Informações Estratégicas/Inca. Dados de janeiro a dezembro. Extração em 19/2/2025.

EXAMES AMBULATORIAIS



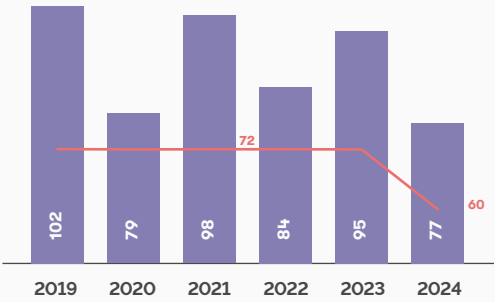
Fonte: Microstrategy / Inca. Data da extração: 19/2/2025.

OUTROS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Fonte: Microstrategy / Inca. Data da extração: 19/2/2025.

QUANTIDADE DE TRANSPLANTES DE MEDULA ÓSSEA



● Transplantes de medula óssea
— Meta

Fonte: Microstrategy/ Painel de Informações Estratégicas/Inca. Dados de janeiro a dezembro. Extração em 19/2/2025.

Cuidados Paliativos

O Inca tem uma unidade específica de Cuidados Paliativos (Hospital do Câncer IV – HC IV), cuja expertise técnica é referência nacional para outras equipes. O HC IV, que recebe exclusivamente pacientes do Inca que já não se beneficiam de intervenções terapêuticas modificadoras da doença, atua na assistência domiciliar, ambulatorial e internação hospitalar. As equipes multidisciplinares têm como objetivo a melhora da qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, por meio do alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e de outros sintomas de ordem física, psicossocial e espiritual.

Tabela 62 – Cuidados paliativos

Procedimentos Assistenciais	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Atendimentos Ambulatoriais	14.092	9.477	8.920	9.295	8.995	9.717
Visitas Domiciliares	9.306	6.109	6.923	6.565	6.107	5.823
Internações Hospitalares	1.923	1.653	1.360	1.399	1.351	1.508
Teleatendimentos no Ambulatório (1)	-	3.619	1.103	239	207	220
Teleatendimentos Assistência Domiciliar (2)	-	-	1.163	1.540	1.002	1.012

Fonte: Hospital do Câncer IV/Inca. Relatório de Desempenho dos Processos da Assistência – Hospital do Câncer IV. Extração de dados em 10/1/2025.
Nota: 1) O teleatendimento no ambulatório atualmente se restringe a pacientes na modalidade "ambulatório a distância". 2) O teleatendimento na assistência domiciliar foi mantido para os casos de impossibilidade de atendimento presencial com brevidade, visando ajustes medicamentosos e orientações da equipe, tentando minimizar as idas ao Serviço de Pronto Atendimento

Anatomia Patológica e Citopatológico

A 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), além de ser responsável, também, pelo Monitoramento Externo de Qualidade (MEQ) para laboratórios do município do Rio de Janeiro.

Resultados



Fonte: Divisão de Patologia (Dipat/coas/inca) – Extração dos dados em 14/1/2025.

Laboratórios Especializados

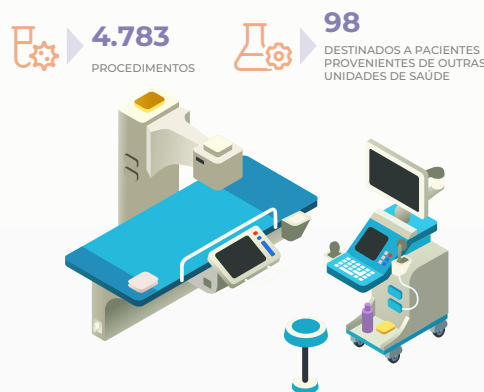
Os laboratórios especializados do Inca realizam exames de diagnóstico e acompanhamento de pacientes com neoplasias hematológicas e/ou submetidos ao transplante de células tronco hematopoiéticas. Além do suporte dado ao Centro de Transplante de Medula Óssea (Cemo), atendem a vários setores do Instituto e aos demais Hospitais Federais do Rio de Janeiro, realizando exames específicos de diagnóstico e seguimento de pacientes onco-hematológicos. Esses exames são realizados por citometria de fluxo, citogenética clássica e molecular, biologia molecular e oncovirologia. Além disso, no Laboratório de Imunogenética, são oferecidos exames de compatibilidade entre doador e paciente e também genotipagem 8 HLA para o cadastro de doadores do Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome). São efetuados, ainda, testes de presença de anticorpos anti-HLA, principalmente nas famílias envolvidas nos transplantes haploidentícos.



Fonte: Divisão de Laboratórios Especializados (Dilabesp) – Extração dos dados em 7/1/2025.

Radiologia Intervencionista

A radiologia intervencionista é uma subespecialidade da radiologia que utiliza recursos de imagem, para diagnosticar e tratar doenças em quase todos os órgãos do corpo humano. Essa técnica é realizada por meio de agulhas ou cateteres em conjunto aos métodos de imagem que orientam o processo. Inclui procedimentos específicos, tais como: a quimioterapia intra-arterial, biópsias guiadas por tomografia computadorizada ou ultrassonografia, colocação de cateter totalmente implantado, procedimentos de drenagem da via biliar, gastrostomia e até procedimentos curativos relacionados ao câncer como as ablações tumorais. É considerada atualmente como o quarto pilar do tratamento do câncer em todo o mundo.



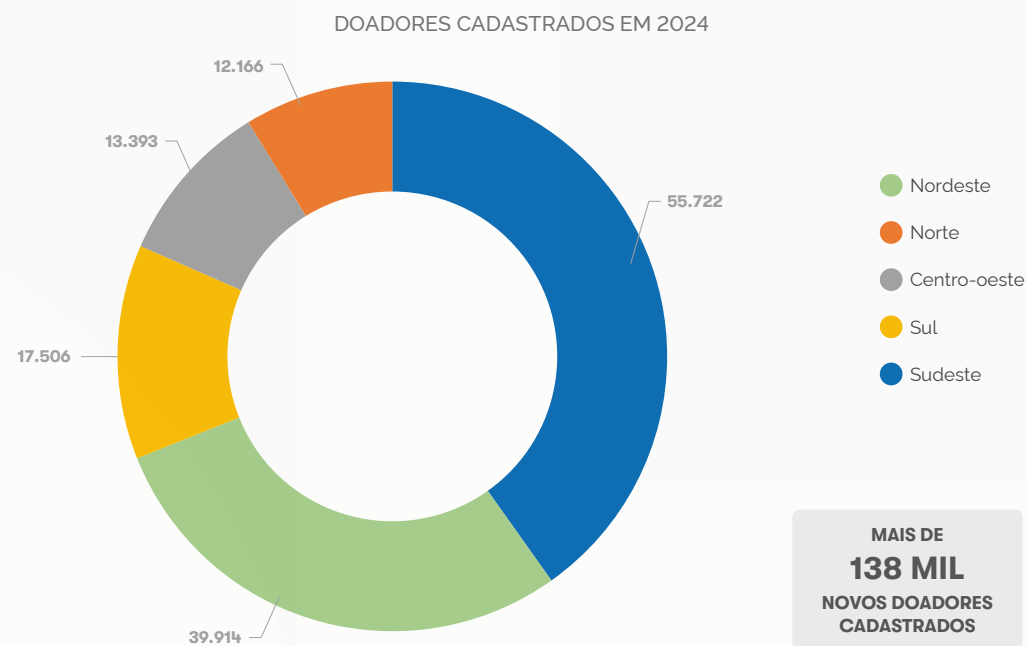
Fonte: Microstrategy/Inca e Direção do Hospital do Câncer I – Extração dos dados em 15/1/2025.

Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea

O Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome), sob coordenação

técnica e gestão do Inca, faz parte da Política Nacional de Transplantes da Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplante do Ministério da Saúde.

Gráfico 44 – Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome)



Fonte: Redome (sistema REDOMEWEB). Extração em 15/1/2025.

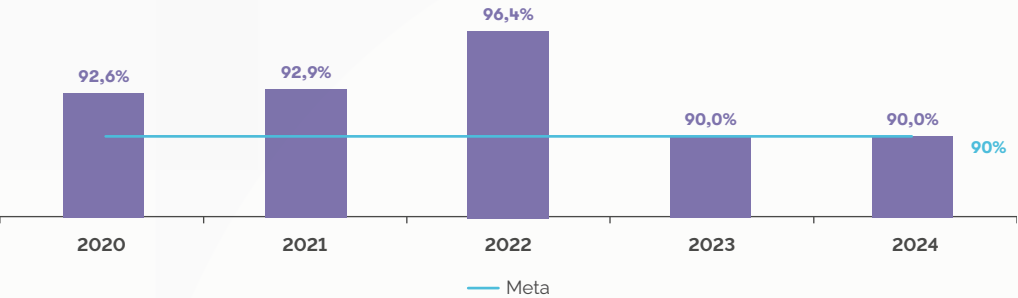
Quadro 17 – Dados Redome

Número de novos pacientes cadastrados para busca de doador não aparentado	2.228
Número de pacientes com doador não aparentado identificado	1.064
Número de produtos celulares disponibilizados para transplante de pacientes brasileiros (células coletadas de doadores nacionais e oriundas de doadores internacionais)	479
Envio de células de doadores brasileiros para paciente internacional (exportação)	101
Transplantes de pacientes brasileiros realizados com doadores não aparentados	395

Fonte: Redome. Extração em 15/1/2025.

EIXO – PROMOÇÃO, PROTEÇÃO, PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA

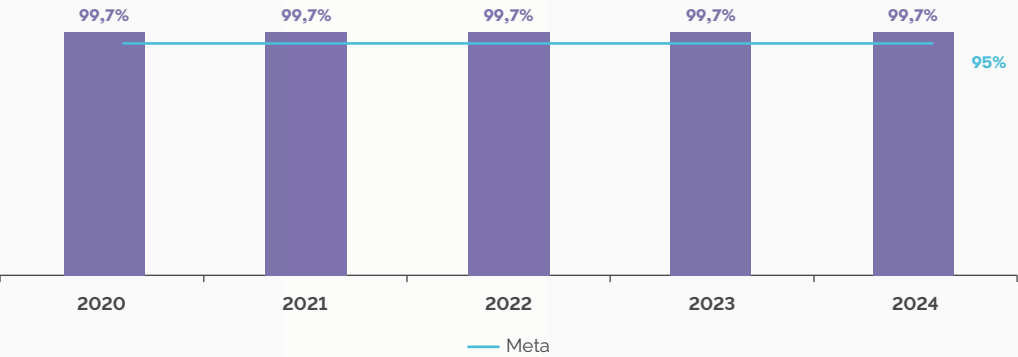
PERCENTUAL DE REGISTROS DE CÂNCER DE BASE POPULACIONAL (RCBP) COM INFORMAÇÕES CONSOLIDADAS



Fonte: Registro de Câncer de Base Populacional. Extração em 16/12/2024.

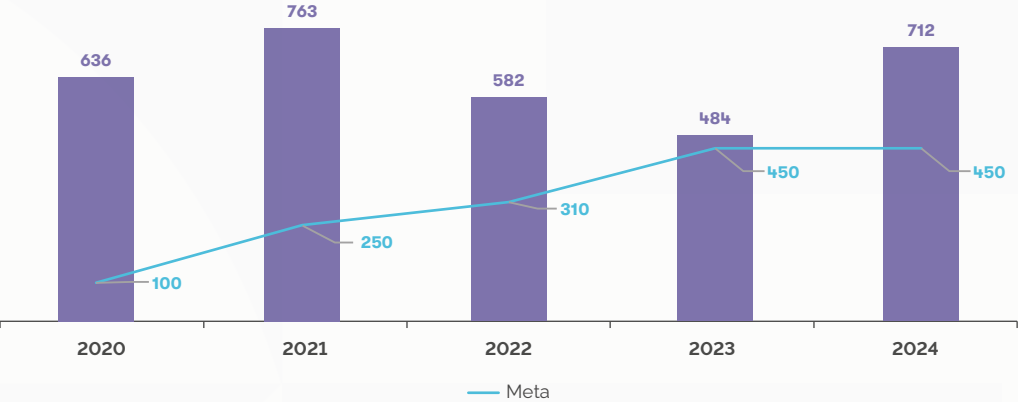
Nota: resultado dentro da meta prevista. As flutuações nos resultados ocorrem devido ao pequeno quantitativo de RCBP que atualmente são 30.

PERCENTUAL DE REGISTROS HOSPITALARES DE CÂNCER (RHC) COM BASE ENVIADA PARA INTEGRADOR-RHC



Fonte: Integrador-Registro Hospitalar de Câncer. Extração em 15/1/2025.

AVALIAÇÕES IN LOCO E A DISTÂNCIA DE FEIXES DE RADIOTERAPIA



Fonte: banco de dados da Área de Qualidade Técnica de Radioterapia (AQTR/Conprev/Inca). Extração em: 15/1/2025.

Controle do Tabagismo

O Inca desempenha importantes funções na Política Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), seja coordenando a rede do Programa Nacional de Controle do Tabagismo

<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo>

seja na articulação da internalização de ações e medidas da Convenção-Quadro sobre controle do uso do Tabaco (CQCT). Neste último caso, a articulação é feita por meio da Secretaria-Executiva da Comissão Nacional para implementação da Convenção-Quadro sobre Controle do uso do Tabaco e seus Protocolos/SE-CONICQ

<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco>

A Se-CONICQ, que está sediada no Inca, assessorou a delegação brasileira na 10ª edição da Conferência das Partes da Convenção-Quadro (COP10) e na 3ª edição da Reunião das Partes do Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos do Tabaco (MOP3), realizadas em fevereiro/2024, no Panamá. O Brasil foi protagonista de dois projetos de decisão que foram aprovados pela plenária.



› Implementação do artigo 18 relativo à proteção do meio ambiente e da saúde das pessoas que cultivam e fabricam tabaco

[https://fctc.who.int/news-and-resources/publications/i/item/fctc-cop10\(14\)-implementation-of-article-18-of-the-who-fctc](https://fctc.who.int/news-and-resources/publications/i/item/fctc-cop10(14)-implementation-of-article-18-of-the-who-fctc)

› Implementação do artigo 19 relativo à responsabilidade civil da indústria do tabaco

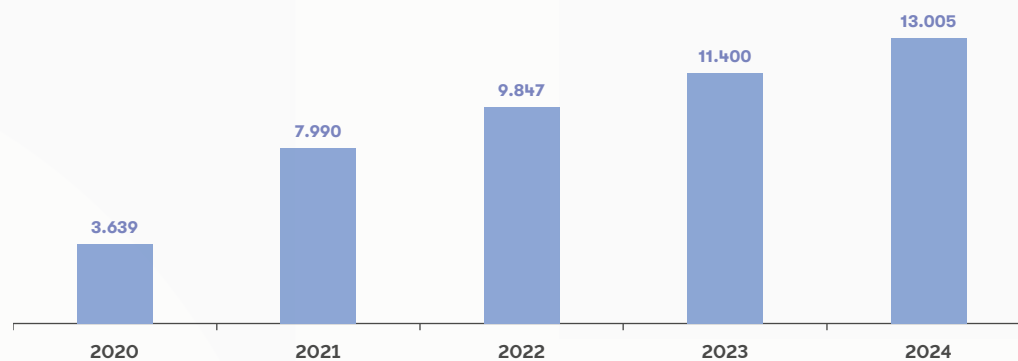
[https://fctc.who.int/news-and-resources/publications/i/item/fctc-cop10\(13\)-implementation-of-article-19-of-the-who-fctc-liability](https://fctc.who.int/news-and-resources/publications/i/item/fctc-cop10(13)-implementation-of-article-19-of-the-who-fctc-liability)



Com relação ao PNCT, cabe ao Inca, por meio da Divisão de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco (Ditab), integrante da Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev), organizar, articular e implementar o Programa no âmbito do SUS. Esse trabalho é realizado por meio de ações descentralizadas voltadas à promoção da saúde, prevenção e cessação do tabagismo, em colaboração

com estados, municípios e Distrito Federal. No âmbito do PNCT, o Inca desenvolve, executa e apoia ações de formação relacionadas ao controle do tabaco e do tabagismo, destinadas a profissionais da saúde, da educação e de outros setores interessados no tema. Entre 2020 e 2024, observou-se um incremento significativo de 257,4% no número de profissionais que participaram dos cursos oferecidos.

NÚMERO DE PROFISSIONAIS FORMADOS EM CURSOS SOBRE CONTROLE DO TABAGISMO



Fonte: Divisão de Controle de Tabagismo e Outros Fatores de Risco (Ditab/Conprev/Inca). Extração em: 15/1/2025.

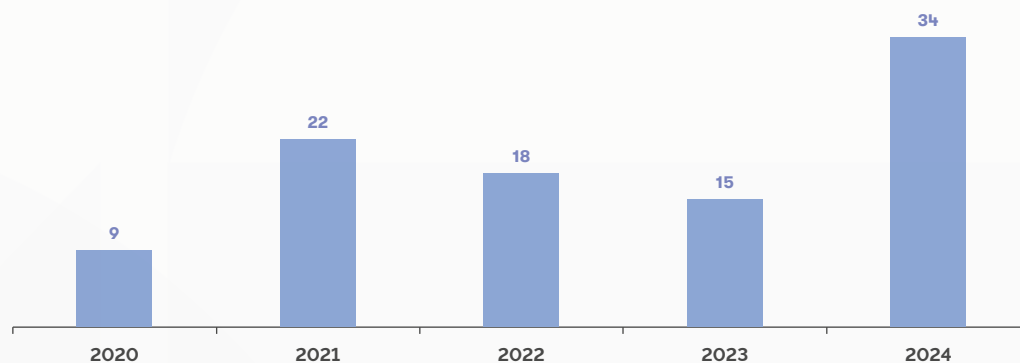


PRINCIPAIS CAPACITAÇÕES



Fonte: Divisão de Controle de Tabagismo e Outros de Risco (Ditab/Conprev/Inca). Extração em: 19/12/2024.

NÚMERO DE DOCUMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE TABAGISMO PUBLICADOS



Fonte: Divisão de Controle de Tabagismo e Outros Fatores de Risco (Ditab/Conprev/Inca). Extração em: 15/1/2025.



PRINCIPAIS PUBLICAÇÕES

Dispositivos eletrônicos para fumar: conheça os danos que eles causam



<https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/16707/1/Dispositivos%20eletronicos%20para%20fumar.pdf>

Sumário Executivo: Encontro Anual das Coordenações Estaduais do Programa Nacional de Controle do Tabagismo



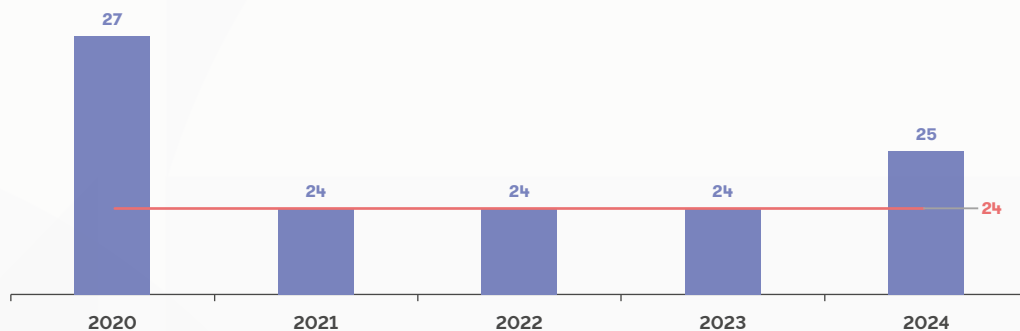
https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/15789/1/Sumario%20Executivo_completo.pdf

Você está querendo parar de fumar?



https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/15941/3/cartilha_Voc%C3%AA%20est%C3%A1%20querendo%20parar%20de%20fumar.pdf

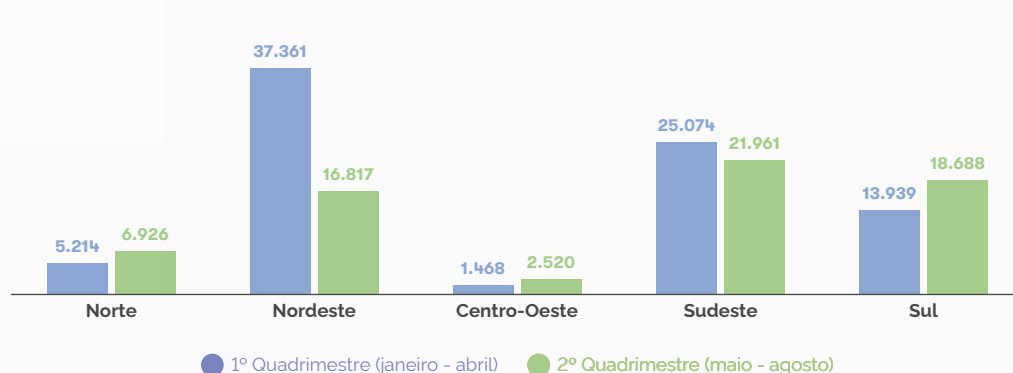
NÚMERO DE UNIDADES FEDERATIVAS QUE ADERIRAM AO MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO NO SUS, CONDUZIDO PELO INCA



● Total de entes federativos que aderiram a cada ano
— Meta anual de adesão de entes federativos

Fonte: Divisão de Controle de Tabagismo e Outros Fatores de Risco (Ditab/Conprev/Inca). Extração em: 15/1/2025.

NÚMERO DE USUÁRIOS DO SUS QUE PARTICIPARA DO PROGRAMA DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO, POR REGIÃO GEOGRÁFICA DO BRASIL. ANO 2024 – 1º E 2º QUADRIMESTRES



Fonte: Divisão de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco (Ditab/Conprev/Inca). Extração em 15/1/2025. Observações: 1. Dados referentes aos dois primeiros quadrimestres do ano de 2024. 2. Os dados referentes ao último quadrimestre (set.-dez.) de 2024 serão enviados pelos entes federativos para o Inca no primeiro bimestre de 2025. 3. Os dados apresentados são autorrelatados pelas referências técnicas dos estados e do Distrito Federal.

O Inca foi redesignado como Centro Colaborador da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) para o Controle do Tabaco no período de 2024 a 2028, apoiando a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) e de seus protocolos, reafirmando o compromisso do Inca com a saúde global.

EIXO – TECNOLOGIAS/INOVAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO OU DESENVOLVIDAS

Avaliação de Tecnologias em Saúde

Em 2024, foi aprovado o Projeto ATS no Inca, que visa integrar prevenção e vigilância, assistência, ensino e pesquisa por meio de estudos que auxiliem o gestor na tomada de decisão sobre novas incorporações e que avaliem a efetividade das tecnologias em utilização na prática clínica. O trabalho inclui, ainda, análises econômicas que subsidiam a alocação eficaz de recursos. O projeto foi divulgado no Informe Rebrats – Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias e Saúde (Edição n.º 16, 14/11/2024).



Relatório de Recomendação da Conitec que tornou pública, por meio da Portaria Sectics/MS n.º 45, de 4 de outubro de 2024, a decisão de incorporação, no âmbito do SUS, do medicamento Olaparibe para o tratamento de manutenção de pacientes adultas com carcinoma de ovário (incluindo trompa de Falópio ou peritoneal primário), seroso ou endometriode, recentemente diagnosticado, de alto grau (grau 2 ou maior), avançado (estágio FIGO III ou IV), com mutação nos genes BRCA 1/2, que respondem (resposta completa ou parcial) à quimioterapia em primeira linha, baseada em platina, conforme protocolo do Ministério da Saúde, assim como do teste de identificação de mutação dos genes BRCA1/2.

Principais Publicações

Evolução Clínica e Fatores Prognósticos de Pacientes Oncológicos com Covid-19 em Ventilação Mecânica

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n14468>

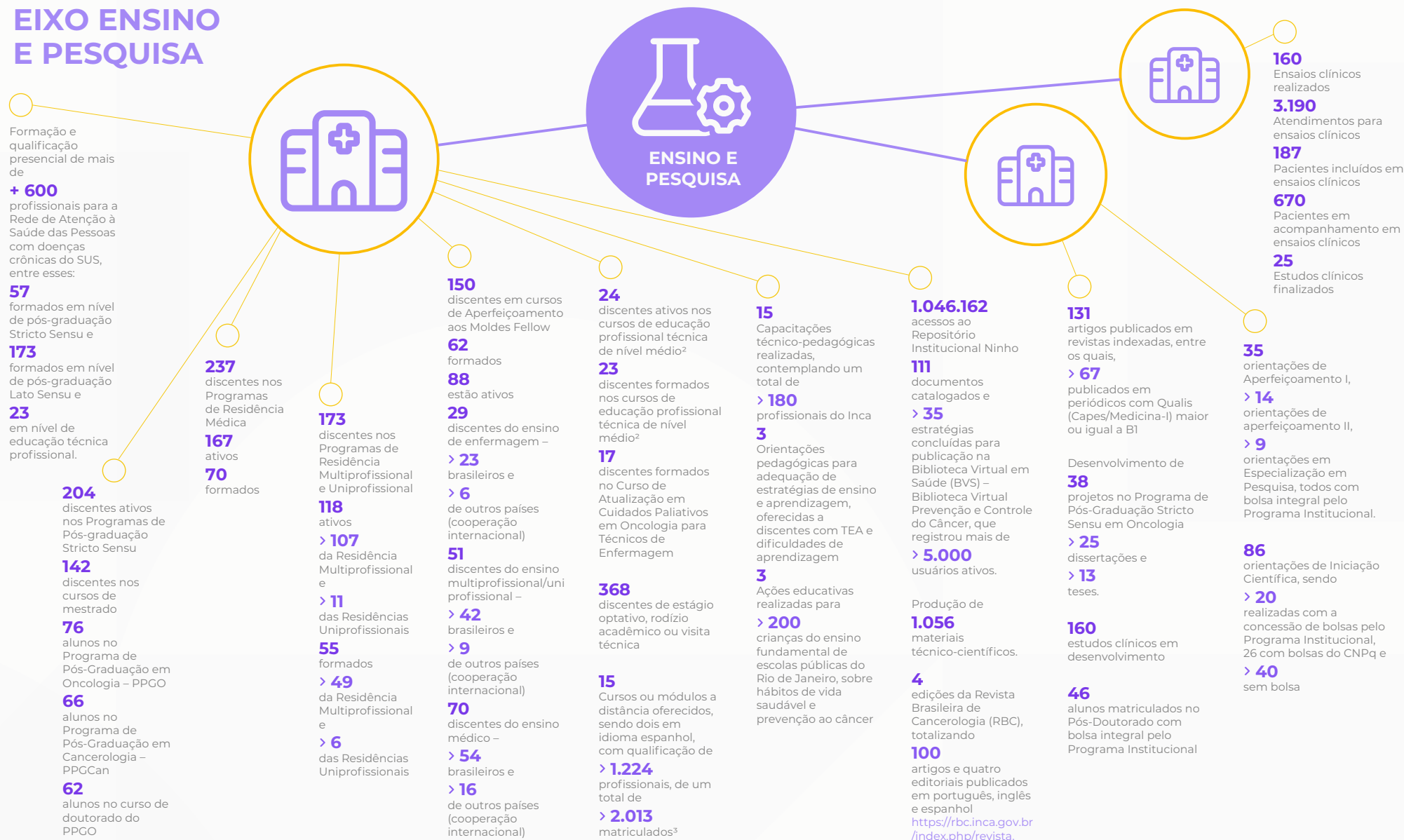
Inibidores BTK e BCL-2 no Tratamento de Primeira Linha da Leucemia Linfocítica Crônica em Pacientes de Alto Risco: Revisão Sistemática e Meta-Análise em Rede

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n24501>

Eficácia e Segurança do Blinatumomabe no Tratamento da Leucemia Linfoblástica Aguda: Revisão Sistemática da Literatura

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n14482>

EIXO ENSINO E PESQUISA



2.2.18.2 Instituto Nacional de Cardiologia

EIXO – EXPANSÃO E MANUTENÇÃO DOS SERVIÇOS



O Instituto Nacional de Cardiologia (INC), referência nacional em saúde cardiovascular, entregou resultados expressivos em diversas frentes. O ano foi marcado por avanços significativos em ensino, pesquisa, inovação e assistência, além de uma série de melhorias em suas práticas administrativas, garantindo maior eficiência, transparência e qualidade nos serviços prestados.

ESTRUTURA FÍSICA

 **160**
leitos totais

96
LEITOS DE
ENFERMARIA

77
LEITOS DE
ENFERMARIA
ADULTO

19
LEITOS DE
ENFERMARIA
CRIANÇA E
ADOLESCENTE

59
LEITOS DE CTI

46
LEITOS DE
CTI ADULTO

13
LEITOS DE CTI
CRIANÇA E
ADOLESCENTE

5
LEITOS DE
TRANSPLANTE

 **5**
salas
cirúrgicas

1
HÍBRIDA

 **3**
salas de
hemodinâmica

13
LEITOS DE
RECUPERAÇÃO

 **15**
salas de
exames

1
TOMÓGRAFO

1
RESSONÂNCIA
MAGNÉTICA

1
GAMA
CÂMARA COM
TOMÓGRAFO

8
ECOCARDIOGRÁFICA

1
RADIOLOGIA

3
TESTES
ERGOMÉTRICOS

 **19**
consultórios
médicos

13
ADULTO

6
CRIANÇA E
ADOLESCENTE

Produção Assistencial

Produtos		2019	2020	2021	2022	2023	2024
Internações		3.105	2.607	2.716	2.721	2.660	2.659
Consultas ambulatoriais	Consultas médicas	67.004	43.114	58.307	68.658	81.111	79.733
	Apoio Técnico	62.735	51.440	51.579	54.539	60.010	69.691
Exames	Medicina Nuclear	2.299	473	1.542	1.775	2.195	2.425
	Ecocardiogramas	16.211	10.542	14.179	14.449	15.071	15.358
	Teste de Esforço	1.866	822	1.300	1.446	1.289	1.314
	Eletrocardiograma	19.374	10.226	13.996	17.383	18.710	19.102
	Ultrassonografia	548	355	391	407	359	288
	Ressonância Magnética	282	477	658	617	667	795
	Radiologia	16.311	13.587	13.230	14.352	14.136	13.362
	Tomografia	4.017	4.155	4.663	6.474	6.115	6.199
	Endoscopia	78	23	79	113	112	90
	Anatomia Patológica	211	209	138	174	268	502
Cirurgias e Procedimentos	Patologia Clínica	589.687	451.081	561.773	610.700	640.728	613.205
	Eletrofisiologia	54	50	59	95	84	74
	Hemodinâmica	4.574	3.644	4.816	4.360	4.031	4.500
	Cirurgias Cardiovasculares	1.402	1.115	1.198	1.203	1.374	1.242
Transplantes (incluído em cirurgias)		18	18	28	22	22	18

Assistência e Alta Complexidade

A modernização da Sala Híbrida, reinaugurada em 2024, permitirá a continuidade da realização de procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos ao mesmo tempo que cirurgias de grande porte. Neste ano o INC se destacou como referência em transplantes de órgãos torácicos sendo o principal prestador do estado do Rio de Janeiro responsável pelo atendimento de 83% da demanda de transplantes cardíacos e o único prestador de transplante pulmonar no SUS do estado. Permanecemos ainda como o principal prestador de eletroestimulação cardíaca do estado.

Humanização e Qualidade de Vida

A humanização do atendimento ao paciente foi uma das prioridades do INC em 2024. A instituição implementou diversas ações para melhorar a experiência do paciente, como a criação do Mascote Mio e a realização de campanhas educativas sobre saúde cardiovascular. Além disso, foram realizadas diversas melhorias na infraestrutura física, como a modernização das unidades de UTI e a implantação de novos equipamentos.



Sustentabilidade e Gestão Eficiente

O INC também se destacou na gestão eficiente dos recursos, com a implementação de diversas medidas para reduzir custos e otimizar processos. A instituição adotou práticas sustentáveis, como a redução do consumo de energia e a otimização da logística, contribuindo para a preservação do meio ambiente.

EIXO – ENSINO, PESQUISA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

Inovação e Tecnologia a Serviço da Saúde

O INC investiu em infraestrutura de ponta, inaugurando o Centro de Simulação Realística e o Setor de Impressão 3D, que possibilitam treinamentos mais eficientes e a produção de materiais personalizados para cada paciente. Além disso, a instituição ampliou o uso de tecnologias digitais, como a telemedicina, para expandir o acesso aos serviços e otimizar os processos internos.

Pesquisa de Impacto Global

O INC destacou-se na pesquisa científica, coordenando estudos de grande relevância, como o Renomica 2 e o projeto de exomas para doenças raras. As parcerias com instituições de renome internacional, como a Universidade de Oxford e a Universidade de Siena, fortaleceram a produção científica e impulsionaram a busca por soluções inovadoras para os desafios da saúde cardiovascular.

Ensino e Formação de Alta Qualidade

Com a aprovação do doutorado em Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) pela Capes, o INC ampliou as oportunidades de formação para profissionais da área, estimulando a pesquisa e o desenvolvimento de novas soluções para a saúde cardiovascular. A criação de novas vagas em residências médicas em áreas estratégicas, como cardio-oncologia, medicina do esporte e transplante cardíaco, demonstra o compromisso da instituição com a formação de especialistas altamente qualificados. tá bom

Produção em Ensino, Pesquisa e Inovação

O INC consolidou-se como um polo de inovação e excelência no ensino e pesquisa em saúde cardiovascular, reforçando o papel como referência nacional e internacional. Entre suas conquistas mais notáveis, destaca-se a consolidação do Núcleo de Inovação Tecnológica (NIT), essencial para a atuação como uma Instituição Científica, Tecnológica e de Inovação (ICT), promovendo avanços na gestão de propriedade intelectual e na aplicação prática de tecnologias em saúde.

O lançamento do Observatório de Saúde Cardiovascular marcou avanços significativos. Parcerias internacionais, como com as Universidades de Siena, York e N/W Brugg ampliaram o alcance global do INC, enquanto projetos como o Inovacardio com a Capes e colaborações com o CNPq e Opas reforçaram a articulação institucional, consolidando o compromisso com a educação, a ciência e a inovação para o impacto social.



Fonte: RedCap Relatório de Gestão da Codep; Sistema da comissão nacional de residência médica*; Sistema da comissão nacional de residência multiprofissional e uniprofissional.**

O ano de 2024 foi de grandes conquistas para o INC. A instituição consolidou sua posição como referência em saúde cardiovascular, investindo em inovação, pesquisa, ensino e humanização do atendimento. Apesar do crescente déficit em recursos humanos, os resultados alcançados demonstram o compromisso do INC com a melhoria da qualidade de vida da população brasileira.

As informações referentes à gestão do instituto em 2024 e anos anteriores constam no

<https://www.inc.saude.gov.br>

2.2.18.3 Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia

EIXO – EXPANSÃO E MANUTENÇÃO DOS SERVIÇOS



O Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (Into), localizado no Rio de Janeiro/RJ, é um órgão vinculado à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde, que tem como missão promover ações como instituto de referência do Sistema Único de Saúde (SUS), na assistência, no ensino, na pesquisa, na prevenção e na formulação de políticas públicas em Ortopedia, Traumatologia e Reabilitação.

O reconhecimento do Instituto como um dos melhores centros especializados do mundo, pela revista americana Newsweek, pela quarta vez consecutiva, segundo avaliação da plataforma de dados alemã Statista, reafirma a excelência de seus processos operacionais. Além disso, outro fator de destaque, é a participação do Into como único hospital brasileiro a integrar a International Society of Orthopaedic Centers (ISOC), sociedade que congrega os 23 melhores centros de ortopedia do mundo.

A trajetória das diversas conquistas institucionais que fortaleceram a gestão sob a ótica de engajamento das equipes, efetivamente, responsáveis pela materialização dos resultados alcançados, reafirma a representatividade nacional e internacional no ano de 2024. A participação do corpo técnico apoiou, ativamente, os processos decisórios estabelecidos no modelo de governança integrado às ações estratégicas, gerando resultados para a sociedade.

Mesmo diante do desafio de atender à crescente demanda por serviços médicos especializados, bem como da dificuldade de reposição e retenção de profissionais de saúde no Instituto, houve um esforço na potencialização dos recursos disponíveis (servidores e funcionários, expertise e capacidade física instalada), a fim de mitigar incertezas ao longo do ano, reforçando, o papel estratégico do Into em subsidiar tecnicamente o Ministério da Saúde na formulação de políticas públicas em Ortopedia, Traumatologia e Reabilitação.

O Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas (PNRF) e o Programa Mais Acesso a Especialistas (Pmae), visando à mudança no modelo de gestão das filas e a melhoria da regulação do acesso, a fim de promover equidade, transparência e a adoção de uma base regional com foco na jornada do paciente, consolidaram a diretriz para o Instituto manter o foco na continuidade de ampliação do acesso da população aos serviços especializados.

O planejamento estratégico do Into – ciclo 2024-2027 – reforça o compromisso de resultados com a visão das políticas públicas centradas em programas de governo, que buscam priorizar a expansão e a qualificação de uma rede de atenção especializada, voltada à melhoria do cuidado e da qualidade de vida do cidadão.

A estratégia de melhoria contínua na gestão orçamentária foi destaque neste exercício, pois, além do empenho integral da dotação disponibilizada, houve o incremento no índice de liquidação das despesas de custeio do ano corrente – de 91,47% (2023) para 91,82% (2024) – ratificando o alto desempenho institucional na busca pela excelência no uso dos recursos financeiros.

O histórico da gestão do Instituto está disponível em relatórios específicos no site do Into:

 <https://www.into.saude.gov.br/auditoria>

ESTRUTURA FÍSICA



Fonte: Área de Planejamento Estratégico – (Coplan/Into).

Tabela 63 – Produção assistencial – 2019 a 2024

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Consultas	199.716	100.692	162.035	169.103	217.274	207.359
Internações	8.078	5.814	7.160	7.501	7.126	6.917
Exames Procedimentos Ambulatoriais e Internações	386.559	317.296	377.012	416.368	415.162	411.050
Outros Procedimentos Ambulatoriais	22.446	14.003	20.345	20.212	16.474	16.042

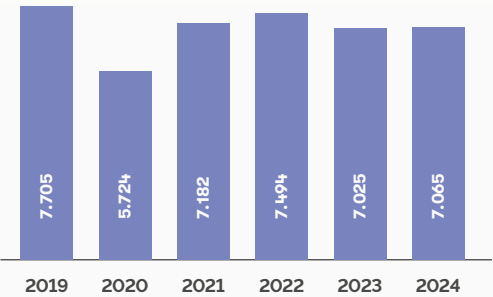
Fonte: MV Portal. Data: 9/1/2025

Avaliação dos Indicadores Ambulatoriais

A revisão dos processos de trabalho e a implementação de reuniões sistemáticas para acompanhamento dos resultados incrementou a produção ambulatorial, viabilizando o alcance do patamar de 99% da meta pactuada, apesar da redução progressiva do quantitativo de profissionais qualificados disponíveis. O ano de 2024 teve como característica um quantitativo inferior de dias úteis, devido ao maior número de feriados e eventos ocorridos na cidade do Rio de Janeiro, notoriamente o G20, mas, para a manutenção da oferta de atendimento ambulatorial – consultas, internações e outros

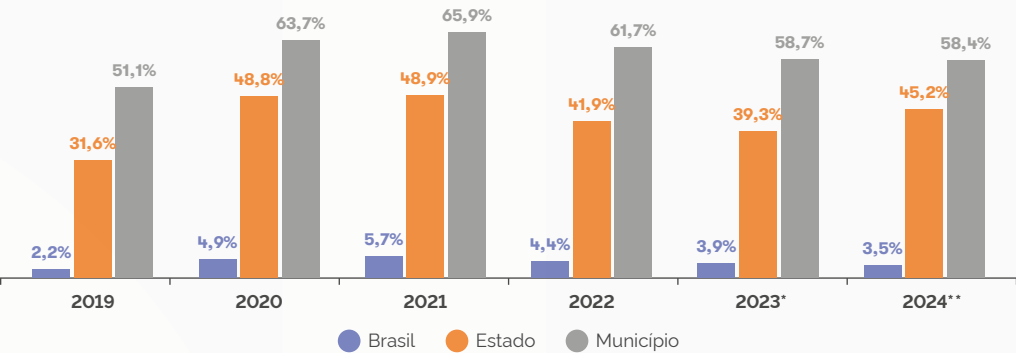
atendimentos – foram envidados todos os esforços internamente, reforçando a dedicação dos profissionais envolvidos diretamente na rotina assistencial.

Gráfico 45 – Produção cirúrgica



Fonte: MV Portal. Extração em 9/1/2025.

Gráfico 46 – Percentual de procedimento de alta complexidade em ortopedia realizados – 2019 a 2024



Fonte: DataSUS. Extração em 12/11/2024.

* Atualizado o ano de 2023.

** JAN a SET/2024 em razão da latência de até três meses na carga de dados.

Avaliação dos Indicadores da produtividade cirúrgica

Em que pese a crescente redução do quantitativo de profissionais especializados, no ano de 2024, foi possível observar a manutenção dos patamares anuais de cirurgias realizadas. O Instituto realizou uma média de 589 cirurgias/mês reforçando a sua capacidade de ser a unidade líder do País, com a maior produtividade em alta complexidade na especialidade de Ortopedia e Traumatologia. Cabe registrar que a produtividade cirúrgica vem sofrendo impactos negativos, relacionados a este déficit progressivo de pessoal, por conta do histórico de dez anos de aposentadorias, exonerações, vacâncias, demissões e movimentações compulsórias para outros órgãos, sem reposição por meio de concursos ou outras formas de contratação permanente, face a especificidade da expertise necessária. O déficit de profissionais inclui tanto profissionais diretamente ligados à assistência do paciente, quanto funcionários administrativos, que também contribuem para a manutenção da oferta cirúrgica e ambulatorial, em razão do desenvolvimento de atividades essenciais (compras, contratações e gestão de pessoas), que necessitam de acesso exclusivo para ingressar nas plataformas gov.br requeridas nas rotinas de trabalho, com acesso exclusivo aos servidores efetivos ou a contratados de forma temporária (CTU/Nerj), sendo excluídos os profissionais terceirizados.

Tabela 64 – Cirurgias realizadas em paciente advindos do trauma referenciado (Transferência leito a leito) – 2024

N.º de Pacientes Avaliados (NIR)	N.º de Cirurgias Realizadas em Pacientes Fora da Lista de Espera (NIR)	N.º de Cirurgias de Alta Complexidade (AC)	% de Alta Complexidade
966	916	277	30,2%

Fonte: Núcleo Interno de Regulação (NIR) e Sistema de Informação. Data da apuração 7/1/2025.

Impactos da transferência leito a leito

O crescente número de pacientes com trauma ortopédico transferidos para o Into, originários de outras unidades de saúde (municipais, estaduais e federais) referenciados pelo Sistema Estadual de Regulação (SER), impacta negativamente a capacidade de atendimento dos pacientes que aguardam nas filas por cirurgias ortopédicas no Instituto. Outro fator relevante é o desvio na priorização de cirurgias realmente complexas, considerando que apenas 30,2% das cirurgias realizadas nestes pacientes

são de alta complexidade, o que além de reduzir a celeridade de chamada para os pacientes que aguardam por cirurgias eletivas, reduz a taxa de alta complexidade do Instituto.

Além disso, as 916 cirurgias realizadas nestes pacientes prejudicaram os resultados dos indicadores assistenciais de Tempo Médio de Permanência (TMP), em razão do longo período de internação quando comparado aos pacientes das filas e o indicador de Giro de Leitos (GL), além de aumentar a utilização de insumos, inclusive derivados de sangue e antibióticos de alto custo.

Indicadores de Reabilitação

Tabela 65 – Atendimentos das áreas de fisioterapia e reabilitação – 2019 a 2024

ÁREA	2019	2020*	2021	2022	2023	2024
FISIOTERAPIA	23.335	10.113	13.009	11.849	13.407	13.112
REABILITAÇÃO		11.763	11.694	13.516	13.464	17.122
HIDROTERAPIA	454	-	-	-	-	-
TERAPIA OCUPACIONAL	14.187	-	-	-	-	-
TOTAL REABILITAÇÃO	37.976	21.876	24.703	25.365	26.871	30.234

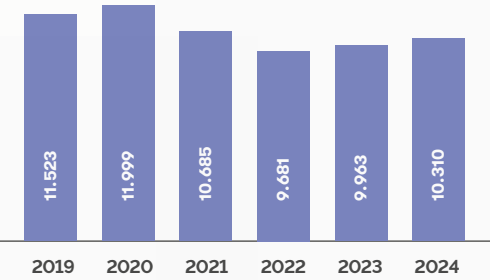
Fonte: Sistema de Gestão WEB (SGWEB). Extração em 9/1/2025 e Área de Reabilitação.
Nota1: a partir de 2020 a produção de fisioterapia foi separada da produção de reabilitação.
Nota 2: a produção de hidroterapia está contemplada em fisioterapia e a de terapia ocupacional em reabilitação.

Avaliação dos indicadores de reabilitação

A área de reabilitação (Areab), até novembro de 2024, dispensou o total de 308 próteses e 730 órteses, tanto aos pacientes Into como aqueles encaminhados pelo Sistema Estadual de Regulação (SER). Essa área, que não se limita à dispensação destes materiais, depende da atuação dos profissionais de terapia ocupacional para realização do treinamento para utilização das próteses e a avaliação dos casos em que ocorre a mudança no nível de amputação e também enfrenta limitação quantitativa de profissionais para atender à crescente demanda de pacientes atendidos pelo serviço de órteses sob medida, principalmente devido à necessidade de aplicar algum tipo de órtese para compensação de dismetrias adquiridas pós-acidente grave ou pós-infecção e a perdas de segmento ósseo, ao final do tratamento ortopédico.

Indicadores de acesso ao tratamento cirúrgico ortopédico

Gráfico 47 – Pacientes ativos na lista de espera



Fonte: Núcleo Interno de Regulação (NIR/Into). Dados em 16/1/2025.

Tabela 66 – Consulta de primeira vez nos centros de atenção especializada – 2019 a 2024

Ano	Consultas			Percentual		
	Disponibilizadas	Agendadas	Realizadas	Agendadas / Disponibilizadas	Realizadas/agendadas	Realizadas / disponibilizadas
2019	13.242	10.151	7.820	76,7%	77,0%	59,1%
2020	7.566	5.145	3.796	68,0%	73,8%	50,2%
2021	9.994	7.273	5.313	72,8%	73,1%	53,2%
2022	12.610	8.839	6.738	70,1%	76,2%	53,4%
2023	13.552	11.833	9.497	87,3%	80,3%	70,1%
2024	12.103	10.391	8.471	85,9%	81,5%	70%

Fonte: Núcleo Interno de Regulação (NIR/Into). Dados em 16/1/2025.

A lista de espera de pacientes ativos aguardando para cirurgias no Into encerrou o ano com 10.310 pacientes, concentrados nas subespecialidades de Coluna, Joelho e Quadril. A resultante de menos 704 pacientes no quantitativo global nas listas de espera, no ano de 2024, deve-se às ações continuadas aplicadas ao longo do exercício, com destaque para:

- i. reuniões sistemáticas do Comitê para Monitoramento da Lista de Espera para Cirurgia;
- ii. revisão das subfilas dos grupos da Coluna e do Joelho; e
- iii. continuidade do modelo de "Fast Track" utilizado para otimizar o processo cirúrgico.

As revisões das listas de espera também foram positivamente impactadas pela inativação dos pacientes que optaram pela desistência da proposta cirúrgica, pela perda da indicação ou, até mesmo, pela resolução dos casos por meio de cirurgias realizadas em outras unidades de saúde.

As consultas de primeiro atendimento disponibilizadas para o Serviço Estadual de Regulação (SER) apresentaram o resultado de 70% no índice de aproveitamento.

Indicadores de Transplantes de Multitecidos

Tabela 67 – Indicador de captação

Captação Tecidos (n.º de doadores)	2019	2020	2021	2022	2023	2024
n.º de captações de tecido musculoesquelético	32	22	43	39	54	56
n.º de captações de tecidos oculares	102	39	114	162	297	319
n.º de captações de pele	7	18	33	32	25	36

Fonte: Área de Transplantes de Multitecidos (Copes/Into). 14/1/2025.

Tabela 68 – Indicador de disponibilização

Disponibilização de Tecidos (quantidade de peças)	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Tecido Musculoesquelético-Osso	483	445	653	836	650	782
Tecido Musculoesquelético-Tendão	124	78	151	162	138	208
Tecido Musculoesquelético-Osteocondral	14	2	7	12	6	4
Tecido Ocular-Córneas	138	51	167	227	463	397
Tecido Ocular-Escleras	58	33	73	71	47	18
Pele (cm²)	12.074	3.639,75	23.292,5	7.836,5	16.861	10.907

Fonte: Área de Transplante de Multitecidos (Copes/Into). Extração em 16/12/2024.

*Valor analisado até 16/12/2024.

O Banco de Multitecidos do Into apresentou resultados de produtividade que refletem diretamente a aceitação das famílias quanto à doação de tecidos. Em 2024, foi possível superar o histórico de captações de tecido musculoesquelético (TME), totalizando 56 captações. Em relação à disponibilização de outros tecidos observa-se:

Tecido Musculoesquelético – No ano de 2024, foram disponibilizados tecidos musculoesqueléticos para 14 estados da Federação – AL, ES, GO, MA, MG, MS, PA, PI, PR, RJ, RO, RS, SC e SP, além do Distrito Federal, sinalizando o cumprimento das metas com índices acima de 99%, com destaque para a disponibilização dos tecidos ósseos e tendinosos, que superaram o quantitativo de 2023.

Tecido Ocular – Foi realizada a captação de tecidos oculares em 333 doadores, representando 111% da meta recentemente incrementada de 15 para 25 doadores/mês. Mesmo com a ampliação da meta foi possível manter elevados índices quando se trata de córneas e, se comparado a igual período de 2023, o acumulado alcançou 112% de doadores captados e 415 tecidos disponibilizados.

Tecido Cutâneo (pele) – Houve incremento do número de captações, viabilizando o atendimento integral das requisições recebidas para disponibilização.

O incremento no número de captações impactou positivamente a distribuição de tecidos. A adoção de estratégias fomentando a temática doação-transplante em diversos níveis foi um ponto crucial para atender o maior número de pacientes que aguardavam por transplante.

EIXO – PROTEÇÃO, PREVENÇÃO E VIGIÂNCIA

Tabela 69 – Atividades de prevenção em saúde

Indicador	2019	2020	2021	2022	2023	2024
N.º de campanhas de prevenção realizadas pela Comissão de Quedas – foco nos pacientes	5	2	2	2	2	2
N.º de campanhas de prevenção realizadas pela Área de Saúde do Trabalhador (Arsat) – foco nos profissionais	17	32	39	22	23	14
N.º de atividades de prevenção realizadas por meio do Programa Fortalecer – foco no público infantil e suas famílias	36	18	16	15	14	12
N.º de ações relacionadas à educação e à prevenção em saúde – foco na população	-	-	-	13	7	13
Total de atividades de prevenção realizadas	58	52	57	52	46	41

Fonte: Área Saúde do Trabalhador; Comissão de Quedas; Coordenação de Projetos Especiais. Extração em 17/12/2024.

O Into desenvolveu projetos e atividades focados na educação em saúde, visando à prevenção de doenças e a promoção da saúde em Ortopedia e Traumatologia. Em 2024, foram realizadas ações estratégicas voltadas ao público infantil e às suas famílias por meio do Programa Fortalecer, que promove educação em saúde com foco na prevenção de doenças crônicas e acidentes na infância.

Outras ações voltadas para a sociedade, com ampla divulgação nas redes sociais e cobertura da mídia, abordando temas relevantes como acidentes de trânsito, reabilitação, acessibilidade, deformidades na coluna e tumores ósseos reforçaram o compromisso do Into com a educação em saúde e a disseminação de informações fundamentais para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira.

EIXO – ENSINO, PESQUISA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

O ano de 2024 foi decisivo para reafirmar o compromisso do Instituto com a excelência em ensino, pesquisa e inovação, consolidando sua posição como referência no cenário científico nacional e internacional. Além do número expressivo de treinamentos realizados pela área de educação permanente, a área de pesquisa

do Instituto apresentou aumento significativo tanto do número quanto da qualidade de artigos científicos publicados em revistas indexadas, totalizando 34 publicações, que consolidam a relevância acadêmica do instituto. O crescimento expressivo da participação do Into em eventos científicos nacionais e internacionais também evidencia seu protagonismo no compartilhamento de conhecimentos.



80 residentes distribuídos nas especialidades:
42 residentes em ortopedia e traumatologia
4 em cirurgia da mão
8 em farmácia
9 em enfermagem
17 em residência multiprofissional



3.482 total de treinamentos em educação permanente:
1.231 na modalidade presencial
1.046 na modalidade presencial com simulação realística
1.205 em EaD



6 alunos nos cursos de mestrado
33 alunos do curso de aperfeiçoamento médico
49 alunos do curso de aperfeiçoamento multiprofissional



172 servidores com título de mestrado
61 servidores com título de doutorado

Fonte: Divisão de Ensino e Pesquisa (Coenpi/Into). Extração em 20/12/2024*Valor analisado até 30/11/2024.

Tabela 70 – Indicadores de pesquisa

INDICADOR	2019	2020	2021	2022	2023	2024
N.º de projetos científicos em andamento	60	52	61	61	74	56
N.º de projetos científicos concluídos	12	8	20	14	14	8
Artigos científicos publicados em revistas nacionais e internacionais indexadas	32	45	28	23	30	34
Apresentações em eventos científicos nacionais e internacionais	11	15	30	47	57	66

Fonte: Divisão de Ensino e Pesquisa (Coenpi/Into). Extração em 20/12/2024.

EIXO – TECNOLOGIAS/INOVAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO OU DESENVOLVIDAS

O protagonismo do Into neste eixo pode ser constatado por meio de iniciativas e atividades desenvolvidas por meio de ações estratégicas de inovação e projetos:

Inovação

NIT-Into (Núcleo de Inovação Tecnológica/Into)

- i. Desenvolvimento de seis ativos de propriedade intelectual passíveis de registro e comercialização.
- ii. Mapeamento de serviços técnicos para a comunidade acadêmica e profissional.
- iii. Criação da Comissão Permanente de Análise de Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I).
- iv. Elaboração da norma de relacionamento com fundações de apoio.
- v. Elaboração da norma de concessão de bolsas.
- vi. Criação dos fluxos de projetos de CT&I.
- vii. Elaboração de pareceres e apoio ao pesquisador em processos que envolvem Acordo de Parcerias.
- viii. Estruturação do Documento Norteador de CT&I (Política de Inovação).
- ix. Elaboração de termos de outorga de uso de laboratórios, equipamentos, instrumentos, materiais e demais instalações existentes nas dependências de Instituição Científica, Tecnológica e de Inovação (ICT).

Tabela 71 – Nats-Into (Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde)

Nome do indicador	2019	2020	2021	2022	2023	2024
N.º de demandas internas e externas em ATS ao Nats.	5	6	9	11	5	7
Percentual de respostas às demandas internas e externas em ATS ao Nats.*	-	-	-	-	80%	57%

Fonte: Divisão de Ensino e Pesquisa (Coenpi/Into). Enviado em 27/12/2024.
*Indicador utilizado a partir de 2023.

O Núcleo de Avaliações de Tecnologias em Saúde (Nats) do Into recebe demandas internas e externas e, em 2024, avaliou a proloterapia com dextrose hipertônica para osteoartrite de joelho, estruturou uma linha de cuidado para osteoartrite de joelho e quadril baseada em diretrizes terapêuticas e, junto à Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT), iniciou o desenvolvimento de um estudo para a incorporação da prótese reversa do ombro junto à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec). Entre as demandas realizadas ao final de 2023 e respondidas em 2024, está a solicitação da Área de Infecção Hospitalar (AINFH) para avaliar a eficácia da Rifampicina no tratamento da osteomielite. O relatório foi escalonado como prioridade menor, pois o antibiótico já está incorporado no Instituto, sendo utilizado como esquema terapêutico desde 2006. Outra demanda de 2023 foi a análise da eficácia da Triancinolona hexacetona para o tratamento da osteoartrite pós-traumática. Além disso, para 2025, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), serão atualizadas as Diretrizes Brasileiras para o tratamento de fratura do colo do fêmur em idosos, sob demanda do DGITS/Sectics/MS.

Projetos em desenvolvimento

➤ **Projetos de Saúde Digital** – Na esfera de atendimentos em saúde mediados por tecnologias digitais, foram implementados dois projetos-piloto de transformação digital, abordando experiências na avaliação de alternativas eficazes para melhorar o atendimento dos pacientes nos grupos do joelho e do quadril. O primeiro eixo de atuação foi voltado para ampliação da oferta de consultas remotas (teleconsultas) entre os profissionais de saúde e os pacientes atendidos pelo programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), diminuindo a necessidade de deslocamentos, o que resultou na redução, tanto de custos financeiros quanto de custos sociais envolvidos no processo de deslocamento de pacientes de outros estados para o Into. O segundo eixo abordou a melhoria no processo de agendamento de consultas de retorno, por meio da marcação por aplicativo (WhatsApp), lançado como alternativa para contato dos pacientes com a Central de Atendimento Telefônico, no formato assíncrono, disponibilizando uma maneira prática e ágil para registrar o pedido de marcação da consulta.

➤ **Projeto “Eu Vou”** – Projeto lançado em parceria com o Rio Ônibus, com o objetivo de facilitar a mobilidade das pessoas com deficiência (PCD) no uso do transporte público. A iniciativa reforça as medidas de promoção à acessibilidade, inclusão e anticapacitismo, por meio do treinamento dos pacientes e motoristas no acesso ao ônibus modelo, disponibilizado para utilização nas instalações do Into. Foi um esforço conjunto para garantir o direito de uso do transporte público como opção viável e acessível aos pacientes em reabilitação, além de representar uma tentativa de conscientizar a sociedade da necessidade de melhoria das condições de transporte público para pacientes com deficiências.

➤ **Projeto de Avaliação e Confirmação da Indicação de Cirurgia para pacientes que aguardam consulta ortopédica na Regulação do Estado (SER)** – Projeto que tem por objetivo auxiliar o Estado na avaliação dos pacientes que aguardam por consultas de primeira vez na subespecialidade de joelho, junto a Central Estadual de Regulação da SES/RJ, visando confirmar as indicações cirúrgicas, identificar a necessidade de atualização de exames de imagem e disponibilizar orientação direta aos pacientes. O êxito deste projeto-piloto indicará a possibilidade de estender a proposta às demais subespecialidades ortopédicas, em consonância ao Programa Nacional de Redução do Tempo de Espera para consultas e procedimentos cirúrgicos eletivos (PNRF).

➤ **Projeto “Pelas Mãos”** – Consolidação do projeto de confecção de próteses para pacientes com amputação parcial de membros superiores, utilizando tecnologia 3D, a fim de proporcionar o seu retorno mais célere às atividades diárias e a melhoria de sua qualidade de vida.

➤ **Observatório do Trauma** – Projeto 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, seus desdobramentos e os resultados dos tratamentos utilizados.

➤ **Projeto do Trauma do Idoso** – Projeto que disponibiliza leitos para o tratamento cirúrgico de idosos com fratura de fêmur, transferidos de outras unidades de saúde, municipais, estaduais e federais, dentro de 48 horas, com o propósito de melhorar o resultado do tratamento e consequentemente, a qualidade de vida desses idosos.

➤ **Centro Nacional de Análise de Explantes (Cnaex)** – Projeto em parceria com o Laboratório de Biomecânica da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com a finalidade de realizar análise mecânica dos explantes retirados de artroplastias malsucedidas. Reconhecido como uma das unidades que mais realiza revisão de artroplastias, cabe ao Into realizar a análise clínica e à UFSC realizar a análise mecânica destes explantes. Atualmente, é realizado o registro e a catalogação de 100% dos explantes coletados em cirurgias de revisão de quadril e joelho no Instituto, investigando de forma minuciosa, apenas os casos de revisão precoce ocorridas em até cinco anos de uso e que tenham potencial relação com efeitos ou características associadas ao dispositivo médico implantado.

2.3 Vigilância em Saúde e Ambiente

2.3.1 Imunização

Em 2024, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) enfrentou desafios significativos, mas também alcançou avanços notáveis na ampliação da cobertura vacinal e na gestão do programa. O PNI priorizou ações e estratégias visando manter as coberturas vacinais alcançadas, e 15 das 16 vacinas do calendário infantil ultrapassaram os percentuais do ano anterior, com algumas vacinas atingindo coberturas superiores a 90%. Além disso, a vacinação contra a poliomielite atingiu a meta de cobertura na dose de reforço, um avanço significativo em relação aos anos anteriores.

Apesar dos desafios enfrentados, o combate à desinformação e a melhoria na logística de distribuição de vacinas foram aspectos essenciais para garantir a proteção da população contra doenças imunopreveníveis. Ao longo do ano, foram realizadas ações de vacinação nas fronteiras, vacinação nas escolas, Monitoramento das Estratégias de Vacinação contra a Poliomielite e o Sarampo no Brasil (MEV) e continuidade das ações do microplanejamento.

O impacto do microplanejamento já pode ser observado: além do aumento da cobertura vacinal de 15 vacinas recomendadas para crianças menores de 1 ano e com 1 ano de idade, melhorias têm sido observadas tanto na identificação de fragilidades nos processos de trabalho dos profissionais envolvidos na imunização quanto na proposição de soluções, além de maior eficácia das campanhas de vacinação.

O aprimoramento dos sistemas de informação foi outro foco central em 2023-2024. O Ministério da Saúde padronizou as regras de registro de doses e centralizou os dados na Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). A integração entre sistemas como o e-SUS e o novo Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) possibilitou o registro mais eficiente e preciso das doses aplicadas, vinculando cada aplicação ao Cadastro de Pessoa Física (CPF) do indivíduo. Esse aperfeiçoamento visa não apenas melhorar o monitoramento em tempo real, mas também reduzir o desperdício de recursos públicos e diversificar a apresentação dos imunobiológicos para otimizar seu uso.

Em 2024, a integração da RNDS com outras plataformas de dados de saúde pública foi ampliada, permitindo uma visão mais clara da situação vacinal em cada território. No entanto, ainda há desafios relacionados à consistência e à qualidade dos dados, sendo necessários esforços contínuos para corrigir inconsistências e aprimorar o fluxo de informações.

O ano de 2024 foi marcado por um esforço conjunto entre gestores municipais, estaduais e federais para superar essas barreiras, com o uso de estratégias de comunicação e mobilização social. O fortalecimento do microplanejamento e a constante evolução da RNDS são passos fundamentais para garantir a eficácia das campanhas de vacinação e a proteção da população contra doenças evitáveis.

2.3.1.1 Farmacovigilância de imunobiológicos

O Ministério da Saúde realiza o monitoramento da segurança das vacinas de forma contínua e sistemática. A farmacovigilância de vacinas é o processo de detecção, avaliação, compreensão, prevenção e comunicação de qualquer problema relacionado à vacinação, incluindo os Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (Esavi), que são de notificação compulsória no País.

Destaca-se a ampliação de análises quantitativas com técnicas de mineração de dados para integrar novas tecnologias na detecção de sinais de segurança. Esse avanço permite identificar, de forma mais célere, eventos raros, inesperados ou alterações no padrão de eventos conhecidos. Registra-se, também, a expansão da capacitação de profissionais de saúde, aprimorando a identificação, a notificação e a avaliação de causalidade dos Esavi. Além disso, houve um aumento no número de Comitês Estaduais de Farmacovigilância de Vacinas e Imunobiológicos (Cefavi), totalizando dez comitês formalmente instituídos em todo o território nacional.

Entre as iniciativas estratégicas implementadas, destaca-se a implementação do monitoramento e do combate à desinformação sobre a segurança das vacinas por meio dos projetos "Saúde com Ciência" e "Detecção de Narrativas Antivacinação (DNA)". Essas iniciativas têm como objetivo desmascarar e refutar informações falsas sobre as vacinas, fortalecendo a confiança da população, diminuindo a hesitação vacinal e incentivando maior participação nas campanhas de imunização.

Os dados preliminares do monitoramento de indicadores de farmacovigilância de vacinas no Brasil, apresentados a seguir, mostram avanços em algumas áreas, mas também destacam desafios que precisam ser enfrentados. Em 2023, a sensibilidade do sistema para a detecção de Esavi superou a meta, atingindo 18,5 notificações por 100 mil doses administradas, com um incremento para 19,7 notificações em 2024. No entanto, observou-se redução na oportunidade de investigação dos casos graves, que passou de 59,3% em 2023 para 55% em 2024. Além disso, a qualidade dos dados de Esavi graves apresentou um declínio, com 79,4% dos casos encerrados com avaliação de causalidade válida em 2023, caindo para 67,4% em 2024.

É importante ressaltar que esses dados são preliminares e estão sujeitos a alterações. Ainda assim, reforçam a importância do monitoramento contínuo e rigoroso para garantir a qualidade e a oportunidade da vigilância da segurança das vacinas em uso no País, assegurando maior confiança e segurança à população.

Tabela 72 – Indicadores e metas de monitoramento para o Sistema de Farmacovigilância de Vacinas no Brasil – 2023 e 2024

Metas	2023	2024
Aumentar a sensibilidade do sistema para a detecção de Esavi (pelo menos 10 casos de Esavi notificados a cada 100 mil doses administradas).	18,5 notificações por 100 mil doses administradas	19,7 notificações por 100 mil doses administradas
Promover a oportunidade da investigação dos Esavi graves notificados (pelo menos 60% dos casos investigados em até 48 horas da notificação).	59,3%	55,0%*
Melhorar a qualidade dos dados dos Esavi graves investigados (pelo menos 80% dos casos encerrados com avaliação de causalidade válida).	79,4%	67,4%*

Fonte: DPNI/SVSA/MS.
*Dados preliminares, sujeitos à alteração.

2.3.1.2 Vigilância das doenças imunopreveníveis

A área de imunização desempenha um papel crucial no monitoramento de uma variedade de doenças imunopreveníveis, incluindo covid-19, influenza, vírus sincicial respiratório, rinovírus e outros vírus respiratórios, doenças exantemáticas (como sarampo, caxumba, rubéola, rubéola congênita), difteria, tétano e coqueluche, meningites, poliomielite e paralisias flácidas agudas, condições pós-covid, síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P) e síndrome inflamatória multissistêmica em adultos (SIM-A).

Entre os principais avanços, destacam-se a recertificação da eliminação do sarampo em 2024, a manutenção da eliminação da rubéola, da síndrome da rubéola congênita e do tétano neonatal como problema de saúde pública, além dos 35 anos da ocorrência do último caso de poliomielite no Brasil. Também se destaca a implantação da vigilância da doença invasiva e as diretrizes para enfrentamento das meningites até 2030.

Em 2024, o Brasil enfrentou desafios significativos no campo da vigilância epidemiológica, demandando esforços coordenados e respostas rápidas do Ministério da Saúde. O aumento dos casos de coqueluche no País mobilizou equipes do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (EpiSUS) em São Paulo, Minas Gerais, Paraná e Distrito Federal, que conduziram investigações e auxiliaram na resposta às demandas locais. Reuniões com representantes das 27 unidades federativas foram realizadas para alinhar estratégias, enquanto notas técnicas foram elaboradas para orientar ações de prevenção e manejo da doença. Além disso, webinários foram promovidos para capacitar profissionais de saúde, apesar da escassez de medicamentos para tratamento e quimioprofilaxia da coqueluche, um desafio adicional enfrentado pelas equipes de saúde pública.

Paralelamente, surtos de doença meningocócica pelo sorogrupo B nos estados de Alagoas e Pará desencadearam ações rápidas e coordenadas entre Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Secretarias de Atenção Primária e Especializada, as quais incluíram discussões técnicas com especialistas, capacitações voltadas à vigilância epidemiológica e diagnóstico laboratorial, além de atividades para implementar a assistência dos casos. Ainda foram mobilizadas equipes do EpiSUS para investigar os surtos, além da realização de visitas técnicas aos estados afetados. Entre os desafios encontrados, podemos citar a escassez de medicamentos para quimioprofilaxia e a necessidade de implementação de um protocolo de sepse para os casos de doença meningocócica.

Em 2024, foi implantado o piloto da Vigilância Sentinela da Doença Invasiva por *Haemophilus influenzae* (Hi) e *Streptococcus pneumoniae* (Sp) (DPI e DIHi), de base laboratorial, com investigação epidemiológica, além da elaboração e publicação das *Diretrizes para Enfrentamento das Meningites até 2030*.

Outro episódio de grande relevância foi a detecção de poliovírus derivado de vacina (PVDV) na Guiana Francesa, região de fronteira com o município de Oiapoque, no Amapá. Frente a esse cenário, foi realizada a intensificação da busca ativa institucional e comunitária, inquéritos coprológicos em crianças menores de 5 anos e monitoramento de circulação do poliovírus em águas residuais. Equipes estaduais e municipais

foram capacitadas para lidar com a situação, e o EpiSUS novamente desempenhou papel crucial ao conduzir investigações no local, garantindo uma resposta coordenada e eficaz. O inquérito coprológico não detectou nenhum poliovírus nas crianças, e a busca de casos descartou poliomielite em todos os casos de paralisia flácida encontrados. O monitoramento em águas residuais ainda se encontra em andamento.

Casos importados de sarampo, associados ao alto fluxo de migrantes, reforçaram a importância de campanhas de vacinação fortalecidas e ações aprimoradas de vigilância epidemiológica. Oficinas foram realizadas para preparar equipes à resposta rápida frente a casos suspeitos no contexto do período pós-eliminação. Além disso, reuniões com as 27 unidades federativas foram realizadas para reforçar estratégias regionais de controle e vacinação, garantindo uma abordagem integrada e abrangente. Essas ações, embora desafiadoras, reafirmam o compromisso do DPNI com a proteção da saúde pública e o fortalecimento das políticas de imunização em todo o território nacional.

Em relação à comunicação, foram construídos os painéis da situação epidemiológica para doenças exantemáticas, coqueluche, tétano acidental, difteria, paralisias flácidas agudas, meningites, em parceria com o Centro Nacional de Inteligência Epidemiológica (Cnie), disponíveis pelo link:

 <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie>

Ainda foram publicados cards e vídeos educativos nas redes sociais do Ministério da Saúde, para diferentes doenças imunopreveníveis, além da realização e participação em webinários, reuniões e oficinas.

2.3.1.3 Campanhas e estratégias de vacinação

Em fevereiro de 2023, foi lançado o Movimento Nacional pela Vacinação, visando fortalecer as ações de vacinação em todo o território nacional, incluindo a campanha contra a covid-19 e outros imunizantes do Calendário Nacional de Vacinação, visando reverter o cenário desfavorável das coberturas vacinais de rotina do público infantil.

Uma das principais iniciativas de 2023 realizadas foi o microplanejamento (MP), que parte do reconhecimento da realidade local, considerando as características sociodemográficas, econômicas, sociais e as necessidades dos municípios e das suas menores divisões, como a área de abrangência de uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da Unidade Básica de Saúde (UBS), fortalecendo a descentralização e a territorialização.

Em 2024, importantes avanços foram realizados no campo da vacinação, no Calendário Nacional de Vacinação, como a substituição da vacina oral poliomielite bivalente (VOPb) pela inativada (VIP). Essa transição foi realizada com a logística reversa das doses restantes, fortalecendo a segurança e a eficácia da imunização.

Ainda, adotou-se a recomendação de dose única da vacina papilomavírus humano quadrivalente (vacina HPV4), para crianças e adolescentes imunocompetentes de 9 a 14 anos de idade, e ampliou-se o uso da vacina para pessoas portadoras de papilomatose respiratória recorrente (PRR), além da recomendação da estratégia de resgate de adolescentes não vacinados contra HPV, entre 15 e 19 anos de idade. Ressalta-se que apenas a dose única é contemplada no Calendário, as demais indicações da vacina HPV estão recomendadas como vacinação em situações especiais.

Referente às vacinas Covid-19, em maio de 2024, foi publicado informe sobre a atualização das vacinas com cepa XBB para públicos elegíveis, incluindo crianças para vacinação de rotina. Em dezembro, a recomendação de vacinação contra a covid-19 foi atualizada, com a incorporação da vacinação de pessoas a partir de 60 anos e gestantes no Calendário Nacional de Vacinação e demais públicos na vacinação especial.

Atualizaram-se as indicações da vacina rotavírus humano G1P[8] (vacina rota), com vistas a oportunizar a vacinação de crianças não vacinadas conforme recomendação do Calendário Nacional de Vacinação, porém ainda em idade elegível para uso desse imunizante. Para crianças com doença invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo B, adotaram-se novas orientações para uso da vacina HiB monovalente, disponibilizada nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie). Ainda no que concerne à vacinação de pessoas com condições clínicas especiais,

operacionalizadas nos Crie, divulgou-se a 6ª edição do *Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais* (2023), atualizando indicações clínicas e ampliando unidades.

Entre as estratégias de vacinação operacionalizadas em 2024, destacaram-se a vacinação contra a poliomielite, a covid-19 e a influenza, incluindo ações específicas na Região Norte. Na Semana Saúde nas Escolas, com o tema "Defender a Vida, Ampliar a Vacinação e Promover uma Cultura de Paz", o PNI e a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) articularam estratégias que foram reforçadas com o Protocolo de Monitoramento das Estratégias de Vacinação 2024 (Protocolo MEV 2024) e oficinas regionais e estaduais de capacitação. Para intensificar a vacinação contra a febre amarela, foram realizados microplanejamentos em Roraima, São Paulo e Minas Gerais.

Houve o repasse de R\$ 150 milhões, conforme a Portaria GM/MS n.º 3.288, de 8 de março de 2024, para desenvolvimento da Estratégia Vacinação nas Escolas, da Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite e do Monitoramento das Estratégias de Vacinação.

Estratégias como a vacinação contra a dengue e a influenza em regiões específicas visaram monitorar e melhorar as coberturas vacinais.

A resposta a emergências em saúde pública incluiu a intensificação vacinal em 15 municípios do Amapá após a detecção de poliovírus derivado vacinal tipo 3 (cPVDV3) na Guiana Francesa, com varredura no Oiapoque e vacinação de crianças menores de 5 anos com VIP e VOPb. Históricos vacinais foram revisados, profissionais capacitados para abordar famílias hesitantes, e notas técnicas publicadas para uso da vacina Hepatite A (HAV) em surtos.

Destaca-se, ainda, o apoio ao Rio Grande do Sul, com orientações referentes às ações de vacinação no estado, durante o período da calamidade decorrente das enchentes/inundações ocorridas entre abril e maio de 2024.

As Câmaras Técnicas contribuíram para o fortalecimento das estratégias de vacinação, incluindo discussões direcionadas à recertificação da eliminação do Sarampo e Sustentabilidade da Eliminação da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) no Brasil e Reuniões de pactuações do Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde (GTVS) da Câmara Técnica da Tripartite.

Como continuidade das ações iniciadas em 2023, o Ministério da Saúde fortaleceu as políticas de imunização no Brasil, por meio de parcerias estratégicas e colaborações técnicas, a exemplo das ações com o *National Immunization Technical Advisory Groups* (NITAGs). Ainda, com o apoio da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), foram realizadas atividades para promoção da cultura da vacinação e parceria com a comunidade acadêmica. Outras parcerias importantes foram realizadas com organizações não governamentais como a Fundação Lado a Lado pela Vida e o Grupo Eva, que prestaram um extraordinário apoio ao Ministério, por intermédio da divulgação da importância e da segurança da vacina HPV.

2.3.1.4 Evolução das coberturas vacinais 2024

Nos últimos dois anos, uma série de ações tem sido implementada para reconstruir o Sistema Único de Saúde (SUS), reforçar a confiança nas vacinas e fortalecer a cultura de vacinação no País. Para o alcance dos resultados e o sucesso

das ações programadas, é necessário gerenciar a cadeia de suprimento do PNI de forma integrada e articulada inter e interinstitucional em todas as esferas de gestão do SUS, além de garantir a aquisição dos imunobiológicos de forma oportuna, o armazenamento e a distribuição dos insumos e preservando a qualidade e segurança.

A análise da cobertura vacinal em crianças menores de 2 anos de idade indica um aumento consistente nos índices. Esse progresso retirou o Brasil da lista de países com baixa cobertura vacinal, refletindo avanços nas políticas de saúde pública e nos esforços do Ministério da Saúde. A manutenção desse crescimento é essencial para proteger a população infantil e promover a saúde coletiva, conforme tabela a seguir:

Tabela 73 – Série histórica das coberturas vacinais, segundo imunobiológicos – 2019 a 2024

Imunobiológico	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
BCG	86,67	77,14	74,97	90,06	83,85	92,57
Hepatite B <30 dias	78,57	65,77	67,03	82,73	80,38	90,20
Rotavírus Humano	85,40	77,94	71,80	76,60	86,31	88,57
Meningococo C	87,41	79,23	72,17	78,63	88,86	87,33
Penta	70,76	77,86	71,53	77,24	85,97	88,77
Pneumocócica	89,07	82,04	74,84	81,51	88,98	92,04
Poliomielite	84,19	76,79	71,04	77,20	86,96	88,44
Febre Amarela	62,41	57,64	58,19	60,67	73,94	73,40
Hepatite A	85,02	75,90	67,54	72,99	83,41	84,26
Pneumocócica (1º ref)	83,47	72,14	66,14	71,54	83,70	92,50
Meningococo C (1º ref)	85,78	76,55	68,70	75,34	87,21	91,24
Poliomielite (1º ref)	74,62	69,30	60,50	67,71	78,49	87,99
Tríplice Viral D1	93,12	80,88	74,94	80,70	88,92	95,92
Tríplice Viral D2	81,55	64,27	53,20	57,64	66,42	79,76
DTP (1º ref)	57,08	77,21	63,65	67,45	78,56	86,06
Varicela	-	74,43	67,05	73,32	71,66	72,55

Fonte: DPNI/SVSA/MS.
*Dados preliminares, sujeitos à alteração.

2.3.2 Vigilância das Doenças Transmissíveis

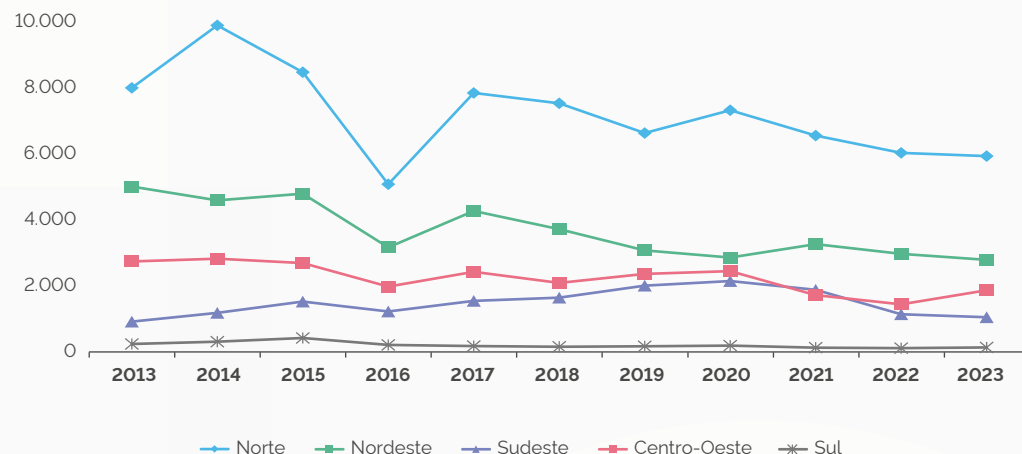
Leishmaniose tegumentar (LT)

No período de 2013 a 2023, foram confirmados 177.294 casos novos de LT no Brasil, com média anual de 16.118 casos novos. O coeficiente de detecção reduziu de 8,4 casos por 100 mil habitantes, no primeiro ano, para 6,36 casos por 100 mil habitantes, no último ano do período. Há registro de casos autóctones de LT em todas as unidades federativas do País, e 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, 67,48% (119.638/177.249) ocorreram nessas regiões.

No ano de 2024, foram realizadas as seguintes ações:

- Realização da campanha nacional em alusão à Semana Nacional de Controle e Combate às Leishmanioses.
- Realização do seminário de lançamento do Painel de Indicadores Epidemiológicos das Leishmanioses.
- Realização da oficina "Plano de ação para o fortalecimento da vigilância e controle das leishmanioses no Brasil – 2025-2030".
- Realização do webinar "Novas abordagens para o tratamento de pessoas com leishmaniose cutânea".
- Assessoramento para as ações de vigilância das leishmanioses nos estados do Pará e do Piauí.

Gráfico 48 – Casos de leishmaniose tegumentar – 2013 a 2023



Fonte: SVSA/MS.

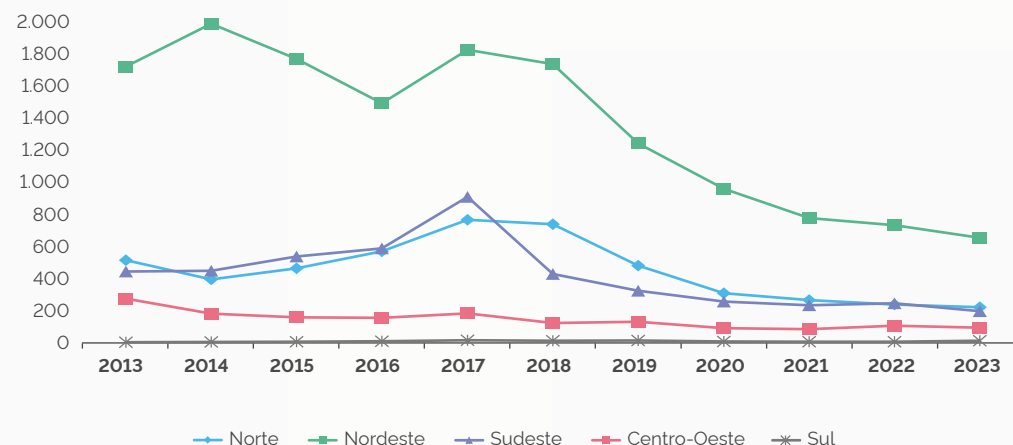
Leishmaniose visceral (LV)

No período de 2013 a 2023, foram registrados 29.754 casos de LV no Brasil, com média anual de 2.705 casos novos por ano, sendo observada redução de 45,9% no número de casos no ano 2023 em comparação ao ano de 2013.

A doença é autóctone em 24 unidades federativas do País, sendo ainda predominante na Região Nordeste, responsável por 44,7% do total de casos em 2023. Houve redução no coeficiente de incidência, passando de 1,58 casos por 100 mil

habitantes, no primeiro ano, para 0,72 casos por 100 mil habitantes no último ano de análise. No mesmo período, foram notificados 2.458 óbitos por LV, com uma taxa de letalidade de 9,8%. Até dezembro de 2024, foram confirmados 381 casos novos de LV nos 188 municípios prioritários, o que representou redução de 43,3% de casos novos nesses municípios, comparado ao índice de referência (2022). Desses 188 municípios, 53 (28,2%) iniciaram pelo menos o primeiro ciclo de encoleiramento.

Gráfico 49 – Casos de leishmaniose visceral – 2013 a 2023



Fonte: SVSA/MS.

No ano de 2024, foram alcançados os seguintes avanços:

- Distribuição de 442.264 unidades de coleiras impregnadas com inseticida para uso por cães para prevenção da leishmaniose visceral canina.
- Aquisição de 500 mil unidades de coleiras impregnadas com inseticida para uso por cães para prevenção da leishmaniose visceral canina, perfazendo um investimento de R\$ 8.630.000.
- Realização da campanha nacional em alusão à Semana Nacional de Controle e Combate às Leishmanioses.

- Realização do seminário de lançamento do Painel de Indicadores Epidemiológicos das Leishmanioses.
- Realização da oficina "Plano de ação para o fortalecimento da vigilância e controle das leishmanioses no Brasil – 2025-2030".
- Ampliação e descentralização do acesso ao teste rápido para diagnóstico da leishmaniose visceral humana em Unidades Básicas de Saúde.
- Assessoramento para as ações de vigilância das leishmanioses nos estados do Pará e do Piauí.

Raiva

O último caso de raiva humana causada por cães com a variante 1 (AgV1) foi registrado em 2015, no estado do Mato Grosso do Sul, próximo à fronteira com a Bolívia. Desde então, não se registraram casos de raiva humana por variante canina do vírus (AgV1 ou AgV2) no País.

Em 2024, foram registrados dois casos de raiva humana: o primeiro no Piauí, causado por um primata não humano com a variante associada a saguis, e o segundo no Tocantins, onde a variante identificada foi a relacionada aos morcegos hematófagos, com o provável agressor sendo um cão.

Entre as principais ações realizadas em 2024, destacam-se:

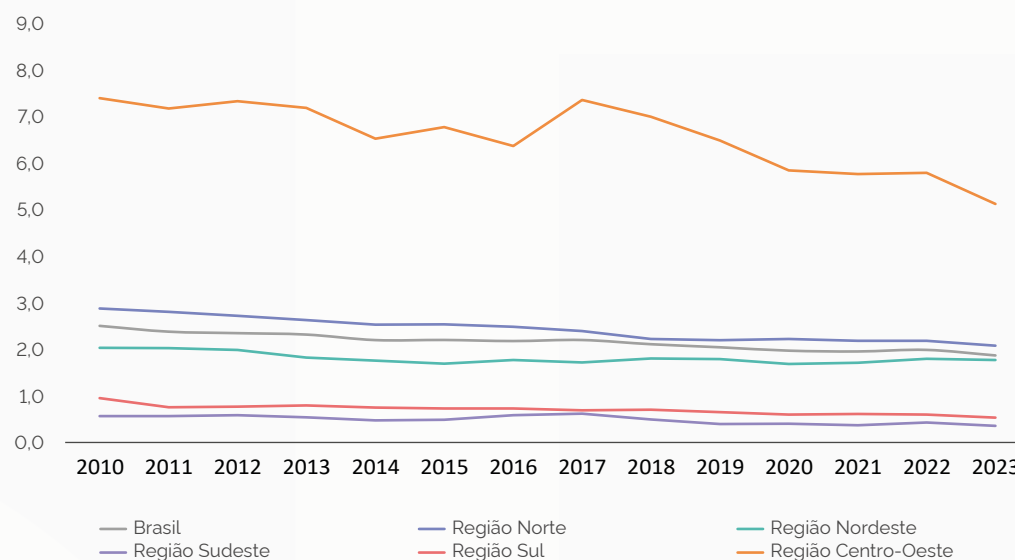
- Distribuição de imunobiológicos:
 - 1.909.860 doses de vacina antirrábica humana;
 - 69.764 ampolas de soro antirrábico humano; e
 - 76.730 ampolas de imunoglobulina humana.
- Lançamento da nova estratégia de vacinação pré-exposição contra a raiva para populações ribeirinhas e comunidades da Amazônia Legal com risco para transmissão de raiva por morcegos hematófagos.

- Realização de webinários para atendimento antirrábico humano para profissionais da saúde em geral e para os profissionais da Secretaria de Saúde Indígena (Sesai).
- Monitoramento do Plano de Contingência da Raiva nos estados do Mato Grosso do Sul e do Maranhão.
- Apoio para as ações de vigilância da raiva nos estados.
- Apoio no dia D de vacinação nacional contra a raiva canina nos municípios de fronteira Brasil-Bolívia: Corumbá/Ladário no Mato Grosso do Sul – Puerto Suarez/Puerto Quijarro na Bolívia (Termo de Cooperação Técnica).
- Ações de cooperação humanitária por meio de doações de imunobiológicos da raiva: soro, vacinas humana e canina.

Doença de Chagas

No período de 2016 a 2023, foram registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) 33.819 óbitos tendo como causa básica a doença de Chagas, com uma média de 4.227 óbitos e uma taxa média de mortalidade de 1,9/100 mil habitantes, conforme gráfico a seguir. Houve redução de 6,03% no número de óbitos para 2023 em comparação com o ano anterior.

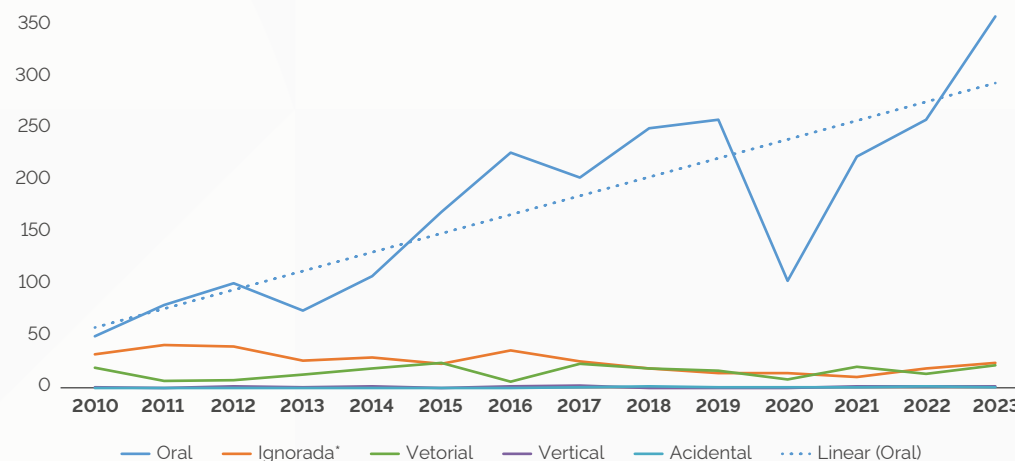
Gráfico 50 – Coeficiente de mortalidade de doença de Chagas – 2010 a 2023



Fonte: SVSA/MS.

Em relação à fase aguda, nesse período, registrou-se a média de 368 casos novos, sendo a forma oral a que apresentou o maior número de casos anualmente.

Gráfico 51 – Casos de doença de Chagas aguda, segundo provável forma de transmissão – 2010 a 2023



Fonte: Sinan. Dados de 2023 preliminares e sujeitos à alteração.

*Inclui campos em branco e o campo 6 – outra sem especificação.

Em 2023, foi iniciada a implantação da notificação da doença de Chagas crônica, no e-SUS Notifica, com a confirmação de 5.460 casos da doença.

Entre as principais ações realizadas em 2024, destacam-se:

- Apoio ao desenvolvimento dos projetos IntegraChagas e CUIDA Chagas, com o 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".
- Realização da campanha de mobilização alusiva ao Dia Mundial da Doença de Chagas – 115 anos da descoberta da doença de Chagas.
- Realização do webinar "115 anos da descoberta da doença de Chagas: uma trajetória do diagnóstico oportuno à integralidade do cuidado".
- Realização de dois treinamentos para a notificação da doença de Chagas crônica nos estados de Goiás e do Amazonas, totalizando as 27 unidades federadas treinadas. Ainda, realização de treinamentos virtuais para os estados do Rio de Janeiro e do Espírito Santo.
- Publicação do Boletim Epidemiológico *Análise Descritiva: um ano de implementação da notificação de doença de Chagas crônica no Brasil*.

- Apoio para as ações de vigilância da doença de Chagas nos estados.
- Realização da I Oficina Estadual de Mobilização para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical da Doença de Chagas, em Goiás, com o objetivo de viabilizar o encontro de profissionais de saúde e da sociedade civil, que estão inseridos direta ou indiretamente com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), visando à mobilização como fio condutor para discussão de estratégias de fortalecimento do diálogo e ações com foco na eliminação da transmissão vertical da doença de Chagas.
- Realização de teste-piloto para implementação da vigilância do óbito por doença de Chagas em Minas Gerais.
- Oferta de curso na plataforma UNA-SUS EaD – Curso sobre Doença de Chagas na Atenção Primária à Saúde, com matrículas até 20 de novembro de 2024, com 20 mil vagas.
- Oferta de módulo sobre a doença de Chagas no curso de extensão Educa DTN-VE – Educação Integral em Vigilância Epidemiológica e Cuidado às Doenças Negligenciadas e Infecciosas no Brasil, e curso autoinstrucional disponível na plataforma do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional (Proadi).

Cólera

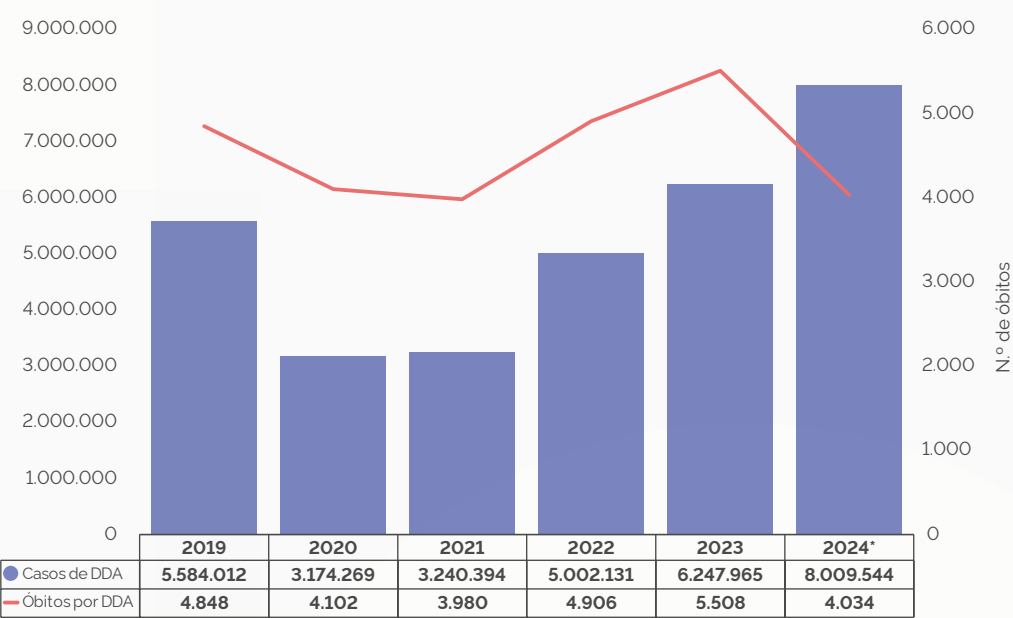
A cólera é uma doença infecciosa intestinal bacteriana aguda, com potencial epidêmico, causada pela enterotoxina do *Vibrio cholerae* O1 ou O139 e compõe as doenças diarreicas agudas (DDA). No Brasil, os últimos casos autóctones haviam ocorrido em Pernambuco entre os anos de 2004 e 2005, com 21 e 5 casos confirmados, respectivamente. Em 2024, foi confirmado laboratorialmente um caso de cólera autóctone no Brasil, no município de Salvador, na Bahia, com a identificação do agente *Vibrio cholerae* O1 Ogawa (toxigênico). Entre as principais ações realizadas em 2024, destacam-se:

- Publicação da Nota Técnica n.º 23/2024-CGZV/DEDT/SVSA/MS. Detecção de caso autóctone de cólera no Brasil e recomendações para o fortalecimento das vigilâncias epidemiológicas de doenças diarreicas agudas e da cólera (VE-DDA e VE-cólera).
- Realização de dois webinários: "Cólera: cenário epidemiológico atual e estratégias de vigilância, prevenção e controle no Brasil" e "Botulismo: cenário epidemiológico atual, estratégias de vigilância, prevenção e controle no Brasil".
- Resposta à detecção de caso autóctone de cólera no Brasil, após 18 anos, com apoio técnico à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab).

Doenças diarreicas agudas (DDA)

Observa-se um aumento significativo no número de casos monitorados, evidenciados especialmente nos anos de 2023 e 2024. Neste último, dados preliminares indicam um recorde de mais de 8 milhões de casos. Destaca-se, ainda, o crescimento no número de óbitos, que apresentou elevação expressiva desde 2023, alcançando mais de 5 mil mortes, conforme o gráfico a seguir. Observou-se melhoria na vigilância epidemiológica, evidenciada pelo aumento no número de Unidades Sentinela de Monitoramento de Doenças Diarreicas Agudas (US-DDA) que reportaram casos. No entanto, o aumento no número de óbitos é preocupante, considerando que o tratamento das DDA é relativamente simples, com ênfase na prevenção ou na correção da desidratação.

Gráfico 52 – Número de casos de DDA – 2019 a 2024



Fonte: Sivep-DDA/Ministério da Saúde.
*Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Entre as principais ações realizadas em 2024, destacam-se:

- Articulação com a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes) e Secretaria de Saúde Indígena (Sesai) para fortalecimento do manejo do paciente com diarreia com o objetivo de reduzir óbitos por doenças diarreicas agudas.
- Treinamentos virtual às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde sobre a vigilância das DDA.

Botulismo

No Brasil, a maioria dos casos notificados está diretamente relacionada à contaminação alimentar. No período de 2019 a 2024, foram confirmados 43 casos de botulismo; destes, oito evoluíram a óbito, destacando-se o ano de 2024 com 10 casos confirmados da doença.

Entre as principais ações realizadas em 2024, destacam-se:

- Publicação da Nota Técnica n.º 71/2024-CGVZ/DEDT/SVSA/MS. Informa sobre o surto de botulismo no estado da Bahia relacionada ao consumo de mortadela de frango.
- Resposta ao surto de botulismo na Bahia, com apoio à Sesab, bem como articulação técnica com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o Ministério da Agricultura.
- Webinário "Botulismo: cenário epidemiológico atual, estratégias de vigilância, prevenção e controle no Brasil".

Surtos de doenças de transmissão hídrica e alimentar (DTHA)

Surto de DTHA é o evento em que duas ou mais pessoas apresentam sinais e sintomas semelhantes após ingerirem alimentos e/ou água da mesma origem, exceto para botulismo e cólera, em que a identificação de apenas um caso já configura surto.

No Brasil, no período de 2015 a 2024, foram notificados 7.090 surtos de DTHA, com o envolvimento de 112.186 doentes e 10.970 hospitalizações. Os surtos ocorreram principalmente em residências (33,4%). O agente etiológico responsável pelos surtos foi identificado em apenas 22,2% dos surtos notificados, e o principal alimento incriminado foi a água.

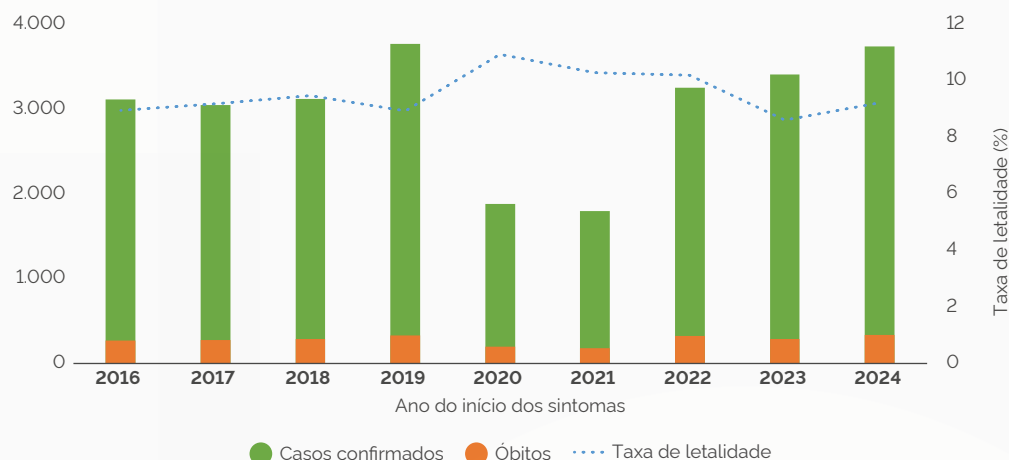
Entre as principais ações realizadas em 2024, destacam-se:

- Realizado treinamento para Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina sobre investigação de surtos por DTHA, em Florianópolis/SC.
- Atuação no Centro de Operações de Emergências – Chuvas Intensas e Inundações no Sul e na Sala de Situação de Mudanças Climáticas.

Leptospirose

Entre 2016 e 2024, foram confirmados 26.691 casos de leptospirose no Brasil, com uma média anual de 1.965 casos. Durante esse período, foram registrados 2.470 óbitos, resultando em uma taxa de letalidade média de 9%, a qual se manteve constante em 2024, conforme o gráfico a seguir.

Gráfico 53 – Casos confirmados, óbitos e taxa de letalidade por leptospirose – 2016 a 2024



Fonte: Sinan, 2024. Dados preliminares, sujeitos à alteração.

A seguir, destacam-se algumas ações realizadas em 2024:

- Apoio técnico ao estado do Acre durante as cheias de fevereiro e março de 2024, incluindo a ação do Expresso Leptospirose em Cruzeiro do Sul/AC e a realização de oficinas para a formação de agentes populares de saúde.
- Apoio técnico durante as enchentes no Rio Grande do Sul, com visitas técnicas, publicação de documentos orientativos e entrega de materiais técnicos voltados à conduta clínica e terapêutica para leptospirose.
- Participação ativa no Centro de Operações de Emergência (COE) do Rio Grande do Sul, criado em 2024.
- Criação de um painel de monitoramento de casos de leptospirose, divulgado nas mídias sociais do Ministério da Saúde, com apoio do Centro de Inteligência Epidemiológica e Vigilância Genômica.
- Criação de uma oficina com um grupo de trabalho de especialistas para discutir o uso da quimioprofilaxia em situações de enchentes.

Malária

O Brasil registrou 138.138 casos autóctones (com transmissão local) de malária em 2024, uma redução de 1,5% no número de casos autóctones de malária no País em relação a 2023, quando haviam sido registrados 140.265 casos, de acordo com dados preliminares. Destes casos, 26.860 foram provocados por *Plasmodium falciparum* e malária mista, um aumento de 10,5% em relação ao mesmo período do ano anterior, quando foram registrados 24.314 casos.

Ao analisar os dados de malária por estado da região amazônica no período, é possível identificar aumento de casos nos estados do Amazonas (passando de 58.659 para 63.949), Acre (de 5.212 para 5.499), Amapá (de 4.898 para 5.108) e Pará (de 23.850 para 24.174). Os estados que apresentaram redução no referido período foram o Tocantins (de 7 para 2 casos), Maranhão (de 66 para 30), Rondônia (de 11.821 para 7.749), Roraima (de 34.590 para 30.468) e Mato Grosso (de 1.132 para 1.131 casos).

Na região extra-amazônica, Bahia, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Rio Grande do Sul, Goiás, Mato Grosso do Sul e Santa Catarina apresentaram casos autóctones da doença no ano de 2024.

Em relação às áreas consideradas especiais na região amazônica, de acordo com dados preliminares, em 2024 foi observado aumento de casos autóctones em relação a 2023 nas áreas indígenas (de 55.955 para 59.428), rurais (de 46.659 para 47.266) e urbanas (de 9.213 para 9.306). Em áreas de garimpo, foi registrada redução dos casos (de 20.374 para 15.246), assim como em áreas de assentamento (de 6.824 para 6.085). O aumento dos casos em áreas indígenas deu-se em decorrência do aumento da detecção da doença com o fortalecimento das ações de diagnóstico e tratamento, que têm se mantido e levam a uma diminuição da subnotificação de casos.

Em comparação ao ano de 2022, o número de exames aumentou 86% em 2024, chegando a mais de 254 mil exames apenas na população Yanomami. Além disso, têm ocorrido ações do poder público que forçam a migração da população garimpeira dessas áreas, o que contribui para o aumento em outras áreas especiais, como as rurais e as urbanas, principalmente de malária por *P. falciparum*.

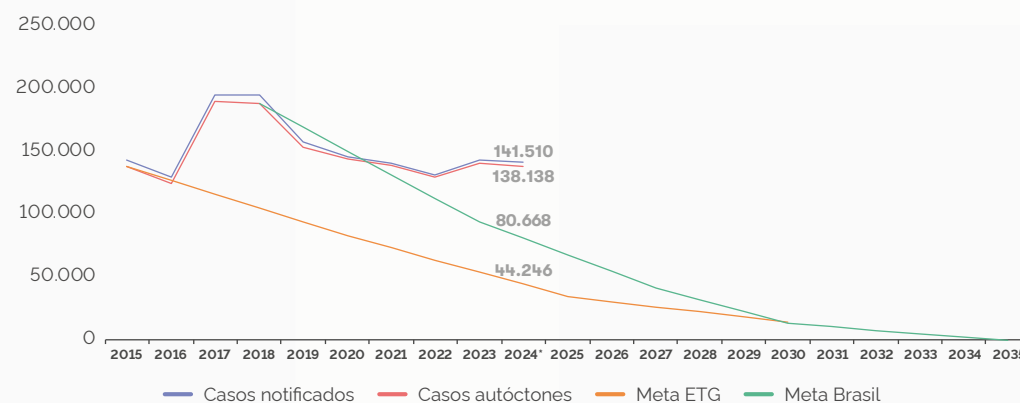
A continuidade das ações de desintrusão também tem contribuído para a redução dos casos de malária nas áreas de garimpo. Desde 2023, em virtude da declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) devido à desassistência à população Yanomami, o Programa Nacional de Prevenção, Controle e Eliminação da Malária tem trabalhado juntamente à Secretaria de Saúde Indígena no fortalecimento das ações de saúde nas áreas. Considera-se, ainda, que a implementação do uso da tafenoquina no tratamento de malária por *P. vivax* a partir do segundo semestre, em municípios prioritários, teve impacto no número de casos nos últimos meses do ano.

No âmbito da Secretaria de Vigilância e Ambiente, têm-se realizado iniciativas para retomar a redução do número de casos da doença. Entre as ações promovidas no ano de 2024, destacam-se:

- Realização de treinamentos para implementação da testagem da enzima G6PD (glicose-6-fosfato desidrogenase) e tratamento com tafenoquina, novo medicamento em dose única para tratamento de malária por *P. vivax* em 7 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) e 21 municípios prioritários, com cerca de 1.800 profissionais treinados.

- Ampliação da distribuição de testes de diagnóstico rápido (TDR), com aumento de 85% nos exames por TDR na região amazônica.
- Restabelecimento do estoque de mosquiteiros impregnados de longa duração (MILD).
- Restabelecimento dos estoques de artesunato + mefloquina, com a utilização deste medicamento como primeira escolha para tratamento de malária por *P. falciparum* e recaídas de malária por *P. vivax*, possuindo maior meia-vida no organismo e menor quantidade de comprimidos, melhorando a adesão ao tratamento.
- Realização de cursos de Formação de Lideranças para a Eliminação da Malária; além da realização de mais de 20 visitas técnicas a estados, municípios e Dsei da região amazônica, e apoio técnico a 32 municípios com alta carga da doença através do Projeto Apoiadores Municipais para Prevenção, Controle e Eliminação da Malária.

Gráfico 54 – Casos autóctones de malária no Brasil, em 2024, e metas de eliminação até 2035



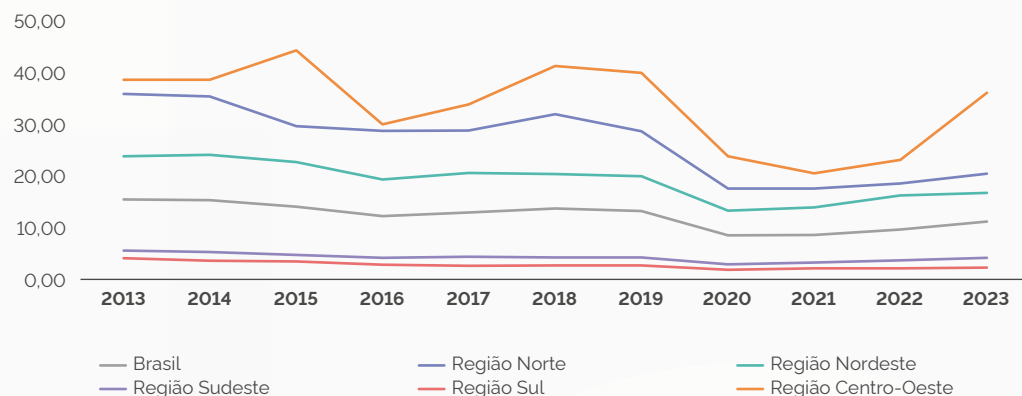
Fonte: Sivep-Malária, Sinan/SVS/MS e e-SUS VS. Dados atualizados em fevereiro de 2025. Excluídos resultados negativos, nulos e lâminas de verificação de cura (LVC). Dados de 2024 são preliminares, sujeitos à alteração. Meta ETG refere-se às metas para malária da Estratégia Técnica Global da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Meta Brasil refere-se às metas do Plano Nacional de Eliminação da Malária.

Hanseníase

Destaca-se que os anos de 2020 e 2021 foram marcados pela emergência em saúde pública, ocasionada pela pandemia de covid-19, quando se evidenciou a redução de casos novos diagnosticados em razão da impossibilidade da

realização de busca ativa de casos suspeitos e contatos. Com a finalização do período de pandemia de covid-19, observou-se o aumento gradual da taxa de detecção da hanseníase, chegando a 11,12 casos novos por 100 mil habitantes no Brasil, em 2023, conforme gráfico a seguir.

Gráfico 55 – Taxa de detecção geral de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes – 2010 a 2023

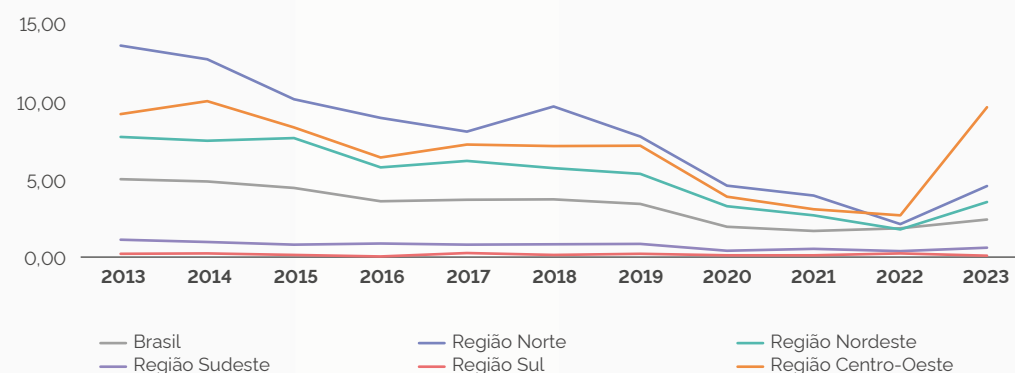


Fonte: Sinan/SVSA/MS.

Ressalta-se que a taxa de detecção de novos casos 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, e essa redução foi acentuada nos períodos da pandemia de covid-19. Atualmente, a taxa está aproximadamente 28,8% menor do que em 2019, passando de 3,44 em 2019 para 2,45 casos em menores de 15 anos por 100 mil

habitantes em 2023. No que se refere às taxas estaduais, observa-se o aumento expressivo desse indicador na Região Centro-Oeste, com incremento de 354,5% de casos em menores de 15 anos, passando 2,71 em 2022 para 9,61 casos novos, em menores de 15 anos, por 100 mil habitantes em 2023, superando a taxa de detecção de casos novos em menores de 15 anos no Brasil, de 2,45 casos no mesmo ano, de acordo com o gráfico a seguir.

Gráfico 56 – Taxa de detecção de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes em menores de 15 anos – 2012 a 2023

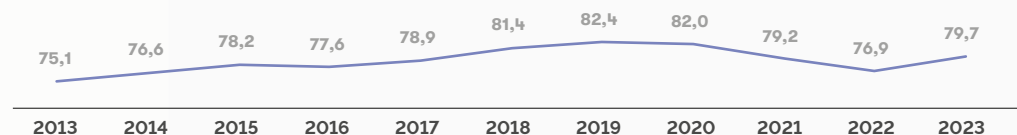


Fonte: Sinan/SVSA/MS.

Como principal estratégia da vigilância e do diagnóstico precoce de caso, a investigação de contatos, sobretudo em menores de 15 anos de idade, contribui para a interrupção da cadeia de transmissão, visto que esse é o grupo com maior risco de adoecer por hanseníase. Tendo em vista a relevância desse indicador, foi incluída uma meta no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) visando ao aumento da proporção para $\geq 82\%$.

Assim como os demais indicadores da hanseníase, a proporção de contatos avaliados está voltando a aumentar em 2023, sendo possível atribuir essa evolução tanto à finalização das medidas restritivas da pandemia de covid-19, possibilitando o retorno das buscas ativas, quanto aos esforços do Ministério da Saúde em promover ações com vistas à avaliação de contatos e à implementação do teste rápido da hanseníase no SUS, conforme demonstra o gráfico a seguir.

Gráfico 57 – Proporção de contatos avaliados nos anos das coortes – 2013 a 2023

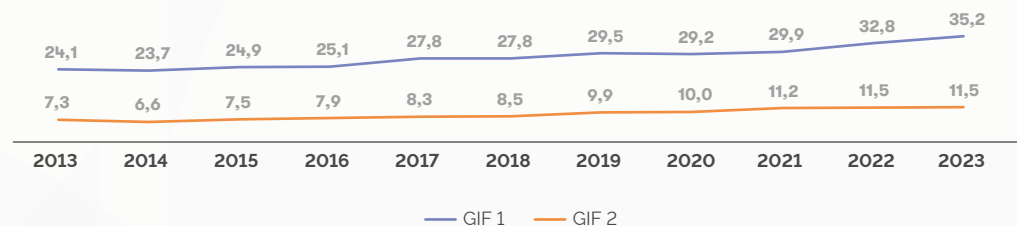


Fonte: Sinan/SVSA/MS.

A proporção de casos novos com incapacidades físicas no diagnóstico indica o diagnóstico tardio dos casos de hanseníase. Em razão do alto poder incapacitante, o diagnóstico tardio potencializa a ocorrência de deficiências físicas, muitas vezes permanentes e com importante impacto na vida das pessoas acometidas, uma vez que inviabilizam o trabalho, dificultam as atividades do dia a dia, acarretam consequências para toda a família, comprometendo parte significativa da renda pessoal e familiar e agravando as condições de vida.

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) vêm apresentando aumento ao longo da série histórica de 2013 a 2023, o que indica que o diagnóstico vem ocorrendo de forma tardia e reforçando a necessidade de fortalecimento da vigilância de contatos, conforme o gráfico a seguir.

Gráfico 58 – Proporção de casos novos de hanseníase com grau 1 e 2 de incapacidade física – 2013 a 2023



Fonte: Sinan/SVSA/MS.

Entre as principais ações desenvolvidas para enfrentamento da hanseníase em 2024, podem-se destacar:

- Aquisição, distribuição e implementação dos testes de apoio ao diagnóstico da hanseníase incorporado ao SUS: teste rápido para avaliação de contatos de hanseníase e teste de biologia molecular para hanseníase, e um teste de resistência antimicrobiana para hanseníase para ampliar a investigação da resistência antimicrobiana na hanseníase e reduzir o tempo de resposta para o início da conduta terapêutica mais assertiva.
- Desenvolvimento de ações de formação presencial e a distância sobre hanseníase para profissionais da saúde, sobretudo para profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Especializada, sobre diagnóstico, tratamento, avaliação neurológica simplificada, aspectos laboratoriais (teste rápido, baciloscopia do raspado intradérmico e testes de biologia molecular para hanseníase) e para busca ativa e suspeição de casos.
- Promoção de webinários nacionais e por regiões nas temáticas da hanseníase.
- Publicação da nova Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase 2024-2030.
- Fomento ao desenvolvimento de pesquisas de tecnologias voltadas para prevenção e diagnóstico precoce.

- Publicação da Portaria GM/MS n.º 3.558, em 16 de abril de 2024, referente à concessão de incentivo financeiro a municípios selecionados e estados, conforme critérios definidos na portaria e em suas atualizações.
- Conclusão do inquérito nacional de incapacidades físicas no pós-alta e elaboração do caderno sobre incapacidades físicas da hanseníase.

Filariose linfática

A filariose linfática, também conhecida como elefantíase, é uma doença parasitária crônica, considerada uma das maiores causas mundiais de deficiências permanentes ou de longo prazo. É causada pelo verme nematoide *Wuchereria bancrofti* e transmitida pela picada do mosquito *Culex quiquefasciatus* (pernilongo ou muriçoca) infectado com larvas do parasita. Entre as manifestações clínicas mais importantes estão edemas (acúmulo anormal de líquido) de membros, seios e bolsa escrotal.

Considerando que, em dezembro de 2023, foi apresentado à Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) o dossiê com consolidado de dados históricos do programa de controle e eliminação da doença, contendo informações epidemiológicas, assistenciais e de vigilância, o status de eliminação da filariose linfática como um problema de saúde pública foi concedido ao Brasil em outubro de 2024, sendo o 20º país a atingir esse marco.

Esquistossomose

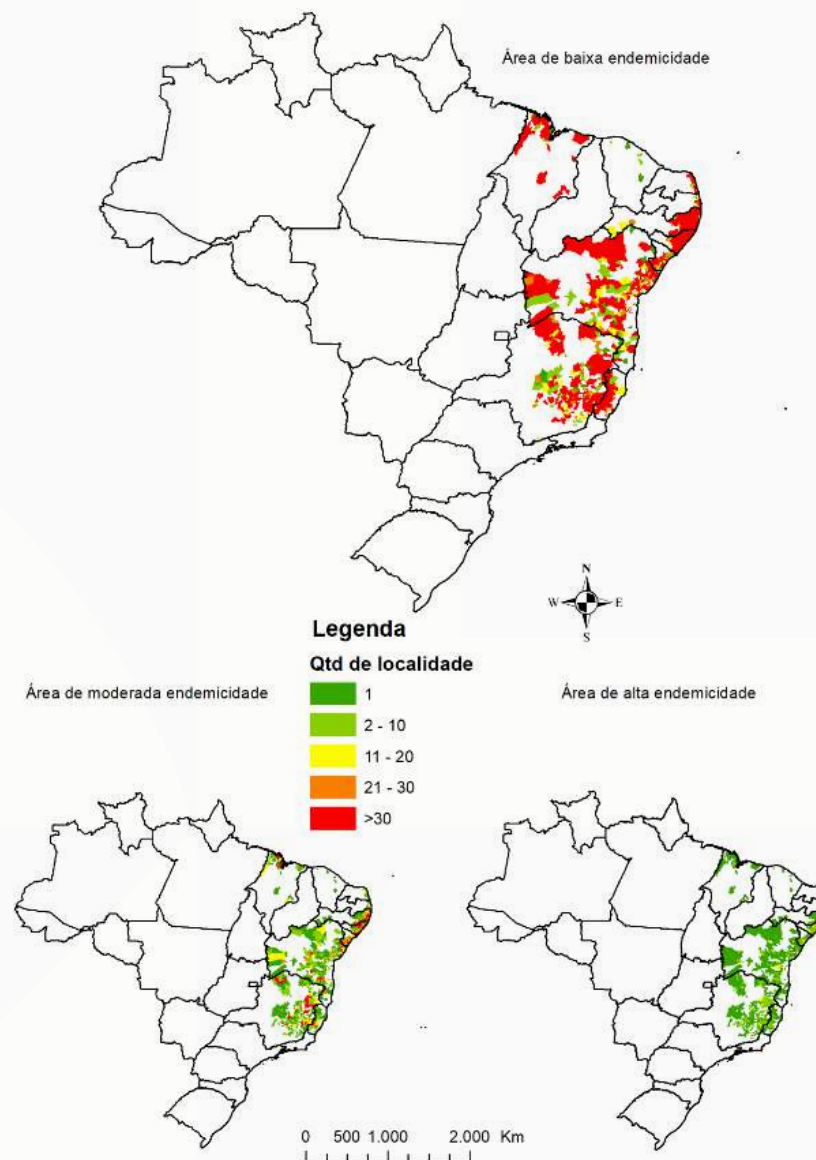
A esquistossomose é uma doença parasitária provocada por vermes trematódeos do gênero *Schistosoma*, que têm como hospedeiros intermediários caramujos de água doce do gênero *Biomphalaria*, e que pode evoluir desde formas assintomáticas até formas clínicas extremamente graves. A pessoa adquire a infecção quando entra em contato com a água doce onde haja caramujos infectados pelos vermes causadores da esquistossomose.

No Brasil, a esquistossomose é endêmica em vasta extensão territorial, considerada ainda um grave problema de saúde pública porque acomete milhões de pessoas, provocando um número expressivo de formas graves e óbitos. A doença está presente na maioria dos estados brasileiros, principalmente nas Regiões Nordeste e Sudeste. Os estados de Alagoas, Bahia, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Paraíba, Sergipe, Espírito Santo, Maranhão e Minas Gerais são áreas endêmicas, com transmissão estabelecida.

Entre janeiro de 2010 e maio de 2024, foi registrado um total de 11.573.044 exames para esquistossomose nas áreas endêmicas do Brasil. Foram detectados ovos de *S. mansoni* em 433.654 (3,7%) das amostras de fezes examinadas; e infecções severas, com 17 ou mais ovos detectados, em 24.339 (0,2%).

Os percentuais de localidades com média e alta positividade reduziram entre 2010 e 2020, contudo percentuais de positividade $\geq 5\%$ entre examinados continuam sendo verificados no País. Entre 2020 e 2024, 318 localidades de municípios dos estados endêmicos pesquisadas apresentaram positividade $\geq 10\%$ e infecção intensa $\geq 1\%$.

Figura 20 – Distribuição do número de localidades por município de unidades federadas endêmicas segundo percentual de positividade para esquistossomose mansoni – 2010 a 2024



Fonte: Sistema de Informação do Programa de Controle da Esquistossomose (SISPCE). Dados atualizados em fevereiro de 2025, sujeitos às alterações.

Geo-helmintíases

As geo-helmintíases representam um conjunto de doenças parasitárias intestinais causadas por helmintos como *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* e ancilostomídeos (*Necator americanus* e *Ancylostoma duodenale*). Esses parasitas, transmitidos por meio do solo, estão associados a sérios impactos à saúde, incluindo déficits nutricionais, comprometimento cognitivo e complicações graves que podem requerer intervenções cirúrgicas. Além disso, provocam reações teciduais, como granulomas. Reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como doenças tropicais negligenciadas, essas infecções são prevalentes em regiões em desenvolvimento, particularmente entre populações em condições precárias de saúde, habitação e saneamento.

Em 2024, uma ação integrada foi realizada no território Yanomami, com foco no Polo-Base Auaris. As intervenções incluíram a avaliação antropométrica de 262 participantes, o diagnóstico de hanseníase com 393 testes rápidos e 115 intervenções terapêuticas para parasitoses intestinais, priorizando crianças menores de 2 anos e gestantes. Os resultados laboratoriais destacaram a alta prevalência de protozoários intestinais (93% de positividade). Adicionalmente, as condições climáticas extremas, como ondas de calor, inundações e secas, agravaram o cenário sanitário e contribuíram para insegurança alimentar, doenças respiratórias e desafios à saúde mental.

As geo-helmintíases permanecem como uma preocupação significativa de saúde pública no Brasil, especialmente em regiões vulneráveis como o território Yanomami. A combinação de intervenções preventivas, melhorias em saneamento básico e integração de abordagens climáticas e culturais é essencial para consolidar os avanços obtidos.

Oncocercose

A oncocercose é uma doença parasitária crônica vetorial causada por uma filária, *Onchocerca volvulus*, considerada a segunda causa mundial de cegueira infecciosa irreversível. Trata-se de uma doença negligenciada, conforme a Resolução 9 do 55º Conselho Diretor do Comitê Regional da OMS para as Américas (CD55.R9). A grande importância dessa enfermidade para o Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami consiste no fato de que a Terra Indígena Yanomami é o único espaço territorial brasileiro endêmico para oncocercose, constituindo – em conjunto com o território Yanomami venezuelano – o último foco da doença nas Américas.

Durante o ano de 2024, o empenho das ações de vigilância esteve direcionado para o tratamento coletivo em áreas de risco, sendo o principal objetivo para o período tratar 85% das pessoas elegíveis em áreas de risco. No entanto, é importante considerar que, desde o ano 2020, o foco tem tido um desempenho muito abaixo do esperado devido a fatores externos, como a pandemia de covid-19, a exacerbação do garimpo dentro do território e a crise por desassistência, declarada como emergência de interesse nacional por meio da Portaria GM/MS nº 28, de 20 de janeiro de 2023.

Esse desempenho aquém do preconizado tem sido observado nos últimos anos. Uma série histórica de coberturas no foco desde o início das atividades de tratamento coletivo, em 1995, demonstra que o período dos últimos quatro anos impactou significativamente o tratamento coletivo.

Em 2024, embora os avanços em relação ao período iniciado em 2020 sejam visíveis, o foco ainda não recuperou as coberturas de tratamento acima de 85%. O desafio é promover educação permanente para os diversos novos profissionais de saúde, ação crucial para sensibilizá-los sobre a importância das visitas domiciliares. A priorização da Atenção Primária à Saúde deve ser reforçada para garantir que os profissionais estejam comprometidos com a estratégia de tratamento.

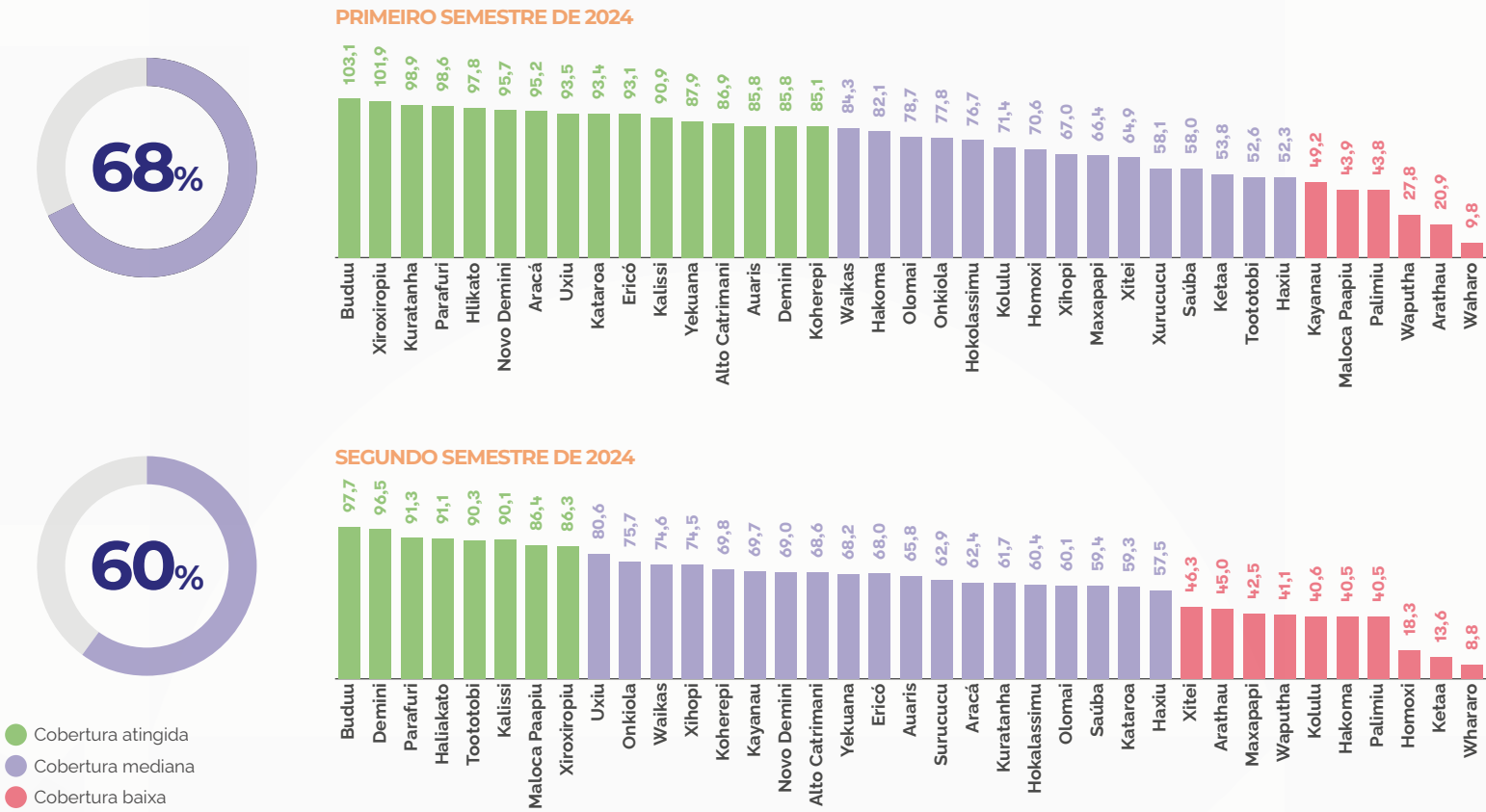
O rendimento dos tratamentos ao longo do ano de 2024 pode ser observado na figura a seguir. No entanto, é primordial considerar que o último ciclo ainda está em fase de consolidação, logo os dados serão alterados.



Gráfico 59 – Distribuição da cobertura de tratamento coletivo com ivermectina contra oncocercose na Terra Indígena Yanomami – 2024.

DSEI YANOMAMI

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE



Fonte: Plataforma Sesai, 2025.

Atualmente, há a comprovação, certificada pelo Laboratório de Referência Nacional do Instituto Oswaldo Cruz, que o exame de PCR para a avaliação molecular tem resultados positivos nas regiões de: Kalissi; Olomai; Arathau; Kataroa; e Surucucu, somando 15 comunidades com amostras positivas de PCR para oncocercose.

Por outro lado, foi constatado que outras 12 comunidades avaliadas não apresentaram resultados positivos nos exames moleculares.

Por certo, é necessário ampliar o inquérito molecular para que se possa identificar o atual estado de transmissão da oncocercose em todo o foco endêmico. Todavia entende-se que houve um avanço significativo em termos de vigilância ao se conseguir processar 96.768 exemplares de piuns coletados na Terra Indígena Yanomami.

A avaliação sorológica indica que as crianças submetidas ao exame foram expostas à oncocercose, embora não necessariamente tenham desenvolvido a doença; o que se busca é verificar anticorpos IgG circulantes para a oncocercose.

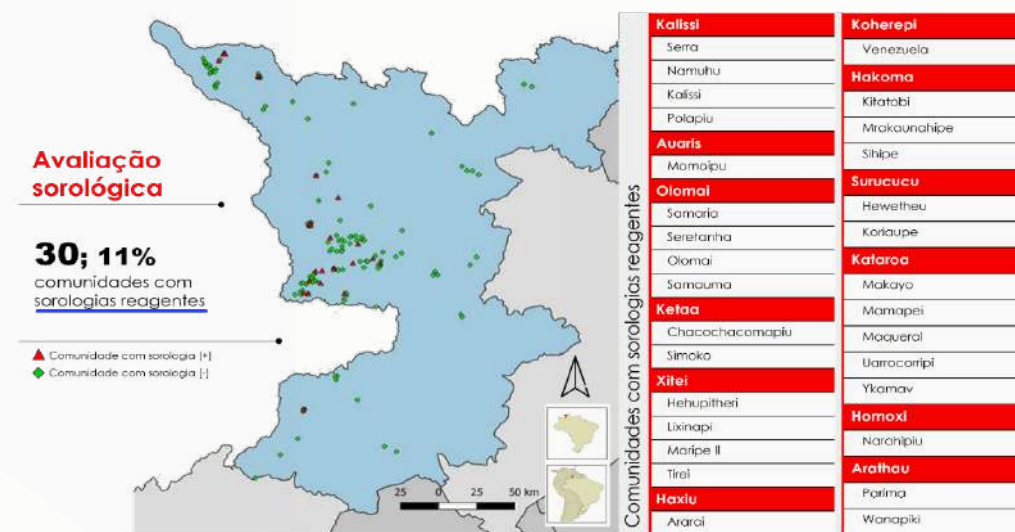
A testagem sorológica em crianças menores de 10 anos é uma estratégia essencial para determinar se a transmissão foi interrompida, uma vez que a presença de anticorpos nessa faixa etária sugere exposição recente ao parasito, o que indica que a transmissão continua ativa na região. Além disso, ao examinar apenas crianças menores de 10 anos, reduz-se a possibilidade de um resultado reagente em decorrência de uma memória imunológica registrada no organismo de um adulto que outrora fora exposto ou acometido pela oncocercose.

Em termos de avaliação sorológica, a vigilância avançou mais. Hoje, em torno de duas em cada três comunidades endêmicas já tiveram suas crianças examinadas pela técnica do ELISA para a detecção dos anticorpos Ov-16 para oncocercose. Os esforços agora se concentram em finalizar o inquérito nas comunidades ainda pendentes de coletas.

É importante ressaltar a presença de indicadores epidemiológicos, tanto moleculares como sorológicos, que indicam um comportamento ainda ativo da doença no foco Yanomami. Assim, a doença não é um componente meramente histórico dentro da Terra Indígena Yanomami e, por isso, requer vigilância e ações de atenção à saúde desses indígenas por meio da oferta de ivermectina semestralmente. Logo, faz-se necessário promover espaços e momentos de educação em saúde com os usuários indígenas para construir conhecimento sobre a doença e a estratégia de tratamento. Nesse sentido, o programa de oncocercose está em fase final de desenvolvimento de um vídeo animado de promoção em saúde, a ser disponibilizado nas línguas maternas, no sentido de promover a sensibilização das comunidades.

Tal tática se fundamenta no fato de que as estratégias de educação em saúde devem ser culturalmente sensíveis e adaptadas às realidades locais. A comunicação eficaz e o respeito às tradições e práticas culturais são essenciais para garantir a adesão ao tratamento.

Figura 21 – Distribuição geográfica das comunidades avaliadas por exame de sorologia para oncocercose, do Dsei Yanomami – 2018 a 2024



Fonte: SVSA/MS.

Dengue

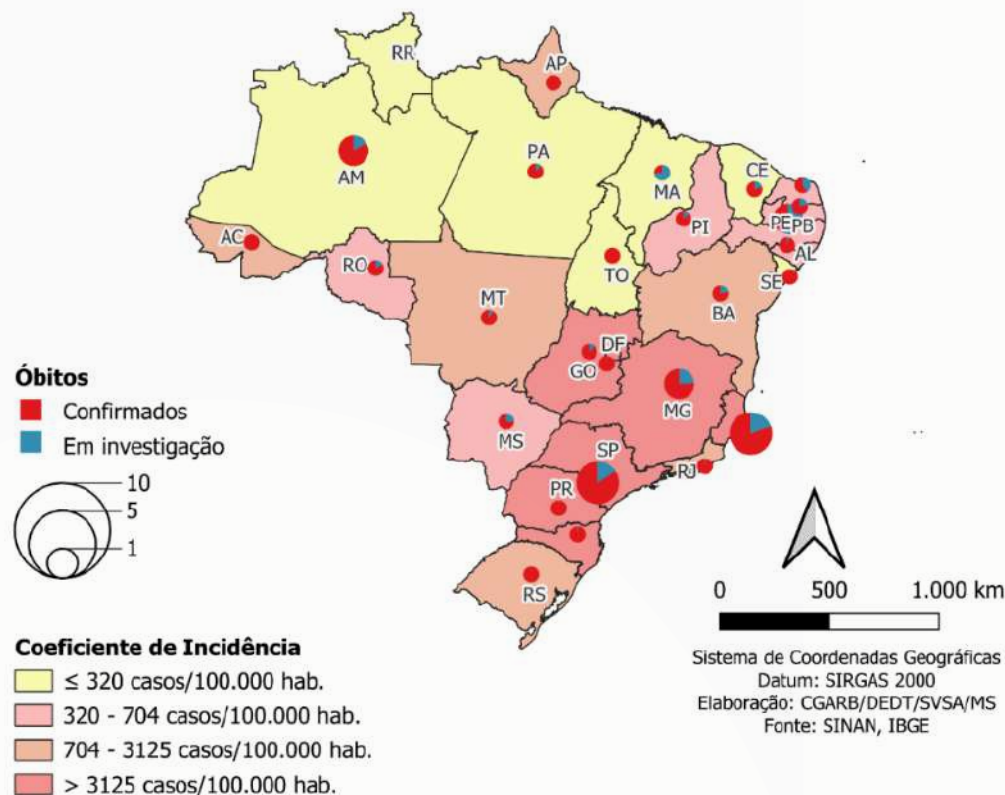
A dengue faz parte de um grupo de doenças denominadas arboviroses, que se caracterizam por serem causadas por vírus transmitidos por vetores artrópodes. No Brasil, o vetor da dengue é a fêmea do mosquito *Aedes aegypti* (significa "odioso do Egito"). Os vírus dengue (DENV) estão classificados cientificamente na família Flaviviridae e no gênero *Flavivirus*. Até o momento são conhecidos quatro sorotipos (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4), que apresentam distintos materiais genéticos (genótipos) e linhagens.

De janeiro a dezembro de 2024, foram notificados 6.643.979 casos prováveis de dengue no País, com coeficiente de incidência de 3.271,7 casos por 100 mil habitantes. Em comparação ao mesmo período do ano anterior, houve aumento de 303,8% no número de casos registrados (1.645.254 casos prováveis e 810 casos por 100 mil habitantes em 2023).

As regiões geográficas com os maiores coeficientes de incidência de dengue em 2024 foram: Sudeste (5.118,9 casos/100 mil hab.), Centro-Oeste (4.152,7 casos/100 mil hab.) e Sul (4.041,0 casos/100 mil hab.). Na análise por unidade federativa, os maiores coeficientes de incidência foram no Distrito Federal (9.904,1 casos/100 mil hab.) e nos estados de Minas Gerais (8.251,8 casos/100 mil hab.), do Paraná (5.727,6 casos/100 mil hab.) e de São Paulo (4.911,8 casos/100 mil hab.).

Ao todo, foram confirmados 104.526 casos de dengue grave e dengue com sinais de alarme. No mesmo período, foram confirmados 6.037 óbitos por dengue, e 875 óbitos suspeitos permanecem em investigação. As unidades federativas que apresentaram os maiores números de óbitos confirmados foram São Paulo (2.058), Minas Gerais (1.122), Paraná (729), Distrito Federal (440) e Goiás (421).

Figura 22 – Coeficiente de incidência de dengue e número de óbitos – 2024



Fonte: Sinan On-line. Dados extraídos em 30/12/2024, sujeitos a alterações.

Em 2024, predominaram os sorotipos DENV-1 e DENV-2 no País, porém o sorotipo DENV-3 foi identificado no estado de Roraima. Até o início de dezembro, o DENV-3 foi identificado nos estados de Amapá, Roraima, Amazonas, Pará, Tocantins, Maranhão, Pernambuco, Alagoas, Bahia, Paraíba, Piauí, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Paraná, Santa Catarina, Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais. Esse sorotipo teve circulação importante no território entre os anos de 2004 e 2008, sendo predominante no País. Contudo, após esse período, não houve detecção significativa do DENV-3 no cenário epidemiológico nacional.

Chikungunya

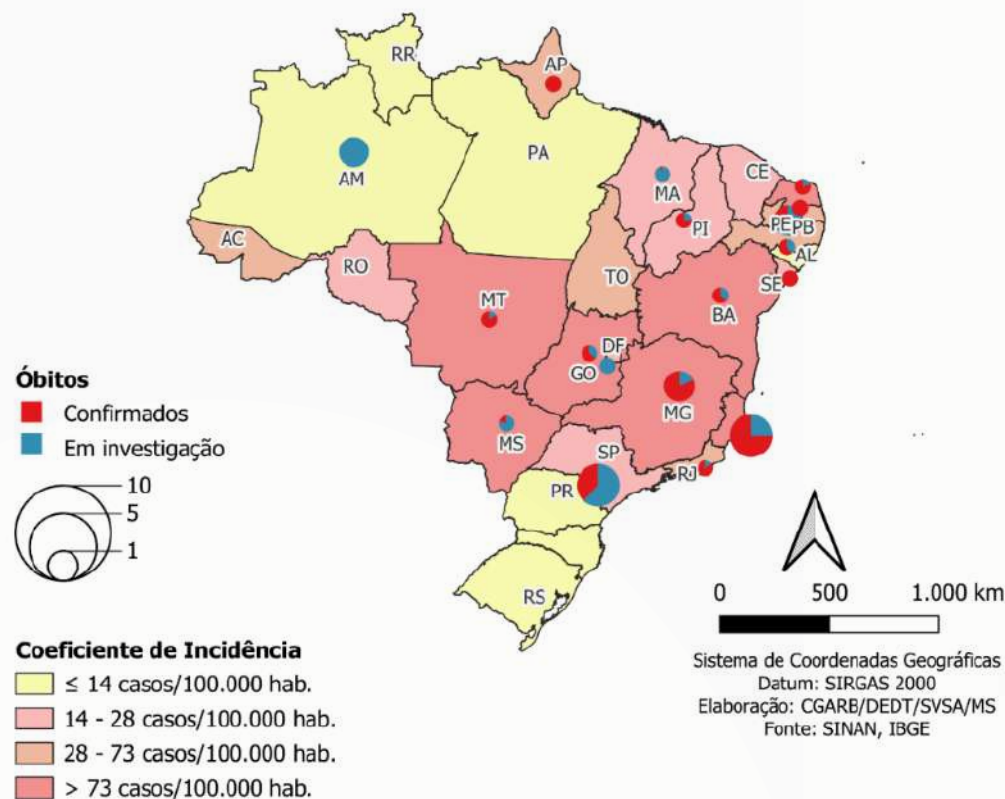
É uma arbovirose cujo agente etiológico é transmitido pela picada de fêmeas infectadas do gênero *Aedes*. No Brasil, até o momento, o vetor envolvido na transmissão do vírus chikungunya (CHIKV) é o *Aedes aegypti*.

Ao longo de 2024, foram notificados 265.552 casos prováveis de chikungunya no Brasil, com coeficiente de incidência de 130,7 casos por 100 mil habitantes. Esse número representa um aumento de 67,7% quando comparado ao do mesmo período de 2023, quando foram notificados 158.314 casos prováveis (74,2 casos/100 mil hab.).

A Região Sudeste apresentou o maior número de casos (195.232) e o maior coeficiente de incidência (230,1 casos/100 mil hab.). Na análise por unidade federativa, os maiores coeficientes de incidência foram nos estados de Minas Gerais (809,0 casos/100 mil hab.), Mato Grosso (596,0 casos/100 mil hab.) e Espírito Santo (314,2 casos/100 mil hab.).

Até dezembro, foram confirmados 213 óbitos por chikungunya, e 94 óbitos suspeitos permanecem em investigação. A Região Sudeste confirmou o maior número de óbitos, com destaque para o estado de Minas Gerais, com 125 óbitos.

Figura 23 – Coeficiente de incidência de chikungunya e número de óbitos – 2024



Fonte: Sinan On-line. Dados extraídos em 30/12/2024, sujeitos a alterações.

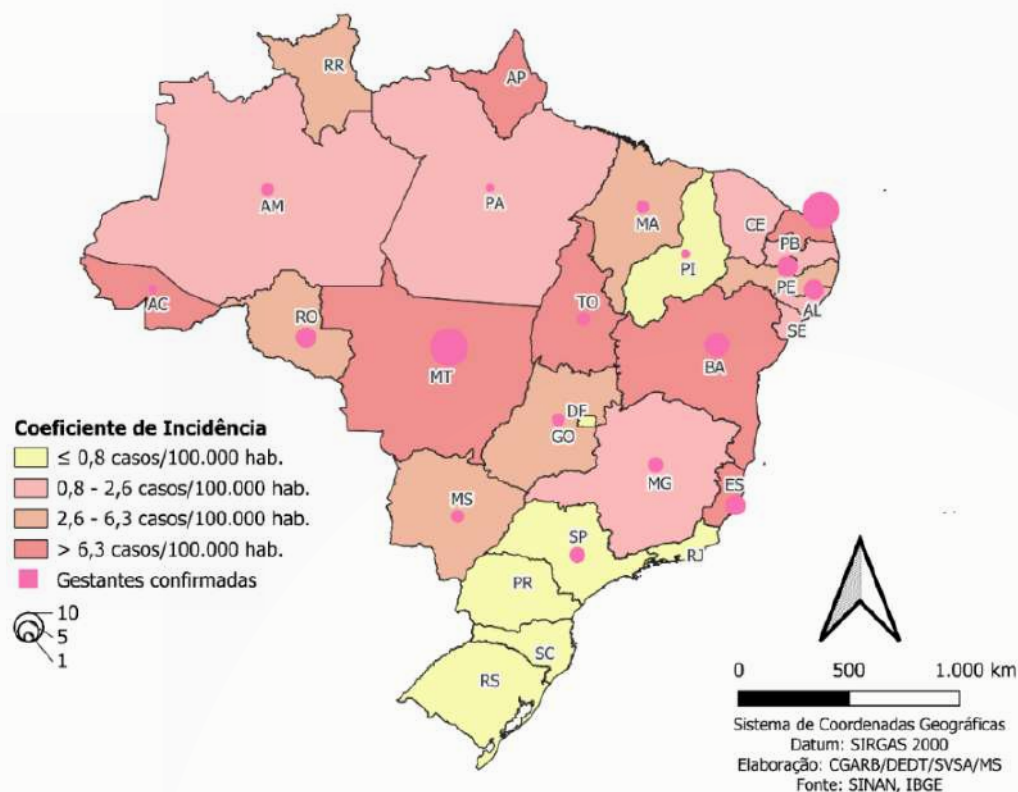
Zika

É uma arbovirose causada pelo vírus Zika (ZIKV). Arboviroses são doenças causadas por vírus (arbovírus) transmitidos por meio da picada de mosquitos, principalmente fêmeas.

Com relação aos dados de Zika, foram registrados 6.081 casos prováveis de janeiro a novembro de 2024, correspondendo a uma taxa

de incidência de 3,0 casos por 100 mil habitantes no País. Os dados representam uma redução de 7,9%, considerando o mesmo período do ano anterior. Os estados com os maiores números absolutos de casos foram Rio Grande do Norte (1.240), Bahia (1.188), Espírito Santo (560), Mato Grosso (392) e Maranhão (337). Em gestantes, foram notificados 805 casos prováveis de Zika no período.

Figura 24 – Coeficiente de incidência de Zika e número de casos em gestantes – 2024



Fonte: Sinan Net. Dados extraídos em 11/12/2024, sujeitos a alterações (última base disponível do Sinan Net foi da Semana Epidemiológica 47).

Febre amarela

A febre amarela é uma doença infecciosa febril aguda, imunoprevenível, de evolução abrupta e gravidade variável, com elevada letalidade nas suas formas graves. A doença é causada por um vírus transmitido por mosquitos e possui dois ciclos de transmissão: urbano e silvestre. No ciclo urbano, a transmissão ocorre a partir de vetores urbanos (*Ae. aegypti*) infectados. No ciclo silvestre, os transmissores são mosquitos com hábitos predominantemente silvestres, sendo os gêneros *Haemagogus* e *Sabethes* os mais importantes.

No ciclo silvestre, os primatas não humanos (PNHs) são considerados os principais hospedeiros, amplificadores do vírus, e são vítimas da doença assim como o ser humano, que, nesse ciclo, apresenta-se como hospedeiro acidental.

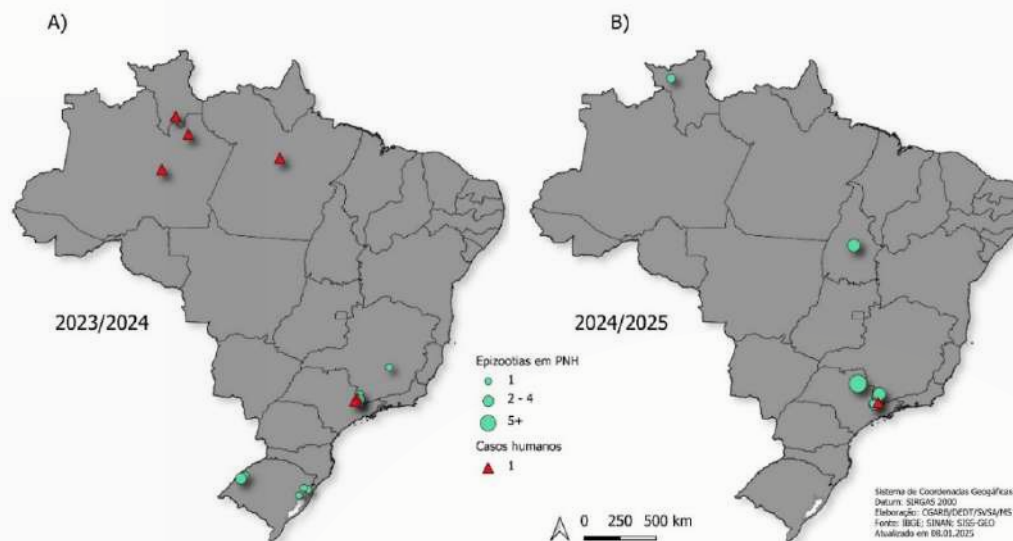
No Brasil, entre 2014 e 2023, ocorreram 2.304 casos humanos e 790 óbitos, representando uma letalidade de 34,3%. No período, 2.216 eventos foram confirmados em PNH. A linhagem do vírus que reemergiu em 2014 esteve implicada na maior parte dos eventos documentados no

período e circulou, pelo menos até 2023, na Região Sul do País. Em 2020, outra linhagem foi detectada na Região Centro-Oeste, cuja transmissão se estendeu para a Região Sudeste nos anos seguintes.

Durante o período de monitoramento 2023/2024 (julho a junho), a transmissão do vírus em PNH foi registrada nos estados de Minas Gerais (Bueno Brandão, Santa Rita de Caldas, Belo Horizonte e Extrema) e Rio Grande do Sul (São Borja, Santo Antônio das Missões, Riozinho, Três Coroas e Porto Alegre). No mesmo período, a transmissão do vírus em humanos foi documentada nos estados do Amazonas (Anori e Presidente Figueiredo), Roraima (Rorainópolis), Pará (Brasil Novo), Minas Gerais (Monte Sião) e São Paulo (Serra Negra).

No período de monitoramento 2024/2025 (atual), os registros de transmissão do vírus em PNH ocorreram em São Paulo (Bragança Paulista, Pedra Bela, Ribeirão Preto e Pinhalzinho), Minas Gerais (Ipuiúna), Roraima (Alto Alegre) e Tocantins (Palmas). No mesmo período, até o momento, foi confirmado apenas um caso humano, com local provável de infecção no município de Itapeva, em Minas Gerais.

Figura 25 – Epizootias em PNH e casos humanos confirmados para febre amarela por município do local provável de infecção (LPI) – (A) 2023/2024 e (B) 2024/2025



Fonte: SVSA/MS.

Oropouche

O Oropouche é uma doença causada por um arbovírus (vírus transmitido por artrópodes) do gênero *Orthobunyavirus*, da família *Peribunyaviridae*. O *Orthobunyavirus oropoucheense* (OROV) foi isolado pela primeira vez no Brasil em 1960, a partir de amostra de sangue de uma bicho-preguiça (*Bradypus tridactylus*) capturada durante a construção da rodovia Belém-Brasília. Desde então, casos isolados e surtos foram relatados no Brasil.

Em 2024, foram confirmados 13.801 casos de Oropouche no Brasil. O pico de ocorrência foi na última semana de dezembro. Destaca-se, em

relação ao maior número de casos, a unidade federativa (UF) do Espírito Santo, com 5.850 casos da doença. Nas últimas quatro semanas epidemiológicas do ano de 2024, foram registrados 3.186 casos novos de Oropouche no Brasil, sendo a maior parte destes no Espírito Santo (3.086).

As unidades federativas do Rio Grande do Norte, Goiás, Distrito Federal, Paraná e Rio Grande do Sul apresentam apenas casos importados, ou seja, os locais prováveis de infecção foram atribuídos a outras unidades federativas com registro de autoctonia. As demais UFs apresentaram transmissão autóctone do vírus Oropouche em 2024.

Em relação aos casos atípicos relacionados à infecção pelo vírus Oropouche, no Brasil, em 2024, foram identificados quatro óbitos relacionados à infecção pelo vírus Oropouche, sendo dois na Bahia, um no Paraná e um no Espírito Santo. Seguem em investigação quatro óbitos, sendo um no Espírito Santo, um em Alagoas, um no Mato Grosso e um no Acre.

Sobre os casos de transmissão vertical, foram identificados quatro casos com desfecho de óbito fetal associado à infecção pelo vírus Oropouche, sendo três em Pernambuco e um no Ceará. Adicionalmente, foi identificado um caso com desfecho de anomalias congênitas associado à infecção pelo vírus Oropouche no Acre. Seguem em investigação 24 casos, sendo 20 óbitos fetais em Pernambuco e 4 anomalias congênitas, sendo 1 na Bahia, 2 no Acre e 1 no Espírito Santo. Adicionalmente, foi identificado um caso de síndrome neurológica com detecção do genoma do vírus Oropouche em líquido cefalorraquidiano (LCR) no Piauí, que permanece em investigação.

Destacam-se as principais ações realizadas em 2024 para o combate às arboviroses urbanas e silvestres:

- Atividades da Sala Nacional de Arboviroses, instituída pela Portaria GM/MS n.º 2.242, de 8 de dezembro de 2023.
- Câmara Técnica de Assessoramento em Arboviroses, formalizada pela Portaria GM/MS n.º 3.098, de 18 de janeiro de 2024.
- Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para dengue e outras

arboviroses, instituído pela Portaria GM/MS n.º 3.140, de 2 de fevereiro de 2024.

- Realização da 2ª edição da Reunião Nacional para Multiplicadores em Manejo Clínico de Arboviroses com a participação de médicos e enfermeiros dos estados das Regiões Nordeste e Norte.
- Realização do Seminário de Barreiras de Acesso para Dengue, em parceria com a organização *Drugs for Neglected Diseases Initiative*, Organização Pan-Americana da Saúde, Fiocruz e Instituto Evandro Chagas e com participação do estado de Minas Gerais e do Distrito Federal.
- Realização do colóquio "Avanços e perspectivas no enfrentamento à dengue".
- Realização da Oficina Internacional sobre Arboviroses – plano de enfrentamento para o período epidêmico 2024/2025 de dengue e outras arboviroses.
- Realização da Oficina de Modelagem de Febre Amarela.
- Lançamento do Plano de Ação para Redução da Dengue e de Outras Arboviroses – período sazonal 2024/2025.
- Realização do colóquio sobre a síndrome congênita associada à Infecção pelo vírus Zika.
- Realização do colóquio sobre emergência de Oropouche.
- Repasse financeiro aos estados e municípios brasileiros, por meio da Portaria GM/MS n.º 2.298, de 11 de dezembro de 2023, e da Portaria GM/MS n.º 3.160, de 9 de fevereiro de 2024.

- Distribuição de insumos estratégicos para o controle vetorial: 215.531 quilos de larvicida (biolarvicida Bti), 15.073 quilos de aduldica para pontos estratégicos (Fludora Fusion) e 334.560 litros de aduldica para aplicação a ultrabaixo volume – UBV (Cielo).
- Lançamento de campanhas de combate ao mosquito *Aedes aegypti*.

O Ministério da Saúde 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. Entre os principais projetos, destaca-se a implementação do monitoramento entomológico por ovitrampas, das estações disseminadoras de larvicida, da técnica do inseto estéril (por irradiação) para redução das populações de *Aedes* em aldeias indígenas, do método Wolbachia, além do Projeto InfoDengue.

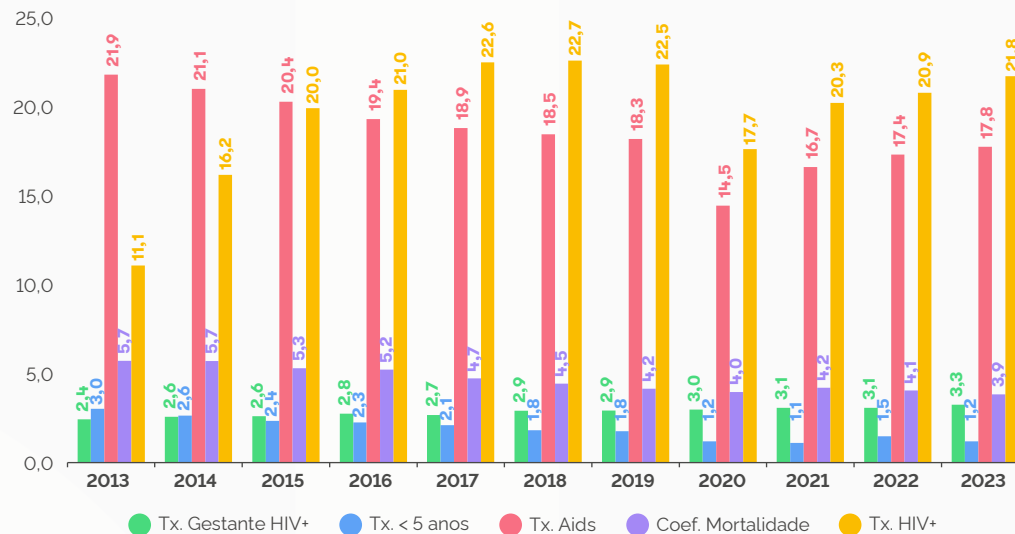
HIV/aids

A infecção pelo HIV e o adoecimento por aids permanecem como desafios significativos para a saúde pública no Brasil, com impactos expressivos em diferentes segmentos populacionais ao longo das últimas décadas. A dinâmica epidemiológica demonstra uma alteração na razão de sexos ao longo do tempo, que passou de 14 casos em homens a cada 10 em mulheres, em 2007, para 27 casos em homens a cada 10 em mulheres em 2023, refletindo um crescimento mais acentuado da epidemia entre homens. As faixas etárias mais afetadas incluem jovens de 15 a 24 anos, que representam 23,2% dos casos, e adultos de 25 a 34 anos, responsáveis por 34,9% dos registros.

O perfil sociodemográfico dos casos notificados evidencia a predominância de pessoas com ensino médio completo (37,1%) e a vulnerabilidade de indivíduos negros, que compõem 63,2% dos casos registrados. Em 2023, foram reportados 46.495 novos casos de HIV, marcando um aumento de 4,5% em relação ao ano anterior, com uma concentração mais elevada entre homens que fazem sexo com homens (53,6%).

Em gestantes, desde 2000, foram notificados 166.237 casos de HIV, com taxa de detecção crescente nos últimos anos, atingindo 3,3 casos por mil nascidos vivos em 2023. Esse aumento reflete uma elevação de 33,2% na última década, com maior incidência entre mulheres negras (67,4%) e jovens de 20 a 29 anos (51,0%).

Gráfico 60 – Taxas de detecção de infecção pelo HIV em gestantes; de detecção de aids; de detecção de aids em menores de 5 anos; de detecção de infecção pelo HIV e coeficiente de mortalidade por aids, por ano – Brasil, 2013 a 2023*



Fonte: Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis/SVSA/MS; SIM; Sinan; Sinasc; IBGE.

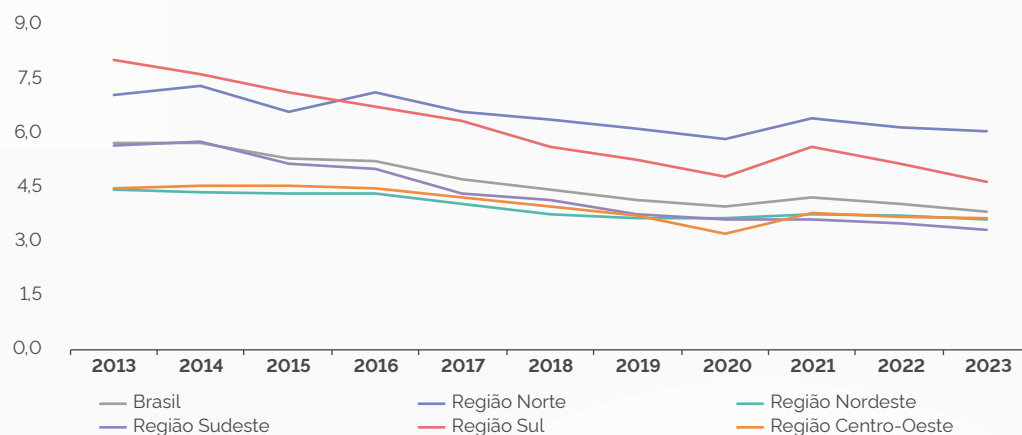
* Dados extraídos em outubro de 2024, sujeitos à atualização.

Legenda: taxas de detecção de infecção pelo HIV em gestantes (por mil nascidos vivos), taxa de detecção de aids, taxa de detecção de aids em menores de 5 anos, taxa de detecção de infecção pelo HIV e coeficiente de mortalidade por aids (por 100 mil habitantes).

Desde o início da epidemia de aids (1980) até 31 de dezembro de 2023, foram registrados, no Brasil, 392.981 óbitos tendo o HIV ou a aids como causa básica. Em 2023, a distribuição dos 10.338 óbitos foi de 37,8% no Sudeste, 24,3% no Nordeste, 18,3% no Sul, 12,3% no Norte e 7,4% no Centro-Oeste. A redução da mortalidade por aids é uma das prioridades, que têm 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.

Embora os coeficientes de mortalidade por regiões apresentem discreta queda para as Regiões Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste, as Regiões Norte e Sul do País apresentam coeficientes de mortalidade mais elevados (Norte com 6,1 e Sul com 4,7 por 100 mil habitantes). A principal hipótese é que a mortalidade está diretamente relacionada ao acesso ao tratamento, ao diagnóstico tardio e ao estigma e ao preconceito.

Gráfico 61 – Coeficiente de mortalidade padronizado de aids (por 100 mil habitantes), segundo região de residência – 2013 a 2023



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados extraídos em outubro de 2024.

Expansão da oferta de PrEP e PEP

Das ações de prevenção combinada, a ampliação da profilaxia pré-exposição (PrEP) e da profilaxia pós-exposição (PEP) é estratégica para o alcance dos objetivos de controle do HIV e da eliminação da aids como problema de saúde pública. No intuito de estimular a expansão do uso da PrEP no Brasil e dar aos gestores locais metas mais bem definidas para a expansão da profilaxia, o Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi) criou um indicador para auxiliar as unidades federativas a medirem seu progresso na ampliação da profilaxia. A Razão PrEP:HIV é um indicador simples e robusto, que foi publicado no *Relatório de Monitoramento de Profilaxias Pré e Pós-Exposição ao HIV 2023*:

<https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2024/relatorio-de-profilaxias-prep-e-pep-2022.pdf/view>

Com o objetivo de ampliar o acesso à PrEP e a outras estratégias da prevenção combinada, o Dathi atualizou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) Oral à Infecção pelo HIV e lançou guias para profissionais de saúde e gestores que contemplam orientações para uso de autotestes de HIV no contexto de teleatendimento (Nota Técnica n.º 26/2024-CGAHV/Dathi/SVSA/MS), oferta de PrEP na APS e para as populações de pessoas trans, travestis e não binárias:

<https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/prep-profilaxia-pre-exposicao/materiais-informativos-prep>

A figura, a seguir, resume a cobertura de PrEP alcançada em 2024 e o desafio de superar a descontinuidade observada ao longo do ano. No que se refere aos usuários, homens que fazem sexo com homens (HSH) representam 81,3%.

Os demais segmentos, como homens e mulheres heterossexuais cis e homens e mulheres transexuais, apresentam percentuais abaixo de 10% do total de usuários.

Figura 26 – Usuários que fazem uso de PrEP no SUS – 2024



Fonte: SVSA/MS. Painel de PrEP. Link para acesso ao painel: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/prep-profilaxia-pre-exposicao/prep-profilaxia-pre-exposicao>.

Qualificação da distribuição de preservativos internos e externos

No escopo da estratégia da prevenção combinada, as ações voltadas para o acesso aos preservativos internos e externos são essenciais e estão entre as prioridades do Ministério da Saúde, principalmente porque estudos comportamentais mostram que o uso do preservativo vem caindo significativamente.

Para enfrentar esse problema, é considerada a customização de medidas de prevenção relacionadas à saúde sexual da população, tais como: a) aquisição e distribuição de preservativos externos nas opções "sensitive" e "texturizados"; b) mudança na arte das embalagens dos preservativos internos e externos, do gel lubrificante e do autoteste, tornando os produtos mais atraentes; c) diversificação da oferta de preservativo externo para aumentar a procura e a adesão e dar opções de escolha ao usuário, conforme suas preferências pessoais; e d) expansão dos pontos de oferta do preservativo fora das unidades de saúde.

Figura 27 – Insumos de prevenção disponíveis no SUS



Fonte: SVSA/MS.

Testagem

A ampliação da cobertura e da oferta de testagem é outra prioridade, principalmente porque o SUS oferece em toda a rede de atenção o teste rápido, o autoteste e testes de monitoramento clínico. O autoteste está entre as alternativas de customização das ações de prevenção combinada. O autoteste torna o acesso ao diagnóstico mais amigável e mais reservado, porém é um teste de triagem e não substitui os testes convencionais confirmatórios. O autoteste é uma iniciativa que funciona como um indutor à realização do teste do HIV para aquelas pessoas em situação de maior vulnerabilidade e que

enfrentam barreiras para acessar as redes de saúde. É também uma iniciativa que possibilita ações de base comunitária, possibilitando o engajamento de organizações da sociedade civil. Evidências têm demonstrado que o autoteste não induz a comportamentos de risco.

Entre as ações para qualificação da oferta de testagem em suas diferentes modalidades, foi elaborado o *Guia Rápido de Testagem Focalizada para o HIV*, direcionado a gestores(as) e trabalhadores(as) da saúde com o objetivo de ampliar o acesso e promover o diagnóstico oportuno.

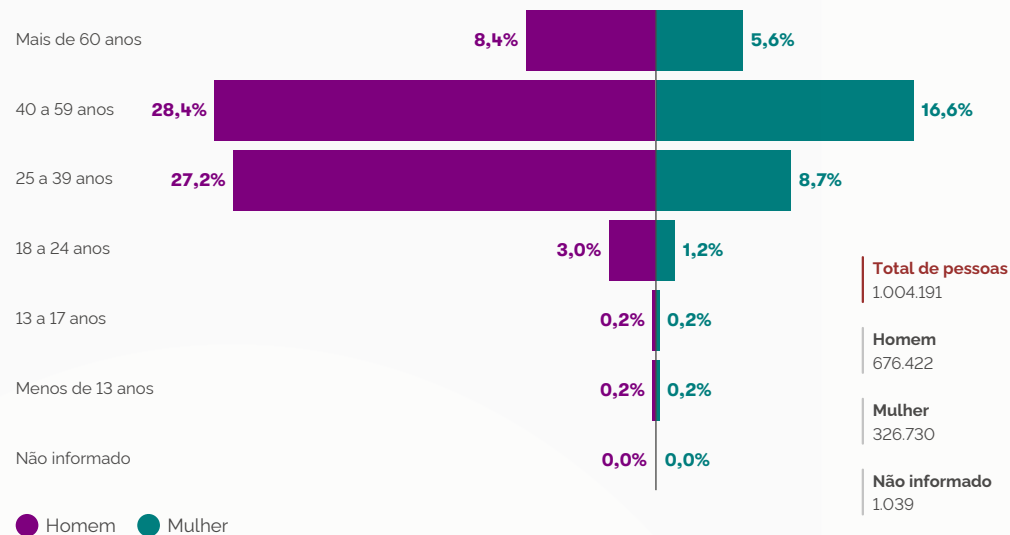
Populações em situação de maior vulnerabilidade ao HIV

No que se refere às ações de prevenção combinada, a focalização e as intervenções baseadas em *hotspots* direcionadas às populações-chave e vulneráveis são essenciais. No que tange à população jovem, articulações intersetoriais e interfederativas, no escopo do Programa Saúde na Escola (PSE), possibilitaram a retomada das ações de educação sexual e reprodutiva nas unidades escolares. No contexto das articulações multisetoriais, cabe ressaltar as iniciativas voltadas para as ações vigilância, prevenção e controle direcionadas à população privada de liberdade e à população indígena, bem como as ações de mobilização e participação social no quadro do Programa Brasil Saudável. Considerando a equidade, o Dathi envida esforços em ações para reduzir os efeitos negativos do racismo e do estigma, da desigualdade de gênero e de orientação sexual na resposta ao HIV/aids. O Dathi também vem apoiando as iniciativas da sociedade civil com 100 projetos de base comunitárias selecionados ou em fase de edital de seleção, com um investimento da ordem de 10 milhões.

Monitoramento do Cuidado do HIV

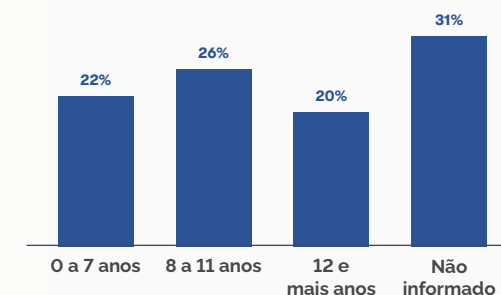
Em relação ao cuidado, o Dathi iniciou o desenvolvimento do Painel Integrado de Monitoramento do Cuidado do HIV e da Aids. O painel permite que gestores, coordenadores de programa e técnicos acessem informações epidemiológicas e gerenciais para avaliação da resposta programática de enfrentamento do HIV e da aids. A integração das bases de dados permitirá a tomada de decisão política e programática mais qualificada e aprimorada. Com base nas informações do painel, representadas nas figuras a seguir, o País tem 1 milhão de pessoas vivendo com HIV/aids que foram vinculadas ao cuidado, em algum momento, nos últimos dez anos e não morreram por aids no período; dessas, 897 mil encontram-se vinculadas em 2024, e 829 mil em uso de terapia antirretroviral. Entre as pessoas vinculadas vivendo com HIV/aids nos últimos 10 anos, 676 mil são homens e 326 mil são mulheres. Dos que possuem escolaridade informada, 26% têm entre 8 e 11 anos de estudo; e a maioria é negra.

Gráfico 62 – Proporção de pessoas vivendo com HIV/aids que foram vinculadas ao cuidado, em algum momento, nos últimos dez anos, e não morreram por aids no período, segundo sexo e faixa etária – Brasil, 2014-2024



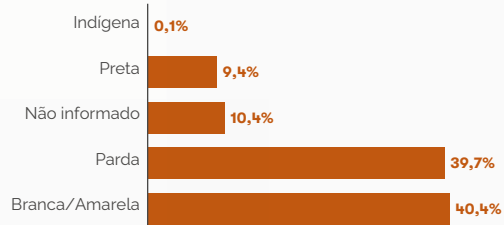
Fonte: SVSA/MS. Painel Integrado de Monitoramento do Cuidado do HIV e da Aids atualizado até 5/12/2024. Aba "Perfil das pessoas vinculadas", que pode ser acessada no link: <https://www.gov.br/aids/pt-br/indicadores-epidemiologicos/painel-de-monitoramento/painel-integrado-de-monitoramento-do-cuidado-do-hiv#:~:text=O%20Painel%20Integrado%20de%20Monitoramento,diagn%C3%B3stico%2C%20tratamento%20e%20supress%C3%A3o%20viral>

Gráfico 63 – Percentual de pessoas vivendo com HIV/aids, segundo a escolaridade – 2014 a 2024



Fonte: SVSA/MS. Painel Integrado de Monitoramento do Cuidado do HIV e da Aids atualizado até 5/12/2024. Aba "Perfil das pessoas vinculadas", que pode ser acessada no link: <https://www.gov.br/aids/pt-br/indicadores-epidemiologicos/painel-de-monitoramento/painel-integrado-de-monitoramento-do-cuidado-do-hiv#:~:text=O%20Painel%20Integrado%20de%20Monitoramento,diagn%C3%B3stico%2C%20tratamento%20e%20supress%C3%A3o%20viral>

Gráfico 64 – Percentual de pessoas vivendo com HIV/aids, segundo a raça/cor – 2014 a 2024



Fonte: SVSA/MS. Painel Integrado de Monitoramento do Cuidado do HIV e da Aids atualizado até 5/12/2024. Aba "Perfil das pessoas vinculadas", que pode ser acessada no link: <https://www.gov.br/aids/pt-br/indicadores-epidemiologicos/painel-de-monitoramento/painel-integrado-de-monitoramento-do-cuidado-do-hiv#:~:text=O%20Painel%20Integrado%20de%20Monitoramento,diagn%C3%B3stico%2C%20tratamento%20e%20supress%C3%A3o%20viral>.

Projeto de Monitoramento e Melhoria da Qualidade dos Serviços no SUS

O Projeto de Monitoramento e Melhoria da Qualidade dos Serviços no SUS (Qualiaids) iniciou a avaliação em 2024. Encontra-se na fase de processamento das informações coletadas na rede de atenção ao HIV/Aids. O inquérito foi respondido por 1.306 (88%) dos serviços cadastrados na base do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes). Com base nos resultados parciais, foram selecionados serviços que participarão das oficinas de melhoria da qualidade. Está prevista a realização de dez oficinas regionais que contarão com a participação de cerca de 125 serviços e representantes da sociedade civil.

Circuito do Cuidado da Doença Avançada pelo HIV

O Circuito do Cuidado da Doença Avançada compreende uma estratégia que envolve várias etapas e condições interdependentes com vista a garantir o cuidado integral às pessoas vivendo com HIV, evitando internações e a ocorrência de óbito. As ações do circuito estão em curso nos estados do Amazonas, Ceará, Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul e Rio Grande do Sul, onde se encontra o maior número de casos de aids avançada. O circuito também foi implantado em oito novos estados: Paraná, Maranhão, Pernambuco, Bahia, Goiás, São Paulo, Santa Catarina e Paraná. Em 2024, 3.510 PVHA foram incluídas na estratégia, abrangendo 23 municípios e 45 serviços de saúde.

Incorporação de novos medicamentos:

Durante o ano de 2024, foram incorporadas novas formulações de antirretrovirais e outros medicamentos para infecções oportunistas:

- Fostensavir: o fostensavir trometamol 600 mg representa um avanço importante para as pessoas vivendo com HIV com multirresistência viral, pois a incorporação desse medicamento significará a redução do risco de progressão de doenças relacionadas à aids. Sua incorporação foi autorizada na Portaria Sectics/MS n.º 20, de 18 de abril de 2024.

- Apreciação inicial do valganciclovir 450 mg e do ganciclovir injetável para o tratamento de infecções pelo citomegalovírus (CMV) em pacientes imunossuprimidos pelo HIV. Recomendado o encaminhamento à consulta pública com parecer favorável (128ª Reunião Ordinária Conitec – Comitê de Medicamentos, em 11 de abril de 2024).

Infecções sexualmente transmissíveis (IST)

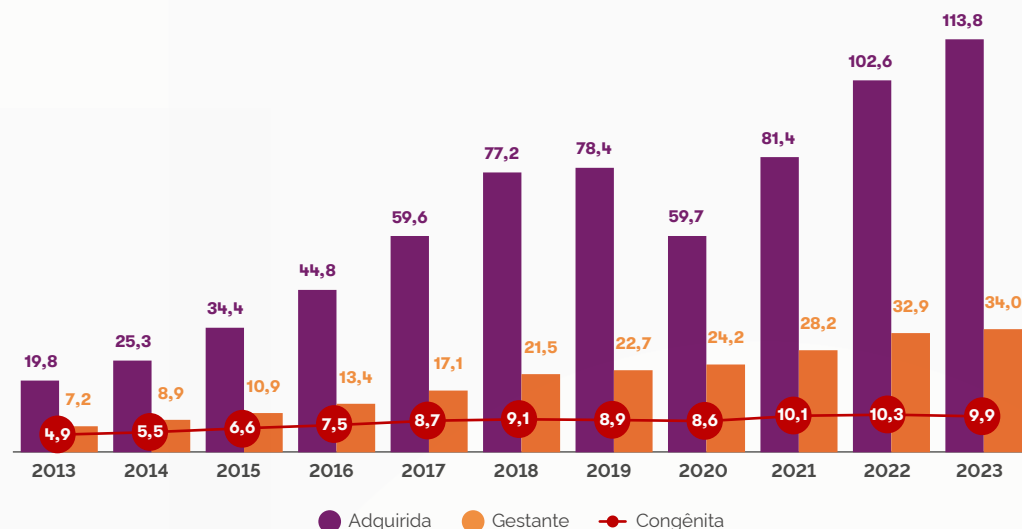
A sífilis adquirida, a sífilis em gestante e a sífilis congênita são agravos de notificação compulsória universal. A síndrome do corrimento uretral masculino é de notificação sentinela. A sífilis em gestante e a sífilis congênita estão entre as prioridades da vigilância e do controle do Ministério da Saúde, nas três esferas da gestão do SUS. O vírus linfotrófico de células T humanas (HTLV) na população geral, o HTLV em gestante e o HTLV em criança exposta tiveram a notificação compulsória instituída em 2024, que está em processo de implantação no SUS, assim como para gestante com hepatite B e criança exposta à hepatite B.

Entre 2013 e 2023, a taxa de detecção de sífilis adquirida apresentou crescimento contínuo até 2019, quando atingiu 78,4 casos por 100 mil habitantes em 2020 e caiu 23,9%, devido à pandemia, mas retomou o crescimento a partir de 2021, com aumento de 26,0%, entre 2021 e 2022, e de 11,0% entre 2022 e 2023.

A taxa de sífilis em gestantes também seguiu tendência de aumento ao longo do período, não sendo impactada pela pandemia, uma vez que as gestantes constituíam grupo prioritário de atendimento em saúde. A taxa continuou subindo, com um incremento de 16,7%, entre 2021 e 2022, e de 3,3% entre 2022 e 2023.

Em relação à sífilis congênita, houve redução de 4,7% entre 2022 e 2023. Essa redução reforça os esforços de melhoria da qualidade do pré-natal, com testagem oportuna e tratamento adequado. Importante salientar que há distribuição regional desigual dos casos. A taxa de incidência de sífilis congênita na Região Sudeste (11/1.000 nascidos vivos) foi superior à taxa observada para o País (9,9/1.000 nascidos vivos).

Gráfico 65 – Taxas de detecção de sífilis adquirida; de detecção de sífilis em gestantes; e taxa de incidência de sífilis congênita, segundo ano de diagnóstico – 2013 a 2023

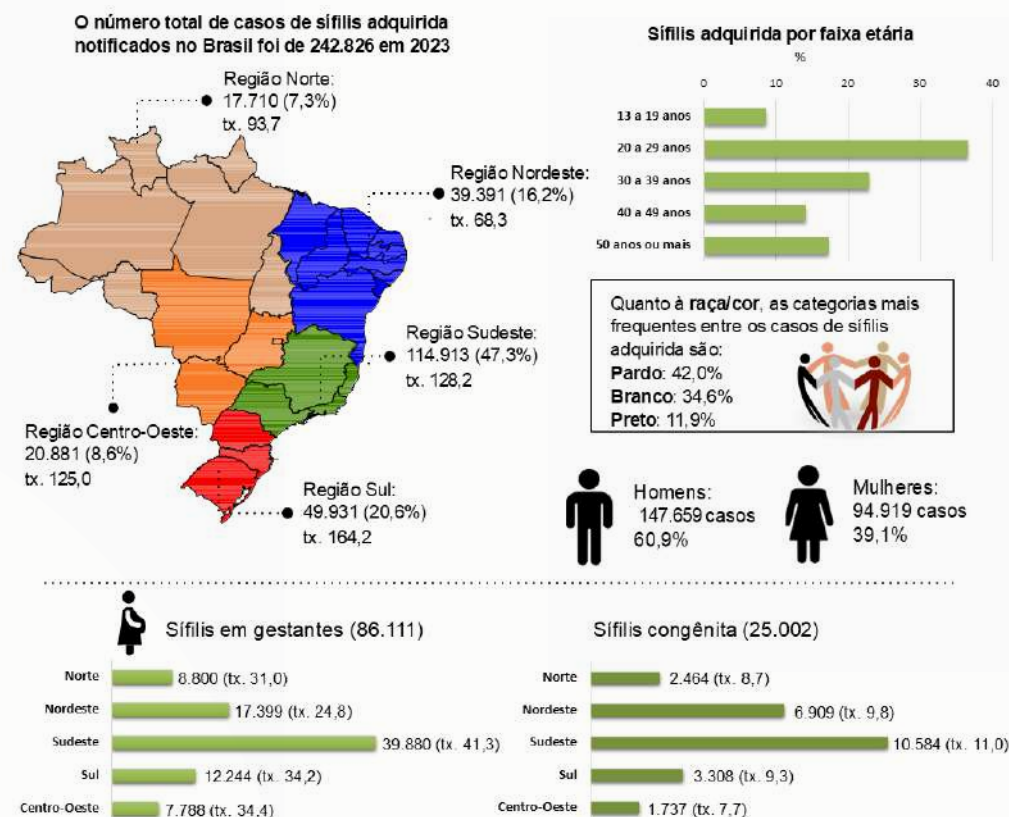


Fonte: Sinan/SVSA/MS.

A seguir, são apresentados os dados do Boletim Epidemiológico de Sífilis 2024, com casos de sífilis adquirida por sexo, região e faixa etária, e

os dados de sífilis em gestante e sífilis congênita por região.

Figura 28 – Situação atual da sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita para algumas variáveis selecionadas – 2023



Fonte: Sinan/SVSA/MS.

O Brasil integra o grupo de países, junto à Organização Mundial da Saúde (OMS), engajados na eliminação da transmissão vertical (TV) de HIV, sífilis e hepatite B, como problema de saúde pública. No contexto das Américas, o Brasil está comprometido com a estratégia "Eliminação da transmissão materno-infantil de HIV, sífilis, HBV, doença de Chagas e HTLV" (ETMI Plus), da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que visa alcançar e manter a eliminação dessas infecções.

Entre as inúmeras iniciativas realizadas no controle e na eliminação da TV, o processo de certificação de estados e municípios brasileiros, que alcançaram os critérios mínimos estabelecidos pelo Guia de Certificação, destaca-se como a principal entrega à sociedade. Para o ano de 2025, pretende-se solicitar à Opas/OMS a eliminação nacional da TV de HIV no Brasil e rever o pacto tripartite de eliminação da TV.

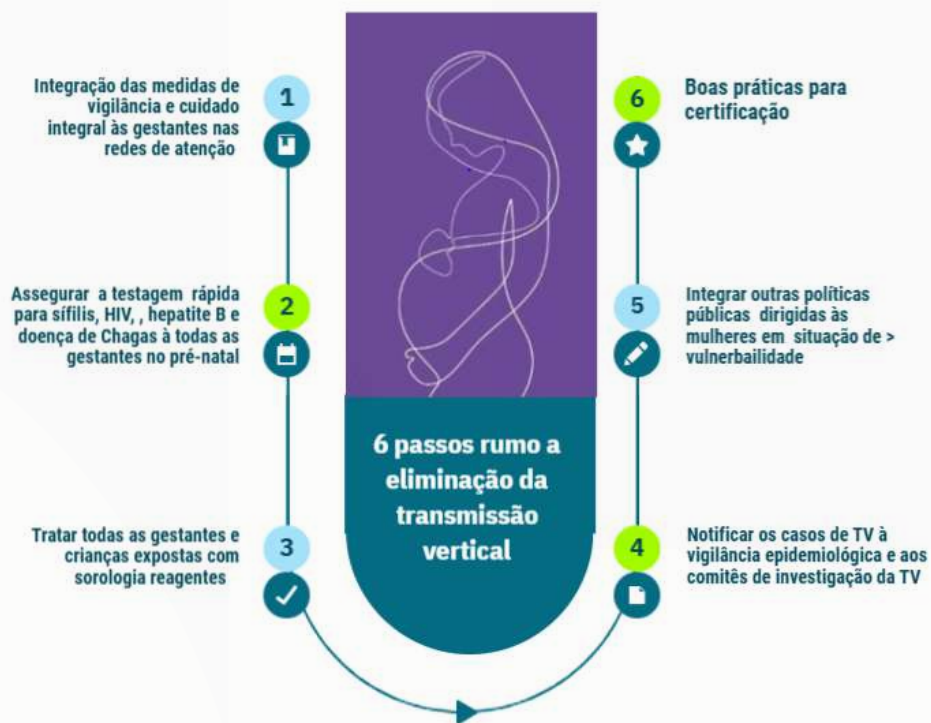
Figura 29 – Certificação da eliminação transmissão vertical de HIV, sífilis, hepatite B e ações de apoio, promoção e prevenção



Fonte: SVSA/MS.

Figura 30 – Pacto pela eliminação da transmissão materno-infantil de HIV, sífilis, hepatite B e doença de Chagas

Pacto pela eliminação da transmissão materno-infantil do HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas



Fonte: SVSA/MS.

Principais ações realizadas em 2024 para impulsionar a eliminação da TV:

- Realizada, junto às vigilâncias estaduais, investigação epidemiológica das crianças (414) nascidas em 2021 e 2022, identificadas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) com menção ao HIV/aids, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom), no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel) com alguma carga viral (CV) detectável, e/ou cadastrada no Siclom para tratamento com antirretroviral (ARV), a fim de fortalecer a vigilância da infecção em crianças, reduzir a subnotificação e conhecer a taxa de TV. Foram confirmados 326 casos nos 2 anos analisados.
- Implementação dos testes rápidos DUO (HIV e sífilis) na rotina do pré-natal com 4 milhões de testes adquiridos, dos quais 1,8 milhão foi distribuídos em 2024 para todas as unidades federativas.
- Realização de inquérito público sobre sífilis em todo o território brasileiro.

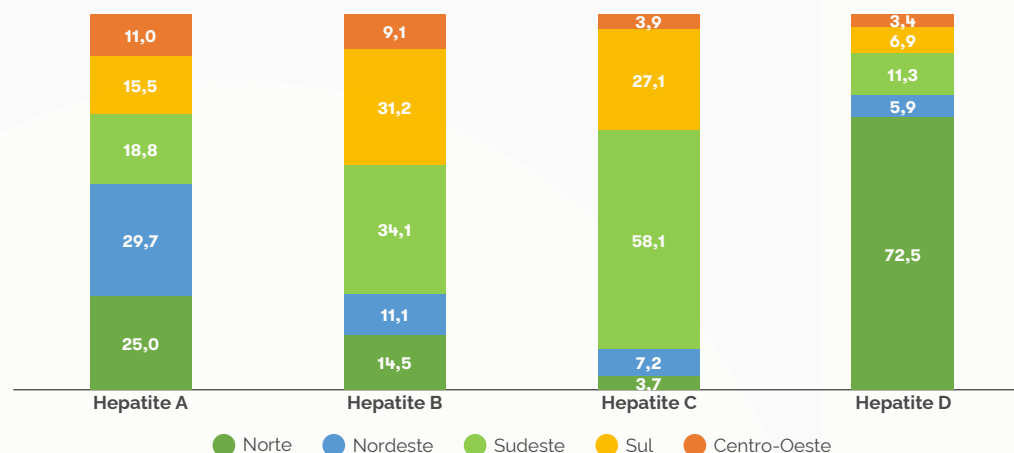
Hepatites virais

As hepatites virais são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. São infecções que atingem o fígado, causando alterações leves, moderadas ou graves. Na maioria das vezes, são infecções silenciosas, ou seja, não apresentam sintomas. Entretanto, quando presentes, podem se manifestar como: cansaço, febre, mal-estar, tontura, enjoo, vômitos, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras.

No período de 2000 e 2023, foram registrados 785.571 casos confirmados de hepatites virais no Brasil. Destes, 171.255 (21,8%) são referentes aos casos de hepatite A, 289.029 (36,8%) de hepatite B, 318.916 (40,6%) de hepatite C, 4.525 (0,6%) de hepatite D e 1.846 (0,2%) de hepatite E. A distribuição proporcional dos casos variou entre as cinco regiões brasileiras. A Região Nordeste

concentra a maior proporção das infecções pelo vírus A (29,7%). Na Região Sudeste, verificam-se as maiores proporções dos vírus B e C, com 34,1% e 58,1%, respectivamente, seguindo-se a Região Sul, com 31,2% e 27,1%, respectivamente. Por sua vez, a Região Norte acumula 72,5% do total de casos de hepatite D (ou Delta).

Gráfico 66 – Percentual de casos de hepatites virais diagnosticados – 2000 a 2023

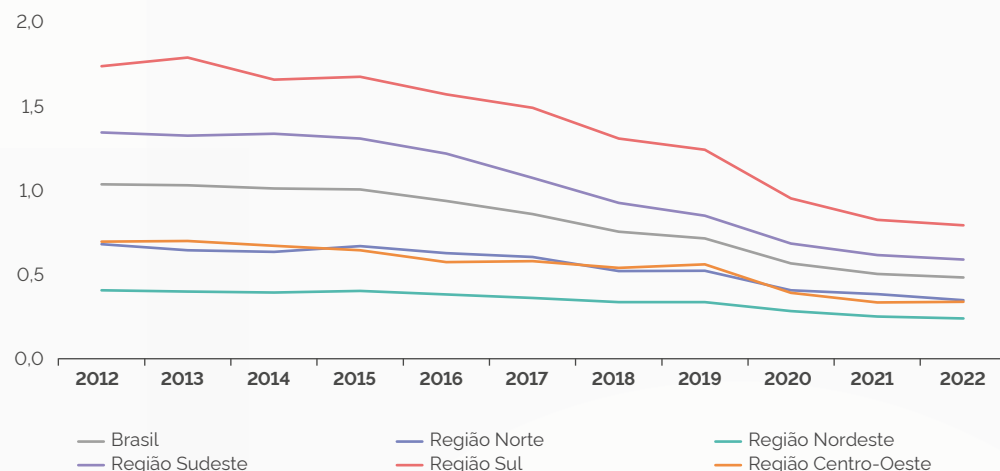


Fonte: Sinan/SVSA/MS.

Quanto à mortalidade, no período de 2000 a 2022, foram identificados 89.875 óbitos por causas básicas e associadas às hepatites virais dos tipos A, B, C e D. Desses óbitos, 1,5% foram associados à hepatite viral A; 21,7% à hepatite B; 75,9% à hepatite C; e 0,9% à hepatite D. 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, pois implicam custos elevados

com tratamento, hospitalização e transplantes. Importante destacar, quanto ao coeficiente de mortalidade por hepatite C como causa básica, que se observou redução no Brasil como um todo nos últimos dez anos, visto que em 2022 o coeficiente de mortalidade por hepatite C no País foi de 1 óbito para 0,5 óbito por 100 mil habitantes, colocando-nos dentro das metas de impacto da OMS. Essa situação pode ser atribuída ao investimento feito na política pública de enfrentamento desta doença ao longo dos últimos dez anos no SUS.

Gráfico 67 – Coeficiente de mortalidade por hepatite C (por 100 mil habitantes – 2012 a 2022)

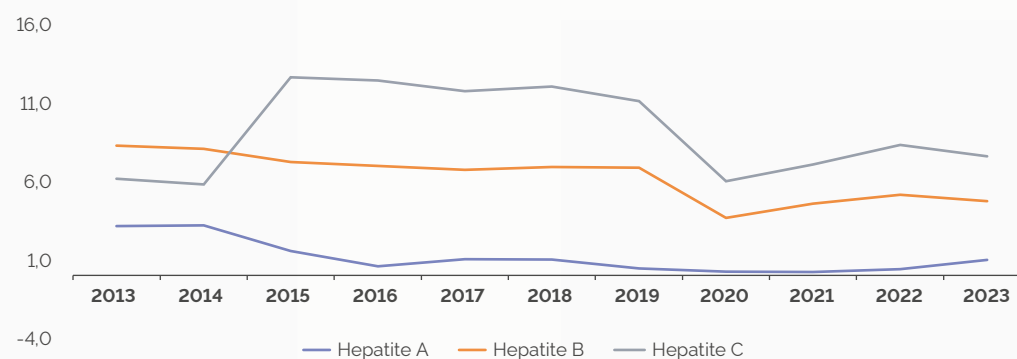


Fonte: Sinan/SVSA/MS.

A taxa de incidência de hepatite A no Brasil apresentou pouca variação no período de 2011 a 2014. Em 2014, foi instituída a vacina para crianças de 1 ano a menores de 2 anos, em dose única. Em seguida, entre 2015 e 2022, a taxa mostrou redução de 74,3%; entretanto, em 2023, aumentou em 143,1% em relação ao ano anterior, quando passou de 0,4 para 1,0 caso por 100 mil habitantes. Esse acréscimo foi impulsionado pelas Regiões Sul e Sudeste, que apresentaram taxas de 2,1 e 1,3 casos por 100 mil habitantes, um aumento de 224,2% e 141,9%, respectivamente, no último ano. Há uma discreta

tendência de queda anual nas taxas de hepatite B até 2019; esse declínio se acentuou nos últimos anos e atingiu 4,7 casos por 100 mil habitantes em 2023. Quanto à hepatite C, em 2015, houve a mudança de definição de caso para fins de vigilância epidemiológica; por conseguinte, as taxas de detecção de hepatite C sofreram um impacto, passando de 5,8 casos por 100 mil habitantes, em 2014, para 12,5 casos por 100 mil habitantes em 2015. A partir de 2016, a taxa de detecção de hepatite C apresentou discreta queda até 2019 e, em 2023, chegou a 7,6 casos por 100 mil habitantes.

Gráfico 68 – Taxa de incidência/detecção de hepatites virais (por 100 mil habitantes) – 2012 a 2023

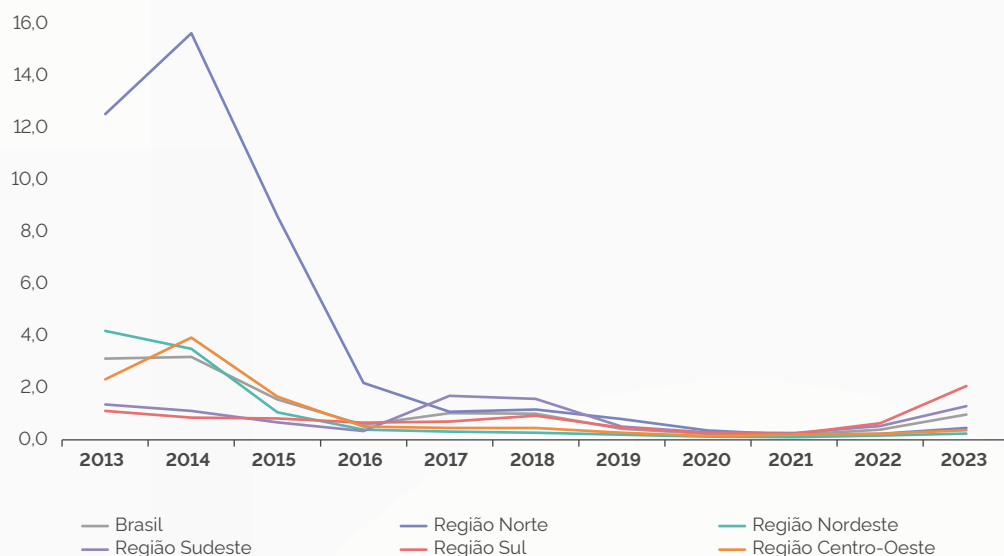


Fonte: Sinan/SVSA/MS.

Ao analisar a taxa de incidência de hepatite A, observa-se que, no ano 2023, sete capitais brasileiras apresentaram média superior à nacional (de 1,0 caso por 100 mil habitantes): Florianópolis (36,0), Porto Alegre (13,3), São Paulo (3,2), Boa Vista (3,0), Rio de Janeiro (2,7), Fortaleza (1,4) e Cuiabá (1,1). Além disso, destaca-se que Florianópolis apresentou uma taxa de incidência de 36,0 casos por 100 mil habitantes, cerca de 11 vezes superior à do estado de Santa Catarina (3,4 casos por 100 mil habitantes), assim como

Porto Alegre, que registrou taxa de 13,3 casos por 100 mil habitantes, 5 vezes maior que a taxa do Rio Grande do Sul (2,8 casos por 100 mil habitantes). O aumento de casos pode ser atribuído aos surtos que vêm ocorrendo globalmente, em países da região europeia e das Américas (Chile e Estados Unidos) e no Brasil, apresentando um perfil epidemiológico com características semelhantes, que são adultos gays e HSH.

Gráfico 69 – Taxa de incidência de hepatite A (por 100 mil habitantes) – 2013 a 2023



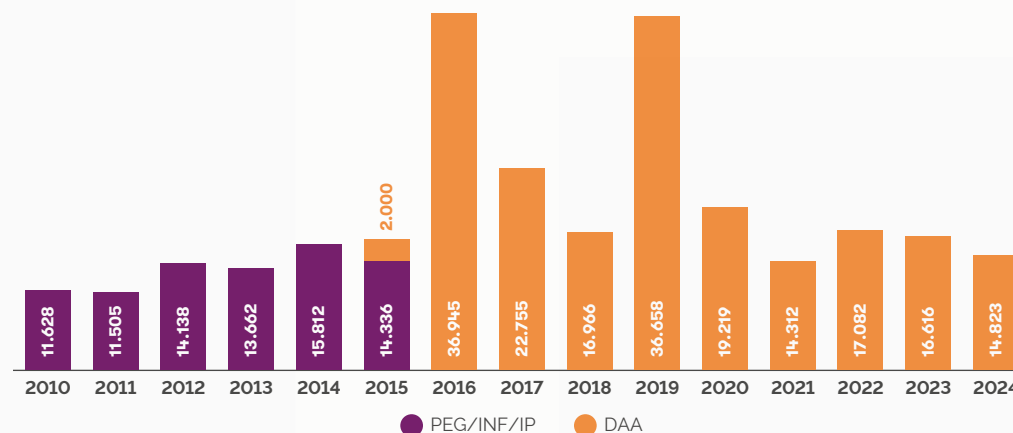
Fonte: Sinan/SVSA/MS.

Apesar da diminuição na detecção da hepatite B, é positivo observar que, de 2014 a 2023, houve uma notável tendência de aumento no número de pacientes em tratamento. Esse crescimento sugere uma demanda em ascensão por intervenções, destacando a contínua importância do tratamento da hepatite B na esfera da saúde pública. A variação percentual entre 2014 e 2023 evidencia um incremento significativo, de aproximadamente 100%, no número de pacientes sob tratamento nesse período. Vale ressaltar que o aumento percentual entre 2022 e 2023 é de aproximadamente 6,17%, ainda que excluindo o mês de dezembro de 2023.

Tratamento de pacientes com hepatite B e C

A estratégia de enfrentamento à hepatite C está pautada na universalização do tratamento, na busca pela cura e na sua eliminação. Em 2024, foram realizados 14.823 tratamentos, número inferior aos anos de 2016 e 2019, quando se atingiram os maiores números de pacientes com acesso ao tratamento para hepatite C, sendo 36.945 e 36.658 tratamentos, respectivamente.

Gráfico 70 – Pacientes em tratamento para hepatite C – 2010 a 2024

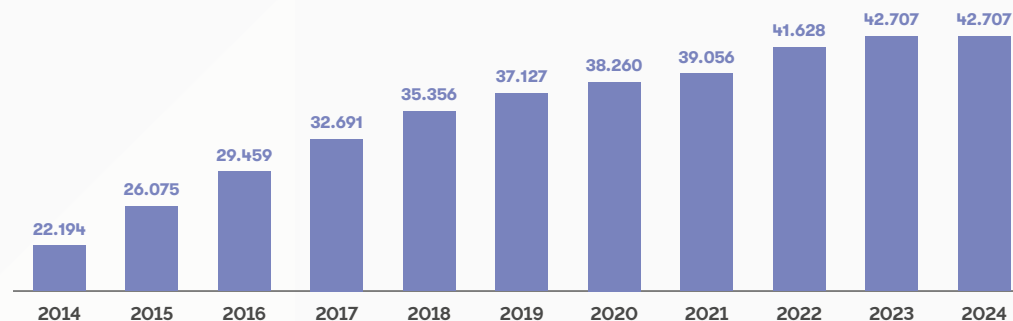


Fonte: SIA/SUS, Siclom/MS.

O gráfico, a seguir, retrata o número de pacientes em tratamento para hepatite B no Brasil entre 2014 e novembro de 2024, evidenciando um crescimento expressivo de 22.194 para 42.707 pacientes, praticamente dobrando o total ao longo do período analisado. Esse avanço inicial, mais acentuado entre 2014 e 2019, reflete os esforços do SUS na ampliação do acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado. Contudo, a partir de 2020, percebe-se uma

desaceleração no ritmo de crescimento, com estabilidade nos números entre 2022 e 2024, o que pode estar relacionado tanto à consolidação dos programas existentes quanto ao impacto da pandemia de covid-19 na detecção ativa de novos casos. Apesar do progresso, persistem desafios que exigem melhorias no rastreamento, campanhas educativas e redução de barreiras no diagnóstico.

Gráfico 71 – Pacientes em tratamento para hepatite B – 2014 a 2024



Fonte: SIA/SUS, Siclom/MS.

Para o alcance das metas e dos compromissos, foram realizadas entregas à sociedade que conferem o esforço realizado em 2024 com vista a aprimorar a vigilância, a prevenção e o cuidado integral das hepatites virais no País, conforme listado a seguir:



Acesso à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das hepatites virais

- ✦ 14.823 pessoas foram tratadas para hepatite C e 42.707 para hepatite B.
- ✦ Realização de duas Ações de Cidadania em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas Penais (Senappen/MJSP) para testagem, diagnóstico e tratamento das hepatites B e C no sistema prisional de Dourados/MS e de Charqueadas/RS.
- ✦ Alinhamento com os estados do Amapá, Pernambuco, Mato Grosso e Rio de Janeiro para a organização e o desenvolvimento das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento das hepatites B e C na rotina das equipes de Saúde Prisional e dos fluxos com a Rede de Atenção à Saúde local.
- ✦ Alinhamento das estratégias com a Fiocruz do Rio de Janeiro e de Rondônia como projeto-piloto para incorporação e disponibilização da carga viral para hepatite D.



Emergência em saúde pública: enchentes e inundações

- ✦ Apoio técnico a SES e SMS nas demandas solicitadas relativas às hepatites virais no contexto de emergência de saúde pública.
- ✦ Divulgação e alinhamento das orientações acerca de Vigilância e Insumos para Eventos de Inundação.
- ✦ Apoio institucional com a contratação temporária de consultora via Opas para atuar no diagnóstico e na proposta de reestruturação da rede de assistência às hepatites virais de Porto Alegre/RS.



Cooperação técnica internacional

- ✦ Elaboração de protocolo unificado dos países do Mercosul para controle de qualidade dos testes rápidos de HIV, sífilis e hepatite C (Comissão Intergovernamental de HIV, presidência brasileira no Mercosul).
- ✦ Com a colaboração do Brasil, a OMS construiu o *Guidance for Country Validation of Viral Hepatitis Elimination and Path to Elimination*. Uma versão adaptada à realidade brasileira está em construção.



Articulação com a sociedade civil

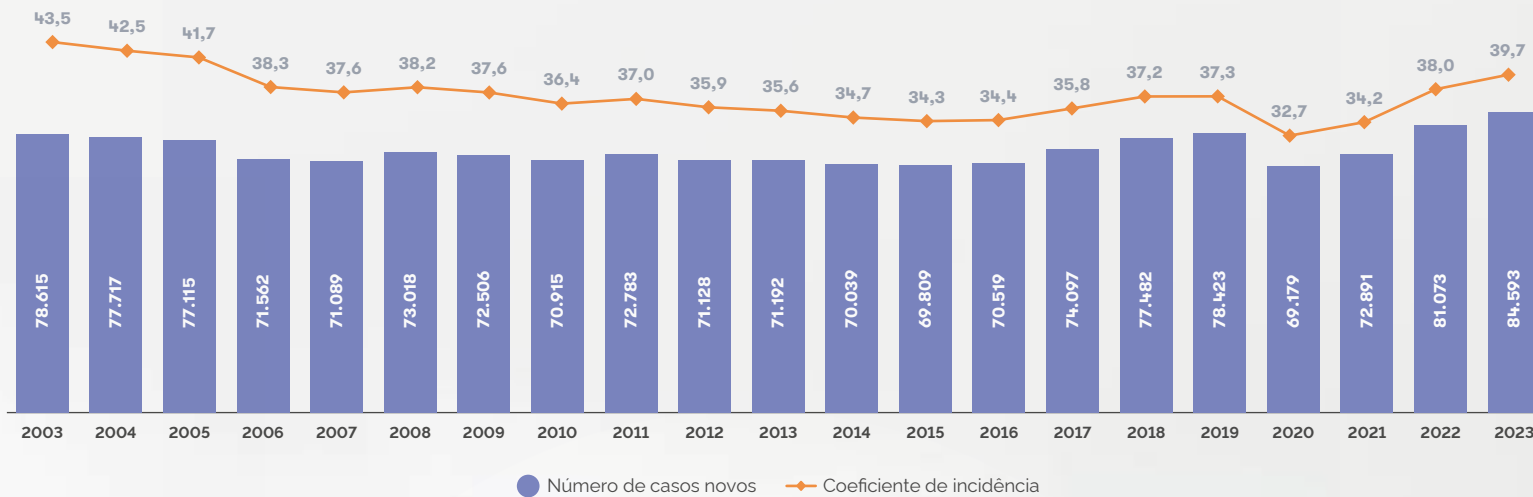
- ✦ Atuação conjunta por meio da Comissão de Articulação Social (CAMS), encontros regionais de Organizações da Sociedade Civil (OSC), Encontro Nacional das ONGs de Hepatites Virais e Transplantados, Frente Parlamentar Mista de Enfrentamento às IST, HIV, Aids e Hepatites Virais.

Tuberculose

A tuberculose (TB) persiste enquanto desafio ao SUS e tem como orientador para seu enfrentamento o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública até 2030. É importante destacar que, conforme Relatório Global de Tuberculose da OMS em 2024 (OMS, 2024), o Brasil alcançou 89% de cobertura de tratamento de TB (casos notificados em relação aos estimados para o País pela OMS) no ano de 2023, o que aponta para a recuperação do desempenho dos serviços de saúde, quando comparados os resultados deste momento ao período pré-pandemia de covid-19.

No ano de 2023, foram notificados 84.593 casos novos de TB, com um coeficiente de incidência (CI) de 39,7 por 100 mil habitantes. A distribuição do risco de adoecimento por TB é heterogênea no território brasileiro, e as populações sob maior risco de adoecimento estão no Amazonas (86,3 casos/100 mil hab.), em Roraima (78,9 casos/100 mil hab.) e no Rio de Janeiro (73,7 casos/100 mil hab.).

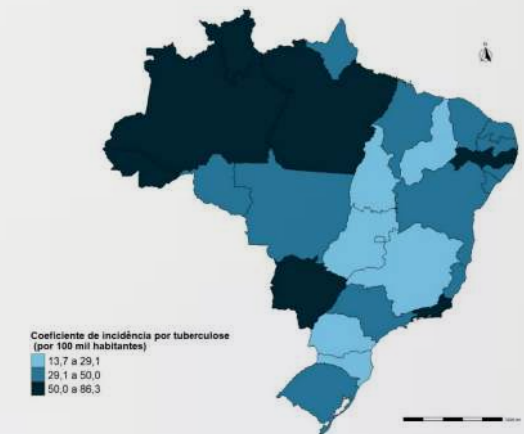
Gráfico 72 – Coeficiente de incidência (casos por 100 mil hab.) e número de casos novos de tuberculose – 2003 a 2023*



Fonte: Sinan/MS e IBGE.

*Dados preliminares extraídos em setembro de 2024, sujeitos à revisão.

Figura 31 – Coeficiente de incidência de tuberculose (casos por 100 mil hab.), segundo unidade da Federação – 2023*



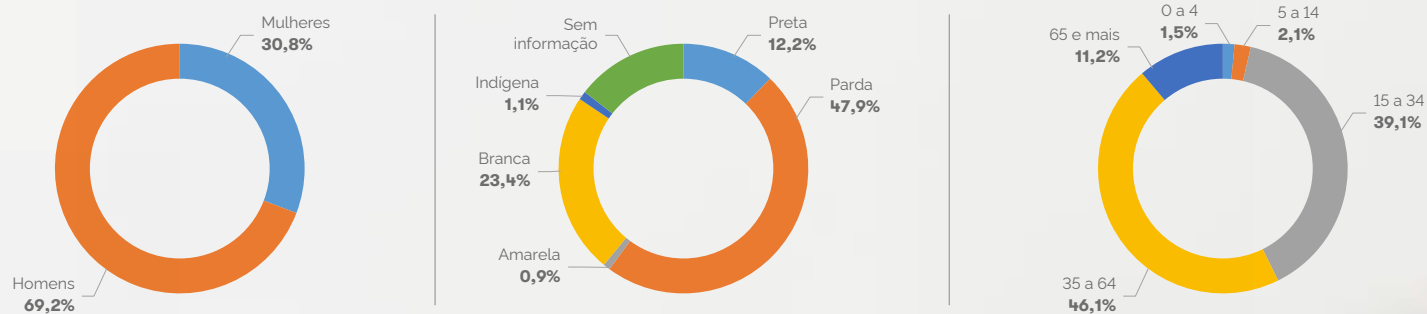
Fonte: Sinan/MS e IBGE.

*Dados preliminares extraídos em setembro de 2024, sujeitos à revisão.

Considerando os aspectos sociodemográficos da TB e os dados apresentados no próximo gráfico, observa-se que a TB acomete principalmente homens (69,2%; CI 56,1 casos/100 mil hab.), de raça/cor preta (65,2 casos/100 mil hab.), indígena (56,5 casos/100 mil hab.) e parda (45 casos/100 mil hab.), nas faixas etárias de 15 a 34 anos (CI 49,5 casos/100 mil hab.) e 35 a 64 anos (CI 48,2 casos/100 mil hab.).



Gráfico 73 – Proporção de casos novos de tuberculose, segundo sexo, faixa etária e raça/cor – 2023*



Fonte: Sinan/MS.

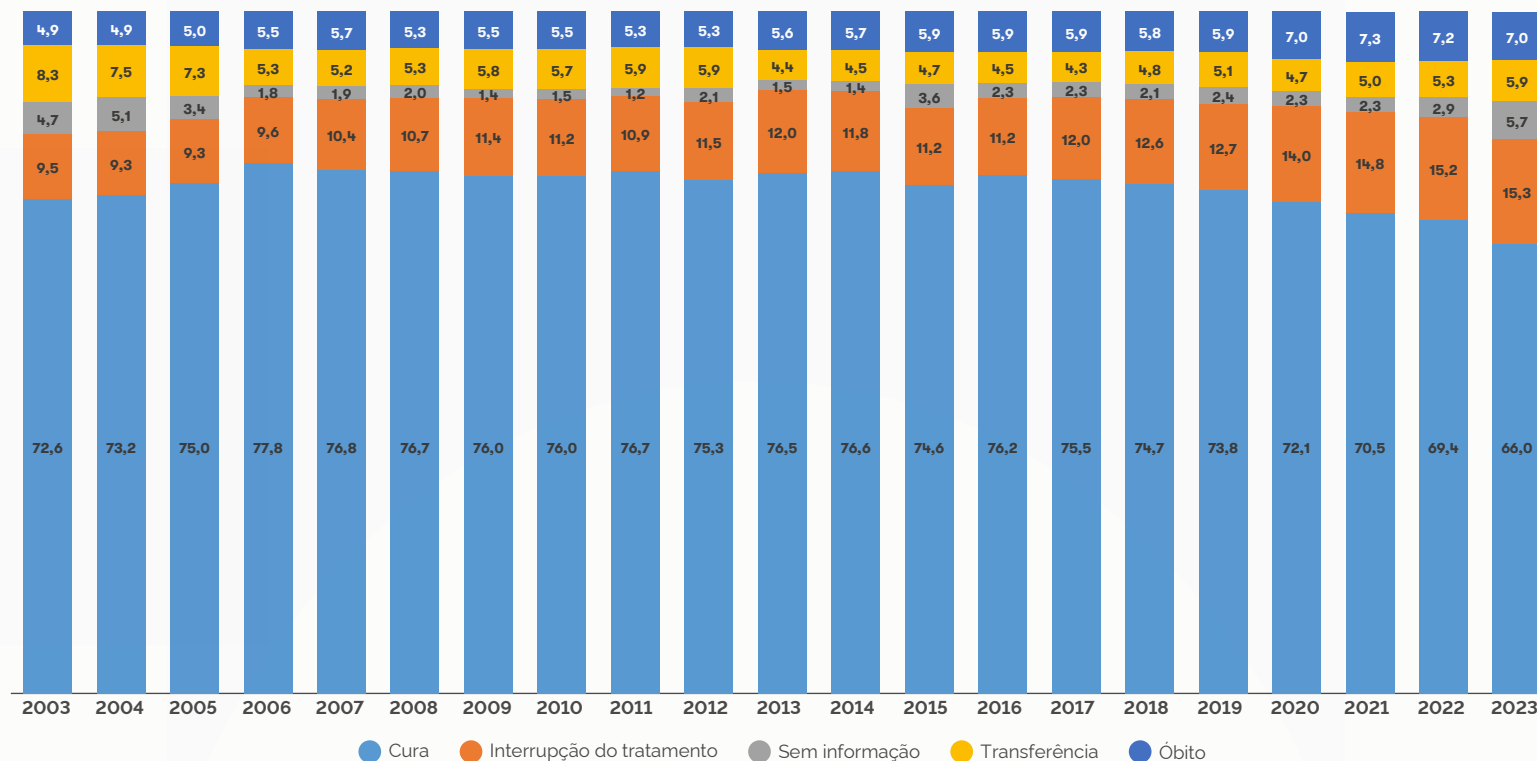
*Dados preliminares extraídos em setembro de 2024, sujeitos à revisão.

No que diz respeito ao desfecho do tratamento das pessoas com TB, em 2022, 68,7% dos casos novos de TB pulmonar diagnosticados por critério laboratorial obtiveram cura e 15% interromperam

o tratamento. Dados de 2023, ainda preliminares, apontam uma cura de 59,4% dos casos novos de TB pulmonar com confirmação laboratorial.



Gráfico 74 – Proporção de desfechos de tratamento nos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial – Brasil, 2003 a 2023*



Fonte: Sinan/MS.

*Dados preliminares extraídos em setembro de 2024, sujeitos à revisão. Retirados da análise os encerramentos por: mudança de diagnóstico, tuberculose drogaresistente (TBDR), mudança de esquema e falência.

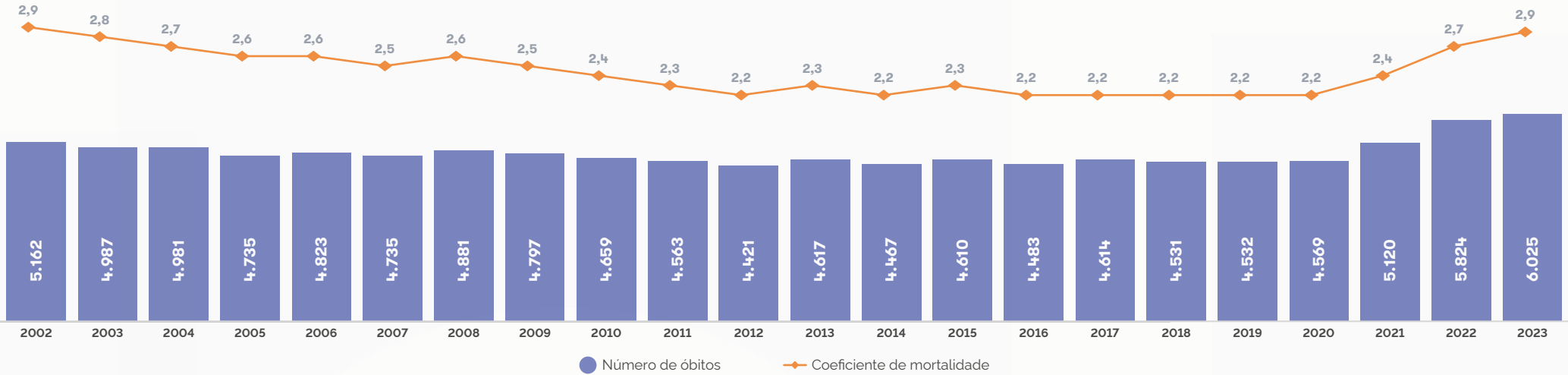
No Brasil, observa-se uma tendência de queda do coeficiente de mortalidade por TB de 2002 a 2020 e aumento nos últimos anos (2020 a

2023), chegando a 6.025 óbitos pela doença em 2023, com um coeficiente de mortalidade

de 2,9 óbitos por 100 mil habitantes, conforme gráfico a seguir.



Gráfico 75 – Coeficiente de mortalidade (óbitos por 100 mil hab.) e número de óbitos por tuberculose – 2002 a 2023*



Fonte: SIM/MS e IBGE.
*Dados preliminares extraídos em setembro de 2024, sujeitos à revisão.

Entre as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para enfrentamento da TB em 2024, destacam-se:

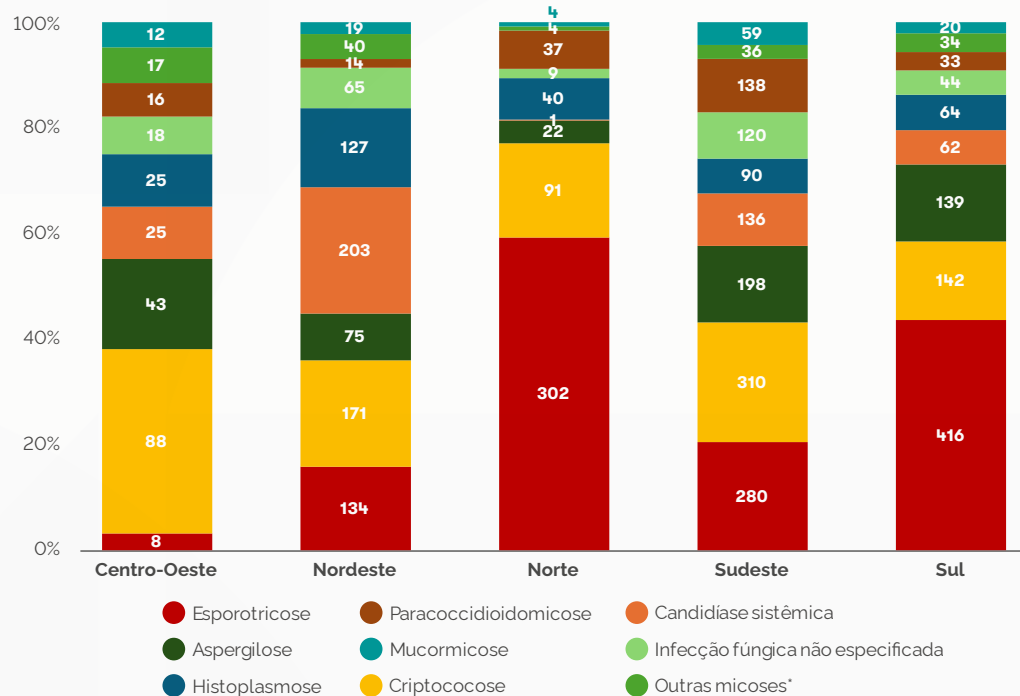
- ✳ Incorporação do farmacêutico no rol de profissionais habilitados para prescrição do tratamento preventivo para TB: em resposta à consulta da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde (SVSA/MS), o Conselho Federal de Farmácia anunciou, em sua 547ª Reunião Plenária Ordinária, a inserção do profissional farmacêutico no rol de prescritores de tratamento preventivo da TB.
- ✳ Realização de 13 manejos clínicos da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTBT), cinco treinamentos presenciais para realização da prova tuberculínica (PT) e 24 webinários do projeto ExpandTPT com o apoio do MS, qualificando 3.500 profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde (ACS) nas ações de prevenção da tuberculose, nos municípios de: Recife, Manaus, Porto Alegre, Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador, João Pessoa e Nova Iguaçu.
- ✳ Treinamento de 13 profissionais de laboratório, dos estados do Acre, Amazonas, Alagoas, Ceará, Goiás, Mato Grosso, Paraíba, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Roraima e Santa Catarina, como monitores e *superusers* da Rede de Teste Rápido Molecular para Tuberculose (RTR-TB).
- ✳ Capacitação de técnicos em 18 estados (AP, BA, CE, ES, GO, MA, MG, MT, PA, PB, PE, RJ, RO, RR, RS, SE, SP e TO), no manejo clínico de TB em adultos e no manejo clínico de TB em crianças e adolescentes.
- ✳ Capacitação de 2.701 profissionais de saúde no manejo da infecção latente pelo *M. tuberculosis* e na vigilância do óbito da TB.
- ✳ Capacitação de mais de 400 profissionais da rede de serviços de saúde, gestores entre outros atores estratégicos, para implantação dos grupos técnicos de vigilância do óbito.
- ✳ Instituição do Comitê Técnico Assessor em Tuberculose (CTA-TB) para fornecer suporte técnico e científico nas políticas de controle da TB, promovendo a participação social e o engajamento de diversas entidades.
- ✳ Certificação de coordenações estaduais e municipais de tuberculose pelo reconhecimento de metas estratégicas da TB 2024.

Micoses endêmicas

Considerando a importância das micoses endêmicas na saúde pública brasileira, o Ministério da Saúde está em processo de estruturação de um sistema de vigilância, com vistas a conhecer a real magnitude dessas doenças para subsidiar a adoção de políticas específicas de prevenção, assistência e seu controle.

Entre os meses de janeiro a outubro de 2024, 3.350 pessoas foram atendidas por meio das solicitações de antifúngico para tratamento das micoses endêmicas e oportunistas ao Ministério da Saúde, nas cinco regiões do Brasil. Ao todo, a esporotricose, com 1.090 pessoas atendidas; a criptococose, com 649; a aspergilose, com 374; e a candidíase sistêmica, com 340 pessoas atendidas, representaram a maior parte da demanda, sendo a Região Sudeste a que mais realizou solicitações entre as demais.

Gráfico 76 – Número de casos de micoses atendidos com tratamento fornecido pelo Ministério da Saúde, segundo macrorregião e agravo – 2024*



Fonte: SVSA/MS.

*Dados extraídos em 31 de outubro de 2024, sujeitos à revisão.

Entre as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para enfrentamento das micoses em 2024, destacam-se:

- Implantação da vigilância epidemiológica das micoses endêmicas nos estados de Mato Grosso do Sul, Paraná e São Paulo.
- Realização de seis webinários que abordaram o diagnóstico e o manejo dos seguintes agravos: aspergilose, criptococose, esporotricose, histoplasmoses, micoses de implantação e paracoccidioidomicose. As transmissões foram realizadas pelo canal da SVSA e contaram com mais de 9 mil visualizações, entre profissionais dos serviços, gestores, pesquisadores, acadêmicos e outros interessados no tema.
- Instituído o **Comitê Técnico Assessor em Micoses** (CTA-MIC), por meio da Portaria SVSA/MS n.º 75, de 11 de julho de 2024, para fornecer suporte técnico e científico nas políticas de controle e manejo das micoses endêmicas e oportunistas.
- Disponibilização do teste imunocromatográfico de fluxo lateral (LF-CrAg) para o diagnóstico rápido e preciso de criptococose em pessoas vivendo com HIV/aids. Até o momento, foram distribuídos 691 kits, que totalizam 34.550 testes distribuídos para todas as unidades federadas.
- Disponibilização da anidulafungina para o tratamento de candidemias e outras formas de candidíase invasiva; do isavuconazol para a fase de consolidação do tratamento de pacientes diagnosticados com todas as formas graves de mucormicose; e do voriconazol para o tratamento de pacientes com aspergilose invasiva.

Tabela 74 – Número de casos atendidos com tratamento fornecido pelo Ministério da Saúde – 2024*

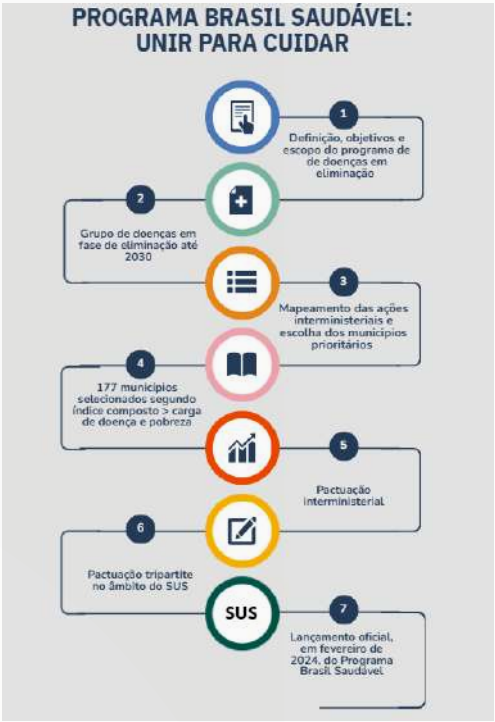
ANTIFÚNGICO	PHVA	NÃO PVHA	TOTAL
Anfotericina B lipossomal	525	669	1.224
Anidulafungina	8	271	279
Complexo lipídico de anfotericina B	87	146	233
Flucitosina	351	66	417
Isavuconazol VO	0	14	14
Isavuconazol IV	0	3	3
Itraconazol	53	1.225	1.278
Voriconazol VO	8	167	172
Voriconazol IV	7	62	69

Fonte: banco de dados de distribuição de antifúngicos – SVSA/MS.
*Dados até 31 de outubro de 2024.

2.3.3 Programa Brasil Saudável

O Programa Brasil Saudável foi formalmente oficializado em fevereiro de 2024, como resultado programático do Decreto Presidencial n.º 11.494, de 17 de abril de 2023, que instituiu o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (CIEDDS). O status programático multisetorial atribuído ao Programa Brasil Saudável lhe confere institucionalidade com atribuições compartilhadas com 14 ministérios, de modo a integrar esforços e políticas sociais rumo à eliminação de 11 doenças e 5 infecções que acometem gestantes e crianças.

O Programa Brasil Saudável é coordenado tecnicamente pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente SVSA do Ministério da Saúde (SVSA/MS), e a coordenação política multisetorial é realizada pela Casa Civil da Presidência da República, por meio da Secretaria Especial de Acompanhamento e Monitoramento (SAM). Os ministérios que integram o programa têm seus planos operativos apresentados e validados no comitê interministerial.



O Ministério da Saúde e as demais Pastas que compõem o Programa Brasil Saudável iniciaram, em setembro de 2024, a primeira etapa de planejamento estratégico do Programa Brasil Saudável, cujo resultado subsidiará o microplanejamento em todos os níveis organizacionais nos municípios priorizados para a eliminação de infecções e doenças de determinação social.

Foram realizadas visitas in loco aos municípios prioritários do Programa Brasil Saudável. As visitas de prospecção visam articular e identificar parceiros estratégicos e ampliar o diálogo com gestores(as) e sociedade civil para compreender as necessidades e características locais relacionadas para o enfrentamento de determinantes sociais da saúde.

- Entre as atividades realizadas, destacam-se:
- > **Incorporação da notificação compulsória das infecções por HTLV em gestantes e crianças:** por meio da Portaria GM/MS n.º 3.148, de 6 de fevereiro de 2024, o Ministério da Saúde estabeleceu que os serviços de saúde públicos e privados de todo o Brasil passem a notificar compulsoriamente a infecção pelo vírus linfotrópico de células T humanas (HTLV) em gestante, parturiente ou puerpera e em criança exposta ao risco de transmissão vertical (da gestante para o feto).
 - > **Certificação da eliminação da filariose linfática como problema de saúde pública:** em outubro de 2024, o Brasil recebeu a certificação de país livre da filariose linfática como problema de saúde pública, doença parasitária crônica, considerada uma das maiores causas mundiais de incapacidades permanentes ou de longo prazo. A certificação brasileira é resultado de um trabalho de décadas. No Brasil, o perfil epidemiológico dessa doença foi estabelecido ainda na década de 1950, quando foram realizados inquéritos hemoscópicos em todo o País. Com base nos resultados desses inquéritos, foram identificados os focos e eleitas áreas prioritárias para intervenção.

Elaboração de dossiê para a apresentação à Opas até o final de 2025 referente à eliminação do tracoma como problema de saúde pública no Brasil.

2.3.4 Emergências em Saúde Pública

Para atender o compromisso do Brasil em adotar medidas adequadas de prevenção e controle de Emergências em Saúde Pública (ESP), 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).
- Programa de Formação em Emergências em Saúde Pública (Profesp).
- Programa Nacional de Vigilância em Saúde dos Riscos Associados aos Desastres (Vigidesastres).
- Monitoramento e Avaliação das Capacidades do RSI (MAC-RSI) – processo realizado pelo Ministério da Saúde para avaliar a capacidade do Brasil de se preparar para emergências de saúde pública.
- Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Cievs Nacional) e Rede Nacional dos Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Rede Cievs).

- Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh).
- Área técnica de vigilância das emergências por agentes químicos, biológicos, radiológicos e nucleares (QBRN).

A formação de profissionais em emergências de saúde pública foi fortalecida com o lançamento de dois novos cursos: Comunicação de Risco em Emergências em Saúde Pública e Curso Básico de Vigilância dos Riscos Associados a Desastres. Esses lançamentos se somaram aos seis cursos já disponíveis na modalidade EaD pelo Programa de Formação em Emergências em Saúde Pública.

Em 2024, o Profesp promoveu 13 turmas, abrangendo os níveis bronze, prata e a formação complementar. As iniciativas alcançaram mais de 8 mil inscrições e resultaram em mais de 5 mil concluintes, demonstrando o impacto significativo na preparação de profissionais para lidar com emergências em saúde pública.

Além das ofertas nacionais, o Profesp expandiu suas ações internacionalmente, no âmbito do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (Pecs-CPLP). O Curso Básico de Preparação e Resposta às Emergências em Saúde Pública (CBPR) foi ofertado a profissionais de seis países lusófonos: Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal e São Tomé e Príncipe, totalizando 70 inscritos.

Como parte da estratégia iniciada em 2023 para fortalecer a capacidade local de manejo das emergências e promover a integração entre vigilância, assistência e outros setores relevantes, foram realizadas 17 Oficinas de Preparação, Vigilância e Resposta às ESP. Somadas às dez oficinas de 2023, essa iniciativa alcançou 100% dos estados brasileiros e o Distrito Federal.

Dando continuidade à estratégia, a realização de exercícios simulados tornou-se um novo marco. Dos 27 simulados planejados para

2024/2025, foram realizados 4 simulados de mesa, que fortaleceram habilidades e conhecimentos sobre a implementação de planos de contingência, práticas de vigilância e resposta eficaz a emergências. Os temas abordados incluíram arboviroses, desastres por chuvas intensas, doenças exantemáticas, doenças respiratórias e emergências por seca e estiagem, proporcionando aprendizado prático sobre coordenação e comunicação em situações de crise.

Tabela 75 – Exercícios simulados – 2024

Estado (UF)	Temática abordada	Cidade de realização
Pará (PA)	Emergências por arboviroses	Belém
Bahia (BA)	Desastre por chuvas intensas	Salvador
Acre (AC)	Desastre por chuvas intensas	Rio Branco
Pernambuco (PE)	Desastre por chuvas intensas	Recife

Fonte: SVSA/MS.

Em apoio aos estados afetados por chuvas intensas, o Profesp organizou três oficinas para elaboração de planos de contingência, abrangendo regiões críticas: no Rio Grande do Sul, foram capacitados representantes de 50 municípios; no Acre, participaram 19 municípios; e no Distrito Federal, houve a adesão de diversas regiões administrativas.

Acerca da formação em epidemiologia de campo, em 2024, o Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde (EpiSUS) formou 438

profissionais nos três níveis: fundamental (374), intermediário (50) e avançado (14). Além disso, como uma estratégia de fortalecimento das ações de vigilância, o programa formou 24 pessoas no curso básico em investigação de surtos, em oferta para o estado de Alagoas e em parceria com o município do Rio de Janeiro.

O nível fundamental do EpiSUS foi descentralizado para nove novos entes, entre estados e municípios. Todas essas iniciativas foram monitoradas pela equipe técnica do programa, que formou 17 turmas em 2024,

representando um aumento de 54% em relação ao total de turmas ofertadas em 2023. Ao todo, foram ofertadas 500 vagas, com taxa de adesão de 94% (471/500) e taxa de conclusão de 79% (374/471), atendendo 55 municípios. Diante disso, o nível fundamental alcançou a marca de 3.533 egressos em 747 municípios de todo o País. Além dessas, também foi realizada uma turma binacional, com o *Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo* (PEEC), do Paraguai, em Foz do Iguaçu/PR.

Em 2024, o nível Intermediário cumpriu a meta de ofertar duas turmas, além de concluir a turma da Região Norte, formando 50 profissionais, com taxa de conclusão de 100%. Foram realizados seis trabalhos de campo pelas turmas: inquéritos com temas como cobertura vacinal em menores de 5 anos, infecções sexualmente transmissíveis e febre do Oropouche. Por sua vez, o nível avançado do EpiSUS formou, em 2024, a sua 18ª turma, com 14 egressos. Na formatura, que ocorreu durante o 15º Encontro Científico Internacional do EpiSUS, foram recebidos os 13 profissionais que ingressaram na 20ª turma do treinamento, a primeira cujo edital incluiu a oferta de vagas afirmativas para pessoas negras (pretas e pardas), indígenas e quilombolas e pessoas transgênero. Também foram recebidos nessa turma profissionais de Guiné-Bissau e Cabo Verde, cujas vagas também foram reservadas no edital de seleção, em parceria com a Rede Lusófona, que integra os Programas de Formação em Educação em Saúde (FETP), em resposta ao compromisso de fortalecer a saúde global.

O 15º Encontro Científico Internacional do EpiSUS teve como tema "Difundindo a diversidade, a equidade e a inclusão por meio da epidemiologia de campo", obtendo, em resumo, o seguinte alcance:

- 165 inscritos (on-line e presencial).
- 86 resumos recebidos e 31 apresentados.
- Reunião das três coortes (18ª a 20ª).

Ademais, em parceria com a Fiocruz-BA, o EpiSUS realizou o 22º Curso Internacional de Epidemiologia Molecular (Epimol), com oportunidade de participação de profissionais em treinamento no nível avançado de FETP das redes que compõe (RedSur e Rede Lusófona), tendo a participação da Argentina e de Moçambique.

Em relação à manutenção da qualidade do programa EpiSUS, todos os módulos ofertados nos três níveis do treinamento passam por avaliação de satisfação. Os resultados dessas avaliações demonstraram o seguinte:

- 17 turmas do nível fundamental – 98% avaliaram o nível como bom e muito bom.
- 11 módulos do intermediário – 90% avaliaram o curso positivamente.
- 9 módulos do avançado – 94% avaliaram os módulos como bom, excelente ou ótimo.

Outra iniciativa do eixo de Preparação é o monitoramento e avaliação das capacidades nacionais de vigilância, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional (RSI). O processo de autoavaliação e submissão, realizado em 2024, pela primeira vez teve o envolvimento multissetorial. Foram consolidadas e revisadas as autoavaliações respondidas pelos atores internos e externos, dentro das 15 capacidades e seus 35 indicadores previstos no RSI. E a submissão do Relatório Anual de Autoavaliação dos Estados Partes do RSI (Spar) foi realizada pelo Ponto Focal Nacional do RSI (PFN-RSI) do Brasil para a OMS. Após a submissão da Spar/2023, a área técnica de Monitoramento e Avaliação de Capacidades do RSI (MAC-RSI) identificou desafios e iniciou o envio das recomendações de melhoria em 9 dos 35 indicadores presentes nas 15 capacidades do RSI.

Em decorrências dos desafios identificados após a submissão da Spar, o Brasil realizou, pela primeira vez, o processo de Avaliação Externa Voluntária (AEV), seguindo as diretrizes estabelecidas pela área técnica MAC-RSI. O processo, composto por três fases de execução, teve início em junho de 2023 e foi concluído em agosto de 2024, totalizando 14 meses de trabalho.

No que tange ao pilar de produção e disseminação de conhecimento e materiais técnico-científicos como forma de aprimoramento do conhecimento em Emergências em Saúde Pública (ESP), em 2024, foi elaborado o Guia para Elaboração de Planos de Contingência, o Plano de Contingência Nacional para Febres Hemorrágicas Virais, e o Procedimento Operacional Padrão (POP) para ativação de Centros de Operações de Emergência.

Em 2024, o Cievs Nacional selecionou 1.078 rumores, sendo 562 de origem nacional (280 relevantes) e 516 internacionais (312 relevantes). Entre os rumores nacionais relevantes, 66 foram encaminhados para verificação, dos quais 47 foram respondidos, sendo 38 em tempo oportuno (até 24 horas), enquanto 9 permaneceram pendentes. Já entre os rumores internacionais relevantes, 28 foram encaminhados para verificação, com 7 respostas em tempo oportuno, 3 fora do prazo e 18 ainda pendentes.

O Cievs Nacional detectou e monitorou, ao longo do ano, 27 doenças, agravos e eventos internacionais, como cólera, febre amarela, poliomielite e sarampo, bem como 43 doenças e eventos nacionais, abrangendo emergências epidemiológicas, desastres e situações de desassistência.

A Rede Cievs também desempenhou um papel estratégico no monitoramento de eventos de massa, garantindo vigilância eficaz frente aos riscos à saúde pública em ocasiões como o 57º Festival de Parintins; Rock in Rio 2024; Círio de Nazaré 2024; e Réveillon de Copacabana 2024/2025.

Para aprimorar a Vigilância Baseada em Eventos (VBE), foram implementadas iniciativas inovadoras, como o projeto de qualificação do uso do *Epidemic Intelligence from Open Sources* (EIOS) em nível subnacional. Essa estratégia resultou na realização de 12 oficinas em diferentes estados, capacitando 115 profissionais. Adicionalmente, o projeto *Alert-Early System of Outbreaks with Pandemic Potential* (ÆSOP), um sistema-piloto de alerta antecipado para surtos com potencial pandêmico, foi introduzido em Manaus/AM, com etapas detalhadas para sua implementação.

A vigilância de águas residuais também emergiu como uma estratégia importante para o monitoramento da circulação de patógenos e a identificação de áreas vulneráveis. Em 2024, o departamento iniciou a construção de uma proposta para as Diretrizes de Implementação da Vigilância de Águas Residuais no Enfrentamento das Emergências em Saúde Pública, reforçando seu compromisso com o aprimoramento da VBE.

Em relação à Renaveh, destaca-se a ampliação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) nos hospitais brasileiros, passando de 898 para 948 unidades. Essa expansão fortaleceu a capacidade de detecção precoce de eventos de saúde pública em hospitais públicos, hospitais universitários federais (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH), hospitais sem fins lucrativos e hospitais privados, ampliando a vigilância nos municípios e estados.

Outra iniciativa desenvolvida, quanto à descentralização da vigilância hospitalar, inclui a implantação de Núcleos de Vigilância Epidemiológica em Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e a capacitação de profissionais em vigilância ativa, investigação epidemiológica e uso de Sistemas de Informação em Saúde. Atualmente, alcançamos 145 UPAs com a iniciativa.

Em 2024, esforços foram direcionados para atender às demandas relacionadas a agentes químico-biológicos, radiológicos e nucleares, alcançando avanços significativos. Entre eles, destaca-se o apoio técnico ao estado do Ceará em questões relacionadas à mineração de urânio no município de Santa Quitéria, reforçando a gestão segura e responsável desses agentes.

No âmbito da Vigilância em Saúde dos Riscos Associados aos Desastres, foram monitorados 1.824 alertas de risco de eventos hidrológicos e geológicos, realizados 16 encontros virtuais de monitoramento de cenários de risco para desastres junto aos estados, Distrito Federal e municípios, e elaborada uma Nota Informativa para orientar estados sobre os impactos das ondas de calor, com foco em temperaturas acima de 35°C e seus efeitos na saúde humana.

Além disso, uma ferramenta inédita foi criada pelo Programa Vigilância em Saúde dos Riscos Associados aos Desastres (Vigidesastres) para comunicação de desastres interna da rede. O formulário visa garantir uma comunicação ágil e eficaz em situação de ocorrência de desastres, a fim de avaliar os impactos locais dos desastres, naturais ou tecnológicos, na saúde da população, nos equipamentos de saúde e nos serviços públicos essenciais, e orientar a tomada de decisão em âmbito tripartite.

Ao longo de 2024, foram ativados três Centros de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE) nacionais: COE Dengue e Outras Arboviroses, COE Mpox e COE Chuvas Intensas e Inundações no Sul. Além disso, foi instituída a Sala de Situação Nacional de Emergências Climáticas em Saúde (SSClima) para enfrentar queimadas, enchentes e estiagens, em colaboração com estados, municípios e agências como a Defesa Civil e o Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (Inpe).

Em resposta à decretação da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (Espii) para Mpox pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 14 de agosto de 2024, foi instituído o Centro de Operações de Emergências, COE Mpox, pela Portaria GM/MS n.º 5.192, de 14 de agosto de 2024. Ao todo, o COE Mpox publicou 14 informes técnicos semanais e 1 nota técnica.

Em decorrência das chuvas intensas no Sul, registradas no final de abril de 2024, o departamento mobilizou equipes para atuação in loco em Porto Alegre, permanecendo em campo por 210 dias consecutivos. Durante esse período, foram elaborados relatórios periódicos de 15, 30, 45 e 60 dias, fornecendo um acompanhamento contínuo da emergência.

A resposta a esse cenário contou com a aprovação da Medida Provisória n.º 1.218, de 11 de maio de 2024, que destinou crédito extraordinário para diversos órgãos do Poder Executivo. Esse recurso foi fundamental para a reequipagem das unidades Cievs, Vigidesastres e Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) em todo o território nacional.

Em resposta às emergências climáticas por queimadas, enchentes e escassez de água em diversas regiões do Brasil, foi instituída a SSCLima pela Portaria n.º 4.923, de 25 de julho de 2024, com o objetivo de promover uma gestão coordenada de prevenção e resposta, em colaboração com estados, municípios e agências federais. Entre as principais ações realizadas, destaca-se o apoio in loco para diagnóstico situacional em todos os estados da Região Norte.

Além disso, foi lançada a campanha nacional "Se tem fumaça, tem que ter cuidado", amplamente divulgada para mobilizar e informar a população sobre os cuidados relacionados às queimadas, com foco especial na Região Norte.

Em 2024, o programa EpiSUS-Avançado foi responsável pela condução de 21 atividades de campo em apoio a 15 unidades da Federação. Essas atividades incluíram investigações epidemiológicas de surtos, análises de situação de saúde, respostas a desastres, entre outros.

Em relação ao apoio institucional aos estados, 2024 foi marcado por missões importantes, com destaque para as realizadas no Rio de Janeiro, nos municípios de Belford Roxo e Rio de Janeiro, Acre e Espírito Santo, em resposta às chuvas intensas e inundações que afetaram essas regiões. No estado do Amapá, além do suporte relacionado à emergência por seca e estiagem, o Ministério da Saúde prestou apoio na detecção do poliovírus derivado vacinal tipo 3 (PVDV3) em áreas próximas à fronteira com a Guiana Francesa, um evento de saúde pública que gerou alerta na região de Oiapoque/AP, reforçando a necessidade de vigilância e resposta rápida.

O ano também foi marcado pelo elevado volume de envio de kits de medicamentos e insumos estratégicos destinados a territórios afetados por emergências de saúde pública decorrentes de desastres. No total, foram enviados 226 kits, beneficiando mais de 330 mil pessoas.

Em 2024, foram realizadas ações estruturais, estratégicas e de inovação com intuito de

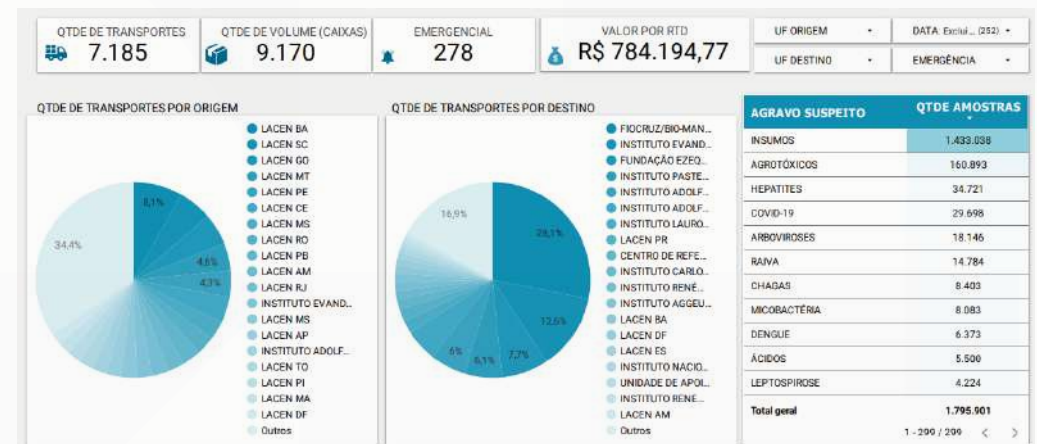
fortalecer a Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (RNLSP).

Gráfico 77 – Painel de distribuição de insumos pela CGLAB – 2024



Fonte: SVSA/MS.

Gráfico 78 – Painel de transporte de amostra realizado pela CGLAB – 2024



Fonte: SVSA/MS.

De janeiro a dezembro de 2024, a RNLSP foi responsável pela liberação de 11.037.838 laudos.

Figura 32 – Principais atividades desenvolvidas pela CGLAB – 2024



Fonte: SVSA/MS.

2.3.5 Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

No âmbito da saúde ambiental, as principais ações estiveram voltadas para: monitoramento de indicadores institucionais, realização de eventos importantes da área, elaboração e publicações de documentos técnicos, assessorias técnicas às unidades da Federação, realização de capacitações, representações em comitês e comissões, além de grupos de trabalho internos e interministeriais.

Nesse sentido, destacam-se os avanços na Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes e Substâncias Químicas (Vigipeq) e a organização do Curso de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPEA), realizado em Brasília/DF, que teve como

objetivo fortalecer a vigilância, promover ações intersetoriais e expandir a implantação da VSPEA em municípios prioritários. Este evento contou com a participação de 865 profissionais, dos quais 105 eram das equipes estaduais da VSPEA, enquanto 760 representavam 335 municípios, dos quais 214 são considerados prioritários.

Quanto aos avanços nas ações de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua), foi realizado o seminário "Água com qualidade para quem precisa", realizado em Belém, de 19 a 21 de junho de 2024, que marcou um avanço significativo nas ações da Vigiagua. Com o apoio da Opas/OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), o evento reuniu cerca de 200 participantes de diversas esferas de governo e setores, tais quais:

saúde, meio ambiente, saneamento básico, além de membros da sociedade civil e acadêmicos. O evento resultou na "Carta de Belém", que já destacava a necessidade de monitorar mais de perto o problema da seca prevista na região amazônica. Concomitantemente ao referido evento, realizou-se a Reunião Nacional do Vigiagua com participação de aproximadamente 90 técnicos e gestores das secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal para avaliar o progresso e discutir os desafios e as prioridades futuras do programa para 2025.

No que diz respeito à Vigilância de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos (Vigiar), merece destaque a realização dos Ciclos de Planejamento, encontros virtuais com o objetivo de aprimorar as ações estratégicas do Vigiar em todo o Brasil, por meio de troca de experiências, discussão de soluções práticas e alinhamento de iniciativas às diversas realidades ambientais do País.

Cabe destacar o lançamento do "Painel Vigiar: Poluição Atmosférica e Saúde Humana", instrumento que fornece dados sobre a exposição e os impactos da poluição atmosférica na saúde da população brasileira, apresentando a distribuição espacial das informações em nível municipal, estadual e nacional entre 2010 e 2023. Nessa mesma direção, também foi lançado o informativo de queimadas, documento encaminhado semanalmente aos estados, contendo informações relevantes sobre a situação de queimadas e incêndios florestais.

No que concerne à saúde do trabalhador, merece relevo a expansão da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Renastt), por meio da habilitação de dez novos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) e da retomada do financiamento de outros sete. Esses esforços se encontram alinhados com o disposto na Portaria GM/MS n.º 4.922, de 25 de julho de 2024, que majorou em 100% os recursos destinados à Renastt, após 20 anos sem incrementos.

No tocante ao aspecto normativo, merecem destaque: a atualização da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, disposta na Portaria GM/MS n.º 5.674, de 1º de novembro de 2024; a inclusão de doenças e agravos relacionados ao trabalho na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos em Saúde Pública, tornando-as de vigilância universal, disposta na Portaria GM/MS n.º 5.201, de 15 de agosto de 2024; e a alteração de procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (Portaria n.º 1.187, de 4 de março de 2024).

Também é oportuno destacar a expansão da Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (STT), por meio da organização de linhas programáticas de ação estratégicas, que incluíram a criação do Programa Nacional de Vigilância de Óbitos Relacionados ao Trabalho, estratégias de vigilância em saúde mental, controle da exposição química, combate ao trabalho escravo e ao trabalho infantil.

A revisão e a simplificação das fichas de notificação, bem como o reexame de inquéritos e pesquisas, tais quais: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel Brasil), Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas de Urgência e Emergência (Viva Inquérito), também compõem o elenco de ações de destaque.

No campo de realização de eventos, foram organizados dez eventos ao longo do ano, com destaque para a Oficina Nacional de Saúde Mental dos Trabalhadores em Brasília, o 10º Encontro Nacional das Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador (10º Cisttão) e o 12º Encontro da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (12º Renasttão).

Considerando a formalização de uma área, na estrutura do Ministério da Saúde, responsável pelas questões de mudanças climáticas, a prioridade em 2024 é a definição do Plano de Trabalho para 2025 e a construção do Plano Setorial de Adaptação às Mudanças Climáticas, reforçando o compromisso com a preparação para cenários climáticos adversos.

Ademais, houve a implementação da Sala de Situação Nacional de Emergências Climáticas em Saúde, instituída por meio da Portaria do GM/MS n.º 4.923, de 25 de julho de 2024, envolvendo articulação com diversas instituições, entre elas as Secretarias Estaduais de Saúde das Regiões Norte e Centro-Oeste. Nesse contexto, foram realizadas visitas técnicas aos estados do Acre, Amazonas, Rondônia e Pará para análise situacional frente aos cenários de seca e queimadas.

O lançamento do Guia de Bolso intitulado *Mudanças Climáticas para Profissionais de Saúde*, com o intuito de informar e capacitar os trabalhadores do setor sobre os desafios impostos pelas mudanças climáticas, e a realização da 2ª Oficina Técnico-Científica de Mudanças Climáticas e Equidade em Saúde também compuseram o escopo de ações desenvolvidas.

2.3.6 Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis

2.3.6.1 Plano de Ações para Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis (Dant) 2021-2030 renova o compromisso do Brasil em reduzir a carga dessas doenças e seus fatores de risco até 2030, alinhando-se aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). O plano foca a prevenção, a promoção da saúde e a redução da mortalidade por doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e respiratórias crônicas, cujo impacto é agravado por fatores como tabagismo, o álcool, a alimentação não saudável e o sedentarismo.

Com base no balanço do plano anterior (2011-2022), foram definidas 226 ações estratégicas monitoradas por 23 indicadores distribuídos em quatro eixos: promoção da saúde, vigilância, atenção integral e prevenção. Em 2023, o plano foi traduzido para o espanhol, e a primeira versão do Caderno de Indicadores foi lançada, contendo orientações técnicas para cálculo, monitoramento e análise de indicadores, visando fortalecer a integração entre o Ministério da Saúde e os estados e municípios.

O Caderno está organizado em três capítulos: conceitos básicos, matriz de indicadores e fichas de qualificação com séries históricas de 2015 a 2021. Esse material busca aprimorar a produção e a disseminação de informações sobre as Dant no Brasil, fomentando a implementação de políticas públicas alinhadas ao plano.

Em 2024, houve o encerramento do Termo de Execução Descentralizado (TED) n.º 60/2021, junto à Universidade Federal de Tocantins (UFT), e a última fase do TED n.º 57/2021 conduzido pela Universidade Federal do Acre, ambos com o objetivo de fortalecer e interiorizar a Agenda 2030, com foco na sua integração com o Plano de Dant 2021 a 2030 na região da Amazônia Legal, contemplando os estados do Acre, Amazonas, Rondônia e Roraima e os estados do Tocantins, Mato Grosso, Pará, Maranhão e Amapá.

Em 2024, foram realizadas duas oficinas regionais sobre vigilância de Dant, com o objetivo de ampliar a integração interfederativa no âmbito da vigilância de Dant e fomentá-la a partir do Plano de Enfrentamento às Dant 2021-2030 e do monitoramento de suas metas e indicadores. A da Região Centro-Oeste ocorreu de 28 a 30 de agosto, e a da Região Norte no período de 12 a 14 de novembro.

2.3.6.2 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 a avaliação de políticas públicas, orientando intervenções que visam à promoção da saúde, à prevenção e ao controle de doenças e à ampliação ou adaptação dos serviços ofertados pelo SUS. Em 2021-2023, houve um grande avanço nas ações relacionadas às pesquisas e aos inquéritos nacionais.

➤ Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)

A PNS, realizada pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é um diagnóstico abrangente da saúde da população brasileira, fornecendo dados essenciais para políticas públicas e ações de saúde. Ela abrange três eixos principais: desempenho do sistema de saúde, condições de saúde da população e vigilância de doenças crônicas não transmissíveis.

Em 2024, foram realizados o planejamento e os ajustes para a PNS 2025, incluindo pré-testes em Brasília e Belo Horizonte, e a programação de biomarcadores e antropometria. A pesquisa foi organizada em módulos para todos os moradores (dados domiciliares, características gerais, saúde, trabalho, renda, entre outros) e para moradores selecionados (trabalho, saúde da mulher, doenças crônicas, violência, entre outros).

O Ministério da Saúde, em parceria com a Fiocruz, desenvolveu um painel de indicadores da pesquisa para facilitar o acesso à informação, disponível nos sites do IBGE e da Fiocruz.

➤ Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)

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 nesse público. É uma parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e tem apoio do Ministério da Educação (MEC), resultando em quatro edições já realizadas (2009, 2012, 2015 e 2019).

Ao longo do ano, foram realizadas ações de planejamento para a realização da quinta edição da pesquisa no ano de 2024. No mês de abril, foi realizada a Oficina de Revisão do Questionário da PeNSE (edição de 2024), com a presença de áreas técnicas do Ministério da Saúde e especialistas. A partir desse encontro, o instrumento de coleta de dados da próxima edição foi definido, contando com a inclusão de indicadores relevantes para o cenário epidemiológico atual. Assim, foram a campo em 2024, encerrando a coleta em setembro, devido às enchentes ocorridas no Rio Grande do Sul, junto com a coleta para antropometria dos escolares.

Os dados referentes à PeNSE podem ser encontrados no site do IBGE:

 <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolarhtml?edicao=9135&t=o-que-e>

➤ 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 com o objetivo de fornecer estimativas contínuas sobre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus principais fatores de risco e proteção. As entrevistas telefônicas são realizadas anualmente desde 2006 em amostras da população adulta (18 anos ou mais), residente em domicílios com linha de telefone fixo das capitais dos estados e do Distrito Federal.

Em 2024, foi realizada a revisão do questionário e encontra-se em campo com 20% de telefonia fixa e 80% por celular, facilitando o processo, porém apenas teve início em outubro do corrente ano, com uma amostra prevista de 27 mil entrevistas. O painel analítico desenvolvido em parceria com o Hospital do Coração (HCor) está disponível publicamente na Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde (Ivis), no endereço eletrônico:

 https://svsaids.gov.br/rstudio/vigitel/Vigitel_v4.Rmd

2.3.6.3 Vigilância de óbitos

Em 2024, foram realizados avanços significativos na vigilância dos óbitos materno, infantil e fetal. As fichas de investigação foram revisadas por especialistas, discutidas com gestores estaduais e municipais e tiveram seus dicionários de variáveis elaborados. Além disso, foi pactuada a institucionalização de um grupo técnico envolvendo representantes do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), vigilâncias das 27 unidades federadas e áreas técnicas do Ministério da Saúde.



Os manuais de vigilância foram atualizados para aprimorar orientações e padronizar dados, e um grupo de discussão intersectorial foi formado para abordar as mortalidades e elaborar documentos e planos nacionais.

No fortalecimento da Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (RNSVO), ocorreram visitas técnicas, revisão da portaria de habilitação e produção de documentos para padronizar processos. Foram publicados materiais sobre o registro de pessoas não identificadas e o fluxo de corpos não reclamados, além do Manual de Vigilância do Óbito de Causa Natural Inespecífica, divulgado por meio de um webinar. Ao longo do ano, a equipe participou de seminários, oficinas e encontros científicos para discutir ações de melhoria das vigilâncias, fortalecendo a coleta de dados e o enfrentamento dessas mortalidades.

Em 2024, foi adotada uma abordagem de vigilância tripla, focada na ocorrência de casos, fatores de risco e desfechos em saúde relacionados às anomalias congênitas. Foi realizado o Encontro Nacional de Vigilância de Anomalias Congênitas, em Brasília/DF, reunindo representantes das 27 unidades federativas para discutir temas relevantes e construir um modelo padronizado de vigilância, visando melhorar a articulação entre os entes e a comparabilidade das informações.

2.3.6.4 Vigilância e prevenção de violências e acidentes

As violências e os acidentes são graves problemas de saúde pública devido ao seu impacto na saúde da população, no SUS e na economia do País, exigindo estratégias do poder público para seu controle.

Nessa perspectiva, em 2024 destacaram-se as seguintes estratégias e ações prioritárias realizadas:

- Indicadores pactuados no Plano Plurianual 2024 a 2027 e no Programa de Qualificação da Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS).
- Projeto de Tecnologia de Rápido Acesso de Dados Unificados para Mitigação da Acidentalidade – Trauma (Violências e Acidentes) no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS): o projeto visa melhorar a qualidade dos serviços, a avaliação de políticas públicas e os indicadores de morbidade e mortalidade por trauma.
- Projeto/Programa Vida no Trânsito (PVT): o foco está na intervenção em fatores de risco como dirigir sob efeito de álcool e velocidade excessiva, além de outros riscos identificados localmente por meio de análises de dados.
- Vigilância de Violências e Acidentes: composto por dois componentes: Vigilância Contínua de Violência Interpessoal e Autoprovocada (Viva Contínuo) e Vigilância Sentinela de Violências e Acidentes (Viva Inquérito), cada um com sistemas de informação próprios para coleta e análise de dados.
- Revisão da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada: usada para registrar casos de violência atendidos em serviços de saúde públicos e privados no Brasil, com a finalidade de entender o cenário de violências e desenvolver políticas públicas de prevenção.

- Oficinas técnicas – Vigilância e Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz.
- Painel de indicadores para acompanhamento da qualidade dos dados Viva Sinan.
- Aprimoramento das técnicas de limpeza da base de dados Viva Sinan.
- Vigilância Sentinela de Violências e Acidentes (Viva Inquérito): pesquisa conduzida pelo Ministério da Saúde do Brasil, coleta dados sobre vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência. Faz parte do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) e está em sua 7ª edição em 2024.
- Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e Grupo de Trabalho Ministerial para Vigilância e Prevenção da Automutilação e do Suicídio.
- Participação da Coordenação-Geral de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes e Promoção da Cultura de Paz (CGVIVA) na Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa).
- Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS).
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Populações Migrantes, Refugiadas e Apátridas.

2.3.7 Centro Nacional de Primatas

O Centro Nacional de Primatas (Cenp) é um órgão desconcentrado do Ministério da Saúde, responsável por criar, manter e reproduzir 29 espécies e mais de 600 primatas não humanos (PNHs) em condições controladas para o uso em pesquisas biomédicas em saúde pública ou científicas em primatologia.

Ao longo de 2024, podem-se elencar duas temáticas nas quais houve significativo avanço institucional: pesquisa em saúde pública e criação de primatas não humanos.

Pesquisa em saúde pública

O Cenp, por mais um ano, desenvolveu parcerias em pesquisas biomédicas, dedicando-se à execução de ações de Vigilância em Saúde, Uma Só Saúde, Mudanças Climáticas e projetos em prol da saúde na Amazônia. Em 2024, foram firmados três acordos de cooperação técnico-científica com instituições de ensino estratégicas e que desenvolvem vigilância, investigação biomédica e conservação no cenário amazônico. São elas:

- › Universidade Federal do Pará (UFPA).
- › Universidade Federal Rural da Amazônia (Ufra).
- › Instituto Evandro Chagas (IEC/SVSA).

Com a meta de se tornar um aliado da sociedade na busca por tratamentos a agravos que geram transtornos à população e ao poder público, o Cenp tem envidado esforços na realização de pesquisas relacionadas ao atendimento primário à saúde. Desta feita, os projetos com maior destaque em 2024 foram:

1. Iluminando Parkinson com optogenética: abordagens para o restabelecimento das funções dos núcleos da base em modelo primata.
2. Edição gênica por via nasal na mucopolissacaridose I: estudo de segurança e eficácia em primata não humano com vistas a um ensaio clínico.
3. Estratégias de tratamento para infecção pelo HTLV-1: edição genética e modulação imunológica em células de primatas não humanos.
4. Aprimoramento da técnica de xenoimplantes de lenticulos para posterior utilização em humanos.
5. Centro Multidisciplinar de Uma Só Saúde e Resistência Antimicrobiana da Amazônia (Cemear).

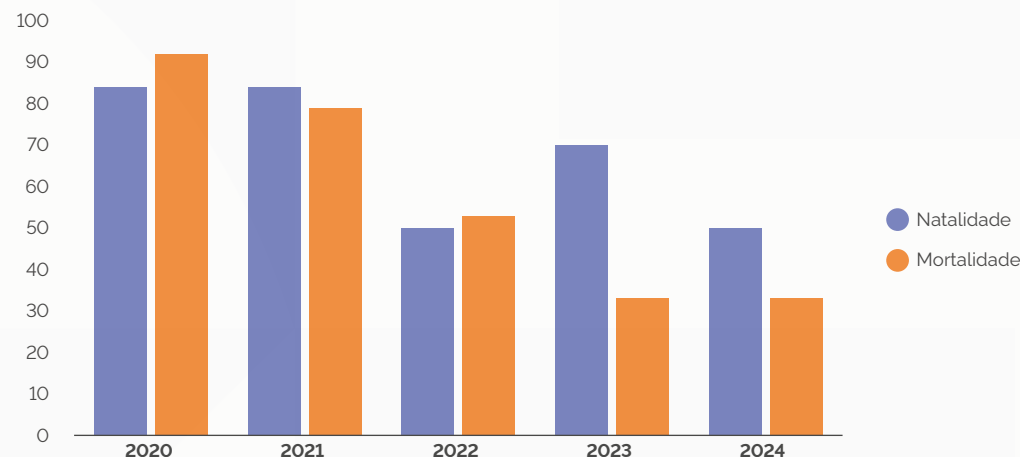
Ressalte-se, por oportuno, que o Projeto Cemear se tornou um marco na história do Cenp, pois, enquanto Instituição Científica, Tecnológica e de Inovação (ICT), participa como instituição executora, com disponibilização de vultosos recursos para utilização em pesquisa em vigilância em saúde, combinando ações dentro do contexto da "Uma Só Saúde" e o cenário amazônico, em busca de respostas sobre resistência bacteriana, bioativos e doenças emergentes.

Além disso, o Cenp, em 2024, por meio de acordo fundacional, atraiu sete doutores (bolsistas), que desenvolvem projetos de pesquisa e entrega de produtos com planejamento de médio prazo, fortalecendo assim, ainda mais, o papel de ICT.

Criação de primatas não humanos

Se considerarmos a série histórica, o número de óbitos de primatas não humanos reduziu consideravelmente nos últimos cinco anos, sendo esperado pelo número de animais nascidos vivos, especialmente nos anos de 2023 (70 nascimentos contra 33 óbitos) e 2024 (50 nascimentos contra 33 óbitos).

Gráfico 79 – Número de nascimentos e óbitos de primatas não humanos mantidos no Cenp – 2020 a 2024



Fonte: Sistema de Gestão de Pessoas (Aotus) – Cenp/SVSA/MS.

2.3.8 Instituto Evandro Chagas

Governança

O modelo de negócios do Instituto Evandro Chagas (IEC) tem historicamente se sustentado em três pilares fundamentais: vigilância em saúde e ambiente, ensino e pesquisa. A partir do momento em que obteve o reconhecimento como uma Instituição Científica Tecnológica e de Inovação (ICT) pelo Ministério da Saúde (MS), em 2021, incorporou o desenvolvimento tecnológico e a inovação em saúde ao seu escopo de atuação.

A partir da reestruturação organizacional do IEC, decorrente da publicação do Decreto n.º 12.036, de 28 de maio de 2024, foi possível avançar em temas ligados à governança de maneira significativa. Essa evolução incluiu o aperfeiçoamento das práticas relacionadas à transparência e *accountability*.

A modernização dos procedimentos de monitoramento dos indicadores também foi um destaque, com a adoção de painéis e sistemas que aumentaram a eficiência e a rastreabilidade das decisões e recursos.

Além disso, o Instituto segue trabalhando no estabelecimento de políticas claras de conformidade (*compliance*), reforçando o seu compromisso com a ética e a integridade. A estruturação e o fortalecimento dos comitês especializados contribuíram para aprimorar a análise estratégica e fomentar uma cultura de governança baseada em evidências e na busca por resultados.

Planos e projetos estratégicos

Com base nos eixos orientadores do Plano Estratégico do IEC, foi elaborado o Plano de Desenvolvimento das Unidades (PDU-IEC) 2024/2025. Esse plano leva em consideração as particularidades de cada unidade, adaptando-se às necessidades e aos desafios específicos do Instituto, garantindo que as ações propostas sejam efetivas e alinhadas com os objetivos institucionais.

O documento é composto por 17 planos a serem implementados durante o período de 2024-2025, totalizando 223 ações. Destas, 145 (65%) são classificadas como não prioritárias, enquanto 78 (35%) são consideradas prioritárias.

As entregas significativas, ocorridas em 2024, para o aprimoramento da governança institucional foram:

- Aumento quantitativo e qualitativo dos mecanismos de governança, constatado pela comparação do resultado da avaliação do Índice Integrado de Governança e Gestão (iGG) 2018 (TCU) e Índice de Governança, Sustentabilidade e Gestão nas Organizações Públicas (iESGo) 2024 – Índice ESG (TCU).
- Aprimoramento das ferramentas de monitoramento, por meio da disponibilização de painéis de acompanhamento da execução financeira e orçamentária, do Plano de Integridade e do Plano de Desenvolvimento das Unidades.

- Criação da Seção de Transparência e Conformidade Normativa (SETCN/IEC) e sua incorporação na estrutura de governança preexistente.
- Elaboração e divulgação da Estratégia Orçamentária e Financeira do Instituto Evandro Chagas e do Manual para Programação Orçamentária.
- Mapa de indicadores dos objetivos estratégicos 2024/2027.
- Publicação do Plano Estratégico Institucional 2024/2027.

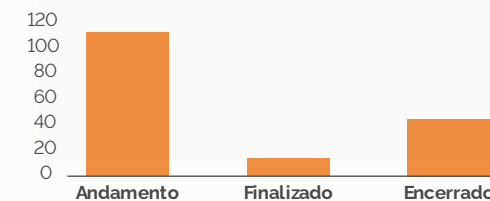
Projetos de pesquisa científica

Em 2024, foi reestruturado o portfólio institucional, estabelecendo que planos de trabalho não poderiam ser caracterizados como projetos institucionais, deixando estes de ser contabilizados no portfólio. Com isso, mantiveram-se 172 projetos de pesquisa institucionais em 69 linhas de pesquisa e com 34 tipos de produtos.

O objetivo dos projetos de pesquisa é agregar pesquisas com sinergia, buscando otimizar recursos financeiros e humanos, sem prescindir do compromisso de entregar resultados significativos para a sociedade em cada projeto.

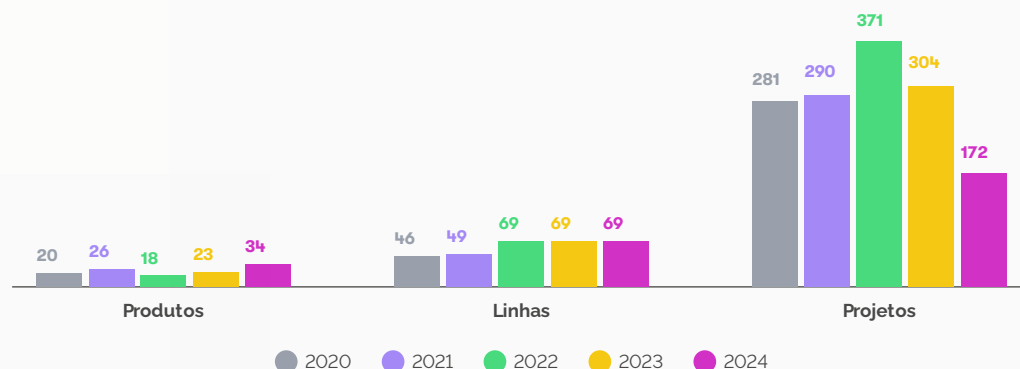
**69**LINHAS DE
PESQUISA**34**PRODUTOS
DE PESQUISA**172**N.º DE
PESQUISAS

Gráfico 80 – Situação das pesquisas – 2024



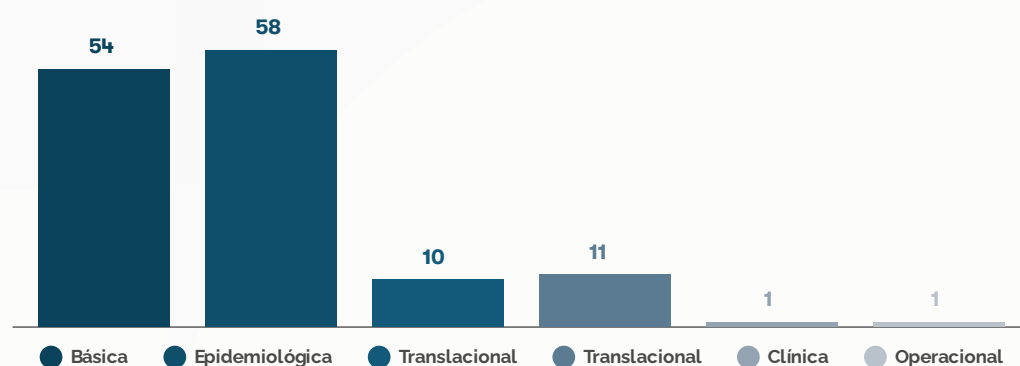
Fonte: Escritório de Projetos do IEC/SVSA/MS.

Gráfico 81 – Pesquisas – 2024



Fonte: IEC/SVSA/MS.

Gráfico 82 – Tipos de pesquisas – 2024



Fonte: IEC/SVSA/MS.

Vigilância em saúde

O IEC dispõe de um portfólio de ensaios de diagnóstico laboratorial em diversas áreas para atender a vigilância em saúde no âmbito da saúde humana. Foram registradas 120.271 análises diagnósticas em 2024.



17.875
N.º DE
REQUISIÇÕES



120.271
N.º DE
ANÁLISES

Formação de recursos humanos para o SUS

O IEC apresenta diversidade educacional, abrigando dois distintos programas de pós-graduação: o Programa de Pós-graduação em Virologia (PPGV), que oferece os graus

de mestrado e doutorado, e o Programa de Pós-graduação em Epidemiologia e Vigilância em Saúde (PPGEVS), focado no nível de mestrado. Além dessas opções, o instituto promove um dinâmico Programa de Iniciação Científica e oferta um Curso Técnico de Laboratório, este último há mais de 50 anos.



Fonte: IEC/SVSA/MS.

Destaques das pesquisas

Considerando a meta institucional de fomentar 312 pesquisas científicas e tecnológicas, visando à produção de evidências e à geração de soluções tecnológicas para subsidiar a melhoria da qualidade e da resolutividade das ações e dos serviços de saúde, segue a súmula de algumas das pesquisas do portfólio institucional, agrupadas por eixos temáticos:

a) Desenvolvimento de Tecnologias e Inovação em Saúde

- Avaliação da toxicidade e viabilidade celular de biocurativos contendo óleos extraídos de plantas na região amazônica para aplicação em lesões cutâneas.
- Técnica para detecção de nematódeos de importância em saúde pública em moluscos terrestres.

- Padronização e técnicas para identificação de *Toxoplasma gondii* em alimentos e amostras ambientais.
- Implantação do sorodiagnóstico da leishmaniose tegumentar americana pela RIFI-IgG com antígeno de amastigota de cultura axênica de *Leishmania (V.) lainsoni* e *Leishmania (L.) amazonenses*.
- Análise espaço-temporal da dengue no Pará, Norte do Brasil: cenário atual e futuro por meio de geotecnologias.

b) Condutas que Possam Alterar Diretrizes e Políticas em Saúde

- Estudo de fase 4, simples-cego, randomizado, para avaliar a imunogenicidade, a segurança e a reatogenicidade de uma terceira dose de reforço heteróloga completa ou fracionada da vacina contra covid-19 em adultos previamente vacinados.
- Avaliação da eficácia de três esquemas para o tratamento com primaquina para *Plasmodium vivax* no Acre, região amazônica.

c) Ecossaúde na Amazônia, Vigilância em Saúde e Ambiente

- Avaliação da exposição humana a agrotóxicos na região do Tapajós, estado do Pará, Rede Pampa, para avaliação do impacto da degradação ambiental na dinâmica de circulação de vírus emergentes e reemergentes na Amazônia.

- Prevalência e incidência de infecções sexualmente transmissíveis em mulheres profissionais do sexo (MPS), homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres transgênero (MT) dos estados do Pará e de Roraima, Região Norte do Brasil.
- Consolidação da Rede de Vigilância Genômica da Tuberculose (Reviget) no Norte-Nordeste do Brasil.
- Análise situacional em população quilombola do estado do Pará: uma abordagem de saúde (*One Health*) e Cuidado Farmacêutico.
- Hemoparasitoses zoonóticas que envolvem injúrias hepáticas: bartonelose (*Bartonella* spp.), anaplasmoze (*Anaplasma* spp.), erliquiose (*Ehrlichia* spp.).

2.3.9 Outros Destaques relacionados à Vigilância em Saúde e Ambiente

➤ Uma Só Saúde

A "Uma Só Saúde" é uma abordagem integrada e unificadora que visa equilibrar e otimizar, de forma sustentável, a saúde de humanos, animais, plantas e ecossistemas. Reconhece que a saúde dos seres humanos, animais domésticos e silvestres, vegetais e o ambiente mais amplo (incluindo ecossistemas) estão intimamente ligados e são interdependentes.

A fim de facilitar a comunicação e a articulação coordenada entre as instituições de diversos setores, respeitando suas atribuições e competências, criou-se o Comitê Técnico Interinstitucional de Uma Só Saúde, oficializado pelo Decreto n.º 12.007, de 25 de abril de 2024, constituído por 20 instituições, incluindo 8 ministérios.

O Comitê está sob a coordenação do Ministério da Saúde, sendo a Secretaria-Executiva do Comitê Técnico exercida pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde.

➤ Unidades de Vigilância de Zoonoses

As Unidades de Vigilância de Zoonoses (UVZ) são estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, exclusivos da esfera pública e responsáveis pela execução de parte ou da totalidade das atividades referentes à vigilância, à prevenção e ao controle de zoonoses, previstas nos Planos de Saúde e nas Programações Anuais de Saúde.

Destaca-se como principal ação realizada em 2024 o financiamento para que os municípios do estado do Rio Grande do Sul, que decretaram estado de calamidade em decorrência das enchentes, realizassem ações mínimas de vigilância de zoonoses e doenças transmitidas por vetores em suas áreas de abrangência.

Por meio da Lei n.º 14.962, de 5 de setembro de 2024, que transformou a Medida Provisória n.º 1.2184, de 11 de maio de 2024, em legislação permanente, foram destinados mais de R\$ 42 milhões para 97 municípios e para o estado do Rio Grande do Sul. Ademais, iniciou-se, em parceria com a Fiocruz Brasília, a elaboração de um curso sobre a vigilância de zoonoses, que tem como principal público-alvo os profissionais que atuam nessas unidades, com previsão de oferta durante o ano de 2025.

➤ Programa de Fortalecimento da Epidemiologia nos Serviços de Saúde

O Programa de Fortalecimento da Epidemiologia nos Serviços de Saúde (Profepi) tem o objetivo de aprimorar o conhecimento epidemiológico dos profissionais de saúde que atuam na vigilância em saúde no Brasil e nas Américas, com dois eixos de atuação: a) iniciativas educacionais; e b) intercâmbio de experiências.

Em 2024, foi ofertado, via edital de concorrência pública, o curso híbrido de "Análise Espacial em Vigilância em Saúde e Ambiente". Foram ofertadas 60 vagas, resultando na formação de 59 profissionais. Adicionalmente, foram oferecidos três cursos autoinstrucionais a distância, com carga horária de 40 horas e vagas ilimitadas, que até o momento já contam com 6.909 inscritos, abrangendo os seguintes temas: Epidemiologia Descritiva Aplicada à Vigilância em Saúde, Estudos Epidemiológicos Aplicados à Vigilância em Saúde e Introdução ao Uso do Software "R" Aplicado à Vigilância em Saúde.

➤ Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde

O Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) foi implementado desde 2013 e, durante esse período, foram avaliados os resultados dos entes aderidos ao programa quanto ao alcance das metas. Os indicadores e suas metas, em seu conjunto, evidenciam um panorama das ações da vigilância em saúde, indicando potencialidades a serem exploradas ou entraves à sua plena realização.

Em junho de 2024, foi realizada uma oficina com os 71 municípios aderidos ao PQA-VS que, durante a 17ª ExpoEpi (2023), receberam certificado de honra ao mérito do PQA-VS pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA). A oficina teve como objetivo compartilhar experiência e discutir melhorias nos indicadores de vigilância em saúde. Foram selecionados os municípios aderidos ao PQA-VS que obtiveram um desempenho superior, de acordo com o estrato populacional, nas etapas de avaliação do PQA-VS 2014 a 2021.

➤ Painel de Monitoramento do PQA-VS

O Painel de Monitoramento do PQA-VS tem por missão a ampla divulgação dos dados dos indicadores do programa, tanto com o histórico das avaliações anteriores quanto com dados de monitoramento de atualização periódica, conforme estabelecido pelo grupo de trabalho para monitoramento dos indicadores do PQA-VS.

Nesse painel, é importante salientar as possibilidades de estudo por série histórica, observação do comportamento dos dados para um indicador ou um conjunto de indicadores, exportação dos dados por município, por UF ou Brasil; também consultar todas as fichas de qualificação publicadas pelo programa nesses dez anos de vigência.

Após discussão com o Conass e o Conasems sobre a melhor forma de divulgação, o painel com os dados preliminares está sendo elaborado em conjunto com o Centro Nacional de Inteligência Epidemiológica (Cnie/DaeVS/SVSA/MS), bem como o painel com o histórico do PQA-VS desde 2013.

➤ Política Nacional de Vigilância em Saúde

A Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) é uma política pública de Estado e função essencial do Sistema Único de Saúde, tendo caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção à saúde nos territórios. Sua gestão é de responsabilidade exclusiva do poder público e atua como norteadora do planejamento das ações de vigilância em saúde nas três esferas de gestão do SUS, definindo as responsabilidades, os princípios, as diretrizes e as estratégias da Vigilância e Saúde.

O Ministério da Saúde tem entre suas competências, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente e da Anvisa, coordenar, em âmbito nacional:

- A implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde.
- A formulação de diretrizes e prioridades em vigilância em saúde no âmbito nacional, em consonância com essa política e de forma articulada com as demais esferas de governo.

Com isso, a SVSA tem promovido agendas para fortalecer a implantação da PNVS nos territórios.

Tabela 76 – Oficinas regionais realizadas em 2024

Oficina	Data de realização	N.º de participantes*
Distrito Federal e Goiás	20 e 21/5/2024	123
Mato Grosso e Mato Grosso do Sul	5 e 6/8/2024	179
Amapá	12 e 13/11/2024	52

Fonte: SVSA/MS.

*Nessas oficinas, houve a participação de gestores de vigilância em saúde, profissionais de saúde, representantes do Conselho Nacional de Secretarias de Saúde, do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde, do Conselho Nacional, Estadual e Municipais de Saúde, da Anvisa e outros.

➤ Programa Certificado em Epidemiologia para Gestores de Saúde

Promovido pela *Bloomberg School of Public Health* da *Johns Hopkins University* (JHU), em parceria com um consórcio de instituições acadêmicas da América Latina, Espanha e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o Programa Certificado em Epidemiologia para Gestores de Saúde (PCE) objetiva capacitar profissionais na aplicação de conceitos e métodos epidemiológicos em práticas de vigilância em saúde, com foco na alta gestão de serviços de saúde. A SVSA/MS apoia a participação dos(as)

➤ Oficinas regionais para implementação da PNVS

As oficinas têm o objetivo geral de promover ações integradas com estados e municípios para a implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde, buscando fortalecer os instrumentos de planejamento do SUS a partir da integração de práticas de vigilância, atenção, promoção e prevenção em saúde.

trabalhadores(as) atuantes no SUS, financiando a taxa de matrícula do candidato aprovado no processo seletivo do programa. Com uma carga horária de 292 horas, foram ofertadas 20 vagas para profissionais de saúde em 2024. No mês de dezembro de 2024, os concluintes foram certificados, ocasião em que também foi lançada uma publicação com a consolidação da metodologia aplicada no programa ao longo dos 20 anos de parceria entre JHU e SVSA disponível em:

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

➤ Programa de Extensão para a Implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e a Participação da Comunidade (PNVS Comunidade)

O programa tem como objetivo fortalecer e apoiar a implementação da PNVS com o envolvimento e a mobilização das instituições públicas de ensino superior por meio de projetos de extensão, com a participação de diversos segmentos e territórios em locais de vigilância e promoção em saúde previstas na Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS).

O programa está distribuído nas seguintes linhas de ação:

- **Linha de Ação 1:** Vigilância e Promoção da Saúde na Atenção Básica – Metodologias e Tecnologias.
- **Linha de Ação 2:** A Vigilância em Saúde e as Políticas de Equidade.
- **Linha de Ação 3:** A Vigilância em Saúde, Ambiente e Trabalho.
- **Linha de Ação 4:** O Controle Social e a Participação da Comunidade, no âmbito da Vigilância em Saúde.
- **Linha de Ação 5:** Tecnologias de Comunicação, Informação e Monitoramento de Vigilância em Saúde.
- **Linha de Ação 6:** A Vigilância Epidemiológica, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e os Laboratórios Centrais de Saúde Pública.

A 2ª Edição do PNVS Comunidade contemplou 55 instituições de ensino superior, sendo 16 universidades federais e 39 estaduais, em 19 estados nas 5 regiões brasileiras. Para cumprir o papel formativo e de avaliação e monitoramento dos projetos, foi implementada a Plataforma Moodle prevista como produto desse monitoramento. Com início em julho de 2024, os projetos registraram suas ações com lista de presença e fotos. Houve 930 registros de ações/atividades, que alcançaram/atenderam 49.620 pessoas das comunidades em todo o território nacional.

➤ Editoração científica das publicações

Em 2024, realizou-se a editoração técnico-científica de 123 publicações da SVSA. Isso representou um aumento de 7% em relação ao total editorado em 2023 (115 publicações). Destaca-se a editoração dos volumes 3 e 4 do *Boletim Epidemiológico Especial da Saúde da População Negra* (em fase de finalização) e de relatórios Vigitel Brasil 2006-2023: prática de atividade física, estado nutricional e consumo alimentar e prevenção do câncer feminino.

Também se realizou o processo editorial de 89 publicações, incluindo documentos que não necessitam de revisão técnico-científica devido à sua natureza (cartazes, pôsteres etc.). Não estão incluídas nesse somatório as publicações do Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente

Transmissíveis (Dathi), que realiza por conta própria todas as demais etapas do processo editorial após a editoração técnico-científica pela CGEVSa. Todas as publicações realizadas pela SVSA encontram-se disponibilizadas no Portal do Ministério da Saúde e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS):

 <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa>

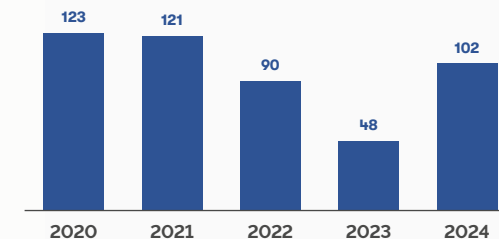
➤ Epidemiologia e Serviços de Saúde: Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil (RESS)

A RESS é um periódico científico de acesso livre e com publicação trimestral. A versão eletrônica é disponibilizada por meio do portal SciELO

 <https://www.scielo.br/j/ress/grid>

e sua principal missão é difundir o conhecimento epidemiológico aplicável às ações de vigilância, de prevenção e de controle de doenças e agravos de interesse da saúde pública para o aprimoramento dos serviços oferecidos pelo SUS. Em 2024, a RESS recebeu 1.004 submissões e publicou 102 artigos em inglês e português. No total, foram 51 artigos no volume regular, 25 no número especial sobre o inquérito vacinal e 26 no número especial sobre os 20 anos de visibilidade trans no Brasil. A série histórica está representada no gráfico a seguir.

Gráfico 83 – Série histórica do número de artigos publicados na RESS – 2020 a 2024



Fonte: SVSA/MS.

➤ Guia de Vigilância em Saúde

O Guia de Vigilância em Saúde (GVS) representa uma ferramenta de extrema importância para o serviço de saúde no que se refere à disseminação de informações que contribuem para o aprimoramento das práticas da vigilância em saúde de forma integrada aos serviços de saúde. Em 2024, iniciaram-se os trabalhos para a produção da 7ª edição do GVS. A nova edição está prevista para conter 12 capítulos e 98 subcapítulos.

2.4 Ciência, Tecnologia, Inovação, Complexo Econômico-Industrial da Saúde e Assistência Farmacêutica

2.4.1 Ciência e Tecnologia

Fomento a pesquisas científicas e tecnológicas

Realizado pelo Ministério da Saúde, o fomento à pesquisa tem como foco a produção e a disseminação de evidências científicas de interesse estratégico para o SUS, para responder lacunas de conhecimento em situações de emergência em saúde pública ou que sejam consideradas prioritárias para o Ministério.

A chamada pública é uma modalidade prioritária para viabilizar mecanismos de competitividade com ampla concorrência e gerar oportunidades para os pesquisadores de todo o país, visando atender a demandas relacionadas a emergências em saúde pública ou de interesse estratégico para o MS.

Nesse contexto, em 2024, foram fomentadas 336 pesquisas de interesse estratégico para o SUS, em parceria com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), totalizando um investimento na ordem de R\$ 264 milhões para as chamadas públicas nacionais.



Quadro 18 – Chamadas públicas lançadas – 2024

Chamada	Objetivo	Projetos	Investimento	Link de acesso
Chamada n.º 12/2024	Disseminar o uso do conhecimento científico nos diversos níveis de gestão do SUS e contribuir para a disseminação e a circulação do conhecimento gerado por pesquisas na área da saúde, com o intuito de aprimorar o uso de resultados científicos para a tomada de decisão.	50	R\$ 4.004.974,80	http://memoria2.cnpq.br/web/guest/chamadas-publicas?p_p_id=resultadosportlet_WAR_resultadoscnpqportlet_INSTANCE_OZaM&filtro=abertas&detalha=chamadaDivulgada&idDivulgacao=12025
Chamada CNPq/Decit/Secitcs/MS n.º 28/2024	Apoiar projetos de pesquisa que contribuem para o desenvolvimento científico, tecnológico e de inovação do País, por meio do fomento de avaliações de políticas, programas e ações em saúde.	7	R\$ 1.176.194,32	http://memoria2.cnpq.br/web/guest/chamadas-publicas?p_p_id=resultadosportlet_WAR_resultadoscnpqportlet_INSTANCE_OZaM&filtro=abertas&detalha=chamadaDivulgada&idDivulgacao=12366
Chamada CNPq/Decit/Secitcs/MS n.º 29/2024	Apoiar projetos de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação (PD&I) que visam contribuir significativamente para o desenvolvimento científico e tecnológico e para a inovação do País, com prioridade na saúde da população brasileira e foco em doenças e agravos não transmissíveis (Dant).	58	R\$ 37.209.295,34	http://memoria2.cnpq.br/web/guest/chamadas-publicas?p_p_id=resultadosportlet_WAR_resultadoscnpqportlet_INSTANCE_OZaM&filtro=abertas&detalha=chamadaDivulgada&idDivulgacao=12425
Chamada CNPq/Decit/Secitcs/MS n.º 30/2024	Contribuir para o desenvolvimento científico, tecnológico e de inovação no País, fomentando estudos para a prevenção e o enfrentamento da desinformação científica na área da saúde.	35	R\$ 15.754.335,92	http://memoria2.cnpq.br/web/guest/chamadas-publicas?p_p_id=resultadosportlet_WAR_resultadoscnpqportlet_INSTANCE_OZaM&filtro=abertas&detalha=chamadaDivulgada&idDivulgacao=12405
Chamada CNPq/Decit/MS n.º 31/2024	Apoiar projetos de PD&I que visam contribuir significativamente para o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação do País, com prioridade na saúde da população brasileira acometida e/ou afetada pelas doenças determinadas socialmente (DDS). Temáticas relacionadas a novas tecnologias para prevenção, diagnóstico e tratamento de DDS; vigilância em DDS; prevenção e eliminação da transmissão vertical de HIV, sífilis, HTLV, hepatite B e doença de Chagas em gestantes, puérperas, lactantes ou binômio (mãe e bebê); estudo para populações que compõem as políticas de equidade.	50	R\$ 33.314.727,75	http://memoria2.cnpq.br/web/guest/chamadas-publicas?p_p_id=resultadosportlet_WAR_resultadoscnpqportlet_INSTANCE_OZaM&filtro=abertas&detalha=chamadaDivulgada&idDivulgacao=12485
Chamada Pública CNPq/Decit/Secitcs/MS n.º 32/2024	Apoiar projetos nas áreas relacionadas a doenças raras, doenças crônicas não transmissíveis, doenças a serem rastreadas pelo teste do pezinho, doenças potencialmente causadoras de emergências de saúde pública e diagnóstico ou tratamento de condições de saúde mental.	50	R\$ 67.801.586,75	http://memoria2.cnpq.br/web/guest/chamadas-publicas?p_p_id=resultadosportlet_WAR_resultadoscnpqportlet_INSTANCE_OZaM&filtro=abertas&detalha=chamadaDivulgada&idDivulgacao=12386
Chamada CNPq/Decit/Secitcs/MS n.º 33/2024	Apoiar projetos nas linhas de pesquisa relacionadas a Produtos de Terapia Avançada, Tecnologias em Saúde Pública de Precisão, Inteligência Artificial, Jovens Doutores e Capacitações em Instituições Nacionais.	58	R\$ 97.594.924,83	http://memoria2.cnpq.br/web/guest/chamadas-publicas?p_p_id=resultadosportlet_WAR_resultadoscnpqportlet_INSTANCE_OZaM&filtro=abertas&detalha=chamadaDivulgada&idDivulgacao=12365
Chamada n.º 34/2024	Apoiar projetos de pesquisa em ações de vigilância, prevenção e eliminação do HIV e da aids, tuberculose, hepatites virais, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e micoses endêmicas, de modo a subsidiar e apoiar a tomada de decisão em políticas públicas.	20	R\$ 6.137.161,70	http://memoria2.cnpq.br/web/guest/chamadas-publicas?p_p_id=resultadosportlet_WAR_resultadoscnpqportlet_INSTANCE_OZaM&filtro=abertas&detalha=chamadaDivulgada&idDivulgacao=12385
Chamada CNPq/Decit/Secitcs/MS n.º 36/2024	Apoiar projetos de pesquisa que contribuam para o desenvolvimento científico, tecnológico e de inovação do País, por meio do fomento de sínteses de evidências para políticas e diálogos deliberativos.	8	R\$ 1.011.186,98	http://memoria2.cnpq.br/web/guest/chamadas-publicas?p_p_id=resultadosportlet_WAR_resultadoscnpqportlet_INSTANCE_OZaM&filtro=abertas&detalha=chamadaDivulgada&idDivulgacao=12368

Fonte: Decit/Secitcs/MS.

As pesquisas fomentadas em chamadas públicas realizadas em parceria com instituições de ciência, tecnologia e inovação (CT&I) internacionais são uma importante estratégia para o avanço do conhecimento científico e tecnológico, alinhada às demandas globais.

Essas iniciativas promovem a colaboração entre instituições de diferentes países, potencializando a troca de experiências, o acesso a recursos complementares e o enfrentamento conjunto de desafios globais. Por meio dessas chamadas, buscou-se incentivar projetos inovadores, em consonância com as prioridades estratégicas

compartilhadas, reforçando a importância da ciência no desenvolvimento sustentável e com foco nas populações vulneráveis. Foram financiadas 13 pesquisas em parceria com a Fundação Bill & Melinda Gates e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), totalizando um investimento de R\$ 7.794.984,00 nas seguintes temáticas:

Quadro 19 – Chamadas públicas lançadas com parceiros internacionais – 2024

Chamada	Objetivo	Projetos	Investimento	Link de acesso
Inteligência Artificial – Promovendo o uso equitativo da inteligência artificial (IA) para melhorar a saúde global	Apoiar projetos de pesquisa que visem contribuir significativamente para o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação do País e que busquem soluções de inteligência artificial (IA) que sejam conduzidas e produzidas localmente e, portanto, que possam ser mais relevantes e úteis para atender às necessidades de saúde das comunidades locais e dos sistemas de saúde, notadamente o SUS.	9	R\$ 3.266.984,00	 https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/arquivos-internos/resultado_final_ia.pdf
Mudanças Climáticas – Acelerando soluções catalisadoras para o impacto das mudanças climáticas em saúde, agricultura e gênero	Apoiar pesquisas inovadoras que utilizam abordagens transdisciplinares para melhor adaptação, mitigação ou reversão dos efeitos deletérios combinados das mudanças climáticas na saúde, na vida das mulheres e na agricultura.	4	R\$ 4.528.000,00	 https://gcgh.grandchallenges.org/challenge/accelerating-catalyzing-solutions-climate-changes-impact-health-agriculture-and-gender

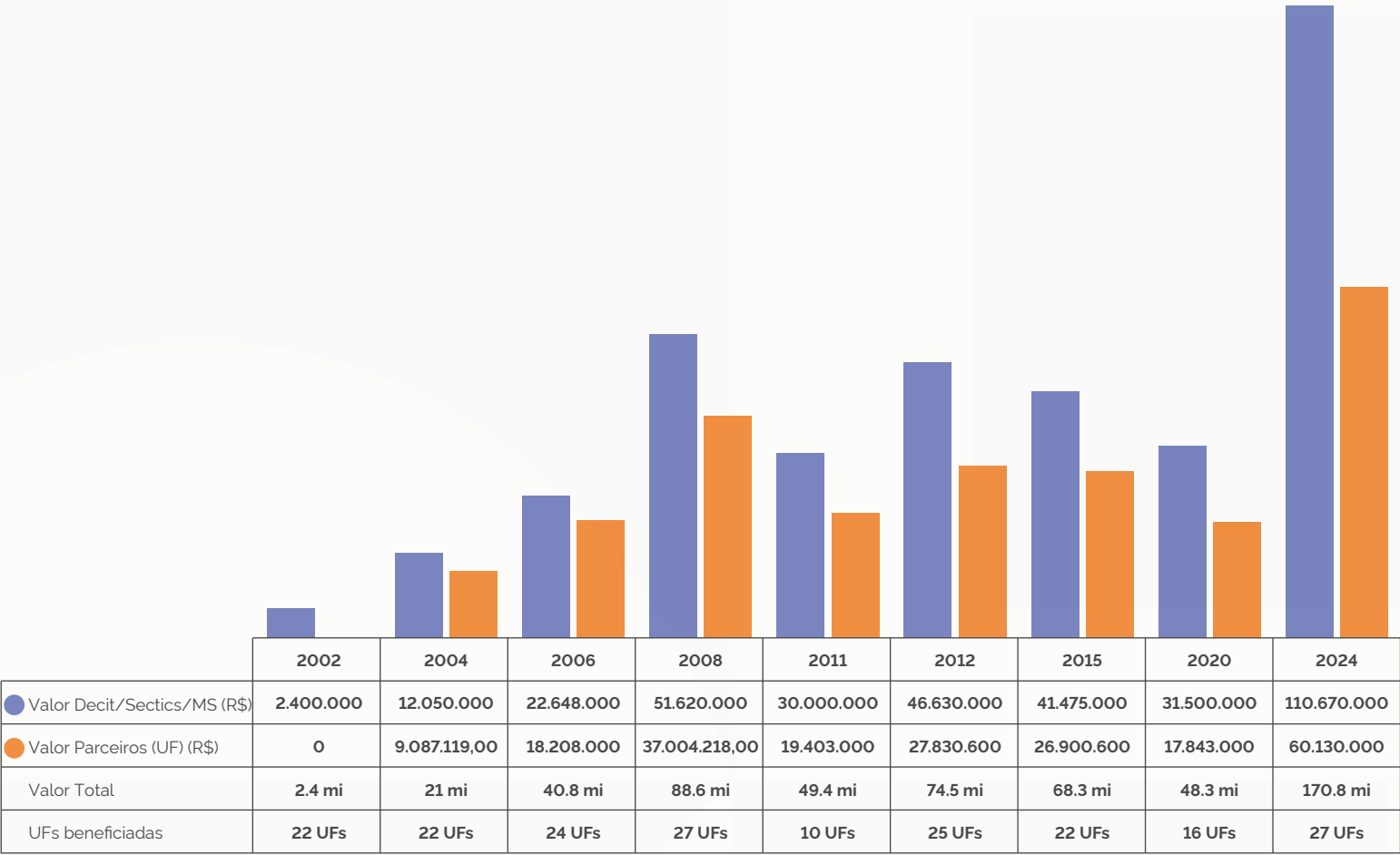
Fonte: Dedit/Sectics/MS.

Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS): gestão compartilhada em saúde

Em 2024, o PPSUS iniciou a sua 8ª edição em todas as unidades federativas (UF) do Brasil. O investimento total do Ministério da Saúde foi de R\$ 110.670.000,00 com contrapartida de R\$ 60.130.000,00 pelas 27 Fundações de Amparo à Pesquisa (FAP), totalizando um montante de R\$ 170.800.000,00. Destaca-se que esse foi o maior investimento já realizado em uma edição do PPSUS.

Foram promovidas as Oficinas de Prioridades de Pesquisas em Saúde (OPP) em cada UF, organizadas pelas FAP em colaboração com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), pelo MS e pelo CNPq. As OPP visaram definir os temas que integrarão as chamadas públicas estaduais, para a seleção de projetos que receberão financiamento do PPSUS. As linhas de pesquisa em todas as UF foram estabelecidas conforme as necessidades de saúde da população local e os Planos Nacional e Estadual de Saúde, com a participação de gestores da saúde e pesquisadores.

Gráfico 84 – Investimento por ano de lançamento do PPSUS (edição-piloto em 2002 e as oito edições em 2004, 2006, 2008, 2011, 2012, 2015, 2020 e 2024)



Fonte: Decit/Secitcs/MS.

Dois estados lançaram suas chamadas públicas no ano de 2024: Espírito Santo e Ceará. O Espírito Santo está em fase de avaliação das 64 propostas submetidas, e o Ceará está em fase de submissão das propostas. Os demais estados e o Distrito Federal estão em fase de elaboração das

suas chamadas públicas, previstas para serem lançadas em 2025. Os pesquisadores de todo o País podem consultar as páginas eletrônicas das FAP de suas respectivas UF para acompanhar o lançamento das chamadas.

Ainda em 2024, realizou-se a avaliação final das 135 pesquisas contratadas na 7ª edição do PPSUS, finalizando, assim, essa edição. Os Seminários de Avaliação Final (SAF) foram realizados nos estados da Bahia (38), do Espírito Santo (18), do Maranhão (19), do Paraná (40) e do Rio de Janeiro (20).

Contratação direta de pesquisas estratégicas e prioritárias ao SUS

Visando buscar soluções para as necessidades em saúde por meio de pesquisas científicas, tecnológicas e de inovação, o MS financiou 28 pesquisas de importância estratégica para a gestão do SUS, com investimento total de R\$ 122.2 milhões, sendo R\$ 4 milhões oriundos

de emendas parlamentares, voltados ao apoio de sete projetos.

As pesquisas contratadas estão alinhadas à Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) e à Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (APPMS) em relação às seguintes temáticas:

Figura 33 – Temáticas das pesquisas estratégicas e prioritárias ao SUS



Fonte: Decit/Secetics/MS.

Em relação ao Plano Plurianual (PPA) 2024-2027 e ao Plano Nacional de Saúde, as temáticas fomentadas nas pesquisas contratadas estão

alinhadas às seguintes agendas transversais e prioridades da Administração Pública Federal:

Quadro 20 – Pesquisas contratadas alinhadas às agendas transversais e prioridades do PPA

Agendas transversais	Prioridades
Mulheres	Combate à fome e redução das desigualdades.
Crianças e adolescentes	Saúde: Atenção Primária e Atenção Especializada.
	Combate ao desmatamento e enfrentamento da emergência climática.

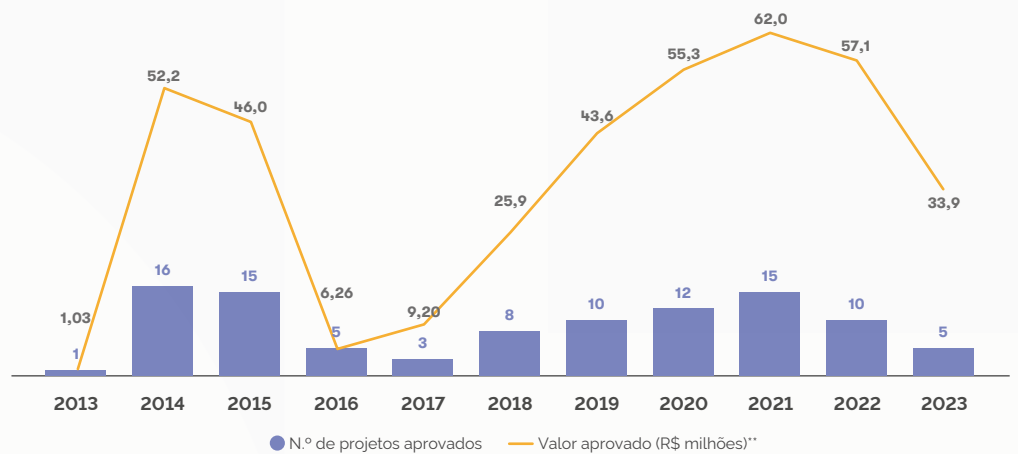
Fonte: Decit/Secetics/MS.

Projetos de pesquisa fomentados por renúncia fiscal e imunidade tributária

O Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD) incentivam ações no âmbito do SUS, fomentando projetos de assistência à saúde, de qualificação de

profissionais e de pesquisas, por meio do uso de recursos de renúncia fiscal. Em 2024, estiveram em execução 49 projetos de pesquisa do Pronon e 17 do Pronas/PCD (nessa totalidade, constam projetos em execução desde 2018). Ainda em 2024, foram aprovados cinco novos projetos de pesquisa do Pronon e quatro do Pronas/PCD, cuja execução poderá ter início em 2025.

Gráfico 85 – Série histórica de projetos de pesquisa aprovados no âmbito do Pronon – 2013 a 2023



Fonte: Decit/Secetics/MS.

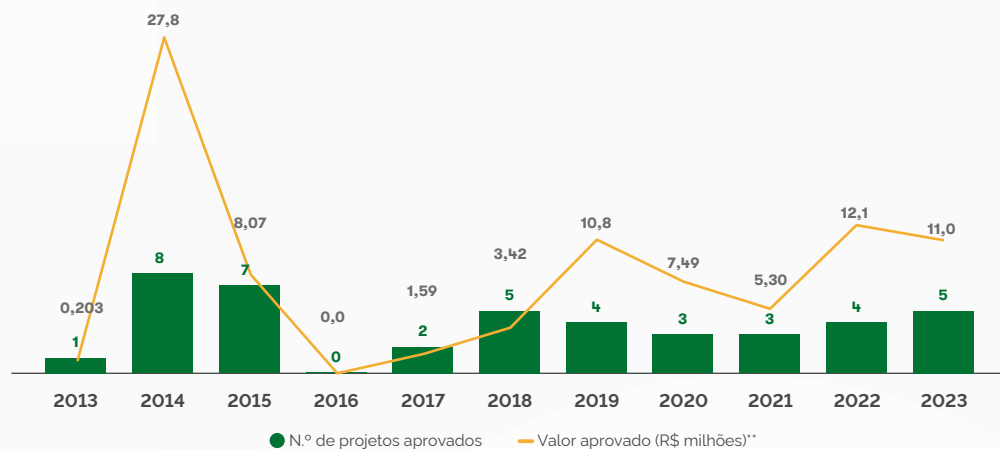
*A vigência do Programa encerrou-se em 2021 e foi retomada em 2023.

**Valor absoluto, sem correção monetária.

Os projetos de pesquisa fomentados pelo Pronon e que estiveram em execução em 2024 abordaram principalmente as temáticas de ômicas e saúde de precisão, neoplasias de mama, de próstata, de cólon, de glândulas endócrinas, de pulmão, de tecidos linfáticos e hematopoiéticos, câncer relacionado ao trabalho, escores de risco e biobancos oncológicos.

Já no âmbito do Pronas/PCD, os principais temas abordados pelos estudos executados em 2024 foram genômica, transtorno do espectro autista (TEA), reabilitação após acidente vascular cerebral (AVC) e aspectos clínicos e sociais associados a pessoas com diferentes deficiências.

Gráfico 86 – Série histórica de projetos de pesquisa aprovados no âmbito do Pronas/PCD – 2013 a 2023



Fonte: Decit/Sectics/MS.

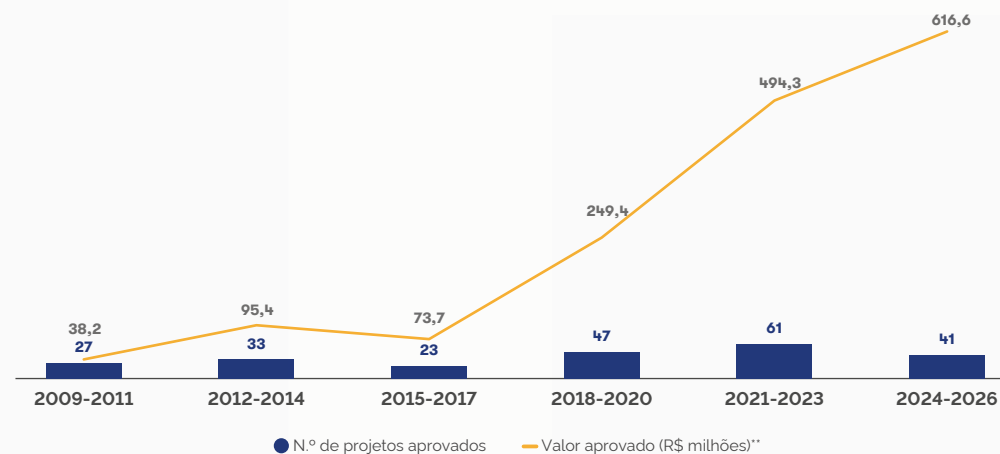
*A vigência do Programa encerrou-se em 2021 e foi retomada em 2023.

**Valor absoluto, sem correção monetária.

Outra modalidade de fomento a projetos é o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), que tem como objetivo desenvolver e fortalecer o SUS por meio da aplicação de recursos provenientes de imunidade tributária de Entidades de Saúde de Reconhecida Excelência (Esre). Esses recursos são destinados à execução de projetos, em períodos trienais, nas áreas de avaliação e incorporação de tecnologias em saúde, capacitação de profissionais, gestão de serviços de saúde e pesquisas de interesse público. No campo das pesquisas acompanhadas, em 2024, estiveram em execução 41 projetos do Proadi-SUS.

As principais temáticas abordadas pelos projetos de pesquisa do Proadi-SUS executados em 2024 foram: ômicas e saúde de precisão, aplicação de ferramentas de saúde digital e de inteligência artificial (IA), reabilitação pós-covid, prevenção e tratamentos inovadores para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), prevenção e avaliação da resistência a antimicrobianos, alimentação e nutrição, prevenção e cuidados à demência, apoio a Políticas Informadas por Evidências (PIE) e formação em pesquisa clínica.

Gráfico 87 – Série histórica de projetos de pesquisa aprovados no âmbito do Proadi-SUS por triênio do Programa – 2009 a 2026



Fonte: Decit/Sectics/MS.

*Dados atualizados em 31/12/2024 e sujeitos à alteração até o final do triênio.

**Valor absoluto, sem correção monetária.

Evidências científicas para apoio à tomada de decisão no SUS

Em 2024, visando apoiar a tomada de decisão dos gestores do MS no contexto do uso de

evidências científicas em saúde, foram entregues 17 produtos de resposta rápida, sendo apenas 1 de elaboração externa via Hospital do Coração (Hcor), para subsidiar a tomada de decisão das secretarias do MS. São eles:



Produtos de resposta rápida elaborados – 2024

Sumário de evidências sobre microrganismos multirresistentes interferindo na resistência antimicrobiana humana.

Danos e agravos à saúde associados ao uso de dispositivos eletrônicos para fumar: revisão sistemática rápida.

Overview sobre estratégias de reabilitação no manejo de condições pós-covid.

Revisão sistemática rápida: cuidados à saúde das pessoas laringectomizadas e traqueostomizadas.

Revisão sistemática rápida: perfil da população privada de liberdade submetida a testes para infecção latente por *Mycobacterium tuberculosis*.

Revisão rápida: intervenções terapêuticas para o manejo de bronquiolites virais agudas.

Revisão sistemática rápida: segurança, eficácia e efetividade da profilaxia pré-exposição sob demanda na prevenção do HIV.

Levantamento de literatura: orientações para a população em geral exposta às queimadas.

Revisão de escopo rápida sobre a atuação de mediadores interculturais/culturais no acesso ao atendimento culturalmente sensível de migrantes, refugiados e apátridas na Atenção Primária à Saúde (elaboração externa).

Revisão Sistemática Rápida: investimento em saneamento básico e redução de custos ao setor de saúde.

Inventário de referências: benefícios para o setor saúde relacionados ao investimento em saneamento básico.

Levantamento de literatura: indicadores de sustentabilidade econômica social de projetos de inovação.

Revisão sistemática rápida: eventos neurológicos graves associados às vacinas Influenza.

Revisão rápida sobre pré-distribuição e distribuição do iodeto de potássio para a população circunvizinha de uma central nuclear.

Revisão rápida: orientações para a população geral exposta às queimadas.

Inventário de referências: grupos prioritários para o tratamento com insulinas análogas de ação rápida e prolongada.

Revisão rápida sobre eficácia e efetividade do método de Análise do Comportamento Aplicada (*Applied Behavior Analysis* – ABA) para pessoas com transtorno do espectro autista.

Ações estratégicas em pesquisa clínica

As ações estratégicas em pesquisa clínica são orientadas pela Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), pelo Plano de Ação de Pesquisa Clínica no Brasil, pela Matriz de Desafios Produtivos e Tecnológicos em Saúde (Portaria GM/MS n.º 2.261/2023), pela Estratégia Nacional de Desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Decreto n.º 11.715/2023), entre outras normativas, e estão alinhadas à missão do Plano de Ação da Nova Indústria Brasil (NIB).

Tais pesquisas visam contribuir para que o País tenha um Complexo Econômico-Industrial da Saúde resiliente, para reduzir as vulnerabilidades do SUS e ampliar o acesso da população à saúde. Nesse contexto, o MS realizou seis contratações diretas.

Quadro 21 – Contratações diretas

Contratações Diretas	Objetivo	Investimento
Coleta de 7 anos após vacina de febre amarela 17DD na Paraíba para avaliação da imunidade.	Avaliar a evolução da resposta imunológica em crianças e adultos não vacinados para febre amarela e que receberão a primeira dose de vacina antiamarilica 17DD disponibilizada pelo estudo. Eles serão acompanhados pelo período de 10 anos.	R\$ 4.037.840,00
Desenvolvimento de vacina terapêutica para tratamento dos transtornos por uso de cocaína e crack.	Produzir o Dossiê de Desenvolvimento Clínico do Medicamento (DDCM) para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) da vacina anticocaína calixcoca e desenvolver as etapas pré-clínicas de 2 novos protótipos de Insumo Farmacêutico Ativo (IFA) como candidatos a vacinas anticocaína.	R\$ 8.605.068,91
Avaliação do perfil de suscetibilidade ao benznidazol de cepas de <i>T. cruzi</i> isoladas de pacientes tratados num ensaio clínico. Estudo Multibenz 2.	Analisar o perfil de suscetibilidade ao benznidazol de cepas de <i>T. cruzi</i> isoladas de pacientes tratados incluídos no ensaio clínico Multibenz, a fim de determinar qualquer fator que justifique a alta taxa de falha terapêutica com benznidazol, independentemente da dose utilizada.	R\$ 233.910,00
Efeito do tratamento com selênio na progressão da cardiopatia na doença de Chagas.	Testar a eficácia do tratamento com selênio associado à coenzima Q10 na cardiopatia crônica na doença de Chagas, gerando evidências adicionais para sua inclusão na terapêutica da forma cardíaca inicial, superando as limitações do primeiro e único ensaio já realizado no mundo.	R\$ 8.624.943,94
Avaliação da efetividade e dos eventos adversos das vacinas contra dengue no Programa Nacional de Imunizações (VigiVac-Dengue).	Monitorar a efetividade e os eventos adversos das vacinas contra dengue no Programa Nacional de Imunizações.	R\$ 2.221.341,00
Mapeamento e diagnóstico situacional dos Centros de Pesquisa Clínica no Brasil	Desenvolver processo para mapeamento e diagnóstico situacional dos Centros de Pesquisa Clínica do Brasil com vistas à criação de um banco de dados sobre infraestrutura e capacidade das instituições de saúde nacionais para condução de pesquisa clínica.	R\$ 4.509.051,00

Fonte: Decit/Secitcs/MS.

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 as bases para o desenvolvimento da saúde de precisão no Brasil, visando à sua implementação no SUS. Em 2024, o MS dedicou-se a aperfeiçoar o marco normativo que instituiu o Programa Genomas Brasil. A Portaria GM/MS n.º 1.949, de 4 de agosto de 2020, que regulamenta o Programa, detalha seu funcionamento, seus objetivos, suas finalidades e sua estrutura de governança.

Com o alinhamento realizado, abrangeu-se a participação ativa na implementação da PNCTIS, a adequação às diretrizes estabelecidas pela Estratégia Nacional para o Desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (conforme o Decreto n.º 11.715, de 26 de setembro de 2023), bem como a integração do Programa Genomas Brasil ao Plano de Ação para a Neointustrialização 2024-2026 da Nova Indústria Brasil. Assim, objetiva-se a operacionalização do Programa mais ágil e alinhada às necessidades e aos desafios atuais da gestão do Genomas Brasil.

Em 2024, o Programa atingiu um marco histórico, ao expandir de 189 para 250 projetos de pesquisa financiados. Ao longo de seus quatro anos de existência, o investimento totalizou 1 bilhão de reais. Entre as diversas ações realizadas, destaca-se o aporte destinado ao sequenciamento completo do genoma de 67.822 brasileiros, dos quais 34.551 sequências já foram finalizadas. Apenas em 2024, foram sequenciados 26.551 genomas completos de brasileiros, por meio de projetos fomentados.

Entre as chamadas públicas lançadas em 2024, a Chamada CNPq/Decit/Secitcs/MS n.º 33/2024 – Genômica e Saúde Pública de Precisão – está relacionada ao Genomas Brasil. Nela, o MS disponibilizou o montante global de R\$ 100 milhões e recebeu 349 propostas entre as 6 linhas temáticas previstas. Foram selecionados e contemplados 58 projetos, com recurso total de R\$ 97.594.924,83 nas seguintes linhas: Produtos de Terapia Avançada, Tecnologias em Saúde Pública de Precisão, Inteligência Artificial, Jovens Doutores e Capacitações em Instituições Nacionais. O resultado está disponível em:

 http://memoria2.cnpq.br/web/guest/chamadas-publicas?p_p_id=resultadosportlet_WAR_resultadoscnpqportlet_INSTANCE_OZaM&filtro=abertas&detalha=chamadaDivulgada&idDivulgacao=12365

Ainda no âmbito do Genomas Brasil, foram apoiadas as seguintes pesquisas estratégicas por contratação direta:



Quadro 22 – Pesquisas por contratação direta (Genomas Brasil)

Pesquisa	Objetivo	Investimento
Suplementação do Projeto Genoma de Referência do Brasileiro – Fase 2 (GRB2).	Apoiar, por meio de suplementação financeira, a continuidade do Projeto Genoma de Referência do Brasileiro – Fase 2 (GRB2). A pesquisa já contratada tem como objetivo sequenciar genomas de cidadãos brasileiros clinicamente bem caracterizados.	R\$ 961.200,80
Neurofilamento de cadeia leve (NfL) e pesada (NfH) como biomarcadores efetivos para o monitoramento não invasivo de neurodegeneração ativa e validação de sua utilidade clínica em pacientes do sistema de saúde.	Validar uma estratégia minimamente invasiva para a quantificação ultrasensível de neurofilamento de cadeia leve (NfL) e pesada (NfH) em sangue venoso periférico, avaliando sua utilidade clínica no monitoramento de pacientes com doença neurológica ativa.	R\$ 2.082.063,00
Genomas SUS – infraestrutura computacional.	O projeto tem como objetivo implementar a infraestrutura computacional do projeto "Genomas SUS", visando à caracterização dos aspectos genômicos que impactam o processo saúde-doença da população brasileira.	R\$ 10.383.655,54

Fonte: Decit/Sectics/MS.

Eventos relacionados ao Genomas Brasil

O evento 3º Summit Internacional sobre Saúde de Precisão do Programa Genomas Brasil foi realizado de 29 a 31 de janeiro de 2024, de forma on-line. Com papel crucial na disseminação do conhecimento sobre saúde de precisão no País, o evento contou com 2.488 inscritos e atraiu participantes de todas as regiões do País e internacionalmente, incluindo países como Angola, Chile, México, Estados Unidos, Portugal, Dinamarca, Holanda e Argentina. A transmissão ocorreu pelo site oficial do evento, criado à época. Todas as palestras estão disponíveis no canal oficial do Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS) no Youtube.

O MS também apoiou a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS) na realização da reunião regional "Genômica humana para a saúde: ampliando o impacto de pesquisas eficazes", realizada entre 15 e 16 de maio de 2024, em Brasília/DF. Foram reunidos especialistas da Região das Américas para discutir os primeiros passos para promover a implementação da genômica na medicina clínica, na saúde pública e no fortalecimento da pesquisa genômica nas Américas. O relatório completo está disponível em:

 <https://iris.paho.org/handle/10665.2/62584>

Outro evento de destaque foi o Simpósio de Suscetibilidade Genética Aplicada à Saúde, realizado de 18 a 20 de novembro de 2024, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP/USP). Nele, especialistas nacionais e internacionais reuniram-se para discutir avanços nas pesquisas de suscetibilidade genética e seus impactos em doenças, com foco no avanço genômico atual e seus desafios para incorporação nas linhas de cuidados em saúde.

Também foram coorganizadas cinco conferências no âmbito do projeto Genomas SUS, disponíveis no canal GenomaSUS, no Youtube

 <https://www.youtube.com/@GenomasSUS>

Ademais, foram realizados dois seminários para acompanhamento de pesquisas contratadas na área por meio de chamadas públicas: (1) Seminário Marco Zero da Chamada MS-Sectics-Decit/CNPq n.º 16/2023 – Saúde de Precisão: para apoio de projetos que contribuem para diagnóstico, tratamento ou prevenção de doenças no contexto do SUS. As propostas foram divididas em quatro linhas de pesquisa: produtos de terapias avançadas, desenvolvimento de ferramentas de bioinformática, pesquisas aplicadas à saúde de precisão e recém-doutores. A chamada disponibilizou R\$ 196,4 milhões e possibilitou a contratação de 94 projetos de pesquisa; (2) Seminário Parcial Chamada n.º 50/2022 – Testes Genéticos e Biópsia Líquidas: o evento, ocorrido de forma virtual, teve a participação dos pesquisadores contemplados na chamada e de representantes do CNPq, técnicos do MS e especialistas externos.

A chamada pública contemplou 27 projetos de pesquisa, sendo 11 da linha de testes genéticos e 16 da linha de biópsias líquidas. O investimento total foi de R\$ 20 milhões.

Seminários de avaliação das pesquisas fomentadas

Além da contratação de novas pesquisas e conforme disposto no *Manual Instrutivo para Financiamento de Pesquisas pelo Ministério da Saúde*, são realizados o monitoramento e a avaliação das pesquisas em andamento, visando averiguar o cumprimento de objetivos, metas, cronograma, orçamento e indicadores previstos e avaliar os resultados, parciais e finais, em relação aos princípios, às diretrizes e à aplicabilidade no SUS.

Para tanto, foram conduzidas análises de relatórios de prestações de contas, reuniões estratégicas com pesquisadores para exposição dos resultados e da execução das pesquisas, identificação dos estudos na plataforma Pesquisa Saúde e seminários de avaliação para apresentação dos resultados da pesquisa.

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

Em 2024, com o objetivo de explorar a metodologia, a execução dos estudos, seus resultados e seu alinhamento com as necessidades das áreas técnicas do MS, foi realizado um total de sete seminários de avaliação: um Seminário de Avaliação Inicial – Seminário Marco Zero (SMZ); quatro Seminários de Avaliação Parcial (SAP); e dois Seminários de Avaliação Final (SAF).

Figura 34 – Seminário Marco Zero (SMZ) – 2024



- Apresentar o projeto às áreas técnicas do Ministério da Saúde.
- Sensibilizar o pesquisador sobre a aplicabilidade da pesquisa ao SUS.
- Dar ciência dos direitos e deveres do pesquisador na relação com o Ministério da Saúde.
- Orientar a elaboração do plano de tradução e disseminação do conhecimento.
- Orientar sobre a inclusão das informações do estudo no Pesquisa Saúde.

CHAMADA PÚBLICA N.º 18/2023

Ciência de dados: mudanças climáticas e impactos para a saúde

OBJETIVO: impulsionar projetos de pesquisa que contribuam para o desenvolvimento para o desenvolvimento científico e tecnológico, com foco na análise de dados relacionados às mudanças climáticas e seus impactos na saúde.

Investimento: R\$ 9.953.237,36

Projetos contratados: 22

CHAMADA PÚBLICA N.º 21/2023

Estudos transdisciplinares em saúde coletiva

OBJETIVO: apoiar projetos de pesquisa que considerem a transversalidade e a interseccionalidade em saúde coletiva para o desenvolvimento de evidências sensíveis às necessidades da saúde da população brasileira, além de aproximar o conhecimento científico e a gestão pública, por meio de estratégias inovadoras e efetivas de comunicação.

Investimento: R\$ 145.586.228,76

Projetos contratados: 201

CHAMADA PÚBLICA N.º 29/2023

Pesquisas em tuberculose para o fortalecimento da vigilância e controle da doença

OBJETIVO: apoiar projetos de pesquisa que visem contribuir significativamente para o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação do País, para ações de vigilância, prevenção e controle da tuberculose.

Investimento: R\$ 13.445.831,78

Projetos contratados: 15

Fonte: Decit/Secitcs/MS.

Figura 35 – Seminários de Avaliação Parcial (SAP) das chamadas públicas – 2024



- Apresentar os resultados/produtos parciais alcançados.
- Verificar o cumprimento do cronograma de execução.
- Propor ajustes, quando necessário.
- Promover o debate em torno dos principais problemas de saúde da população.
- Aproximar os grupos de pesquisas envolvidos no evento com as áreas técnicas do Ministério da Saúde.
- Esclarecer os trâmites para solicitações de prorrogação de vigência e alterações no plano de trabalho, caso necessário.
- Solicitar o envio do relatório de execução parcial de cumprimento do objeto.

**Chamada Pública
CNPq/Decit/SCTIE/MS/Desid/SE/
MS n.º 44/2022**

Economia da saúde: pesquisas para a melhoria do gasto público em saúde

OBJETIVO: apoiar pesquisas que contribuam significativamente para o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação do Brasil, com foco na área de Economia da Saúde, no intuito de melhorar a qualidade dos gastos em saúde e sua distribuição no âmbito do SUS.**Investimento: 951.034,00****Projetos contratados: 8****Chamada Pública
CNPq/MS/SCTIE/Decit/SE/MS
n.º 45/2022**

Saúde Mental

OBJETIVO: apoiar projetos de pesquisa que visem contribuir significativamente para o aperfeiçoamento da Política Nacional de Saúde Mental, com foco na Rede de Atenção Psicossocial (Raps), transtornos mentais, suicídio e fatores associados ao desenvolvimento de sofrimentos psicossociais relacionados ao trabalho.**Investimento: R\$ 4.000.000,00****Projetos contratados: 14****Chamada Pública
CNPq/Decit-SCTIE-MS/Cocam-CGCI
VI-Dapes-Saps/MS n.º 46/2022**

Saúde da Criança

OBJETIVO: apoiar projetos de pesquisa que visem contribuir significativamente para o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação do País, na área da saúde da criança: cuidado neonatal, aleitamento materno e alimentação, puericultura e práticas parentais.**Investimento: R\$ 6.275.451,00****Projetos contratados: 5****Chamada Pública
CNPq/Decit/Secitcs/MS
n.º 47/2022**

Saúde Ambiental – pesquisas sobre a exposição de populações vulneráveis ao mercúrio na região amazônica

OBJETIVO: apoiar projetos de pesquisa que visem contribuir significativamente para o desenvolvimento científico e tecnológico acerca da compreensão dos riscos à saúde de populações vulneráveis expostas ao mercúrio na região amazônica e, assim, reunir informações e estudos sobre a contaminação de mercúrio e seus impactos à saúde no território brasileiro, bem como indicar a realização de pesquisas no âmbito das populações expostas e potencialmente expostas.**Investimento: R\$ 2.513.704,00****Projetos contratados: 7**

Fonte: Decit/Secitcs/MS.



Figura 36 – Seminários de Avaliação Final (SAF) das chamadas públicas – 2024



- Discutir a aplicabilidade dos resultados ao SUS.
- Solicitar atualização dos dados cadastrados no Pesquisa Saúde.
- Solicitar o envio do relatório de execução do cumprimento do objeto no prazo de 60 dias.
- Solicitar resumo executivo contendo a síntese dos principais resultados da pesquisa e seus impactos.
- Discutir como será o plano de tradução do conhecimento.

**Chamada Pública
MS-SCTIE-Decit/CNPq n.º 26/2019**

Pesquisas em alimentação e nutrição

OBJETIVO: apoiar projetos de pesquisa que visem contribuir significativamente para o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação do País, nas áreas de alimentação e nutrição e de economia da saúde, com foco nas ações de alimentação e nutrição.

Investimento: R\$ 4.495.341,08**Projetos contratados: 36****Chamada Pública
CNPq/MS/SCTIE/Decit n.º 27/2019**

Pesquisas para o fortalecimento os objetivos e das diretrizes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS

OBJETIVO: apoiar projetos de pesquisa que visem contribuir significativamente para o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação do País e para o fortalecimento dos objetivos e das diretrizes da rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.

Investimento: R\$ 1.978.481,10**Projetos contratados: 6**

Fonte: Decit/Secitcs/MS.

2.4.2 Complexo Econômico-Industrial da Saúde – Ceis

Considerando a saúde como uma das áreas estratégicas do governo, foi instituída a Estratégia Nacional de Desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, por meio do Decreto n.º 11.715, de 26 de setembro de 2023, que tem a finalidade de orientar os investimentos, públicos e privados, nos segmentos produtivos da saúde e em inovação, na busca de soluções produtivas e tecnológicas para enfrentar os desafios em saúde, com vistas à redução da vulnerabilidade do SUS e à ampliação do acesso à saúde.

A Estratégia Nacional de Desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde é constituída por programas estruturantes que focam a transformação produtiva e tecnológica necessária para a ampliação do desenvolvimento e da produção nacional de tecnologias e produtos para a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação em saúde, com uso do poder de compra do Estado.

Os programas que compõem a Estratégia são:



Fonte: Deceis/Sectics/MS.

Matriz de Desafios Produtivos e Tecnológicos em Saúde

A Matriz de Desafios Produtivos e Tecnológicos em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS n.º 2.261, de 8 de dezembro de 2023, apresenta em sua estrutura as demandas prioritárias do SUS e orienta os programas e as ações da estratégia e os esforços que visem à "Preparação do Sistema de Saúde para Emergências Sanitárias" (Bloco I), e o enfrentamento de "Doenças e Agravos Críticos para o SUS" (Bloco II), como doenças cardiovasculares, doenças raras, câncer, diabetes, dengue, chikungunya, entre outros. Nesses blocos, foram distribuídos 13 desafios produtivos e tecnológicos em saúde e 43 plataformas.

A Matriz é dinâmica e passível de atualização, sempre que necessário. A sua atual estrutura foi validada pela Comissão Consultiva Permanente para o Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CPCEIS), em alinhamento com as demandas consideradas prioritárias pelas áreas finalísticas do Ministério da Saúde.

Figura 37 – Matriz de Desafios Produtivos e Tecnológicos em Saúde



Fonte: Deceis/Sectics/MS.

Programas da Estratégia Nacional – uso do poder de compra do Estado

Entre os programas para implementação da Estratégia Nacional de Desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde, destaca-se o aprimoramento do programa de parceria público-privada com uso do poder de compra do Ministério da Saúde como indutor do desenvolvimento industrial, um dos pontos centrais da reconstrução institucional da política do Ceis.

Lançados em junho de 2024, o Programa de Parceria para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) e o Programa de Desenvolvimento e Inovação Local (Pdil) receberam propostas de projeto com prazo de submissão até 30 de setembro de 2024. O potencial do uso do poder de compra do Ministério da Saúde para mobilização desses programas é de R\$ 30 bilhões/ano.

O Ministério da Saúde também estabeleceu diretrizes para apoiar programas, instrumentos e ações de qualificação no ambiente regulatório para estimular a produção e a inovação no âmbito do Ceis, atinentes à Portaria GM/MS n.º 5.271, de 22 de agosto de 2024.

Adicionalmente, por ocasião da publicação do PDP, do Pdil e do PDCEIS, foi realizado o evento "Workshop de orientação para a elaboração e submissão de propostas de projeto dos Programas para Desenvolvimento do Ceis", em 18 de julho de 2024, que teve o intuito de sanar dúvidas e orientar as instituições proponentes quanto à elaboração e à submissão de propostas de projetos.

No âmbito do PDP e do Pdil, em 2024, foi recebido o maior número de propostas de projetos de parcerias público-privadas para transferência de tecnologia e desenvolvimento e inovação local. No total, foram submetidas 322 propostas para o PDP (147) e o Pdil (175). As propostas de projetos abarcaram todos os 13 desafios produtivos e tecnológicos da Matriz, traduzindo os esforços coordenados pelo Ministério da Saúde e o interesse dos atores do Ceis, para atendimento das demandas do SUS. Essas propostas de projeto passarão por análise e aprovação da Comissão Técnica de Avaliação (CTA) e do Comitê Deliberativo (CD), conforme estabelecido nos normativos que regem os programas. Ainda, serão avaliados os investimentos necessários, por meio do PDCEIS, de forma a dar maior sustentação ao desenvolvimento e à execução dos projetos aprovados, viabilizando, de forma efetiva, os objetivos dos referidos programas no Ceis.

Novo PAC Saúde e investimentos no Ceis

Alinhado à Estratégia Nacional para o Desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, foi incluído, no Novo Programa de Aceleração do Crescimento (Novo PAC), coordenado pela Casa Civil, o PAC-Saúde Ceis, com investimentos públicos de R\$ 8,9 bilhões para o Complexo Econômico-Industrial da Saúde até 2027.

Em 2024, os investimentos em unidades produtivas e tecnológicas que integram o Ceis se concentraram em estruturas com alta capacidade de resposta, de forma a dar mais efetividade, nessa fase inicial do novo marco, e criar as condições para a convergência de agenda de um conjunto amplo de entes governamentais.

Isso envolve instalação e qualificação de plantas fabris; ampliação da rede fabril pública de produção; estruturação e modernização de plataformas fabris para produção de medicamentos biotecnológicos e vacinas, medicamentos oncológicos e injetáveis, entre outros.

No âmbito do PAC-Saúde, foi destinado o valor orçamentário na ordem de R\$ 1 bilhão, em 2024, para projetos voltados para o desenvolvimento e a modernização de estruturas produtivas e tecnológicas para o fortalecimento do Ceis, discriminados nas Resoluções CGPAC n.º 6 e n.º 7/2024, tais como:

Quadro 23 – Projetos apoiados voltados para o desenvolvimento e a modernização de estruturas produtivas e tecnológicas para fortalecimento do Ceis – 2024

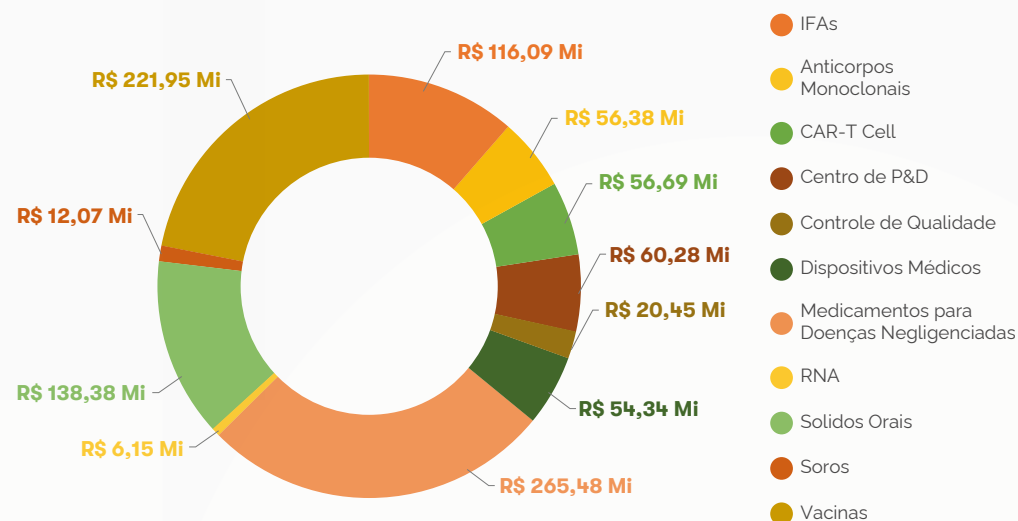
Instituição	Descrição do projeto	Valor do projeto (R\$)	Empenhado em 2024 (R\$)
Bahiafarma	Reforma e estruturação da planta produtiva.	22.854.968,00	22.854.968,00
	Adequação da planta produtiva de sólidos orais.	7.347.651,00	7.347.651,00
	Estruturação da planta produtiva de sólidos orais.	112.640.559,00	112.640.559,00
	Reforma da subestação e do sistema de distribuição elétrica.	16.489.268,00	16.489.268,00
Bio-Manguinhos	Modernização da planta produtiva.	82.678.771,63	7.000.000,00
	Construção de novas instalações dedicadas à produção de IFA para vacinas virais.	286.398.244,05	118.000.000,00
	Modernização de parque industrial.	59.372.682,88	15.000.000,00
	Construção de novo campus para nacionalização e produção das IFAs de biofármacos envolvidos em PDPs.	509.740.000,00	20.000.000,00
Farmanguinhos	Melhoria dos processos analíticos e produtivos dos laboratórios de desenvolvimento analítico e de controle de qualidade.	22.655.007,00	19.778.353,62
	Implementação do Laboratório de Aumento de Escala e Novas Tecnologias em Insumos Farmacêuticos Ativos.	50.000.000,00	1.000.000,00
	Pré-qualificação na OMS para medicamentos antimaláricos e tuberculostáticos.	10.000.000,00	6.000.000,00
Fiocruz	Desenvolvimento e inovação em vacinas e terapias baseadas nas tecnologias de RNA.	77.393.775,87	6.153.500,00
	Desenvolvimento de produtos de terapias avançadas CAR-T.	330.004.683,00	56.685.000,00
Butantan	Reforma da unidade de produção de soros e área multipropósito.	232.544.720,00	12.071.235,00
	Expansão da planta produtiva de anticorpos monoclonais (mAbs).	74.372.577,00	56.377.352,00
	Construção de uma nova fábrica de produção de vacinas, utilizando a plataforma de levedura (<i>S. cerevisiae</i>).	366.116.023,00	96.945.096,00
	Construção de planta produtiva para todos os componentes da vacina dTpa.	422.988.942,00	95.092.240,00
Lafepe	Aquisição de equipamentos para modernização da área de sólidos orais.	259.482.111,00	259.482.111,00
LAQFA	Equipamentos para o Laboratório Químico-Farmacêutico.	1.801.666,56	667.943,70
	Modernização e reestruturação da Unidade Fabril 1.	21.555.891,00	18.392.369,00
Unesp	Aquisição de equipamentos para operacionalização da fábrica de lotes piloto de biofármacos para pesquisa clínica (V-BioPharma).	60.281.149,00	60.281.149,00
TOTAL		3.026.718.689,99	1.008.258.795,32

Fonte: Deceis/Sectics/MS.

Os investimentos em saúde alavancados pelo Novo PAC adquirem configuração abrangente e estratégica, uma vez que, envolvendo melhoria na qualidade de vida do cidadão, permitem assegurar à população maior acesso a tratamentos e tecnologias, melhor atenção à saúde, com foco no amplo atendimento às

necessidades de saúde da sociedade, por meio da destinação de recursos voltados à ampliação da capacidade produtiva do setor, gerando benefícios, promovendo mudanças e reduzindo vulnerabilidades. Os investimentos previstos para o Novo PAC Ceis foram distribuídos da seguinte forma:

Gráfico 88 – Distribuição orçamentária do PAC Ceis – 2024



Fonte: Deceiis/Sectics/MS.

Além das ações apresentadas, no âmbito do Ceis, foi também realizado o fomento à inovação tecnológica em saúde, por meio do Contrato de Gestão celebrado entre a União, por intermédio do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações (MCTI), e a Empresa Brasileira de Pesquisa e Inovação Industrial (Embrapii).

Em 2024, foi celebrado o 20º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, no qual foram empenhados pelo Ministério da Saúde R\$ 152.454.687,00 destinados para credenciamento de até seis

novas unidades Embrapii atuantes no setor da saúde, para apoiar projetos de desenvolvimento de tecnologias para o setor de saúde, prioritariamente para novas rotas estratégicas alinhadas ao Programa de Desenvolvimento e Inovação Local (Pdil) do Complexo Econômico-Industrial da Saúde; e para o credenciamento de um novo Centro de Competência Embrapii atuante no setor da saúde.

Os recursos, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, para apoiar projetos de PD&I destinam-se

especialmente aos segmentos farmacêutico e farmoquímico, de dispositivos médicos e de tecnologias da informação e comunicação, desenvolvidos pelas unidades Embrapii já credenciadas sob demanda de empresas do setor.

Programa para Ampliação e Modernização de Infraestrutura do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (PDCEIS)

Configurado como principal programa destinado a operacionalizar as ações de fomento no âmbito do Ceis, o PDCEIS tem como objetivo geral apoiar e fomentar o desenvolvimento tecnológico, a

transferência de tecnologia e a inovação e a produção nacionais, visando ampliar o acesso a tecnologias no âmbito do SUS e promover a eficiência produtiva do Complexo Econômico-Industrial da Saúde.

O PDCEIS 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. Informam-se, a seguir, as instituições parceiras ao longo de 2024 e, em sequência, os investimentos realizados no Ceis por bloco.

Figura 38 – Investimentos no Ceis – 2024



Fonte: Deceiis/Sectics/MS.

Figura 39 – Investimentos no Ceis por bloco – 2024



Fonte: Deceiis/Sectics/MS.

Também foram apoiados projetos voltados para o fortalecimento dos produtores públicos e a infraestrutura de produção e inovação em saúde firmados em anos anteriores, no valor orçamentário de cerca de R\$ 120 milhões.

Grupo Executivo do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Geceis)

Em relação às atividades voltadas para a articulação intersetorial do Ceis, com a

retomada dos trabalhos do Geceis – coordenado pelo Ministério da Saúde –, cabe destacar a realização de Reuniões Plenárias do Grupo com a participação de mais de 600 representantes do setor da saúde, contemplando órgãos e entidades do governo, entidades de representação do setor da saúde, academia, centrais sindicais e outros representantes da sociedade civil. As agendas contemplaram:

Quadro 24 – Reuniões plenárias do Geceis – 2024

Reunião Plenária	Tema	Objetivo
Junho	Reconstrução do marco regulatório dos Programas de Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) e de Desenvolvimento e Inovação Local (PdIL).	Lançamento do Programa de Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) e do Programa de Desenvolvimento e Inovação Local (PdIL).
Outubro	O poder de compra do SUS e a implementação da Estratégia do Ceis.	Apresentar, entre outros assuntos, os seguintes pontos: – Investimentos no PAC Ceis. Anúncio de investimentos na ordem de R\$ 4,2 bilhões em laboratórios e ICTs no PAC SAÚDE (Ceis). Maior investimento já realizado no Ceis. – Lançamento da Margem de Preferência para o Setor da Saúde pelo Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos (MGI), visando utilizar o uso do poder de compra do SUS para iniciar nova leva de instrumentos de parcerias mais horizontais privado-privado. – Anúncio da síntese de propostas de projeto recebidas no âmbito do PDP e do PdIL. O maior recebimento da história de projetos de parcerias para desenvolvimento, inovação e produção em saúde.

Fonte: Deceiis/Sectics/MS.

Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP)

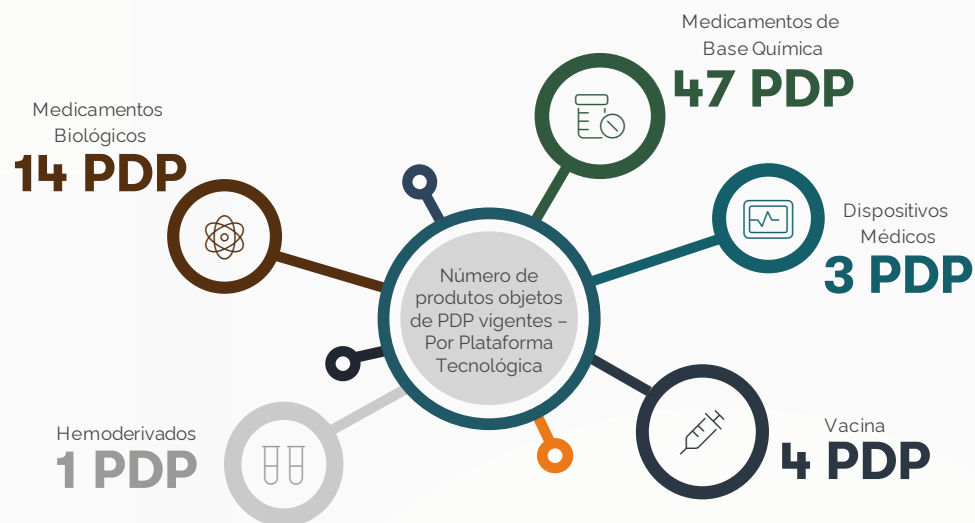
Em 2024, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 4.472, de 20 de junho de 2024, que alterou a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5, de 28 de setembro de 2017, que passa a vigorar acrescida do Anexo CX, que dispõe sobre o Programa de Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo.

Esse Programa tem por objetivo orientar o esforço nacional de investimento em inovação e produção, público e privado, por meio de transferências tecnológicas de produtos estratégicos para a redução da vulnerabilidade do Sistema Único da Saúde e a ampliação do acesso à saúde.

Destaca-se, como avanço desse instrumento, a inclusão da Fase IV, que se trata da verificação da internalização da tecnologia, de um capítulo de sanções e suas aplicabilidades e que Termo de Compromisso deve ser firmando entre o Ministério da Saúde, a instituição pública e a entidade privada.

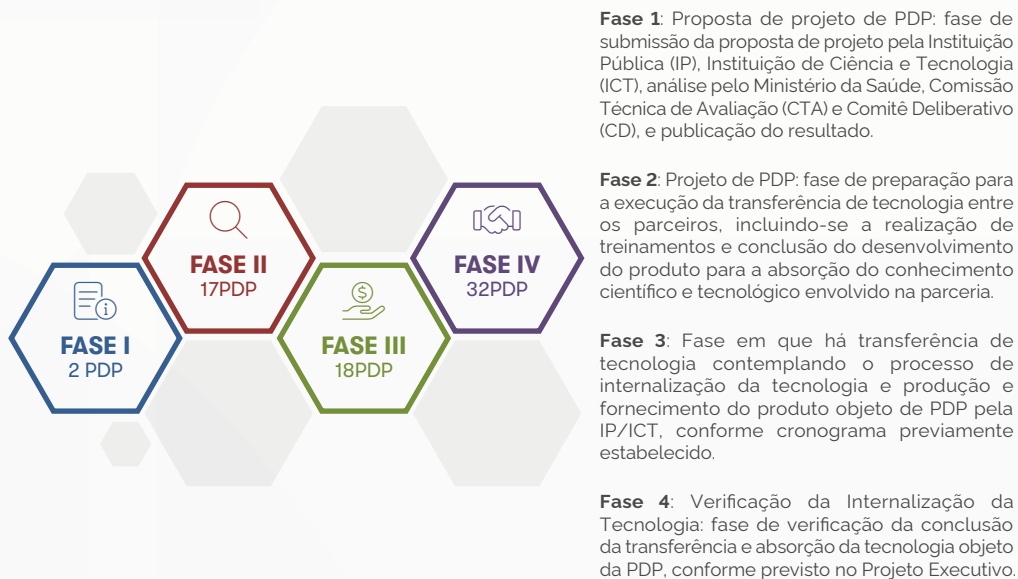
Atualmente, existem 69 PDPs vigentes e 79 PDPs extintas. A seguir, são apresentados os quantitativos de parcerias para o desenvolvimento produtivo por plataforma tecnológica e, em sequência, a quantidade de PDPs vigentes em cada etapa do processo:

Figura 40 – Número de produtos objetos de PDPs vigentes, por plataforma – 2024



Fonte: Deceis/Sectics/MS.

Figura 41 – Número de produtos objetos de PDP vigentes – por fase

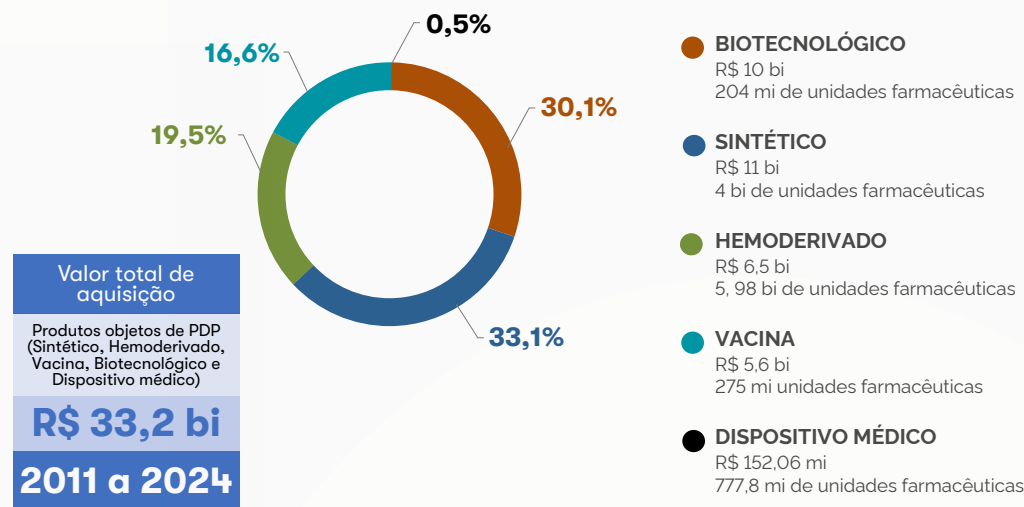


Fonte: Deceis/Sectics/MS.

O gráfico a seguir demonstra os investimentos realizados, alcançando a marca de R\$ 33,2 bilhões em PDP, entre 2011 e 2024, distribuídos

entre diferentes plataformas de produtos estratégicos, como biotecnológicos, sintéticos, hemoderivados, vacinas e dispositivos médicos.

Gráfico 89 – Distribuição das aquisições de produtos objetos de PDP – 2011 a 2024

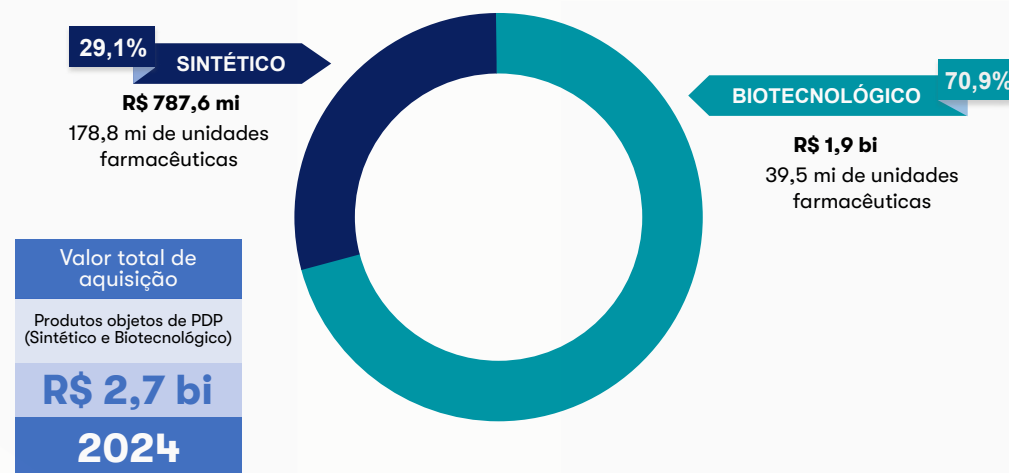


Fonte: Deceiis/Sectics/MS.

Destacam-se, a seguir, os investimentos e as unidades farmacêuticas das plataformas

tecnológicas de sintéticos e biotecnológicos em 2024.

Gráfico 90 – Distribuição das aquisições de produtos objetos de PDP (investimentos e unidades farmacêuticas) – por plataforma tecnológica – 2024



Fonte: Deceiis/Sectics/MS.

2.4.3 Avaliação de Tecnologias em Saúde – ATS

A 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, em 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 2024, foi realizado o investimento de aproximadamente R\$ 21 milhões em ações de avaliação e incorporação de tecnologias no SUS.

Foram avaliadas 72 tecnologias em 2024, tendo sido incorporadas 47. Essas informações podem ser acessadas em:

<https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/recomendacoes-conitec>

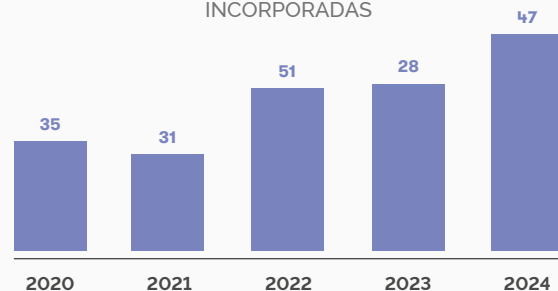


15 reuniões da Conitec, sendo 11 ordinárias e 4 extraordinárias.

72 tecnologias avaliadas, 47 tecnologias incorporadas, 24 não incorporadas e 1 excluída.

6 tecnologias avaliadas para doenças raras, sendo 3 incorporadas ao SUS.

TECNOLOGIAS INCORPORADAS



Fonte: Dgits/Sectics/MS.

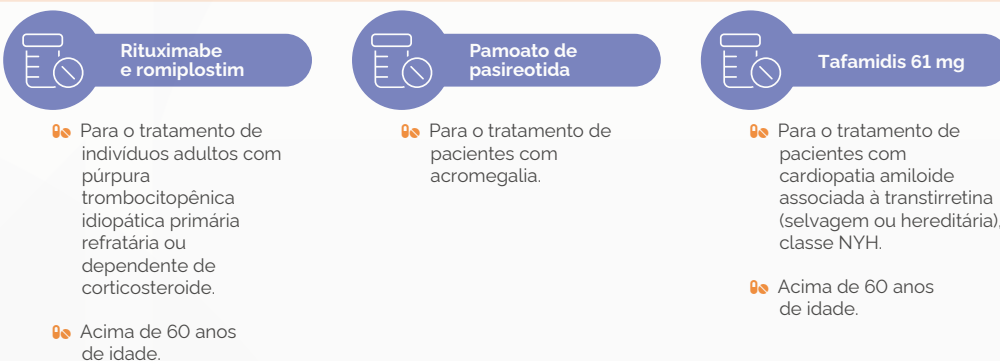
Doenças raras

Para a consolidação das ações relativas às doenças raras, executadas no âmbito da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), foram utilizadas como parâmetros a definição da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, instituída pela

Portaria GM/MS n.º 199, de 30 de janeiro de 2014, e informações contidas nos relatórios de ATS ou Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

Das 72 tecnologias avaliadas em 2024, 6 referem-se a doenças raras, das quais 3 foram incorporadas ao SUS.

Figura 42 – Tecnologias incorporadas para doenças raras – 2024



Fonte: Dgits/Sectics/MS.

Participação social

No tocante à participação social, em 2024, foram elaborados 117 relatórios para a sociedade; esse número representa aumento de 19,39% em relação a 2023. Esses relatórios são versões resumidas dos relatórios técnicos da Conitec, elaborados em linguagem simples, facilitando o entendimento do assunto em debate e o posicionamento do público em geral, publicados no site da Conitec, e têm, entre outras, a finalidade de subsidiar as contribuições de experiência ou opinião.

Com vistas a viabilizar a participação da sociedade no processo de ATS, em 2024, foram realizadas 95 Consultas Públicas (CP), sendo 67 relacionadas à avaliação de tecnologias e 28 a Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, as quais receberam mais de 37.575 mil contribuições. No comparativo com 2023, o aumento no número de CP foi de 39,71%, e de contribuições chegou a 65%.

Ainda, em 2024, foram realizadas 83 chamadas públicas para participação da "Perspectiva do Paciente" no âmbito das reuniões da Conitec, que contou com a inscrição de 62 pacientes, familiares e representantes de associações. Tal iniciativa estimula a participação dos pacientes

no processo de ATS e oferece aos usuários do SUS a oportunidade de compartilhar suas experiências durante as reuniões. Dos inscritos, 41 efetivamente contribuíram para complementar os dados científicos com suas próprias experiências, tornando o processo de avaliação da tecnologia mais eficaz.

O Cadastro de Pacientes e Associações busca identificar usuários do SUS e associações de pacientes no Brasil, criando um banco de dados interno para estimular a participação social na ATS. No período em referência, foram registrados 119 pacientes e 11 associações.

Já o Cadastro de Especialistas em Saúde tem como finalidade reunir profissionais interessados no SUS para contribuir com a ATS e a elaboração de protocolos clínicos, somando 48 novos especialistas cadastrados em 2024. Ademais, o Cadastro de Gestores do SUS visa criar um banco de contatos de gestores para colaborar nas atividades da Conitec relacionadas à ATS, contabilizando 14 inscrições no mesmo ano.

Todas as informações relacionadas à participação social podem ser acessadas em:

 <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/participacao-social>

Figura 43 – Números da participação social – 2024



Fonte: Dgits/Sectics/MS.

Direito à Saúde – Judicialização

Com a finalidade de aprimorar o subsídio técnico a operadores do direito, gestores e profissionais de saúde sobre tecnologias em saúde judicializadas no País, a Conitec disponibiliza, em seu site, a seção com "Perguntas e Respostas sobre Tecnologias em Saúde":

<https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/perguntas-e-respostas-sobre-tecnologias-em-saude>

Cada um dos documentos apresentados no endereço eletrônico trata da utilização de uma determinada tecnologia para uma condição de saúde e contém informações sobre a existência de registro na Anvisa, preço na Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (Cmed), análise pela Conitec, alternativas terapêuticas existentes no SUS, entre outras. Em 2024, foram produzidos 16 documentos, que já foram publicados e estão disponíveis para todos.

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)

Os PCDT são documentos baseados em evidências científicas que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; para o tratamento preconizado, bem como os medicamentos e os demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos a serem seguidos pelos gestores do SUS.

Em 2024, foi elaborado 1 novo PCDT e atualizados 13, totalizando 14. Destaca-se o novo PCDT de Câncer de Mama, que estabelece critérios de diagnóstico, acompanhamento e tratamento, sendo o primeiro protocolo oriundo da alteração do formato das Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas. Também merece destaque a atualização do PCDT de Doença Falciforme, que

incluiu novas tecnologias para o tratamento da doença, além de abordar questões de equidade e racismo, da transição do cuidado e do tratamento de manifestações da doença.

Em 2018, iniciou-se a elaboração e a publicação dos PCDT em formato resumido. Essa iniciativa busca, após a publicação das portarias dos PCDT, apresentar o conteúdo de forma sucinta e clara, justificando o nome "Protocolo Resumido". Em 2024, foram publicados cinco Protocolos Resumidos.

As informações acerca dos PCDT podem ser acessadas em:

<https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas>

Monitoramento do Horizonte Tecnológico (MHT)

O MHT é uma ferramenta essencial para subsidiar processos estratégicos no SUS. Em 2024, foram elaborados 58 estudos de MHT. Esses estudos são inseridos nos relatórios técnicos como capítulos específicos. Todos os relatórios técnicos publicados no site da Conitec, em 2024, incluíram capítulos de MHT.

Em 2024, o MS elaborou 23 estudos de MHT para subsidiar reuniões de escopo voltadas à elaboração e à atualização de PCDT, além de realizar pesquisas sobre tecnologias registradas no Brasil e no mundo em 27 temas, contribuindo para a priorização de PCDT em 2025. No contexto da judicialização da saúde, foram produzidos

quatro alertas de MHT, cinco notas técnicas relacionadas ao monitoramento de PDP, e desenvolvidas oito notas técnicas sobre vacinas destinadas a condições como Zika, chikungunya, esquistossomose, hanseníase, leishmaniose, herpes-zóster, influenza aviária e tuberculose.

Monitoramento de Tecnologias em Saúde Incorporadas ao SUS

O Monitoramento de Tecnologias em Saúde Incorporadas ao SUS aborda a avaliação de desempenho (pós-incorporação) das tecnologias disponíveis no sistema público de saúde do Brasil, utilizando dados de vida real. Como resultado dessas atividades em 2024, destacam-se as seguintes realizações: (1) elaboração de análise para o acompanhamento de PDP vigentes: betainterferona 1a e fingolimode; (2) apoio à construção de PCDT: Hipopituitarismo, Puberdade Precoce Central e Artrite Psoriásica; (3) apoio à regulação econômica de medicamentos.

Além disso, foi feita a divulgação científica de trabalhos em congressos, conquistando o 2º e o 3º lugar de premiações na categoria "Inovação em ATS". Os trabalhos podem ser acessados por meio dos endereços:

➤ "Monitoramento do uso de LABA/LAMA no tratamento de pacientes com DPOC no SUS":

<https://www.youtube.com/watch?v=4m3K3qAoxQo>

➤ "Monitoramento dos preços de medicamentos incorporados no SUS":

<https://www.youtube.com/watch?v=4m3K3qAoxQo>

➤ Apresentação internacional no HTAi 2024 Annual Meeting: "Monitoring of Budget Impact Determinants to Incorporated Technologies for Rare Diseases in the Brazilian Health System"

 <https://doi.org/10.1017/S026646232400093X>

Outra atividade iniciada em 2024 foi o estudo da situação patentária de medicamentos, a fim de apoiar as discussões de incorporação tecnológica em avaliação pela Conitec, com a perspectiva de colaborar na estratégia nacional de fomento, desenvolvimento e inovação tecnológica na área da saúde. O estudo apresenta informações, tais como: o prazo de vigência da patente; alguma exclusividade na sua fabricação; a potencial entrada no mercado de genéricos; entre outras.

Em 2024, foram elaborados 84 estudos patentários e as informações foram incluídas nos relatórios técnicos publicados em 2024. Todas as publicações relativas ao monitoramento de tecnologias podem ser acessadas em:

 <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/monitoramento-de-tecnologias-em-saude>

Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats)

Em 2024, o MS consolidou avanços significativos em capacitação, metodologias e expansão da Rebrats.



Principais resultados da Rede – 2024

**23**

CURSOS OFERTADOS

INCLUINDO UM MBA EM ATS E O PRIMEIRO MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE COM FOCO EM ATS.

**250**

PROFISSIONAIS CAPACITADOS

**5**

PROJETOS INSERIDOS NO PLANO DE GESTÃO DO CONHECIMENTO: ACERVO REBRATS, FORTALECE, REBRATS, QUALIREBRATS, REBRATS NA PRÁTICA E TRILHAS.

**14**

NOVOS NÚCLEOS DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE (NATS) INCORPORADOS, TOTALIZANDO 127.

**8**

WEBNÁRIOS WEBREBRATS:

 [HTTPS://WWW.YOUTUBE.COM/PLAYLIST?LIST=PL3CI-B8-YT2IKLY4CPOM-VUB9N1GCC2KV5WG](https://www.youtube.com/playlist?list=PL3CI-B8-YT2IKLY4CPOM-VUB9N1GCC2KV5WG)

**19**

EDIÇÕES DO PODCAST CANAL REBRATS E DO INFORME REBRATS:

 [HTTPS://OPEN.SPOTIFY.COM/SHOW/2FAUFMJRY5F2J-ZRE3ILZYU?SI=V3LB-Q6XXR2EV9L7EAHLXPQ](https://open.spotify.com/show/2FAUFMJRY5F2J-ZRE3ILZYU?si=v3LB-Q6XXR2EV9L7EAHLXPQ)



V CONGRESSO REBRATS:

– MAIS DE 1.000 CONGRESSISTAS
– 6 CURSOS PARA 230 PROFISSIONAIS
– 10 TRABALHOS PREMIADOS DOS 229 TRABALHOS SUBMETIDOS

**R\$ 2,9
milhões**

DESTINADOS AO DESENVOLVIMENTO DE MÉTODOS INOVADORES EM ATS E ESTUDOS PARA DOENÇAS ULTRARRARAS, POR MEIO DE FOMENTO COM A CHAMADA CNPQ/DGITS/SECTICS/MS N.º 35/2024

Atividades de Capacitação e Eventos

ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ATS E DIRETRIZES CLÍNICO-ASSISTENCIAIS

Livre demanda:

- > Projeto ATS: 10 cursos nas mais diversas áreas da ATS, do básico ao avançado.
- > Avaliações econômicas e impacto orçamentário.
- > Introdutório em ATS.
- > Sistema GRADE.
- > Desenvolvimento de diretrizes clínico-assistenciais.

Com tutoria:

- > Reciclagem para atualização de ferramentas e conceitos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS).
- > Ferramentas para avaliação do risco de viés.
- > Epidemiologia.
- > Bioestatística.
- > Elaboração de parecer técnico-científico.
- > Interpretação e análise crítica de estudos sobre medicamentos e procedimentos oncológicos.
- > Microdados do Data.

Pós-Graduações:

- > Mestrado em Políticas Públicas em Saúde (MPPS).
- > Avaliação de Tecnologias em Saúde (MBA).

DIRETRIZES METODOLÓGICAS

- > Atualização das diretrizes de Avaliação de Impacto Orçamentário, Estudo de Avaliação Econômica e Sistema GRADE.
- > Elaboração de diretrizes sobre Utilidade, Meta-análise em Rede e Notas Técnicas de Revisão Rápida.

EVENTOS

- > V Congresso da Rebrats.
- > XI Fórum Brasileiro sobre Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia (FAFF).
- > WebRebrats com edições mensais.

Projetos formalizados no âmbito da Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde em 2024

O investimento de cerca de R\$ 21 milhões foi destinado a viabilizar projetos, em parceria com instituições como a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG/CCATS), o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Universidade Federal da Bahia (UFBA) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS). Entre as iniciativas, destacam-se três Termos de Execução Descentralizada (TED), voltados para avaliações econômicas em saúde e o aprimoramento da gestão de tecnologias no SUS. Esses projetos incluem pesquisas, um curso de especialização e o fortalecimento das ações de gestão para incorporação de tecnologias seguras e eficientes.

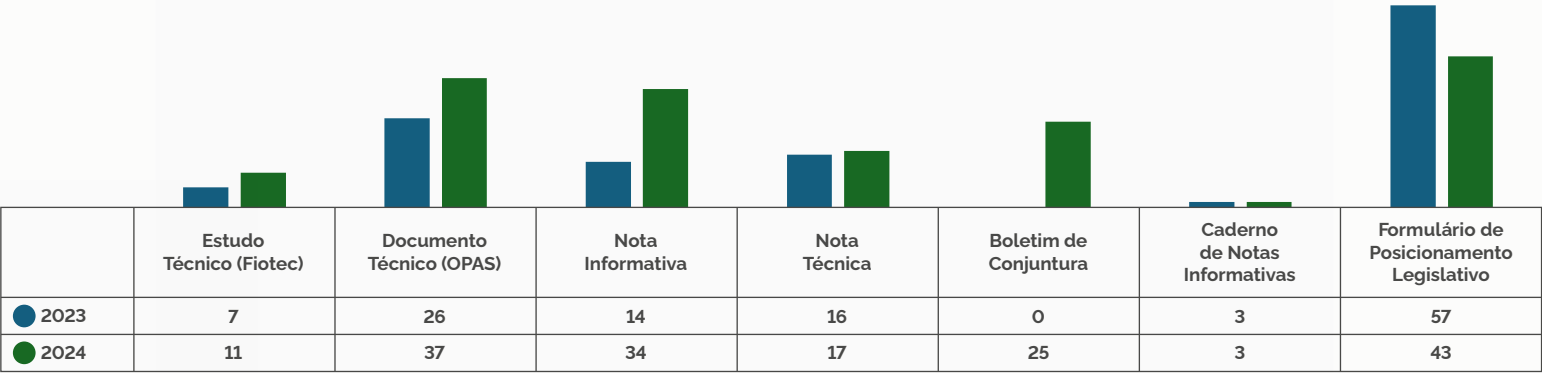
Além disso, foram formalizadas quatro cartas-acordo no âmbito do 133º Termo de Cooperação (TC) com a Opas, totalizando 15 cartas-acordo vigentes. Em 2024, foi paga a segunda parcela do 2º Termo de Ajuste do TC 133, assegurando a continuidade das ações previstas.

2.4.4 Economia e Desenvolvimento em Saúde

Estudos na área de Economia e Desenvolvimento em Saúde

Uma das competências da área da Economia e Desenvolvimento em Saúde consiste na promoção de estudos relativos à macroeconomia do setor de saúde, à conjuntura político-econômica e seus impactos no setor, a levantamentos da participação do setor da saúde no Produto Interno Bruto (PIB) e dos benefícios da oferta de assistência em saúde para a economia do País. Em 2024, o MS produziu 170 estudos, entre os quais se destacam:

Gráfico 91 – Estudos realizados – 2024



Fonte: Desid/Sectics/MS.

A ampliação do número de estudos de 123, em 2023, para 170, em 2024, é decorrente, principalmente, da criação de uma unidade organizacional específica para essa finalidade, bem como das ações para a sua estruturação, seja por meio da gestão de pessoas, dos processos e sistemas de informação no

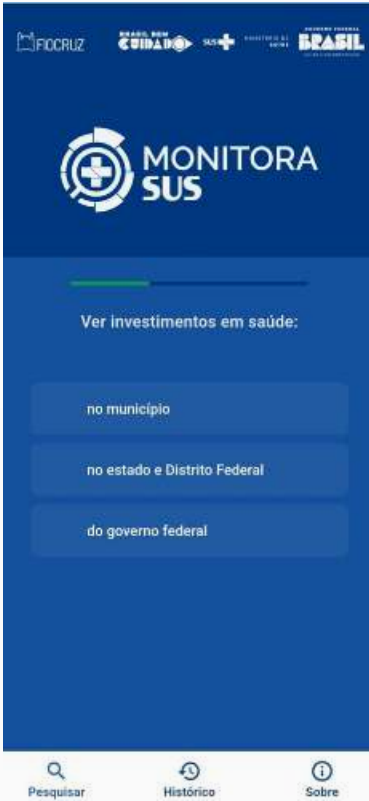
decorrer o exercício de 2024. Essas iniciativas de organização interna e de aprimoramento das capacidades técnicas permitiram um aumento substancial na quantidade de estudos realizados. Os estudos realizados visam contribuir para o papel protagonista da saúde em agendas estratégicas como as do Novo Arcabouço

Fiscal e da Reforma Tributária do Consumo. No primeiro caso, foi garantido, no novo regime fiscal, o retorno do mínimo constitucional para a saúde, 15% da Receita Corrente Líquida com Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS). No que tange à Reforma Tributária, destacam-se os ganhos sociais e econômicos, marcadamente na área de saúde, com isenção total para as compras públicas.

Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

Apostando em tecnologias inovadoras, foi lançado o aplicativo MonitoraSUS com o objetivo de traduzir os dados contábeis e as demais informações da Administração Pública contidos no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). Em uma linguagem simples e acessível para qualquer cidadão, é apresentado quando, quanto e de que forma os recursos destinados à saúde são empregados no Brasil.

<https://monitorasus.fiocruz.br/>

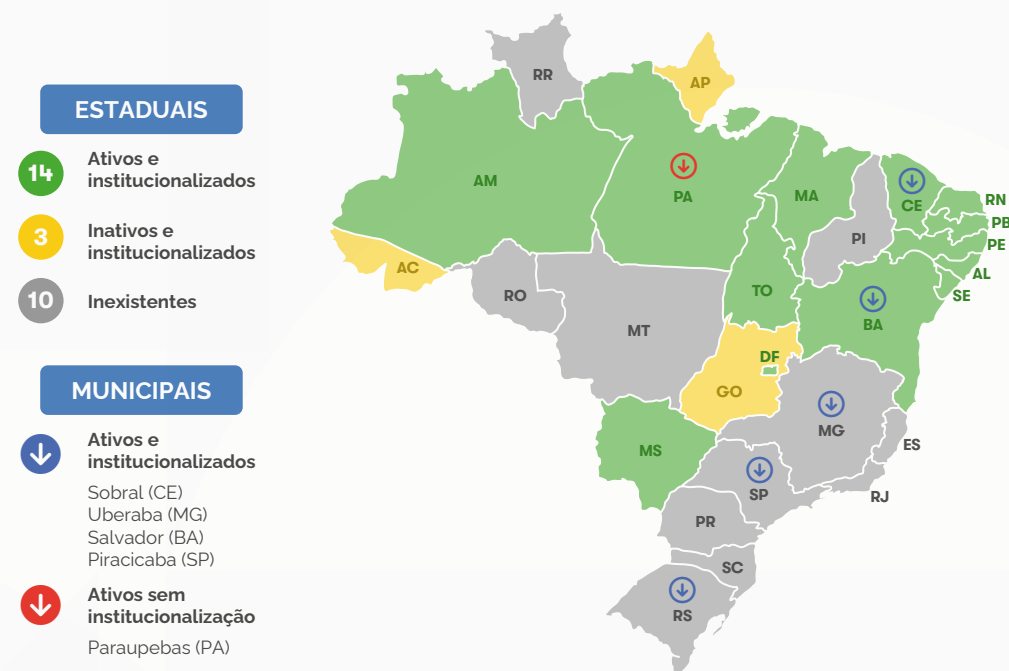


Fortalecimento dos Núcleos de Economia da Saúde (NES)

Os NES são estruturas descentralizadas de articulação e de apoio à governança com foco na eficiência, na equidade e na qualidade das ações e dos serviços públicos de saúde. Assim, formam-se centros de gestão estratégica por

meio do uso dos sistemas de informações em economia da saúde e da realização de estudos econômicos para subsidiar a tomada de decisão. Em 2024, houve a implantação de cinco novos NES, sendo três nas Secretarias Estaduais de Saúde do Tocantins, Maranhão e Sergipe, e dois nas Secretarias Municipais de Saúde de Salvador/BA e Piracicaba/SP.

Figura 44 – Distribuição e status de atividade dos NES no Brasil



Fonte: Desid/Sectics/MS.

O fortalecimento e a ampliação dos NES constituem-se como instrumento de articulação e de apoio à governança com foco na eficiência, na equidade e na qualidade das ações e dos serviços públicos de saúde. É necessário

transformá-los em centros de gestão estratégica a partir da ampliação do uso dos Sistemas de Informações em Economia da Saúde e da realização de estudos econômicos, ambos como subsídios para a tomada de decisão.

2.4.5 Assistência Farmacêutica

Em 2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf), parte integrante da Política Nacional de Saúde (PNS), aperfeiçoou o conceito de Assistência Farmacêutica (AF). A partir da Pnaf, a AF foi evidenciada como um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, diminuindo o foco anteriormente dado ao medicamento. A Pnaf explicita a necessidade da melhoria da gestão, a qualificação dos serviços, o acesso das pessoas aos medicamentos e a promoção do seu uso racional como os principais eixos estratégicos para a melhoria da qualidade de vida da população.

É notório que a gestão da AF é um dos maiores desafios de governo na área da saúde, devido ao seu alto custo e grau de complexidade, que envolve aspectos assistenciais, técnicos, logísticos, tecnológicos, culturais, políticos, econômicos e sociais, bem como a baixa qualificação dos serviços farmacêuticos, falhas nos componentes constitutivos da AF, aumento crescente da demanda de medicamentos pela população e escassez dos recursos públicos.

O financiamento da AF é realizado pelas três esferas de governo. No âmbito federal, figuram entre as principais ações para a garantia do acesso e da qualificação da AF: a aquisição centralizada de medicamentos e insumos estratégicos por meio dos componentes básico, estratégico e especializado da AF; a ampliação do acesso da população a medicamentos e

correlatos do elenco do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB); as ações da Política e o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF); e o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (Qualifar-SUS), que se estrutura em eixos estratégicos para atender demandas desta área, que envolvem o cuidado, a estruturação de serviços, a educação e a informação.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Cbaf) garante o custeio e a distribuição de medicamentos e insumos essenciais destinados aos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica. O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf) destina-se à garantia do acesso seguro e racional aos medicamentos para o controle de doenças e agravos específicos com potencial impacto endêmico e relacionados a situações de vulnerabilidade social. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) é uma estratégia caracterizada pela busca da garantia da integralidade do tratamento e, de modo geral, abriga medicamentos indicados para doenças mais complexas, e aqueles usados em casos de refratariedade ou intolerância à primeira e/ou à segunda linha de tratamento, estando as linhas de cuidado definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Destacam-se também, para garantir a sustentabilidade e o permanente fortalecimento da AF no Brasil, o apoio ao aperfeiçoamento e o fortalecimento da saúde digital.

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Renome



A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) é o instrumento orientador das ações de planejamento, da seleção de medicamentos e da organização da AF no SUS. Lista os medicamentos disponibilizados por meio de políticas públicas e indicadores para o tratamento das doenças e dos agravos que acometem a população brasileira. Apresenta as responsabilidades de financiamento da AF entre os entes (União, estado, Distrito Federal e municípios), proporcionando transparência nas informações sobre o acesso aos medicamentos do SUS. É atualizada a cada dois anos e torna-se

um grande desafio para os gestores do SUS diante da complexidade das necessidades de saúde da população, da velocidade da incorporação tecnológica e dos diferentes modelos de organização e financiamento do sistema de saúde. Em 2024, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) pactuou a incorporação de 76 tecnologias, a exclusão de 9 itens e ampliação de uso para outros 9 itens.

2024



A COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (CIT)

PACTUOU A INCORPORAÇÃO DE

76 TECNOLOGIAS,

A EXCLUSÃO DE

9 ITENS

E AMPLIAÇÃO DE USO PARA OUTROS

9 ITENS

Programas da Assistência Farmacêutica

Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB)

Em junho de 2023, o governo federal retomou o PFPB, com o anúncio de diversas ações para a expansão da oferta de medicamentos gratuitos e o credenciamento de novas unidades em municípios de maior vulnerabilidade. Em uma ação inédita, todos os beneficiários do Bolsa Família, cerca de 55 milhões, passaram a ter acesso a todos os 39 medicamentos e fraldas geriátricas disponíveis no programa de forma totalmente gratuita.

Em 17 de janeiro de 2024, o MS iniciou a distribuição gratuita de absorventes higiênicos por meio das farmácias credenciadas ao programa. Essa iniciativa faz parte do Programa Dignidade Menstrual e visa beneficiar pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade social extrema ou que têm baixa renda.

Em julho de 2024, o Farmácia Popular comemorou 20 anos de existência. Como parte das comemorações e da retomada do programa, passou-se a oferecer 95% do elenco de medicamentos gratuitamente para toda a população.

Além dos medicamentos para o tratamento de diabetes, hipertensão, asma, osteoporose e anticoncepcionais, os medicamentos indicados para o tratamento da dislipidemia (colesterol alto), doença de Parkinson, glaucoma e rinite também passaram a ser gratuitos. O programa também oferece medicamento de forma subsidiada para diabetes mellitus associada a doença cardiovascular e fraldas geriátricas. Nesses casos, o MS paga parte do valor dos medicamentos (até 90% do valor de referência tabelado) e o cidadão paga o restante, de acordo com o valor praticado pela farmácia. Ao todo, o Farmácia Popular contempla 12 indicações.

Atualmente, existem 31.170 farmácias credenciadas ao PFPB, distribuídas em 4.812 municípios (86,4%). O programa já apresenta o melhor resultado em 20 anos de existência, com 24,7 milhões de brasileiros que tiveram acesso a medicamentos gratuitos ou com preço subsidiado no ano de 2024.

Tabela 77 – Usuários atendidos, unidades distribuídas e valores executados pelo Programa Farmácia Popular do Brasil – 2020 a 2024

Descrição	2020	2021	2022	2023	2024
Usuários atendidos	20.102.014	20.102.823	20.746.950	21.909.425	24.761.107
Unidades dispensadas	14.329.895.834	14.329.600.948	14.068.340.207	14.948.112.554	16.337.158.790
VALOR EXECUTADO (R\$)	2.597.045.190,00	2.529.311.313,00	2.714.303.271,00	2.975.477.870,00	3.634.887.086,00

Fonte: DAF/Sectics/MS.

A ampliação do programa nos territórios ficou estagnada desde 2014, sendo urgente a sua ampliação nas regiões que acompanham as prioridades do SUS para garantia do acesso nos municípios que atendem ao Programa Mais Médicos e outros programas governamentais, a fim de garantir a capilaridade do acesso e a redução das disparidades regionais. Assim, nos próximos anos, o programa buscará o equilíbrio no credenciamento de farmácias entre as regiões do País, reduzindo os vazios assistenciais e diminuindo a concentração da oferta do programa nos grandes centros urbanos, buscando atingir, até 2027, a ampliação do credenciamento em cerca de 50% das farmácias existentes em cada unidade da Federação.

Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (Qualifar-SUS)

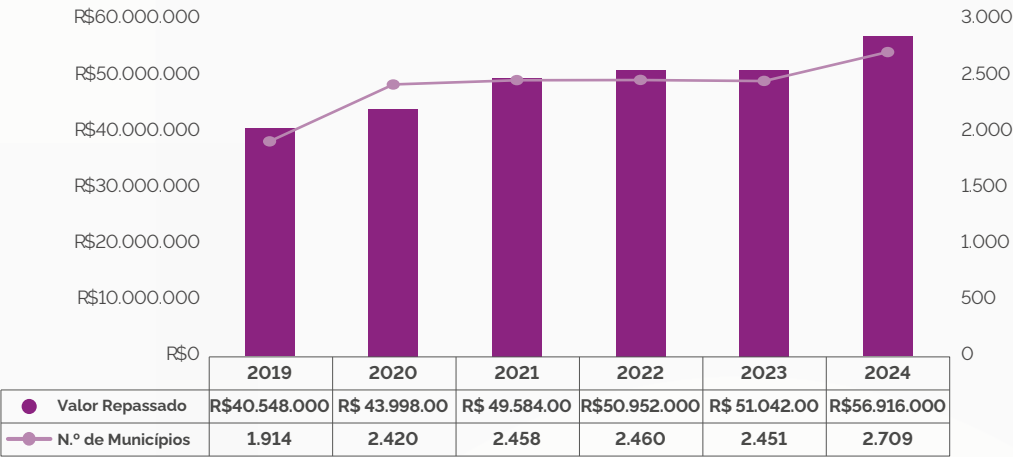
Instituído em 2012, o Programa Qualifar-SUS é organizado em quatro eixos – Estrutura, Educação, Informação e Cuidado – e tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da AF nas ações e nos serviços de saúde, visando uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada.

As ações prioritárias pactuadas de forma tripartite relativas ao Eixo Estrutura do Qualifar-SUS destinam, aos municípios habilitados, recursos financeiros para a estruturação de manutenção, no ano de habilitação, dos serviços e das atividades da AF na Atenção Primária à Saúde, considerando a área física, os equipamentos, os mobiliários e os recursos humanos.

Em 2024, foram habilitados 511 novos municípios no eixo estrutura, tornando o Programa presente em 4.369 municípios, ou seja, 78% dos municípios brasileiros. A meta prevista até 2027 é habilitar 100% dos municípios brasileiros, garantindo a inclusão de todos ao Programa. Ressalta-se que, até 2019, havia 3.508 municípios habilitados ao eixo estrutura e somente em 2023 foram retomadas as novas habilitações, alcançando, no referido ano, 350 novos municípios.

O monitoramento trimestral, com o registro da posição de estoque, entradas, saídas e dispensações de medicamentos, garante o repasse de manutenção. De 2019 a 2024, o total de recursos transferidos aos municípios habilitados ultrapassou R\$ 293 milhões, conforme demonstrado no gráfico a seguir.

Gráfico 92 – Repasse de recursos de manutenção trimestral para municípios habilitados ao eixo estrutura do Qualifar-SUS – 2019 a 2024



Fonte: DAF/Sectics/MS.

Plantas Medicinais e Fitoterápicos

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) foi instituída por meio do Decreto n.º 5.813, de 22 de junho de 2006, a qual se constitui parte essencial das políticas públicas de saúde, meio ambiente, desenvolvimento econômico e social como um dos elementos fundamentais de transversalidade na implementação de ações capazes de promover melhorias na qualidade de vida da população brasileira.

A Política e o Programa nacionais têm o principal objetivo de garantir o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos à população brasileira, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional. Destaca-se que a definição, em 2012, de ação

específica (ação 20K5 – “Apoio ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos”) consolidou e ampliou a atuação do MS no âmbito do PNPMF. Ao todo, foram investidos mais de R\$ 65 milhões de 2020 a 2024 nesta temática. Destaca-se a aprovação de um aumento considerável no orçamento destinado às ações da PNPMF. Em 2024, o orçamento envolveu mais de R\$ 37 milhões.

Outra grande conquista de 2024 foi a instituição do Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, por meio de Decreto n.º 12.026, de 21 de maio. A iniciativa teve como objetivo retomar o monitoramento e avaliar a implementação da PNPMF no SUS. Com a retomada desse Comitê, o MS passa a garantir novamente o amplo diálogo entre governo e sociedade civil no desenvolvimento da gestão conjunta, que é característica de avanços democráticos, ampliando a participação social.

Destacam-se, ainda, iniciativas que visem auxiliar a tomada de decisão de gestores e técnicos da área da saúde e, principalmente, a prática clínica e assistencial de profissionais de saúde, como a elaboração de documentos técnicos e a produção de monografias a partir de estudos orientados para espécies constantes na Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (ReniSUS). Até dezembro de 2024, 26 monografias de espécies da ReniSUS foram publicadas, 2 delas no último ano; 7 monografias foram encaminhadas para normalização na editora; e 29 monografias estão sendo finalizadas.

Outra forma de financiamento da AF em plantas medicinais e fitoterápicos adotada pelo MS é realizada por meio da publicação de editais de chamamento público para apoio à cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos. Neste contexto, entre os anos de 2020 e 2024, foram apoiados 35 projetos para estruturação da Assistência Farmacêutica em plantas medicinais e fitoterápicos.

Tabela 78 – Dados referentes às chamadas públicas – 2020 a 2024

Documento (chamada pública)	NUP	Portaria	N.º de projetos	Recurso (R\$)
SCTIE/MS n.º 2/2020	25000.142369/2020-71	n.º 3.591/2020	10	7.900.000,00
SCTIE/MS n.º 1/2021	25000.145969/2021-72	n.º 3.784/2021	7	5.300.000,00
SCTIE/MS n.º 3/2022	25000.092954/2022-85	n.º 4.408/2022	6	4.871.494,00
Sectics/MS n.º 4/2023	25000.079163/2023-41	n.º 1.672/2023	6	5.500.000,00
Sectics/MS n.º 3/2024	25000.191776/2023-55	n.º 4.388/2024	6	5.500.000,00
TOTAL			35	29.071.494,00

Fonte: DAF/Sectics/MS.

De forma inovadora, em 2024, o MS investiu mais de R\$ 30 milhões no desenvolvimento de ações descentralizadas no âmbito da PNPMF. Por meio da Portaria GM/MS n.º 5.619, de 25 de outubro de 2024, que instituiu o incremento financeiro federal destinado ao desenvolvimento de ações locais em plantas medicinais e fitoterápicos, foram contemplados e habilitados

1.304 municípios. Sendo assim, em 2024, o MS apoiou um total de 1.309 entes (6 referentes à estruturação da Assistência Farmacêutica em plantas medicinais e fitoterápicos e 1.304 referentes ao incremento financeiro, e uma Secretaria de Saúde foi contemplada com as duas portarias).

Essa nova estratégia foi pactuada na CIT, complementando os editais regulares de Farmácias Vivas. Em 2023, por exemplo, o orçamento contemplava exclusivamente apoio a 6 projetos de implementação e estruturação de farmácias vivas, com recursos de R\$ 700 mil e R\$ 1 milhão por secretaria selecionada e com um prazo de execução de três anos, podendo ser prorrogado por igual período.

Tabela 79 – Dados referentes aos entes apoiados pelo Ministério da Saúde – 2020 a 2024

Ano	Entes apoiados	Valor (R\$)
2020	10	7.900.000,00
2021	7	5.300.000,00
2022	6	4.871.494,00
2023	6	5.499.999,99
2024	1.309	35.502.389,00

Fonte: DAF/Secits/MS.

Acesso a medicamentos e insumos estratégicos da Assistência Farmacêutica

Compras centralizadas de medicamentos e insumos estratégicos

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 nos Anexos I e IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) vigente.

Em 2024, foram distribuídas mais de 537 milhões de unidades de medicamentos e insumos para atendimento ao Cbaf, com investimento de quase R\$ 1 bilhão, ampliando o acesso a medicamentos essenciais. Do elenco de medicamentos desse componente, o MS adquiriu, de forma centralizada, 23.680.001 unidades de contraceptivos injetáveis (trimestral e mensal), pílula combinada, minipílula, pílula de emergência, dispositivo intrauterino (DIU) e misoprostol; 55.679.333 unidades de medicamentos e insumos para o tratamento do diabetes mellitus, entre eles frascos de insulina humana NPH (protamina neutra de Hagedorn), canetas de insulina humana NPH, frascos de insulina humana regular e canetas

de insulina humana regular; e 28.054 unidades de clindamicina 300 mg para o tratamento de hidradenite supurativa moderada. Além disso, para o Programa Calamidade Pública, foram adquiridas 6.033.360 unidades de medicamentos e insumos para compor os kits, contendo 32 medicamentos e 16 insumos.

Comparativamente a 2023, houve redução na quantidade de unidades adquiridas em 2024 para insulinas, agulhas e contraceptivos destinados à saúde da mulher. Essa redução ocorreu devido à não aquisição de agulhas para insulina, uma vez que o estoque e o atendimento na Rede SUS foram mantidos com base nos contratos firmados em 2023. Além disso, uma nova Ata de Registro de Preços (n.º 136/2024) foi estabelecida em 11 de dezembro de 2024, garantindo a pronta contratação desse insumo para o próximo ano. Ainda assim, o MS assegurou a oferta de uma ampla variedade de métodos contraceptivos, em conformidade com os princípios da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (Pnaism).

Até dezembro de 2024, foram adquiridos 41 dos 47 medicamentos e insumos estratégicos previstos no âmbito do Cbaf, atingindo 87,23% da meta. Justifica-se que alguns itens não foram adquiridos por questões específicas, tais como medicamentos existentes no estoque e fracasso em licitações.

Apesar dos desafios, o MS conseguiu garantir a maior parte dos medicamentos e insumos planejados para 2024 e atendeu a muitas emergências. Em 2024, o Ministério enviou um número recorde de 292 kits de calamidade, que corresponde a 6.033.360 medicamentos e insumos, para regiões brasileiras acometidas por desastres naturais e cooperação humanitária internacional.

Devido às chuvas intensas que causaram alagamentos e vendavais devastadores, o estado do Rio Grande do Sul enfrentou uma situação crítica em 2024. Em resposta, o MS, enviou 135 kits de calamidade, antecipou a entrega de medicamentos da saúde da mulher e insulinas, além de três tipos de medicamentos hospitalares. Também foram enviadas pautas extras de insulina e anticoncepcionais para a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Foram enviados ao estado aproximadamente 11 milhões de unidades de medicamentos e insumos.

É importante destacar que, atendendo a uma demanda da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), foram incorporados dois contraceptivos injetáveis de aplicação mensal para aquisição centralizada: acetato de medroxiprogesterona + cipionato de estradiol (25 mg + 5 mg) e algestona acetofenida + enantato de estradiol (150 mg + 10 mg) para mulheres em idade fértil. O acetato de medroxiprogesterona + cipionato de estradiol (25 mg + 5 mg) está sendo fornecido desde 2023, enquanto o contrato para fornecimento de algestona acetofenida + enantato de estradiol (150 mg + 10 mg) foi firmado em março de 2024.

Tabela 80 – Aquisições centralizadas de medicamentos e insumos destinados aos programas do Cbaf – 2019 a 2024

Especificação/Ano	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Unidades adquiridas para o Programa Saúde da Mulher	30.942.942	38.312.156	32.095.944	19.285.748	28.557.421	23.680.001
Unidades adquiridas para insulínod dependentes (insulinas humanas e agulhas)	204.013.147	166.125.064	161.743.154	832.154.188	540.687.217	55.679.333
Unidades adquiridas para o Programa Calamidade Pública	817.400	942.090	1.272.450	4.163.866	1.348.872	6.033.360
Unidades adquiridas para tratamento de hidradenite supurativa moderada	-	-	-	-	34.318	28.054
Unidades totais adquiridas	235.773.489	205.379.310	195.111.548	855.603.802	570.627.828	85.420.748
Valor investido com transporte de medicamentos (R\$ 1,00)	500.000,00	728.958,21	1.014.059,48	271.055,09	651.089,42	2.093.484,01
VALORES TOTAIS INVESTIDOS	462.124.212,87	620.270.189,33	627.105.249,85	782.787.859,90	804.480.424,67	928.659.206,66

Fonte: DAF/Secitcs/MS. Aquisições firmadas até 31 de dezembro de 2024.

Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf)

O Cesaf contempla 77 fármacos em 108 medicamentos e insumos em seu elenco, para o tratamento de doenças e agravos de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem

populações vulneráveis. Atende 27 programas estratégicos de saúde do SUS, quais sejam: cólera, controle do tabagismo, coqueluche, doença de Chagas, doença do enxerto contra hospedeiro, esquistossomose, febre maculosa, filariose, geo-helmintíases, hanseníase, influenza, leishmanioses, lúpus, malária, meningites,

micoses endêmicas, mieloma múltiplo, raiva humana, sífilis, tracoma, tuberculose, toxicologia, toxoplasmose, brucelose, covid-19, alimentação e nutrição, e para saúde da criança.

Em 2024, foi adquirido um total de 249.192.452 unidades farmacêuticas, o que correspondeu a um valor investido de mais de R\$ 766 milhões.

Tabela 81 – Unidades farmacêuticas e insumos adquiridos pelo Cesaf – 2019 a 2024

Denominação	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Unidades de medicamentos	182.855.059	200.181.565	136.643.661	151.482.452	206.786.682	181.397.020
Unidades de insumos	57.713.740	58.000.000	45.000.336	21.669.664	47.010.000	67.795.432
Total de unidades	240.568.799	258.181.565	181.643.997	173.152.116	253.796.682	249.192.452
VALORES INVESTIDOS (R\$)	303.999.991	304.813.334	349.999.418	486.499.654	698.499.622,17	766.472.838,32

Fonte: DAF/Sectics/MS.

Dos 74 fármacos do Cesaf previstos para aquisição centralizada pelo MS, foram adquiridos 64. Ressalte-se que os demais medicamentos adquiridos em 2023 proporcionaram a cobertura para 2024, tornando sua aquisição necessária apenas em 2025.

Quadro 25 – Incorporações e ampliações no âmbito do Cesaf – 2024

Ação	Objetivo	Resultado	Investimento (R\$)
Incorporação do medicamento pretomanida 200 mg para tratamento da tuberculose.	Possibilitar a utilização de uma tecnologia moderna no tratamento da tuberculose.	Novo medicamento distribuído incorporado no SUS em centros de referência (184.132 comprimidos).	1.512.522,99
Aquisição e distribuição do medicamento succinato de tafenoquina 150 mg e teste G6PD.	Disponibilizar no SUS uma tecnologia que vai melhorar adesão, diminuir recaídas e contribuir no plano de erradicação da malária.	Distribuição de 64.108 comprimidos na rede do SUS.	837.594,71
Aquisição e distribuição de monitor portátil, digital, sangue capilar, quantitativo de hemoglobina total e atividade G6PD, até 30 g/dL e até 20 U/g Hb, até 2 min.	Disponibilizar em conjunto com o tratamento do succinato de tafenoquina 150 mg.	Distribuição de 1.120 unidades do monitor na rede.	1.617.840,00
Aquisição e distribuição de kit com teste de diagnóstico quantitativo de hemoglobina total e G6PD – 25 testes.	Disponibilizar em conjunto com o tratamento do succinato de tafenoquina 150 mg.	Distribuição de 3.448 kits na rede.	1.396.440,00
Distribuição dos medicamentos incorporados anidulafungina, voriconazol e isavuconazol para tratamento de micoses endêmicas.	Propiciar o tratamento adequado em pacientes com candidemia e outras formas de candidíase invasiva, aspergilose invasiva e pacientes diagnosticados em todas as formas de mucormicose.	Distribuição de 9.041 frascos de anidulafungina, 19.166 cápsulas de isavuconazônio 100 mg, 105 frascos de isavuconazônio 200 mg, 8.031 frascos de voriconazol 200 mg e 59.234 comprimidos de voriconazol 200 mg.	36.600.000,00

Fonte: DAF/Sectics/MS. Disponibilidade de medicamentos e insumos com responsabilidade de financiamento pactuada pelo Cesaf.

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf)

O Ceaf, conforme Portarias de Consolidação GM/MS n.º 2, de 17 de setembro de 2017, e n.º 6, de 6 de outubro de 2017, é uma estratégia consolidada para o acesso a medicamentos no SUS, caracterizado pela busca da integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial, para as situações clínicas nas diferentes linhas de cuidado contempladas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo MS.

Atualmente, o Ceaf possui um elenco de 173 fármacos pactuados em 325 apresentações farmacêuticas, com uma abrangência de 105 condições clínicas previstas nos PCDT das diferentes linhas de cuidado. Desse total, considerando as pactuações realizadas na CIT em 2024, 91 fármacos, em 157 apresentações, são de responsabilidade de aquisição centralizada do MS.

No elenco, são contempladas 55 doenças raras, para as quais são disponibilizados 92 fármacos em 161 apresentações farmacêuticas, dos quais 57 fármacos, em 100 apresentações farmacêuticas, são utilizados exclusivamente para o tratamento das doenças raras. Fazem parte somente do Grupo 1A 43 fármacos em 69 apresentações, sendo utilizados exclusivamente para o tratamento de 27 doenças raras.

Tabela 82 – Número de pacientes atendidos no Ceaf – 2022 a 2024

Denominação	2022	2023	2024
Número de usuários(as) atendidos(as) no Ceaf	3.022.635	3.805.899	4.373.804

Fonte: DAF/Secetics/MS.

Para garantir o tratamento medicamentoso referente às condições clínicas definidas em PCDT, em 2024, foi empenhado o valor de R\$ 10.350.945.189,19 para a aquisição de 897.523.593 unidades farmacêuticas no Grupo 1A.

Tabela 83 – Unidades farmacêuticas e insumos estratégicos empenhados pelo Ceaf no Grupo 1A – 2022 a 2024

Denominação	2022	2023	2024
Total de unidades empenhadas	651.895.053	892.223.407	897.523.593
VALOR EMPENHADO (R\$)*	6.682.107.233,71	10.598.849.550,61	10.350.945.189,19

Fonte: DAF/Secetics/MS.
*Os valores não incluem o gasto com ações judiciais e logística.

Destaca-se que, em maio de 2024, foi enviado, em caráter de urgência, um quantitativo adicional referente ao consumo mensal dos medicamentos do Grupo 1A do Ceaf, que estavam em estoque no almoxarifado do Ministério da Saúde, para o Rio Grande do Sul. Foram enviadas 1.941.690 unidades de medicamentos, no valor total de R\$ 31.145.791,81. Além disso, as regras de execução do Ceaf no estado foram flexibilizadas por um

período de até três meses. Essa flexibilização teve início com a vigência do Decreto Legislativo resultante do Projeto de Lei n.º 236/2024, que declarou estado de calamidade pública no estado.

No período de 2022 a 2024, foram incorporadas ao elenco do Ceaf, ou tiveram ampliações de uso, os seguintes medicamentos:

Quadro 26 – Incorporações e ampliações de uso Ceaf – 2022 a 2024

2022	2023	2024
- Risdiplam 0,75 mg/mL pó para solução oral (frasco 80 mL) - Colistimetato sódico 1.000.000 UI (80 mg) pó para solução para infusão ou inalatória - Colistimetato de sódio 2.000.000 UI (160 mg) pó para solução para infusão ou inalatória - Sevelâmer 800 mg (por comprimido) - Paricalcitol 5,0 mcg/mL solução injetável (ampola com 1 mL) - Alfacerliponase 30 mg/mL solução para infusão - Cinacalcete 30 mg (por comprimido) - Cinacalcete 60 mg (por comprimido) - Micofenolato de mofetila 500 mg (por comprimido) - Alfaepoetina 10.000 UI injetável (por frasco-ampola) - Sildenafil 20 mg (por comprimido) - Bosentana 62,5 mg (por comprimido revestido) - Bosentana 125 mg (por comprimido revestido) - Teriparatida 250 mcg/mL solução injetável - Triptorrelina 22,5 mg injetável (por frasco-ampola) - Eltrombopague olamina 25 mg (por comprimido) - Eltrombopague olamina 50 mg (por comprimido) - Ácido zoledrônico 0,05 mg/mL (por frasco de 100 mL) - Onasemnogeno abeparvoveque 2,0 x 10¹³ gv/mL suspensão para infusão - Dapagliflozina 10 mg (por comprimido) - Ciclosporina 25 mg (por cápsula) - Ciclosporina 50 mg (por cápsula) - Ciclosporina 100 mg (por cápsula) - Ciclosporina 100 mg/mL solução oral (por frasco de 50 mL)	- Dapagliflozina 10 mg (por comprimido) - Mesalazina 2 g grânulos de liberação prolongada (por sachê) - Romosozumabe 90 mg/mL solução injetável (por seringa preenchida de 1,17 mL) - Alfagalsidase 1 mg/mL (frasco-ampola de 3,5 mL) - Elexacaftor 100 mg/tezacaftor 50 mg/ivacaftor 75 mg + ivacaftor 150 mg (por comprimido revestido) - Elexacaftor 50 mg/tezacaftor 25mg/ivacaftor 37,5 mg + ivacaftor 75 mg (por comprimido revestido) - Omalizumabe 150 mg solução injetável	- Alfaepoetina 1.000 UI injetável (por frasco-ampola) - Alfaepoetina 2.000 UI injetável (por frasco-ampola) - Alfaepoetina 3.000 UI injetável (por frasco-ampola) - Alfaepoetina 4.000 UI injetável (por frasco-ampola) - Alfaepoetina 10.000 UI injetável (por frasco-ampola) - Beta-agalsidase 35 mg pó liofilizado para solução injetável - Cladribina 10 mg (comprimido) - Hidroxiureia 100 mg (por comprimido revestido) - Hidroxiureia 500 mg (por cápsula) - Mepolizumabe 40 mg/0,4 mL solução injetável - Mepolizumabe 100 mg/mL solução injetável - Pamoato de pasireotida 40 mg pó para suspensão injetável - Pamoato de pasireotida 60 mg pó para suspensão injetável - Ravulizumabe 100 mg/mL solução para diluição para infusão - Rituximabe 10 mg/mL solução injetável (frasco com 50 mL) - Rivastigmina 1,5 mg (por cápsula) - Rivastigmina 3 mg (por cápsula) - Rivastigmina 4,5 mg (por cápsula) - Rivastigmina 6 mg (por cápsula) - Rivastigmina 9 mg adesivo transdérmico - Rivastigmina 18 mg adesivo transdérmico - Romosozumabe 90 mg/mL solução injetável (por seringa preenchida de 1,17 mL) - Tafamidis 61 mg cápsula mole - Ustequinumabe 130 mg solução injetável - Ustequinumabe 45 mg/0,5 mL solução injetável

Fonte: DAF/Secetics/MS.
Nota: em 2024, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Sistema Único de Saúde (Conitec) deliberou a recomendação favorável pela exclusão do medicamento das linhas de cuidado de osteoporose, considerando a terapia não custo-efetiva nos cenários apresentados no âmbito do SUS. Tal decisão foi publicada por meio da Portaria Secetics/MS n.º 39, de 19 de setembro de 2024.

Uma das principais estratégias para ampliar o acesso a medicamentos e produtos estratégicos para o SUS é a implementação das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), em um processo que contempla quatro fases. Atualmente, são adquiridos 9 fármacos, em 13 apresentações, correspondentes à fase III da PDP. Na fase IV, são 14 fármacos, em 27 apresentações, correspondente à fase de finalização do processo de desenvolvimento, transferência e absorção da tecnologia da PDP em condições de produção do produto objeto de PDP e portabilidade tecnológica pela instituição pública.

Compras descentralizadas de medicamentos e insumos estratégicos

Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Cbaf)

O MS realiza repasses fundo a fundo, de forma regular e automática, para o financiamento do Cbaf, nos termos do artigo 537 da Portaria de Consolidação n.º 6, de 28 de setembro de 2017.

De forma histórica, em 2024, foi pactuado pela CIT o novo valor de financiamento do Cbaf. A publicação da Portaria GM/MS n.º 5.632, de 25 de outubro de 2024, altera os valores de financiamento do Cbaf de R\$ R\$5,85 a R\$6,05 para R\$7,20 a R\$8,05.

Além disso, cumpre destacar que foi mantido o repasse federal do Cbaf no valor nominal do ano de 2023 para os municípios que teriam diminuição na alocação do recurso financeiro, conforme população estimada pelo IBGE, Censo 2022. Assim, os 5.570 municípios brasileiros receberam o valor total de R\$ 1,5 bilhão para a aquisição de medicamentos e insumos para atender às necessidades da Atenção Primária à Saúde, conforme Portaria GM/MS n.º 5.634, de 25 de outubro de 2024.

Em março de 2024, foi feito o repasse financeiro na modalidade fundo a fundo, decorrente da atualização dos recursos destinados à aquisição descentralizada de medicamentos do Cbaf, após ter sido aprovado pela CIT o repasse incremental de R\$ 312 milhões para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em todo o território nacional.

Outro destaque é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp). Instituída pela Portaria Interministerial MS-MJ n.º 1, de 2 de janeiro de 2014, tem como objetivo garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS. Em atendimento à Portaria GM/MS n.º 4.771, de 3 de julho de 2024, que dispõe sobre o repasse dos recursos do Cbaf no âmbito da Pnaisp, para o exercício de 2024, foi repassado o valor total de R\$ 11,5 milhões na modalidade fundo a fundo.

Em 2024, o MS destinou quase R\$ 13 milhões em recurso para 312 municípios da Amazônia Legal sob decreto de emergência climática por estiagem, seca e incêndios florestais, a fim de

garantir a aquisição de medicamentos e insumos essenciais no âmbito do Cbaf, contribuindo para os serviços essenciais na área da saúde.

Ademais, em virtude do estado de calamidade e situação de emergência decretado no estado do Rio Grande do Sul, nos termos da Resolução n.º 700/2024 CIB/RS, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 6.376, de 28 de dezembro de 2024, com retificação publicada em 9 de janeiro de 2025, a qual dispõe sobre a transferência de recurso financeiro extraordinário, no valor total de R\$ 25 milhões, destinado ao auxílio financeiro emergencial de reposição de medicamentos e insumos no âmbito Cbaf para os 497 municípios do estado do Rio Grande do Sul.

Tabela 84 – Valor total repassado pelo Ministério da Saúde referente ao Cbaf (em R\$) – 2019 a 2024

Tipo de repasse	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Repasso aos estados e municípios para financiamento do Cbaf no âmbito da APS (20AE)	1.165.419.155	1.249.815.122	1.249.873.568	1.249.816.087	1.250.372.905	1.504.092.698
Repasso aos estados e municípios para financiamento do Cbaf no âmbito da Pnaisp (20AE)	12.561.262	12.970.506	11.686.747	11.723.236	11.501.309	11.539.074
Repasso aos estados e municípios para financiamento do Cbaf de forma incremental (20AE)	0,00	0,00	16.627.009	199.514.068	0,00	350.973.121*
Repasso de recursos financeiros para aquisição de medicamentos do Cbaf no âmbito da saúde mental (VC50)	0,00	649.833.473	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	1.177.980.417	1.912.619.100	1.278.187.324	1.461.053.390	1.261.874.215	1.866.604.894*

Fonte: DAF/Secitcs/MS.
*Valor considerando o pagamento do incremento de R\$ 312 milhões aprovado em CIT em 2023 e repassado em 2024; R\$ 12.976.073,86 – Extraordinário Amazônia Legal; e R\$ 25.067.639,48 – Extraordinário RS.

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf)

Os medicamentos do Grupo 1B e do Grupo 2 possuem execução descentralizada e de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal, de acordo com a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2/2017 e a legislação vigente, ocorrendo somente em estabelecimentos de saúde vinculados às unidades públicas designadas pelos gestores estaduais de saúde. O financiamento dos medicamentos do Grupo 1B é realizado mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, pelo armazenamento, pela distribuição e pela dispensação dos medicamentos. A tabela

a seguir corresponde ao repasse financeiro realizado aos estados e ao Distrito Federal referente ao Grupo 1B:

Tabela 85 – Repasse da União para os estados e o Distrito Federal referente ao Grupo 1B (em R\$) – 2022 a 2024

2022	2023	2024
470.148.742	849.319.093	1.322.673.975

Fonte: DAF/Secitcs/MS.

Informa-se que, para atendimento da situação de calamidade do Rio Grande do Sul, o MS realizou o repasse do incremento financeiro emergencial para o Fundo de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul no valor de R\$ 59,7 milhões, destinado ao custeio do reabastecimento de estoque geral e do estoque estratégico dos Grupos 1B e 2 do Ceaf, correspondente a três demandas mensais.

Cuidado Farmacêutico

Cuidado Farmacêutico é o modelo de prática profissional que se concretiza por meio de um conjunto de ações e serviços realizados pelo farmacêutico, de forma integrada às equipes de saúde, voltados ao usuário, à família e à comunidade, visando ao uso seguro e racional de medicamentos e aos melhores resultados em saúde, contribuindo, assim, para a melhoria da qualidade de vida da população.

A implementação do Cuidado Farmacêutico no SUS é um grande desafio no contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e nos componentes da Assistência Farmacêutica (AF), nos diferentes níveis de atenção à saúde, tendo em vista que requer um processo estruturado e metodológico a ser executado em condições adequadas para o registro das informações sobre a saúde da

pessoa que está sendo atendida. Tal processo deve ocorrer de forma integrada às outras políticas de saúde, nos diferentes níveis e pontos de atenção à saúde da rede. Além disso, devem-se considerar o dinamismo e a evolução dos seus dados clínicos, o que, por conseguinte, reforça a necessidade de integração dos dados, monitoramento e acompanhamento das pessoas, para que seja garantida a efetividade dos medicamentos em uso de forma segura e racional.

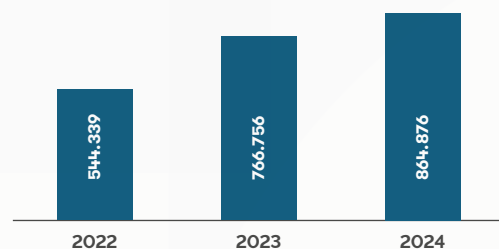
No ano de 2024, foram publicadas as Diretrizes Nacionais do Cuidado Farmacêutico no Sistema Único de Saúde, pelo MS, por meio da Portaria n.º 4.379, de 14 de junho de 2024, estabelecendo um marco para a AF e para o SUS.

Além disso, foram realizadas cinco oficinas estaduais para a implementação do Cuidado Farmacêutico nos seguintes estados: Bahia, Roraima, Espírito Santo, Paraíba e Pernambuco. As oficinas tiveram a participação de diversos profissionais que atuam na AF e foram realizadas com o objetivo de sensibilização de gestores e profissionais farmacêuticos sobre a importância do Cuidado Farmacêutico no SUS e de aproximar a estratégia nacional da realidade de cada local.

Ainda no intuito de construir e qualificar as ações e estratégias relacionadas a essa temática, foi desenvolvido um painel para o acompanhamento da produção de procedimentos constantes no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (Sigtap). Com a ferramenta, foi estabelecido um processo de monitoramento dos registros

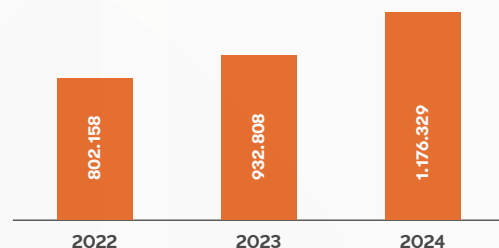
de procedimentos clínicos dos profissionais farmacêuticos, tendo como lócus da informação os estabelecimentos de saúde, a partir de todas as bases oficiais de produção: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS), Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) e Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), permitindo melhor avaliação e monitoramento dos indicadores de produção estabelecidos no PPA e PNS.

Gráfico 93 – Número de atendimentos clínicos realizados por profissional farmacêutico na Atenção Primária à Saúde – 2022 a 2024



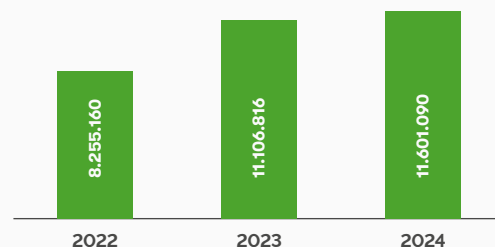
Fonte: DAF/Secitcs/MS.

Gráfico 94 – Número de atendimentos clínicos realizados por profissional farmacêutico na Atenção Hospitalar – 2022 a 2024



Fonte: DAF/Secitcs/MS.

Gráfico 95 – Número de atendimentos clínicos realizados por profissional farmacêutico na Atenção Ambulatorial Especializada – 2022 a 2024



Fonte: DAF/Secitcs/MS.

Observa-se um aumento na produção de atendimentos clínicos providos por farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde, na Hospitalar e Ambulatorial Especializada que pode ser associado às ações estratégicas de indução e sensibilização de gestores e profissionais de saúde sobre a importância da realização dos registros nos sistemas oficiais. Tais ações têm sido realizadas desde o final de 2023, evidenciando os resultados do esforço do MS para a qualificação da AF.

No intuito de qualificar ainda mais esses dados, de modo que reflitam a realidade dos serviços de Cuidado Farmacêutico no SUS, no ano de 2024 houve o desenvolvimento de indicadores nacionais da Assistência Farmacêutica em duas agendas estratégicas: uma contando com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas – Brasil); outra sendo a realização do I Encontro Nacional do Cuidado Farmacêutico: Indicadores e Diretrizes Nacionais, que contou com a contribuição e a participação de representantes

da academia, gestão federal, estadual e municipal, Conass, Conasems e controle social. Para o ano de 2025, está previsto o lançamento de indicadores nacionais que consigam refletir a realidade e subsidiem a tomada de decisão na gestão das políticas públicas voltadas para a Assistência Farmacêutica.

De forma complementar, o Ministério da Saúde deu continuidade à customização do módulo clínico para ser utilizado no e-SUS APS para os registros clínicos durante as consultas/atendimentos/acompanhamento prestados pelos farmacêuticos.

Ainda no que concerne ao Cuidado Farmacêutico, destacam-se algumas ações desenvolvidas, como o Projeto de Implementação do Cuidado Farmacêutico na Hanseníase e Tuberculose, em parceria com pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); e o desenvolvimento de materiais educativos digitais e impressos, que visam subsidiar e qualificar a dispensação de medicamentos em todos os pontos de atenção à saúde, visando promover o uso racional de medicamentos. Até o final do ano de 2024, foram produzidos 272 materiais, de 116 medicamentos e 23 PCDT, com perspectiva de que sejam feitos para todos os medicamentos da Rename.

Ademais, foram estabelecidas ações e parcerias estratégicas para estruturar o Serviço de Telecuidado Farmacêutico, no âmbito do Ceaf, para atender às necessidades do processo de titulação do medicamento selexipague, após sua incorporação ao SUS em 2023. Desenvolvido em parceria com a Telessaúde, por meio da Universidade Federal de Goiás (UFG) e da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), o serviço foi instituído em 2024 e proporciona acompanhamento semanal da progressão de doses.

O Serviço de Telecuidado Farmacêutico visa identificar e manejar eventos adversos, além de facilitar a gestão de problemas relacionados ao medicamento, assegurando um monitoramento seguro e eficaz das pessoas com hipertensão arterial pulmonar (HAP) em uso do selexipague.

Ações gerais na Assistência Farmacêutica

Entregue em 2024, o MedSUS (solução web e mobile) proporciona aos cidadãos e profissionais de saúde acesso às informações sobre os medicamentos disponibilizados no SUS e que estão na lista de medicamentos da Rename, no Programa Farmácia Popular, os documentos obrigatórios para solicitação e dispensação, os CID-10 ou doença atrelados ao medicamento (quando necessário), onde encontrar e se pertence ao Componente Especializado, Básico, Estratégico ou à Farmácia Popular.



<https://www.gov.br/pt-br/apps/medsus>

Além disso, com a contribuição do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos (CNPURM), em 2024, foram elaborados *cards* educativos visando à disseminação de conhecimento a respeito do uso correto de medicamentos, divulgados em canais de comunicação do MS, como:



https://www.instagram.com/p/C1ORM_FLqTq/?img_index=1



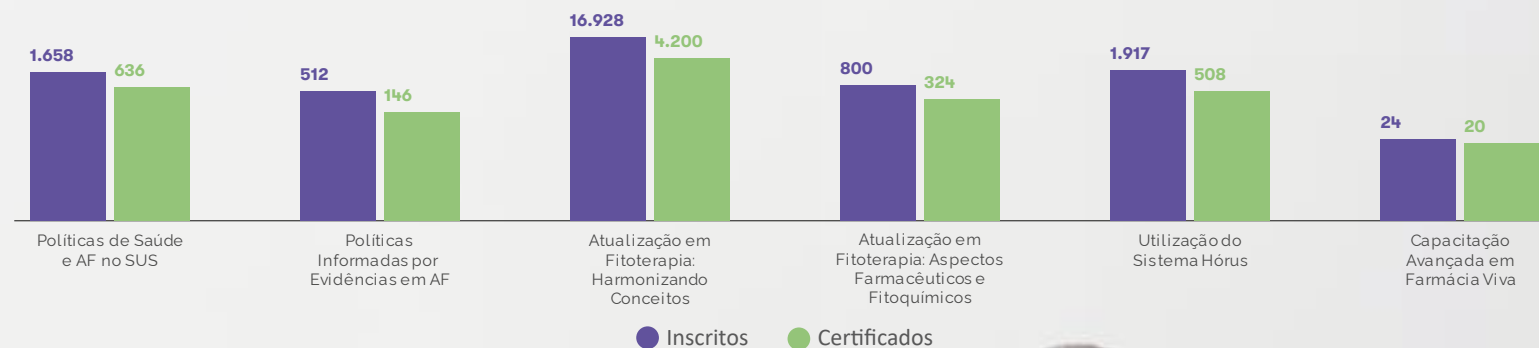
https://www.instagram.com/p/C6l8kiDtRkT/?img_index=1

Capacitação

No intuito de qualificar os serviços farmacêuticos e fortalecer a Assistência Farmacêutica no SUS, o MS, por meio de cooperação, desenvolve diversas ações voltadas à promoção da educação permanente para os profissionais da Assistência Farmacêutica, gestores e técnicos de saúde no SUS.

De janeiro a dezembro de 2024, foram emitidos 5.834 certificados nos cursos ofertados pela AF. Os cursos Política de Saúde e AF no SUS; Políticas Informadas por Evidências em AF; Atualização em Fitoterapia: Harmonizando Conceitos e Aspectos Farmacêuticos e Fitoquímicos; Utilização do Sistema Hórus; e a Capacitação Avançada em Farmácia Viva são realizados na modalidade a distância, síncronos e/ou presenciais, sem limite de inscrição e/ou certificação.

Gráfico 96 – Total de profissionais inscritos e certificados – 2024



Fonte: DAF/Sectics/MS.



2.5 Saúde Indígena

A Secretaria de Saúde Indígena (Sesai) é a área do Ministério da Saúde responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnspi) e tem, entre suas finalidades, a responsabilidade de coordenar todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde, direcionando-o à promoção, à proteção e à recuperação da saúde dos povos indígenas, e promovendo a estruturação dos serviços e das ações de Atenção Primária à Saúde (APS) das populações indígenas no âmbito dos seus territórios. Para realizar a atenção à saúde 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 às necessidades de saúde dos povos indígenas, assim como apoiar o 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, para executar as ações de APS, e está organizado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), cuja competência está descrita no artigo 46 do Decreto n.º 11.798, de 28 de novembro de 2023. Sempre respeitando as singularidades culturais e sociais, o perfil epidemiológico e as condições sanitárias de cada região, bem como as concepções, os valores e as formas de vivenciar a saúde e a doença que cada povo acredita, o SasiSUS também se compromete a seguir os princípios de equidade e universalidade no acesso à saúde. Ele valoriza a inclusão dos saberes e conhecimentos tradicionais, reconhecendo a diversidade geográfica, histórica e política, o que ajuda a mitigar os fatores que tornam a população indígena mais suscetível a riscos e agravos à saúde.

Para cumprir com as suas atribuições, a Sesai conta com uma estrutura que integra departamentos especializados, e as atividades de saúde são organizadas e executadas por meio de 34 Dsei, Casas de Apoio à Saúde Indígena (Casai) e estabelecimentos de saúde, como: Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) tipo I, II e III e polos-base, além de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (Emsi), compostas por profissionais de diversas áreas, como médicos, enfermeiros, dentistas, agentes indígenas de saúde e saneamento, entre outros.



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): o Dsei é unidade gestora descentralizada com autonomia própria, sendo o(a) coordenador(a) distrital de Saúde Indígena o ordenador de despesas e autoridade sanitária. Os Dsei são responsáveis por organizar a gestão, o planejamento e o atendimento à saúde indígena em sua área de abrangência e por realizar articulação com o SUS para atendimento em saúde especializada. Os Dsei representam um modelo organizacional de serviços de saúde estruturado para atender às especificidades étnico-culturais, geográficas e populacionais das comunidades indígenas no Brasil. Cada Dsei opera em um território definido por características étnicas e pela ocupação geográfica das comunidades indígenas, integrando atividades técnicas e administrativas que visam à prestação de uma assistência à saúde qualificada e culturalmente adequada. Essa abordagem permite a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias, assegurando que as ações de saúde sejam alinhadas às necessidades e particularidades de cada povo indígena (artigo 58, Portaria GM/MS n.º 1.801, de 9 de novembro de 2015).

b) Polo-Base: estabelecimento de saúde vinculado a uma subdivisão territorial do Dsei. O polo-base é 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 (§§ 1º e 2º do artigo 59 da Portaria GM/MS n.º 1.801/2015).

c) Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI): localizada sempre em aldeia, destina-se à assistência direta das ações e dos serviços de Atenção Básica e, com a sede do 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, Portaria GM/MS n.º 1.801/2015).

d) Casa de Apoio à Saúde Indígena (Casai): estabelecimento responsável pelo apoio, pelo acolhimento e pela assistência aos indígenas referenciados aos demais serviços do SUS em um município, para realização de ações complementares de Atenção Primária e Especializada, sendo também destinada a seus acompanhantes, quando necessário, conforme artigo 61 da Portaria GM/MS n.º 1.801/2015, o Decreto n.º 11.391, de 20 de janeiro de 2023, que regulamenta a nomenclatura, e o Decreto n.º 11.798, de 28 de novembro de 2023, do Regimento Interno do Ministério da Saúde.

Em 2024, a Sesai concluiu 44 obras em estabelecimentos de saúde, sendo 24 novas edificações (23 UBSI e 1 sede de polo-base), das quais 13 são resultantes do novo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), e mais 20 reformas/ampliações (8 UBSI, 6 polos-base e 6 Casai). Atualmente, encontram-se em fase de execução mais 109 obras, sendo 90 UBSI, 10 Casai e 9 polo-base. Entre as 90 obras de UBSI em execução, 41 são oriundas do novo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC).

2.5.1 Programa Mais Médicos para o Brasil

Durante o ano de 2024, foi mantido como pauta o acompanhamento da execução dos programas de provimento médico para os 34 Dsei, destinados à formação e à gestão dos profissionais lotados nos Distritos.

Em relação ao quantitativo de profissionais oriundos dos programas de provimento médico, o incremento de profissionais do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) na saúde indígena foi de 473 médicos, em janeiro de 2024, para 562 em dezembro do referido ano. Já em relação ao Programa Médicos para o Brasil, os quantitativos foram 44 profissionais, em janeiro de 2024, e 36 em dezembro de 2024.

Uma atividade significativa a ser ressaltada é a criação de materiais de formação para os profissionais de saúde indígena do Programa PMMB. Foram elaboradas a primeira e a segunda sequência de vídeos temáticos, voltados para o acolhimento dos novos médicos do 39º ciclo, que abordam temas essenciais da saúde indígena, incluindo Interculturalidade, Intermedialidade, Controle Social, entre outros.

2.5.2 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 e prevenção das doenças imunopreveníveis.

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 da Saúde (OMS). 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.

As ações de imunização desenvolvidas pelas equipes dos 34 Dsei têm uma operacionalização bastante complexa, considerando fatores como diversidade cultural, dispersão geográfica e dificuldade de acesso às comunidades, requerendo dos profissionais um planejamento minucioso para o acondicionamento, a conservação e o transporte dos imunobiológicos.

Entre as estratégias para a vacinação da população indígena, destacam-se o Mês de Vacinação dos Povos Indígenas (MVPI) e a Operação Gota (OG).

No MVPI 2024, os dados mostram uma elevação significativa na cobertura vacinal nas comunidades indígenas. Foram vacinados 50.130 indígenas e aplicadas 67.780 doses. Nas ações de vacinação, participaram 2.179 profissionais, sendo 43,46% agentes indígenas. Foram alcançados 87,4% dos polos-base e 94,4% das aldeias pactuadas, tendo sido realizadas, além das ações de vacinação, outras atividades assistenciais.

Essa atividade foi considerada como uma ação de combate às doenças imunopreveníveis, uma vez que teve resgate de não vacinados em tempo oportuno, de maneira a completar os esquemas vacinais primários.

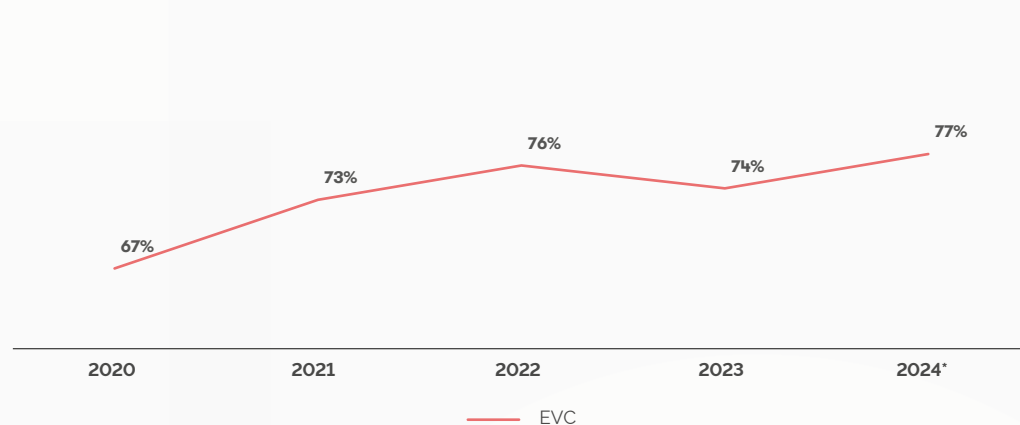
A OG é uma estratégia de ação de vacinação em áreas remotas de difícil acesso geográfico, resultado de uma parceria com o Ministério da Defesa (MD), por meio de Termo de Cooperação Técnica, para utilização de horas-voo. Em 2024, ocorreu a celebração do Termo de Cooperação entre os Ministérios, sendo possível a realização de uma das sete missões programadas para o ano. Aconteceu na área de abrangência do Dsei Amapá e Norte do Pará. Foram vacinados 749 indígenas na OG em 2 polos-base (Missão e Bona) e 15 aldeias. Ainda, foram aplicadas 1.551 doses de 20 tipos de vacinas, sendo uma delas a vacina contra a covid-19. A missão contou com 58 profissionais envolvidos e 27 horas de voo. Além das ações de imunização nas aldeias de difícil

acesso, as missões realizaram atendimentos médicos e de enfermagem, educação em saúde sobre a importância da vacinação de rotina e contra a covid-19, e combate às fake news (informações falsas), assim como atendimentos de vigilância alimentar e nutricional e odontológicos, atividades de saneamento, consultas de pré-natal, puericultura e outros.

Ainda, é acompanhado, no âmbito da saúde indígena, o indicador de cobertura de esquema vacinal completo em crianças menores de 1 ano de idade, em razão da preocupação com a redução de mortalidade e a redução da morbidade nessa faixa etária, em que é acompanhada 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, de acordo com o Calendário Nacional de Vacinação, conforme a idade no momento da avaliação. Na análise do indicador referente ao esquema vacinal completo (EVC) em crianças menores de 1 ano de idade, em 2024, 77,41% apresentavam esquema vacinal completo, correspondendo a 12.304 crianças do total de 15.894. É importante ressaltar que as informações para esse indicador provêm de planilhas enviadas pelos Dsei, mas alguns deles não cumpriram o prazo de envio. Assim, é esperado que, com a entrega dessas planilhas, os dados apresentem modificações.

Gráfico 97 – Percentual de crianças menores de 1 ano de idade com EVC, de acordo com o Calendário Nacional de Vacinação – 2020 a 2024*



Fonte: Planilhas padronizadas enviadas Dsei/Covisi/CGGAS/Dapsi/Sesai/MS.
*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Saúde da Criança

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc), estabelecida pela Portaria GM/MS n.º 1.130, de 5 de agosto de 2015, abrange o cuidado da criança sob uma ótica integral, sendo considerada como referência de articulação em todos os níveis de atenção com abordagem de estratégias de ações voltadas para a assistência à saúde da criança.

A política se estrutura em sete eixos com a finalidade de orientar e qualificar as ações e os serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, objetivando a efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno

desenvolvimento na infância, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos e a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças.

O SasiSUS, alicerçado e organizado a partir da Atenção Primária, realiza ações em saúde integradas e direcionadas à promoção da saúde integral da criança; entre essas ações, é realizado o acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil (CeD), a partir das consultas de puericultura programáticas, bem como a atenção qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido.

É importante ressaltar que a implementação das ações de vigilância nutricional e o monitoramento

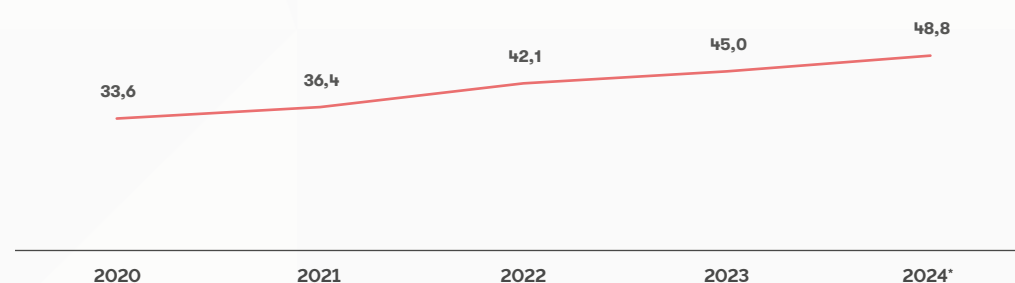
do crescimento objetivam promover a saúde da criança. Quando necessário, por meio de diagnóstico e tratamento precoce de problemas nutricionais, busca-se prevenir que desvios de crescimento afetem a saúde e a qualidade de vida da criança. O conceito de desenvolvimento é abrangente e diz respeito a uma transformação progressiva, que inclui, além do crescimento, a maturação, a aprendizagem e aspectos psíquicos e sociais. A vigilância do desenvolvimento inclui atividades que avaliam etapas ou marcos do desenvolvimento neuropsicomotor das crianças em diversas idades, possibilitando a detecção de problemas e alterações no desenvolvimento infantil. As ações realizadas na atenção primária à saúde da criança são essenciais para detectar precocemente possíveis alterações

no crescimento e no desenvolvimento, contribuindo, assim, para a redução de riscos de morbimortalidade.

Para o dimensionamento do acesso das crianças indígenas com 1 ano completo que tiveram no mínimo seis consultas de CeD, são consideradas as categorias profissionais de médico e enfermeiro.

Dados preliminares de 2024 indicam que, do total de 20.774 crianças que completaram 1 ano, 47,97% (9.966) receberam as seis ou mais consultas e ao menos 87,2% (18.121) das crianças receberam uma ou mais consultas de puericultura preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Gráfico 98 – Percentual de crianças indígenas com 1 ano completo e acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento – 2020 a 2024*



Fonte: Siasi.
*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Vigilância Alimentar e Nutricional

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan) é orientadora das ações de alimentação e nutrição realizadas pela Sesai. Essa política é estruturada por meio de nove diretrizes, entre 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 a 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 restringem-se aos registros realizados pelos 34 Dsei.

Esse 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 OMS.

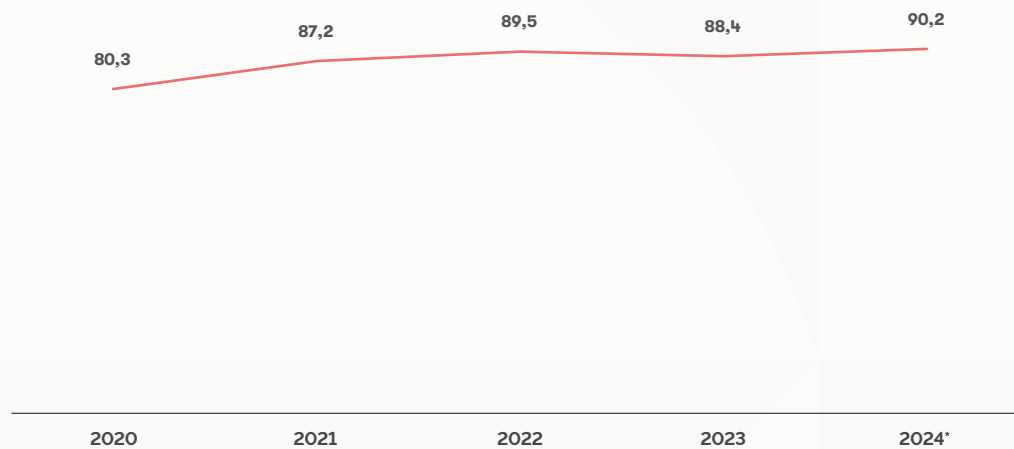
Os principais indicadores de VAN da Sesai incluem o percentual de crianças menores de 5 anos sob a responsabilidade do SasiSUS, que tiveram seu estado nutricional acompanhado conforme os critérios estabelecidos pela Vigilância Alimentar e Nutricional. Nesse sentido, o alcance desse indicador para 2024 foi de 90,2%, correspondendo a 92.953 crianças acompanhadas de um total de 103.085.

Outro indicador relevante que é acompanhado é o percentual de crianças indígenas menores de 1 ano com no mínimo seis acompanhamentos

alimentar e nutricional. Em 2024, esse percentual foi de 63,39% (13.169), considerando um total de 20.774 crianças. Destaca-se que a fonte de dados para esse indicador é o Siasi, apresentando informações preliminares sobre o ano de 2024.

Ademais, ao longo de 2024, foram desenvolvidas atividades de fortalecimento e estruturação das ações de VAN, bem como de promoção do direito humano à alimentação saudável.

Gráfico 99 – Percentual de crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional realizado – 2020 a 2024*



Fonte: Siasi.

*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Gráfico 100 – Percentual de crianças indígenas com 1 ano completo que realizaram seis ou mais acompanhamentos alimentar e nutricional – 2022 a 2024*

65,4 63,4 63,4

2022

2023

2024*

Fonte: Siasi.

*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Principais ações e articulações desenvolvidas em 2024:

- Aquisição de micronutrientes em pó (NutriSUS), com apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef).
- Qualificação da equipe multidisciplinar para o manejo e o reconhecimento da desnutrição nos polos-base.
- Distribuição de megadoses de vitamina A para crianças de 6 a 59 meses de idade.
- Oferta de fórmulas nutricionais F75 e F100 industrializadas (importadas) para crianças no território e na Casai.
- Aquisição de alimentos para a Casai via Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), visando garantir a continuidade da alimentação tradicional.

- Melhoria no espaço destinado à alimentação da Casai.
- Implementação do formulário REDCap para o acompanhamento das crianças desnutridas nos Centros de Recuperação Nutricional (CRN) dos polos-base e da Casai.
- Formação de grupo técnico para discutir a recomposição das cestas de alimentos para o território Yanomami.
- Oficinas para qualificação em coleta de dados antropométricos direcionados para técnicos de enfermagem e enfermeiros.
- Ações de qualificação para o tratamento dietético em desnutrição infantil e na gestação para nutricionistas, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

A publicização de dados de Vigilância Alimentar e Nutricional – Open Datasus está disponível no link:

 <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/sistema-de-atencao-a-saude-indigena-siasi-modulo-de-vigilancia-alimentar-e-nutricional-van>

Mortalidade Materna e Infantil

Conhecer o processo saúde-doença de um povo é fundamental para entender como se dá a dinâmica do adoecimento e da morte. Nesse sentido, o modelo de vigilância em saúde adotado pelo SasiSUS destaca a vigilância epidemiológica como um dos pilares mais importantes para identificação das causas de morbimortalidade na população indígena dentro do território.

A vigilância do óbito (VO) se enquadra no conceito de vigilância epidemiológica, sendo um dos componentes da vigilância em saúde, e tem como principais objetivos descrever o padrão de ocorrência de óbitos por causas relevantes em saúde pública, elaborar estratégias de controle de agravos específicos à saúde, estimar a magnitude da mortalidade causada por determinados agravos à saúde e recomendar medidas necessárias para prevenir ou controlar a ocorrência de novos óbitos.

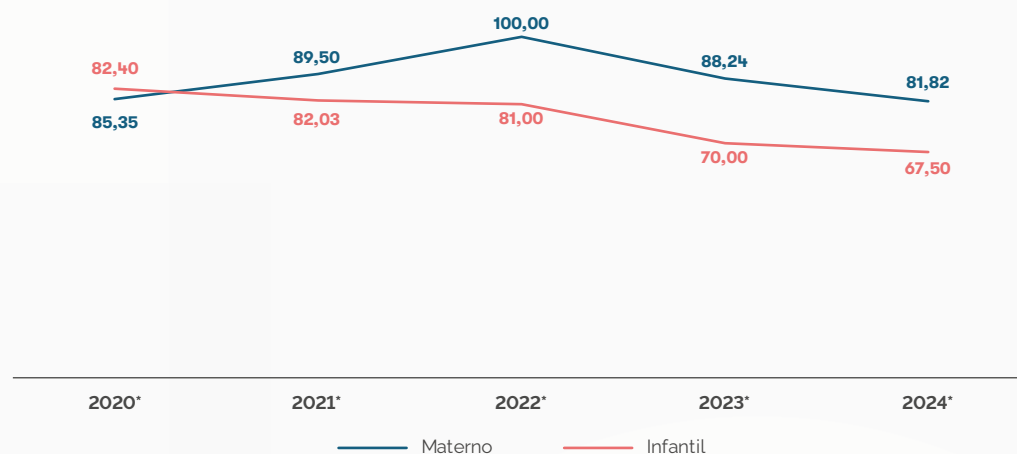
Foram consideradas as informações acerca das investigações dos óbitos, tanto infantil quanto materno, ocorridos no período de janeiro a dezembro de 2024, inseridas no Siasi. Ressalta-se

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, pelo Dsei, aos formulários utilizados no processo de investigação do óbito quando este ocorre em rede hospitalar. Sendo assim, óbitos ocorridos a partir do mês de setembro podem ter sua investigação concluída no decorrer de 2025.

No período observado, o total de 11 óbitos maternos foi registrado. Os Dsei que registraram óbitos foram Alto Rio Purus (1), Alto Rio Juruá (1), Interior Sul (1), Litoral Sul (1), Minas Gerais e Espírito Santo (1), Rio Tapajós (2), Vale do Javari (1) e Yanomami (3). Desses, nove (81,82%) foram investigados.

Com relação aos óbitos infantis, os dados referentes ao ano de 2024 correspondem a informações de 33 Dsei e também abarcam o primeiro trimestre do Dsei Yanomami, levando em consideração o atraso na disponibilização dos dados nesse distrito. Diante disso, foram contabilizados 517 óbitos em crianças menores de 1 ano de idade, sendo 349 investigados, alcançando 67,50% dos óbitos registrados. Destaca-se ainda que, dos distritos que realizaram investigação de óbitos, cinco deles alcançaram 100% dos óbitos investigados. De forma complementar, em 2024, foram capacitados 440 profissionais para a estruturação da vigilância do óbito nos Dsei.

Gráfico 101 – Percentual de óbitos maternos e infantis investigados – 2020 a 2024*



Fonte: Siasi.

*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

A mortalidade infantil geralmente é representativa da qualidade de vida e das condições de saúde e desenvolvimento de um povo. Apesar dos avanços na área da saúde, esse evento ainda é considerado um importante problema de saúde pública, fazendo parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) no Brasil. Esse é um dos eventos mais importantes e desafiadores para a Sesai, por se caracterizar como multifatorial e multissetorial, o que pode representar uma dificuldade na adoção de medidas para evitar novas ocorrências.

Para isso, é acompanhado o indicador taxa de mortalidade infantil indígena por causas evitáveis (TMlevit). Essa taxa estima o risco de uma criança que nasceu viva morrer antes de completar 1 ano de idade por causas evitáveis de óbito e, geralmente, reflete as condições de vida da população, sendo influenciada por fatores

socioeconômicos, como acesso aos serviços de saneamento ambiental e de saúde, bem como a qualidade das tecnologias disponíveis para atenção materno-infantil. Assim, o resultado alcançado em 2024 para essa taxa foi de 16,62%.

Pré-Natal

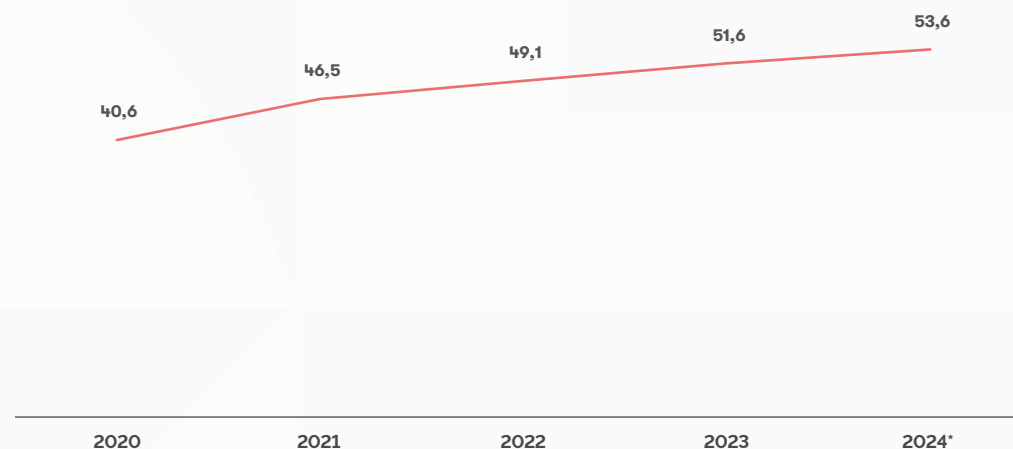
As ações de atenção à saúde das mulheres, realizadas pelos Dsei no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, são desenvolvidas diretamente nas terras indígenas pelas Emsi. O cuidado é orientado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (Pnaism) e leva em consideração tanto o direito à autodeterminação quanto os modelos próprios de atenção à gestação dos povos indígenas. As ações de pré-natal, parto e puerpério buscam respeitar e integrar essas especificidades culturais, ao mesmo tempo em que asseguram o cumprimento das diretrizes nacionais de saúde.

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 ou enfermeiros nas gestações finalizadas em determinado período, excluindo-se aquelas finalizadas por aborto.

A análise da série histórica de 2020 até 2024 demonstra uma evolução positiva nos indicadores de cobertura de pré-natal entre gestantes indígenas, refletindo os esforços para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços

de saúde, alcançando 53,62% em 2024. Esse aumento pode ser atribuído, em grande parte, ao planejamento estratégico implementado pelos Dsei e pelas Emsi, que focaram em ampliar o atendimento às gestantes indígenas. Essas estratégias podem incluir a eliminação de barreiras ao acesso à saúde, melhorias na logística de transporte, promoção de ações de educação em saúde e o fortalecimento da capacitação das equipes de saúde. Esses esforços são reflexos do compromisso com a melhoria do acesso e da cobertura dos serviços de saúde.

Gráfico 102 – Percentual de gestantes indígenas com acesso a seis ou mais consultas de pré-natal – 2020 a 2024*



Fonte: Siasi.

*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Adicionalmente, destacam-se algumas ações realizadas em 2024; entre elas, está a parceria entre o Hospital Sírio-Libanês e a Secretaria de Atenção Primária à Saúde; o projeto Cuidado Especializado Digital, que visa à implementação de tecnologias e estratégias remotas para ampliar o acesso à saúde especializada nos territórios indígenas, com foco na saúde das mulheres, incluindo a linha de cuidado para o câncer do colo do útero; e o projeto de Telemonitoramento de Pré-Natal de Alto Risco no Estado do Amazonas (Telepnar), que realiza o telemonitoramento de intercorrências obstétricas em Dsei do Amazonas.

Saúde Bucal

Em relação à saúde bucal, a avaliação das condições gerais de saúde e o exame clínico odontológico são realizados durante a primeira consulta odontológica programática, com o objetivo de realizar o diagnóstico e estabelecer um plano preventivo-terapêutico. O indicador percentual da população indígena com primeira consulta odontológica permite mensurar o acesso da população à assistência odontológica.

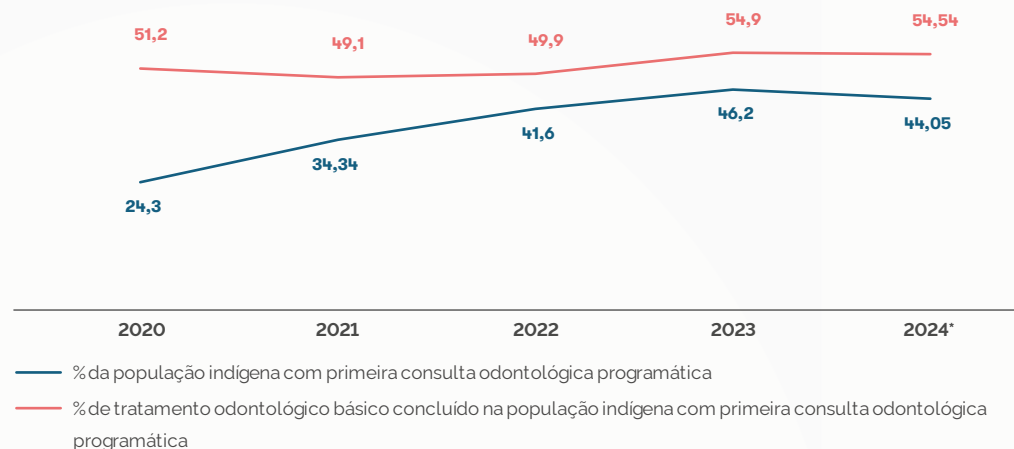
Os atendimentos odontológicos são ofertados pelas Emsi aos povos indígenas que vivem nos territórios mais próximos aos centros urbanos, assim como nas áreas isoladas e remotas assistidas pelos 34 Dsei. O maior desafio dessas equipes é levar os atendimentos às comunidades indígenas que não possuem estabelecimentos de saúde, estrutura física e energia elétrica. Nesses casos, as equipes frequentemente improvisam miniestruturas para fornecer atendimento adequado.

Analisando a série histórica, observa-se que, em 2024, esse indicador atingiu a cobertura nacional de 44,05%, o que representa uma melhoria em relação ao ano de 2020.

A resolutividade da Atenção Primária pode ser avaliada pela proporção de tratamentos odontológicos básicos concluídos entre aqueles que realizaram a primeira consulta

odontológica programática. Em 2024, o percentual de tratamento odontológico básico concluído na população indígena após a primeira consulta odontológica foi de 54,5%. Assim, foram registradas 357.074 primeiras consultas odontológicas programadas e 194.760 tratamentos odontológicos básicos concluídos.

Gráfico 103 – Percentual da população indígena com primeira consulta odontológica programática e tratamento odontológico básico concluído com primeira consulta odontológica programática – 2020 a 2024*



Fonte: Siasi.

*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Atendimento Odontológico às Gestantes Indígenas

O monitoramento do indicador percentual de gestantes indígenas com no mínimo uma consulta odontológica durante o pré-natal foi pactuado em 2024 e tem como objetivo avaliar se as gestantes indígenas assistidas no pré-natal têm acesso ao atendimento e ao tratamento odontológico durante a gestação, na perspectiva da linha do cuidado integral, para diminuir possíveis agravos bucais durante a gestação. No período gestacional, o atendimento odontológico à gestante é fundamental, uma vez que elas têm alto risco de desenvolver doenças periodontais em função da variação hormonal, que aumenta a possibilidade do processo inflamatório gengival. Além disso, é aumentado o risco de parto prematuro pela presença de doenças periodontais. Assim, 51,79% das mulheres indígenas que completaram a gestação tiveram acesso a consultas odontológicas nos 34 Dsei. Esse número foi calculado com base nas gestações finalizadas que contaram com pelo menos um atendimento odontológico individual realizado por um cirurgião-dentista na Atenção Primária à Saúde durante o pré-natal, totalizando 9.949 atendimentos, após excluir as gestações finalizadas por aborto.

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 da população. Destaca-se que 21 Dsei são endêmicos para malária e cerca de 1/3 de todos os casos registrados na região amazônica ocorre em indígenas.

Verifica-se que, no ano de 2024, foram registrados 58.004 casos autóctones de malária no SasiSUS, de acordo com dados preliminares do Sistema

de Informação da Vigilância Epidemiológica da Malária (Sivep-Malária). É importante considerar que a doença está associada a vários fatores que aumentam o risco de adoecimento dessas populações, com destaque para a invasão garimpeira às terras indígenas.

Nesse sentido, intensificou-se a articulação junto à Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) para o contínuo envio de insumos aos Dsei, tais como testes rápidos de diagnóstico, medicamentos, inseticidas e mosquiteiros impregnados com inseticida de longa duração.

Em termos absolutos, o Dsei com maior aumento de casos é o Yanomami, que está em processo de reestruturação, em virtude da desassistência verificada em 2022. Além disso, atividades de busca ativa de casos de malária, com o aumento sistemático no número de realização de exames, têm evidenciado uma subnotificação de casos em 2022. Dessa forma, destaca-se que, no decorrer do ano, foram executadas atividades complementares no referido Dsei, por meio do Centro de Operações da Emergência por desassistência aos Yanomami (COE Yanomami), além do acompanhamento de surtos da doença em diversos outros Dsei.

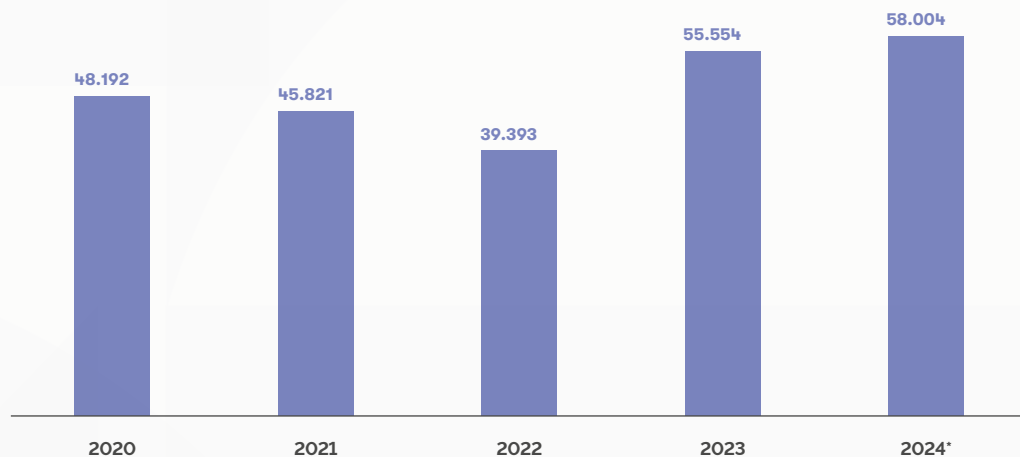
Nesse contexto, para o Dsei Yanomami, foram contratados mais profissionais para a execução de atividades de busca ativa e controle vetorial em sete polos-base prioritários para a doença. Em colaboração com a SVSA, foram promovidas ações de capacitação profissional conforme as necessidades identificadas, além da implementação de um novo tratamento com a tafenoquina.

Outros distritos prioritários também passaram por qualificação para a utilização da tafenoquina, incluindo Alto Rio Negro, Leste de Roraima, Alto Rio Juruá, Rio Tapajós e Porto Velho.

Com a intensificação das ações de busca ativa de casos no Dsei Yanomami, observou-se aumento expressivo no número de exames realizados, assim como melhorias no diagnóstico e no registro dos casos de malária. Assim, em 2024, apenas no Dsei Yanomami, foram realizados 226.635 exames, o que representa um crescimento de 25,3% em comparação ao ano anterior.

Destaca-se também que foi realizada a primeira oficina de microplanejamento das ações de controle e eliminação da malária nos Dsei da Amazônia Legal, na qual os Dsei foram apresentados ao Planejamento Estratégico e Situacional e instados a elaborar um planejamento estratégico para os anos de 2024 e 2025. Dessa forma, foi possível observar que, consoante com os dados preliminares do Sivep-Malária, 11 Dsei apresentaram redução no número de casos em 2024 em comparação com o ano anterior.

Gráfico 104 – Número de casos autóctones de malária registrados pelos Dsei – 2020-2024*



Fonte: Sivep-Malária.

*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

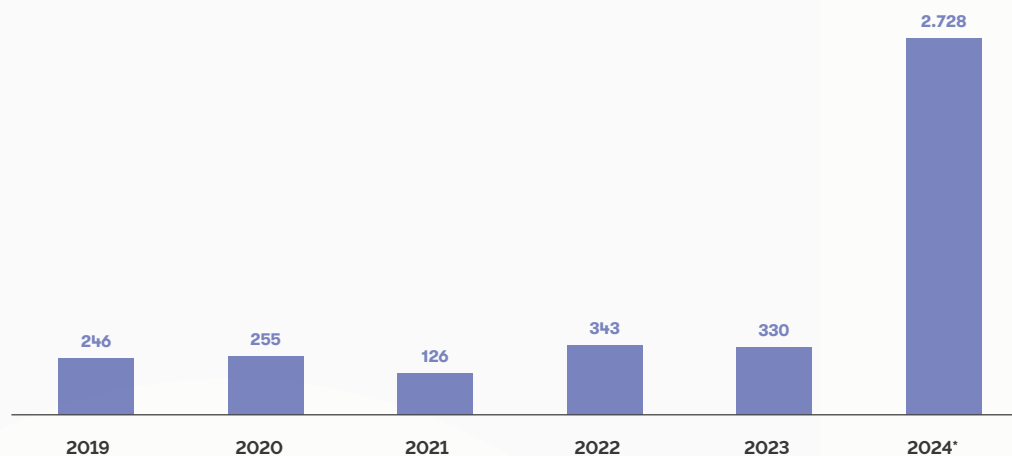


Arboviroses

As arboviroses representam um dos principais problemas de saúde pública em nível mundial, principalmente em regiões tropicais, com registros de surtos e epidemias de grande magnitude. Em 2024, o Brasil enfrentou a maior epidemia de dengue já registrada no País, com expressivo número de casos e óbitos, com impacto também nas áreas indígenas.

No período de janeiro a dezembro, foram atendidos e notificados 2.728 casos confirmados de dengue no Siasi, o que representa 67,73% dos casos registrados no período de 2019 a 2024 e incremento de 726,7% quando comparado ao número de casos de dengue notificados em 2023.

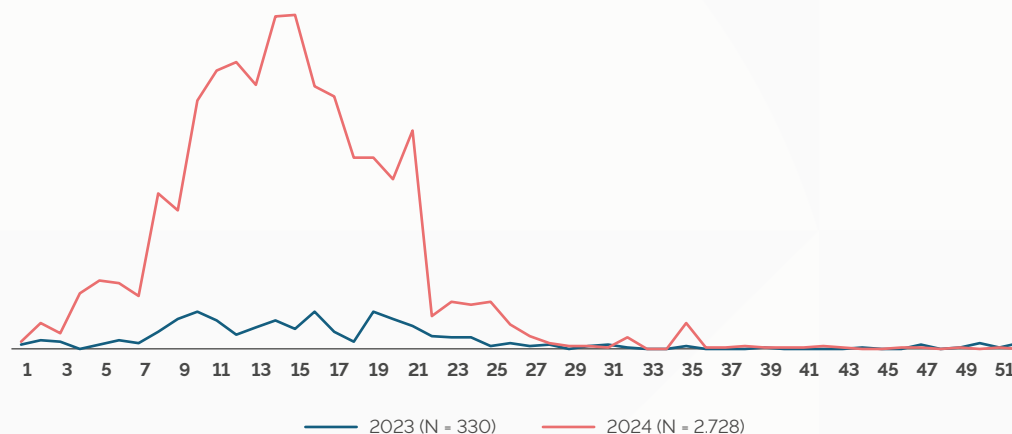
Gráfico 105 – Casos de dengue na população indígena assistida pelo SasiSUS – 2019 a 2024*



Fonte: Siasi.

*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Gráfico 106 – Casos de dengue na população indígena assistida pelo SasiSUS, por semana epidemiológica de atendimento – 2023 e 2024



Fonte: Siasi.

Em 2024, a distribuição espacial dos casos de dengue revelou que 27 dos 34 Dsei (79,41%) foram afetados, com maior concentração nas regiões abrangidas pelos Dsei Litoral Sul, Interior Sul, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais e Espírito Santo, totalizando 201 casos de um universo de 2.728. Os Dsei Litoral Sul, Interior Sul e a combinação de Minas Gerais e Espírito Santo apresentaram os maiores índices de incidência.

Além do aumento nos casos de dengue, também foram reportados 63 casos de febre do Oropouche em Dsei como Alagoas, Sergipe, Alto Rio Solimões e Bahia, e 26 casos de chikungunya nas regiões de Dsei Bahia, Minas Gerais, Espírito Santo, bem como em Ceará, Alto Rio Solimões, Alagoas, Sergipe, além de Porto Velho e Vilhena.

Diante do crescente número de casos de dengue e do surgimento de outras arboviroses nas comunidades indígenas, a Sesai intensificou suas iniciativas de vigilância, prevenção e controle. Destaca-se a participação no COE Dengue e outras Arboviroses e em agendas correlatas; articulação com outras secretarias do Ministério da Saúde para controle de surtos e epidemias; implantação da plataforma para vigilância epidemiológica das arboviroses nas áreas indígenas; implementação de ações integradas de controle vetorial nas áreas indígenas; capacitação dos profissionais de saúde e saneamento indígena (Agentes

Indígenas de Saúde – AIS – e Agentes Indígenas de Saneamento – Aisan e divulgação de orientações das ações de prevenção e controle de arboviroses nas áreas indígenas; elaboração de material educativo sobre prevenção e controle de arboviroses nas áreas indígenas; e, por fim, a capacitação sobre vigilância e controle das arboviroses nas áreas de abrangência do Dsei Litoral Sul.

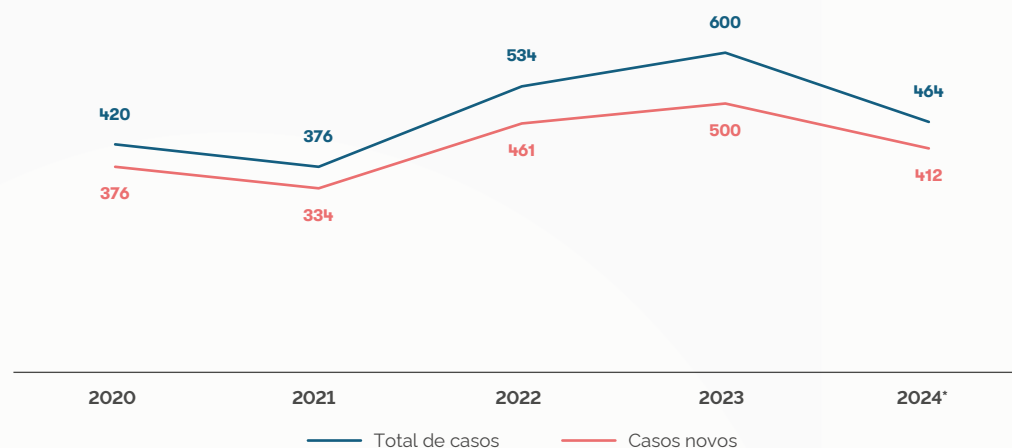
Tuberculose

A tuberculose é considerada um grave problema de saúde pública por acometer milhares de pessoas em todo o mundo e com elevado índice de óbito. Por isso, tem sido, incansavelmente, a pauta de organismos governamentais e não governamentais envolvidos no combate à doença. A população indígena brasileira está entre os grupos vulneráveis ao adoecimento, sendo necessário o fortalecimento das ações para prevenção e controle dessa doença.

No período de 2020 a 2024, foram notificados 2.394 casos de tuberculose no Siasi; destes, 87% (n=2.083) foram casos novos da doença. Destaca-se a diminuição no número de casos em 2024, comparado aos anos de 2022 e 2023.

Em 2024, os distritos com maior número de notificação de tuberculose foram: Mato Grosso do Sul, Kaiapó do Pará, Xavante e Maranhão, representando 43,1% (n=166) do total de casos inseridos no Siasi no ano. Os Dsei informados fazem parte do grupo prioritário para investigação e monitoramento dos casos.

Gráfico 107 – Quantitativo de casos de tuberculose nos 34 Dsei – 2020-2024



Fonte: Siasi.
*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

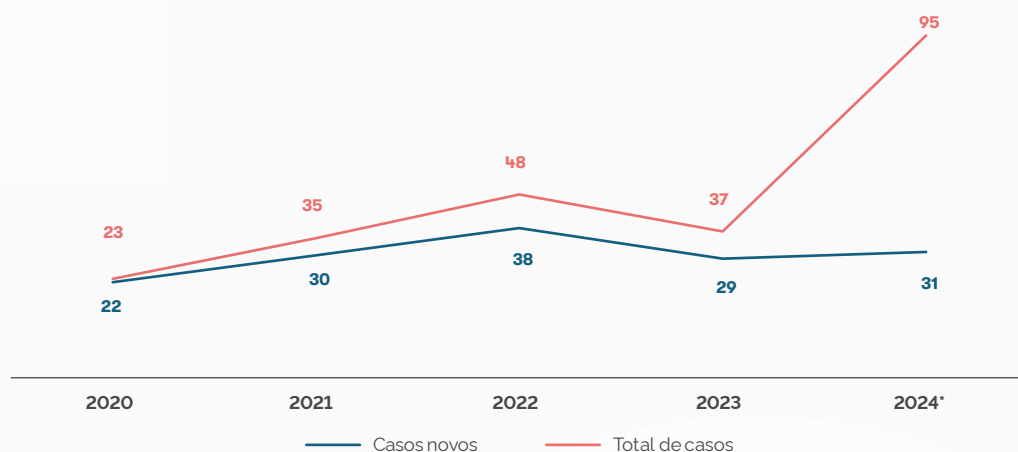
Destaca-se que a Sesai vem investindo na qualificação dos profissionais que atuam no diagnóstico da tuberculose nos territórios indígenas, ofertando o curso em manejo clínico em parceria com a Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente e os Programas Estaduais de Tuberculose.

Hanseníase

A hanseníase é uma doença infecciosa de evolução crônica, caracterizada por alta infectividade e baixa patogenicidade. Embora curável, permanece endêmica em vários territórios indígenas do Brasil. É causada pelo *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen), um bacilo que afeta principalmente os nervos periféricos dos olhos, das mãos, dos pés e da pele. A transmissão ocorre pelas vias aéreas, por meio de secreções nasais, gotículas da fala, tosse, espirro, com a eliminação do bacilo por pessoas doentes e que não receberam tratamento para outro indivíduo suscetível. A doença pode apresentar evolução lenta e progressiva e, quando não tratada ou tardiamente tratada, é passível de causar deformidades e incapacidades físicas, muitas vezes irreversíveis. Em razão de sua elevada carga, a hanseníase permanece como um importante problema de saúde pública no País, sendo de notificação compulsória e investigação obrigatória.

Entre os anos de 2020 e 2024, foram registrados 238 casos de hanseníase no Siasi. Destes, 63,02% são de casos novos. Em 2024, os Dsei com maior número de notificação de hanseníase registrado no Siasi foram: Dsei Pernambuco, com 37; seguido do Dsei Maranhão, com 12; Dsei Araguaia, com 9; e Dsei Ceará, com 8.

Gráfico 108 – Número de notificações de hanseníase no SasiSUS – 2020 a 2024*



Fonte: Siasi.

*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Saúde da Mulher

A saúde da mulher dialoga com a Agenda Transversal e Multissetorial da Primeira Infância. Desde o momento em que foi dada ampliação do acesso e da qualificação da atenção ao pré-natal nos Dsei, em 2022, o tema tem sido tratado como prioridade, devido à sua importância para a promoção de gestação, parto e puerpério saudáveis e ao seu 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 uma perspectiva ampla, que considere suas necessidades nos diferentes ciclos da vida, assim como preconiza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Pnaism), sendo pautada nos princípios e nas diretrizes

estabelecidos na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi). Tendo em vista que o parto e o nascimento são eventos fisiológicos e sociais, que envolvem aspectos rituais importantes para a reprodução física e cultural de um povo, as Emsi devem considerar 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, considera-se que as populações indígenas que mantêm sistemas de parto tradicional na aldeia devem ser respeitadas.

Assim, as Emsi realizam o acompanhamento da gestante durante o pré-natal e o puerpério, além de oferecer apoio ao planejamento do parto, quando necessário, e ao atendimento do recém-nascido. A avaliação do estado alimentar e nutricional da gestante deve compor a atenção

pré-natal. Todas as intervenções devem ser criteriosamente avaliadas conforme a situação de cada mulher e a partir de um diagnóstico das necessidades específicas.

Com relação às ações realizadas, foram elaboradas notas técnicas com orientações aos Dsei na instrução de processos para aquisição de materiais, equipamentos e medicamentos básicos para a atenção ao pré-natal de mulheres indígenas, e com orientações para a oferta do pré-natal odontológico das gestantes indígenas para os profissionais das Emsi dos 34 Dsei.

Destacam-se também as oficinas de qualificação em cuidados maternos e ao recém-nascido para os profissionais de saúde do Dsei Yanomami, o Simpósio Regional Intercultural das Américas sobre Saúde Materna das Mulheres Indígenas, Proadi-SUS, "Cuidado Especializado Digital" (2024-2026), e o projeto Telepnar, que promove treinamento para profissionais dos Dsei, cujo objetivo é voltado para a melhoria da assistência à saúde das gestantes.

Houve a participação no GT da Saes para construção do Plano de Eliminação do Câncer de Colo do Útero de atualização das diretrizes de rastreamento do câncer de colo do útero, bem como reunião técnica e webinar Outubro Rosa para rastreamento do câncer de colo do útero na modalidade remota com os profissionais de saúde da mulher dos territórios indígenas, focando a magnitude da doença e as ações de controle no Brasil.

A Sesai também celebrou parcerias importantes, como o projeto "Saúde em Rede Yanomami" com a Funai e a UFMG, com ênfase no fortalecimento do pré-natal e planejamento reprodutivo, e na construção de uma linha de cuidado para o rastreamento e o tratamento do câncer de colo do útero nas comunidades Yanomami e Ye'Kuana.

Além disso, participou dos encontros de parteiros no Dsei Maranhão, onde foram compartilhados os ensinamentos sobre tecnologias de cuidados no pré e no pós-parto das gestantes indígenas, bem como participou da Conferência das Mulheres Indígenas, etapa Aroeira, em Mato Grosso do Sul, visando articular a valorização e a potencialização da sociobiodiversidade e dos conhecimentos ancestrais, promovendo o cuidado integral da saúde da mulher indígena para o bem viver e a atenção aos ciclos de vida.

Atenção Psicossocial e Promoção do Bem Viver Indígena

A Atenção Psicossocial e a Promoção do Bem Viver Indígena configuram um campo de cuidado em saúde que se revela complexo e multidimensional. Isso se deve ao fato de que suas ações vão além dos conhecimentos puramente biomédicos, exigindo que todos os envolvidos – incluindo profissionais de saúde, gestores e as comunidades indígenas – conduzam suas intervenções com base nos determinantes sociais, territoriais, étnicos, culturais, de gênero, entre outros fatores que afetam diretamente o modo de vida e o sofrimento psicológico dos povos indígenas.

Em 2024, a Sesai promoveu diversas atividades de formação continuada, como capacitações, oficinas e seminários, em colaboração com os Dsei e outros atores institucionais. O objetivo foi aprimorar as linhas de cuidado já existentes nos territórios, pautando, sobretudo, temáticas como: 1) prevenção e manejo em episódios de violências interpessoais, violências autoprovocadas, óbitos por suicídio e uso prejudicial de álcool e outras substâncias psicoativas; 2) articulações intersetoriais e interfederativas com as Redes de Atenção Psicossociais nas quais os Dsei se encontram; 3) ampliação dos Incentivos para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI), junto ao Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Desmad/Saes/MS).

Não obstante, também foram empregados esforços às situações emergenciais em territórios indígenas, a exemplo das Terras Indígenas Yanomami e Munduruku, em atenção à ADPF 709, bem como aos ininterruptos conflitos que acometem as etnias Guarani Kaiowá, no estado do Mato Grosso do Sul, e Tikuna, na região do Alto Rio Solimões, no estado do Amazonas.

Além disso, estão sendo realizadas pactuações interministeriais para a implementação da Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas (Portaria n.º 2.759, de 25 de outubro de 2007). Também em 2024, a Sesai criou o primeiro plano articulado de contingências voltado ao suporte psicossocial e à saúde mental das comunidades indígenas afetadas por desastres ambientais e emergências climáticas.

Ademais, destaca-se a elaboração do plano de ações para a Atenção Psicossocial e Promoção do Bem Viver Indígena, que abrangerá o biênio 2025/2026. Esse documento será orientador para diversas atividades destinadas à diminuição das morbimortalidades psicossociais – além da promoção e da proteção das formas de reprodução social dos povos indígenas –, por meio do aprimoramento das informações epidemiológicas e da qualificação de documentos técnicos norteadores, visando à efetiva garantia das ações atribuídas à Sesai e aos demais atores na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Emergências Climáticas

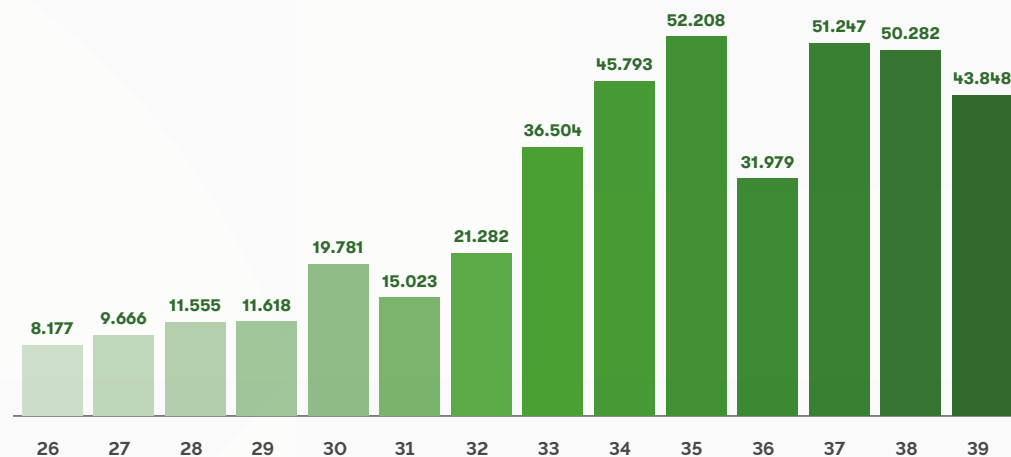
O enfrentamento aos eventos extremos na saúde indígena foi reforçado em 2023, com a criação do Comitê de Resposta aos Eventos Extremos na Saúde Indígena (Cresi), que reúne e organiza a atuação dos setores da Secretaria de Saúde Indígena para implementar as ações e os serviços de saúde em ocasião de preparação, vigilância e resposta a situações de risco.

A organização do Cresi oportunizou o levantamento de informações gerais sobre o impacto da seca/estiagem. Entre as variáveis de informações-chave à resposta, estão: aldeias atingidas, população impactada, restrição total ou parcial de acesso à aldeia, aldeias com Sistemas de Abastecimento de Água Potável (SAA) com dificuldade de operação, falta de medicamentos,

falta de materiais médico-hospitalares, falta de alimentos, falta de combustível, existência ou não de horas-voo, existência ou não de articulações regionais e locais, e necessidade ou não de apoio processual.

A orientação aos Dsei é um processo fundamental de formalização e direcionamento das atividades prioritárias de atenção à saúde antes, durante e após a ocorrência das emergências, que podem implicar diversas medidas de prevenção, controle e reorganização e priorização das ações e dos serviços de saúde.

Gráfico 109 – Quantitativo populacional indígena impactado pela seca e estiagem, por Semana Epidemiológica, Amazônia Legal – 2024



Fonte: RedCAP, Monitoramento Seca e Estiagem, Cresi Sesai. Dados sujeitos a alterações.

Nota: apesar do histórico de estiagem no ano de 2023, o Dsei Alto Rio Negro não realizou o preenchimento de áreas afetadas (S/I).

Destaca-se que o maior quantitativo populacional indígena impactado está presente no Alto Rio Solimões, cujas características do distrito são de alta concentração demográfica entre os polos-base; com isso, o distrito representa grande proporção das populações indígenas impactadas na Amazônia Legal.

O percentual de populações indígenas afetadas por unidade da Federação e Dsei variou durante os períodos de seca e estiagem, destacando-se que há distritos que atendem em mais de uma unidade da Federação, ou seja, evidenciaram-se diferenças nas áreas distritais entre diferentes UF, com alto percentual de população indígena afetada.

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 melhorias sanitárias domiciliares empregadas 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, Solução Alternativa Coletiva de Abastecimento de Água e Melhorias Sanitárias Domiciliares.

Em 2024, 231 aldeias indígenas foram beneficiadas com obras diretamente relacionadas ao saneamento, sendo 135 implantações e 96 reformas/ampliações. Das 135 implantações, 26 são resultantes do novo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Ainda, encontram-se em execução obras em 164 aldeias indígenas, sendo 120 implantações e 44 reformas/ampliações; destas, 65 são oriundas do novo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC).

Também em 2024, o Departamento de Projetos e Determinantes Ambientais da Saúde Indígena (Deamb) tem participado ativamente do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE) Yanomami. Assim, foram 9 novas UBSI construídas, 4 reformadas e 10 ações de construções em andamento; reforma emergencial da Casai finalizada, e iniciada a reforma geral; 36 sistemas fotovoltaicos instalados, sendo 8 em parceria com a Roraima Energia e 28 com execução direta pelo Dsei; 72 ações voltadas ao abastecimento de água, considerando implantação de novos sistemas, reativação e manutenção de sistemas existentes, e ações de perfuração, reativação e limpeza de poços tubulares e Amazonas; 65 ações em campo voltadas à limpeza e à manutenção de pistas de pouso; 28 ações em campo voltadas à construção ou à reforma de reservatórios elevados; 13 ações em campo voltadas a melhorias no tratamento de esgoto; 203 ações em campo voltadas ao monitoramento ambiental; e 376 ações em campo voltadas ao monitoramento da qualidade da água (MQAI).

Também ocorreram, em 2024, as tratativas para a celebração do Termo de Execução Descentralizada n.º 146/2024 com a Universidade Federal do Pará (UFPA), tendo como objeto: "Desenvolvimento de Estudos e Pesquisas para Construção, Implantação e Monitoramento de Sistemas de Abastecimento de Água Potável (SAA) em Aldeias Indígenas." A proposta destaca-se como um instrumento vital para atender demandas urgentes de desenvolvimento e monitoramento de sistemas de abastecimento de água potável eficientes em aldeias indígenas.

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) ou Solução Alternativa Coletiva de Abastecimento de Água (SAC), constituídos principalmente pela perfuração de poços tubulares acompanhados de cloradores para desinfecção, ou pela 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. Desse modo, busca-se a forma mais eficiente para garantir que a população indígena e os estabelecimentos de saúde tenham acesso à água potável. Ao longo desse período, diversas iniciativas foram realizadas, incluindo a instalação dos SAA, a ampliação desses sistemas, a construção de sistemas simplificados para abastecimento de água e a implementação de um sistema fotovoltaico completo com bomba solar para captação de água.

Em 2024, foram concluídas obras de infraestrutura em 130 aldeias que não tinham acesso à água potável, ampliando para 3.355 a cobertura de aldeias com abastecimento. Além disso, visando manter o bom funcionamento das infraestruturas de abastecimento de água existentes, também foram concluídas 95 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, de 4 de maio de 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 de água entre a comunidade indígena.

Embora sejam visíveis os desafios que se impõem à execução do monitoramento da qualidade de água nas aldeias, a Sesai, juntamente aos Dsei, tem empreendido esforços na elaboração de estratégias que alavanquem o desenvolvimento da agenda e a cobertura do monitoramento às aldeias.

Vale apontar que, no ano de 2024, foram efetuadas 8.368 visitas para a coleta e a análise da qualidade da água em aldeias indígenas, abrangendo um total de 291 aldeias monitoradas, considerando o critério de frequência (monitoramento em pelo menos nove meses, para Dsei com logística majoritariamente terrestre, e seis meses para Dsei com logística majoritariamente aérea ou fluvial) e número de análises (pelo menos três dos seis parâmetros sentinelas analisados: turbidez, pH, cor, cloro livre, coliformes totais e *Escherichia coli*). Esse quantitativo corresponde a 4,37% do total de

aldeias. Em 2024, a Coordenação de Saúde Ambiental trabalhou para viabilizar análises de agrotóxicos e metais na água, em resposta a diversas denúncias de contaminação na água consumida pelas populações indígenas. Nesse sentido, incluiu a atividade "Realizar estudos para embasamento de projeto de implantação de monitoramento da qualidade da água nas aldeias" da Meta 2 do TED 60/2023 firmado entre a Sesai e a Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec). À luz disso, buscou-se apoio logístico para transporte de amostras com a Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública, bem como reuniões com laboratórios de referência, como o Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) e o Instituto Evandro Chagas (IEC), para definir condições e necessidades para a realização das análises requeridas. Ainda, realizaram-se reuniões de aproximação com a Coordenação-Geral de Vigilância Ambiental em Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama) para possíveis parcerias. A equipe ainda participou de cursos de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos e de Monitoramento de Populações Expostas ao Mercúrio.

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) ou Solução Alternativa Coletiva de Abastecimento de Água (SAC), 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 realiza, prioritariamente, a captação subterrânea da água e, geralmente, emprega a desinfecção (cloração) como tratamento. Entretanto é importante lembrar que há diversas possibilidades de tratamento da água, e a escolha dependerá das características locais (bacia hidrográfica, particularidades étnicas e culturais da população indígena, entre outras).

Em 2024, do total de aldeias indígenas com infraestruturas de abastecimento de água instaladas, 1.888 (58,58%) possuíam 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 na aplicação do hipoclorito de sódio 2,5% para a filtração e a desinfecção da água, respectivamente.

Gerenciamento de Resíduos Sólidos

A implementação do gerenciamento de resíduos sólidos (GRS) caracteriza-se por um rol de atividades realizadas nas aldeias e depois apresentadas em relatórios. Entre as atividades contabilizadas, foram realizadas:

- 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.
- Implementação de processos simplificados de logística reversa, compostagem de resíduos orgânicos, implantação de hortas e roças comunitárias associadas à compostagem.
- Promoção de atividades voltadas à triagem, ao reaproveitamento e à destinação dos recicláveis à cadeia local de reciclagem.
- Logística reversa de alguns itens, como, por exemplo, de baterias por meio de papa-pilhas.

Em 2024, a implementação do GRS foi realizada, em média, em 3,59% das aldeias do País, com ações de inspeção sanitária pelo menos uma vez ao ano.

Adicionalmente, para o ano de 2024, foram executadas 44 atividades de esgotamento sanitário na saúde indígena, sendo destas sete obras concluídas de Melhorias Sanitárias Domiciliares (MSD), das quais quatro são oriundas do novo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC).

Educação em Saúde Voltada ao Saneamento

A Sesai apoiou a realização de capacitações em saneamento ambiental, ao longo de 2024, promovidas pelos Dsei. As capacitações foram realizadas em modalidades distintas, incluindo formatos presenciais e virtuais. Ainda, foram realizadas, até o mês de dezembro, 100 ações de caráter educativo (capacitação/qualificação profissional/atividades de capacitação em aldeia indígena) voltadas ao saneamento, com 2.546 profissionais e trabalhadores qualificados. Nas ações de capacitação/qualificação profissional, são difundidos conceitos e práticas voltados aos aspectos de saneamento ambiental nas aldeias e unidades de saúde indígenas, buscando promover maior efetividade na participação popular e das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (Emsi).

Controle Social

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnapi) 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.

Conforme a Portaria n.º 3.021, de 4 de novembro de 2020, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 4, de 28 de setembro de 2017, 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:

➤ O CLSI permanente e consultivo é composto exclusivamente por representantes indígenas, com competência de manifestar e acompanhar as ações e os serviços de Atenção à Saúde Indígena e determinantes ambientais nas comunidades.

➤ O Condisi tem caráter deliberativo e sua composição é paritária, sendo 50% de representantes de usuários; 25% de representantes que compõem a força de trabalho que atuam na Atenção à Saúde Indígena nos Dsei; e 25% de representantes dos governos municipais, estaduais, federal e prestadores de serviços conveniados na área de saúde indígena. Compete a essa instância acompanhar e monitorar a execução das ações de atenção integral à saúde indígena e determinantes ambientais, bem como a execução financeira dos Dsei.

➤ O FPCondisi assessora a Sesai em relação à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnapi), no âmbito do SasiSUS, em consonância com os CLSI. Composto pelos 34 presidentes de Condisi, promove o fortalecimento e a articulação política do controle social no âmbito da gestão participativa do SasiSUS e do SUS, em consonância com as diretrizes estabelecidas nas Conferências Nacionais de Saúde e nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena.

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, do monitoramento e do controle da sua execução, em todos os níveis de governo. A participação do controle social da saúde indígena também se estende em assegurar assentos nos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, pois a atenção à saúde de média e alta complexidade nas comunidades indígenas é executada pelas unidades de saúde nas esferas municipais e estaduais.

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 da fiscalização dos serviços e das ações de saúde in loco.

As reuniões dos CLSI ocorrem conforme a organização social de cada povo indígena, podendo ser realizadas nas aldeias, nos polos-base de saúde indígena 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 que as proposições sejam inseridas e acompanhadas junto aos Planos Distritais de Saúde Indígena e, anualmente, pelos Planos de Trabalho dos Dsei.

Tabela 86 – Reuniões das instâncias colegiadas de participação e controle social

Instâncias colegiadas de participação social	Total de reuniões programadas	Total de reuniões executadas	%
CLSI	503	350	69,58%
Condisi	89	80	89,88%
FPCondisi	3	3	100%

Fonte: Transferegov.br.

Observou-se, em 2024, que a execução das atividades de participação e controle social na saúde indígena, em relação ao ano anterior, obteve um progresso satisfatório, com aumento de 5,78% das reuniões de Condisi e de 33,34% das reuniões de FPCondisi. Houve, ainda, progresso na execução das qualificações das instâncias colegiadas, sendo 9% de qualificação dos conselheiros distritais e 8,01% de conselheiros locais de saúde indígena. Foram programadas 32 qualificações de Condisi e executadas 19 (59%), com 686 conselheiros distritais de saúde indígena qualificados. Para os CLSI, foram programados 503, sendo realizados 350 (69,58%), com 2.031 conselheiros locais de saúde indígena qualificados.

Ressalta-se que as capacitações realizadas contribuem para o envolvimento e a atuação qualificada de participação dos conselheiros nos âmbitos de atuação local, distrital e nacional.

Realizaram-se, nos polos-base de saúde indígena, visitas técnicas nas abrangências dos Dsei, com o quantitativo de 525 visitas técnicas, conforme as demandas e urgências locais.



2.6 Aprimoramento da Gestão, do Trabalho e da Educação na Área da Saúde

2.6.1 Relatório Anual de Gestão de Estados e Municípios

O Ministério da Saúde possui a meta no Plano Nacional de Saúde 2024-2027 de "Aumentar o número de entes federados com Relatório de Gestão encaminhado para apreciação no Conselho de Saúde". Essa meta reflete a intenção de apoiar os entes federados no atendimento ao disposto na legislação federal, Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, relativo ao planejamento do SUS. Nesse sentido, foram desenvolvidas ações direcionadas a promover a elaboração e o registro dos instrumentos de planejamento do SUS pelos estados e municípios no sistema DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP). Além disso, as ações viabilizam o monitoramento, em acesso público na Sala de Apoio à Gestão Estratégica, dos instrumentos de planejamento, bem como o acompanhamento da aprovação destes, pelos respectivos Conselhos de Saúde. Disponível em:

<https://novasage.saude.gov.br/situacao-dos-instrumentos-de-planejamento-do-sus?tab=6616a2f39488a51b351398ef>

Para o ano de 2024, a meta estabelecida foi de 4.476 entes federados com o Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2023 encaminhado ao Conselho. Esta meta foi superada, tendo alcançado 106,81%, com o total de 4.781 entes federados que encaminharam o RAG 2023 para análise dos respectivos Conselhos de Saúde, sendo 4.754 municípios e 27 unidades federativas.

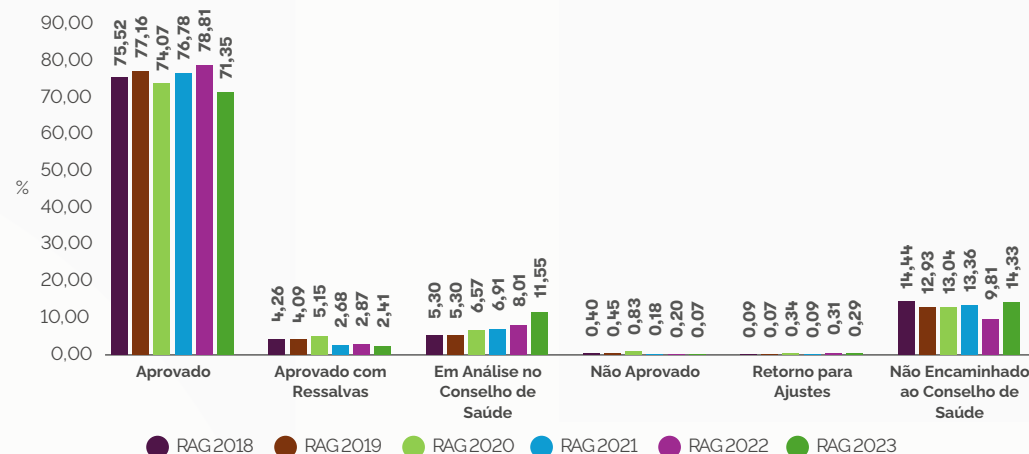
O DGMP recebe informações dos documentos referentes a 2018 em diante. Desde junho de 2020, tem sido elaborado, mensalmente, o *Boletim Informativo: situação dos instrumentos de planejamento*. Esse boletim é enviado a todas as secretarias do Ministério da Saúde, aos Serviços de Articulação Interfederativa e Participativa (Seinp) e às Superintendências Estaduais do Ministério da Saúde (Sems), 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, divulgação e fortalecimento das ações conjuntas no território. O boletim está disponível para consulta em acesso público na biblioteca do DGMP:

<https://digiSUSgmp.saude.gov.br/informacao/biblioteca>

Para o ciclo de planejamento 2024 a 2027, o Ministério da Saúde manterá a meta de ampliar o número de entes federados com Relatório de Gestão encaminhado para apreciação no Conselho de Saúde. Para isso, estão previstas ações em conjunto com Conass, Conasems, CNS

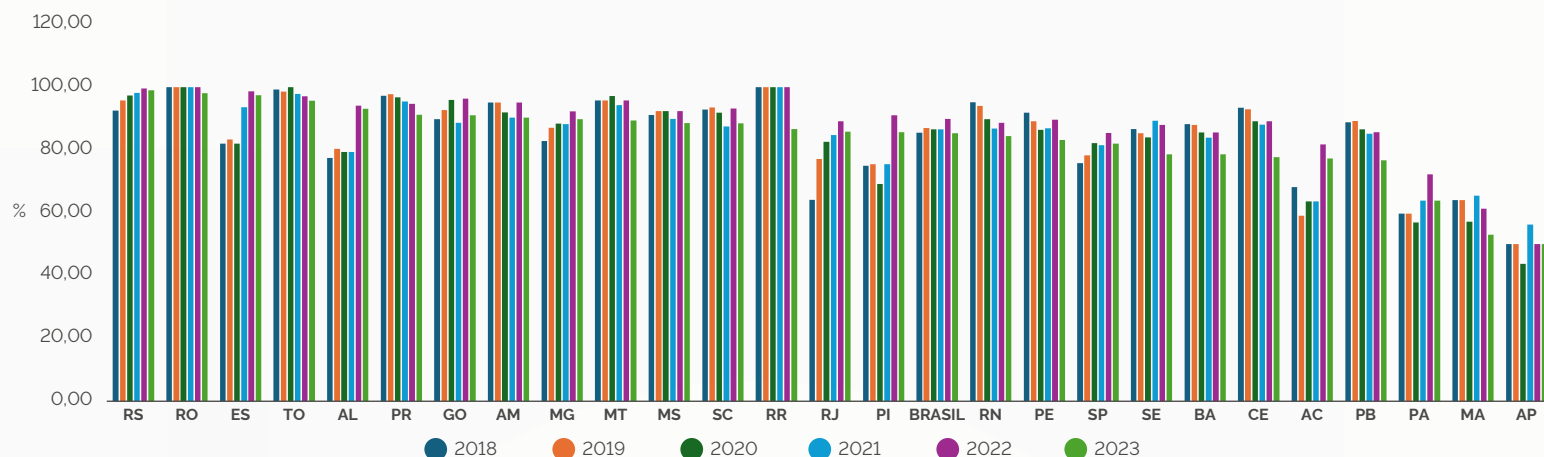
e Cosems. A principal delas prevê a capacitação, até o final de 2027, de 16.785 gestores, técnicos da área de planejamento e conselheiros de saúde para elaboração e apreciação dos instrumentos de planejamento do SUS (Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório de Gestão).

Gráfico 110 – Situação do Relatório de Gestão dos municípios por status – 2018 a 2023



Fonte: DGMP. Dados coletados em 31/12/2024.

Gráfico 111 – Proporção de municípios que encaminharam o Relatório de Gestão para análise do Conselho de Saúde por estado – 2018 a 2023



Fonte: DGMP. Dados coletados em 31/12/2024.

2.6.2 Planejamento da Força de Trabalho em Saúde

O Planejamento da Força de Trabalho em Saúde (PFTS) é uma abordagem essencial para melhorar a qualidade e o fortalecimento do SUS, permitindo que os gestores avaliem tanto a oferta quanto a demanda de profissionais necessários para atender às demandas de saúde. Em 2024, realizou-se um conjunto abrangente de ações voltadas para a potencialização das capacidades institucionais dos territórios, promovendo a qualificação da força de trabalho e contribuindo para o aprimoramento das políticas públicas no setor da saúde. Entre as principais iniciativas, destacou-se a criação de dispositivos inovadores para o planejamento e dimensionamento da força de trabalho em saúde. O mapeamento e o levantamento desses dados constituem ferramenta essencial para a

realização de estudos e pesquisas voltados para o planejamento e o dimensionamento da força de trabalho no SUS.

- **Sistema para Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde (SisDim):** disponibiliza um catálogo de metodologias para ajudar gestores a estimar a força de trabalho necessária em diferentes territórios, levando em conta as necessidades regionais. Ele oferece suporte prático para tomadas de decisão, promovendo um planejamento eficiente, alinhado às especificidades epidemiológicas e socioeconômicas.
- **Sistemas de Informação em Dimensionamento (Dimi):** é um sistema colaborativo de suporte no qual as informações de todas as etapas do processo de dimensionamento são armazenadas para

possibilitar aos usuários o desenvolvimento gradual e a consulta, sempre que necessário.

- **Demografia das profissões da saúde:** tem o objetivo de identificar e caracterizar a força de trabalho no Brasil. As demografias das profissões descrevem o perfil demográfico dos profissionais de saúde nos campos da medicina, enfermagem e odontologia. Os estudos têm como escopo a análise da estrutura e da dinâmica dos mercados de trabalho, a identificação das áreas de vulnerabilidade social e escassez de profissionais, além dos dados sociodemográficos, distribuição geográfica e formação educacional.

A criação da Comissão Nacional para Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho no SUS (CPDFT-SUS), instituída pela Portaria n.º 3.225, de 19 de março de 2024, tem

como objetivo instituir uma instância colegiada responsável por elaborar, avaliar e propor dispositivos normativos e gerenciais para o planejamento e o dimensionamento da força de trabalho em saúde no âmbito do SUS.

É importante destacar, também, outros esforços relevantes no campo do PFTS, como o Censo da Força de Trabalho em Saúde, a Análise dos Modelos de Gestão no SUS e a Análise do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil, e iniciativas como o desenvolvimento da metodologia de Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho na Saúde Indígena (PDFTSI) e a Formação em Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde no SUS.

2.6.3 Regulação e Democratização do Trabalho na Saúde

A Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), reinstalada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2023, realizou seis reuniões entre 2023 e 2024. Durante a 91ª reunião ordinária, cinco estados (AM, AP, ES, DF e RN) aderiram formalmente ao Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS), que passa por um processo de reestruturação. Nesse período, foram revisados e republicados os Protocolos n.º 002/2024 e n.º 003/2024, com diretrizes para as Mesas Subnacionais e o SiNNP-SUS.

Em 2024, aprovou-se o Protocolo n.º 010/2024, que estabelece princípios para a negociação do trabalho e da educação na saúde, além da atualização do Protocolo n.º 008/2011, referente

à promoção da saúde dos trabalhadores do SUS. Também foi aprovado o Protocolo n.º 011/2024, com diretrizes para a negociação no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), e reinstalada a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS). A CRTS tem caráter consultivo e permanente que busca assegurar, no exercício das profissões da saúde, a aplicação dos princípios do SUS e das melhores práticas, promovendo a convergência entre normas jurídicas, formação profissional e atuação no setor.

2.6.4 Gestão e Valorização do Trabalho na Saúde

Em 2024, diversas iniciativas foram desenvolvidas para fortalecer a saúde, a segurança e as relações de trabalho no SUS. A **Portaria GM/MS n.º 3.115, de 23 de janeiro de 2024**, instituiu a Comissão Técnica responsável pela elaboração do **Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde e Segurança do Trabalhador e da Trabalhadora do SUS (Pnaist/SUS)**. O processo de construção do programa foi altamente participativo, com oficinas realizadas em todos os 26 estados e no Distrito Federal. O **Pnaist/SUS** visa promover ambientes de trabalho mais saudáveis, ampliar o acesso a serviços de saúde integral e melhorar a proteção e o bem-estar dos profissionais do SUS.

Ainda em janeiro, a **Portaria GM/MS n.º 3.100** criou a **Comissão para Discussão e Elaboração de Proposta de Carreira no Âmbito do SUS (CDEPCA/SUS)**. Durante seis reuniões ordinárias, com a participação de entidades como o Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (Dieese), o Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos (MGI) e a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), os subgrupos de trabalho discutiram modelos de contratação, estrutura salarial e estratégias de valorização dos trabalhadores. O resultado dessas discussões foi compilado no documento **Síntese das Discussões CDEPCA/SUS**, que servirá como base para a continuidade dos trabalhos.

Paralelamente, foi instituído o Grupo de Trabalho para a Criação do Programa de Prevenção e Enfrentamento ao Assédio e às Discriminações no Trabalho na Saúde (PEADTS). Este programa, atualmente em fase de validação, será o plano setorial do Ministério da Saúde para combater o assédio moral, sexual e outras formas de violência no ambiente de trabalho, alinhando-se ao Programa Federal de Prevenção e Enfrentamento ao Assédio e à Discriminação, estabelecido pelo Decreto n.º 12.122, de julho de 2024.

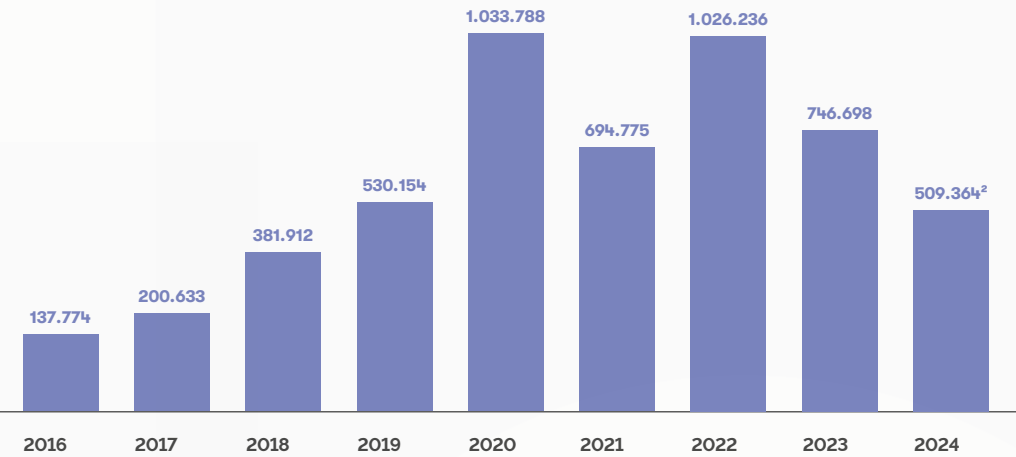
2.6.4.1 Assistência financeira complementar da União destinada ao cumprimento do piso salarial nacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras

O governo federal reconhece a importância das(os) profissionais de enfermagem — enfermeiras(os), técnicas(os), auxiliares e parteiras — para a garantia do direito à saúde no SUS, reafirmando o compromisso com a implementação do Piso Nacional da Enfermagem. O benefício abrange profissionais das esferas federal, estadual, municipal e distrital, além daqueles que atuam em instituições filantrópicas contratualizadas com Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (Cebas-SUS) ou que atendem, pelo menos, 60% dos usuários pelo SUS. Em 2024, foram destinados recursos em assistência financeira complementar para viabilizar o piso salarial da categoria. Além disso, as Caravanas do Piso percorreram as 27 unidades federativas, prestando esclarecimentos e acolhendo demandas de 3,5 mil profissionais responsáveis pelo preenchimento do sistema InvestSUS. Como resultado, cerca de 1,1 milhão de trabalhadoras(es) são cadastradas(os) mensalmente no sistema.

2.6.5 Qualificação Profissional

O ordenamento para a formação de recursos humanos é uma das atribuições do SUS. Nesse sentido, a qualificação profissional está relacionada à formação, à capacitação e à educação permanente dos trabalhadores da saúde. Como desafio, destaca-se a busca pela aproximação das necessidades de saúde dos indivíduos ao conjunto de competências dos trabalhadores da saúde, levando-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. Em 2024, um total de 509.364 profissionais foi qualificado, sendo 508.930 por meio de cursos na modalidade de educação a distância (EaD), além da formação de 434 educadores pelo Programa Agentes de Educação Popular em Saúde (AgPopSUS).

Gráfico 112 – Evolução do número de profissionais de saúde e gestores qualificados – 2016 a 2024¹



Fontes: Relatório Consolidado das Plataformas Educacionais UNA-SUS, AVASUS, UniverSUS e CVSP/Opas/OMS e Relatório Técnico de Acompanhamento Fiotec/2024.

¹ As qualificações realizadas por meio da Plataforma UniverSUS foram contabilizadas até o ano de 2023, enquanto as realizadas pelo Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AVASUS) foram contabilizadas até fevereiro de 2024.

² O total geral de profissionais qualificados em 2024 é de 509.364, dos quais 508.930 são gestores, usuários e estudantes qualificados em cursos EaD, sendo 451.817 pela UNA-SUS, 56.490 pelo AVASUS e 623 pelo CVSP/Opas, além de 434 qualificados em Educação Popular pelo AgPopSUS.

Em referência à qualificação e ao acesso à formação profissional técnica de nível médio na área da saúde, visando à melhoria das práticas do cuidado no SUS, o Ministério da Saúde deu continuidade ao Programa Mais Saúde com Agente, com o objetivo de ampliar e aprimorar a formação técnica dos agentes comunitários de saúde (ACS) e dos agentes de combate às endemias (ACE) para o triênio 2024-2026.

Tabela 87 – Número de alunos matriculados e preceptores inscritos no Programa Mais Saúde com Agente – 2024

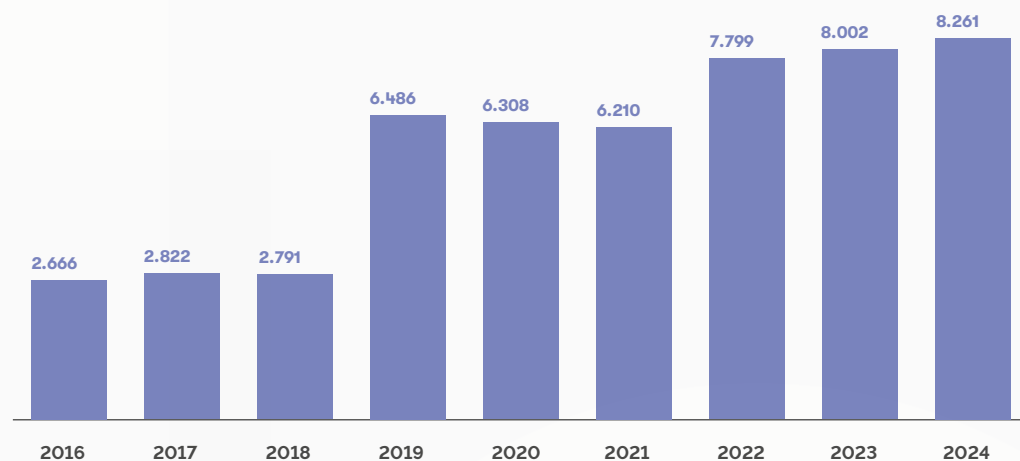
Região	Alunos	Preceptores
Centro-Oeste	10.782	713
Nordeste	45.051	4.822
Norte	18.655	1.052
Sudeste	53.837	4.060
Sul	16.492	1.267
TOTAL	144.817	11.914

Fonte: Relatório Técnico de Acompanhamento da UFRGS.

Outras ações importantes para o fortalecimento de áreas estratégicas do SUS são seus programas, como o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon), o Programa Nacional de Vivências no SUS, o Programa Nacional de Apoio à Permanência, Diversidade e Visibilidade para Discentes na Área da Saúde (AfirmaSUS) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde).

O PET-Saúde promove a integração ensino-serviço-comunidade por meio da educação pelo trabalho, oferecendo bolsas de iniciação ao trabalho, tutoria acadêmica, preceptoria e, recentemente, a modalidade de orientador de serviço (representantes da sociedade civil organizada). Entre 2008 e 2024, foram lançadas 11 edições, com o edital de 2023 selecionando 150 projetos, 664 grupos tutoriais e beneficiando 8.261 bolsistas em todas as regiões do Brasil. As Portarias Interministeriais MS/MEC n.º 1.328 e n.º 1.329, de 27 de outubro de 2023, ampliaram o perfil de participação de estudantes de diversas áreas, como ciências humanas, sociais, exatas e tecnológicas, em atividades na saúde.

Gráfico 113 – Evolução do número de bolsistas beneficiados em ações do PET-Saúde – 2016 a 2024



Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Gerenciais do PET-Saúde (Sigpet).

Nota: retifica-se o número de bolsistas beneficiados em 2021, conforme informado no Relatório de Gestão 2023, de 6.388 para 6.210. Justifica-se pela revisão do quantitativo realizada pela área técnica.

2.6.6 Residências em Saúde

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Residências em Saúde do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Cgres/Deges/SGTES/MS), coordena e fomenta ações estratégicas, projetos, programas e políticas públicas no âmbito da Residência Médica e da Residência em Área Profissional da Saúde (Multiprofissional e Uniprofissional).

Entre suas ações prioritárias, destacam-se o incentivo à formação de especialistas na modalidade residência em áreas e regiões prioritárias para o SUS (Pró-Residências), o incentivo ao aperfeiçoamento de preceptores de residências em saúde e as ações de apoio à criação e à implementação de novos programas de residência em áreas estratégicas para o SUS.

A formação desses especialistas é uma agenda estratégica e essencial para a qualificação do cuidado e o fortalecimento do SUS.

Pró-Residências – Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas e Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde

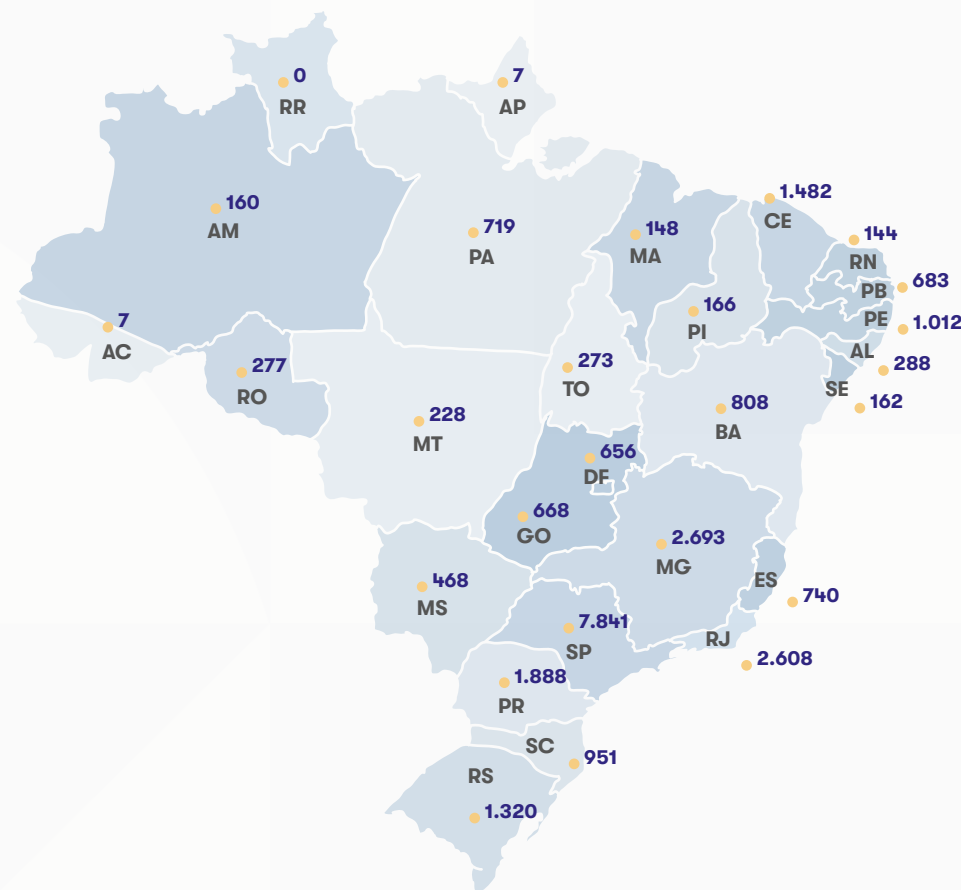
Lançados em 2009, o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência Médica) e o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (Pró-Residência em Área Profissional da Saúde) têm como objetivo incentivar a formação de especialistas e promover a inserção qualificada dos jovens profissionais de saúde no mercado de

trabalho, com foco especial nas áreas e regiões prioritárias do SUS.

Em 2024, foram publicados os editais voltados para os Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde (Uniprofissional e Multiprofissional), com o objetivo de incentivar

a formação de especialistas. Ambos registraram aumento nas solicitações de bolsas em relação a 2021, com destaque para a Residência Médica. Em dezembro de 2024, o SIG-Residências registrou 26.397 residentes ativos vinculados ao Pró-Residência, sendo 17.457 médicos e 8.940 em Área Profissional da Saúde.

Figura 45 – Residentes com bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde – 2024



Fonte: SIG-Residências.

2.6.6.1 Incentivo para qualificação e fortalecimento dos Programas de Residência Médica e de Residência em Área Profissional da Saúde

O Ministério da Saúde, por meio da SGTES/MS, publicou o Edital SGTES/MS n.º 2, em 20 de fevereiro de 2024, para a seleção de preceptores de Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde (uniprofissional e multiprofissional), visando qualificar profissionais para promover a integração entre ensino e serviço nos territórios de saúde, fortalecendo a formação em saúde e contribuindo para a melhoria dos serviços oferecidos à população. O público-alvo prioritário incluiu preceptores de Programas de Residência Médica ou em Área Profissional da Saúde vinculados a instituições públicas ou privadas sem fins lucrativos, credenciadas, respectivamente, pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) ou pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMS).

O curso, com 245 horas de carga horária distribuídas em seis meses, foi oferecido na modalidade EaD e contou com 2.800 vagas. Destas, 2.770 foram preenchidas, e 2.663 participantes concluíram o curso. Os participantes receberam um incentivo financeiro de R\$ 2.100 por mês.

Tabela 88 – Número de concluintes do Curso de Aperfeiçoamento Multiprofissional de Preceptores para Integração Ensino e Serviço nos Territórios de Saúde por Unidade Federativa

N.º de concluintes			
AC	28	PB	129
AL	67	PE	630
AM	51	PI	64
AP	11	RN	184
BA	306	RO	65
CE	432	RR	3
DF	1	SE	77
MA	156	TO	59
PA	400		
BRASIL: 4.781			

Fonte: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS).

2.6.6.2 Apoio do Ministério da Saúde para a criação e a implementação de novos programas de residência em saúde em áreas estratégicas para o SUS

As ações de apoio à criação e à implementação de novos programas de residência em saúde visam à expansão e ao alinhamento desses programas às necessidades de saúde e às políticas do SUS, qualificando profissionais para uma atuação mais efetiva e contextualizada.

Em 2024, a SGTES/MS realizou duas oficinas, cada uma com 60 participantes, focadas em saúde mental, campo, águas, florestas e saúde indígena. O objetivo foi estimular a criação de programas nessas áreas e promover o diálogo e a construção coletiva entre representantes de diferentes instituições e áreas técnicas do Ministério da Saúde. As oficinas também serviram para o compartilhamento de boas práticas e experiências de programas de residência em saúde do SUS, com destaque para a expertise na área e a participação de atores interessados na abertura de novos programas.

Em 2024, a SGTES/MS, em colaboração com a Secretaria de Educação Superior (Sesu/MEC), atuou na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e na Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), espaços responsáveis pela regulação e pela avaliação das instituições e dos programas de residência.

2.6.7 Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização da Trabalhadora no SUS

Instituído em março de 2023, o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização da Trabalhadora no SUS busca enfrentar desigualdades nessas áreas, promovendo estratégias e políticas públicas para combater iniquidades sociais, sob coordenação da SGTES/MS.

Esse programa reconhece o comprometimento dos entes governamentais com a incorporação da perspectiva de gênero, raça e etnia nas políticas públicas, considerando todas as diversidades – raça e etnia, gerações, classe, orientação sexual, identidade de gênero e deficiência – e que as trabalhadoras e os trabalhadores do SUS são plurais, portanto as políticas propostas devem levar em consideração as diferenças existentes entre elas e eles.

No primeiro ano, em 2023, foram desenvolvidas ações estratégicas com vistas à implantação do Programa. As atividades foram conduzidas em três frentes de trabalho, a saber: I) oficinas nacionais e regionais realizadas por meio do Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (Haoc); II) lançamento do aplicativo Equidade SUS para 100% dos estados e municípios brasileiros; e III) abertura de chamadas públicas para seleção e execução de projetos por organizações da sociedade civil; secretarias municipais e estaduais de saúde e instituições de ensino superior.

No segundo ano de vigência do programa, em 2024, houve fortalecimento e expansão das ações estratégicas voltadas à implementação, com o intuito de capilarizar o programa nos territórios. Além disso, parcerias foram firmadas, para o triênio 2024-2026, via Proadi-SUS, com hospitais de excelência: Haoc e Hospital Sírio-Libanês. Os eixos de ações desenvolvidas ao longo do ano incluem: territorial, formação, estratégias digitais, pesquisa, produção de conhecimento e articulação internacional.

a) Eixo territorial

No eixo territorial, por meio de articulação interinstitucional e iniciativas integradas, foram promovidas ações que fortaleceram o diálogo com os estados e as regiões, a institucionalização de estruturas de governança para a equidade e o aprimoramento das capacidades locais de gestão do trabalho e da educação em saúde.

Encontros presenciais nos territórios

Foram realizados dois encontros presenciais: um de abrangência nacional e outro voltado para os estados da Região Norte.

O Encontro Nacional de Equidade no Trabalho e na Educação no SUS, realizado um ano após o lançamento do programa, teve como objetivo avaliar as ações da SGTES e dos grupos de trabalho formados nas oficinas de 2023. O evento também procurou fortalecer o diálogo entre as representações de diferentes segmentos

nos estados e nas regiões do País. Durante o encontro, foi proposta a criação dos Comitês Estaduais de Equidade no âmbito da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Gtes).

A Oficina da Região Norte, realizada no final do ano, marcou a retomada das oficinas regionais do Programa de Equidade. O encontro serviu como espaço de escuta ativa e acolhimento das demandas locais, fortalecendo a articulação entre a gestão federal, estadual e a sociedade civil da região. A oficina também incentivou a criação dos Comitês Estaduais de Equidade e o acompanhamento das ações no âmbito da Gtes nos territórios.

Comitês Estaduais de Equidade no âmbito da Gtes

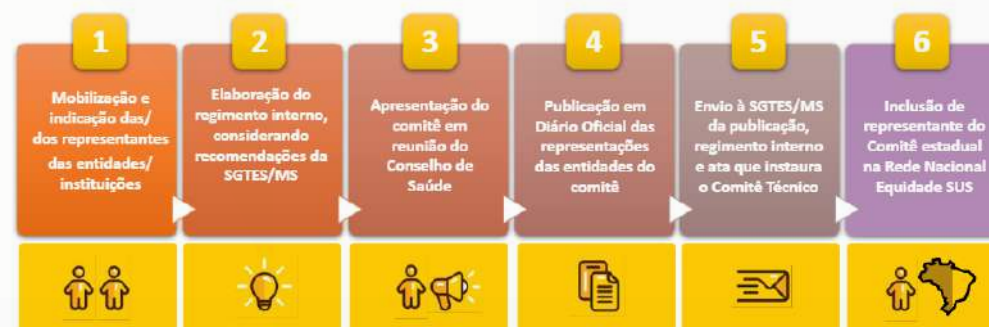
A SGTES, por meio da **Orientação Técnica MS n.º 04/2024**, estabeleceu a criação de Comitês de Equidade no âmbito da Gtes como uma estratégia para a implementação do programa nos territórios. A Orientação Técnica apresenta diretrizes detalhadas para a instituição desses Comitês, visando promover a equidade de gênero, raça, etnia e combater as diversas formas de violência, preconceito e discriminação no ambiente de trabalho no SUS. O documento também especifica as atribuições, recomendações sobre a composição e orientações para o funcionamento dos Comitês.

A fim de viabilizar a instituição dos Comitês, foi realizada a reconfiguração da estrutura existente para oferecer apoio aos estados. Esse apoio institucional, uma estratégia de gestão, articula todas as ações e programas da SGTES nos estados. Ele é representado por uma dupla composta por um(a) trabalhador(a) do **Departamento de Gestão da Educação (Deges)** e um(a) do **Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho (Degerts)**, ambos também atuando como referências para a elaboração e o monitoramento dos **Planos Estaduais de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Pegtes)**.

Além disso, conforme o Edital Haoc n.º 16/2024, foram selecionadas articuladoras territoriais para apoiar as atividades de educação permanente, planejamento e monitoramento, oferecendo suporte essencial na instauração dos Comitês.

A atuação integrada entre apoio institucional, articuladora territorial e equidade, transversalizando as ações da Gtes, apresenta como entrega os produtos, como a implantação dos Comitês em todos os estados, a execução dos Pegtes, o desenvolvimento de projetos das chamadas públicas e outras ações estratégicas da SGTES nos territórios.

Figura 46 – Fluxo de instauração dos Comitês Estaduais de Equidade no âmbito da Gtes



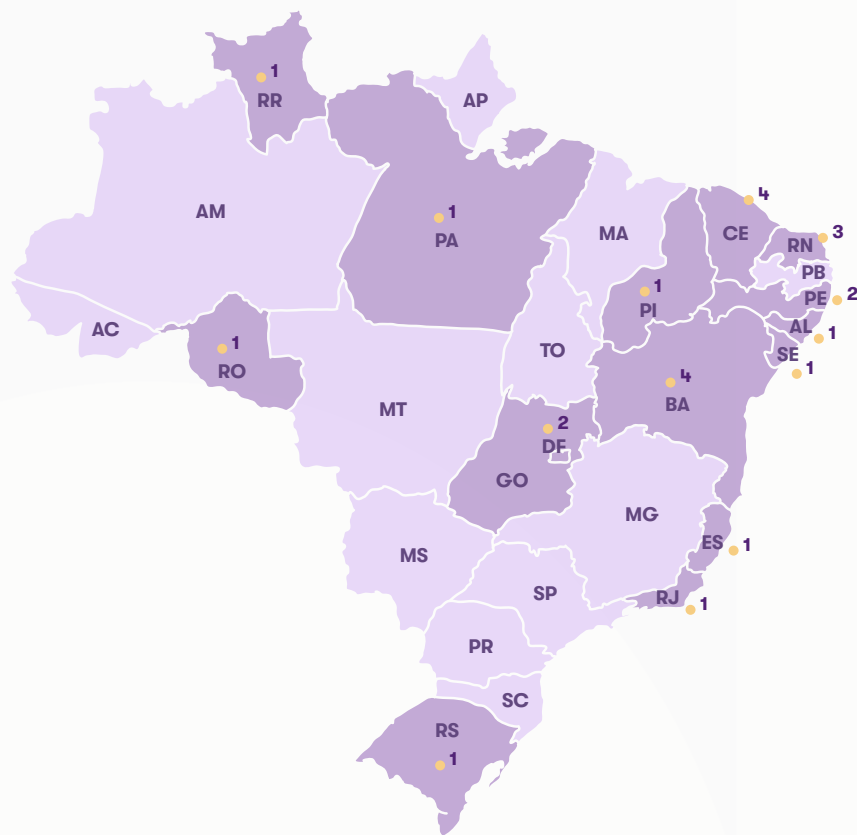
Fonte: Codites/SGTES, dezembro de 2024.

Até o presente momento, seis estados publicaram a portaria de instauração dos Comitês de Equidade em Diário Oficial do Estado, nas Regiões Norte e Nordeste, a saber: Alagoas, Bahia, Paraíba, Sergipe, Amazonas e Rondônia.

Chamadas públicas

Em 2023, a SGTES realizou chamadas públicas para a seleção de projetos voltados para organizações da sociedade civil, secretarias municipais e estaduais de saúde, escolas de saúde pública e instituições de ensino superior, tanto estaduais quanto federais. As propostas apresentadas deveriam abranger um ou mais dos seguintes eixos: 1) Formação e qualificação; 2) Estratégias de enfrentamento à violência no âmbito do trabalho em saúde; 3) Comunicação em saúde; e 4) Pesquisa em saúde. Ao longo de 2023, foram celebrados 16 projetos por meio de Termos de Execução Descentralizada (TED) e convênios. Para 2024, foram firmados oito novos projetos com organizações da sociedade civil, por meio de termos de fomento. Somando-se os 8 projetos de 2024 aos 16 de 2023, o total de projetos celebrados chega a 24.

Figura 47 – Distribuição dos 24 projetos celebrados das chamadas públicas, por estado



Fonte: Codites/SGTES.

Quadro 27 – Propostas selecionadas para celebração de termos de fomento com a SGTES no âmbito do Programa Nacional de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras e Trabalhadores do SUS, por eixo

UF	MUNICÍPIO	TÍTULO DA PROPOSTA	EIXO
DF	Brasília	Observatório da Violência de Gênero sofrida pelas Trabalhadoras da Enfermagem do SUS do Distrito Federal: conhecendo fatores de risco e criando estratégias de enfrentamento	1, 2, 3, e 4
PA	Ananindeua	EquiSaúde – Promoção da Equidade de Gênero e Enfrentamento das Discriminações no SUS	1
RR	Boa Vista	Quebrando Barreiras no SUS de Roraima	1 e 3
RN	Natal	Vozes do SUS	1, 3 e 4
CE	Sobral	Projeto Dandara dos Palmares	2, 3
PE	Recife	Saúde, qualidade de vida e relações de trabalho: um olhar sobre as trabalhadoras do Subsistema de Saúde Indígena do Nordeste	4
ES	Cachoeiro de Itapemirim	Ciranda da Equidade – técnicas de proteção e valorização étnico-racial das trabalhadoras do SUS	1, 2 e 3
RJ	Rio de Janeiro	De Agente pra Gente: ações de comunicação de combate às iniquidades e de valorização das agentes de saúde do estado do Rio de Janeiro	3

Fonte: Codites/SGTES, dezembro de 2024.

1ª Conferência Livre Nacional de Equidade na Gestão do Trabalho e na Educação na Saúde

Entre os propósitos da 1ª Conferência Livre Nacional de Equidade no Trabalho, na Comunicação e na Educação (1ª CLNE), esteve a discussão de diretrizes e propostas para o aperfeiçoamento do Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde e das práticas de promoção da equidade em saúde, tendo em vista a garantia da implementação das ações de promoção da equidade e valorização de trabalhadoras e trabalhadores do sistema

público de saúde. Durante o encontro, os grupos de trabalho formados debateram e aprovaram diretrizes e propostas, que foram encaminhadas para a etapa nacional.

b) Eixo de formação

As diversas ações no eixo de formação estão alinhadas aos objetivos estratégicos do Programa Nacional de Equidade e ao compromisso da SGTES com a qualificação das trabalhadoras e dos trabalhadores do SUS. Por meio de iniciativas que promovam a educação pelo trabalho, a produção de conhecimento e a inclusão da temática da equidade nos processos formativos,

buscou-se fortalecer a gestão do trabalho e da educação na saúde, contribuindo para a redução das iniquidades e para a consolidação de práticas mais justas e inclusivas no âmbito do SUS.

Curso de aprimoramento e especialização em Equidade na Gestão do Trabalho e na Educação na Saúde

Outra iniciativa de formação da SGTES, em parceria com o Haoc, foi o lançamento do Edital n.º 045, de novembro de 2024, para o curso de aprimoramento e especialização em Equidade na Gtes, com a oferta de 800 vagas. A formação

tem como objetivo difundir conhecimentos e engajar trabalhadoras(es) e gestoras(es) do SUS, além de universidades e movimentos sociais que atuam nas pautas de gênero, identidade de gênero, sexualidade, orientação sexual, raça, etnia e pessoas com deficiência. Busca-se, assim, ampliar o debate sobre as iniquidades no trabalho no SUS, fomentar a construção de estratégias para o enfrentamento dessas desigualdades e violências, além de promover a produção de conhecimento no campo da Gtes no SUS.

A modalidade de especialização será oferecida a pessoas com nível superior completo; e a de aprimoramento, a pessoas com nível médio completo. O curso será no formato a distância (EaD), autoinstrucional. A seleção adotou critérios que consideraram as interseccionalidades dos sujeitos. Foram registradas 1.807 inscrições, sendo a maioria de pessoas pardas provenientes das Regiões Nordeste e Sudeste.

c) Eixo de estratégias digitais

O objetivo deste eixo é fortalecer a atuação da Secretaria, implementando inovações tecnológicas voltadas à promoção da equidade no trabalho e na educação em saúde no SUS. A utilização de tecnologias digitais visa ampliar o impacto das ações do Programa Nacional de Equidade.



Atualizações nas funcionalidades do app EquidadeSUS

Lançado em outubro de 2023, o aplicativo EquidadeSUS é uma das ações previstas no programa, conforme a Portaria GM/MS n.º 230, de 7 de março de 2023. O acesso é realizado pelo ConecteSUS Cidadão, do Ministério da Saúde, e o miniapp já contabiliza mais de 30.307 acessos. O desenvolvimento do aplicativo foi realizado em parceria com a Secretaria de Informação e Saúde Digital (Seidigi). Em 2024, iniciou-se o aperfeiçoamento da ferramenta, com a colaboração da SGTES, da Seidigi e o apoio do Hospital Sírio-Libanês, visando à inclusão de novas funcionalidades. Entre as melhorias, destacam-se a atualização do *quiz* e dos conteúdos disponíveis, como artigos, boletins informativos e campanhas. Além disso, a nova versão contará com podcasts e vídeos.

d) Eixo de pesquisa e produção de conhecimento

Por meio do Edital da Chamada n.º 22/2023, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Sectics), foi aprovado o projeto **Análise Ex Ante do Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras do SUS**, conduzido pela Fundação Getúlio Vargas (FGV). O objetivo do projeto é caracterizar as desigualdades de gênero entre trabalhadoras e trabalhadores do SUS, considerando as múltiplas dimensões e interseccionalidades, com foco no recorte temporal da última década (2012–2023).

O escopo do estudo foi estruturado em três etapas: i) análise inicial das desigualdades de gênero; ii) análise das desigualdades de gênero nas condições de trabalho; e iii) análise das interseccionalidades. Como fontes de dados, foram utilizadas a Relação Anual de Informações Sociais (Rais), a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad) e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), com o objetivo de examinar a composição da força de trabalho, as diferenças salariais, as jornadas, os contratos e os afastamentos, correlacionando essas variáveis com marcadores sociais.

e) Eixo de articulação internacional

A SGTES desempenhou um papel ativo na consolidação e no desenvolvimento da Rede Internacional de Trabalho Intersetorial e Participação Social para a Equidade em Saúde (Tipsesa), um espaço colaborativo que reúne diversos setores, atores e atrizes sociais com o propósito de fomentar ações conjuntas para reduzir desigualdades em saúde.

A Rede Tipsesa busca articular esforços entre governo, sociedade civil e instituições, promovendo a intersetorialidade e a participação social como bases estratégicas para a implementação de políticas e práticas equitativas, com foco nas populações vulnerabilizadas e no acesso justo e integral aos serviços de saúde.

Nesse contexto, a SGTES colaborou com os esforços conjuntos de outras secretarias do Ministério da Saúde, ministérios parceiros e organizações internacionais, compartilhando iniciativas de equidade implementadas no âmbito da gestão do trabalho e da educação em saúde, visando fortalecer a integração com as demais ações de equidade em saúde.



2.7 Informação e Saúde Digital

Em 2024, o processo de transformação digital do SUS foi coordenado pela Secretaria de Informação e Saúde Digital do Ministério da Saúde (Seidigi/MS), por meio do Programa SUS Digital, devidamente pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), instituído pela Portaria GM/MS n.º 3.232, de 1º de março de 2024, e regulamentado pela Portaria GM/MS n.º 3.233, de 1º de março de 2024, com o objetivo de ampliar o acesso da população às suas ações e serviços, com vistas à integralidade e à resolubilidade da atenção à saúde. O movimento de transformação digital representa potencial de ampliação do acesso e continuidade do cuidado em saúde no âmbito do SUS.

O Programa SUS Digital possui três eixos de atuação:

- **Eixo 1:** cultura de saúde digital, formação e educação permanente em saúde.
- **Eixo 2:** soluções tecnológicas e serviços de saúde digital no âmbito do SUS.
- **Eixo 3:** interoperabilidade, análise e disseminação de dados e informações de saúde.

Durante a fase de adesão ao programa, 100% dos estados, Distrito Federal e municípios aderiram a ele. Após essa etapa, as 120 macrorregiões de saúde entregaram o Diagnóstico Situacional do Território, e todos os 5.570 municípios, 26 estados e o Distrito Federal entregaram os seus respectivos resultados do Índice Nacional de Maturidade em Saúde Digital (INMSD), documentos norteadores para a elaboração dos Planos de Ação de Transformação para a Saúde Digital (PA Saúde Digital), por macrorregião de saúde.

Conforme a Portaria GM/MS n.º 3.233/2024, que regulamenta o programa, foi disponibilizado incentivo financeiro para custeio da elaboração dos PA Saúde Digital, transferidos em duas parcelas, sendo:

➤ **Primeira parcela:** repassada com a homologação da adesão dos entes ao Programa SUS Digital, conforme publicado na Portaria GM/MS n.º 3.534, de 12 de abril de 2024:

 <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3534-de-12-de-abril-de-2024-553936894>

➤ **Segunda parcela:** repassada com o envio do Diagnóstico Situacional, conforme publicado na Portaria GM/MS n.º 4.924, de 25 de julho de 2024:

 <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-4924-de-25-de-julho-de-2024-576310850>

Os entes encontram-se em fase de elaboração dos Planos de Ação por macrorregião de saúde, conforme Portaria GM/MS n.º 5.759, de 22 de novembro de 2024, que dispõe sobre o novo prazo para envio do PA Saúde Digital, com entrega até 17 de março de 2025. As ações serão realizadas no âmbito das macrorregiões. Dessa forma, a elaboração demandará uma abordagem colaborativa e participativa, envolvendo todos os atores necessários para a execução plena do PA Saúde Digital.

Programa (Trans) Formação para o SUS Digital

O Programa (Trans) Formação para o SUS Digital está situado no Eixo 1 do Programa SUS Digital, sendo considerado estruturante para sua implementação.

Suas principais metas estratégicas são:

- Fortalecer a educação interprofissional e o trabalho cooperativo em saúde, visando à formação de profissionais capazes de atuar em equipe nas diferentes realidades sociais, educacionais e sanitárias no campo da saúde digital.
- Apoiar grupos, núcleos e instituições de pesquisa e inovação, a fim de ampliar o conhecimento sobre o uso de tecnologias digitais em saúde.
- Promover cooperação técnica a partir de pesquisas inovadoras sobre as Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (Tdic) que produzam impacto no SUS, preferencialmente realizadas nos serviços públicos de saúde.



O programa tem como objetivo a formação crítica de usuários, estudantes, trabalhadores, profissionais e gestores para a transformação digital do Sistema Único de Saúde, no intuito de promover uma formação centrada nos princípios, nas diretrizes e nos conceitos do SUS.

2.7.1 Infraestrutura de Tecnologia da Informação e Comunicação

2.7.1.1 Estrutura de TI

O Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde SUS (DataSUS) compõe a Seidigi/MS e tem atribuições de gerenciar, desenvolver e apoiar as ações de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), além de gerir a plataforma de interoperabilidade, a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).

2.7.1.2 Governança e Gestão de Serviços de TIC

PAC Conectividade

O PAC Conectividade é uma iniciativa estratégica para fortalecer o SUS Digital, garantindo acesso à internet em Unidades Básicas de Saúde (UBS), principalmente em áreas rurais, remotas e periferias urbanas, promovendo inclusão digital e ampliando o acesso a serviços de saúde digital. Com foco na melhoria do atendimento para comunidades vulneráveis, o programa conta com um mapeamento inicial de 10 mil UBS com fragilidades na conexão e um plano para conectar 1.191 UBS em 12 meses, com investimento empenhado de R\$ 30 milhões em 2024.

Avanços do PAC Conectividade realizados em 2024:

- › Base de dados e conectividade: identificação das unidades-alvo com análise da base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes) e ações de conscientização para atualização de informações de conectividade das UBS.
- › Saneamento e localização: saneamento dos dados de localização, enriquecendo informações de latitude e longitude para maior assertividade em precificação e uso de recursos públicos.
- › Engajamento e validação: contato ativo com as unidades via *call center* para validação e entendimento estratégico dos dados.
- › Cruzamento de dados: enriquecimento das informações de localização com cruzamento de dados de escolas conectadas e análise da malha de fibra ótica.
- › Conexão satelital: articulação de dados estratégicos para identificação de UBS acessíveis apenas por satélite.
- › Análise de populações vulneráveis: elaboração do infográfico Brasil para identificar estados com maior índice de unidades desconectadas e análise de estabelecimentos indígenas sem conexão para composição do escopo.

- › Monitoramento e controle: desenvolvimento de BI (*Business Intelligence*) – Painel de Monitoramento e Controle, atualizado mensalmente conforme cronograma Cnes, consolidando visões estratégicas para acompanhamento da frente de conectividade.
- › Termo de Execução Descentralizada (TED) e plano de trabalho: análise, elaboração e construção do TED e do respectivo plano de trabalho, com o objetivo de descentralizar R\$ 30 milhões ao Ministério das Comunicações, visando conectar 1.191 UBS por meio do Programa de Governo Eletrônico – Serviço de Atendimento ao Cidadão (Gesac) Brasil com a Telebrás.

Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação do Ministério da Saúde (PDTIC/MS 2022-2024)

Foi realizada a revisão do Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação do Ministério da Saúde (PDTIC/MS 2022-2024), contemplando ajustes e realinhamentos necessários ao planejamento estratégico de TIC do Ministério. Além disso, foram concluídos o quarto e o quinto ciclos de monitoramento do plano, permitindo uma avaliação sistemática e contínua da execução das metas e iniciativas planejadas. Adicionalmente, iniciaram-se os trabalhos preliminares para elaboração do novo PDTIC/MS 2025-2027.

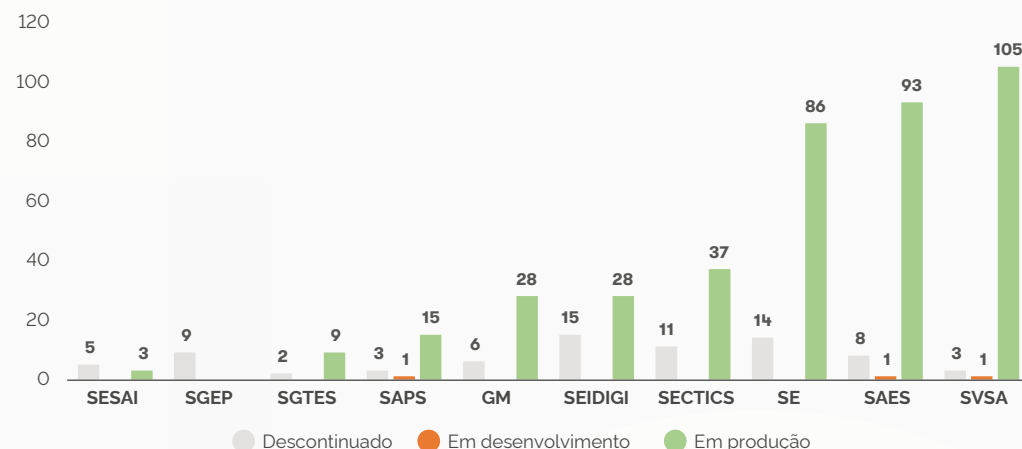
Comitês de Governança de Tecnologia da Informação

Em 2024, o Comitê de Governança Digital (CGD) realizou três reuniões trimestrais, conforme estipulado por normativas legais. O CGD apreciou itens focados em projetos e planos de TIC, orientando estratégias para fortalecer a transformação digital e o alinhamento institucional do Ministério da Saúde. Paralelamente, o Comitê Executivo de Tecnologia da Informação e Comunicação (Cetic) conduziu 11 reuniões ao longo do ano. O Comitê Gestor de Saúde Digital realizou 11 reuniões, mantendo a pauta em dia, e contando com o assessoramento de grupos de trabalho para temas como a segurança de rede e de dados, as aplicações da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), a governança de dados, entre outros.

Inventário de soluções em produção

O portfólio de soluções de TIC do DataSUS, gerido pela Seidigi/MS, constitui uma peça central na estrutura digital do MS, refletindo a complexidade e a abrangência das soluções tecnológicas adotadas para a gestão de saúde pública no Brasil. O portfólio abrange um total de 483 soluções digitais, que englobam sistemas, plataformas, portais e outros serviços de TIC.

Gráfico 114 – Soluções de TIC por status e secretaria – 2024



Fonte: Coordenação de Governança Estratégica em TIC – Cgov/Coordenação-Geral de Relacionamento, Governança e Projetos – CGRGP/DataSUS/Seidigi/MS.

2.7.1.3 Inovação em Informação e Informática na Saúde Digital

Rede Nacional de Dados em Saúde

A Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) é uma plataforma estratégica do governo federal voltada para a transformação digital da saúde no Brasil. Criada para promover a interoperabilidade entre os serviços de saúde públicos e privados, a RNDS possibilita a troca segura de informações clínicas, garantindo continuidade do cuidado e aprimoramento da qualidade assistencial.

Com um repositório nacional unificado, a plataforma fortalece a coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), impulsionando a eficiência e a resolutividade dos atendimentos.

Em 2024, avanços significativos consolidaram a RNDS como um elemento central na digitalização da saúde no Brasil. Com 2,4 bilhões de registros acumulados, 3.363 municípios integrados e mais de 40 mil estabelecimentos conectados, a plataforma ampliou sua capilaridade e seu impacto.

Figura 48 – Informações da RNDS

REGISTROS NA RNDS



Fonte: Coordenação-Geral de Inovação e Informática em Saúde (Cgiis/DataSUS/Seidigi/MS).

Federalização da RNDS

A Federalização da RNDS é uma iniciativa estratégica que integra o Programa SUS Digital, com o objetivo de garantir o direito de acesso aos dados de saúde, promover a continuidade do cuidado e fortalecer o SUS. A estruturação da Federalização da RNDS no âmbito do Programa SUS Digital segue quatro domínios principais: (i) institucional; (ii) governança; (iii) informação e informática; e (iv) comunicação. O terceiro domínio refere-se a "informação e informática", abrangendo a gestão e a interoperabilidade dos dados em saúde. O quarto domínio, "comunicação", trata das estratégias de disseminação e engajamento dos atores envolvidos.

Em 2024, o projeto avançou significativamente em sua etapa-piloto, que contou com a participação de oito estados: Bahia, Ceará, Goiás, Espírito Santo, Pernambuco, Piauí, Santa Catarina e Tocantins.

Ferramenta de avaliação da maturidade em saúde digital

O Índice Nacional de Maturidade em Saúde Digital (INMSD) foi instituído pela Portaria GM/MS n.º 3.727, de 21 de maio de 2024. Parte integrante do Programa SUS Digital, é um instrumento de mensuração da maturidade em saúde digital para estados e municípios. Foi aplicado por todos os entes federativos que aderiram ao programa, tanto municípios quanto estados e o Distrito Federal. O INMSD compõe a

primeira etapa de Planejamento do Programa, juntamente com o Diagnóstico Situacional da Rede de Atenção por Macrorregião de Saúde. São objetivos do INMSD: (i) oferecer uma avaliação abrangente e equitativa do panorama de saúde digital, expressando a diversidade geográfica e das desigualdades presentes no Brasil; (ii) impulsionar a integração eficaz da tecnologia na saúde, promovendo a equidade e aprimorando a qualidade dos serviços em todo o território nacional; e (iii) gerar evidências que apoiem estados e municípios na elaboração dos seus Planos de Ação de Transformação para a Saúde Digital. O resultado do INMSD permite o acompanhamento da jornada de transformação em saúde digital pelo município.

Os sete domínios do INMSD contemplam temáticas relacionadas à saúde digital, sendo eles:

1. Gestão e Governança em Informação e Saúde Digital.
2. Formação, Desenvolvimento Profissional e Educação Permanente.
3. Sistemas e Plataformas de Interoperabilidade.
4. Telessaúde e Serviços Digitais.
5. Infraestrutura.
6. Avaliação, Monitoramento e Disseminação de Informações Estratégicas.
7. Infraestrutura e Segurança.

Figura 49 – Índice Nacional de Maturidade Digital



Fonte: Coordenação-Geral de Inovação e Informática em Saúde (Cgiis/DataSUS/Seidigi).

Interoperabilidade RNDS – criação, evolução e revisão de modelos informacionais e computacionais:

> Modelos computacionais:

- ✓ Registro da Informação de Regulação Assistencial (Rira): o modelo Rira foi implementado na RNDS no ano de 2023 e, durante o ano de 2024, foi conduzida a integração com o Sistema Nacional de Regulação (Sisreg), bem como e-SUS Regulação, assim como piloto em nível estadual em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

- ✓ Registro de Imunobiológico Administrado em Campanha e Rotina (RIA-C e RIA-R): o modelo computacional para recepção de dados relacionados à vacinação nacional foi atualizado, para entrar em acordo com a portaria publicada em novembro de 2023, que versa sobre alteração do modelo vigente à época, incluindo novas informações.
- ✓ Conjunto Mínimo de Dados (CMD): o modelo de dados foi atualizado para atender às três diferentes frentes de recepção de dados na RNDS: o modelo CMD Carga, para recepcionar dados de Autorização de Internação Hospitalar/Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (AIH/Apac) e do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I); o CMD ANS para recepcionar dados da Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS/ANS); e o modelo CMD Geral, que deve atender o CMD Coleta, novo sistema integrado. Esses modelos computacionais são mantidos de forma individualizada na RNDS, uma vez que possuem regras negociais e restrições distintas.

➤ Modelo informacional – Resultados de Exames Laboratoriais (REL):

- ✓ REL para Doenças de Notificação Compulsória: em parceria com o Instituto Todos pela Saúde (ITpS) e a Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (Abramed), o modelo REL foi revisado em sua atual construção que atende ao contexto de exames de covid-19 e monkeypox, para que possa atender à lista de doenças de notificação compulsória. O modelo informacional foi discutido e, durante oficina realizada em dezembro de 2024, uma proposta de minuta de portaria foi apresentada para publicação em 2025 e apreciação pelo Conselho Gestor de Saúde Digital (CGSD). Após aprovação, o modelo computacional será atualizado para a RNDS recepcionar os novos dados.
- ✓ REL para Sistema de Informação do Câncer (Siscan): em parceria com o Instituto Nacional de Câncer (Inca), uma proposta de atualização para o modelo REL, a fim de atender os cenários de câncer de colo de útero, foi avaliado no Subcomitê de Governança de Modelos Informacionais e Computacionais. A portaria está em processo de construção e o modelo computacional já foi desenvolvido por meio de parceria, atualmente em fase de validação para iniciar os processos de implementação na RNDS.

Projeto IPS Brasil

O Projeto IPS Brasil é uma iniciativa voltada para a implementação do *International Patient Summary* (IPS) no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e da saúde suplementar no Brasil. O IPS é um conjunto mínimo de informações clínicas padronizadas, que permite a troca segura e eficaz de dados de saúde entre diferentes sistemas e até entre países, garantindo a continuidade do cuidado ao paciente em diferentes contextos assistenciais.

O projeto foi executado em parceria com o Hospital Sírio-Libanês no período de janeiro de 2023 a dezembro de 2024. O objetivo geral do projeto é gerar o Sumário Internacional do Paciente no Ministério da Saúde, nos componentes de imunização, exames, alergias/reações adversas e medicamentos como apoio à implantação da Estratégia de Saúde para o Brasil para 2028 (ESD28).

Parceria e-SUS APS PEC

O sistema do Prontuário Eletrônico do Cidadão (e-SUS APS PEC) tem papel primordial na digitalização do SUS no contexto da Atenção Primária à Saúde, promovendo o uso de um prontuário gratuito para os estabelecimentos do SUS. Sendo a RNDS a plataforma para consolidar dados de saúde dos diferentes sistemas de saúde do Brasil, o PEC é responsável por integrar continuamente os dados da Atenção Primária à RNDS.

A realização de pilotos com o sistema PEC permite validar os novos modelos da RNDS antes de sua publicação para integração externa. Além disso, possibilita a antecipação da implementação desses modelos nos sistemas do SUS, garantindo que estejam devidamente integrados dentro dos prazos estabelecidos. A integração do modelo RAC (Registro de Atendimento Clínico) e do Atestado foi concluída em 2024.

Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras no SUS, projeto desenvolvido em parceria com a SGTES

- Reforço da inadmissibilidade de discriminação e preconceito de gênero, raça ou orientação sexual no SUS.
- O projeto visa promover a equidade no setor de saúde, considerando a interseccionalidade entre fatores como raça, gênero e orientação sexual, e como esses aspectos influenciam as relações sociais e de trabalho no SUS.
- Promoção de acolhimento humanizado que respeite a diversidade de gênero e a orientação sexual nos serviços de saúde.
- Disseminação de conceitos como identidade de gênero, interseccionalidade, discriminação de gênero e sexualidade para orientar profissionais no atendimento.
- Incentivo ao debate e à formação continuada dos trabalhadores do SUS com foco na valorização da diversidade e no combate às desigualdades estruturais.

➤ Fomento à cogestão com inclusão de diferentes grupos no processo de formulação, implementação e monitoramento das políticas públicas de saúde.

2.7.1.4 Desenvolvimentos e Evoluções das Soluções Digitais

Inovações no app InvestSUS Cidadão

O app InvestSUS Cidadão melhora a transparência dos repasses de recursos para a saúde. Em 2024, a interface de programação de aplicação (API – do inglês, *application programming interface*) do aplicativo foi atualizada para melhorar a acessibilidade das informações. As principais inovações incluem: consulta do Piso Salarial da Enfermagem por CPF (em beta e apenas para Android), melhorias na interface do usuário, reabertura do sistema para atualização cadastral de profissionais de enfermagem e aprimoramentos no processo de autenticação para acesso mais rápido e seguro.

Lançamento do miniapp Dignidade Menstrual

O miniapp Dignidade Menstrual é parte do Programa de Dignidade Menstrual e permite a emissão digital de autorizações para retirada gratuita de absorventes. Em 2024, passou por melhorias na interface, geração rápida de autorizações, integração com Meu SUS Digital e adição de novas informações sobre o programa e requisitos para participação.

Miniapp Hemovida

Hemovida é um programa do Ministério da Saúde que incentiva a doação voluntária de sangue no Brasil, garantindo o abastecimento dos estoques em hemocentros e hospitais públicos. Em 2024, passou por atualizações, incluindo carteira virtual do doador, registro pessoal, histórico completo de doações, autodeclaração de doação, localização de hemocentros e campanhas de conscientização sobre a importância de manter os estoques de sangue. O aplicativo fortalece a doação de sangue e capacita profissionais da área.

Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde (CadSUS)

O CadSUS é uma base de dados que unifica e organiza os registros de saúde dos cidadãos do SUS. Em 2024, melhorias incluíram a integração com o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), o Sistema Nacional de Informações de Registro Civil (Sirc) e a Declaração de Nascido Vivo (DNV), a criação de uma tabela consolidada e o desenvolvimento de uma *view* unificada. Essas mudanças aumentaram a rastreabilidade e a qualidade dos dados, facilitando consultas. O novo modelo informacional, em desenvolvimento, visa à maior uniformidade e eficiência na gestão de dados. A iniciativa busca melhorar o acesso e a interoperabilidade das informações de saúde.

Evolução do Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL)

Em 2024, o software GAL passou por várias atualizações importantes para melhorar a gestão de kits e exames. Houve um total de quatro atualizações de versões em 2024, com inclusão e melhorias de funcionalidades.

Plataforma Brasil

A Plataforma Brasil é uma base nacional de registros de pesquisas com seres humanos, gerida pelo Ministério da Saúde. Parte do Sistema CEP/Conep, visa tornar a submissão e a avaliação ética de projetos mais seguras e eficientes. Permite o acompanhamento das pesquisas, desde a submissão até a aprovação final, facilita a apresentação digital de documentos e garante acesso público aos dados das pesquisas aprovadas. Qualquer cidadão maior de 18 anos pode utilizá-la, com requisitos específicos para menores de idade.

e-SUS Regulação

Projeto construído em parceria pela Secretaria de Informação e Saúde Digital do Ministério da Saúde (Seidigi) e Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes), desenvolvido pelo DataSUS com a finalidade de modernizar e aprimorar a gestão de recursos de saúde e apoiar o processo regulatório dos estados, do Distrito Federal, dos municípios e entidades de saúde, como, também, para a gestão dos complexos reguladores e a conexão entre as redes ambulatoriais e hospitalares de atenção.

Projeto Conjunto Mínimo de Dados (CMD)

O CMD coleta os dados de todos os estabelecimentos de saúde do País em cada contato assistencial e foi instituído pela Resolução CIT n.º 6, de 25 de agosto de 2016. Tem como objetivo substituir os principais sistemas de informação da atenção à saúde do País: Sistema de Informações Ambulatoriais em Saúde (SIA), Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), bem como seus subsistemas de coleta e apoio. A revisão dos componentes arquiteturais para o CMD já foi completada em 100%. Essa iniciativa busca modernizar a gestão de dados clínicos no SUS, tornando-a mais eficiente e assertiva.

Componentes arquiteturais para desenvolvimento e internalização de software

Em 2024, o DataSUS passou por atualizações importantes em seus componentes arquiteturais para desenvolvimento e internalização de software. As principais mudanças incluem a implementação de uma nova diretriz arquitetural, adoção da metodologia DevOps, melhorias na infraestrutura de desenvolvimento, com Kubernetes e Docker, e a implementação de *pipelines* baseadas na plataforma Backstage.io. Além disso, foram adotadas novas medidas de segurança e qualidade do código com SonarQube e Trivy, e houve uma melhor integração com outras plataformas de saúde, como Meu SUS Digital e RNDS.

Programa SUS Digital

O Programa SUS Digital foi instituído pela Portaria GM/MS n.º 3.232, de 1º de março de 2024, com o objetivo de promover a transformação digital no SUS, ampliando o acesso da população às ações e aos serviços de saúde, movimentos à integralidade e resolubilidade da atenção à saúde.

O programa abrange diversas áreas e tecnologias digitais relacionadas à saúde, incluindo interoperabilidade, telessaúde, aplicativos móveis e inteligência artificial.

Para operacionalizar o SUS Digital, foram previstas etapas e ações específicas:

➤ Etapa 1: planejamento

Regulamentada pela Portaria GM/MS n.º 3.233, de 1º de março de 2024, esta fase envolve a elaboração dos Planos de Ação de Transformação para a Saúde Digital (PA Saúde Digital) pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios que aderirem ao programa.

➤ Ação Estratégica SUS Digital – Telessaúde

Instituída pela Portaria GM/MS n.º 3.691, de 23 de maio de 2024, visa apoiar a consolidação das Redes de Atenção à Saúde e do Subsistema de Saúde Indígena, estabelecendo diretrizes e oferecendo serviços que promovam a integralidade e a continuidade do cuidado entre todos os níveis de atenção no SUS.

➤ Evolução e funcionalidades

O Meu SUS Digital é a evolução dos aplicativos Cartão SUS Digital, DigiSUS e Conecte SUS, oferecendo soluções integradas para a gestão da saúde voltada ao cidadão, gestor e profissional, com acesso a informações confidenciais e conexão com a rede de saúde por geolocalização. Devido à sua robustez, a plataforma foi reorganizada em três perfis: Cidadão, Gestor e Profissional, atendendo às necessidades específicas de cada público.

➤ Meu SUS Digital

O Meu SUS Digital, voltado para o cidadão, apresenta grandes avanços. Entre as novidades estão os miniapps voltados para a saúde digital, como Equidade SUS, Transplantes, Saúde da População Negra, Guia de Vigilância em Saúde, Guia Pós-Covid, Peso Saudável e Hemovida, abrangendo informações essenciais tanto para cidadãos quanto para profissionais de saúde.

O aplicativo acumulou 54,9 milhões de downloads, com 12,5 milhões entre janeiro e dezembro de 2024. No entanto, houve redução gradativa de usuários ativos, indicando a necessidade de tornar o aplicativo mais atrativo e melhorar o engajamento dos usuários.

Destaques em 2024:

- Mudança de nome de Conecte SUS para Meu SUS Digital, refletindo uma identidade mais inclusiva e moderna, novas concepções, novas funcionalidades e o alinhamento com as diretrizes do Programa SUS Digital.
- Lançamento do miniapp Dignidade Menstrual, com aumento significativo no número de usuários ativos.
- Desenvolvimento da funcionalidade Caderneta da Criança e inclusão de autodeclaração no aplicativo.
- Melhorias no gerenciador de aplicativos, possibilitando a personalização de informações nos miniapps.
- Implementação de notificações direcionadas para públicos específicos com base em indicadores.
- Atualizações e melhorias em miniapps como o Hemovida, além da publicação de novos conteúdos.

➤ SUS Digital Profissional

O SUS Digital Profissional é uma plataforma inovadora desenvolvida para fornecer aos profissionais de saúde acesso detalhado ao histórico clínico dos pacientes, utilizando as informações disponíveis na RNDS.

Em 2024, a interface foi atualizada com a transição de nome, alteração de domínio, substituição do logotipo e revisão de textos (garantindo uma nova UX/UI); foram implementadas melhorias no fluxo de Prescrição Eletrônica; passaram-se a apresentar, na interface, informações relativas a atestados médicos/odontológicos; o aplicativo Manejo de Casos Clínicos de Dengue (Centro de Inteligência em Saúde – RJ) foi hospedado para auxiliar o atendimento clínico; desenvolveu-se uma nova interface de suporte e um FAQ para otimizar o esclarecimento de dúvidas; e, por fim, incorporou-se a emissão do Certificado Internacional de Vacinação ou Profilaxia (CIVP) e Febre Amarela, ampliando ainda mais os serviços de saúde digital oferecidos pelo SUS.

➤ SUS Digital Gestor

O SUS Digital Gestor é uma interface que disponibiliza aos gestores municipais, estaduais e federais indicadores a partir de dados disponíveis na RNDS e nas plataformas SUS Digital. Diferentemente das outras Plataformas SUS Digital, o SUS Digital Gestor não apresenta dados identificáveis; nele, as informações são apresentadas em forma de indicadores, que são criados e validados por meio de Fichas de Qualificação de Indicadores (FQI). Atualmente, o SUS Digital Gestor está habilitado apenas para acesso interno e em fase de testes-piloto, proposição de melhorias e criação de novos indicadores, para posterior disponibilização para o público-alvo.

➤ Projeto-piloto AGHUse:

O Sistema de Gestão Hospitalar – Aplicativos para Gestão dos Hospitais Universitários (AGHUse) é um prontuário eletrônico utilizado por profissionais de saúde em hospitais. Realizou-se parceria com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) para fortalecimento, ampliação e modernização dos serviços, integrando dados de diferentes níveis de atenção à saúde, para os seguintes objetivos:

- Desenvolvimento de conector para enviar à RNDS informações do Registro de Atendimento Clínico (RAC) e de Alta, Transferência e Motivo de Saída (ATM) do Sistema de Gestão Hospitalar AGHUse.
- Desenvolvimento de integração com o SUS Digital Profissional no AGHUse para apresentar aos profissionais de saúde todo o histórico do paciente a partir dos dados da RNDS.

➤ Projeto-piloto AGHUX:

Realizou-se parceria com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), para fortalecimento, ampliação e modernização dos serviços de saúde digital, para os seguintes objetivos:

- Desenvolvimento de conector para enviar à RNDS informações do RAC e ATM do Sistema de Gestão Hospitalar – Aplicativos para Gestão dos Hospitais Universitários (AGHUX).
- Desenvolvimento de integração com o SUS Digital Profissional no AGHUX para apresentar aos profissionais de saúde todo o histórico do paciente a partir dos dados da RNDS.

Autodeclarações no aplicativo MeuSUS Digital

O aplicativo MeuSUS Digital passou a integrar, em julho de 2024, nova funcionalidade de autodeclarações, com o objetivo de melhorar a continuidade do cuidado e das políticas públicas no âmbito do SUS, especialmente por meio da qualificação das informações demográficas de saúde. A iniciativa oferece maior autonomia para os usuários autodeclararem suas informações pessoais e entenderem a importância da autodeclaração para o aperfeiçoamento da atenção à saúde no Brasil. A funcionalidade abarca a autodeclaração de contatos (endereço, telefone e e-mail), raça/etnia e nome social.

2.7.1.5 Segurança da Informação

O DataSUS/Seidigi/MS atua no monitoramento e na defesa cibernética, análise de vulnerabilidades, simulação de ataques e conscientização dos usuários. Sua missão é garantir um ambiente seguro e proteger os ativos de informação e dados do Ministério da Saúde, que, em 2024, realizou as seguintes ações sobre o tema:

Ações de conscientização

Desenvolvimento da Campanha de Segurança da Informação, que inclui a realização do 6º Workshop de Segurança da Informação para conscientizar os usuários do MS sobre segurança da informação e de campanhas educativas e simulações de *phishing* para avaliar a maturidade dos colaboradores.

Melhorias e inovação em segurança da informação

- › Modernização dos serviços de segurança com a implantação do novo Centro de Operações de Cyber Segurança (SOC) e do novo serviço de testes de segurança (*Red Team*).
- › Implantação de Gestão de Vulnerabilidade em todo o ambiente do MS.
- › Implementação de melhorias para o monitoramento de segurança no ambiente da AWS/RNDS.
- › Aperfeiçoamento do monitoramento da marca, com o objetivo de garantir a integridade dos dados e prevenir violações de segurança, por meio de detecção de anomalias, identificação de atividades suspeitas e verificação do cumprimento das políticas de segurança.
- › Implantação da solução de segurança de detecção e respostas de incidentes de segurança.
- › Aprimoramento da visibilidade e do monitoramento do ambiente, de forma a prover resiliência cibernética para o Ministério.
- › Provas de conceito para inovações em segurança da informação.

Sustentação e operação dos serviços de segurança da informação

- › Manutenção e monitoramento dos serviços de segurança.
- › Testes de segurança em ativos de informação, *scan* de vulnerabilidade e *pentest*.
- › Condução do processo de gestão de vulnerabilidade para tratamento das vulnerabilidades.
- › Gestão de Continuidade dos Sistemas Críticos.

Elaboração de políticas e normas de segurança

O objetivo do desenvolvimento e da atualização dos normativos de segurança da informação é garantir que a gestão da segurança esteja em conformidade com as exigências legais e alinhada à evolução tecnológica.

Alguns dos principais normativos incluem: a Política de Segurança da Informação (Posin), normas de controle de acesso a ativos e TI, de backup e recuperação de dados, norma para criação da equipe de prevenção e resposta a incidentes cibernéticos (MS-Etir), uma política de computação em nuvem e o guia de desenvolvimento seguro.

Programa de Privacidade e Segurança da Informação (PPSI)

No ano de 2024, a Seidigi/MS concluiu os ciclos 2 e 3 do PPSI. A conclusão desses ciclos cumpre o disposto na Portaria SGD/MGI n.º 852, de 28 de março de 2023, realizando agendas de monitoramento regular das práticas de Segurança da Informação (SI), além de implantar no órgão as melhores práticas e ações de SI conforme orientação da Secretaria de Governo Digital do Ministério da Gestão e da Informação (SGD/MGI).

Nuvem de Governo

A nuvem de governo, ou nuvem soberana, é essencial para a segurança e a soberania digital do País. Em 2024, o DataSUS/Seidigi/MS iniciou a contratação de serviços especializados de computação em nuvem por meio de um integrador multinuvm (*Cloud Broker*), em parceria com o Serviço Federal de Processamento de Dados (Serpro), para oferecer IaaS, PaaS, *marketplace* e serviços de consultoria técnica e gerenciamento, com foco na ampliação da infraestrutura tecnológica do Ministério da Saúde, incluindo a RNDS. Paralelamente, está em planejamento o projeto GovCloud com a Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência (Dataprev), que visa reforçar a proteção de dados sensíveis do governo federal.

2.7.1.6 Ações de Cooperação

Cooperações internacionais

- Acordo Brasil-Uruguai: assinado em 17 de novembro de 2024 pela Agência Brasileira de Cooperação (ABC) e Agência Uruguia de Cooperação Internacional (AUCI), o acordo visa compartilhar conhecimentos e experiências em Tecnologias Assistivas, Ciência de Dados e Inteligência Artificial na Saúde.
- Cooperação Brasil-Dinamarca: a Fase II da Cooperação Setorial Estratégica (CSE) Brasil-Dinamarca, que focava a troca de experiências e conhecimentos sobre digitalização, governança e infraestruturas nacionais em saúde digital, terminou em 2024.
- Lançamento da Rota Pan-Americana para a Saúde Digital (PH4H) e o 3º Conectathon Regional da LACPASS/RACSEL: de 22 a 24 de outubro de 2024, em Bogotá, Colômbia, esse encontro demonstrou as capacidades técnicas da região para o intercâmbio transfronteiriço oportuno e a segurança da informação clínica.
- Curso Economia da Saúde e Saúde Digital na Dinamarca: realizado na Universidade Aalborg, de 21 de outubro a 1º de novembro de 2024.
- G20: o Grupo de Trabalho de Saúde do G20 teve como tema, durante a presidência brasileira, a construção de sistemas de saúde resilientes, como forma de alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, assim como o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde inclusivos, eficientes e de qualidade, com ênfase na Atenção Primária

à Saúde. "Saúde Digital, para expansão da telessaúde, integração e análise de dados dos sistemas nacionais de saúde" foi uma das prioridades para o GT de Saúde, que, por meio da Seidigi, realizou dois eventos paralelos: um sobre telessaúde, em Brasília/DF (em abril de 2024), e outro sobre inteligência artificial (IA), em Salvador/BA (em junho de 2024). No último encontro do GT de Saúde do G20, no Rio de Janeiro, foi aprovada a Declaração Ministerial, por meio da qual os países reconheceram a telessaúde como uma abordagem inovadora para promover o acesso equitativo em saúde e a IA como uma oportunidade significativa para avançar em serviços e resultados de saúde.

- 13º Summit da Global Digital Health Partnership (GDHP): o Brasil faz parte da GDHP e é convidado para os *summits* bianuais da organização. Participação de representantes brasileiros no 13º Summit, de 18 a 20 de junho de 2024, apresentando os trabalhos do G20 e do *International Patient Summary* (IPS).
- 2024 May HL7 FHIR Connectathon and Working Group Meeting (WGM 2024): de 18 a 24 de maio, o Brasil participou do evento WGM, tanto na Connectathon com o projeto IPS (*International Patient Summary*), para adquirir níveis de maturidade no projeto de interoperabilidade transfronteiriça, quanto na reunião do *Working Group Meeting* (WGM). O HL7 FHIR Connectathon e o WGM são componentes de um único evento organizado pela *Health Level Seven International* (HL7). Geralmente, o Connectathon ocorre nos primeiros dias, seguido pelo *Working Group Meeting*.

Acordo de cooperação Abramed

A cooperação consiste no apoio técnico na tradução de todos os códigos LOINC dos exames que constam na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública (Portaria GM/MS n.º 217, de 1º de março de 2023) para a RNDS e na revisão do modelo de resultados de exames laboratoriais (REL) da RNDS. O modelo permite a recepção de apenas dois exames covid-19 e monkeypox, dois cenários estabelecidos mediante emergência de saúde pública. Este será o primeiro passo para a revisão e a melhoria do modelo REL para um contexto expandido e abrangente, como as doenças de notificação compulsória.

Oficinas de inovação criam soluções para diferentes públicos

- **Oficina Caderneta da Criança:** o Ministério da Saúde, por meio da Seidigi e da Saps, promoveu, em abril de 2024, uma oficina de inovação da Caderneta Digital da Criança para a criação de um miniaplicativo dentro do Meu SUS Digital, com funcionalidades de acompanhamento do desenvolvimento da criança, do crescimento, bem como da situação vacinal, entre outros cuidados fundamentais para a atenção integral e proteção da saúde da criança.

- **Oficina Caderneta da Gestante:** a versão digital da Caderneta da Gestante é uma parceria entre a Seidigi, a Saes e a Saps do Ministério da Saúde, como iniciativa do Programa Mais Acesso a Especialistas (Pmae). A primeira etapa da Caderneta representa um marco na transformação digital da Caderneta, fortalecendo a participação ativa da comunidade e aprimorando soluções digitais que atendam efetivamente às demandas dos usuários.

- **Oficina de Transformação Digital no Complexo da Maré:** o Ministério da Saúde, por meio da Assessoria Especial de Territórios Vulneráveis, Favelas e Periferias do Gabinete do Ministério da Saúde, em parceria com a Seidigi, promoveu, em abril de 2024 a Oficina de Transformação Digital na Comunidade Nova Holanda, no Complexo da Maré, no Rio de Janeiro. O objetivo da ação é construir, em parceria com a população, um plano de transformação digital em saúde no território. O resultado da oficina focou três eixos de atuação: saúde mental da população, saúde da mulher (prevenção e planejamento), e acesso a informações, tecnologias e serviços.

› Oficina de Inovação para Revisão do Modelo

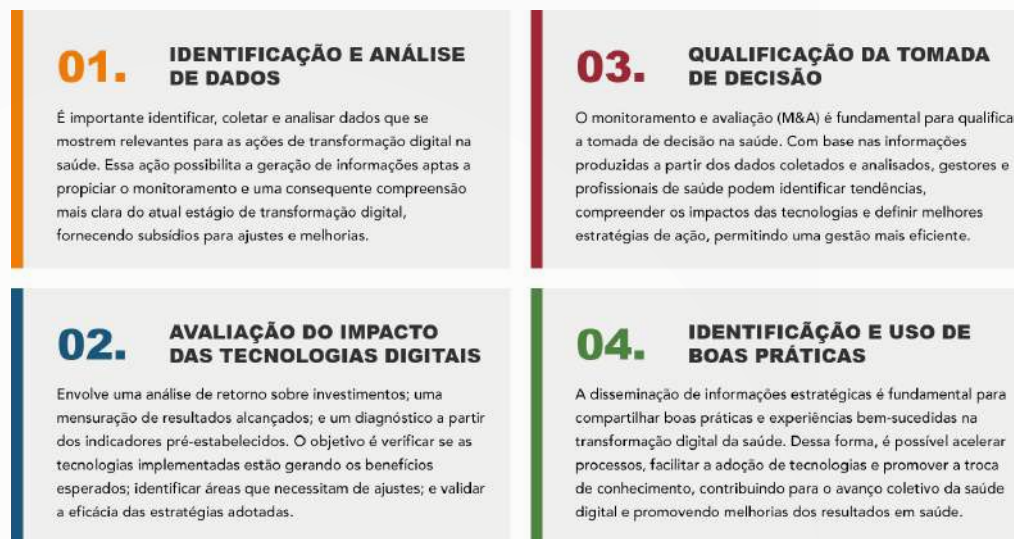
REL: a oficina ocorreu nos dias 4, 5 e 6 de dezembro, em São Paulo/SP, e teve como participantes as equipes da Coordenação-Geral de Inovação e Informática em Saúde (Cgiis/DataSUS/Seidigi/MS), a Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (Abramed), Grupo Sabin, Grupo Fleury, Hospital Israelita Albert Einstein, CURA Grupo, Análise Laboratórios, Instituto Todos pela Saúde (ITpS), Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP).

2.7.2 Dimensão de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações

O desenvolvimento de uma estratégia de transformação digital em saúde, entre outros pontos, requer a identificação de processos que demonstrem a capacidade de planejar, monitorar, avaliar e comunicar informações e estratégias

que favoreçam o processo de governança da saúde nos territórios. Essa dimensão – que envolve ações com foco na governança de dados e informações, na elaboração e na qualificação de indicadores e na comunicação com a sociedade para apoiar o processo de tomada de decisão – desempenha um papel fundamental na transformação digital da saúde, com destaque para alguns pontos:

Figura 50 – Pontos importantes para a transformação digital em saúde



Fonte: Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde (Demas/Seidigi/MS).

Em suma, a dimensão de monitoramento, avaliação e disseminação de informações representa um papel crucial na transformação digital na saúde. Por meio dela, é possível mensurar resultados, reduzir incertezas, embasar decisões, corrigir rumos e inequidades, identificar oportunidades e promover a transparência, a troca de conhecimentos e o controle social.



2.7.2.1 Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa

A Ripsa é uma rede não hierarquizada, de natureza colaborativa, solidária e integrada, que produz, analisa e dissemina dados e indicadores sobre as condições de saúde e seus determinantes. Originalmente instituída em 1996 (pelo Ministério da Saúde, em cooperação com a Opas), a Ripsa nasceu de um entendimento mútuo sobre a necessidade de promover um esforço coletivo para produzir e disponibilizar informações apropriadas à formulação, à gestão e à avaliação de políticas e ações públicas de saúde.

Em agosto de 2023, depois de dez anos de pausa, a Ripsa foi reativada a partir de uma ação de retorno da ciência ao processo decisório e da interlocução e esforços colaborativos de 44 instituições de renomada capacidade técnica e científica, que atualmente trabalham em consenso na sistematização de informações úteis ao conhecimento e à compreensão da realidade sanitária brasileira e de suas tendências.

Figura 51 – Instituições que compõem a Ripsa



Fonte: Demas/Seidigi/MS.

Na 31ª Oficina de Trabalho Interagencial (OTI) – espaço de pactuação onde ocorrem as decisões consensuadas da Rede – foram apresentados os trabalhos desenvolvidos pelos sete Comitês de Gestão de Indicadores (CGI) – instâncias qualificadoras das informações em saúde –, nos temas: demográfico; socioeconômico;

mortalidade; morbidade; fatores de risco; cobertura e recursos, que, até dezembro de 2024, realizaram 183 reuniões, com participação voluntária de 344 integrantes da Rede, trabalhando na atualização de 190 indicadores e dados básicos de saúde.

Tabela 89 – Status dos indicadores da Ripsa – 2024

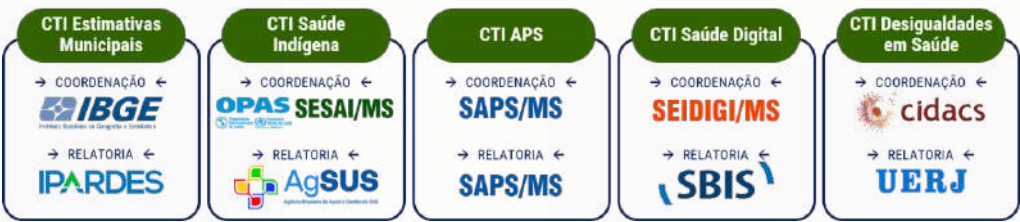
CGI	Atualizados	Em atualização	Pendentes	Novos	Total
Mortalidade	-	14	6	21	41
Demográfico	15	2	1	-	18
Socioeconômico	16	-	-	-	16
Cobertura	-	13	5	4	22
Morbidade	18	24	4	-	46
Recursos	2	17	-	-	19
Fatores de risco e proteção	18	-	1	9	28
TOTAL	69	70	17	34	190

Fonte: Demas/Seidigi/MS.

Além disso, foram apresentados os Comitês Temáticos Interdisciplinares (CTI), que são aqueles constituídos, em caráter temporário, a partir de temas interdisciplinares e prioritários em saúde pública, no intuito de aprofundar a análise

de questões metodológicas e operacionais. Até dezembro de 2024, a Ripsa havia aprovado a criação de cinco CTI: Estimativas Municipais; Saúde Indígena; Atenção Primária à Saúde; Saúde Digital; e Desigualdades em Saúde.

Figura 52 – Comitês Temáticos Interdisciplinares



Fonte: Demas/Seidigi/MS.

Em 2024, também foi remodelado e relançado, em importante parceria com a Bireme, o novo site da Ripsa que servirá de repositório para toda a produção da Rede.

 www.ripsa.org.br

Por meio dessas iniciativas e da cooperação entre as 44 instituições-membros, a Ripsa amplia sua capacidade de produção de indicadores e de conhecimento, contribuindo para a melhoria contínua do sistema de saúde brasileiro.



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

O CCMA-SUS é um órgão de caráter consultivo e permanente, constituído por 20 membros de 10 unidades do Ministério da Saúde, com o objetivo de aperfeiçoar as intervenções em saúde pública. O Comitê é um locus de apoio à tomada de decisão qualificada e tempestiva por parte da alta gestão do Ministério.



Retomado em 2023, com plena atuação em 2024, o CCMA-SUS contribui para: propor iniciativas que viabilizem e aprimorem a Política de Monitoramento e Avaliação do SUS; estruturar um plano de governança para essa Política; acompanhar e avaliar a execução de intervenções consideradas estratégicas; sugerir linhas de pesquisas para aprimorar as ações de monitoramento e avaliação; e auxiliar a produção de um plano de desenvolvimento de competências em monitoramento e avaliação.

Em 2024, o Comitê realizou quatro reuniões ordinárias, que trabalharam importantes pautas como: fichas-padrão de qualificação de indicadores; sistemática de monitoramento e avaliação; ferramentas de monitoramento; critérios e matrizes de priorização e de indicadores estratégicos; estrutura da Política de Monitoramento e Avaliação do Ministério da Saúde; e quadro de indicadores que integrará essa Política.

O CCMA-SUS também apoiou a elaboração de um inventário de intervenções em saúde (políticas, programas, estratégias e Redes de Atenção à Saúde), a ser publicado em 2025, que, com a articulação de todas as secretarias do MS, facilitará o acesso às informações e contribuirá na implementação da Política de Monitoramento e Avaliação do MS. As intervenções mapeadas também contribuirão para a elaboração de painéis de monitoramento e avaliação da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage).

2.7.2.3 Enfrentamento às Desigualdades Sociais

Um levantamento e uma análise de informações sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foram objetos de trabalho das equipes técnicas do MS, que produziu uma Nota Técnica¹ e elaborou um painel com indicadores específicos para o tema na Sala Sage².

¹ Nota Técnica n.º 9/2024-CGMA/Demas/Seidigi/MS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/notas-tecnicas-e-informativas>.

² Disponível em: <https://novasage.saude.gov.br/politicas-programas-projetos-estrategias-e-acoas/saude-da-populacao-negra?tab=6226f370439f8007455014e>.

Além disso, com o objetivo de subsidiar os processos de planejamento nos estados e municípios, com vistas à implementação da PNSIPN, foi realizado um mapeamento dos dados e indicadores sociodemográficos, de morbidade e mortalidade, com recortes de raça/cor, e o levantamento dos termos relacionados à população negra nos planos estaduais e municipais de saúde.

Já em relação à Política Nacional de Atenção Integral às Populações do Campo, Florestas e Águas (PNAIPCA), foi elaborada outra Nota Técnica³, apresentando uma contextualização concisa sobre os direitos dessas populações a uma atenção diferenciada e equânime em saúde. O conceito "populações do campo, da floresta e das águas" entrou na agenda do Ministério da Saúde com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, das Florestas e das Águas (cuja primeira versão é de 2011) e, principalmente, por intermédio dos movimentos sociais que integram o Grupo da Terra, constituído por representantes de diversas secretarias e unidades vinculadas ao MS, da sociedade civil e de outros ministérios e órgãos federais.

³ Nota Técnica n.º 6/2024-CGMA/Demas/Seidigi/MS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/notas-tecnicas-e-informativas>.

2.7.2.4 Índice de Critérios para Distribuição de Recursos Financeiros do Programa SUS Digital – ICSD

Com o propósito de estabelecer uma metodologia mais equânime de distribuição dos recursos financeiros do Programa SUS Digital, foi formulado o Índice de Critérios de Saúde Digital (ICSD), que promove reflexão sobre as iniquidades e desigualdades regionais do Brasil. Composto pela Tipologia Rural-Urbana (RU)⁴ e pelo Índice de Vulnerabilidade Social (IVS)⁵, a elaboração do ICSD considerou as seguintes necessidades:



- Estabelecer uma distribuição mais equânime do orçamento público federal, tendo em vista o enfrentamento das diferenças regionais e inequidades no País.
- Identificar subsídios que possam ser utilizados como parte dos critérios no desenho do modelo de financiamento do Programa, como forma de contribuir para a redução das inequidades no acesso à saúde no País.
- Definir critérios para o financiamento do Programa, capazes de ser aplicados nas diversas formas de atuação (municipal, estadual e regional), podendo ser monitorados e avaliados, independentemente do nível de agregação, articulando-se à promoção das Redes de Atenção à Saúde e aos planos de saúde no âmbito do SUS.

O Índice é resultado de um conjunto de estudos que procuraram expressar os determinantes das desigualdades sociodigitais do País.

⁴ Classificação proposta pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2017, para elaborar uma nova classificação para a divulgação do Censo Demográfico 2020, disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>.

⁵ Índice produzido pelo Instituto Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a partir do conceito de vulnerabilidade social, composto por 16 indicadores que mensuram a infraestrutura urbana, o capital humano e a renda e trabalho. Disponível em: http://ivs.ipea.gov.br/images/publicacoes/lvs/publicacao_atlas_ivs.pdf.

Figura 53 – Pesquisas, estudos e análises embasadores do ICSD



Fonte: Demas/Seidigi/MS.

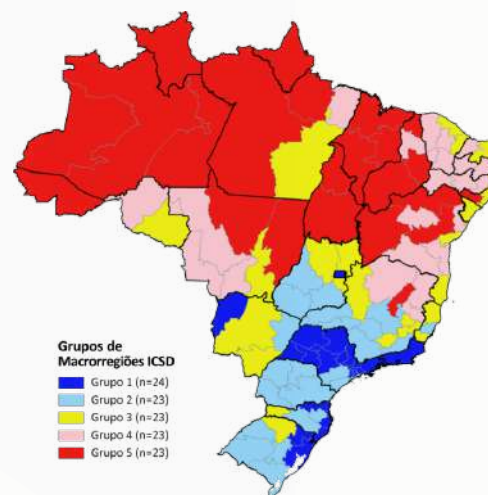
Diante disso, as análises decorrentes do ICSD possibilitaram algumas conclusões:

- São fartas as evidências sobre desigualdades sociodigitais, especialmente nos municípios de pequeno porte em áreas rurais e remotas.
- Dos 1.981 municípios classificados nas faixas de vulnerabilidade social alta e muito alta, 74% (1.465) fazem parte da tipologia rural remoto e rural adjacente.
- Nas Regiões Norte e Nordeste, 79% dos municípios estão nas faixas de vulnerabilidade social alta e muito alta, correspondendo a 37 milhões de habitantes. Desses municípios, 73% são da tipologia rural remoto e rural adjacente (17 milhões de habitantes).

- Dos municípios que aplicam mais de 20% de recursos em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), 60% (3.032) são da tipologia rural remoto e rural adjacente.
- Os municípios que têm os menores índices de conectividade (baixa e muito baixa) são os da tipologia rural remoto (90%), rural adjacente (56%) e intermediário remoto (65%).

Além disso, a formação de cinco grupos de macrorregiões de saúde, a partir do cálculo da média simples de ICSD municipal, apresentou relevante contribuição para análise de cenários.

Figura 54 – Grupos de macrorregiões de acordo com os intervalos do ICSD



Fonte: Demas/Seidigi/MS.

Quadro 28 – Características dos grupos de macrorregiões de saúde por intervalos do ICSD

Grupo de macro ICSD	Intervalo de ICSD	Características do grupo
Grupo 5 (n=23)	0,96 a 1,45	Do total da população brasileira dos municípios classificados com situação de vulnerabilidade alta e muito alta, 39% (15,2 milhões de pessoas) estão neste grupo. Nele, estão 76% dos municípios rurais remotos , 72% intermediário remoto e 16% rurais adjacentes. Dos municípios rurais remotos de até 20 mil habitantes, 75% estão neste grupo.
Grupo 4 (n=23)	0,85 a 0,95	Do total da população brasileira dos municípios classificados com situação de vulnerabilidade alta e muito alta, 32% (12,7 milhões de pessoas) estão neste grupo. Nele, estão 14% dos municípios rurais remotos , 13% intermediário remoto e 25% rurais adjacentes. Dos municípios rurais remotos de até 20 mil habitantes, 15% estão neste grupo.
Grupo 3 (n=23)	0,68 a 0,84	Do total da população brasileira dos municípios classificados com situação de vulnerabilidade alta e muito alta, 28% (11,2 milhões de pessoas) estão neste grupo. Nele, estão 8% dos municípios rurais remotos , 12% intermediário remoto e 22% rurais adjacentes.
Grupo 2 (n=23)	0,59 a 0,67	Do total da população brasileira dos municípios classificados com situação de vulnerabilidade alta e muito alta, 1% (299 mil pessoas) está neste grupo. Nele, estão 2% dos municípios rurais remotos , 3% intermediário remoto e 28% rurais adjacentes.
Grupo 1 (n=24)	0,31 a 0,57	Do total da população brasileira dos municípios classificados com situação de vulnerabilidade alta e muito alta, 0,3% (131 mil pessoas) está neste grupo. Nele, está 0% dos municípios rurais remotos , 0% intermediário remoto, e estão 9% dos rurais adjacentes.

Fonte: Demas/Seidigi/MS.

Dessa forma, acredita-se que uma distribuição mais equânime dos recursos financeiros do Programa SUS Digital contribuirá para:

- Conter o aumento e o aprofundamento das desigualdades existentes no acesso da população aos serviços de saúde nos territórios de maior vulnerabilidade social, mais remotos e de menor capacidade instalada.
- Promover maior capacidade de gestão em saúde digital nas macrorregiões, considerando os municípios em pior condição de vulnerabilidade social e menor capacidade instalada, possibilitando que estes possam ter melhores condições financeiras para realizar diagnósticos, levantar necessidades e contratar os serviços necessários nos territórios para a completude da atenção em saúde integral.
- Reduzir a iniquidade no acesso a soluções e serviços de saúde nas diferentes macrorregiões do País.

O modelo do incentivo financeiro do Programa SUS Digital é indutor do planejamento regional integrado, ascendente e pactuado nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), buscando promover o fortalecimento da governança das Redes de Atenção.

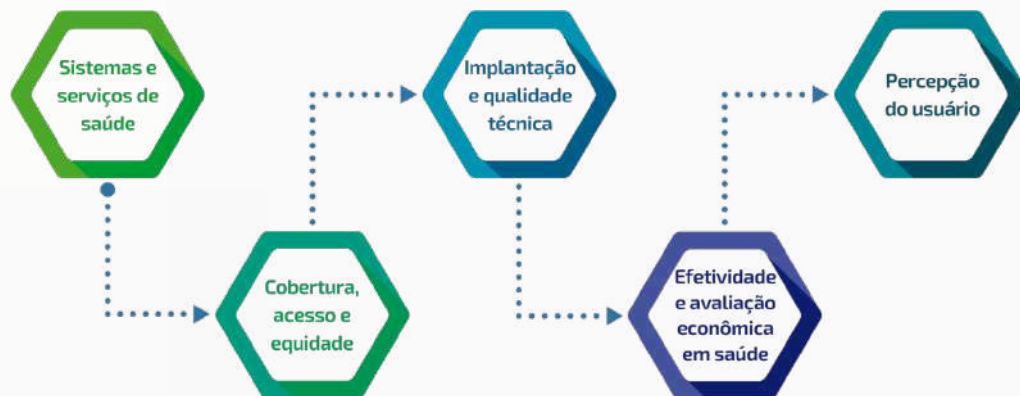
2.7.2.5 Formação de Trabalhadores do SUS em Saúde Digital e Monitoramento e Avaliação



Em 2024, em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, o MS publicou dois editais para cursos de especialização em saúde coletiva: um com concentração em saúde digital e outro com ênfase em monitoramento e avaliação em saúde.

Oferecidos na modalidade EaD, com duração de 375 horas, os cursos são destinados a profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde (municipais, estaduais e federais) e abordam temáticas sobre a saúde coletiva (política, planejamento e gestão; sistemas de informação e situação de saúde; e saúde, doença e cuidado), saúde digital e monitoramento e avaliação.

Figura 55 – Principais temas abordados nas formações



Fonte: Demas/Seidigi/MS.

Para essas formações, que se iniciaram em janeiro de 2025, foram ofertadas 600 vagas (300 por curso) a partir de um aspecto inovador: a distribuição das vagas levou em consideração o Índice de Critérios de Saúde Digital (ICSD), elaborado a partir de estudos sobre as desigualdades sociodigitais do País. O cálculo do ICSD municipal possibilitou que as macrorregiões de saúde fossem reunidas em cinco grupos formados por municípios com características similares de fragilidade social e desigualdade regional. Assim, a média de cada intervalo do ICSD foi utilizada para definir, proporcionalmente, o quantitativo de vagas a ser ofertado em cada um desses grupos. Essa nova abordagem visa promover uma distribuição mais equitativa das vagas, priorizando regiões com maior vulnerabilidade sociodigital.

2.7.2.6 Painel de monitoramento da adesão e do diagnóstico situacional do Programa SUS Digital



Direcionado para a melhoria da qualidade de vida do cidadão, o Programa SUS Digital tem uma abordagem multidisciplinar que mescla tecnologia, informação e saúde e incorpora software, hardware e serviços como parte de um amplo processo de transformação digital. O programa, que teve 100% de adesão de estados, DF e municípios, prevê três etapas: (i) Planejamento; (ii) Implementação das ações de transformação para a saúde digital; e (iii) Avaliação.

Durante a Etapa 1 (planejamento), a partir da realização de diagnóstico situacional e da aplicação do Índice Nacional de Maturidade em Saúde Digital (INMSD), estão sendo elaborados os Planos de Ação de Transformação para a Saúde Digital. Assim, no intuito de orientar a elaboração desses planos, foi construído um painel de monitoramento da adesão e do diagnóstico situacional⁶, que possibilita um acesso facilitado a informações detalhadas do programa sobre as adesões dos entes federados; os diagnósticos situacionais por macrorregião de saúde; e os valores repassados.



2.7.2.7 Sala de Apoio à Gestão Estratégica – Sage

A partir da transformação digital e da incorporação de novas tecnologias no SUS, o Brasil avança na direção do aprimoramento e da ampliação do acesso a serviços de saúde.

Essa transformação digital, além de contribuir para melhorar a qualidade e ampliar o acesso à atenção, tornará mais eficaz e eficiente o fluxo de informação para apoiar o processo decisório em saúde.

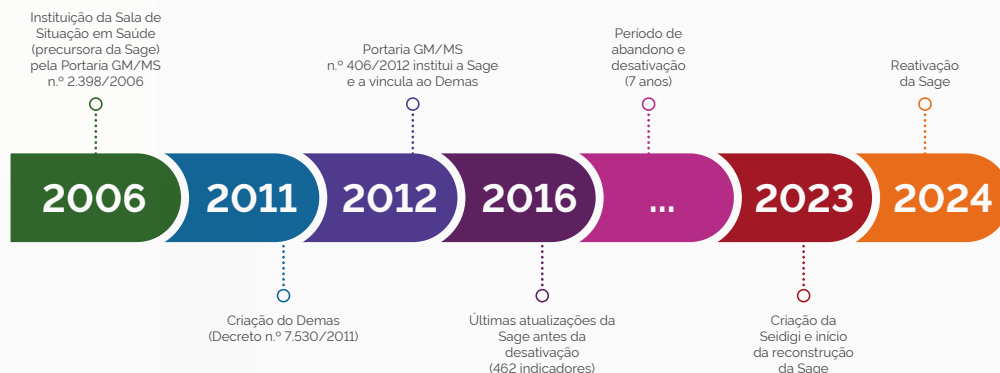
Nesse sentido, em 2024, o Ministério da Saúde reativou a Sage: uma iniciativa exitosa (de 2012) e reconhecida dentro e fora do MS. Trata-se de uma plataforma on-line:

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

de acesso facilitado, com painéis digitais, dinâmicos e atualizados, que possibilitam qualificar o acompanhamento de intervenções em saúde pública, amparando a elaboração de análises contextuais a serem utilizadas na formulação, na avaliação e na correção de rumos de políticas públicas.

⁶ Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/Seidigi_DEMAS_ADESAO_SUSDIGITAL/Seidigi_DEMAS_ADESAO_SUSDIGITAL.html

Figura 56 – Trajetória institucional da Sage



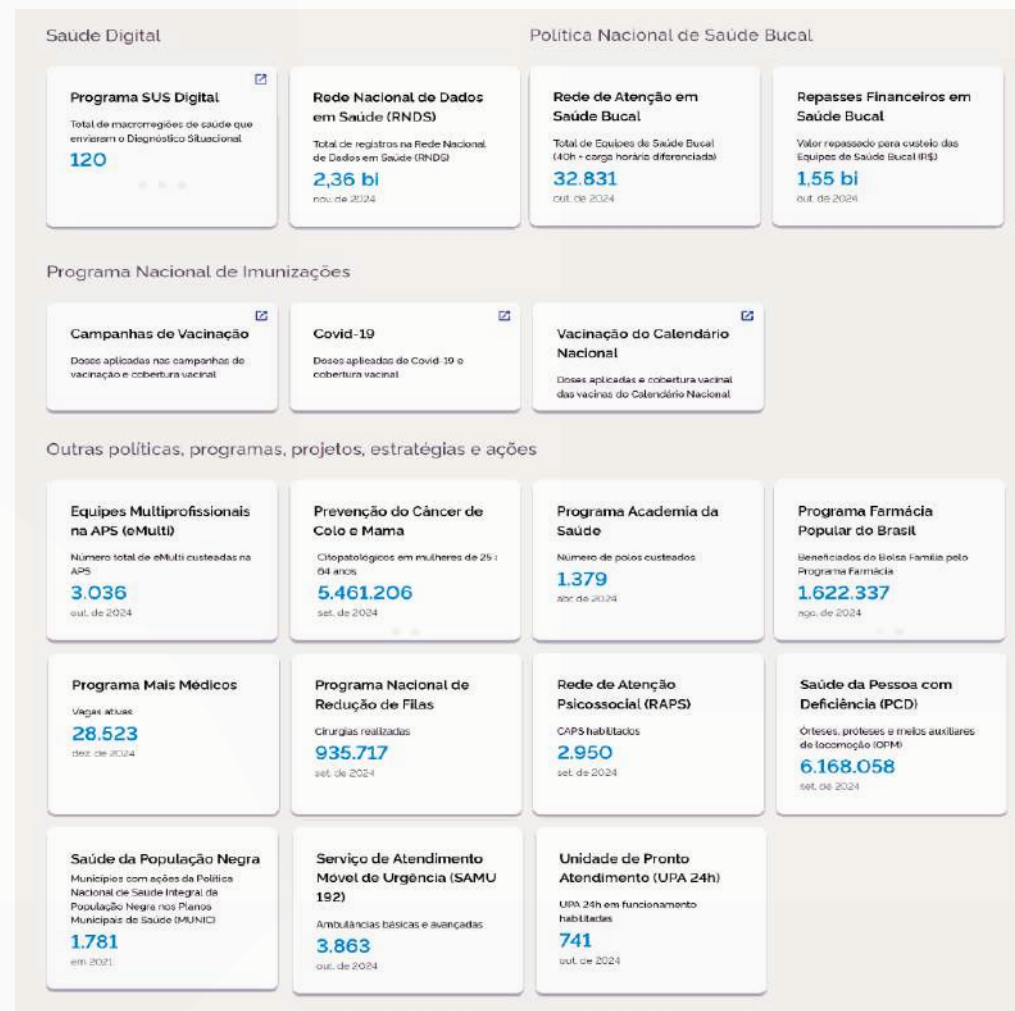
Fonte: Demas/Seidigi/MS.

Dessa forma, a Sage contribui para o desenvolvimento de projeções e inferências setoriais e para a divulgação de ações estratégicas, em nível municipal, estadual e federal, atendendo a quatro grandes propósitos:

› Sistematizar e disseminar informações estratégicas em saúde.

- › Subsidiar a redução das incertezas no processo decisório da gestão em saúde.
- › Promover a transparência ativa e o acesso à informação pública.
- › Fortalecer a confiança na gestão pública.

Figura 57 – Informações estratégicas disponibilizadas na Sage



Fonte: Demas/Seidigi/MS.

2.7.2.8 Plataforma LocalizaSUS



O enfrentamento à pandemia de coronavírus evidenciou a importância e a necessidade de as instituições públicas e privadas trabalharem em alinhamento para o rápido desenvolvimento, registro e disponibilização de informações sobre bens e serviços de combate à covid-19. Assim, com foco no permanente compromisso com a transparência e com a ampla disseminação de dados, o MS voltou seus esforços para a elaboração, a disponibilização e a manutenção da plataforma LocalizaSUS:

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



Criada para proporcionar uma melhor experiência de visualização analítica ao cidadão, a plataforma 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. Em 2024, o LocalizaSUS teve mais de 390 mil acessos vindos de todas as unidades da Federação, bem como de 79 países do mundo.

Os painéis de informação possibilitam o acompanhamento de ações do Ministério da Saúde por parte de gestores; profissionais de saúde; representantes da sociedade civil; legisladores federais, estaduais e municipais; entre outros. Atualmente, a plataforma conta com diversos cards e painéis distribuídos em importantes temas, tais como:

- Vacinação do Calendário Nacional.
- Campanhas de vacinação.
- Covid-19.
- Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiágua).
- Macrorregiões e regiões de saúde.
- SUS Digital: adesão e diagnóstico situacional.
- Política Nacional de Alimentação e Nutrição.
- Cirurgias cardiovasculares pediátricas.
- Indicadores oncológicos.
- Monitoramento dos procedimentos do colo de útero e da mama.
- Programas e projetos de cooperação técnica.
- Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS 3).
- Pactuação interfederativa.
- Tabuladores do SUS.
- Dados abertos.
- Dados populacionais.
- Leitos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes).
- Mortalidade materno-infantil.

2.7.2.9 Dados abertos



transparente e acessível. O objetivo é promover e ampliar a abertura das bases de dados da saúde; aprimorar a cultura de transparência pública; e facilitar, de forma aberta, o acesso a dados para os cidadãos. Atualmente, o MS possui 57 conjuntos de dados abertos, que estão disponíveis no Portal de Dados Abertos da Saúde:

<https://dados.gov.br/dados/organizacoes/visualizar/ministerio-da-saude>

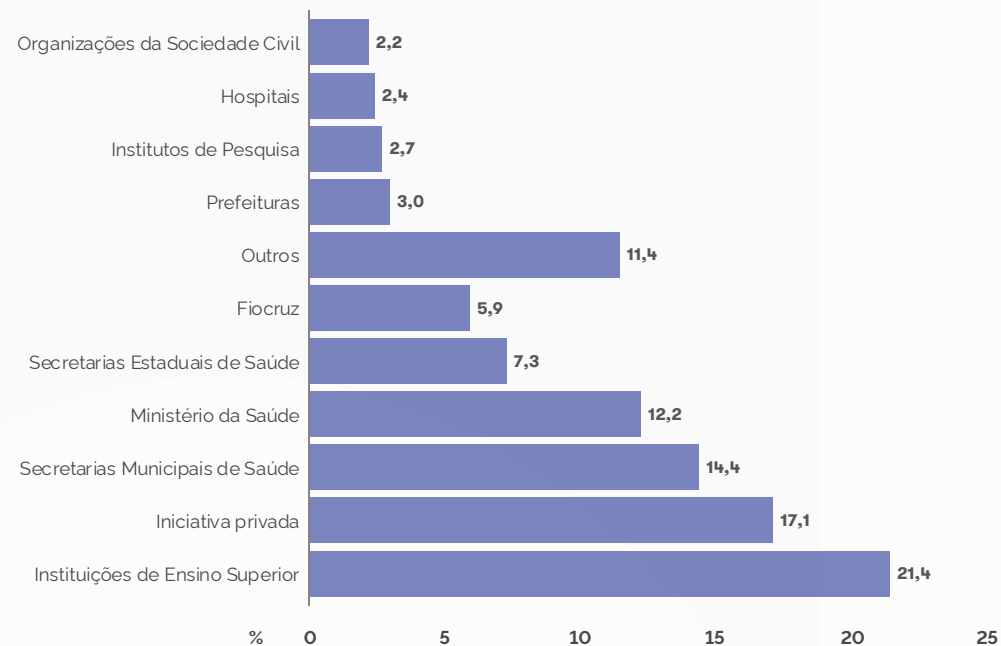
Tendo como pilar a Política de Dados Abertos do Governo Federal (Decreto n.º 8.777, de 11 de maio de 2016), o Plano de Dados Abertos do Ministério da Saúde (PDA-MS) é o instrumento norteador das ações de implementação e promoção de abertura de dados e reflete o esforço do órgão em disseminar informações de forma

Assim, no intuito de fortalecer a transparência ativa, a participação social, a inovação e a utilização efetiva de informações de saúde para melhorar a qualidade dos serviços e a tomada de decisões, em 2023 e 2024, o MS promoveu um processo pioneiro, inovador e amplamente participativo para a construção colaborativa do Plano de Dados Abertos para o biênio (PDA-MS 2024-2025).

Em importante parceria com a Diretoria de Governo Aberto e Transparência da Controladoria-Geral da União (CGU), o processo de elaboração do PDA-MS 2024-2025 contou com uma consulta pública sobre a temática (com mais de 670 participações), com oficinas de capacitação⁷ e com a criação de um grupo de trabalho que obteve intenso engajamento e participação por parte de todas as secretarias dos MS.



Gráfico 115 – Distribuição de organizações e instituições que participaram da consulta pública



Fonte: Demas/Seidigi/MS.

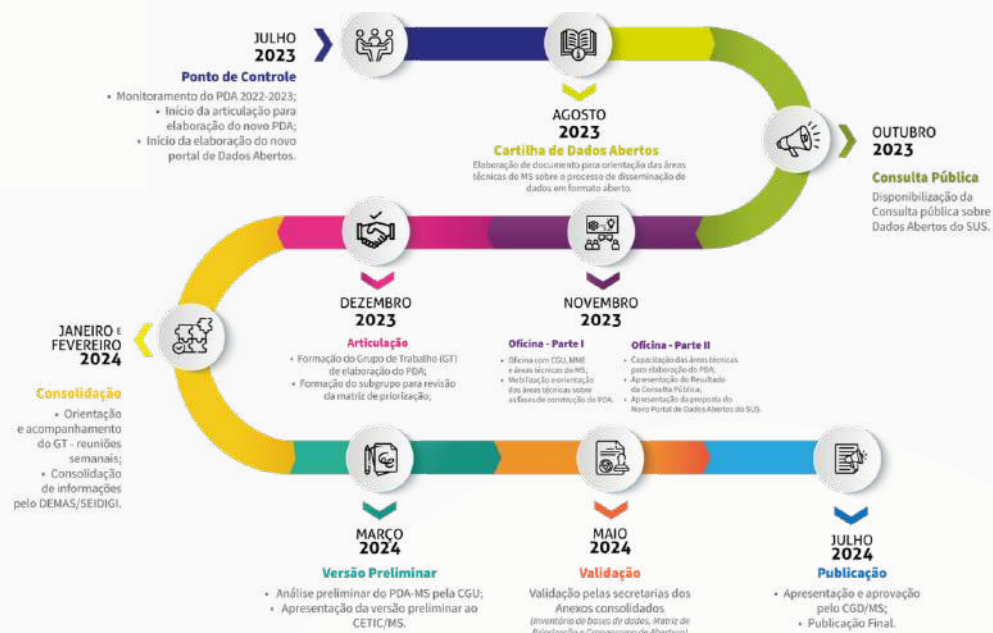
Conduzido com reuniões semanais, o grupo de trabalho dedicou-se à revisão e à elaboração do inventário de bases de dados, da matriz de priorização e do cronograma de abertura das

bases de dados. Dessa forma, em julho de 2024, o Plano de Dados Abertos 2024-2026 do Ministério da Saúde⁸ foi apresentado e aprovado na 2ª Reunião Ordinária do Comitê de Governança Digital (CGD/MS).

⁷ A oficina foi transmitida pelo Youtube e está disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=RmmeUDj4K1A>.

⁸ Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/dados-abertos/pda>.

Figura 58 – Linha do tempo do PDA-MS 2024-2025



Fonte: Demas/Seidigi/MS.

2.7.2.10 TabNet e TabWin



TabWin e TabNet são tabuladores criados pelo MS que têm cumprido, ao longo dos anos, um papel de grande relevância na disseminação de dados de saúde e na promoção da transparência ativa. São importantes ferramentas de acesso às informações públicas de saúde, compreendidas como aplicações essenciais para a própria gestão

do SUS, sendo também bastante utilizados por órgãos de controle, Conselhos de Saúde, outras pastas federais e diversos outros atores da sociedade. Contabilizam anualmente mais de 11 milhões de acessos.

Assim, considerando o contínuo avanço das tecnologias da extração de dados, o Ministério da Saúde está trabalhando para aprimorar e atualizar tecnologicamente as duas ferramentas, que enfrentam também o desafio da grande ampliação dos temas cobertos, frente à dinâmica de crescimento do SUS. Dessa forma, considerando a função estratégica das aplicações – que cobrem desde estatísticas vitais

e epidemiológicas, até dados da rede assistencial –, o MS está conduzindo um amplo processo de modernização tecnológica dos tabuladores, com especial destaque para o lançamento da nova versão do TabNetBD ainda em 2025.

2.7.2.11 Inteligência Artificial

Em 2024, o MS participou ativamente de diversas frente de trabalho relacionadas à inteligência artificial (IA), tais como: o Grupo de Trabalho de Saúde do G20: Inteligência Artificial na Saúde Digital; o Projeto de Lei de Inteligência Artificial (PL n.º 2.338/2023); a revisão da Estratégia Brasileira de Inteligência Artificial (Ebia); e, destacadamente, o Plano Brasileiro de Inteligência Artificial (Pbia 2024-2028). No âmbito do Pbia, em discussões capitaneadas pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação do Complexo-Industrial da Saúde (Sectics), a Seidigi participou da discussão da elaboração e da validação dos seguintes projetos:

- **Prontuário falado:** sistema de IA para automatizar a transcrição de teleconsultas.
- **IA para suporte a decisões de compras de medicamentos:** sistema de IA para suporte à decisão na compra de medicamentos.
- **Otimização de diagnósticos:** sistema para aprimorar a precisão e a agilidade nos diagnósticos médicos, particularmente em condições críticas como acidente vascular cerebral (AVC), pneumonia, câncer de mama, tuberculose, melanoma, entre outras.

➤ **IA em saúde bucal:** desenvolvimento de tecnologias para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde bucal e o prognóstico de câncer oral.

➤ **IA para detecção de anomalias nos procedimentos hospitalares e ambulatoriais:** sistema para identificar padrões anormais em faturamentos e procedimentos, ajudando a detectar e prevenir possíveis irregularidades e erros.

➤ **Idoso bem cuidado:** plataforma de IA para promoção e cuidado da saúde do idoso.

➤ **IA para suporte à gestão de processos de judicialização:** sistema para aprimorar a gestão de processos de judicialização, prevenir litígios relacionados e identificar alternativas de tratamento.

2.7.3 Saúde Digital

No Brasil, um país com alto número de comunidades isoladas e regiões onde há escassez de profissionais da saúde, a telessaúde exerce papel fundamental para a integralidade e a melhoria do cuidado em saúde da população, sobretudo da Atenção Primária à Saúde e sua interação com os demais níveis de atenção de forma a fortalecer as Redes de Atenção à Saúde do SUS. Considerando as especificidades regionais, identificam-se como desafios adequar a infraestrutura nas localidades remotas, flexibilizar e desburocratizar as ações em saúde digital e telessaúde, além de promover a interoperabilidade dos sistemas de informação.

Em 2024, o Ministério da Saúde, por meio da Seidigi, objetivou promover a transformação da cultura de saúde digital e aprimorar os serviços de telessaúde. É o caso da atualização das ações de telessaúde por meio da publicação da Portaria GM/MS n.º 3.691, de 23 de maio de 2024, que instituiu a Ação Estratégica SUS Digital – Telessaúde, do Programa SUS Digital.

As ações e os serviços de telessaúde em território nacional, no âmbito do SUS, passaram a ser guiados pela Ação Estratégica SUS Digital – Telessaúde, do Programa SUS Digital, que tem por objetivo: apoiar a consolidação das Redes de Atenção à Saúde e do Subsistema de Saúde Indígena, por meio do estabelecimento de diretrizes e da oferta de serviços que promovam a integralidade e a continuidade do cuidado entre todos os níveis de atenção no SUS.

Com isso, a execução dos serviços de telessaúde deverá ocorrer de forma integrada às indicações contidas nos Planos de Ação de Transformação para a Saúde Digital – PA Saúde Digital nas suas respectivas macrorregiões de saúde, sendo de extrema importância que todas as ações de telessaúde executadas pelo SUS estejam alinhadas e que sejam executadas dentro do delimitado nos eixos de atuação previstos no Programa SUS Digital.

2.7.3.1 Rede Brasileira de Telessaúde – Núcleos de Telessaúde

Os serviços de telessaúde são oferecidos no âmbito dos estabelecimentos de saúde do SUS sob a coordenação das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, em colaboração e articulação com instituições de ensino e pesquisa, como universidades públicas, contando com o apoio de especialistas e com o desenvolvimento de pesquisa e inovação, que vêm contribuindo decisivamente há mais de uma década para o avanço e a consolidação da telemedicina, da telessaúde e, mais amplamente, da saúde digital no Brasil.

O objetivo é fomentar iniciativas que apoiem tanto a assistência à saúde quanto a educação permanente em saúde digital em todo o território nacional. Isso inclui a realização de atendimentos remotos, o suporte ao diagnóstico, ações educativas, além de auxiliar na tomada de decisões de profissionais e gestores da área da saúde.

Destacam-se conceitos fundamentais garantidos no escopo da Portaria GM/MS n.º 3.691 de 23 de maio de 2024, do Programa SUS Digital, como, por exemplo, Núcleo de Telessaúde (NT), a instituição que ofereça modalidades de ações e serviços de telessaúde visando ampliar, fortalecer e qualificar o SUS na:

- Oferta de serviços de telessaúde de acordo com as demandas estadual, distrital ou municipal.
- Composição e manutenção da equipe de teleconsultores e do corpo clínico de especialistas de referência, compatíveis com a demanda dos serviços de telessaúde.
- Ações de educação permanente para a realização e o uso dos serviços de saúde digital e telessaúde.
- Serviços de suporte de tecnologia da informação às ações de telessaúde.
- Avaliação e monitoramento do uso e da qualidade dos serviços de saúde digital e telessaúde.

Outra estrutura de oferta de serviços de telessaúde são os “Pontos de Telessaúde”, que são estabelecimentos de saúde inseridos nas Redes de Atenção à Saúde do SUS, por meio dos quais usuários e profissionais de saúde demandam ações e serviços ao Núcleo de Telessaúde.

Nesse sentido, a Ação Estratégica SUS Digital – Telessaúde, do Programa SUS Digital, estrutura-se em Núcleos de Telessaúde, que ofertam os serviços de telessaúde, e pontos na Rede de Atenção, que demandam e recebem esses serviços. Embora os NTs encontrem-se sediados em determinado estado, a sua atuação pode abranger outros estados e outras regiões.

O Desd/Seidigi/MS encerrou o ano de 2024 com NTs instalados em 16 unidades da Federação; estes ofertam uma gama de serviços de telessaúde em diversas especialidades, a depender do contexto epidemiológico do território.

Não distante, faz-se destaque aos seguintes NTs que atuam em temáticas específicas como:

1. Núcleo de Telessaúde sediado na Fundação Oswaldo Cruz do Amazonas (Fiocruz/AM), que trabalha a temática relacionada a doenças febris agudas.
2. Núcleo de Telessaúde sediado no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip/PE), que trabalha a temática relacionada à oncologia.
3. Núcleo de Telessaúde sediado na Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade (FUnATI), em que é previsto o trabalho na temática da saúde do idoso.

O MS conta com 26 NTs (Oferta Nacional de Telediagnóstico – ONTD – e telessaúde sem ONTD); destes, três realizam ONTD (quadro a seguir). A distribuição geográfica dos projetos em telessaúde abrangem as cinco regiões do território brasileiro.

Quadro 29 – Distribuição dos projetos nos estados brasileiros no ano de 2024

UF	Instituição Parceira	Atividade
AC	SES/AC	Telessaúde
AL	Ufal	Telessaúde
AM	Fiocruz/AM	Telessaúde
AM	FUnATI	Telessaúde
AM	UEA	Telessaúde
AM	Ufam	Telessaúde
CE	UFC	Telessaúde
GO	UFG	Oferta Nacional (ONTD)
MA	UFMA	Telessaúde
MG	Feluma	Telessaúde
MG	UFMG	Oferta Nacional (ONTD)
MG	UFMG	Telessaúde
MG	UFVJM	Telessaúde
MS	Fiocruz/MS	Telessaúde
PA	Uepa	Telessaúde
PA	UFPA	Telessaúde
PE	Imip/PE	Telessaúde
PI	UFPI	Telessaúde
RJ	Fiocruz/RJ	Telessaúde
RJ	UFF	Telessaúde
RN	UFRN	Telessaúde
RR	UFRR	Telessaúde
SC	UFSC	Oferta Nacional (ONTD)
SC	UFSC	Telessaúde
SP	Unifesp	Telessaúde

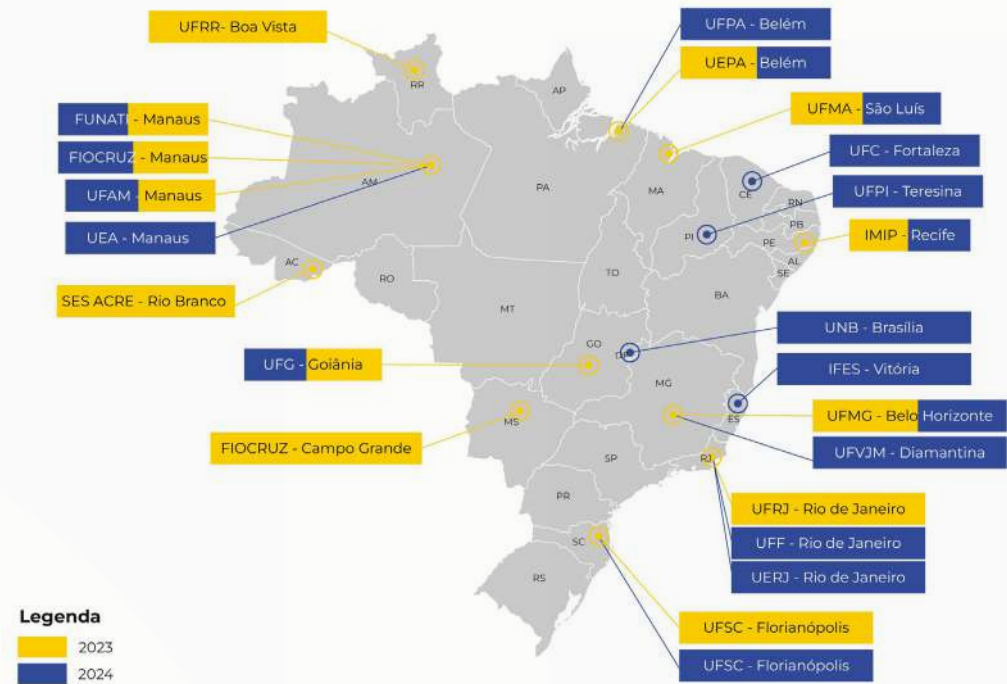
Fonte: Desd/Seidigi/MS.

Em continuidade, para o ano de 2024, pensando na estratégia de fortalecimentos desses importantes espaços públicos de apoio ao cuidado integrado à saúde, houve aplicação do recurso advindo do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC Saúde). A estratégia buscou estruturar ampliar e modernizar os NTs que ofertam serviços de telessaúde; desse modo, foi destinado recurso na modalidade de investimento a 18 projetos para aquisição de equipamentos e materiais permanentes.

Essa ação tem como objetivos:

- Garantir infraestrutura adequada e espaços dedicados para serviços de telessaúde e saúde digital.
- Fortalecer e integrar a rede de saúde, melhorando desfechos em saúde, especialmente para populações vulneráveis.
- Aumentar a eficiência e a efetividade do sistema de saúde, com maior segurança e satisfação dos usuários.
- Qualificar o cuidado em saúde no SUS.
- Melhorar a estrutura física e diversificar insumos e equipamentos para organizar os processos de trabalho.
- Contribuir para a formação e a valorização de profissionais de saúde que integram equipes multiprofissionais.

Figura 59 – NTs que receberam recurso de estruturação PAC Saúde



Fonte: Desd/Seidigi/MS.

2.7.3.2 Oferta Nacional de Telediagnóstico – ONTD

Entre as estratégias utilizadas pelo Desd/Seidigi/MS, optou-se pelo incentivo à Oferta Nacional de Telediagnóstico (ONTD) executada por Núcleos de Telessaúde, no escopo da Ação Estratégica SUS Digital – Telessaúde.

Esta estratégia objetiva a ampliação dos serviços de emissão de laudos de exames realizados a distância e que viabilizam o diagnóstico de

condições de saúde de forma ágil e prática. Essa operação é coordenada pelo Desd/Seidigi/MS em parceria com instituições de ensino superior (IES), Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde.

Atualmente, três instituições atuam diretamente na ONTD, fortalecendo a integração e a eficiência dos serviços de saúde digital no País, conforme mostrado na imagem a seguir:

Figura 60 – Oferta Nacional de Telediagnóstico por especialidade



Fonte: Desd/Seidigi/MS.

Quadro 30 – Oferta Nacional de Telediagnóstico por UF

Núcleo de Telessaúde	Especialidade	Estados
Núcleo de Telessaúde Estadual de Goiás	Oftalmologia	AC, AL, AM, BA, ES, GO, MA, MG, MS, MT, PA, PB, PE, RO
Núcleo de Telessaúde Estadual de Minas Gerais	Eletrocardiograma	AC, AM, BA, CE, MG, MS, MT, PE, PR, RN, RO, RR, TO
Núcleo de Telessaúde Estadual de Santa Catarina	Dermatologia	AC, AM, BA, GO, MS, MT, PA, PB, PE, PI, PR, RO, RR, SC, SP, TO

Fonte: Desd/Seidigi/MS.

Não distante ao apresentado em relação às formas de apoio e às tipologias dos projetos apoiados, destacam-se os compromissos institucionais elencados nos instrumentos de monitoramento e gestão do governo federal; desse modo, para o ano de 2024, a meta pactuada foi de realizar 1.900.000 atendimentos de telessaúde em todo o território nacional. O percentual de execução apresentado até dezembro de 2024 aponta para a realização de 2.526.196 serviços de telessaúde, o que supera a meta em 32,96%.

O infográfico a seguir demonstra o quantitativo de serviços de telessaúde realizado por região:



Fonte: Desd/Seidigi/MS.

2.7.3.3 Ações do Grupo de Trabalho de TIC para a Comunidade Yanomami – COE Yanomami (2024)

O Desd/Seidigi/MS compôs, juntamente com as demais secretarias do MS, o Grupo de Trabalho constituído pelo Ministério da Saúde para organizar e integrar ações estruturantes de saúde em parceria com o Dsei Yanomami. Destacam-se ações realizadas com o apoio dos Núcleos de Telessaúde:

- Doação de computadores e distribuição aos polos-base Surucucu, Auaris, Maturacá e Missão Catrimani.
- Financiamento do Núcleo de Telessaúde sediado na Universidade Federal de Roraima (UFRR) para viabilizar serviços de telessaúde da região, incluindo os Dsei.

- Qualificação da equipe de saúde quanto ao sistema de telessaúde, bem como de proteção de dados.
- Apoio técnico aos gestores dos serviços de saúde do estado e do município e aos NTs da UFRR para ampliação das ações de telessaúde na região.
- Articulação com instituições governamentais para disponibilização de internet por fibra ótica às Casas de Apoio à Saúde Indígena (Casai) sediadas no estado de Roraima.
- Instalação de 17 antenas para acesso à internet em locais estratégicos do território Yanomami, via InfoSUS IV, com a atualização de links de comunicação com novas velocidades, entre outras ações de apoio técnico e operacional.





03 CONFORMIDADE E EFICIÊNCIA DA GESTÃO



3.1 Gestão Orçamentária e Financeira

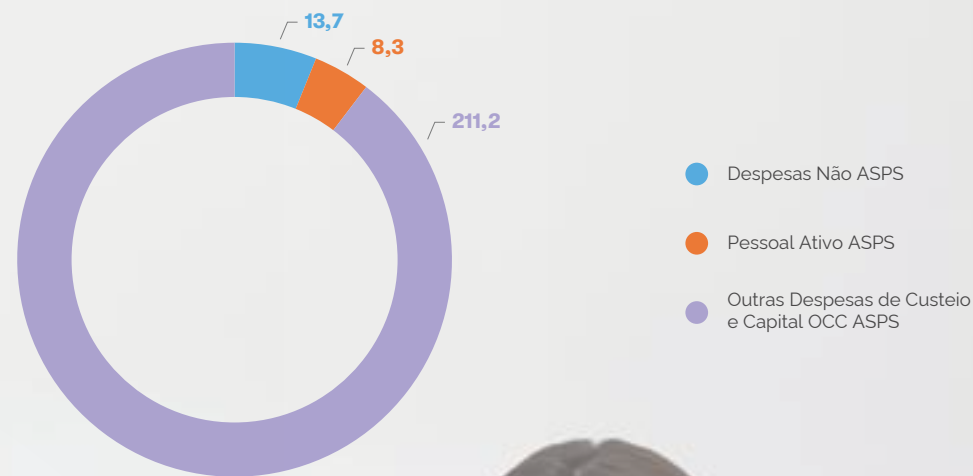
O orçamento do Ministério da Saúde, em 2024, foi definido pela Lei n.º 14.822, de 22 de janeiro de 2024 (LOA 2024), publicada na página 1, da seção 1, do Diário Oficial da União (DOU), de 23 de janeiro de 2024, e pelos créditos adicionais publicados ou reabertos ao longo do exercício.

A despesa total autorizada, ao final do exercício, no Orçamento da Seguridade Social para o Ministério da Saúde foi de R\$ 233,2 bilhões. Esse número contempla a Administração direta e também a indireta, inclusive a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que, com a Lei n.º 13.848, de 25 de junho de 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, de 13 de janeiro de 2012, identificadas na Lei Orçamentária Anual (LOA) 2024 com o identificador iduso 6 (IU 6); e b) demais despesas consignadas ao Ministério da Saúde – Administração direta e unidades vinculadas. Do valor total de R\$ 233,2 bilhões autorizados, R\$ 219,5 bilhões eram relativos a despesas consideradas como Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), e R\$ 13,7 bilhões para outras despesas, como pagamento de inativos e despesas com funcionamento da Anvisa e ANS.

Dos R\$ 219,5 bilhões de despesas ASPS, R\$ 8,3 bilhões eram relativos a pessoal ativo, incluindo benefícios e sentenças judiciais, e R\$ 211,2 bilhões correspondiam às despesas ordinárias de custeio e capital da Pasta, conforme ilustrado no Gráfico 1, a seguir:

Gráfico 116 – Dotação Autorizada do Ministério da Saúde no Orçamento da Seguridade Social (em R\$ bilhões) – 2024



Fonte: Tesouro Gerencial.



3.1.1 Cumprimento da Aplicação Mínima Constitucional

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu que a saúde é um direito de todos e uma responsabilidade do Estado, criou o Sistema Único de Saúde (SUS) e garantiu, conforme o disposto no inciso I do § 3º do artigo 198, a existência de limites mínimos orçamentários a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde (ASPS).

De acordo com o preceito constitucional vigente, a União deve aplicar em ASPS, no mínimo, 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) apurada no exercício financeiro. Vale ressaltar, contudo, que a forma de cálculo desses limites mínimos já sofreu alterações ao longo do tempo e, em 2024, o piso voltou a ser calculado com base na RCL, após sete anos sob uma regra que restringia a ampliação das despesas do Poder Executivo Federal como um todo, popularmente conhecida como "Teto de Gastos", amparada

por força da Emenda Constitucional n.º 95, de 15 de dezembro de 2016. A revogação da EC n.º 95/2006 deu-se a partir da promulgação da EC n.º 126, de 21 de dezembro de 2022, e da posterior aprovação do novo arcabouço fiscal instituído pela Lei Complementar n.º 200, de 30 de agosto de 2023.

Sob a disposição vigente, a dotação orçamentária aprovada na Lei, especificamente para ASPS, foi de R\$ 218,6 bilhões, e o limite mínimo estimado,

até aquele momento, para 2024, era de 218,2 bilhões, o qual correspondia ao montante equivalente aos 15% da RCL de referência para o Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) 2024.

A Tabela 1, a seguir, agrega a informação da aplicação mínima constitucional em saúde prevista para 2024 e do histórico da aplicação efetiva em ASPS de exercício anteriores, que foi, desde 2017, superior ao piso constitucional.

Tabela 90 – Histórico do Cálculo da Aplicação Mínima Constitucional em Saúde (em R\$ bilhões) – 2017 a 2024

ITEM	RCL/Piso Apurado (EC n.º 95/2016)	RCL/Piso Apurado (EC n.º 113/2021)	RCL/Piso Estimado (EC n.º 86/2015)	Aplicação em ASPS	Aplicação Acima do Mínimo	Despesas ASPS Não Computadas para o Piso ⁽¹⁾	Total Acima do Piso
RCL 2017	727,3	727,3		-	-	-	-
Piso 2017 (15% da RCL)	109,1	109,1		114,7	5,6	0,6	6,2
Piso 2018 (Piso 2017 + IPCA 3,0% ⁽²⁾)	112,4	112,4		116,8	4,4	0,6	5,0
Piso 2019 (Piso 2018 + IPCA 4,39% ⁽³⁾)	117,3	117,3		122,3	5,0	1,5	6,5
Piso 2020 (Piso 2019 + IPCA 3,37% ⁽⁴⁾)	121,2	121,3		161,0	39,7	1,4	41,1
Piso 2021 (Piso 2020 + IPCA 4,52% ⁽⁵⁾)		127,0		179,1	52,1	1,8	53,9
Piso 2022 (Piso 2021 + IPCA 10,06% ⁽⁶⁾)		139,8		151,9	12,1	1,3	13,4
Piso 2023 (Piso 2022 + IPCA 5,79% ⁽⁷⁾)		147,9		179,8	31,9	2,6	34,5
Piso 2024 (15% da RCL ⁽⁸⁾)			214,5	215,9	1,4	2,5	3,9

Fonte: Tesouro Gerencial.

⁽¹⁾ Reposição de Restos a Pagar Cancelados (incluindo os royalties do petróleo somente até 2021).

⁽²⁾ Acumulado de julho de 2016 a junho de 2017.

⁽³⁾ Acumulado de julho de 2017 a junho de 2018.

⁽⁴⁾ Acumulado de julho de 2018 a junho de 2019.

⁽⁵⁾ Acumulado de janeiro a dezembro de 2020 (EC n.º 113/2021).

⁽⁶⁾ Acumulado de janeiro a dezembro de 2021.

⁽⁷⁾ Acumulado de janeiro a dezembro de 2022 (Parecer SEI n.º 7/2024/MF da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional).

⁽⁸⁾ Acumulado de janeiro a dezembro de 2024.

Em 2024, o conjunto de dotações ASPS foi estabelecido pela Lei Orçamentária no montante de R\$ 218,6 bilhões, no início do exercício, e evoluiu para R\$ 219,5 bilhões, em decorrência dos créditos orçamentários realizados ao longo do ano. A apuração do aplicado em ASPS ocorre a partir das despesas empenhadas, de acordo com o disposto no artigo 24 da Lei Complementar n.º 141/2012. Assim, dos R\$ 219,5 bilhões disponíveis em 2024, é possível reconhecer que a União aplicou R\$ 218,4 bilhões em ASPS. Destes, R\$ 2,5 bilhões eram relativos à reposição de restos a pagar considerados para fins de apuração da aplicação mínima de 2012 em diante e cancelados ao longo de 2023.

Sendo assim, uma vez findado 2024, seguindo o parâmetro estabelecido a partir da publicação do demonstrativo da Receita Corrente Líquida (RCL) dos últimos 12 meses pela Portaria STN/MF n.º 78, de 15 de janeiro de 2025, e descontados os R\$ 2,5 bilhões da reposição de restos a pagar, o total aplicado em ASPS considerado para fins de cumprimento do piso de 2024 foi de R\$ 215,9 bilhões, apontando-se, portanto, um resultado favorável de R\$ 1.414,9 milhão, ou seja, a aplicação superou por essa cifra o piso mínimo obrigatório. A tabela a seguir demonstra esses valores em sequência.

Tabela 91 – Análise do Cumprimento do Piso em ASPS (em R\$) – 2024

ITEM		R\$
(A)	Receita Corrente Líquida (RCL) 2024	1.430.035.654.000
(B)	Piso Mínimo ASPS 15% RCL	214.505.348.100
(C)	Dotação final 2024	219.534.834.484
(D)	Total empenhado 2024	218.396.742.125
(E)	Reposição de RAP cancelado	2.476.484.798
(F) = (D) – (E)	Despesas empenhadas computadas para o mínimo em 2024	215.920.257.327
(G) = (F) – (B)	SITUAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO PISO	1.414.909.227

Fonte: Tesouro Gerencial.

Convém lembrar que, à época de elaboração do PLOA 2024, o parâmetro de referência em relação à RCL era de R\$ 1.454.414,8 milhão, que implicava o limite mínimo, equivalente aos 15% da RCL estimados para ASPS, no montante de 218,2 bilhões.

Contudo, como a Constituição define que o piso da saúde deve ser contabilizado com base na RCL efetivamente apurada no exercício, ele fica sujeito a estimativas que vão se atualizando ao longo do ano e só pode ser conhecido definitivamente após o encerramento de cada um desses

períodos financeiros. Assim, ao longo de todo o exercício, ocorreram reestimativas, publicadas, bimestralmente, por meio do Relatório de Avaliação de Receitas e Despesas Primárias (RARDP), tendo ainda ocorrido, em novembro de 2024, uma edição de Avaliação Extemporânea, a qual se prestou como referência para ajustar a dotação e a execução orçamentárias até o encerramento do ano. Naquele momento, a RCL foi estimada em R\$ 1.436.909,1 milhão, o que levava consequentemente à projeção de um valor mínimo ASPS de R\$ 215.536,4 milhões.

3.1.2 Execução Orçamentária

Em 2024, o Ministério da Saúde manteve o histórico de elevadas taxas de execução orçamentária. Da dotação atualizada total (ASPS e não ASPS) de R\$ 233,2 bilhões, foram empenhados R\$ 231,8 bilhões, representando um alcance 99,4%.

Consideradas apenas as despesas com ASPS, a dotação total foi de R\$ 219,5 bilhões, com o empenho de R\$ 218,4 bilhões, ou seja, 99,5%.

A tabela, a seguir, mostra um panorama geral desta execução, detalhando os valores segundo sua origem pela programação própria ou por emendas parlamentares e incluindo ainda a situação final de pagamento ou saldo a pagar dentro daquele exercício.

Tabela 92 – Demonstrativo Geral de Execução – Todas as Unidades do Ministério da Saúde (em R\$) – 2024

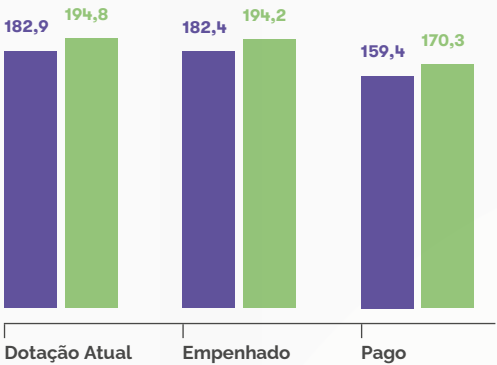
ITEM	DOTAÇÃO ATUALIZADA	EMPENHADO	PAGO	SALDO A PAGAR DE EMPENHO
	(A)	(B)	(C)	D = (B - C)
PESSOAL, BENEFÍCIOS E ENCARGOS SOCIAIS – ASPS	8.336.037.521,00	8.315.729.740,44	7.715.880.308,36	599.849.432,08
Programação Própria (Exclusive Emendas e Sentenças)	185.347.048.721,00	185.147.904.239,52	162.382.482.933,79	22.765.421.305,73
RP 2 – EBAN – Bancada – Discricionária	-	-	-	0
RP 6 – EIND – Emendas Individuais	13.523.795.963,00	13.276.880.491,45	11.047.006.870,10	2.229.873.621,35
RP 7 – EBAN – Emendas Bancadas	3.760.276.881,00	3.728.153.323,00	3.226.683.341,00	501.469.982,00
RP 8 – ECOM – Emenda de Comissão	8.400.505.932,00	7.784.451.787,00	7.365.379.657,00	4.190.721,30
Emendas ASPS	25.684.578.776,00	24.789.485.601,45	21.639.069.868,10	3.150.415.733,35
Reserva de Contingência	22.535.576,00	-	-	0
Sentenças Judiciais	142.134.560,00	141.123.214,41	141.123.214,41	0
Inversões Financeiras	2.499.330,00	2.499.329,49	2.499.329,49	0
SUBTOTAL – OCC – ASPS	211.198.796.963,00	210.081.012.384,87	184.165.175.345,79	25.915.837.039,08
TOTAL ASPS	219.534.834.484,00	218.396.742.125,31	191.881.055.654,15	26.515.686.471,16
PESSOAL, BENEFÍCIOS E ENCARGOS SOCIAIS – NÃO ASPS	12.405.447.153,00	12.387.187.491,02	11.418.182.357,44	969.005.133,6
Programação Própria (Exclusive Emendas e Sentenças)	1.080.433.582,00	1.075.187.541,11	889.834.210,37	185.353.330,7
RP 6 – EIND – Emendas Individuais	1.650.000,00	1.630.000,00	-	1.630.000,00
RP 8 – ECOM – Emenda de Comissão	2.300.000,00	1.328.742,56	-	1.328.742,56
Emendas Não ASPS	3.950.000,00	2.958.742,56	-	2.958.742,56
Sentenças Judiciais	341.286,00	341.286,00	341.286,00	0
Reserva de Contingência Financeira	193.395.812,00	-	-	0
Inversões Financeiras	3.500.000,00	2.711.396,92	2.690.784,50	20.612,42
SUBTOTAL – OCC – NÃO ASPS	1.281.620.680,00	1.081.198.966,59	892.866.280,87	188.332.685,7
TOTAL NÃO ASPS	13.687.067.833,00	13.468.386.457,61	12.311.048.638,31	1.157.337.819,30
TOTAL MINISTÉRIO DA SAÚDE	233.221.902.317,00	231.865.128.582,92	204.192.104.292,46	27.673.024.290,46

Fonte: Tesouro Gerencial.



O gráfico a seguir destina-se a demonstrar a participação das despesas ASPS no montante global de despesas do Ministério da Saúde.

Gráfico 117 – Dotação ASPS em Comparação à Dotação Total na Execução Orçamentária (em R\$ bilhões) – 2024



● Despesas ASPS
● Total

Fonte: Tesouro Gerencial.

Quanto às unidades orçamentárias responsáveis pela execução, a parcela mais expressiva dos recursos é executada pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) – Administração direta –, com 92,8%; seguido pela Fiocruz, com 4,2%, e pelo GHC, com 1,0%. A tabela a seguir apresenta a demonstração completa do quadro orçamentário de 2024, por unidade orçamentária.

Tabela 93 – Demonstrativo Geral de Execução do Ministério da Saúde por Unidade Orçamentária (em R\$ milhões) – 2024

ORÇAMENTO 2024 – LEI N.º 14.822, DE 22 DE JANEIRO DE 2024				
UNIDADE	DOTAÇÃO ATUAL	EMPENHADO	LIQUIDADO	PAGO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ	9.828,1	9.822,8	8.368,7	7.875,3
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO S.A.	2.304,6	2.298,4	2.234,6	2.161,4
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE	2.177,4	2.149,9	1.766,5	1.632,5
AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	882,4	873,2	822,8	755,6
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	512,0	316,3	300,3	277,7
FUNDO NACIONAL DE SAÚDE	217.513,9	216.401,9	194.243,6	191.486,9
RECURSOS SOB SUPERVISÃO DA ANS	3,5	2,7	2,7	2,7
TOTAL	233.221,9	231.865,1	207.739,2	204.192,1

Fonte: Tesouro Gerencial.

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\$ 76,0 bilhões, 32,6% do total pelo Ministério da Saúde (órgão 36000 como um todo) em 2024.

> **Ação 219A** – Piso de Atenção Básica em Saúde, com empenho de R\$ 24,2 bilhões (10,4% do empenho total do órgão em 2024).

> **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\$ 21,5 bilhões, o equivalente a 9,2% do empenho total do órgão 36000 – Ministério da Saúde.

No recorte de relevância, a tabela a seguir apresenta, de modo mais completo, a relação geral das ações orçamentárias desta Pasta, ordenadas por magnitude de valor, todas acima de R\$ 1 bilhão anual.

Tabela 94 – Principais Despesas do Ministério da Saúde (em R\$ milhões) – 2024

ORÇAMENTO 2024 – LEI N.º 14.822, DE 22 DE JANEIRO DE 2024			
UNIDADE	DOTAÇÃO ATUAL	EMPENHADO	PAGO
8585 – ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS EM MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	76.002,5	75.983,3	71.580,8
219A – PISO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	24.269,4	24.268,6	23.470,7
4705 – PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA POR MEIO DA DISPONIBILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO	13.745,0	13.744,7	9.920,2
2E90 – INCREMENTO TEMPORÁRIO AO CUSTEIO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL PARA CUMPRIMENTO DE METAS	12.250,2	11.923,1	11.001,0
0181 – APOSENTADORIAS E PENSÕES CIVIS DA UNIÃO	11.425,0	11.414,6	10.545,2
2E89 – INCREMENTO TEMPORÁRIO AO CUSTEIO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA CUMPRIMENTO DE METAS	10.718,5	10.450,1	9.826,3
00UW – ASSISTÊNCIA FINANCEIRA COMPLEMENTAR AOS ESTADOS, AO DISTRITO FEDERAL E AOS MUNICÍPIOS PARA O PAGAMENTO DO PISO SALARIAL DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM	10.600,0	10.600,0	9.849,9
00UC – TRANSFERÊNCIA AOS ENTES FEDERATIVOS PARA O PAGAMENTO DOS VENCIMENTOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	9.899,0	9.899,0	9.899,0
20YE – AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS E INSUMOS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS	8.134,0	8.134,0	6.252,5
20TP – ATIVOS CIVIS DA UNIÃO	7.234,0	7.225,1	6.614,8
8535 – ESTRUTURAÇÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE	6.046,4	5.795,5	955,2
21BG – FORMAÇÃO E PROVISÃO DE PROFISSIONAIS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	3.993,5	3.993,4	3.614,0
20YR – MANUTENÇÃO E FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL PELO SISTEMA DE GRATUIDADE	3.060,5	3.032,6	2.739,8
20YP – PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA	3.006,6	2.979,0	2.705,4
20AE – PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	2.866,5	2.797,5	2.512,8
4370 – ATENDIMENTO À POPULAÇÃO PARA PREVENÇÃO, CONTROLE E TRATAMENTO DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA E SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (HIV/AIDS) E OUTRAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST) E HEPATITES VIRAIS	2.673,5	2.673,5	2.378,8
8581 – ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SAÚDE BUCAL	2.397,9	2.361,7	719,1
00UB – TRANSFERÊNCIA AOS ENTES FEDERATIVOS PARA O PAGAMENTO DOS VENCIMENTOS DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS	2.392,5	2.392,5	2.392,5
20YD – EDUCAÇÃO E TRABALHO NA SAÚDE	2.262,0	2.259,0	2.107,0
20AL – APOIO AOS ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS PARA A VIGILÂNCIA EM SAÚDE	2.250,9	2.250,9	2.207,6
4295 – ATENÇÃO AOS PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS HEMATOLÓGICAS	1.640,0	1.640,0	1.249,6
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	1.381,5	1.381,2	1.381,2
6217 – ATENÇÃO À SAÚDE NOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	1.297,4	1.297,3	1.081,5
21DX – MANUTENÇÃO DE CONTRATOS DE GESTÃO COM A AGÊNCIA BRASILEIRA DE APOIO À GESTÃO DO SUS (AGSUS)	1.117,1	1.117,1	1.117,1
09HB – CONTRIBUIÇÃO DA UNIÃO, DE SUAS AUTARQUIAS E FUNDAÇÕES PARA O CUSTEIO DO REGIME DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS	1.036,5	1.024,4	1.023,6
DEMAIS	11.521,5	11.227,1	7.046,4
TOTAL	233.221,9	231.865,1	204.192,1

Fonte: Tesouro Gerencial.

Sob a perspectiva da forma de execução por modalidade de aplicação dos recursos, observa-se, na tabela a seguir, que a parcela mais expressiva se refere a transferências aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios. Do total de R\$ 231,8 bilhões empenhados pelo Ministério da Saúde, R\$ 151,1 bilhões são transferências fundo a fundo aos demais entes federativos, além de R\$ 3,4 bilhões relativos a transferências mediante convênios ou instrumentos congêneres.

Tabela 95 – Execução Orçamentária, por Modalidade de Aplicação (em R\$) – 2024

MODALIDADE DE APLICAÇÃO		DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESAS EMPENHADAS	DESPESAS LIQUIDADAS	DESPESAS PAGAS
TOTAL ASPS		155.234.692.509	154.378.191.754	142.482.584.524	141.802.221.009
TOTAL TRANSFERIDO POR CONVÊNIO/SIMILAR		3.327.214.885	3.319.536.455	81.378.734	81.378.734
30	TRANSFER. A ESTADOS E AO DISTRITO FEDERAL	2.045.254.038	2.043.152.413	57.675.313	57.675.313
40	TRANSFERÊNCIAS A MUNICÍPIOS	1.281.960.847	1.276.384.042	23.703.421	23.703.421
TOTAL TRANSFERIDO FUNDO A FUNDO		149.430.992.827	148.582.170.501	139.924.720.992	139.244.357.477
31	TRANSFER. A ESTADOS E DF – FUNDO A FUNDO	36.394.985.286	36.208.930.639	34.208.358.902	34.035.791.894
41	TRANSFERÊNCIAS A MUNICÍPIOS – FUNDO A FUNDO	113.036.007.541	112.373.239.862	105.716.362.091	105.208.565.583
TOTAL TRANSFERÊNCIAS A MUNICÍPIOS ART.24 LC 141/12		2.476.484.798	2.476.484.798	2.476.484.798	2.476.484.798
35	TRANSFERÊNCIAS A MUNICÍPIOS ART.24 LC 141/12	137.463.469	137.463.469	137.463.469	137.463.469
45	TRANSFERÊNCIAS A MUNICÍPIOS ART.24 LC 141/12	2.339.021.329	2.339.021.329	2.339.021.329	2.339.021.329
TOTAL NÃO ASPS		127.618.385	126.305.729	61.465.398	60.406.259
TOTAL TRANSFERIDO POR CONVÊNIO/SIMILAR		77.551.988	76.580.729	16.450.398	15.391.259
30	TRANSFER. A ESTADOS E AO DISTRITO FEDERAL	10.846.970	10.846.970	1059138,53	0
40	TRANSFERÊNCIAS A MUNICÍPIOS	66.705.018	65.733.760	15.391.259	15.391.259
TOTAL TRANSFERIDO FUNDO A FUNDO		50.066.397	49.725.000	45.015.000	45.015.000
31	TRANSFER. A ESTADOS E DF – FUNDO A FUNDO	36.000	36.000	30.000	30.000
41	TRANSFERÊNCIAS A MUNICÍPIOS – FUNDO A FUNDO	50.030.397	49.689.000	44.985.000	44.985.000
TOTAL TRANSFERIDO FUNDO A FUNDO		0	0	0	0
41	TRANSFERÊNCIAS A MUNICÍPIOS – FUNDO A FUNDO	0	0	0	0
TOTAL GERAL		155.362.310.894	154.504.497.483	142.544.049.922	141.862.627.269

Fonte: Tesouro Gerencial.

As aplicações realizadas diretamente pelo Ministério da Saúde¹ alcançaram R\$ 70,8 bilhões em 2024, já incluídas as despesas com pessoal e encargos sociais². Desse total, R\$ 12,3 bilhões para despesas com medicamentos de alto custo³ e R\$ 7,4 bilhões para aquisição de vacinas⁴.

A tabela a seguir apresenta os montantes mais relevantes executados de forma direta pelo Ministério.

Tabela 96 – Execução Orçamentária, por Aplicação Direta (em R\$ milhões) – 2024

AÇÃO	DOTAÇÃO ATUAL	EMPENHADO	PAGO
4705 – PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA POR MEIO DA DISPONIBILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO	13.745,0	13.744,7	9.920,2
0181 – APOSENTADORIAS E PENSÕES CIVIS DA UNIÃO	11.425,0	11.414,6	10.545,2
20TP – ATIVOS CIVIS DA UNIÃO	7.234,0	7.225,1	6.614,8
20YE – AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE IMUNOBIOLÓGICOS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS	7.412,9	7.412,9	5.634,2
8585 – ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS EM MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	4.928,2	4.927,6	3.922,4
20YR – MANUTENÇÃO E FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL PELO SISTEMA DE GRATUIDADE	3.060,5	3.032,6	2.739,8
DEMAIS AÇÕES	24.569,5	24.617,5	32.998,3
TOTAL	70.992,6	70.814,3	57.040,5

Fonte: Tesouro Gerencial.

Considerando a natureza da despesa realizada, do total de R\$ 231,8 bilhões empenhados, R\$ 201,9 bilhões são relativos a outras despesas correntes (Grupo de Natureza de Despesa [GND] 3);

R\$ 19,8 bilhões a despesas com pessoal e encargos sociais (GND 1); R\$ 10,1 bilhões a despesas com investimentos (GND 4); e R\$ 3,5 milhões em inversões financeiras (GND 5).

A tabela a seguir detalha as cifras despendidas em 2024, segundo sua natureza em cada um dos estágios de execução da despesa.

Tabela 97 – Perfil das Despesas do Ministério da Saúde (em R\$ milhões) – 2024

GRUPO DE NATUREZA DE DESPESA	DOTAÇÃO ATUAL	EMPENHADO	LIQUIDADO	PAGO
1 – Pessoal e Encargos Sociais	19.851,8	19.797,3	19.790,7	18.316,8
3 – Outras Despesas Correntes	202.833,1	201.937,0	185.688,2	183.682,4
4 – Investimentos	10.337,7	10.125,6	2.255,2	2.187,7
5 – Inversões Financeiras	6,0	5,2	5,2	5,2
9 – Reserva de Contingência	193,4			
TOTAL	233.221,9	231.865,1	207.739,2	204.192,1

Fonte: Tesouro Gerencial.

¹ Modalidade de Aplicação 90 e 91.
² GND 1.
³ Ação 4705 – Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
⁴ Ação 20YE – Aquisição e Distribuição de Imunobiológicos e Insumos para Prevenção e Controle de Doenças.



3.1.3 Execução Financeira

No decorrer de 2024, foram desempenhadas atividades referentes à programação e à 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 os pagamentos obedeceram aos limites previstos no Decreto n.º 11.927, de 22 de fevereiro de 2024, e alterações, além das determinações e das orientações da Secretaria de Orçamento Federal (SOF/MPO) e da Secretaria do Tesouro Nacional (STN/MF).

No tocante aos cronogramas de pagamentos das programações deste Ministério da Saúde, desde 2020 os limites de pagamentos são definidos por anexos. Tais anexos decorreram de classificações de resultado primário específicas, de despesas ressalvadas ou não consideradas no teto de gastos do governo, conforme as Leis Orçamentárias Anuais.

Nesses anexos, os limites de pagamento⁵ 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, de 2019, essas agências passaram a constituir "órgãos setoriais".

⁵ Créditos extraordinários não são considerados nos limites estabelecidos pelos Decretos de Programação Financeira.

Diante desse contexto, optou-se por detalhar, a seguir, os limites de pagamento estipulados ao Ministério da Saúde, sem considerar ANS e Anvisa.

Em 2024, para pagamentos do orçamento do exercício corrente e dos restos a pagar do Ministério da Saúde, foi autorizado o montante de R\$ 28,91 bilhões⁶ para as despesas discricionárias (Anexos II, II-C, III e III-A do referido Decreto) e previsto o Fluxo de Pagamentos no montante de R\$ 154,36 bilhões para as Despesas Obrigatórias (Anexos VI e VII do referido Decreto).

Os pagamentos foram de R\$ 28,64 bilhões em despesas discricionárias e de R\$ 153,6 bilhões nas despesas obrigatórias com controle de fluxo.

Cabe registrar que em emendas individuais, RP6, foram pagos R\$ 11,96 bilhões. Já nas emendas de bancada, RP7, foram pagos R\$ 3,48 bilhões e nas emendas de comissão, RP 8, R\$ 7,39 bilhões em 2024.

Na sequência, é apresentada tabela com os limites de pagamentos e valores pagos em 2024 pelo Ministério da Saúde e suas unidades vinculadas (inclui FNS, Fiocruz, e GHC, exclui ANS e Anvisa).

Observa-se que os valores pagos equivaleram a 99,50% dos limites autorizados.

⁶ Não considera limite para emendas individuais e de bancada, de execução obrigatória, e de emendas de comissão.

Tabela 98 – Limite de Pagamento e Valores Pagos (em R\$ mil) – 2024

Discriminação	Limite Pagamento	Valor Pago	% Pago
Anexo II – Discricionárias (RP 2) – Fontes Tesouro	27.762.562	27.561.801	99,28
Anexo II-C – PAC (RP 3) – Fontes Tesouro	936.072	905.366	96,72
Anexo III – Discricionárias (RP 2) – Fontes Próprias	192.134	160.700	83,64
Anexo III-A – Discricionárias Ressalvadas (RP 2) – Fontes Próprias	21.263	15.086	70,95
Anexo IV – Emendas Individuais – RP6	11.963.101	11.963.101	100,00
Anexo IV – Emendas de Bancadas – RP7	3.482.105	3.482.105	100,00
Anexo V – Discricionárias (RP 8) – Fontes Tesouro	7.396.050	7.396.050	100,00
Anexo VI – Obrigatórias (RP 1) – Fontes Tesouro	154.047.216	153.498.415	99,64
Anexo VII – Obrigatórias (RP 1) – Fontes Próprias	309.243	100.579	32,52
Total	206.109.746	205.083.203	99,50

Fonte: Siafi.

Considerados os pagamentos totais realizados pelo Ministério da Saúde, ou seja, inclusive o pagamento de despesas que não são sujeitas à programação e limitação financeira, foram pagos, em 2024, R\$ 224,9 bilhões, dos quais R\$ 203,2 bilhões estão relacionados à LOA 2024 e R\$ 21,7 bilhões à execução de restos a pagar. As tabelas a seguir detalham os valores pagos por unidade orçamentária.

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.

Tabela 99 – Despesas Pagas por Unidade Orçamentária – Despesas Ordinárias (em R\$ milhões) – 2024

UNIDADE	EXECÍCIO CORRENTE	RESTOS A PAGAR	TOTAL
Fundo Nacional de Saúde – FNS	191.486,89	18.797,81	210.284,70
Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz	7.875,32	2.556,11	10.431,43
Fundação Nacional de Saúde – Funasa	1.632,49	248,20	1.880,69
Grupo Hospitalar N. S. Conceição S.A. – GHC	2.161,42	143,10	2.304,52
TOTAL MINISTÉRIO DA SAÚDE	203.156,12	21.745,22	224.901,34

Fonte: Siafi.

3.1.4 Transferências Fundo a Fundo

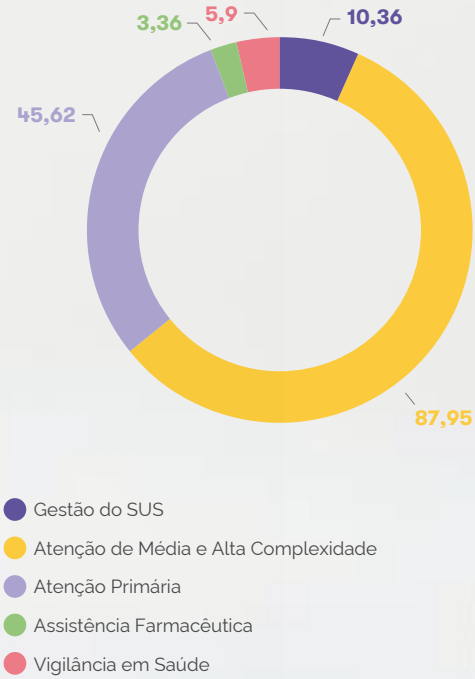
A parcela mais expressiva das despesas pagas pelo FNS é relativa às transferências fundo a fundo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios. As transferências fundo a fundo são organizadas e repassadas aos entes em blocos de financiamento, regulamentados pela Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, de 28 de setembro de 2017, alterada pela Portaria n.º 3.992, de 28 de dezembro de 2017, e pela Portaria n.º 828, de 17 de abril de 2020. Ao todo, as transferências fundo a fundo somaram R\$ 152,3 bilhões em 2024.

Desse valor, R\$ 114,8 bilhões (75,4%) foram repassados aos municípios e R\$ 37,5 bilhões (24,6%) aos estados e ao Distrito Federal.

Na distribuição por bloco, R\$ 150,2 bilhões dos recursos transferidos são relativos ao de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (98,6%) e R\$ 2,1 bilhões ao de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (1,4%).

Dos valores repassados por meio do Bloco de Manutenção, R\$ 86,0 bilhões (57,3%) foram destinados a despesas da média e alta complexidade, R\$ 44,3 bilhões (29,5%) a despesas da Atenção Primária, R\$ 10,3 bilhões (6,9%) a despesas de gestão do SUS, e R\$ 4,9 bilhões (3,3%) a despesas de vigilância em saúde.

Gráfico 118 – Transferências Fundo a Fundo do Bloco de Manutenção por Componente (em R\$ bilhões) – 2024



Fonte: Sispag/FNS.



3.1.5 Restos a Pagar

Em 2024, os Restos a Pagar (RAP) Inscritos e Reinscritos de outros exercicios alcançaram o montante de R\$ 32,3 bilhões. Ao longo do exercício, foram pagos R\$ 21,7 bilhões e cancelado R\$ 1,6 bilhão. Em decorrência disso, o saldo de Restos a Pagar, ao final do exercício de 2024, a ser reinscrito em 2025 foi de R\$ 8,9 bilhões.

Tabela 100 – Restos a Pagar (em R\$ milhões) – 2024

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	1.249,97	69,77	1.176,09	4,10
3 OUTRAS DESPESAS CORRENTES	21.546,37	1.027,98	18.106,89	2.411,40
4 INVESTIMENTOS	9.462,29	543,31	2.462,23	6.444,63
TOTAL	32.258,63	1.641,06	21.745,21	8.860,13

Fonte: Tesouro Gerencial/STN.

Para 2025, além das despesas a serem reinscritas, as despesas empenhadas e não pagas em 2024 também foram inscritas em Restos a Pagar (RAP).

RAP inscrito e reinscrito



Observando a tabela a seguir, nota-se, em primeiro lugar, que R\$ 1,3 bilhão em Restos a Pagar, inscrito em 2024, 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 aumento dos valores inscritos e reinscritos em Restos a Pagar, que passam de R\$ 31,1 bilhões, em 2024, para R\$ 35,0 bilhões, em 2025. Ao todo, os Restos a Pagar inscritos e reinscritos para 2025 somaram R\$ 36,4 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 receptor 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.

Tabela 101 – Restos a Pagar Inscritos e Reinscritos (em R\$ milhões) – 2022 a 2025

GND/AÇÃO	RESTOS A PAGAR INSCRITOS E REINSCRITOS (PROCESSADOS E NÃO PROCESSADOS)			
	2022	2023	2024	2025
Pessoal e Encargos Sociais (GND 1)	1.252,0	1.205,2	1.337,2	1.400,1
Outras Despesas Correntes e Capital (GND 3, 4 e 5)	27.607,4	26.343,9	31.084,2	35.036,9
<i>4705 – Promoção da Assistência Farmacêutica por meio da Disponibilização de Medicamentos do Componente Especializado</i>	1.930,3	2.237,5	5.102,0	3.966,5
<i>8535 – Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde</i>	4.031,6	3.702,1	4.482,4	8.094,2
<i>2E90 – Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial para Cumprimento de Metas</i>	542,2	237,9	3.418,5	1.033,0
<i>8585 – Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade</i>	2.158,5	1.511,6	3.089,0	4.455,2
<i>20YE – Aquisição e Distribuição de Imunobiológicos e Insumos para Prevenção e Controle de Doenças</i>	4.578,3	7.339,9	2.875,7	1.946,3
<i>8581 – Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde</i>	1.286,1	1.426,5	1.487,2	2.551,6
<i>2E89 – Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Primária à Saúde para Cumprimento de Metas</i>	1.055,0	275,3	1.027,2	624,5
<i>21C9 – Saneamento em Pequenas Comunidades Rurais</i>	234,5	576,1	526,2	668,6
<i>10GE – Sistemas Públicos de Esgotamento Sanitário</i>	552,0	455,9	427,9	390,1
<i>20AE – Farmácia Básica</i>	451,1	481,5	385,8	347,1
<i>Demais ações</i>	10.787,6	8.099,5	8.262,2	10.959,8
TOTAL MINISTÉRIO DA SAÚDE	28.859,4	27.549,1	32.421,5	36.436,9

Fonte: Tesouro Gerencial/STN.



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, de 11 de dezembro de 1990, e demais normativos aplicáveis à matéria, a Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas (Cogep/SAA/SE/MS) observa o conjunto de regras e diretrizes estabelecidas pelo órgão central do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (Sipac) e do Sistema de Organização e Inovação Institucional do Governo Federal (Siorg) 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 das 38 Unidades Pagadoras (Upag), as quais incluem a Sede em Brasília, as 26 Superintendências Estaduais, os 6 Hospitais Federais e os 5 Institutos Federais.

A tabela, a seguir, refere-se à média anual das homologações efetivadas nas 38 Upag:

Tabela 102 – Monitoramento da Homologação da Folha de Pagamento

ANO	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Média Anual	37	37	35	35	37	36

Fonte: Planilha Interna de Controle – Cogep.

b) Monitoramento do líquido negativo

A apuração do líquido negativo objetiva identificar os agentes públicos 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.

Tabela 103 – Monitoramento do líquido negativo

ANO	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Total	326	385	471	331	369	252
Regularizados	179	241	113	289	288	201

Fonte: Planilha Interna de Controle – Cogep.021

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.

Tabela 104 – Monitoramento das Demandas de Órgãos de Controle

ANO	RECEBIDAS	TRATADAS
2019	44	24
2020	37	25
2021	127	127
2022	241	241
2023	214	214
2024	202	202

Fonte: Planilha Interna de Controle – Cogep.

3.2.1.2 Cadastramentos dos atos administrativos de pessoal no Sistema e-Pessoal

Visando à melhoria contínua na forma de supervisionar e monitorar o cadastro de novos dados do Sistema do TCU, foram identificados os seguintes atos de pessoal (aposentadoria e pensões) praticados.

Tabela 105 – Supervisão e Controle de Folha de Pagamento para os Atos de Aposentadorias e Pensões Concedidas

ANO	APOSENTADORIAS CONCEDIDAS E CADASTRADAS NO SISTEMA E-PESSOAL	PENSÕES CONCEDIDAS E CADASTRADAS NO SISTEMA E-PESSOAL
2023	266	99
2024	279	86

Fonte: Planilha Interna de Controle – Cogep.

3.2.1.3 Módulos de indícios no Sistema e-Pessoal

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 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.

No módulo de indícios, a Cogep atua na concessão e na revogação de perfis de acesso como operadora e gestora de indícios, acompanhamento do cadastro de novos indícios pelo TCU e sua distribuição às Upag responsáveis, e encaminhamento dos esclarecimentos da Unidade ao TCU.

Visando à melhoria contínua do atendimento às demandas, foram realizados encontros virtuais junto às Upag para troca de experiências, exposição pelas Unidades das principais dificuldades e dúvidas e para salientar a importância da apuração e da inclusão dos esclarecimentos referentes aos indícios de irregularidades no Sistema. Além disso, é realizado periodicamente o monitoramento dos novos atos de pessoal publicados e que não foram registrados tempestivamente no Sistema e-Pessoal, solicitando-se o respectivo registro deste ato às Unidades. No ano de 2024, houve 3.874 indícios tratados juntos às 38 unidades pagadoras deste Ministério.

Tabela 106 – Tratamento de Indícios

Situação	2022	2023	2024
Em tratamento (aguardando esclarecimentos)	16.715	10.244	10.349
Tratados (em monitoramento pelo TCU/arquivados)	42.531	60.398	69.875

Fonte: Sistema e-Pessoal do Tribunal de Contas da União.

3.2.2 Avaliação da Força de Trabalho

A força de trabalho do Ministério da Saúde é composta por 40.231 agentes públicos, divididos da seguinte forma: 16.551 ativos estatutários que atuam na Sede, nas Superintendências, nos

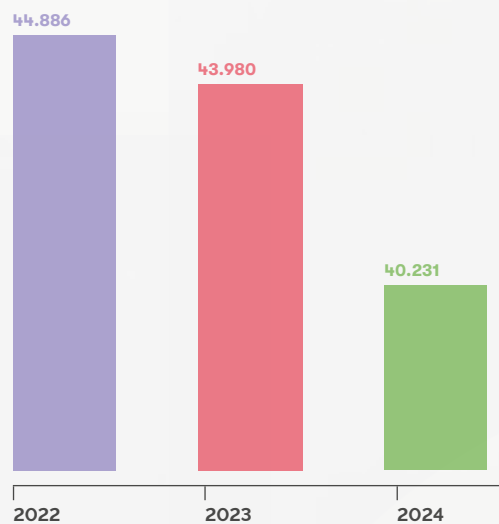
Hospitais, nos Institutos e Distritos Sanitários Especiais Indígenas; 18.114 cedidos aos estados e aos municípios para atuação no âmbito do SUS; 135 nomeados em cargo em comissão; 5.165 contratos temporários da União; e 266 requisitados de outros órgãos.

Tabela 107 – Força de Trabalho do MS

Estatutário	Cedidos	Nomeados	Contrato Temporário da União – CTU	Requisitados	Total
16.551	18.114	135	5.165	266	40.231

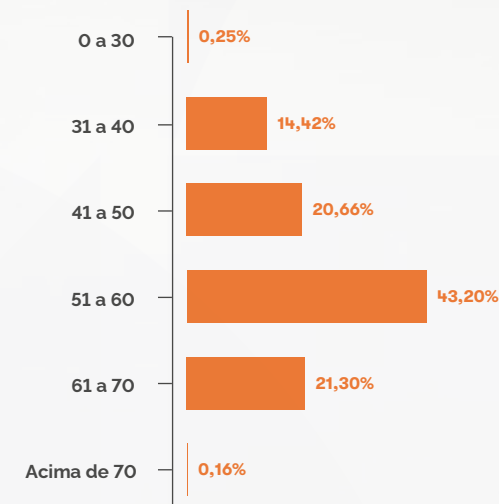
Fonte: Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape).

Gráfico 119 – Evolução da Força de Trabalho do MS



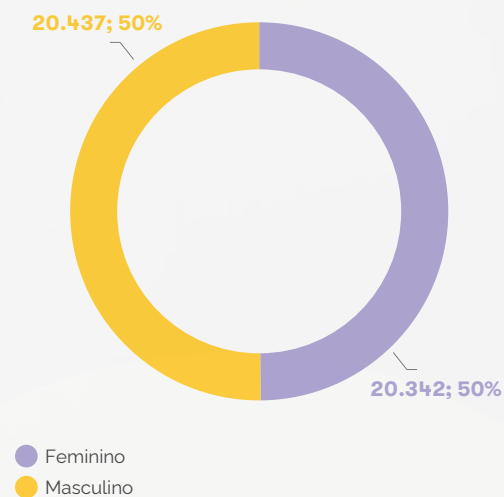
Fonte: Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape).

Gráfico 120 – Distribuição da Força de Trabalho por Faixa Etária



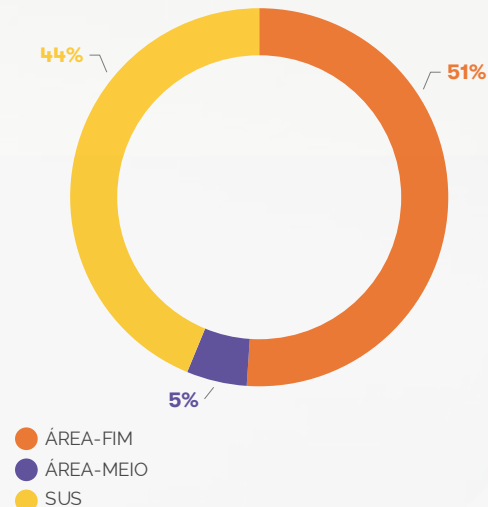
Fonte: Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape).

Gráfico 121 – Distribuição da Força de Trabalho por Sexo



Fonte: Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape).

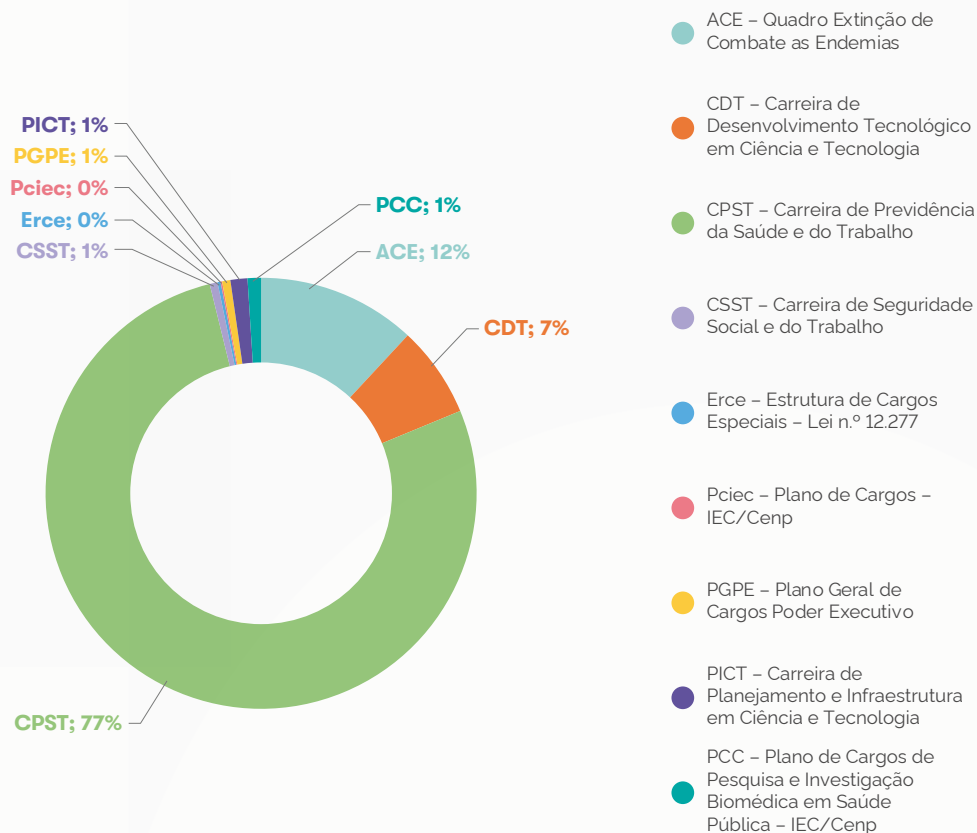
Gráfico 122 – Distribuição da Força de Trabalho por Área



Fonte: Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape).



Gráfico 123 – Carreiras Integrantes do MS



Fonte: Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape).

Tabela 108 – Previsão para Aposentadoria

16.551	2.430	14,68%
Ativos	Ativos em abono	
18.114	7.583	41,86%
Cedidos	Cedidos em abono	

Fonte: Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape).

3.2.3 Estratégia de Recrutamento e Alocação de Pessoas e Situação de Servidores com Condições de Aposentadoria

A equipe de Relações de Trabalho, da Coordenação de Atenção à Saúde do Servidor (Coass/Cogep), fica responsável por realizar o acolhimento e dar encaminhamento nos casos em que o servidor se encontra sem área de lotação definida, seja em virtude de posse, cessão para o MS, retorno de cessão ao órgão de origem, remoção, reversão, disposição pelo gestor, ou retorno de algumas licenças mais prolongadas. Desse modo, a equipe recepciona os servidores, oferece um espaço de escuta às demandas individuais e faz o levantamento do perfil profissional dos servidores. Posteriormente, realizam-se a análise e a compatibilização do perfil com as demandas de pessoal advindas das diversas unidades organizacionais do MS para agendamento de entrevista do servidor na possível área de lotação. Com o retorno positivo, é encaminhado um processo de alteração de lotação, para que se possa providenciar a atualização de lotação daquele servidor nos sistemas pertinentes, e é encaminhada uma minuta de apresentação ao GAB/Cogep, que irá encaminhar à unidade na qual o servidor passará a fazer parte.

Durante o ano de 2024, registrou-se o total de 73 servidores relatados/movimentados com a participação efetiva desta equipe de Relações de Trabalho. Deles, 28 vieram retornando de cessão, 24 colocados à disposição (a pedido do próprio servidor ou de gestores), 11 por meio de retorno de licença, 8 vieram por meio de remoção (unidades administrativas do MS fora de Brasília), 1 veio devido à extinção da Funasa, e 1 servidor se apresentou por posse em concurso público.

Para além da realização das lotações dos servidores efetivos, a equipe de Relações de Trabalho vem atuando na elaboração de materiais que visem à melhoria das relações intraequipes e a à gestão mais humanizada. Em 2024, foi elaborado o *Guia de Acolhimento ao Trabalhador*, que tem por objetivo instruir os gestores sobre boas práticas no recebimento de novos colaboradores na equipe: desde orientações práticas quanto à frequência, inclusão em sistemas etc., até maneiras adequadas de dar feedbacks e de gerir equipes de forma humanizada.

Outro avanço na movimentação foi o olhar mais atento quanto à exigência de justificar o ato da disposição de servidores, para coibir possíveis atos de assédio moral e outras discriminações, tendo em vista que todo ato administrativo precisa ser motivado.

3.2.4 Detalhamento da Despesa de Pessoal

Tabela 109 – Detalhamento da despesa de pessoal (em R\$) – 2024

DESCRIÇÃO/ EXERCÍCIO	APOSENTADOS	PENSIONISTAS	CTU + CONTRATO + ENCARGOS + BENEFÍCIOS	ATIVOS	TOTAL
2019	6.235.332.457,90	2.001.396.633,17	251.256.770,20	5.957.574.447,06	14.445.560.308,33
2020	6.498.932.973,49	2.036.996.009,23	267.461.372,02	5.281.495.832,13	14.084.886.186,87
2021	6.476.703.950,39	2.085.775.279,99	375.822.420,68	4.996.189.249,09	13.934.490.900,15
2022	6.345.256.621,49	2.136.274.173,23	396.756.015,66	4.868.988.803,07	13.747.275.613,45
2023	6.735.632.363,93	2.217.433.785,61	448.753.436,90	5.011.776.733,90	14.413.596.320,34
2024	7.077.258.611,58	2.285.126.979,19	488.528.729,14	4.931.551.092,15	14.782.465.412,06

Fonte: SAA/MS.

3.2.5 Valorização do Ambiente e das Condições de Trabalho

Quanto à valorização do ambiente e das condições de trabalho, tem-se o processo de trabalho de Apoio a Gestores e Equipes, cujo objetivo é elaborar um diagnóstico organizacional, elencando os principais problemas, desafios e potencialidades vivenciados em determinada unidade, visando proporcionar um olhar “de fora” ao gestor da unidade, permitindo que eles atuem nas necessidades apresentadas e/ou deem os encaminhamentos necessários às demandas trazidas. Basicamente, o processo é composto por sete etapas:

1. Recepção da demanda
2. Preparação
3. Coleta de dados
4. Análise dos dados
5. Elaboração do diagnóstico
6. Relatório
7. Devolutiva

Durante o ano de 2024, foram realizadas 42 ações com foco no apoio a gestores e equipes, entre reuniões de alinhamento, ações de planejamento e elaboração de diagnóstico, até oficinas com as equipes envolvidas e apresentação dos resultados.

As áreas contempladas no MS foram: Secretaria de Informação e Saúde Digital (Seidigi), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), Secretaria de Apoio ao Aleitamento Materno e Desenvolvimento Infantil (Seami/Coass), Superintendência Estadual do Ministério da Saúde do Ceará (SEMS/CE), Superintendência Estadual do Ministério da Saúde da Bahia (SEMS/BA) e Coordenação-Geral de Documentação e Informação (CGDI/SAA/SE).

Vale destacar que cada demanda é única e traz suas particularidades, demandando grande planejamento da equipe para fins de escolha de instrumentos, elaboração de oficinas, articulação

de agenda com gestores para a realização das atividades, além da análise dos dados e da elaboração do relatório de diagnóstico, o que torna esse processo de trabalho bastante complexo, exigindo contínuo aprimoramento e capacitação da equipe.

A equipe de vigilância e promoção da saúde ofertou ações para melhorar os ambientes, a organização e os processos de trabalho, de modo a ampliar a conscientização, a responsabilidade e a autonomia dos servidores sobre a construção de uma cultura de valorização da saúde para redução da morbimortalidade, por meio da adoção de hábitos saudáveis de vida e de trabalho e da oportunidade de cuidado no próprio ambiente laboral.

Ainda, foi realizado levantamento das necessidades de desenvolvimento dos servidores da Pasta, conforme estabelecido pelo Decreto n.º 9.991, de 28 de agosto de 2019, o

que dá origem ao Plano de Desenvolvimento de Pessoas (PDP), principal instrumento da Política Nacional de Desenvolvimento de Pessoas. Destacam-se, nessa temática, a participação de 1.807 servidores em ações de desenvolvimento por meio da ação orçamentária específica do Ministério da Saúde. Além disso, como o Decreto n.º 9.991/2019 estabelece a prioridade de oferta de ações de desenvolvimento por meio das escolas de governo, ressalta-se que 2.146 servidores participaram de cursos da Escola Virtual de Governo (EVG/Enap).

Uma importante ferramenta de acompanhamento do desempenho dos servidores é a Gestão do Desempenho, cujo aspecto principal gira em torno da Avaliação de Desempenho, normatizada pelo Decreto n.º 7.133, de 19 de março de 2010. Em 2024, foram ofertadas cinco oficinas de elaboração e pactuação de metas individuais, tanto para servidores avaliados quanto para os avaliadores, que ocupam cargo de gestão e podem ter na pactuação de metas uma importante ferramenta de auxílio e monitoramento dos resultados da unidade. Com a intensificação da comunicação sobre a importância deste processo, com a utilização da intranet, e-mails marketing e o módulo mensageria do SouGOV, foram avaliados 26.814 servidores no 14º ciclo de Avaliação de Desempenho Individual. Cumpre destacar que, no referido ciclo, nenhum Analista Técnico de Políticas Sociais (ATPS) em exercício no MS foi avaliado, pois a carreira já havia sido centralizada no Ministério da Gestão e Inovação (MGI), que orientou a não os avaliar no processo do MS, uma vez que a avaliação de servidores



em carreiras transversais é de responsabilidade do MGI. Aliado a isso, os servidores lotados na Upag/RS não participaram do processo devido à situação de emergência decretada no estado em decorrência das enchentes.

Outra importante ferramenta de valorização por desempenho é o Dimensionamento da Força de Trabalho (DFT), que busca auxiliar gestores na verificação de necessidade de força de trabalho, de acordo com as entregas e a força de trabalho atual da unidade. Durante o processo de DFT, os trabalhadores da unidade têm a oportunidade de visualizar seu esforço e suas entregas, e, como resultado, os gestores podem verificar se há ou não necessidade de novos trabalhadores, além de obter dados da unidade que, inclusive, podem auxiliá-lo na solicitação de concurso público. Em 2024, foram conduzidos projetos de dimensionamento, finalizados em cinco unidades em setembro e iniciados em outras sete unidades, com previsão de conclusão em março de 2025. Além disso, houve o apoio para a realização do DFT pelo MGI em outras 127 unidades do MS, visando a uma melhor alocação dos novos servidores a serem nomeados em 2025.

Além das ações mencionadas, voltadas aos servidores públicos, destaca-se o Programa de Estágio e Residências do MS. O ano de 2024 finalizou com um total de 337 estagiários de nível médio e superior nas unidades do MS em Brasília e nos estados. Os estagiários das unidades de Brasília contam com o apoio do projeto

Da Raiz às Folhas, com escutas psicossociais, encaminhamento para atendimento odontológico, nutricional e psicológico em instituições de ensino parceiras, bem como oferta de até 20 marmitas diárias, em parceria com o restaurante do Ministério da Saúde. Ao todo, 41 estagiários participaram do projeto em 2024. Além disso, em 2024, foi lançado o primeiro edital para a seleção de residentes dos programas de residências do DF para realizarem seus estágios em gestão nas unidades do MS em Brasília. Foram selecionados 35 residentes, que iniciarão suas atividades em janeiro de 2025.

3.2.6 Programa de Gestão e Desempenho – PGD

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas (Cogep/SAA/SE), desenvolveu e/ou monitorou ações e processos ligados ao Programa de Gestão e Desempenho (PGD), do governo federal, institucionalizado pelo Decreto n.º 11.072, de 17 de maio de 2022, e atualizado pela Instrução Normativa (IN) n.º [24/2023](#), IN n.º [21/2024](#), e IN n.º [52/2023](#), autorizado, no âmbito do Ministério da Saúde, por meio da Portaria GAB/GM de n.º 3.699 de 30 de setembro de 2022, e alterações dadas pelas Portarias GM/MS n.º 3.882, de 26 de outubro de 2022, e n.º 5.359, de 13 de setembro de 2024.

O PGD prevê alinhamento ao planejamento estratégico do órgão com definição de entregas realizadas pelas unidades, bem como uma gestão mais transparente das atividades executadas pelos agentes públicos, visando à:

- Gestão orientada a resultados.
- Aprimoramento do desempenho individual e de equipes.
- Redução de despesas administrativas.
- Melhoria da qualidade de vida dos participantes.
- Atração e retenção de talentos.

O Ministério da Saúde implementou ações voltadas à transição para o Novo PGD 2.0.

Foram promovidos ajustes e alterações nos procedimentos gerais de implementação do PGD, com a publicação da portaria de autorização pela ministra da Saúde, e publicações atualizadas dos procedimentos gerais de implementação do PGD em todas as áreas do MS.

Cabe ressaltar que o PGD está implementado em todas as secretarias do Ministério da Saúde e tem evoluído os percentuais de forma expressiva, conforme demonstrado nas tabelas a seguir.

Tabela 110 – Servidores no PGD do Ministério da Saúde

ANO	SERVIDORES EM PGD NO SISGP	PERCENTUAL DE SERVIDORES EM PGD NO SISGP
2022	831	7,71%
2023	1.831	16,99%
2024	2.388	21,45%

Fonte: Painel de Monitoramento PGD, extração do SISGP-PGD.

Tabela 111 – Programas de Gestão no PGD e Planos de Trabalho do Ministério da Saúde

Ação	Ano	Execução
Programa de Gestão Executado	2022	230
	2023	932
	2024	1.873
Plano de Trabalho Executado	2022	1.282
	2023	10.025
	2024	10.437

Fonte: Painel de Monitoramento PGD, extração do SISGP-PGD.

3.3 Gestão de Licitações e Contatos

Os processos de aquisição de bens e contratação de serviços relativos aos insumos estratégicos para a saúde são estruturados para garantir a total conformidade com os normativos vigentes. O Departamento de Logística (Dlog) realiza um trabalho rigoroso de *compliance*, adotando procedimentos adequados e legalmente amparados para efetuar as aquisições, sempre buscando maior alinhamento e confiabilidade nas compras.

É importante destacar que todas as aquisições, independentemente do procedimento utilizado, são planejadas, instruídas e solicitadas pelas secretarias do Ministério da Saúde, que possuem a competência técnica necessária para indicar os insumos, dimensionar a demanda e estabelecer critérios objetivos baseados em evidências técnico-científicas, contexto epidemiológico, dados estatísticos, entre outros fatores.

Recriada em 2024, a Coordenação-Geral de Licitações e Contratos de Insumos Estratégicos para a Saúde (Cglis/Dlog) é responsável por coordenar as atividades relacionadas ao processo licitatório e aos atos necessários para formalizar os instrumentos de contratação de Insumos Estratégicos para Saúde (IES).

Os contratos firmados estão alinhados aos objetivos estratégicos do Ministério da Saúde, em especial ao relacionado à otimização da aquisição e da distribuição de medicamentos e demais insumos estratégicos.

3.3.1 Contratação e Aquisição

Tabela 112 – Contratos Firmados – 2024

Contratos Firmados	Quantidades	Volume Financeiro (R\$)
Decorrentes de pregões eletrônicos	282	4.842.107.589,48
Por dispensa de licitação	32	5.785.870.493,79
Por inexigibilidade de licitação	106	10.579.275.294,35
Total	420	21.207.253.377,62

Fonte: Sistema de Contratos (compras.gov.br – Contratos).

Na Cglis, foram realizados 145 pregões de Pregos, no exercício de 2024, conforme tabela eletrônicos, com ou sem o Sistema de Registro a seguir:

Tabela 113 – Pregões Eletrônicos Realizados e Atas de Registro de Preços – 2024

Pregões Eletrônicos e Atas de Registro de Preço	Quantidades
Pregões sem sistema de registro de preços	15
Pregões com sistema de registro de preços	130
Total de pregões eletrônicos realizados	145
Atas de registro de preços firmadas	141

Fonte: Cglis e Sistema de Contratos (compras.gov.br – Contratos).

Tabela 114 – Cinco Maiores Contratos Decorrentes de Pregão Eletrônico – 2024

N.º do Instrumento	Contratada	Objeto (Descrição Resumida)	Valor Global (R\$)	Modalidade
00246/2024	VTC Operadora Logística Ltda.	Serviços de armazenagem e transporte dos IES	549.888.059,89	Pregão
00254/2024	Novo Nordisk Farmacêutica	Insulina humana regular	545.165.811,45	Pregão
00242/2024	Renault do Brasil Ltda.	Ambulância padrão Samu 192 Furgão	321.657.000,00	Pregão
00383/2024	Globalx Tecnologia Brasil Ltda.	Insulina humana regular	285.380.056,80	Pregão
00147/2024	Renault do Brasil Ltda.	Ambulância padrão Samu 192 Furgão	230.044.000,00	Pregão

Fonte: Sistema de Contratos (compras.gov.br – Contratos).

No âmbito do Dlog, as aquisições de insumos estratégicos para saúde são realizadas, preferencialmente, por meio de pregões, conforme prevê a Lei de Licitações e Contratos Administrativos. O procedimento de pregão sempre é na forma eletrônica, realizado no sistema ComprasGov. O pregão é utilizado para a aquisição de bens e serviços comuns e cabe quando há mais de um fornecedor, ou seja, em situações em que há concorrência. Entretanto, como também previsto na legislação, determinados insumos adquiridos pelo Ministério da Saúde enquadram-se em hipóteses que permitem a contratação direta (dispensa de licitação ou inexigibilidade).

Tabela 115 – Cinco Maiores Contratos Decorrentes de Inexigibilidade de Licitação – 2024

N.º do Instrumento	Contratada	Objeto (Descrição Resumida)	Valor Global (R\$)	Modalidade
00046/2024	Takeda Pharmaceuticals	Vacina, dengue 1, 2, 3, 4	1.272.370.625,00	Inexigibilidade
00357/2024	Multicare Pharmaceuticals	Elexacaptor, associado ao tezacaptor e ivacaptor	858.022.593,12	Inexigibilidade
00303/2024	Produtos Roche Químicos e Farm.	Pertuzumabe, 30 mg/mL	503.403.099,02	Inexigibilidade
00307/2024	Biogen International GMBH	Nusinersena, 2,4 mg/mL	465.280.000,00	Inexigibilidade
00228/2024	Biomarin International Ltd.	Galsulfase, 1 mg/mL	374.717.161,18	Inexigibilidade

Fonte: Sistema de Contratos (compras.gov.br – Contratos).

Tabela 116 – Cinco Maiores Contratos Decorrentes de Dispensa de Licitação – 2024

N.º do Instrumento	Contratada	Objeto (Descrição Resumida)	Valor Global (R\$)	Modalidade
00004/2024	Fundação Butantan	Vacina, influenza trivalente	5.525.432.000,00	Dispensa
00267/2024	Fundação Butantan	Vacina, difteria, tétano e pertussis	957.600.000,00	Dispensa
00313/2024	Fundação Butantan	Vacina, HPV – papilomavírus humano	790.530.000,00	Dispensa
00154/2024	Moderna Switzerland GMBH	Vacina Covid-19	725.000.000,00	Dispensa
00009/2024	Empresa Brasileira de Hemoderivados	Concentrado de fator de coagulação, fator VIII	661.200.000,00	Dispensa

Fonte: Sistema de Contratos (compras.gov.br – Contratos).



Tabela 117 – Aquisições junto aos Laboratórios Públicos, por Dispensa de Licitação – 2024

Laboratório	N.º do Instrumento	Objeto (Descrição Resumida)	Valor Global (R\$)
Laboratório Farmacêutico do Estado do Pernambuco Governador Miguel Arraes – Lafepe	00003/2024	Darunavir 800 mg	325.877.905,80
	00041/2024	Hipoclorito de Sódio	61.416.992,00
	00192/2024	Tenofovir + Lamivudina	235.760.028,00
	00194/2024	Ritonavir 100 mg	42.899.807,97
	00358/2024	Clozapina, Olanzapina e Quetiapina	217.061.117,40
	00444/2024	Darunavir	2.487.127,20
	00447/2024	Hipoclorito de Sódio	77.605.824,00
	TOTAL	-	963.108.802,37
Fundação Ezequiel Dias	00007/2024	Entecavir 0,5 mg	31.345.440,00
	00010/2024	Talidomida 100 mg	8.827.755,30
	TOTAL	-	40.173.195,30
Fundação para o Remédio Popular – Furp	00002/2024	Sulfadiazina 500 mg	983.865,30
	00018/2024	Dicloridrato de Etambutol 400 mg	743.363,20
	00162/2024	Lamivudina, Zidovudina + Lamivudina	19.097.613,00
	00236/2024	Benzilpenicilina Benzatina	7.776.475,00
	00240/2024	Estreptomicina Sulfato 1 g	84.260,00
	00373/2024	Galantamina Sal Bromidrato	23.707.436,20
	00379/2024	Dicloridrato de Etambutol	791.418,60
	00401/2024	Tenofovir + Lamivudina	92.001.150,00
	00440/2024	Sulfadiazina 500 mg	906.680,00
	TOTAL	-	146.092.261,30

Laboratório	N.º do Instrumento	Objeto (Descrição Resumida)	Valor Global (R\$)
Fundação Butantan	00004/2024	Vacina, Influenza Trivalente	5.525.432.000,00
	00267/2024	Vacina, Difteria, Tétano e <i>Pertussis</i>	957.600.000,00
	00281/2024	Vacina, Raiva	617.840.000,00
	00313/2024	Vacina, HPV – Papilomavirus Humano	790.530.000,00
	00314/2024	Vacina, Varicela	544.170.000,00
	00322/2024	Vacina Humana, Hepatite B	119.700.000,00
	00332/2024	Vacina Humana, Hepatite A	398.160.000,00
	00388/2024	Soros Hiperimunes	196.657.840,00
	TOTAL	-	9.150.089.840,00
Instituto de Tecnologia do Paraná – Tecpar	00269/2024	Vacina, Vírus Rábico, Uso Veterinário	36.140.000,00
	TOTAL	-	36.140.000,00

Fonte: Sistema de Contratos (compras.gov.br – Contratos).

Importante ressaltar que todas as aquisições são planejadas, instruídas e solicitadas pelas secretarias deste Ministério da Saúde, as quais detêm competência técnica para indicar o insumo; dimensionar a demanda; e demonstrar que a compra está alinhada com o planejamento da Administração e que consta do Plano de

Contratações Anual. Em todas as hipóteses, o processo é precedido por pesquisa de mercado nacional e internacional, de acordo com o arcabouço vigente, além de árdua negociação, com o objetivo de se assegurar a proposta mais vantajosa à Administração.

Em 2024, as negociações com fornecedores resultaram em uma economia total de R\$ 464.153.776,41. Desse valor, R\$ 399.938.638,86 foram provenientes de inexigibilidades de licitação, enquanto R\$ 64.215.137,55 referem-se a dispensas de licitação. Essas economias refletem uma gestão eficiente e estratégica das contratações, assegurando a utilização responsável dos recursos públicos e o cumprimento das necessidades de aquisição de bens essenciais.

A tabela a seguir apresenta as dez maiores contratações realizadas pelo Dlog, no ano de 2024, detalhando os valores e os respectivos itens adquiridos. Essas aquisições refletem as prioridades estratégicas para atender às necessidades da população, com foco em insumos essenciais, como vacinas, medicamentos e serviços logísticos. A análise dessas contratações é fundamental para compreender a alocação de recursos e a gestão eficiente dos investimentos públicos, garantindo que as despesas sejam realizadas de forma transparente e em conformidade com as demandas do Ministério da Saúde.

Tabela 118 – Dez Maiores Contratações – 2024

N.º do Instrumento	Contratada	Objeto (Descrição Resumida)	Valor Global (R\$)	Modalidade
00004/2024	Fundação Butantan	Vacina, influenza trivalente	5.525.432.000,00	Dispensa
00046/2024	Takeda Pharmaceuticals	Vacina, dengue 1, 2, 3, 4	1.272.370.625,00	Inexigibilidade
00267/2024	Fundação Butantan	Vacina, difteria, tétano e <i>pertussis</i>	957.600.000,00	Dispensa
00357/2024	Multicare Pharmaceuticals	Elexacaptor, associado ao tezacaptor e ivacaptor	858.022.593,12	Inexigibilidade
00313/2024	Fundação Butantan	Vacina, HPV – papilomavirus humano	790.530.000,00	Dispensa
00154/2024	Moderna Switzerland GMBH	Vacina Covid-19	725.000.000,00	Dispensa
00009/2024	Empresa Brasileira de Hemoderivados	Concentrado de fator de coagulação, fator VIII	661.200.000,00	Dispensa
00281/2024	Fundação Butantan	Vacina, raiva	617.840.000,00	Dispensa
00246/2024	VTC Operadora Logística Ltda.	Serviços de armazenagem e transporte dos IES	549.888.059,89	Pregão
00254/2024	Novo Nordisk Farmacêutica	Insulina humana regular	545.165.811,45	Pregão

Fonte: Sistema de Contratos (compras.gov.br – Contratos).

De acordo com as características das demandas e dos insumos, alguns produtos precisaram ser adquiridos no mercado externo, inclusive para atendimento às demandas judiciais.



Tabela 119 – Aquisições Junto a Empresas Estrangeiras – 2024

N.º do Instrumento	Fornecedor	Objeto (descrição resumida)	Valor Global (R\$)
00175/2024	Specialty Pharma of London Ltd.	Patisirana, 2 mg/mL	36.869.720,64
00180/2024	Multicare Pharmaceuticals	Ivacaftor, 150 mg	52.518.133,92
00198/2024	Takeda Pharmaceuticals Internacional	Alfagalsidase, 1 mg/mL	142.710.203,16
00210/2024	Abbvie Logistics BV	Lopinavir + Ritonavir	471.014,80
00222/2024	Uno Healthcare, Inc.	Mercaptamina	19.850.828,10
00228/2024	Biomarin International Ltd.	Galsulfase, 1 mg/mL	374.717.161,18
00257/2024	Cepheid HBDC SAS	Reagente para Diagnóstico Clínico 4	34.789.786,00
00276/2024	Glaxosmithkline Export Ltd.	Succinato de Tafenoquina, 150 mg	2.257.649,94
00278/2024	Specialty Pharma of London Ltd.	Lumasirana, 200 mg/mL	18.767.460,08
00279/2024	Pfizer Export B.V	Nirmatrelvir + Ritonavir	45.165.888,00
00284/2024	Specialty Pharma of London Ltd.	Givosirana, 189 mg/mL	55.975.320,96
00285/2024	Glaxosmithkline Export Ltd.	Fostensavir, 600 mg	71.049.600,00
00292/2024	Biomarin International Ltd.	Elosulfase Alfa, 1 mg/mL	248.480.192,40
00293/2024	Gilead Sciences Ireland UC	Tenofovir Alafenamida, 25 mg	15.713.962,42
00294/2024	Pint Pharma Gesellschaft MBH	Migalastate, 123 mg	8.119.188,61
00302/2024	Takeda Pharmaceuticals Internacional	Alfagalsidase, 1 mg/mL	221.957.996,00
00307/2024	Biogen International GMBH	Nusinersena 2,4 mg/mL	465.280.000,00
00310/2024	Takeda Pharmaceuticals International	Vedolizumabe, 300 mg	150.017.582,00
00315/2024	Biomarin International Ltd.	Vosoritida	296.930.772,00
00328/2024	Astrazeneca AB	Palivizumabe, 100 mg/mL	180.629.801,14
00334/2024	Multicare Pharmaceuticals	Hormônio Paratireóide, 50 mcg	749.703,92
00357/2024	Multicare Pharmaceuticals	Elexacaftor + Tezacaftor e Ivacaftor	858.022.593,12
00362/2024	Multicare Pharmaceuticals	Sebelipase Alfa, 2 mg/mL	28.860.865,35
00364/2024	Specialty Pharma of London Ltd.	Vutrisirana, 50 mg/mL	17.869.170,90
00380/2024	Serum Institute of India Private Limit	Vacina, Covid-19	124.800.000,00
00381/2024	Grifols S.A.	Imunoglobulina Humana	39.533.572,00
00434/2024	Takeda Pharmaceuticals Internacional	Alfavelaglicerase	11.693.783,36
TOTAL			3.523.801.950,00

Fonte: Sistema de Contratos (compras.gov.br – Contratos).

Observação: todas por inexigibilidade de licitação, exceto o Instrumento n.º 00380/2024 (Serum Institute of India Private Limit, Vacina Covid-19), que foi decorrente de um pregão.

3.3.2 Armazenagem e Distribuição

A gestão de Insumos Estratégicos para Saúde (IES) tem por objetivo garantir o acesso regular de medicamentos e insumos em tempo oportuno, em quantidade e qualidade adequadas e de forma vantajosa para a Administração Pública.

Assim, esses serviços logísticos são etapas essenciais para garantir a disponibilidade contínua e oportuna desses bens, como medicamentos, vacinas e insumos em geral. A gestão eficiente desses insumos envolve o armazenamento adequado, respeitando as condições específicas de temperatura, umidade e segurança, além da organização logística para assegurar a entrega pontual às Secretarias de Saúde, em especial. Uma distribuição bem planejada contribui para o atendimento adequado das necessidades da população, evitando desabastecimentos e assegurando que os recursos cheguem a quem mais precisa, de forma segura e dentro dos prazos estabelecidos.

Nesse cenário, destaca-se a celebração, no dia 26 de junho de 2024, do Contrato n.º 246/2024, cujo objeto é a contratação de serviço de operador logístico de armazenagem e transporte multimodal de IES.

Além disso, oportuno ressaltar que, no ano de 2024, foi iniciado o projeto de modernização do Sistema de Administração de Materiais (Sismat). A atualização sistêmica permitirá a implementação de novas funcionalidades, conferindo maior agilidade nas operações, na rastreabilidade e na integração com outros sistemas da Pasta.

Tabela 120 – Pedidos de Distribuição Encaminhados ao Dlog, por Secretaria Finalística – 2024

Secretaria	N.º de pedidos	% de Pedidos	Valor dos Insumos (R\$)	% do Valor dos Insumos
SVSA	14.430	35,57%	10.163.567.472,44	50,49%
Sectics	16.596	40,91%	6.803.237.286,38	33,79%
Djud	6.862	16,92%	1.966.836.188,44	9,77%
Saes	1.525	3,76%	795.906.811,72	3,95%
Covid	821	2,02%	386.763.803,76	1,92%
Sesai	329	0,81%	14.632.769,73	0,07%
TOTAL	40.563	100,00%	20.130.944.332,47	100,00%

Fonte: CGLOG/Dlog – Sistema de Administração de Material (Sismat).

A tabela a seguir apresenta os pedidos de distribuição realizados ao longo de 2024, detalhando a Secretaria responsável, o quantitativo total de pedidos efetuados, o percentual correspondente, o valor dos insumos envolvidos e o percentual desse valor em relação ao total. Essa análise permite uma visão detalhada da distribuição de recursos e facilita o acompanhamento da alocação de insumos, garantindo que as necessidades de cada Secretaria sejam atendidas de forma proporcional e eficiente, com base nos valores e volumes solicitados.

A tabela a seguir apresenta os dados referentes aos modais de transporte utilizados para a distribuição de insumos ao longo de 2024, detalhando os modais aéreo e rodoviário, o peso total das cargas e o valor total correspondente do frete. Essas informações são essenciais para avaliar a eficiência e os custos logísticos envolvidos no processo de distribuição. O acompanhamento desses dados permite otimizar as escolhas de modal, garantir a melhor relação custo-benefício no transporte e assegurar que os insumos cheguem aos destinos de forma segura e dentro dos prazos estabelecidos.

Tabela 121 – Material Transportado, por Modal – 2024

Modal	Peso (kg)	Valor do Frete (R\$)
Aéreo	4.143.553	155.862.188,65
Rodoviário	19.221.218	127.495.819,06
TOTAL	23.364.771	283.358.007,71

Fonte: CGLOG/Dlog – Sistema de Administração de Material (Sismat).

A tabela a seguir apresenta os insumos mais distribuídos, por unidade, ao longo de 2024, destacando os itens mais demandados e o percentual que cada um representa no total das distribuições realizadas.



Tabela 122 – Cinco Insumos Mais Distribuídos – 2024

Insumo	% Entregue
Agulha – 32 g X 4 mm	20,94%
Preservativo Masculino	17,84%
Dolutegravir 50 mg	9,16%
Fumarato de Tenofovir Desoproxila + Lamivudina	8,79%
Insulina Humana – Caneta	2,46%

Fonte: CGLOG/Dlog – Sistema de Administração de Material (Sismat).

Por fim, apresenta-se a tabela dos medicamentos/ vacinas mais distribuídos, segundo o seu valor, do estoque: ao longo de 2024, destacando os descritivos

Tabela 123 – Medicamento/Vacinas Mais Distribuídos – 2024

Insumo	Valor de Saída (R\$)
VACINA CONTRA GRIPE 10 DOSES	1.367.785.272
DOLUTEGRAVIR 50 MG COMPRIMIDO	860.059.945
ECULIZUMABE 300 MG	746.919.371
INSULINA HUMANA TIPO NPH – 3 ML – CANETA	721.928.442
IMUNOGLOBULINA I.V. SOL. INJ. C/ 5,0 GR	620.936.017
VACINA DENGUE 1, 2, 3 E 4 – ATENUADA	617.455.762
ELEXACAFITOR 100 MG + TEZACAFITOR 50 MG + IVACAFITOR 75 MG COM IVACAFITOR 150 MG	564.231.051
VACINA MENINGOCÓCICA ACWY CONJUGADA INJETÁVEL – 1 DOSE	522.064.407
VOSORITIDA, CONCENT. 0,56 MG /PÓ LIÓFILO P/ INJETÁVEL + DILUENTE	475.147.690
VACINA PNEUMOCÓCICA 10 VALENTE – 4 DOSES	467.421.621

Fonte: CGLOG/Dlog – Sistema de Administração de Material (Sismat).



3.4 Gestão Patrimonial e Infraestrutura

3.4.1 Desfazimento de Bens Móveis

Em 2024, devido ao ano eleitoral, o Ministério da Saúde absteve-se de realizar doações de materiais inservíveis. Além das restrições legais impostas durante o período eleitoral, o Ministério também não dispunha de tempo hábil para a realização dos procedimentos necessários, como a triagem, a avaliação e a destinação adequada dos bens. Diante disso, as atividades relacionadas à doação foram temporariamente suspensas, com a previsão de retomada no ano de 2025, quando as condições legais e operacionais forem totalmente restabelecidas.

3.4.2 Recebimento de Doações no Ministério da Saúde

Quadro 31 – Doações Recebidas

OBJETO	PROCESSO	DOADOR	ÁREA RECEBEDORA
Equipamentos de Informática	25000.178376/2024-35	Receita Federal do Brasil	SVSA
Equipamentos de Informática	25000.120618/2024-00	Fiocruz	OuvSUS
Equipamentos de Informática	25000.095097/2024-37	Fiotec	Sesai
Equipamentos de Informática	25000.067403/2024-45	Receita Federal do Brasil	Ascom
Equipamentos de Informática	25000.034514/2024-75	Projeto Unesco	SVSA
Equipamentos de Informática	25000.010054/2024-90	Receita Federal do Brasil	Saps
Equipamentos de Informática	25000.190495/2023-85	Opas	Daevs
Equipamentos de Informática	25000.159073/2023-32	Receita Federal do Brasil	DenaSUS
Equipamentos de Informática	25000.152145/2023-11	Receita Federal do Brasil	DenaSUS
Equipamentos de Informática	25000.125837/2023-96	Receita Federal do Brasil	Sesai
Equipamentos de Informática	25000.090716/2023-16	Receita Federal do Brasil	Saps
Mobiliários/Brinquedos/ Equipamentos de Informática	25000.067812/2023-61	Diversos Órgãos – Acordo de Cooperação Técnica	Coass
Equipamentos de Informática	25000.173024/2023-11	Receita Federal do Brasil	Dsid

Fonte: Cginfra/SAA/MS.

3.4.3 Principais Ações Relacionadas à Movimentação de Bens

1. Recolhimentos e distribuições atendidas em sua totalidade.
2. Limpeza do depósito Garajão, no Setor de Indústria e Abastecimento (SIA); recolhimento e redistribuição dos bens da Editora.
3. Organização e limpeza dos depósitos do almoxarifado.
4. 1.618 autorizações de saídas temporárias.
5. 2.457 transferências de bens no Siads.
6. 13 baixas administrativas.

3.4.4 Mudanças Realizadas

Quadro 32 – Mudanças Realizadas

PROCESSO	ÁREA	DE – PARA	QUANTIDADE DE SERVIDORES
25000.111650/2024-96	SGTES	PO – bloco O	207
25000.112507/2024-11	OUVSUS	PO – bloco O	52
25000.114393/2024-44	SAPS	PO/Sede e Anexo – Bloco O	572
25000.116884/2024-20	SESAI	PO – bloco O	239
25000.182803/2024-80	SAES	9 para o 7 – Ed. Sede	48
25000.182803/2024-80	SAES	PO – Ed. Sede	83

Fonte: Cginfra/SAA/MS.



3.4.5 Implantação do Sistema Integrado de Gestão Patrimonial – Módulo Patrimônio

Quadro 33 – UGs com Sistema Integrado de Gestão Patrimonial – Módulo Patrimônio

UG	NOME
250012	SUPERINTENDÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO ACRE
250013	SUPERINTENDÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM ALAGOAS
250014	SUPERINTENDÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM AMAPÁ
250015	SUPERINTENDÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO AMAZONAS
250016	SUPERINTENDÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA BAHIA
250017	SUPERINTENDÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO CEARÁ
250019	SUPERINTENDÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO
250021	SUPERINTENDÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO GOIÁS
250022	SUPERINTENDÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO MARANHÃO
250023	SUPERINTENDÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO MATO GROSSO
250024	SUPERINTENDÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO MATO GROSSO DO SUL
250025	SUPERINTENDÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM MINAS GERAIS
250026	SUPERINTENDÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO PARÁ
250027	SUPERINTENDÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA PARAÍBA
250028	SUPERINTENDÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO PARANÁ
250029	SUPERINTENDÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO PERNAMBUCO
250030	SUPERINTENDÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO PIAUÍ
250031	SUPERINTENDÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO RIO DE JANEIRO
250033	SUPERINTENDÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL
250034	SUPERINTENDÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM RONDÔNIA

UG	NOME
250032	SUPERINTENDÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO RIO GRANDE DO NORTE
250035	SUPERINTENDÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM RORAIMA
250036	SUPERINTENDÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM SANTA CATARINA
250037	SUPERINTENDÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM SÃO PAULO
257021	DISTRITO SANIT. ESP. INDÍGENA – ALTO RIO JURUÁ
257027	DISTRITO SANIT. ESP. INDÍGENA – MANAUS
257029	DSEI/MÉDIO SOLIMÕES
257033	DSEI/CEARÁ
257035	DSEI-MG/ES
257038	DISTRITO SANIT. ESP. INDÍGENA KAIAPÓ MATO GROSSO
257040	DSEI-XAVANTE
257049	DSEI/PORTO VELHO
257051	DISTRITO SANIT. ESP. INDÍGENA – LESTE RR
257054	DSEI/TOCANTINS

Fonte: Cginfra/SAA/MS.

3.5 Gestão de Custos

Foi realizada uma proposta de modelo de gerenciamento de custos a ser aplicado no âmbito do Ministério da Saúde (MS), intitulado "Esquema Prático para Implantação do Sistema de Informação de Custos do Governo Federal (SIC) no MS".

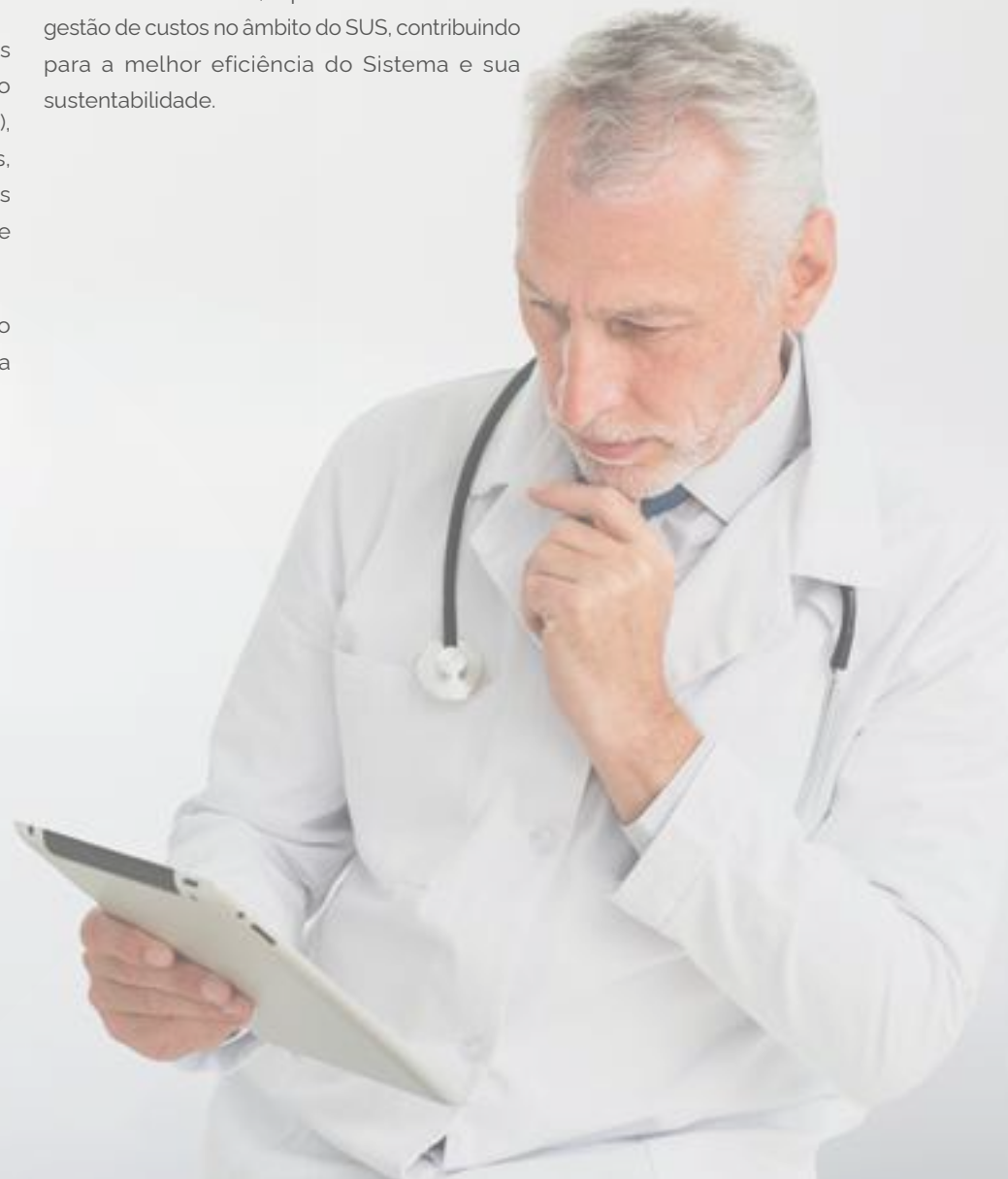
O objetivo de tal proposta é a intenção de ver a informação de custo da entidade – das suas unidades e dos seus respectivos processos e entregas – sendo apurada e utilizada de forma apropriada e estratégica, com a finalidade de aperfeiçoar controles de processos e discutir financiamento em saúde, tornando cada vez mais eficazes e eficientes a alocação e o consumo dos recursos disponíveis para a formulação e o aperfeiçoamento das políticas públicas em saúde.

A proposta traz sugestões para a identificação dos objetos de custo, o método de custeio, o sistema de acumulação, os mecanismos de evidênciação, os mecanismos para avaliação de desempenho e, por fim, os resultados esperados da implementação do modelo.

Paralelo a isso, o MS fomenta a gestão de custos em estabelecimentos de saúde, por meio do Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), que disponibiliza para estados e municípios, o Sistema de Apuração e Gestão de Custos (ApuraSUS), apoio técnico na implementação e formação de capacidades técnicas.

Em 2024, o programa contou com a adesão voluntária de entes federativos e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Essas ações possibilitam 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 e sua sustentabilidade.



3.6 Programas e Projetos de Cooperação Técnica Nacionais e Internacionais no Âmbito do Ministério da Saúde

3.6.1 Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS – Proadi-SUS

O 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, regulamentado pelo Decreto n.º 11.791, de 21 de novembro de 2023, 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 para o financiamento do Proadi-SUS são oriundos de contribuições à Previdência Social que, em decorrência de imunidade tributária prevista no artigo 195, § 7º, da Constituição, deixam de ser recolhidas diretamente aos cofres públicos pelas Esre certificadas nos termos da Lei Complementar n.º 187, de 2021 (Cebas-Saúde), e são direcionadas para o apoio às políticas públicas de saúde.

A instância colegiada decisória do programa é o Comitê Gestor do Proadi-SUS, composto pelo ministro de Estado da Saúde, pelo presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e pelo presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). O Comitê Gestor reúne-se regularmente e delibera sobre projetos e diretrizes para o programa, sendo subsidiado por análises das áreas técnicas do Ministério da Saúde e entidades vinculadas.

A execução dos projetos do Proadi-SUS ocorre por ciclos trienais desde 2009. Para que uma entidade de saúde possa participar do Proadi-SUS, é necessário que tenha sua capacidade institucional para a execução de projetos avaliada no processo de reconhecimento de excelência. Atualmente, seis Esre estão habilitadas para apresentar e executar projetos no Proadi-SUS, a saber, a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (HIAE); a Sociedade Beneficente de Senhoras – Hospital Sirio-Libanês (HSL); a Associação Hospitalar Moinhos de Vento (AHMV); o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (Haoc); a Associação Beneficente Síria – Hospital do Coração (Hcor); e a Real e Benemérita Associação Portuguesa de Beneficência (BP).

Em 2024, considerando a publicação do Decreto n.º 11.791, ao final de 2023, que regulamenta a Lei Complementar n.º 187/2021, fez-se necessária a normatização do processo de reconhecimento de excelência. Com a publicação da Portaria GM/MS n.º 5.483, de 8 de outubro de 2024, foi dado início ao processo de renovação do reconhecimento das seis entidades participantes e de quatro novas interessadas em participar do programa. Para maior agilidade e segurança, o processo foi completamente informatizado e, com vistas a facilitar a participação no processo de reconhecimento, foi elaborado o *Manual de Avaliação para Reconhecimento de Excelência de Entidades de Saúde*.

Após obter o reconhecimento de excelência, cada Esre celebra com o Ministério da Saúde um Termo de Ajuste, o qual disciplina os direitos e as obrigações entre as partes e inclui o valor estimado para a imunidade tributária a ser usufruída pelo hospital ao longo do triênio. Esse valor, referente à imunidade tributária concedida, deve ser integralmente destinado à execução dos projetos aprovados no âmbito do Proadi-SUS, conforme determina a legislação do Programa. Anualmente, as Esre devem informar ao Ministério da Saúde o valor total apurado no exercício fiscal anterior e, com isso, os Termos de Ajuste são atualizados por meio de apostilamentos.

Tabela 124 – Gasto Tributário com as Entidades sem Fins Lucrativos Participantes do Proadi-SUS – 2009 a 2024

Triênio	Período	N.º de Projetos Aprovados	Valor Projetado (R\$)	Valor Executado (R\$)
1º	2009-2011	124	864.000.000,00	865.000.000,00
2º	2012-2014	154	1.300.000.000,00	1.342.000.000,00
3º	2015-2017	140	1.770.682.810,40	1.550.886.209,54
4º	2018-2020*	161	1.680.972.095,66	1.691.391.752,99
5º	2021-2023**	169	2.301.035.190,35	2.030.292.246,33
6º	2024-2026***	176	3.053.610.874,23	0,00
TOTAL		924	10.970.300.970,64	7.479.570.208,86

Fonte: Decoop/SE/MS.

*Em finalização de análise de prestação de contas de projetos e emissão de certidões.

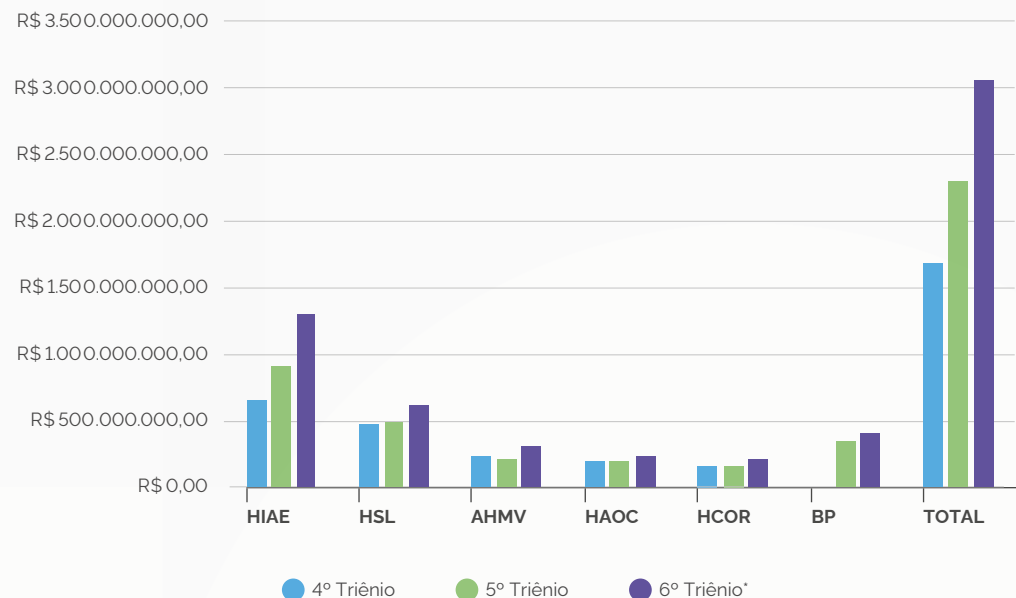
**Prestação de contas referente ao exercício de 2023 foi apresentada em 30/4/2024 (art. 28 do Anexo XCIII à Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5/2017).

***Prestação de contas referente ao exercício de 2024 será apresentada até 30/4/2025 (art. 28 do Anexo XCIII à Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5/2017).

O gráfico a seguir apresenta os valores dos gastos tributários registrados nos termos de ajustes firmados com os hospitais participantes

do programa e evidencia a evolução dos valores referentes à imunidade tributária desde o início do programa.

Gráfico 124 – Valores dos Gastos Tributários Constantes nos Termos de Ajuste das Esre nos 4º, 5º e 6º Triênios do Proadi-SUS



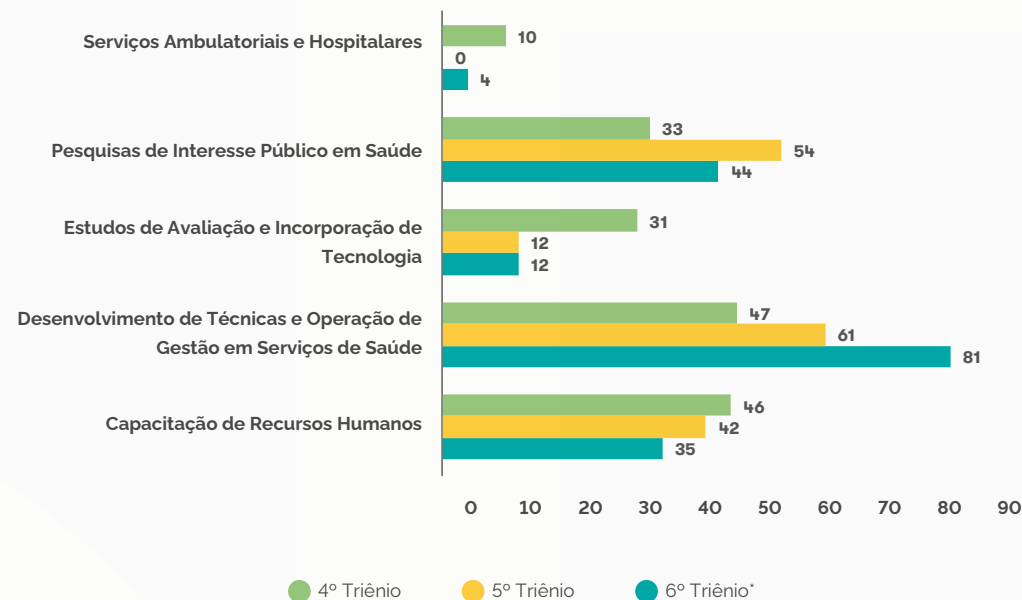
Fonte: Decoop/SE/MS.

*Valores previstos que podem ser alterados após apostilamentos.

Os projetos de apoio ao Proadi-SUS podem ser executados nas seguintes áreas de atuação: estudos de avaliação e incorporação de tecnologia; capacitação de recursos humanos; pesquisas de interesse público em saúde; e desenvolvimento de técnicas e operação de

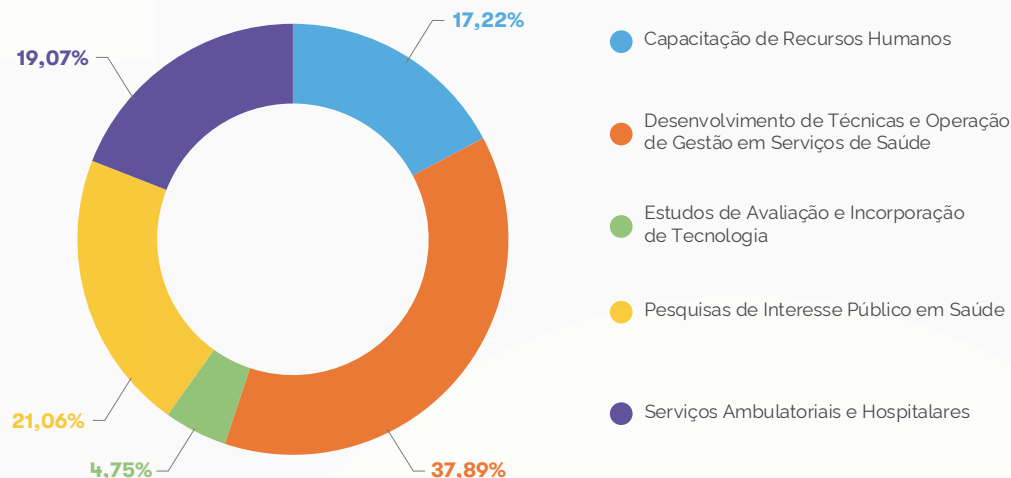
gestão em serviços de saúde. Alternativamente, é facultado às entidades de saúde prestar serviços ambulatoriais e hospitalares aos usuários do SUS em até 30% do valor anual de imunidade tributária usufruída pela Esre no triênio.

Gráfico 125 – Projetos Aprovados por Área de Atuação



Fonte: Decoop/SE/MS.

Gráfico 126 – Projetos Aprovados por Área de Atuação, no 6º Triênio (2024-2026) do Proadi-SUS



Fonte: Decoop/SE/MS.

Destaca-se que os valores efetivamente executados são apresentados pelas Esre nos Relatórios de Prestação de Contas Anual de cada projeto, até 30 de abril do ano seguinte à execução, e analisados pelas secretarias e entidades vinculadas responsáveis pelo monitoramento dos projetos. A certidão de execução anual dos projetos, destinada à verificação da utilização dos recursos de imunidade tributária, é emitida pela Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, após a conclusão da análise das prestações de contas, conforme disposto no art. 40 do Anexo XCIII à Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5,

de 28 de setembro de 2017.

Em 2024, iniciou-se o 6º triênio (2024-2026) do programa, com a aprovação inicial de 127 projetos. No decorrer do exercício, estavam em execução 176 projetos, que abrangem temas estratégicos como gestão em saúde, desenvolvimento de tecnologias inovadoras, promoção de equidade e educação permanente em saúde. Com o início da execução, os 176 projetos representam, atualmente, um montante de R\$ 3.098.406.850,28 até o final do triênio. O total de projetos inclui ações voltadas para a melhoria da assistência oncológica, diagnóstico por imagem de alta precisão, ampliação do

acesso a serviços ambulatoriais e fortalecimento de políticas baseada em evidências. Essa agenda reafirma o Proadi-SUS como um instrumento estratégico para a modernização e a qualificação do SUS, promovendo avanços que têm o potencial de impactar diretamente a saúde pública brasileira.

3.6.2 Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica e Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência

O Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), atua no fomento e no apoio a iniciativas que ampliem a oferta de serviços e a qualidade da atenção à saúde em áreas críticas e prioritárias. Esses programas têm como objetivo incentivar a captação de recursos do setor privado, por meio de incentivos fiscais, para financiar projetos voltados à prevenção e ao controle do câncer, além de ações direcionadas à atenção integral à saúde da pessoa com deficiência. As iniciativas apoiadas abrangem a capacitação de profissionais, a prestação de serviços médico-assistenciais e projetos de pesquisa e inovação. Os programas foram instituídos pela Lei n.º 12.715, de 17 de setembro de 2012, regulamentados pelo Decreto n.º 7.988, de 17 de abril de 2013, e tiveram a vigência prorrogada até 2026 pela Lei n.º 14.564, de 4 de maio de 2023.

A atuação do Pronon e do Pronas/PCD ocorre em um cenário marcado por desafios socioeconômicos e de acesso aos serviços de saúde especializados no Brasil. A alta carga de doenças crônicas e degenerativas, como o câncer e as deficiências físicas e intelectuais, contribui para o aumento da demanda por serviços especializados. Além disso, o cenário de envelhecimento populacional e a crescente incidência de doenças não transmissíveis exige o uso de fontes de recursos diversas como estratégia de ação. Diante das limitações do orçamento em saúde no setor público, a parceria com o setor privado e Organizações da Sociedade Civil (OSC) torna-se uma via para ampliar o alcance e a efetividade das ações de saúde.

Além disso, a regionalização e a cobertura de serviços de saúde no âmbito da Política Nacional de Controle do Câncer (PNPCC) e da Política Nacional de Saúde Integral das Pessoas com Deficiências (PNPCD) enfrentam desafios significativos, especialmente em áreas remotas ou com infraestrutura deficiente. A atuação dos programas em direção às políticas nacionais se dá em um contexto de compromissos internacionais de saúde pública e desenvolvimento sustentável, alinhados à Agenda 2030, em particular ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (Saúde e Bem-estar). Dessa forma, o Pronon e o Pronas/PCD contribuem para a resposta aos determinantes sociais da saúde, criando valor para o sistema de saúde e para a sociedade como um todo ao contribuir para o acesso e a promoção de mais serviços especializados no SUS.

Em 2024, o Ministério da Saúde consolidou avanços significativos no Pronon e no Pronas/PCD. No decorrer do ciclo 2023/2024, os programas receberam 484 projetos, totalizando R\$ 1,04 bilhão em propostas. Desse total, 160 projetos foram aprovados, resultando em um investimento de cerca de R\$ 310 milhões. No entanto, 324 projetos, que somavam cerca de R\$ 735 milhões, foram reprovados, em parte devido à limitação do teto orçamentário.

Especificamente, o Pronon recebeu projetos totalizando R\$ 613,2 milhões, com 46 aprovados, no valor de R\$ 176,9 milhões. O Pronas/PCD, por sua vez, recebeu propostas no valor de R\$ 432,7 milhões, aprovando 114 projetos que somaram R\$ 133,5 milhões.

Tabela 125 – Panorama de Projetos em 2023/2024

APROVADOS		
PROGRAMA	VALOR	QUANT. DE PROJETOS
PRONON	R\$ 176.960.726,72	46
PRONAS_PCD	R\$ 133.591.064,12	114
TOTAL	R\$ 310.551.790,84	160

REPROVADOS DIRETAMENTE POR MÉRITO		
PROGRAMA	VALOR	QUANT. DE PROJETOS
PRONON	R\$ 273.901.577,35	72
PRONAS_PCD	R\$ 288.097.211,37	216
TOTAL	R\$ 561.998.788,72	288

REPROVADOS POR ORÇAMENTO		
PROGRAMA	VALOR	QUANT. DE PROJETOS
PRONON	R\$ 162.384.201,73	31
PRONAS_PCD	R\$ 11.012.814,70	5
TOTAL	R\$ 173.397.016,43	36

Fonte: Decoop/SE/MS.

Diante desse panorama, o Ministério da Saúde propôs uma ampliação do limite global de financiamento para 2025, totalizando R\$ 704,7 milhões. Essa expansão foi autorizada pelo

Ministério da Fazenda por meio da Portaria Interministerial MF/MS n.º 39, de 17 de dezembro de 2024, que permitirá a aprovação de um maior número de projetos.

Tabela 126 – Valores de Limites de Incentivos Fiscais para Pessoa Física e Pessoa Jurídica Disponibilizados – 2013 a 2025

Exercício	Valor Total Pronon	Valor Total Pronas/PCD
2013	R\$ 305.870.000,00	R\$ 305.870.000,00
2014	R\$ 674.430.273,00	R\$ 674.430.273,00
2015	R\$ 90.000.000,00	R\$ 90.000.000,00
2016	R\$ 77.447.735,00	R\$ 14.696.789,00
2017	R\$ 83.160.199,00	R\$ 13.360.195,00
2018	R\$ 141.903.446,00	R\$ 108.389.688,00
2019	R\$ 155.513.747,00	R\$ 117.487.728,00
2020	R\$ 125.272.807,00	R\$ 34.210.039,00
2021	R\$ 158.175.346,00	R\$ 76.954.171,00
2024	R\$ 185.571.285,00	R\$ 135.199.882,00
2025	R\$ 522.011.515,00	R\$ 182.706.935,00

Fonte: Resumo Executivo n.º 10/2024, CGPROG/Decoop/SE/MS.
Nota: os programas estavam suspensos em 2021, sendo retomado com a Lei n.º 14.564, de 23 de agosto de 2023.

3.6.2.1 Parcerias estratégicas

Em parceria com instituições de ensino e pesquisa, como Fiocruz, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Universidade Federal de Goiás (UFG), o Ministério da Saúde conduz avaliações e formula intervenções para garantir maior alinhamento entre os projetos e as necessidades locais e das políticas públicas.

Atualmente, existem desafios críticos que impactam a efetividade dos programas, como o desalinhamento entre os objetivos dos projetos e as necessidades das comunidades, monitoramento irregular das atividades, e a

concentração de recursos em determinadas regiões. A falta de indicadores sistemáticos compromete o acompanhamento dos resultados e a visibilidade das contribuições das entidades envolvidas.

Nesse contexto, o projeto "Pronon e Pronas/PCD: da avaliação à proposta de intervenção" visa revisar 953 projetos aprovados desde 2013, analisando o efeito e resultados dos projetos, inclusive as tecnologias aplicadas na atenção à saúde dos usuários do SUS e criará modelo de indicadores para melhorar a captação e avaliação de novos projetos.

3.6.3 Cooperação Técnica Nacional, Internacional e Termos de Execução Descentralizada

3.6.3.1 Cooperação técnica internacional

Em 2024, havia em execução 39 Termos de Cooperação Centralizados (entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde), no valor total de R\$ 23,954 bilhões; 34 Termos de Cooperação Descentralizados (entre o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde e entes subnacionais ou entidades vinculadas), no valor total de R\$ 721 milhões; e 3 Projetos de Cooperação Internacional (Prodocs), que representaram R\$ 114 milhões.

Incluídos nesse montante total de R\$ 24,068 bilhões, destaca-se que o Ministério da Saúde tem dois Termos de Cooperação firmados com a Opas/OMS, cujo objeto é a aquisição de insumos estratégicos para a saúde por meio do Fundo Estratégico e do Fundo Rotatório da Opas. Esses dois instrumentos têm o valor total pactuado, de 2014 a 2024, no montante de R\$ 11,6 bilhões.

Ademais, ao longo do ano de 2024, foram recebidas, no âmbito da cooperação técnica internacional, 150 propostas de Termos de

Cooperação/Termos de Ajuste, sendo 54 centralizados, 88 descentralizados, 5 Prodocs e 3 ACTS, totalizando R\$ 3,637 bilhões. Desse total, 78% referem-se a projetos centralizados (R\$ 2,834 bilhões), 13% a projetos descentralizados (R\$ 467 milhões) e 9% a Prodocs (R\$ 335 milhões).

Cumprir destacar que o Ministério da Saúde realizou, ainda no ano de 2024, a análise estratégico-metodológica de Acordos de Cooperação Técnica (ACT) de abrangência nacional e internacional, como o Acordo de Cooperação Técnica n.º 01/2024, que tinha como objeto a Resposta à Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) enfrentada pelas populações indígenas em Território Indígena Yanomami (TIY). Além desse, o ACT n.º 04/2024, que teve por objeto viabilizar a reforma, a estruturação, a ampliação e a manutenção preventiva e corretiva das Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) nas aldeias Tawe Biatpu, Waro Apompo e Prainha e em aldeias localizadas nas Terras Indígenas do Xingu (TIX). Por fim, a revisão do ACT n.º 7/2023 com a Central Única das Favelas (Cufa) para implementar ações conjuntas no âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas para reforma e ampliação do Polo-Base Surucucu, considerando a Espin – Yanomami.



3.7 Relacionamento com a Sociedade

3.7.1 Ouvidoria-Geral do SUS

A Ouvidoria-Geral do SUS (OuvSUS/MS) constitui um espaço estratégico e democrático de interação entre os usuários do sistema público de saúde e a gestão do SUS. Por meio dos canais de atendimento disponibilizados, a OuvSUS recebe manifestações das pessoas usuárias do SUS, tais como: solicitações, reclamações, sugestões, elogios, denúncias e outras relacionadas às ações e aos serviços prestados no âmbito do SUS. Esses canais de atendimento são de acesso livre e indispensáveis para garantir a participação das pessoas usuárias do SUS na avaliação dos serviços prestados pela gestão do sistema, ao mesmo tempo em que reafirmam o direito de serem atendidas no Sistema de Saúde. Para tanto, a OuvSUS/MS disponibiliza diversos meios de atendimento, incluindo o telefone da Central de Atendimento OuvSUS 136, a internet (por meio de formulários eletrônicos e e-mail), o envio de cartas e atendimentos presenciais.

Todas as interações realizadas são registradas no Sistema OuvidorSUS, com o propósito de arquivar as manifestações em um único repositório para a Ouvidoria-Geral do SUS.

Além do registro de manifestações, a OuvSUS promove, por meio da Central OuvSUS 136, ações de educação em saúde, disseminando boas práticas e informações que contribuem para a prevenção de doenças e agravos. Esse canal divulga programas, campanhas, ações e atividades de saúde nos territórios. Esses contatos diferem das manifestações registradas, pois possuem finalidades e procedimentos distintos. Entre os temas mais divulgados, destacam-se aqueles que, a cada momento, geram maior quantidade de manifestações. No que diz respeito às campanhas, ressaltam-se aquelas realizadas, anualmente, especialmente as diversas campanhas de vacinação.

Tabela 127 – Quantidade de Informações Disseminadas pela Central OuvSUS 136 – 2024

Tipos de Atendimento	Quantidade	%
Eletrônico (Unidade de Resposta Audível/ URA)	1.672.121	75
Humano	546.325	25
TOTAL	2.218.446	100

Fonte: Sistema OuvidorSUS/OuvSUS/MS.

Em 2024, a OuvSUS ampliou seus canais de comunicação com o lançamento do *chatbot*, com um assistente virtual disponível no WhatsApp. Esse recurso foi desenvolvido para fornecer informações abrangentes sobre políticas e programas como Dignidade Menstrual, Farmácia Popular, Mais Médicos e Brasil Sorridente, além de temas como Assistência Farmacêutica, Vacinas e Tabagismo. Integrado ao programa Saúde com Ciência, uma ação interministerial inédita, o *chatbot* tem como objetivo valorizar a ciência e disseminar informações confiáveis, promovendo ações educativas e de conscientização.

Além do *chatbot*, a OuvSUS aderiu a outros canais ativos de disseminação de informações como WhatsApp, SMS e mensagens de voz, ampliando o alcance e a acessibilidade das ações de comunicação. Esses canais oferecem aos brasileiros meios seguros, privados e familiares para obter informações oficiais sobre as campanhas de vacinação e outras iniciativas do Ministério da Saúde.

Tabela 128 – Novos Canais de Disseminação de Informações pela OuvSUS – 2024

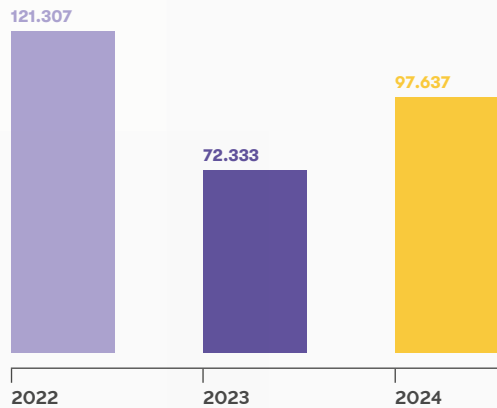
Novos Canais OuvSUS	Quantidade	%
SMS	11.249.025	92,59
Mensagem de Voz	834.430	6,87
WhatsApp	60.900	0,50
<i>Chatbot</i>	5.228	0,04
TOTAL	12.149.583	100

Fonte: Sistema OuvidorSUS/OuvSUS/MS.

Após o registro das manifestações recebidas, a Ouvidoria dá início ao processo de tratamento e encaminhamento para os pontos de respostas, o que culmina com a resposta ao usuário e o encerramento da manifestação. Isso garante resposta ao manifestante, que, por meio do protocolo recebido, pode acompanhar o processo no momento oportuno.

Os dados do Sistema OuvidorSUS mostram que, no ano de 2024, a OuvSUS recebeu 101.090 manifestações. Destas, 97.637 manifestações foram analisadas e tratadas, representando um crescimento de 35% em relação ao ano anterior. Em decorrência de erro ocorrido na integração com a plataforma Fala.BR, 1.813 registros foram duplicados, portanto não contabilizados nesse relatório. Além disso, 1.640 registros encontram-se em posição de tratamento.

Gráfico 127 – Histórico de Manifestações Recebidas – 2022 a 2024

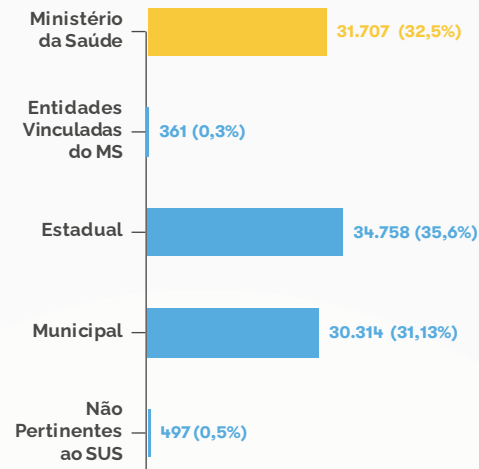


Fonte: Sistema OuvidorSUS/OuvSUS/MS.

As manifestações cujas competências das ações sejam da gestão federal do SUS são encaminhadas às Unidades do Ministério da Saúde e às entidades vinculadas, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), de acordo com as competências e as Redes de Atenção à Saúde.

Já as manifestações de competência dos estados e dos municípios são encaminhadas às Ouvidorias do SUS descentralizadas. Esse modelo assegura a autonomia das diferentes esferas de governo e facilita a resolução das demandas no nível mais próximo das pessoas usuárias do SUS. No caso das manifestações não pertinentes ao SUS, a OuvSUS realiza o encaminhamento ao órgão competente.

Gráfico 128 – Distribuição das Manifestações das Pessoas Usuárias do SUS às Três Esferas de Gestão do SUS – 2024



Fonte: Sistema OuvidorSUS/OuvSUS/MS.

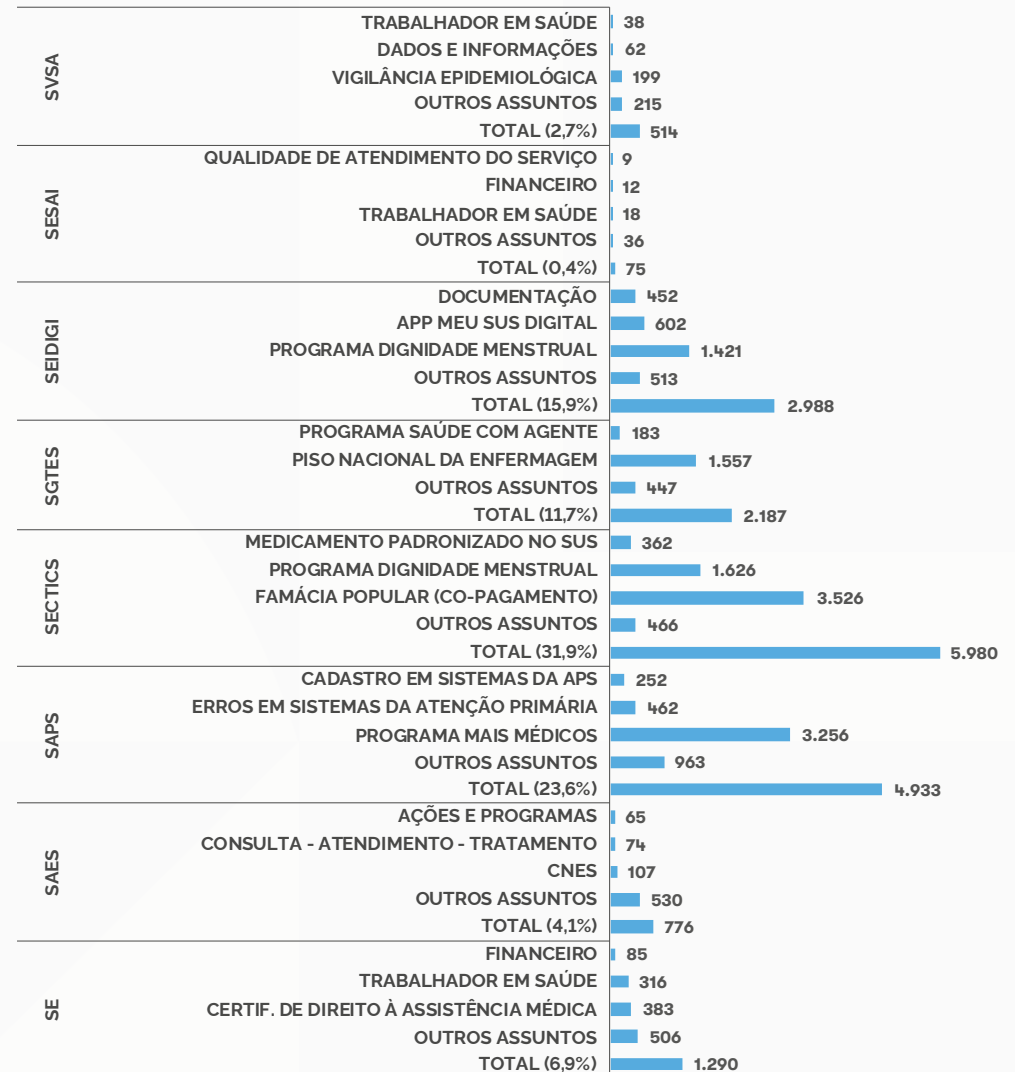
A Ouvidoria-Geral do SUS (OuvSUS) realiza o acompanhamento e o monitoramento contínuo das manifestações cadastradas e exerce a função de coordenadora da rede de Ouvidorias do SUS. Suas diretrizes e seu monitoramento são indispensáveis para garantir que os cidadãos recebam as respostas às suas manifestações com eficiência, promovendo a transparência, a resolutividade e a participação social na gestão do SUS.

Além disso, a análise das manifestações registradas é uma ferramenta estratégica. Ela permite identificar as áreas mais sensíveis pelas pessoas usuárias do SUS e os principais problemas enfrentados, gerando informações valiosas para o planejamento de ações e para a melhoria contínua das ações, dos serviços e das

políticas de saúde, fortalecendo o compromisso do SUS com a qualidade e a equidade na prestação de atendimento.

O gráfico a seguir apresenta a distribuição das manifestações encaminhadas às secretarias.

Gráfico 129 – Tipificação das Manifestações Encaminhadas às Secretarias do Ministério da Saúde – 2024



Fonte: Sistema OuvidorSUS/OuvSUS/MS.

As iniciativas da OuvSUS, em 2024, reafirmam o compromisso com a qualificação e o fortalecimento das Ouvidorias do SUS. Os avanços conquistados pavimentam o caminho para 2025, consolidando as Ouvidorias como ferramentas essenciais de gestão pública e participação social no SUS.

3.7.2 Transparência Passiva

O Serviço de Informação ao Cidadão do Ministério da Saúde (SIC/MS) foi inaugurado em 14 de maio de 2012, em cumprimento à Lei de Acesso à Informação (LAI), e regulamentado no âmbito do Ministério da Saúde pela Portaria n.º 1.583, de 19 de julho de 2012. Nessa Portaria, foram estabelecidos os fluxos e os procedimentos que garantem o acesso de pessoas naturais e jurídicas às informações públicas relacionadas à Pasta.

O acesso à informação pelo cidadão é possível por meio do registro do Pedido de Acesso à Informação na Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação do Poder Executivo Federal, conhecido como Sistema Fala.BR, pelo endereço eletrônico <https://falabr.cgu.gov.br/> ou pessoalmente. Orienta-se, preferencialmente, o acesso pelo Sistema Fala.BR em atendimento à Portaria Interministerial n.º 1.254, de 18 de maio de 2015.

Os pedidos protocolados no Sistema Fala.BR e direcionados ao Ministério da Saúde são analisados pela equipe da Ctaí/OuvSUS e tramitados para as unidades administrativas responsáveis para tratamento da informação, no prazo de 24 horas, por meio do Sistema Eletrônico de Informações (SEI).

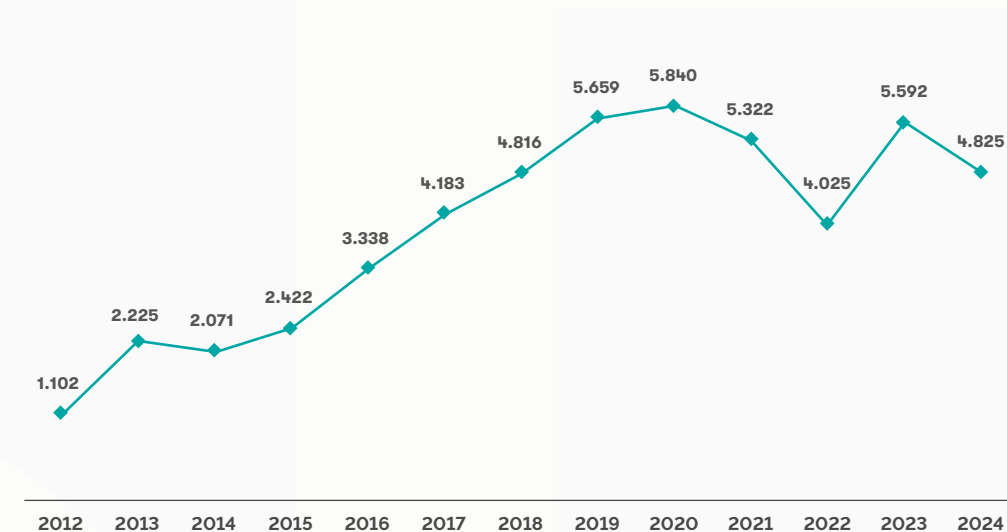
O tratamento da informação é o processo de disponibilização e elaboração da resposta na unidade administrativa responsável pela guarda daquela informação.

Os requerimentos encaminhados de forma equivocada para o Ministério da Saúde são analisados, identificados e imediatamente reencaminhados aos órgãos responsáveis, e as demais solicitações que não são pedidos de informação são alteradas e encaminhadas para a Ouvidoria.

Em 2024, foram recepcionados na Plataforma Fala.BR 4.825 pedidos no Ministério da Saúde, ocupando a colocação de terceiro órgão mais demandado em relação aos demais órgãos da Administração Pública Federal, com tempo médio de resposta de 21,51 dias.

Desde a vigência da LAI, o MS recebe, ano a ano, um número significativo de pedidos de acesso à informação.

Gráfico 130 – Pedidos de Acesso à Informação Apresentados ao Ministério da Saúde – 2012 a 2024



Fonte: Painel LAI/CGU.

- ≡ A Coordenação de Transparência e Acesso à Informação (Ctaí/OuvSUS) é responsável pelo recebimento, pela tramitação, pelo acompanhamento e pela finalização dos Pedidos de Acesso à Informação e das respectivas respostas.

3.8 Sustentabilidade Ambiental

3.8.1 Plano Diretor de Logística Sustentável

O Plano Diretor de Logística Sustentável do Ministério da Saúde (PLS) – Ciclo 2024/2026 – foi publicado em março de 2024 e consiste em um instrumento de governança que estabelece a estratégia das contratações e da logística no âmbito do MS, considerando objetivos e ações referentes a critérios e práticas de sustentabilidade em dimensões econômica, social, ambiental e cultural.

A construção do PLS do Ministério foi norteada pelo Caderno de Logística do Plano Diretor de Logística Sustentável, que estabelece o modelo de referência para a elaboração e a implementação dos PLS dos demais órgãos no âmbito da Administração Pública, a Portaria Seges/ME n.º 8.678, de 19 de julho de 2021.

O PLS do MS foi elaborado seguindo as seguintes etapas:

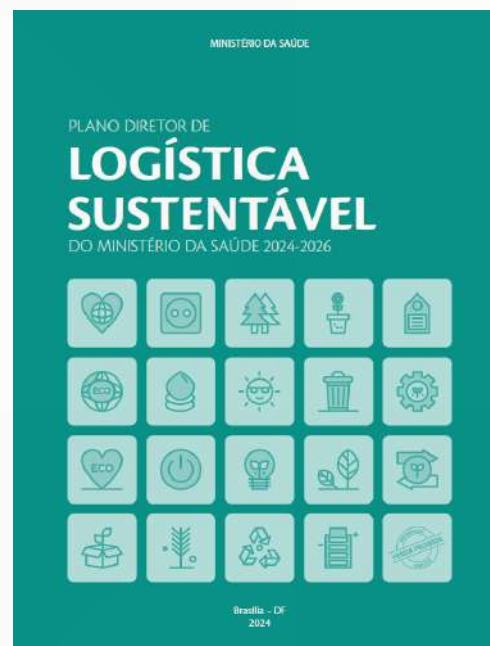


Fonte: Codipe/SAA/SE/MS.

O PLS é um instrumento que norteia a elaboração dos planos de contratações anuais, dos estudos técnicos preliminares e dos anteprojetos, projetos básicos ou termos de referência das contratações realizados pelo MS.

O PLS foi consolidado com a definição de objetivos, ações, metas e indicadores e foi aprovado pela Portaria SE/MS n.º 463, de 26 de março de 2024, bem como divulgado via Ofício Circular n.º 95/2024/SE, de 13 de agosto de 2024.

Figura 61 – Capa do *Plano Diretor de Logística Sustentável do Ministério da Saúde 2024-2026*



Fonte: disponível em <http://Plano de Logística Sustentável — Ministério da Saúde>.

O Ministério da Saúde tem adotado medidas que colaboram com a sustentabilidade e o meio ambiente, incentivando os trabalhadores a fazerem o uso consciente de energia elétrica e do consumo de água.

3.8.2 Consumo de Água

Uma das estratégias adotadas para se evitar o desperdício de água é a utilização de torneiras automáticas, que reduz o desperdício. Outro ponto importante diz respeito à manutenção, que é feita periodicamente, evitando-se vazamentos nas torneiras, nos vasos sanitários, nos encanamentos etc.

Tabela 129 – Consumo anual de água por edifício

Consumo de Água			
Edifício	Ano	Consumo (m³)	Redução/acréscimo do consumo de 2023 para 2024
Anexo	2023	22.916	Redução de 3,38%
	2024	22.141	
Bloco G	2023	13.774	Redução de 13,30%
	2024	11.941	
Bloco O	2023	7.933	Redução de 50,52%
	2024	4.065	
Almoxarifado	2023	945	Redução de 42,43%
	2024	544	

Fonte: Cginfra/SAA/SE/MS.

No ano de 2023, o consumo total das quatro edificações ficou em 45.568 m³ e, em 2024, o consumo ficou em 38.691 m³. Houve redução de 6.877 m³, ou seja, de 15,1%.

3.8.3 Consumo de Energia

Para a economia de energia e melhor atender aos trabalhadores, em 2024 foram instalados, no bloco G, Ed. Sede, aparelhos de ar condicionado modelo *split*, com tecnologia *inverter* (selo

ProcelA), que gera economia considerável no uso de energia elétrica, combatendo o desperdício.

No Ed. Anexo (A e B), a manutenção do aparelho de ar condicionado é realizada periodicamente, minimizando e otimizando o consumo de energia.

Ainda em se tratando de consumo reduzido de energia, é implementada uma rotina de desligamento dos computadores em todas as edificações.

Tabela 130 – Consumo anual de energia por edifício

Consumo de Energia			
Edifício	Ano	Consumo (KW/h)	Redução/acréscimo do consumo de 2023 para 2024
SIA	2023	62.030	Redução de 19,46%
	2024	49.954	
Bloco G	2023	1.535.713	Redução de 10,42%
	2024	1.375.659	
Anexo	2023	3.296.241	Aumento de 6,57%
	2024	3.512.874	
Casai	2023	107.298	Redução de 0,99%
	2024	106.232	

Fonte: Cginfra/SAA/SE/MS.

Em se tratando de números, no ano de 2023, o consumo foi de 5.001.282 KWh. Em 2024, totalizou 5.044.719 KWh, um aumento de 0,86%.

O consumo do Ed. Anexo é o maior, pois nessa edificação estão o restaurante e a sala-cofre. Os equipamentos instalados nesses dois espaços consomem mais energia.

3.8.4 Inovações

O bloco O passou por um processo de modernização e atualização de sistemas e de infraestrutura, visando melhorar seu desempenho, sua eficiência e sua segurança, sem a necessidade de uma construção nova.

Essa modernização gera eficiência energética, sustentabilidade, tecnologia e automação, conforto e qualidade de vida para os trabalhadores, acessibilidade e segurança.

- Reaproveitamento de água pluvial e cinza (águas residuais que já foram utilizadas em lavatórios).
- Aparelho de ar condicionado central do tipo VRF (fluido refrigerante variável – do inglês, *variable refrigerant flow*), com a renovação de ar conforme a taxa de ocupação do ambiente, sendo modulado por meio de sensor de CO₂.
- Sistema de automação predial com monitoramento, controle e supervisão dos sistemas (climatização, energia elétrica, combate a incêndio, monitoramento de todo os sistemas de água, sistema de iluminação, luminárias das fachadas controladas por sensor de fluxo luminoso, gerador, *nobreak* etc.).

- Vidro duplo com película de isolamento, reduzindo a transmissividade térmica e reduzindo a utilização do aparelho de ar condicionado e, conseqüentemente, da energia.
- Elevadores de última geração com chamada antecipada e freio regenerativo, reduzindo o consumo de energia.
- Sistema de pressurização das escadas de emergência.
- Prédio com 100% de iluminação tipo LED.
- Etiquetagem no âmbito do Programa Brasileiro de Etiquetagem de Edificações (PBE Edifica) – respeitando os procedimentos previstos no Regulamento Técnico da Qualidade para o Nível de Eficiência Energética de Edificações Comerciais, de Serviços e Públicas (RTQ-C).

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

