



RELATÓRIO DE GESTÃO INTEGRADO 2025

SUS  MINISTÉRIO DA
SAÚDE 

SUMÁRIO

MENSAGEM DO MINISTRO 2

1 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	Governança	19
1.8	Auditoria Interna do SUS	23
1.9	Oportunidades, Perspectivas e Riscos	25

2 RESULTADO E DESEMPENHO DA GESTÃO 31

Ministério em Números 32

Novo PAC em Números 33

2.1	Atenção Primária à Saúde	35
2.2	Atenção Especializada à Saúde	59
2.3	Vigilância em Saúde e Ambiente	120
2.4	Ciência, Tecnologia, Inovação, Complexo Econômico-Industrial da Saúde, Desenvolvimento Econômico e Assistência Farmacêutica	160
2.5	Saúde Indígena	187
2.6	Aprimoramento da Gestão, do Trabalho e da Educação na Área da Saúde	200
2.7	Informação e Saúde Digital	214

3 CONFORMIDADE E EFICIÊNCIA DA GESTÃO 229

3.1	Gestão Orçamentária e Financeira	230
3.2	Gestão de Pessoas	243
3.3	Gestão de Licitações e Contratos	246
3.4	Gestão Patrimonial e Infraestrutura	251
3.5	Programas e Projetos de Cooperação Técnica Nacionais e Internacionais no Âmbito do Ministério da Saúde	253
3.6	Relacionamento com a Sociedade	259
3.7	Sustentabilidade Ambiental	262

MENSAGEM DO MINISTRO

O ano de 2025 foi marcado pelas ações de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), orientadas às demandas da sociedade, com foco na Atenção Primária à Saúde, na Atenção Especializada à Saúde, na Vigilância em Saúde e Ambiente, no desenvolvimento científico e tecnológico, na qualificação da Assistência Farmacêutica, na saúde da população indígena e, ainda, na gestão estratégica, do trabalho, da educação, e na 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.

A Atenção Primária foi ampliada, com impacto direto na garantia de acesso equitativo ao cuidado em saúde para os brasileiros. Esse avanço foi impulsionado, sobretudo, pelo aumento dos atendimentos por médicos que integram as atuais 60,4 mil equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP). Nas áreas indígenas, o avanço foi ainda mais expressivo. O número de médicos nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) mais que dobrou desde 2022, passando de 325 para cerca de 700 em 2025.

Em 2025, o SUS registrou recorde histórico de cirurgias eletivas, com mais de 14,5 milhões de procedimentos realizados. O Brasil avançou de forma consistente na redução das filas e no acesso à atenção especializada com o Programa Agora Tem Especialistas, com estrutura dedicada a todas as fases do atendimento, desde a consulta até o tratamento.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi fortalecido por meio da ampliação do acesso e da qualificação das estratégias de vacinação no SUS. Destaca-se a introdução de novas tecnologias, como a vacina contra o vírus sincicial respiratório para gestantes, com foco em prevenir a bronquiolite em recém-nascidos, uma das maiores causas de internação e mortes nessa faixa etária, além da ampliação do uso de vacinas já contempladas no Calendário Nacional, como HPV, meningocócica ACWY, hepatite A e dengue. Também foram fortalecidas estratégias estruturantes, como a vacinação nas escolas e a criação da Rede de Imunobiológicos para Pessoas em Situações Especiais (RIE). Ademais, o Brasil manteve-se livre do sarampo, mesmo diante de um cenário global desafiador.

Com relação ao enfrentamento à dengue, a Anvisa aprovou o uso da vacina desenvolvida pelo Instituto Butantan, abrindo caminho para a inclusão do imunizante no Calendário Nacional do SUS. Trata-se da primeira vacina produzida 100% no País, aplicada em dose única.

Em fevereiro de 2025, o Ministério da Saúde (MS) anunciou 100% de gratuidade nas dispensações de medicamentos e insumos realizadas por meio do Programa Farmácia Popular, garantindo maior acesso e cuidado aos brasileiros.

Por fim, foi lançado o novo Portal de Dados Abertos do SUS, uma plataforma modernizada que amplia a transparência e facilita o acesso da sociedade a informações públicas em saúde. Guiado pelo lema “Saúde para todos, dados para todos”, o portal reforça o compromisso do MS com a democratização da informação e o fortalecimento da participação social.

Marcada pela consolidação das ações de recuperação e fortalecimento do SUS, a política de saúde implementada pelo Ministério da Saúde em 2025 obteve resultados expressivos para a sociedade, contribuindo para a melhoria das condições de saúde dos brasileiros, com base nos princípios e diretrizes do SUS.

Ao longo deste Relato Integrado, você terá a oportunidade de conhecer mais detalhes sobre as iniciativas do MS, os impactos alcançados e as estratégias implementadas ao longo de 2025. Boa leitura!



Alexandre Rocha Santos Padilha
Ministro de Estado da Saúde



1 VISÃO GERAL ORGANIZACIONAL E GOVERNANÇA

1.1 Identificação da Unidade Prestadora de Contas (UPC)

O art. 196, da Constituição Federal de 1988, afirma que “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 implementação de políticas públicas de saúde, pautando-se pela universalidade, integralidade e equidade.

Visão:

Ser um sistema de saúde pública de excelência, universal e sustentável, reduzindo as desigualdades de acesso, regionais, sociais, de raça/etnia e gênero.

Valores Institucionais:

- > Inovação
- > Comprometimento
- > Empatia
- > Transparência
- > Equidade
- > Ética
- > Eficiência
- > Efetividade
- > Sinergia
- > Sustentabilidade
- > Participação social

Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/MS).



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 2025, o decreto de estrutura do MS foi alterado em razão da necessidade de fortalecimento da estrutura do órgão frente às prioridades governamentais associadas ao Programa Agora Tem Especialistas e à Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer.

Assim, foram desenvolvidos dois projetos distintos, que culminaram na publicação de dois decretos. O primeiro, implementado por meio do Decreto n.º 12.489, publicado em 4 de junho de 2025, instituiu dois novos departamentos no âmbito da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes): o Departamento de Estratégias para a Expansão e Qualificação da Atenção Especializada e o Departamento de Atenção ao Câncer. O referido Decreto também promoveu a realocação dos programas de provimento de profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) para a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com a extinção do Departamento de Apoio à Gestão da Atenção Primária, vinculado à Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), e a criação do Departamento de Gestão e Provimento Profissional para o SUS no âmbito da SGTES, restabelecendo competências anteriormente alteradas pelo Decreto n.º 9.795, de 17 de maio de 2019, já revogado.

Ressalta-se que as alterações promovidas não implicaram aumento de despesa em relação à estrutura de cargos e funções definida no Decreto n.º 11.798, de 28 de novembro de 2023.

O segundo projeto foi consolidado com a publicação do Decreto n.º 12.708, de 31 de outubro de 2025, que complementou o esforço de reestruturação do Ministério da Saúde, em consonância com as prioridades estabelecidas pelo governo federal, promovendo os ajustes necessários à plena execução dessas e de outras prioridades governamentais na área da saúde, com especial enfoque nas unidades administrativas responsáveis pelos macroprocessos de suporte e governança.

As alterações introduzidas permitiram o fortalecimento de diversas unidades, entre as quais se destacam aquelas responsáveis pelos processos de licitação, contratação e logística de serviços e insumos estratégicos em saúde; a criação da Diretoria da Força Nacional do SUS, no âmbito da Saes, com vistas ao aprimoramento da governança, da eficiência da gestão e da capacidade de articulação com instâncias governamentais, órgãos de defesa civil e demais instituições envolvidas em ações emergenciais; e a criação do Departamento de Estratégias, Acreditação e Componentes da Atenção Primária à Saúde, na Saps, com o objetivo de fortalecer a atuação estratégica da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da articulação de ações relacionadas à gestão da informação, ao apoio técnico aos entes federativos, ao financiamento, à estruturação dos serviços e ao fomento de práticas qualificadas de cuidado.

A estrutura direta do Ministério é constituída por 1.257 unidades administrativas, sendo 8 secretarias (7 delas de atuação finalística) e 736 unidades descentralizadas localizadas em todas as unidades federativas do País.

Ministério da Saúde – Estrutura Organizacional Básica



Organograma da Estrutura Organizacional Básica do Ministério da Saúde – Decreto n.º 11.798, de 28 de novembro de 2023, alterado pelo Decreto n.º 12.708, de 31 de outubro de 2025. Fonte: CodiPe/SAA/SE/MS – 2025.

Ao longo de 2025, o ministro da Saúde publicou algumas portarias que permitiram realizar ajustes pontuais na estrutura do órgão, 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 órgão, 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 2025

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Ministro de Estado da Saúde

(desde 10/3/2025)

ADRIANO MASSUDA

Secretário-Executivo (SE)

(desde 12/3/2025)

ANA LUIZA FERREIRA RODRIGUES CALDAS

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps)

(desde 18/3/2025)

MOZART JULIO TABOSA SALES

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
(Saes)

(desde 12/3/2025)

FERNANDA DE NEGRI

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

(desde 18/3/2025)

MARIÂNGELA BATISTA GALVÃO SIMÃO

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
(SVSA)

(desde 1º/4/2025)

RICARDO WEIBE NASCIMENTO COSTA

Secretaria de Saúde Indígena (Sesai)

(desde 12/1/2023)

FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA

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

(desde 18/3/2025)

ANA ESTELA HADDAD

Secretaria de Informação e Saúde Digital
(Seidigi)

(desde 30/1/2023)

Endereços, telefones e horários de atendimento ao público das unidades

Gabinete do Ministro de Estado da Saúde

Logradouro: Esplanada dos Ministérios, bloco G, Ed. Sede, 5º andar, Zona Cívico-Administrativa; CEP: 70058-900 – Brasília/DF.

Horário: segunda a sexta, 8h-12h, 14h-18h

Telefone: (61) 3315-2393

E-mail: gabinetedoministro@saude.gov.br

Secretário-Executivo (SE)

Logradouro: Esplanada dos Ministérios, bloco G, Ed. 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: agenda.se@saude.gov.br

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps)

Logradouro: Esplanada dos Ministérios, bloco O, Ed. 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-mail: gabinete.saps@saude.gov.br

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes)

Logradouro: Esplanada dos Ministérios, bloco G, Ed. 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 em Saúde (SCTIE)

Logradouro: Esplanada dos Ministérios, bloco G, Ed. Sede, 8º andar, Zona Cívico-Administrativa; CEP: 70058-900 – Brasília/DF.

Horário: segunda a sexta, 8h-12h, 14h-18h

Telefone: (61) 3315-2904

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

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)

Logradouro: SRTVN, quadra 701, via W5 Norte, lote D, Ed. PO 700, 7º andar, Asa Norte; CEP: 70719-040 – Brasília/DF.

Horário: segunda a sexta, 8h-12h, 14h-18h

Telefone: (61) 3315-3777

E-mail: gabinetesvs@saude.gov.br

Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai)

Logradouro: Esplanada dos Ministérios, bloco O, Ed. 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, Ed. Sede, 9º andar, Zona Cívico-Administrativa; CEP: 70058-900 – Brasília/DF.

Horário: segunda a sexta, 8h-12h, 14h-18h

Telefone: (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, Ed. 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



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; Atenção Especializada à Saúde; 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 processo de planejamento estratégico do Ministério da Saúde para o quadriênio 2024-2027, que culminou no Plano Estratégico Institucional (PEI) para o ano de 2025, foi iniciado 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).

O Plano foi desenvolvido por meio da gestão estratégica ágil, servindo como uma base importante para as ações realizadas, com uma abordagem dinâmica e centrada em resultados, 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 possibilitam o acompanhamento do alcance dos objetivos priorizados para 2025, e iniciativas 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 Plano 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 Plano Estratégico Institucional do Ministério da Saúde para os anos 2024-2027 foi aprovado por meio da Portaria GM/MS n.º 6.650, de 25 de fevereiro de 2025, e pode ser consultado no endereço a seguir:

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



1.5 Políticas, Agendas e Colegiados Estratégicos

1.5.1 Políticas Nacionais de Saúde do Sistema Único de Saúde

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.

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 Populacionais:

- I Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc)
- II Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde
- III Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)
- IV Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (Pnaism)
- V Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Pnaish)
- VI Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD)
- VII Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi)
- VIII Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)
- IX Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR)
- X Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (Pnaisari)
- 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 (PNSIPN)
- 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
- XI Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC)

Políticas de Organização do SUS:

- 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)

Fonte: Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html.



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 PPA 2024-2027, 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 o 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, as diretrizes e os 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.

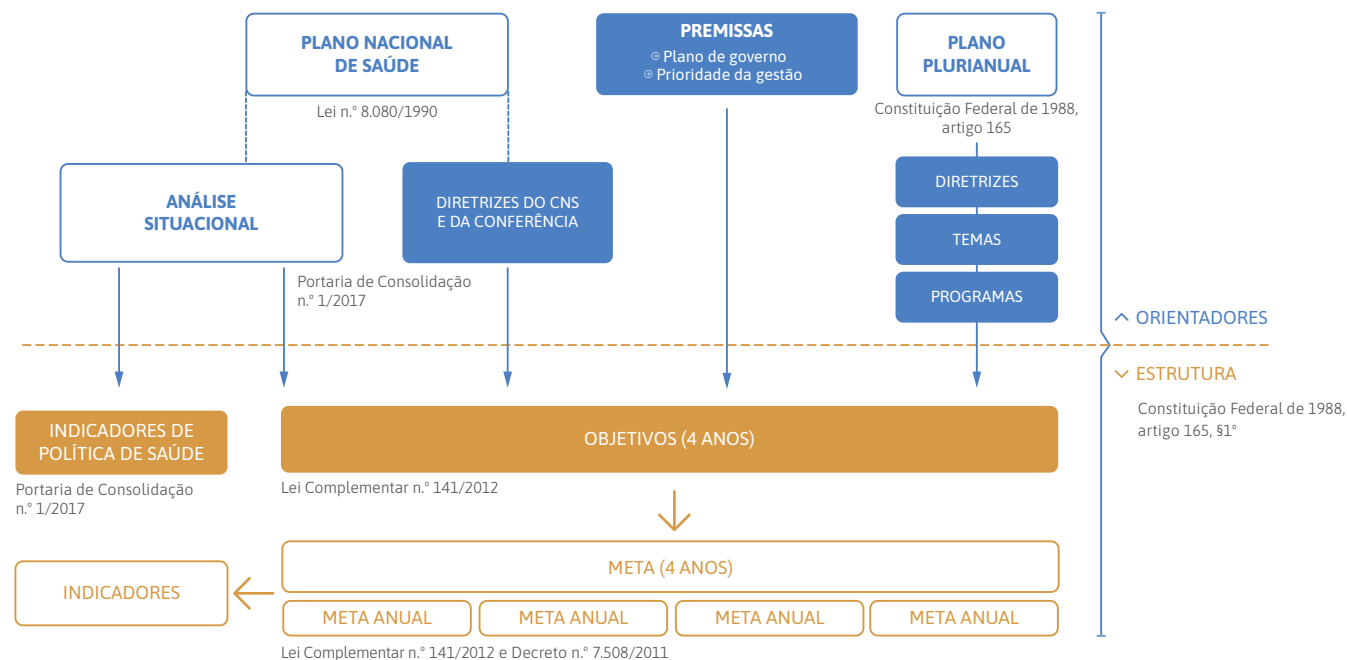
É importante destacar a inclusão de novos atributos como: objetivos específicos, atributo legal, e entregas, atributo infralegal, que declara produtos relevantes que contribuem para o

alcançe do 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: Ministério da Saúde.

Correspondência entre as Estruturas do PPA e do PNS



Fonte: Ministério da Saúde.

A revisão do PPA 2024-2027 é realizada anualmente, após o primeiro ano de vigência do Plano, e pode ocorrer por dois processos: i) ordinário; ii) extraordinário, conforme artigos 18 e 19 da Lei n.º 14.802, de 10 de janeiro de 2024. A revisão ordinária é realizada anualmente, após o primeiro ano de vigência do Plano, em até 120 dias após a publicação da Lei Orçamentária Anual (LOA), e publicada em ato do próprio Ministério do Planejamento. Já qualquer alteração, inclusão

ou exclusão no Plano Plurianual que não esteja prevista na revisão ordinária exige o envio de um projeto de lei ao Congresso Nacional. Essa revisão é realizada somente em situações extraordinárias. O relatório de revisão do PPA 2024-2027 deve ser publicado no site do Ministério do Planejamento e Orçamento, acompanhado das justificativas das alterações realizadas, em conformidade com o art. 11, § 2º, do Decreto n.º 12.066, de 18 de junho de 2024.

A primeira revisão do PPA vigente ocorreu em 2025, sob a coordenação da Secretaria Nacional de Planejamento (Seplan/MPO). A demanda de revisão dos programas do MS foi incluída diretamente no Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop) pela Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO), órgão setorial de planejamento e orçamento do MS, durante a fase de monitoramento e de autoavaliação do PPA, e submetida às considerações da Seplan. A revisão foi formalizada por meio da Portaria GM/MPO n.º 214, de 23 de julho de 2025, e pode ser consultada na área do PPA no portal do Ministério do Planejamento.

Fonte: <https://www.gov.br/planejamento/pt-br/assuntos/planejamento/plano-plurianual/paginas/paginas-ppa-2024-2027/revisao>

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 o PPA – ano-base 2025 – apresenta 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 199 entregas e 36 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)

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 do PPA e vem passando por evoluções periódicas para atender às novas necessidades.

A ferramenta permite que as áreas técnicas registrem informações quantitativas e qualitativas sobre a execução das metas, seus pontos críticos e suas 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.

Instrumentos de Planejamento e Prestação de Contas



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 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 a 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 e revisado periodicamente, com o objetivo de aprimorar a qualidade do processo de elaboração do Plano Nacional de Saúde. Trata-se de 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 2025

FICHA DE QUALIFICAÇÃO														
Instrumentos de Planejamento		☐ PPA 2024-2027		☐ PMS 2024-2027		☐ PDI 2024-2027		☐ Outros						
META														
Enunciado da Meta														
Governabilidade		Esforço Amplo		☐ Outros coforas do SUS — Qual? Estadual, municipal e do Distrito Federal ☐ Outros setores além do setor saúde — Qual? ☐ Outras secretarias / unidades do MS — Qual? Secretaria de Atenção Primária à Saúde ☐ Apenas secretaria / unidade — Qual? ☐ Outras secretarias / unidades do MS — Qual?										
		Esforço Restrito												
QUADRO DE ATUALIZAÇÃO DA META														
ANOS		2024		2025		2026		2027		Total do Plano				
Físico Previsto														
Físico Realizado		XX (RAG24) XX (Atualizado Siglam)		Resultado (21 RQPC)										
Regionalização da Meta		NORTE:								0				
		AC:								0				
		AP:								0				
		AM:								0				
		PA:								0				
		RO:								0				
		RR:								0				
		TO:								0				
		NORDESTE:								0				
		AL:								0				
		BA:								0				
		CE:								0				
		MA:								0				
		PB:								0				
		PE:								0				
		PI:								0				
		RN:								0				
		SE:								0				
		CENTRO-OESTE:								0				
		DF:								0				
		GO:								0				
		MT:								0				
		MS:								0				
		SULDESTE:								0				
		ES:								0				
		MG:								0				
		RJ:								0				
		SP:								0				
SU:								0						
PR:								0						
RS:								0						
SC:								0						
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 Atualização (dia/mês/ano)														
Periodicidade de Atualização		☐ Mensal ☐ Bimestral ☐ Trimestral ☐ Quadrimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐ Irregular												
Classificação do Indicador		☐ Processo ☐ Produto ☐ Resultado ☐ Impacto												
Interpretação (0 que melhor?)														
ENTREGA INTERMEDIÁRIA ANUAL														
Entrega Intermediária	Indicador Intermediário	Índice de Referência (mês/ano)	2024	2025	2026	2027	Total do Plano	Correlatividade	Fórmula de Cálculo	Classificação	Governabilidade	Ação/PO	Agenda Transversal (apenas Entrega PPA)	Nome do Responsável / Área
								☐ Cumulativa ☐ Não cumulativa	☐ Insumo ☐ Processo ☐ Produto ☐ Resultado	☐ MS ☐ Estado ☐ Federativa ☐ Entidade		☐ Criança e Adolescente ☐ Igualdade Racial ☐ Mulheres ☐ Povos Indígenas		
								☐ Cumulativa ☐ Não cumulativa	☐ Insumo ☐ Processo ☐ Produto ☐ Resultado	☐ MS ☐ Estado ☐ Federativa ☐ Entidade		☐ SAÚDE em Ação ☐ Adolescentes ☐ Criança e Adolescente ☐ Igualdade Racial ☐ Mulheres ☐ Povos Indígenas		

Fonte: Coordenação-Geral de Planejamento/Ministério da Saúde.

1.7 Governança

1.7.1 Estrutura de Governança

No exercício de 2025, o Ministério da Saúde deu continuidade ao fortalecimento de seu modelo de governança institucional, orientado pelos princípios da boa governança pública, da integridade, da transparência e da gestão orientada a resultados, em consonância com as diretrizes aplicáveis à Administração Pública Federal.

Nesse cenário, a primeira reunião do Comitê Estratégico de Governança do Ministério da Saúde (CEG), instituído por meio da Portaria GM/MS n.º 6.064, de 12 de dezembro de 2024, e considerado a instância máxima responsável por deliberar sobre diretrizes estratégicas, temas relevantes de governança e alinhamento institucional, foi realizada em outubro de 2025, representando marco relevante para a retomada estruturada das discussões estratégicas no âmbito da nova gestão.

Em 2025, 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.

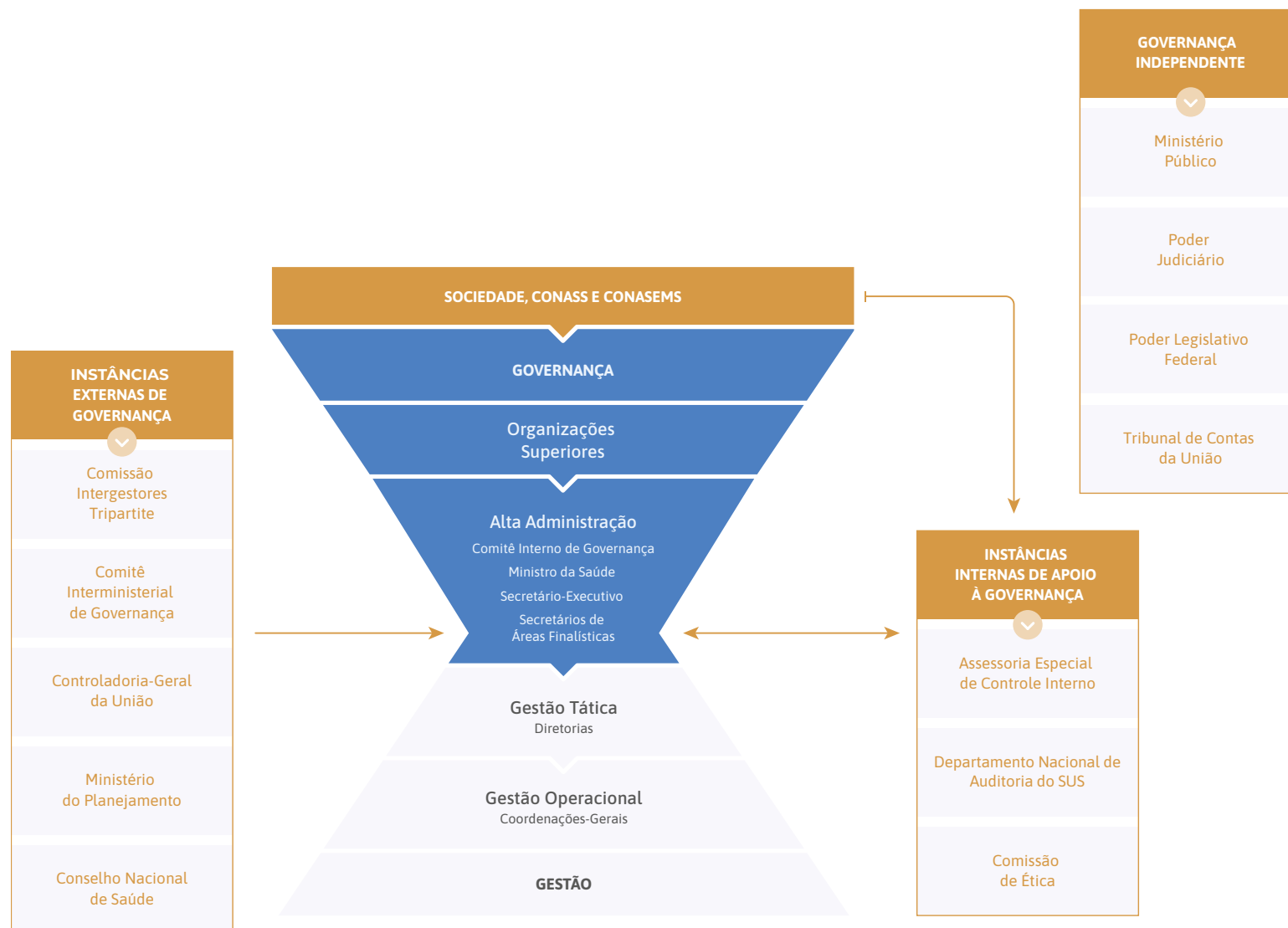
Entre os principais avanços, destacam-se a implementação do Programa Agora Tem Especialistas (Pmae), que ampliou o acesso à atenção especializada e contribui para a redução do tempo de espera por atendimentos no SUS;

a expansão da cobertura vacinal com o lançamento da vacina contra a dengue de dose única, fabricada no Brasil, e com distribuição exclusiva pelo SUS.

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.

Figura 1 – Estrutura de Governança



Fonte: Secretaria-Executiva/Ministério da Saúde.

1.7.2 Gestão da Integridade

Em junho de 2025, foi implementado o Plano de Integridade – IntegriSAÚDE 2025/2026, o qual operacionaliza o Programa de Integridade – IntegriSAÚDE, instituído por meio da Portaria GM/MS n.º 5.763, de 25 de novembro de 2024.

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

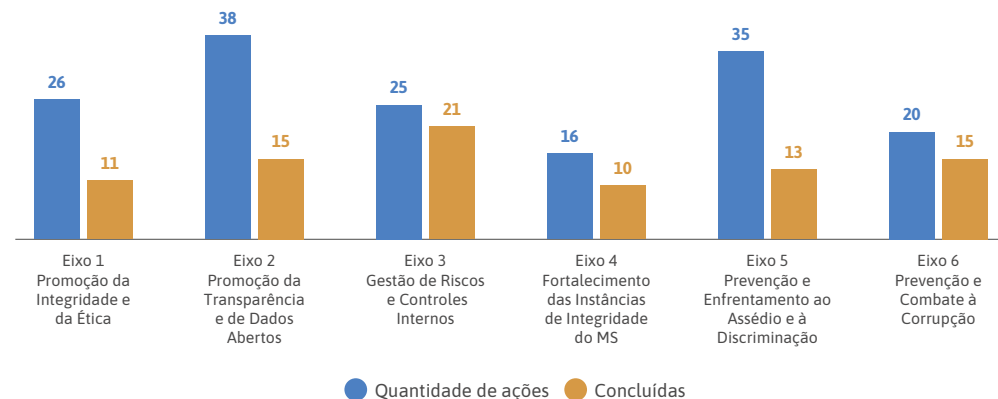
O programa está alinhado às diretrizes do Sistema de Integridade, Transparência e Acesso à Informação (Sitai), instituído pelo Decreto n.º 11.529, de 16 de maio de 2023, bem como ao Modelo de Maturidade em Integridade Pública (MMIP), da Controladoria-Geral da União (CGU).

O Plano de Integridade – IntegriSAÚDE 2025/2026 está estruturado em seis eixos temáticos, favorecendo uma abordagem integrada dos principais riscos institucionais, bem como o acompanhamento sistemático das ações propostas pelas unidades.

Na ocasião do lançamento do Plano de Integridade, em 25 de junho de 2025, foram registradas 116 iniciativas declaradas pelas unidades do Ministério da Saúde, das quais 14 se encontravam concluídas, correspondendo a um percentual de execução de 12%.

Ao final do exercício, em dezembro de 2025, o Plano passou a contabilizar 160 iniciativas, com 85 ações concluídas, o que representa um índice de cumprimento de 53%, conforme o Gráfico 1. Esse resultado evidencia o avanço na implementação das ações previstas e o engajamento progressivo das unidades administrativas com a agenda institucional de integridade.

Gráfico 1 – Iniciativas do Plano IntegriSAÚDE 2025/2026



Fonte: Coordenação-Geral de Gestão da Integridade (Cgint/Aeci/MS).

Destaca-se, entre as iniciativas do Plano de Integridade, o lançamento do novo Portal de Dados Abertos do Ministério da Saúde, pela Secretaria de Informação e Saúde Digital (Seidigi), em dezembro de 2025, que integra as plataformas de disseminação de dados e informações em saúde e amplia a transparência ativa da Administração Pública Federal.

1.7.3 Gestão de Riscos

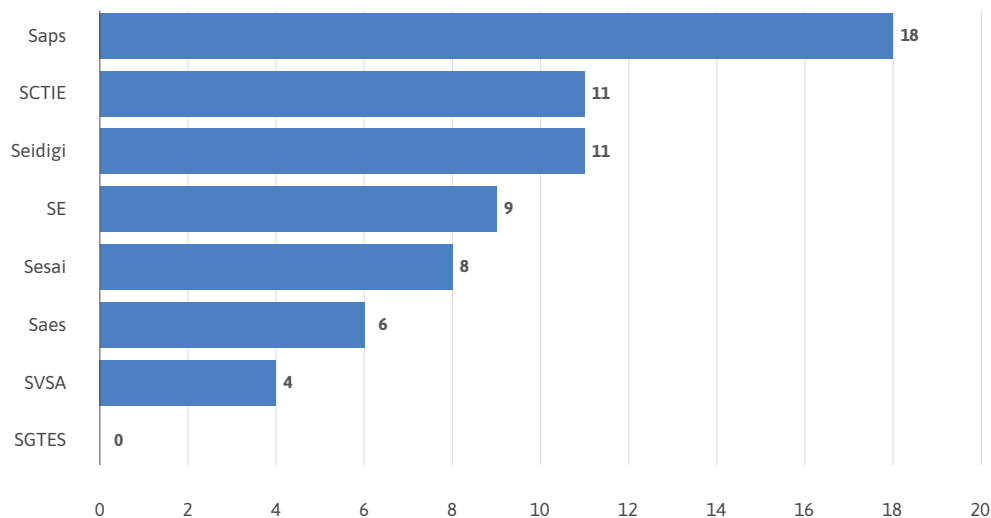
A Gestão de Riscos é uma abordagem sistemática e integrada, que visa subsidiar a tomada de decisão dos gestores, fortalecer os controles internos e contribuir para a melhoria dos processos e do desempenho institucional, em consonância com os princípios de integridade.

Por sua vez, o gerenciamento de riscos permite identificar, avaliar e tratar riscos que poderiam impactar o alcance dos objetivos institucionais.

Em 2025, foram apresentados os resultados do Plano de Gestão de Riscos 2022-2024. Trata-se do primeiro ciclo de gerenciamento de riscos do Ministério da Saúde. Para a execução do Plano, foram realizadas 177 oficinas com as áreas técnicas das secretarias.

Na execução do primeiro ciclo de gerenciamento de riscos, foram identificados 67 riscos:

Gráfico 2 – Riscos identificados por secretaria



Fonte: Coordenação-Geral de Gestão de Riscos e Controle Interno (CGGR/Aeci/MS).

Como resultado do processo de gerenciamento de riscos, foram implementados 140 novos controles no âmbito do Ministério da Saúde, com o objetivo de evitar, mitigar, transferir ou compartilhar os riscos, conferindo, assim, segurança razoável para o alcance dos objetivos definidos pelas diversas áreas técnicas.

O Comitê Estratégico de Governança (CEG), na 1ª Reunião Ordinária de 2025, ocorrida em outubro, aprovou, entre outros documentos, o Plano de Gestão de Riscos do Ministério da Saúde (2025-2026), que aborda os temas (políticas, programas, estratégias, macroprocessos, componentes etc.) definidos como prioritários pela alta administração para o gerenciamento de riscos durante o período. Nesse plano, foram priorizados 25 processos considerados estratégicos, ante os 10 priorizados no plano anterior.

1.7.4 Controle Interno e Atuação dos Órgãos de Controle

A Assessoria Especial de Controle Interno (Aeci) atua como unidade estratégica de apoio à alta administração do Ministério da Saúde, com a finalidade de fortalecer o sistema de controle interno e contribuir para a melhoria da gestão pública, por meio da promoção da integridade, da transparência e da adequada gestão de riscos institucionais.

No que se refere especificamente ao acompanhamento das demandas encaminhadas pelos órgãos de controle, a Aeci desempenha o papel de unidade central de coordenação, responsável por organizar o fluxo de informações, orientar tecnicamente as áreas envolvidas e manter a interlocução institucional com o Tribunal de

Contas da União (TCU) e a Controladoria-Geral da União (CGU). Todas as demandas direcionadas ao Ministério da Saúde são recepcionadas, registradas em sistema próprio, distribuídas às unidades competentes e monitoradas pela Aeci, com o objetivo de assegurar o cumprimento dos prazos e a adequada resposta às instâncias de controle.

Essas demandas abrangem, entre outras, comunicações formais, relatórios e notas de auditoria, solicitações de documentos e informações, pedidos de manifestação técnica, bem como acórdãos e relatórios contendo recomendações e/ou determinações.

Conforme dados extraídos do Sistema de Controle de Demandas da Aeci (Siscod), no exercício de 2025, as demandas recebidas apresentaram a seguinte distribuição por órgão de origem:

- Tribunal de Contas da União: 951 demandas.
- Controladoria-Geral da União: 291 demandas.

Das Demandas do TCU

No exercício de 2025, a Aeci registrou o recebimento de 951 demandas oriundas do Tribunal de Contas da União. A distribuição dessas demandas por unidade destinatária no âmbito do Ministério da Saúde encontra-se detalhada a seguir:

Tabela 1 – Distribuição por unidade demandada

Destinatário no MS	Sigla	2025
Gabinete do Ministro	GM	7
Secretaria-Executiva	SE	648
Secretaria de Atenção Primária à Saúde	Saps	31
Assessoria Especial de Controle Interno	Aeci	39
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde	Saes	107
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente	SVSA	29
Secretaria de Saúde Indígena	Sesai	25
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde	SCTIE	26
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde	SGTES	9
Secretaria de Informação e Saúde Digital	Seidigi	30

Fonte: informações extraídas do Siscod, em 13 de janeiro de 2025, sendo considerado o período de 1º de janeiro de 2025 a 31 de dezembro de 2025.

No que se refere às decisões proferidas pelo TCU, foram encaminhados ao Ministério da Saúde,

no exercício de 2025, 520 acórdãos, distribuídos conforme o tipo de processo:

Tabela 2 – Tipo de processo

	2025
Relatório de Auditoria, Monitoramento, Denúncia, Relatório de Levantamento, Relatório de Acompanhamento, Relatório de Monitoramento, Acompanhamento, Solicitação, Consulta	159
Atos de Pessoal	86
Tomada de Contas Especial	275

Fonte: informações extraídas do Siscod, em 13 de janeiro de 2025, sendo considerado o período de 1º de janeiro de 2025 a 31 de dezembro de 2025.

No exercício analisado, foram identificadas 94 deliberações direcionadas ao Ministério da Saúde, compreendendo 37 determinações e 36 recomendações, as quais vêm sendo acompanhadas pela Aeci nas unidades responsáveis, com vistas ao seu efetivo cumprimento e à mitigação de riscos institucionais.

Das Demandas da CGU

No âmbito da Controladoria-Geral da União, a Aeci realiza o acompanhamento das recomendações e das diretrizes expedidas por meio do sistema e-CGU. O sistema e-CGU contempla o registro das tarefas relacionadas às auditorias em curso, incluindo solicitações de informações, manifestações técnicas e interações necessárias até a conclusão dos trabalhos, bem como o acompanhamento das recomendações constantes dos relatórios finais, cuja implementação é de responsabilidade das unidades auditadas do Ministério da Saúde.

No exercício de 2025, a Aeci recebeu, por meio do sistema e-CGU, um total de 225 tarefas, das quais 139 foram concluídas e 86 encontravam-se em execução ao final do período.

No que se refere às recomendações em monitoramento no exercício de 2025, de acordo com as informações extraídas do sistema e-CGU, no período de 1º de janeiro de 2025 a 31 de dezembro de 2025, foram expedidas 66 recomendações voltadas ao aprimoramento da gestão, sendo:

- > 23 recomendações com situação “concluída”;
- > 15 recomendações já respondidas pelo Ministério da Saúde e em análise pela CGU; e
- > 28 recomendações em fase de implementação pelas unidades auditadas.

1.8 Auditoria Interna do 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. Em 2025, foram realizadas 30.988 atividades de controle, abrangendo auditorias, visitas técnicas, monitoramento de recomendações e atividades especiais, como procedimento de análise informatizada, análise em contas bancárias e apoio à gestão do MS.

Tabela 3 – Atividades de auditoria interna do SUS realizadas em 2025

Atividades	Total
Auditoria	155
Monitoramento	5
Visita Técnica	222
Apoio à Gestão do MS	1
Procedimento de Análise Informatizada	30.000
Análise em Contas Bancárias	605
TOTAL GERAL	30.988

Fonte: Sistema de Auditoria do SUS (Sisaud/SUS).

Ao realizar as atividades, é essencial definir o foco principal da ação, denominado objeto. Este pode abarcar a avaliação de políticas, sistemas, programas, bloco de financiamento, entre outros. Após, é estabelecido o escopo da atividade, que delimita quais aspectos do objeto serão avaliados, incluindo os critérios, o período analisado, as áreas envolvidas e os objetivos específicos da auditoria.

Tabela 4 – Atividades de auditoria interna realizadas em 2025 – por bloco de financiamento

Objeto	Total
Assistência Farmacêutica	30.192
Atenção Básica	8
Média e Alta Complexidade	146
Fora de Bloco de Financiamento	30
Gestão	2
Outros	610
TOTAL GERAL	30.988

Fonte: Sisaud/SUS.



Entre essas atividades, destacam-se as 155 auditorias realizadas, que representam a principal atividade de controle do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DenaSUS) e abrangem diferentes tipos, como as auditorias de conformidade, que avaliam a conformidade de ações, processos, atividades e transações, com relação às normas, aos regulamentos, às políticas, aos procedimentos internos, aos contratos ou outros critérios, estabelecidos pelo MS. Também são realizadas auditorias de desempenho, com o objetivo de avaliar e relatar a eficiência, a eficácia, a economicidade e os resultados alcançados de processos, atividades, políticas ou programas desenvolvidos no âmbito do SUS.

Ao encerrar a auditoria, o DenaSUS emite um relatório final da atividade, em que são relatadas as conformidades e as não conformidades identificadas, relacionadas, respectivamente, à correta execução ou à execução 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 adoção de medidas de gestão, a partir dos achados da auditoria.

Nas auditorias realizadas em 2025, foram constatadas 582 ações conformes e 1.403 ações não conformes. Algumas dessas não conformidades estavam relacionadas à aplicação irregular de recursos financeiros repassados pelo MS, gerando recomendações na forma de proposição de devolução de recursos.

Conjuntamente, foram intensificadas as fiscalizações no âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), sendo realizados 30 mil procedimentos de análise informatizada, para avaliação de riscos nos estabelecimentos cadastrados do PFPB, consistindo na aplicação de trilhas de auditoria e classificação dos estabelecimentos, conforme o grau de risco identificado. Com base nos resultados obtidos, foram realizadas 189 visitas técnicas aos estabelecimentos classificados com grau de risco alto ou muito alto, com o objetivo de verificar a conformidade das dispensações realizadas e o cumprimento das normas e regulamentações do Programa.

Por fim, em cumprimento à decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), decorrente da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) n.º 854/DF, foram analisadas 605 contas bancárias vinculadas às emendas parlamentares destinadas à saúde, cujas contas se encontravam pendentes de regularização. Como desdobramento, estão previstas a realização de 268 auditorias em 2026, com o objetivo de verificar a correta execução dos recursos repassados.

Ao término dessas atividades, foram elaborados relatórios gerenciais, contendo os resultados das auditorias e demais ações realizadas, destacando fragilidades e boas práticas, e recomendações direcionadas às secretarias finalísticas, de modo a subsidiar a alta gestão do MS no aperfeiçoamento das políticas públicas e na qualificação da gestão do SUS.

1.9 Oportunidades, Perspectivas e Riscos

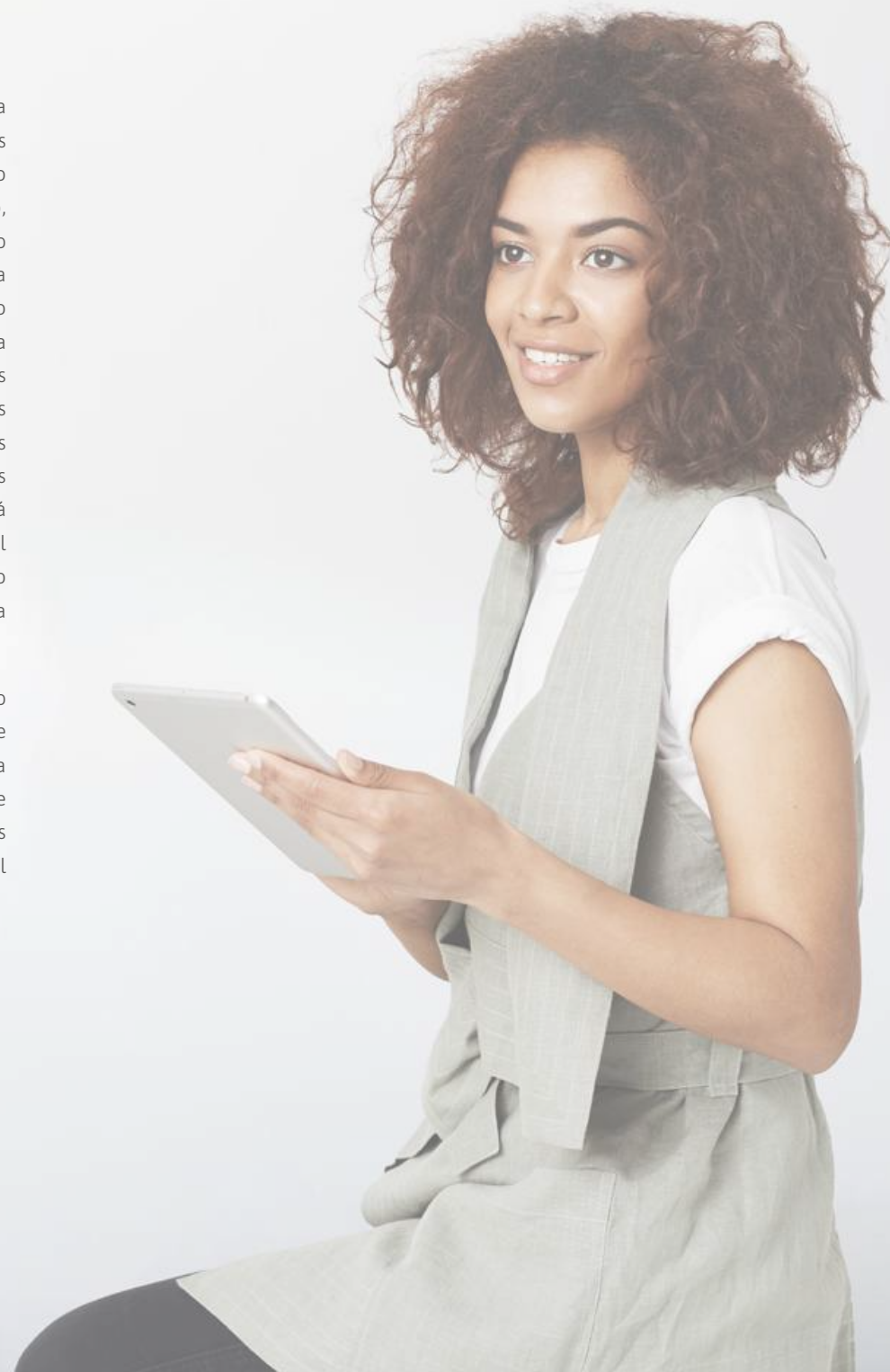
Atenção Primária à Saúde (APS)

As perspectivas reafirmam a APS como eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a estratégia Brasil 360°, atribuindo-lhe centralidade na coordenação do cuidado, na ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e na integração das respostas sanitárias às dinâmicas sociais, econômicas e territoriais do País. Essa diretriz dialoga diretamente com o planejamento estratégico nacional da saúde, ao explicitar onde o Estado brasileiro vem concentrando esforços, investimentos e prioridades para o fortalecimento do SUS.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) mantém-se como modelo prioritário de organização da APS, em razão de sua capacidade de promover cuidado longitudinal, vínculo, responsabilização sanitária e atuação territorial orientada pelas necessidades reais da população. A centralidade da ESF expressa uma opção política e técnica por um modelo de atenção que reconhece o território como espaço vivo de produção do cuidado e de enfrentamento das desigualdades em saúde.

O fortalecimento da APS seguirá ancorado na ampliação do acesso, na qualificação dos processos de trabalho das equipes e no aprimoramento contínuo dos mecanismos de financiamento, gestão, monitoramento e avaliação. A consolidação do cofinanciamento federal da Atenção Primária constitui, nesse contexto, um instrumento estratégico para aprofundar a equidade na alocação de recursos, reduzir desigualdades regionais e ampliar a capacidade resolutiva das equipes, especialmente em territórios marcados por maiores vulnerabilidades sociais, ambientais e sanitárias. Para o exercício de 2026, está prevista a ampliação do cofinanciamento federal para equipes multiprofissionais, com vistas ao fortalecimento do cuidado interprofissional e da integralidade da atenção na APS.

O Ministério da Saúde (MS) permanecerá investindo na reestruturação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), na modernização da infraestrutura e na ampliação de estratégias móveis e flexíveis de cuidado, capazes de responder às especificidades dos territórios e à dinâmica populacional contemporânea.



A diversidade territorial brasileira seguirá orientando a ampliação e a qualificação de arranjos diferenciados de cuidado, como as Unidades Odontológicas Móveis (UOM), as equipes de Consultório na Rua (eCR), as Unidades Móveis de Consultório na Rua (UMCnaR) e as equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), além das equipes de Saúde da Família Ribeirinha e Fluvial (eSFR e eSFF). Esses dispositivos expressam uma lógica de cuidado que extrapola o modelo fixo tradicional, aproximando os serviços de saúde das populações em situação de maior vulnerabilidade e reafirmando o compromisso da APS com a equidade, a justiça social e a adequação das práticas aos modos de vida dos diferentes territórios. Como desdobramento dessa diretriz, está prevista a entrega de UMCnaR e UOM, fortalecendo o SUS e ampliando a capilaridade do atendimento às populações com especificidades territoriais e sociais.

No campo da saúde bucal, a agenda do Brasil Sorridente permanece como centralidade estratégica da política de saúde, articulada ao fortalecimento da Atenção Primária e à integração com a Atenção Ambulatorial Especializada. As perspectivas incluem a expansão e a qualificação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), dos Serviços de Especialidades em Saúde Bucal (Sesb) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), bem como a ampliação do uso de UOM como estratégia de acesso em territórios com vazios assistenciais. A incorporação de tecnologias inovadoras, como o Fluxo Digital (3D) em Prótese Dentária, consolida-se como vetor de modernização dos serviços, redução de filas e ampliação do acesso à reabilitação protética no SUS.

A ampliação do escopo de atuação da enfermagem configura-se como eixo estruturante para o fortalecimento da APS e da ESF, reconhecendo o papel técnico-científico, ético e histórico desses profissionais na organização do cuidado. As perspectivas apontam para o aprofundamento da autonomia clínica e assistencial, em consonância com as atribuições legais e com a formação qualificada da enfermagem, ampliando o acesso oportuno, a resolutividade do cuidado e a capacidade de resposta do SUS, especialmente em territórios rurais, remotos e de difícil acesso.

De forma transversal, a determinação social da saúde seguirá orientando a formulação e a implementação das políticas da Saps, reconhecendo que fatores como renda, trabalho, moradia, alimentação, gênero, raça, território e condições ambientais moldam os perfis de adoecimento e as iniquidades em saúde. Nesse sentido, será fortalecida a articulação intersetorial com ações integradas voltadas à segurança alimentar, à proteção social das famílias e ao enfrentamento das desigualdades estruturais.

As ações direcionadas às pessoas em situação de rua permanecem como prioridade estratégica, com o fortalecimento das eCR, a integração com a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e a articulação com a Política de Assistência Social, adotando abordagens centradas na garantia de direitos, na redução de danos e na continuidade do cuidado.

De modo convergente, as políticas voltadas às populações do campo, da floresta e das águas, aos povos indígenas, às comunidades quilombolas, às mulheres, às crianças, aos adolescentes e às pessoas idosas seguirão orientadas por abordagens territorializadas, culturalmente sensíveis e baseadas em evidências, reafirmando o compromisso do SUS com a equidade e a justiça social.

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 e dificultam a promoção da equidade no atendimento. Além disso, a fragmentação da rede de atenção compromete a adequada integração entre os diferentes níveis assistenciais, sobrecarregando os serviços especializados e limitando a resolubilidade da Atenção Primária à Saúde. A carência de financiamento adequado para o custeio e o investimento nos serviços de Atenção Especializada também representa um risco relevante, ao comprometer a qualidade da assistência e a capacidade de expansão da oferta. Soma-se a esse cenário a necessidade de atualização tecnológica que, na ausência de estratégias bem delineadas, pode ampliar desigualdades no acesso a procedimentos de alta complexidade e à inovação terapêutica.

Diante desse contexto, evidenciam-se oportunidades estruturantes para a qualificação da Atenção Especializada à Saúde. O fortalecimento das RAS, em articulação com o Planejamento Regional Integrado (PRI) e as pactuações interfederativas, aliado à ampliação do uso de tecnologias digitais, como telessaúde, regulação informatizada e uso qualificado de dados assistenciais, pode contribuir para a descentralização do acesso, a racionalização dos fluxos assistenciais e o aumento da resolutividade do sistema. A implementação de mecanismos mais eficientes de gestão da regulação, integrados às centrais de regulação e orientados por critérios técnicos e epidemiológicos, apresenta potencial para reduzir desigualdades regionais, aprimorar a previsibilidade da oferta de serviços e promover maior equidade no acesso à Atenção Especializada.

Como estratégia de mitigação, a partir de 2023, observa-se um movimento progressivo de reorganização normativa e institucional da Atenção Especializada à Saúde, com a instituição da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (Pnaes), que estabelece diretrizes para o fortalecimento da Atenção Especializada no SUS, com foco na integração em redes temáticas, na regionalização da oferta, na qualificação da regulação do acesso e na ampliação da capacidade assistencial. Como mecanismo de implantação da Pnaes, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Redução das Filas, posteriormente incorporado e ampliado pelo Programa Mais Acesso a Especialistas (Pmae), voltado à ampliação do acesso a consultas, exames e procedimentos cirúrgicos eletivos, com ênfase na organização das

linhas de cuidado prioritárias e no fortalecimento do Planejamento Regional Integrado.

Nesse mesmo ciclo de fortalecimento da Atenção Especializada, o Pmae consolida-se como instrumento estruturante para induzir a ampliação e a qualificação da oferta ambulatorial especializada no SUS, por meio das Ofertas de Cuidados Integrados (OCI). Tais ofertas estruturam pacotes assistenciais organizados em linhas de cuidado prioritárias, articulando habilitações, financiamento, regulação e organização da assistência em redes temáticas. Esse conjunto normativo e programático culmina, em 2025, na instituição do Programa Agora Tem Especialistas, por meio da Medida Provisória n.º 1.301, de 30 de maio de 2025, posteriormente convertida na Lei n.º 15.233, de 7 de outubro de 2025, concebido como uma estratégia integrada e ampliada para o enfrentamento dos gargalos históricos da Atenção Especializada.

A integração normativa promovida pela Pnaes, pelo Pmae e pelo Programa Agora Tem Especialistas fortalece a cooperação federativa, ao ancorar a organização da oferta assistencial no Planejamento Regional Integrado, nas redes temáticas e nas pactuações interfederativas. A ampliação de habilitações em áreas de alta complexidade, como cardiologia, neurologia, traumatologia, oncologia, reabilitação, atenção às pessoas com deficiência e doenças raras, indica um movimento de expansão da capacidade instalada, com potencial para reduzir desigualdades regionais e ampliar o acesso. Iniciativas associadas à telessaúde, às centrais de regulação informatizadas

e ao uso intensivo de dados contribuem para a otimização dos fluxos assistenciais, o apoio às decisões clínicas e gerenciais e a ampliação do alcance dos serviços em áreas remotas.

A perspectiva para a Atenção Especializada à Saúde é a consolidação de um modelo assistencial mais integrado, resolutivo, equitativo e eficiente, sustentado por uma política pública robusta, orientada por evidências e alinhada às necessidades da população. Esse modelo contribui para o alcance dos objetivos de ampliação do acesso, redução dos tempos de espera e enfrentamento das desigualdades de raça/etnia, gênero, regionais e sociais, promovendo a integralidade do cuidado no âmbito do SUS. O fortalecimento do Programa Agora Tem Especialistas, em articulação com a expansão das redes de alta complexidade, a modernização do parque tecnológico, a qualificação permanente da força de trabalho e o aprimoramento da governança regulatória, tende a induzir avanços estruturais na organização da oferta, na racionalização dos fluxos assistenciais e na melhoria da experiência do usuário.



Vigilância em Saúde e Ambiente

Na Vigilância em Saúde e Ambiente, as perspectivas para 2026 incluem as iniciativas voltadas à preparação e à resposta a emergências climáticas, como a implementação do Plano Setorial de Adaptação à Mudança do Clima (AdaptaSUS), que permitirá avanços na integração de dados e na disponibilização de ferramentas analíticas sobre a relação entre clima e saúde, incluindo alertas precoces para ondas de calor.

Com a publicação do Plano de Ação Nacional de Uma Só Saúde, projeta-se uma ampliação do portfólio de projetos de pesquisa nessa abordagem e o alinhamento das ações laboratoriais ao enfoque de Uma Só Saúde.

O fortalecimento da política de imunização permanecerá como prioridade estratégica, com ampliação das oficinas de microplanejamento e dos investimentos na Rede de Frio, melhoria na integração dos sistemas de informação e intensificação das ações de enfrentamento à hesitação vacinal e à desinformação em saúde, consolidando uma atuação preventiva, baseada em evidências e orientada pelas necessidades da população. Além disso, encontra-se, em celebração com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), um Acordo de Cooperação Técnica (ACT) para ampliação da transparência de dados relacionados aos Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (Esavi). Esse acordo fortalecerá a integração entre vigilância sanitária e farmacovigilância de vacinas, favorecendo a análise conjunta dos dados, a identificação precoce de sinais de segurança e o alinhamento das decisões regulatórias e sanitárias.

No campo da inteligência epidemiológica, continuarão sendo priorizadas a ampliação e a qualificação da vigilância laboratorial e genômica, o desenvolvimento de sistemas de alerta precoce para detecção de surtos e a expansão dos painéis de dados, a fim de auxiliar na prevenção e na preparação de resposta a emergências de saúde pública. Nesse contexto, além das diversas iniciativas voltadas à capacitação de recursos humanos (RH), terá continuidade a modernização do parque tecnológico dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen).

Com vistas ao fortalecimento da governança, da integração e da sustentabilidade dos sistemas de informação em vigilância em saúde, será enfatizada a implementação do Programa e-SUS Linha da Vida e a interoperabilidade entre os sistemas de informação e sua modernização.

A Vigilância em Saúde e Ambiente seguirá empenhada nos esforços de eliminação de algumas doenças no Brasil, com o fortalecimento dos compromissos políticos e das pactuações em direção à eliminação da transmissão vertical da hepatite B e da tuberculose, da aids e do HIV, entre outras, enquanto problemas de saúde pública, como parte do Programa Brasil Saudável. Também será finalizado o dossiê de eliminação do tracoma e da raiva humana transmitida por cães.

Outra prioridade será a ampliação das ações de controle do *Aedes aegypti*, sobremaneira as inovações tecnológicas aprovadas em seminário internacional, incluindo a automação da estratificação de risco e a expansão do método *Wolbachia*, além da introdução no calendário vacinal de nova vacina contra a dengue.

Ciência e Tecnologia

Em 2025, o MS consolidou-se como ator estratégico na indução da ciência, tecnologia e inovação em saúde, ampliando oportunidades para o fortalecimento do SUS e para a qualificação das políticas públicas de saúde. O fomento a pesquisas orientadas às necessidades da população brasileira representa uma oportunidade concreta de ampliar o impacto social do conhecimento científico, promover inovação e fortalecer a soberania científica e tecnológica do País.

Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS)

Nos últimos anos, o MS vem ampliando, de forma consistente, o volume e a complexidade das entregas relacionadas à ATS e a seus produtos derivados, com o objetivo de elevar a qualidade das decisões e promover maior eficiência na alocação dos recursos públicos em saúde.

Um conjunto de mudanças normativas foi publicado, modernizando o processo de ATS conduzido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) e proporcionando novas oportunidades para o setor. As atualizações incluem o Decreto n.º 12.716, de 12 de novembro de 2025, e a Portaria GM/MS n.º 8.817, de 21 de novembro de 2025, com alterações no processo de avaliação da Conitec.

Outra oportunidade singular no cenário internacional é a ampliação e o aprofundamento das parcerias com redes e agências de ATS de outros países, que têm inserido a Conitec em uma agenda global de cooperação técnica, compartilhamento de evidências e adoção de inovações metodológicas. Esse engajamento internacional possibilita incorporar práticas inovadoras já consolidadas em outros sistemas de saúde, fomentar o intercâmbio de conhecimento e alinhar o Brasil às tendências globais em avaliação, monitoramento e reavaliação de tecnologias em saúde. A intensificação das ações de monitoramento pós-incorporação, incluindo a reavaliação periódica das tecnologias à luz de dados de mundo real, permanece como um desafio central e, ao mesmo tempo, como uma oportunidade para o aprimoramento contínuo da política de incorporação.

Para 2026, vislumbram-se oportunidades relevantes associadas à modernização dos processos decisórios da Conitec, ao uso ampliado de ferramentas digitais e analíticas, à integração de bases de dados assistenciais e econômicas e ao fortalecimento da capacidade institucional para lidar com tecnologias emergentes de alto impacto clínico e orçamentário.

Assistência Farmacêutica (AF)

Para o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), a perspectiva é de continuidade do fortalecimento da governança e do aprimoramento de mecanismos de monitoramento e segurança operacional, com foco na qualificação cadastral, na incorporação de instrumentos permanentes de acompanhamento e no aprimoramento tecnológico da plataforma de autorização, visando reforçar a integridade das operações e a rastreabilidade das transações.

No campo do Cuidado Farmacêutico, delinea-se como tendência a ampliação do uso de estratégias de telecuidado e teleconsultorias como apoio institucional à implementação do método clínico e ao fortalecimento dos serviços relacionados ao Cuidado Farmacêutico, incluindo ações voltadas à promoção do uso racional de medicamentos, materiais educativos e integrações com prontuário eletrônico e soluções de telessaúde.

Quanto à produção de informação e evidências, projeta-se a disponibilização de achados de pesquisas nacionais sobre acesso, utilização e uso racional de medicamentos, com potencial de subsidiar o aperfeiçoamento de políticas, protocolos e práticas assistenciais no âmbito da AF.

A criação do Componente da Assistência Farmacêutica em Oncologia (AF-Onco) representou oportunidade institucional para aprimorar a organização do acesso aos tratamentos medicamentosos oncológicos, com potencial de padronização de protocolos e diretrizes clínico-assistenciais, aprimoramento logístico e integração de bases de dados dos serviços de oncologia com o MS, favorecendo maior coordenação do cuidado no âmbito da Rede de Prevenção e Controle do Câncer (RPCC).

Adicionalmente, o contexto externo evidenciou oportunidades para reduzir vulnerabilidades da cadeia de suprimentos, diante da dependência internacional de Insumos Farmacêuticos Ativos (IFA) e de outros insumos prioritários. Esse cenário reforçou a relevância de estratégias de fortalecimento da produção nacional e de aprimoramento dos processos de aquisição, especialmente em situações emergenciais e parcerias com organismos internacionais.



Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis)

A conclusão das etapas de análise técnica de projetos em 2025 consolida um cenário de oportunidades para o fortalecimento do Ceis. Os próximos passos fundamentam-se na obtenção de resultados derivados da melhoria na qualidade das propostas submetidas às políticas estruturantes do Ceis, como o Programa de Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) e o Programa de Desenvolvimento e Inovação Local (Pdil). Essa evolução fortalece, de forma estratégica, a integração entre a pesquisa científica e o desenvolvimento produtivo nacional.

As perspectivas para o próximo ciclo baseiam-se no robusto processo de avaliação realizado em 2025, que envolveu o trabalho sucessivo da Comissão Técnica de Avaliação (CTA) e do Comitê Deliberativo (CD). A maturidade alcançada nesse processo de seleção garante que as propostas aprovadas possuam maior viabilidade técnica e alinhamento com as necessidades do SUS.

A partir da qualificação e do quantitativo de propostas recebidas, vislumbra-se uma expansão de parcerias para o desenvolvimento produtivo, assim como o fomento à inovação local e as adequações produtivas, resultando em maior autonomia tecnológica e eficiência na oferta de insumos essenciais à saúde.

Além disso, integrado ao Novo Programa de Aceleração do Crescimento (Novo PAC), o PAC-Saúde Ceis fortalece a autonomia do País na produção de insumos estratégicos — como vacinas, fármacos, hemoderivados e dispositivos médicos — e na preparação para emergências sanitárias, bem como fomenta sistemas produtivos inovadores e tecnologias estratégicas para o futuro da saúde, de modo a assegurar a sustentabilidade do SUS e reduzir a dependência externa.

Saúde Indígena

O MS tem estruturado estratégias de fortalecimento e aperfeiçoamento das ações voltadas à qualificação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), com foco na ampliação do acesso, na integralidade do cuidado e na redução das desigualdades em saúde que afetam os povos indígenas.

Destaca-se o fortalecimento da organização da Atenção Primária nos territórios indígenas, com a qualificação das Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (Emsi) e a ampliação de arranjos assistenciais complementares que permitem maior resolutividade do cuidado nesses territórios. Essa estratégia busca consolidar um modelo de atenção territorializado, culturalmente sensível e alinhado às necessidades epidemiológicas, territoriais e socioculturais dos povos indígenas, considerando as especificidades geográficas e logísticas dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei).

Outro ponto de destaque é o avanço na integração do subsistema com a Rede de Atenção à Saúde do SUS, com o fortalecimento de mecanismos de coordenação do cuidado, regulação assistencial e articulação interfederativa com estados e municípios. Tal integração é fundamental para garantir a continuidade do cuidado, especialmente no acesso à Atenção Especializada, aos serviços hospitalares e às ações de vigilância em saúde.

Outra perspectiva estratégica envolve a incorporação progressiva de ferramentas digitais e de telessaúde para apoiar o processo de trabalho das equipes nos territórios indígenas, ampliar o suporte clínico-assistencial e reduzir barreiras geográficas de acesso aos serviços de saúde. Essas iniciativas buscam fortalecer a capacidade resolutiva das equipes locais, favorecer a educação permanente em saúde e qualificar a comunicação entre os diferentes pontos da rede assistencial.

No campo da infraestrutura e da logística sanitária, mantêm-se como prioridades: a modernização das unidades de saúde indígena, o fortalecimento das estratégias de atenção em áreas de difícil acesso — incluindo estruturas fluviais e estratégias móveis de cuidado — e a melhoria das condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI), assegurando ambientes adequados para o cuidado integral.

Adicionalmente, destacam-se a continuidade e o fortalecimento de iniciativas voltadas à formação, à qualificação e ao provimento de profissionais de saúde para atuação em contextos interculturais, fortalecendo competências técnicas relacionadas à saúde indígena, à atenção primária em territórios remotos e à abordagem diferenciada do cuidado, em consonância com os princípios da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi).

The image features two healthcare professionals, likely nurses, in a clinical setting. They are wearing light blue scrubs and have stethoscopes around their necks. The woman in the foreground is looking down at a clipboard, while the woman in the background is also looking at the clipboard. The background is a blurred indoor space with a stone wall. A decorative overlay of colorful, overlapping geometric lines (purple, blue, green, and yellow) is positioned in the bottom right corner. A white rectangular box with a pink border is located in the bottom left corner, containing the section header.

2 RESULTADO E DESEMPENHO DA GESTÃO

Ministério em Números

▶ **54.724**
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

▶ **5.764**
EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

▶ **319**
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHA

▶ **277.453**
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

▶ **5.544**
MUNICÍPIOS atendidos pelo Programa Saúde na Escola, alcançando **26.904.790** estudantes em **104.931** escolas

▶ **30.986**
TRANSPLANTES realizados no ano

▶ **27.435**
leitos de UTI habilitados, sendo: **22.913** leitos Adulto, **3.749** Pediátrico, **606** de Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO) e **167** de queimados

▶ **9.735**
leitos compoendo a Rede Alyne, sendo: **5.151** de UTI Neonatal, **3.476** de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo) e **1.108** de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa)

Mais de
▶ **3,2 BILHÕES**
de procedimentos ambulatoriais de Média e Alta Complexidade (MAC) realizados no ano

Mais de
▶ **14,5**
milhões de cirurgias eletivas no ano

▶ **4.904.671**
procedimentos para o tratamento em oncologia, sendo: **420.299** procedimentos cirúrgicos, **171.628** procedimentos de radioterapia, **4.312.744** procedimentos de quimioterapia, até novembro de 2025

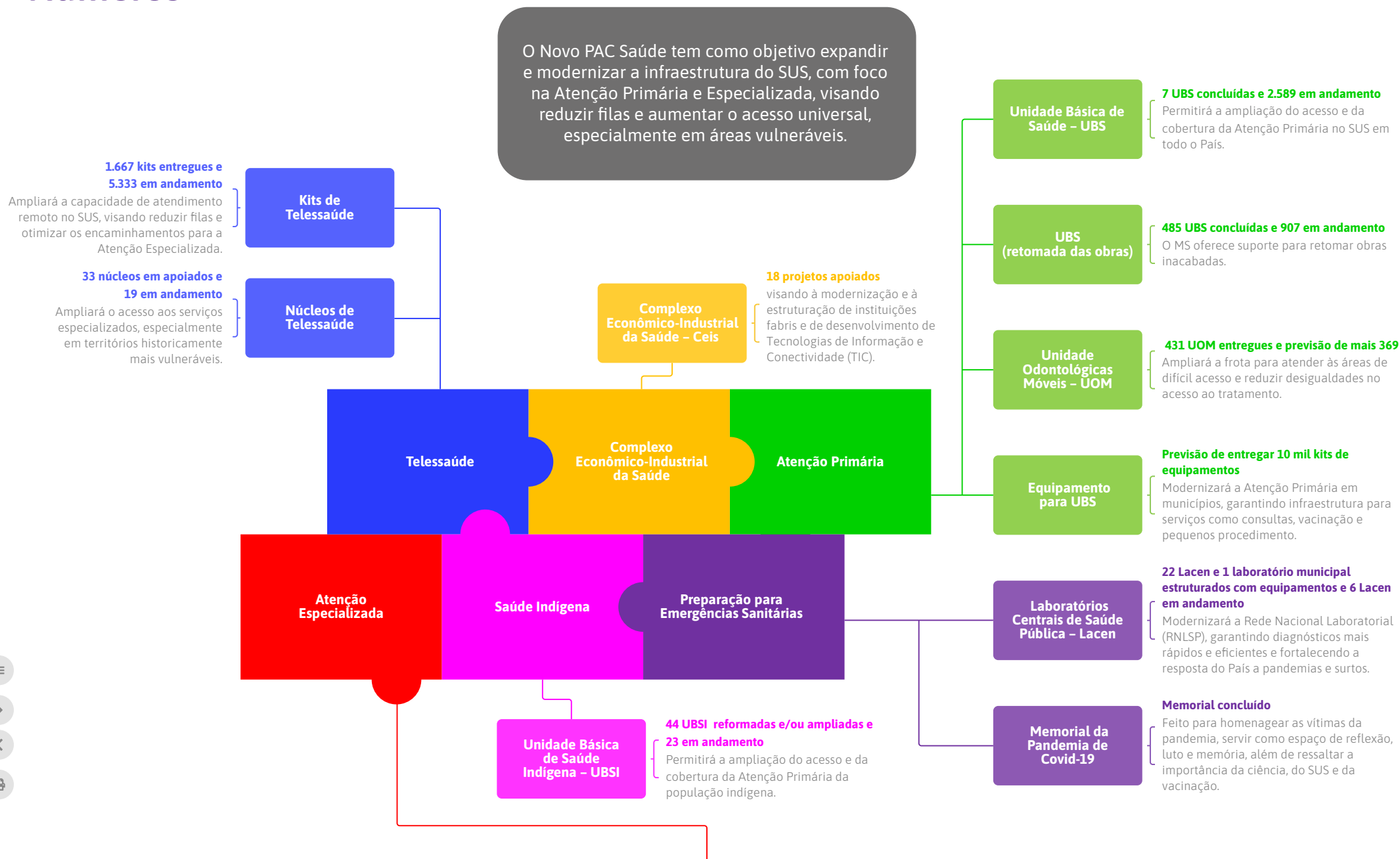
Mais de
▶ **3,2 MILHÕES**
de atendimentos de tele saúde realizados no ano

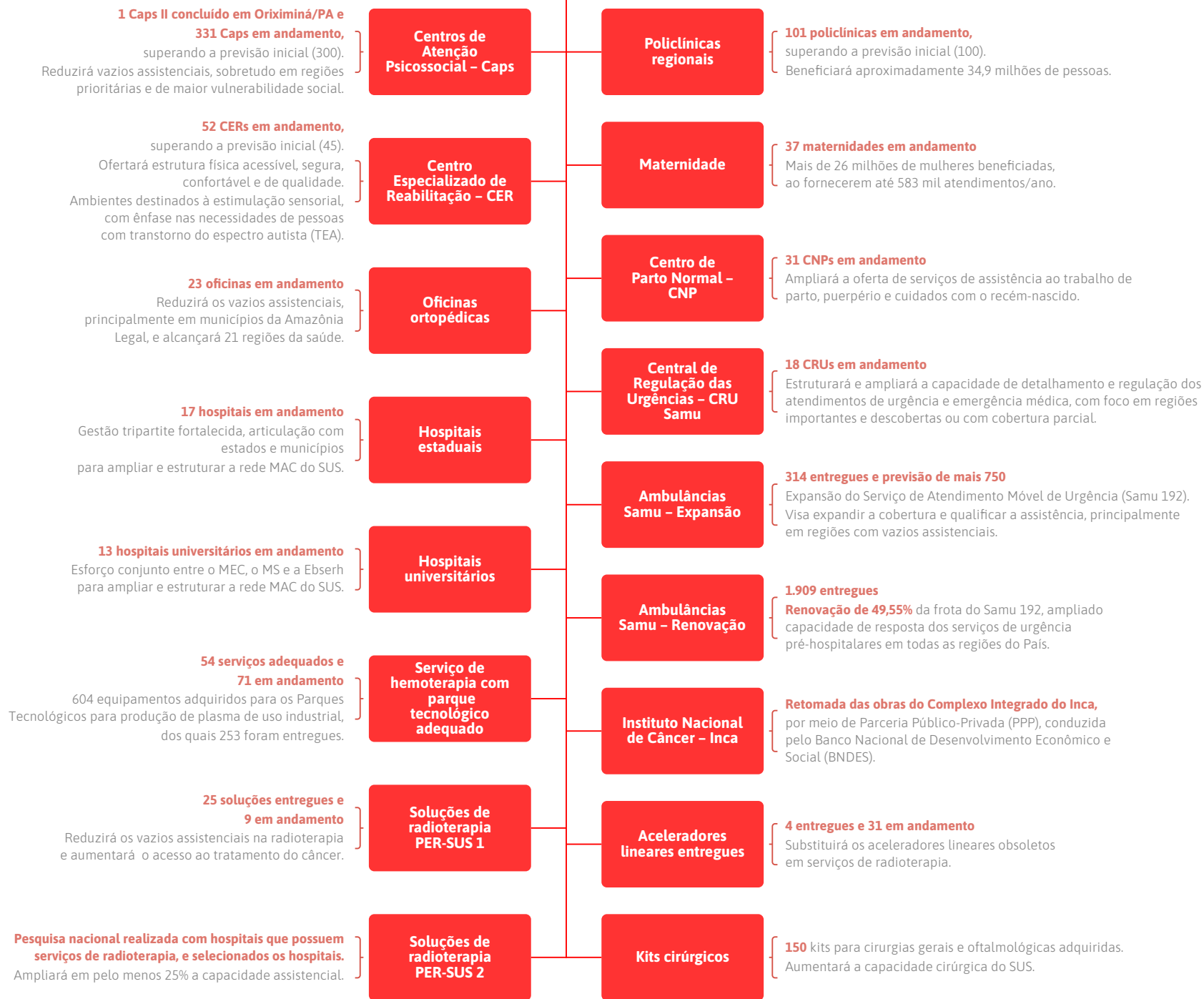
Mais de
▶ **500 MIL**
profissionais, trabalhadores, gestores e acadêmicos ligados ao SUS qualificados no ano

Quase
▶ **85%**
das crianças indígenas menores de **1 ano** com esquema vacinal completo

▶ **28.964**
farmácias e drogarias credenciadas no Programa Farmácia Popular, distribuídas em **4.974** municípios, representando **89%** dos municípios brasileiros

Novo PAC em Números





2.1 Atenção Primária à Saúde

2.1.1 Ampliação de Equipes, Programas e Serviços da Atenção Primária

A Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) define a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado integral no Sistema Único de Saúde (SUS), abrangendo desde a promoção até a vigilância em saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o pilar de expansão desse modelo, contando com cerca de 1 milhão de profissionais no território nacional. Sua efetividade na redução de desigualdades é potencializada pela articulação com políticas sociais, como o Programa Bolsa Família (PBF), promovendo equidade e desenvolvimento social.

Em 2025, o fortalecimento da APS foi orientado pelo Saúde Brasil 360°, que reposiciona a Atenção Primária como eixo organizador do sistema, focando a qualificação da ESF, investimentos em infraestrutura de Unidade Básica de Saúde (UBS), saúde digital e um financiamento voltado à equidade. O Saúde Brasil 360° consiste no esforço conjunto entre União, estados e municípios para consolidar e integrar diversas ações, políticas e serviços do SUS, com o objetivo de garantir um ciclo completo de atenção à saúde com foco na qualidade e no cuidado integral. Configura-se como uma estratégia de gestão e articulação que consolida um conjunto de legislações e políticas existentes — como o novo modelo de cofinanciamento da APS, o Programa Mais Médicos, o SUS Digital e a Política Nacional de Saúde Bucal — para fortalecer a rede de cuidados de forma sistêmica e coordenada.



Paralelamente, os Seminários da Atenção Primária à Saúde nos Territórios foram realizados em todos os 26 estados e no Distrito Federal, fortalecendo o diálogo entre o Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) e os gestores locais para o aprimoramento do planejamento do cuidado.

A qualificação das ações baseou-se nos resultados do Censo Nacional das UBS de 2024 e nos componentes de Vínculo, Acompanhamento Territorial e Qualidade. Esses dados, somados ao uso do ecossistema e-SUS APS, permitem o monitoramento preciso das práticas assistenciais e o uso de tecnologias digitais para garantir uma oferta de cuidado oportuna e resolutiva. O ecossistema do e-SUS APS é uma estratégia para reestruturar as informações da APS, em nível nacional, e faz referência ao processo de informatização qualificada em busca de um SUS eletrônico (e-SUS). Tem como objetivo concretizar um novo modelo de gestão de informação que apoie os municípios e os serviços de saúde na gestão efetiva da APS e na qualificação do cuidado dos usuários, sendo operacionalizado por ferramentas integradas e aplicativos diversos, tais como o Prontuário Eletrônico e-SUS APS, o e-SUS Território, o e-SUS Vacinação, o e-SUS Atividade Coletiva, o e-SUS AD (Atenção Domiciliar) e o Gestão e-SUS APS. Dessa forma, a integração de estratégias como o Saúde Brasil 360° assegura que a APS responda de forma eficaz aos determinantes de saúde das coletividades.

2.1.1.1 Cobertura Populacional Estimada da Atenção Primária à Saúde e Cobertura Populacional Estimada de Saúde Bucal

Em dezembro de 2025, a cobertura da APS registrada foi de 70,60%, sendo 150.091.999 pessoas cobertas em um universo de 212.583.750, conforme a população estimada em 2024, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Na parcela de pagamento de dezembro de 2025, 54.724 equipes de Saúde da Família (eSF), 5.764 equipes de Atenção Primária (eAP) e 319 equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) foram cofinanciadas pelo MS.

Registra-se que foi realizado ajuste na metodologia do cálculo de cobertura populacional estimada da Atenção Primária à Saúde, que passou a considerar exclusivamente o total de eSF, eAP e eSFR implantadas com cofinanciamento do MS.

A cobertura populacional estimada de Saúde Bucal é utilizada para monitorar o acesso da população aos serviços de saúde bucal na APS, visando fortalecer o planejamento no SUS. Para o cálculo do indicador, foram considerados, no numerador, o número de equipes de Saúde Bucal (eSB) vinculadas às eSF e às eAP, implantadas com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde, e o parâmetro populacional por equipe; e, no denominador, a estimativa populacional calculada pelo IBGE. Em dezembro de 2025, a cobertura populacional estimada de Saúde Bucal na APS alcançou 39,90%.



Tabela 5 – Cobertura Populacional Estimada da Atenção Primária à Saúde e Cobertura Populacional Estimada de Saúde Bucal, por Unidade Federativa e por Região – 2025

Região/Unidade Federativa	Estimativa Populacional IBGE, 2024	Cobertura Populacional Estimada da APS (%)	Cobertura Populacional Estimada de Saúde Bucal (%)
Centro-Oeste	17.071.595	67,48%	40,65%
Distrito Federal	2.982.818	64,67%	23,03%
Goiás	7.350.483	65,42%	41,01%
Mato Grosso	3.836.399	67,80%	42,88%
Mato Grosso do Sul	2.901.895	72,04%	55,69%
Norte	18.669.345	79,79%	45,67%
Acre	880.631	81,24%	47,35%
Amazonas	4.281.209	66,71%	38,00%
Amapá	802.837	88,40%	59,28%
Pará	8.664.306	72,94%	36,60%
Rondônia	1.746.227	67,40%	22,06%
Roraima	716.793	92,37%	44,36%
Tocantins	1.577.342	89,49%	72,07%
Nordeste	57.112.096	84,52%	66,95%
Alagoas	3.220.104	81,33%	62,01%
Bahia	14.850.513	77,10%	55,59%
Ceará	9.233.656	84,93%	63,68%
Maranhão	7.010.960	86,20%	64,85%
Paraíba	4.145.040	89,75%	84,22%
Pernambuco	9.539.029	79,03%	58,65%
Piauí	3.375.646	93,49%	88,06%
Rio Grande do Norte	3.446.071	83,76%	67,56%
Sergipe	2.291.077	85,15%	57,95%
Sudeste	88.617.693	67,44%	31,93%
Espírito Santo	4.102.129	75,15%	38,98%
Minas Gerais	21.322.691	78,33 %	45,66%
Rio de Janeiro	17.219.679	63,12%	25,11%
São Paulo	45.973.194	53,18 %	17,97%

continua

conclusão

Região/Unidade Federativa	Estimativa Populacional IBGE, 2024	Cobertura Populacional Estimada da APS (%)	Cobertura Populacional Estimada de Saúde Bucal (%)
Sul	31.113.021	73,18%	32,66%
Paraná	11.824.665	69,03%	31,86%
Rio Grande do Sul	11.229.915	69,39%	28,87%
Santa Catarina	8.058.441	81,13%	37,25%
Brasil	212.583.750	70,60%	39,90%

Fonte: Coordenação de Atributos e Ações Estratégicas da Atenção Primária à Saúde (Coe/Cgesco/Desf/Saps).

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

A eSF é uma estrutura funcional da APS, instituída pela Estratégia Saúde da Família como modelo prioritário no Brasil.

Compostas, no mínimo, por:

-  Médico(a) generalista ou de família
-  Enfermeiro(a)
-  Técnico(a) de enfermagem
-  Agente Comunitário 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 ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para garantir a coordenação do cuidado e a integralidade do SUS.

Diante do processo de priorização da APS no Brasil, o número de eSF cofinanciadas aumentou de 53.356, na parcela dezembro de 2024, para 54.724 equipes cofinanciadas, na parcela de dezembro de 2025, representando aumento na capacidade de atendimento e cobertura da estratégia.

A Estratégia Saúde da Família engloba também as eAP, que se diferenciam da eSF pela composição mínima de médico e enfermeiro e por modalidades distintas de carga horária.

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

- 

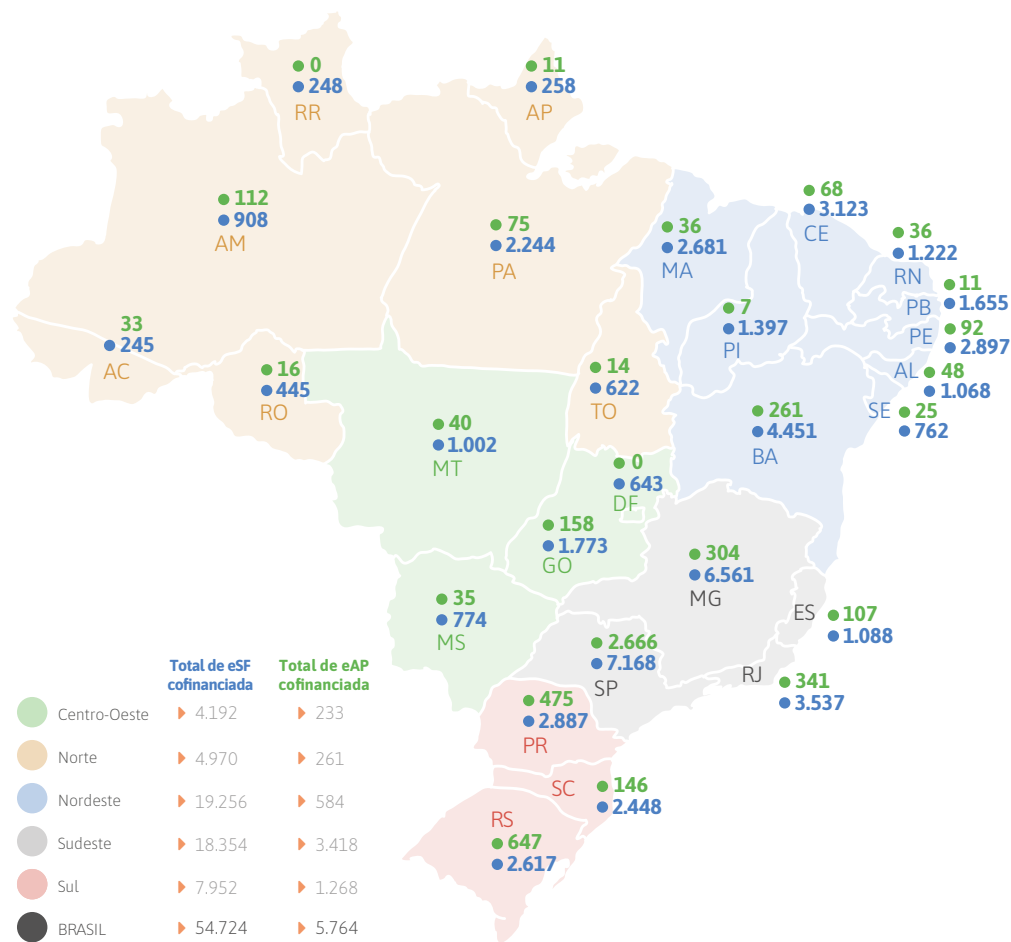
Modalidade I (20 horas)
Composta por profissionais com carga horária mínima individual de 20 horas semanais, com população adscrita equivalente a 50% da população adscrita para uma eSF.
- 

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

Sendo a eSF o modelo prioritário, as eAP podem ser reorganizadas e convertidas mediante solicitação ao Ministério da Saúde.

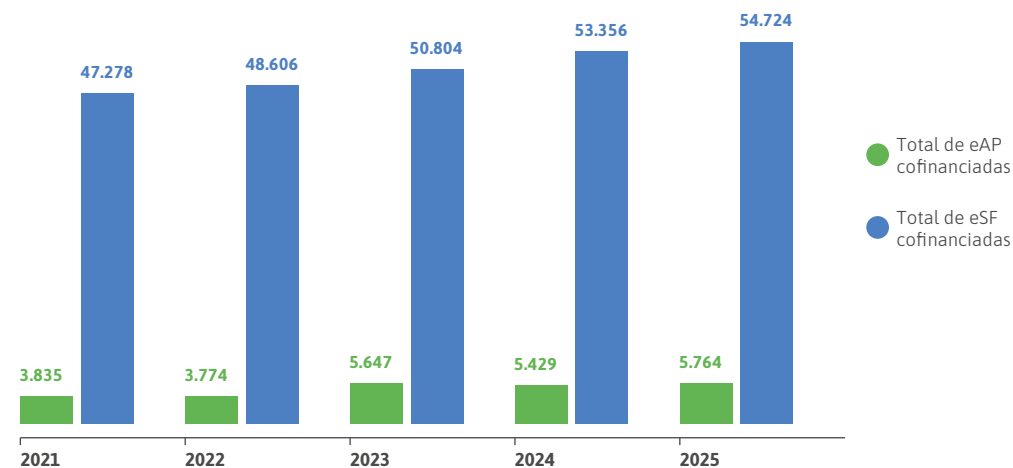
Na parcela de dezembro de 2025, o cofinanciamento federal contemplou um total de 5.764 eAP. Desse montante, 2.796 equipes atuaram no formato de 20 horas (Modalidade I) e 2.968 equipes operaram no formato de 30 horas (Modalidade II).

Figura 2 – Equipes de Saúde da Família e Equipes de Atenção Primária Cofinanciadas, por UF e por Região – 2025



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

Gráfico 3 – Equipes de Saúde da Família e Equipes de Atenção Primária Cofinanciadas– 2021 a 2025



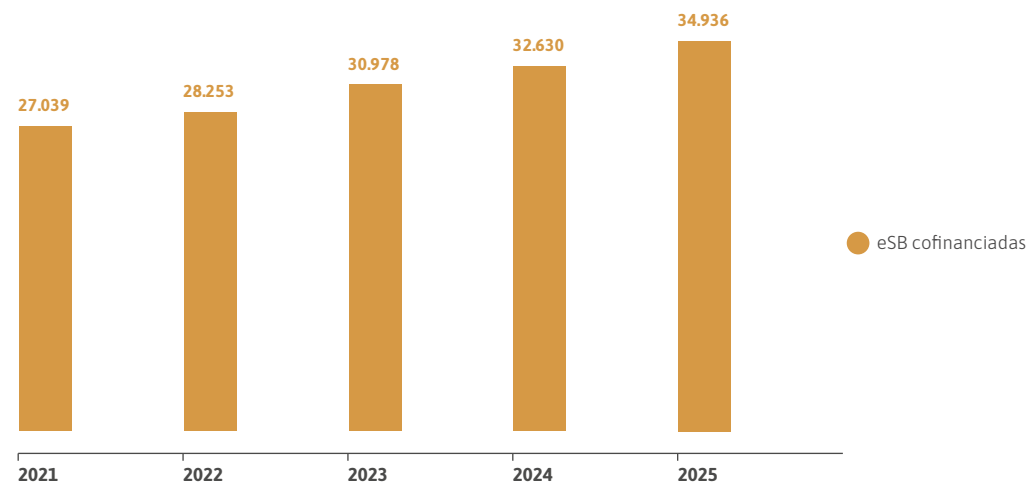
Fonte: e-Gestor APS. CGFAP/Deaps/Saps/MS.

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

As eSB atuam de forma integrada às eSF e às eAP para ampliar o acesso à atenção odontológica na APS, compartilhando gestão e processos de trabalho. Compostas minimamente por um cirurgião-dentista e um auxiliar ou técnico, essas equipes são credenciadas pelos municípios conforme os critérios da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e da Pnab. Embora o modelo de 40 horas semanais seja a referência prioritária para o fortalecimento da rede, a Modalidade I permite cargas horárias diferenciadas de 20 ou 30 horas.

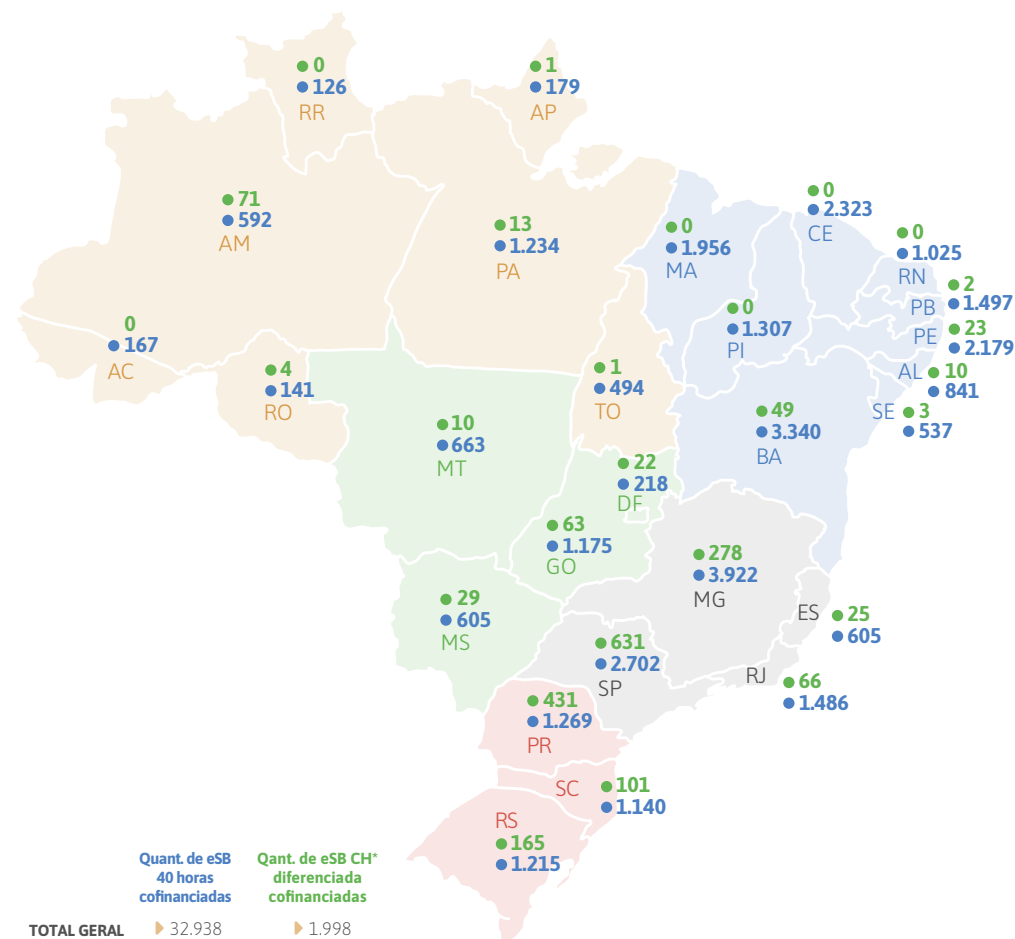
O Ministério da Saúde cofinancia as eSB por meio de incentivos mensais condicionados ao cumprimento dos parâmetros da PNSB e da Pnab, visando garantir cuidados integrais que abrangem desde a promoção até o tratamento odontológico. O credenciamento e o aporte financeiro são fundamentais para integrar a Rede de Atenção à Saúde Bucal (Rasb), elevando a resolutividade da APS e contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde bucal da população. Na parcela de dezembro de 2025, 34.936 equipes de Saúde Bucal foram cofinanciadas pelo MS, sendo 32.938 equipes de 40 horas e 1.998 com carga horária diferenciada (20 horas e 30 horas).

Gráfico 4 – Quantidade de eSB Cofinanciadas pelo Ministério da Saúde – 2021 a 2025



Fonte: e-Gestor APS. Elaborada pela Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB/Desf/Saps/MS).

Figura 3 – Equipes de Saúde Bucal Cofinanciadas pelo Ministério da Saúde, por UF – 2025



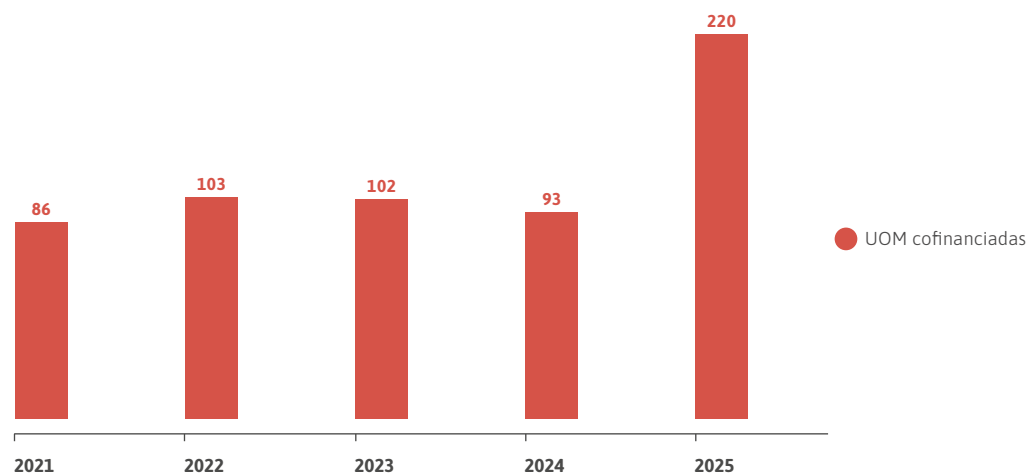
Fonte: e-Gestor. CGFAP/Deaps/Saps/MS.

* CH: carga horária.

As Unidades Odontológicas Móveis (UOM) são veículos adaptados para prestar assistência em territórios de difícil acesso, como áreas rurais, ribeirinhas, quilombolas e indígenas. Elas atuam como dispositivos estratégicos que ampliam

a capacidade das eSB, viabilizando ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde bucal para populações com dispersão populacional ou barreiras geográficas específicas. Em dezembro 2025, 220 UOM foram cofinanciadas pelo MS.

Gráfico 5 – Evolução na Quantidade de UOM Cofinanciadas – 2021 a 2025



Fonte: e-Gestor APS. CGFAP /Deaps/Saps/MS.

Ao longo de 2025, observou-se a ampliação das UOM cofinanciadas pelo Ministério da Saúde, impulsionada pela entrega de novas unidades pelo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). A Portaria GM/MS n.º 8.103, de 12 de setembro de 2025, credenciou novas unidades odontológicas móveis doadas pelo PAC. Os municípios passaram

a dispor de prazo para cadastrar as UOM e seus profissionais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), a fim de que sejam homologadas e cofinanciadas. Espera-se que o número de UOM cofinanciadas continue crescendo em 2026.

2.1.1.4 Equipes Multiprofissionais (eMulti)

As eMulti são compostas por profissionais de diferentes áreas que atuam de forma integrada às equipes de APS (eSF, eSFR, eCR, eAP e UBSF). Elas organizam-se em três modalidades:



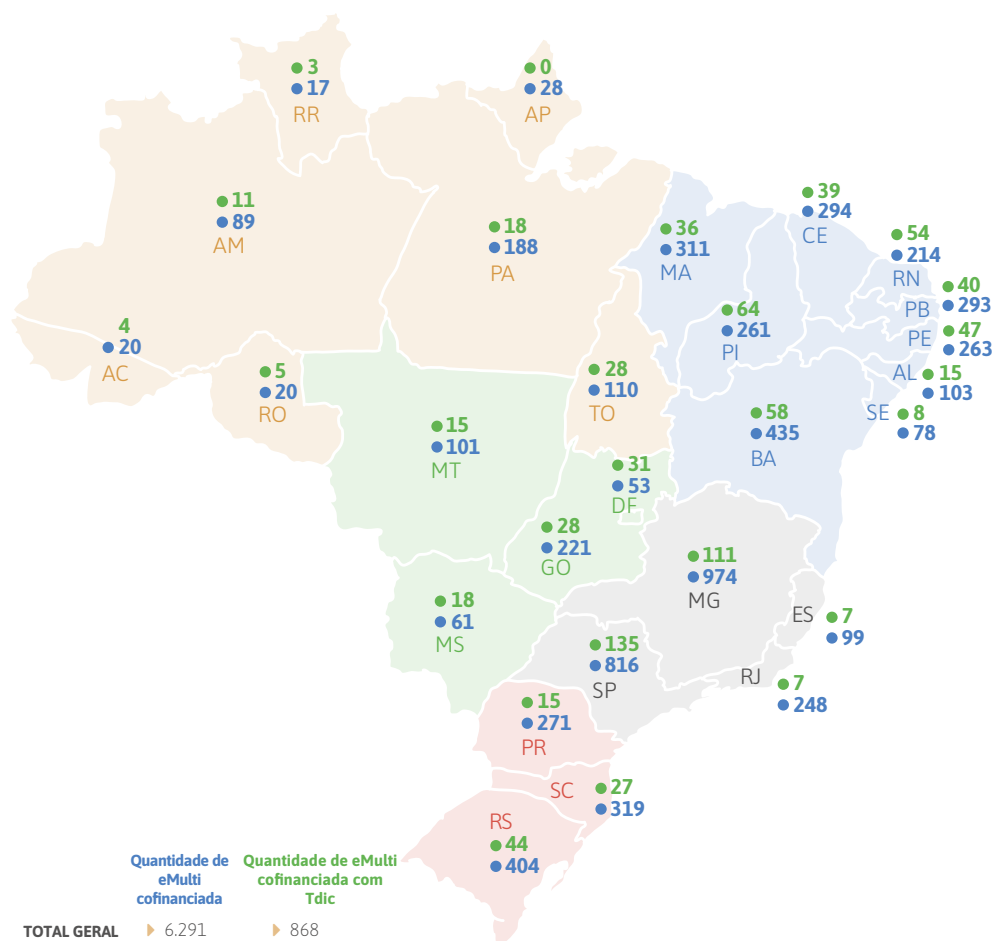
O Ministério da Saúde investiu na qualificação do cuidado multiprofissional via eMulti, com foco em linhas estratégicas como a atenção às pessoas com transtorno do espectro autista (TEA) e o

fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), ampliando o acesso a cuidados articulados no sistema público.

Com o objetivo de facilitar o acesso, as eMulti utilizam recursos de telessaúde por meio de Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (Tdic). A adesão ao atendimento remoto prevê repasses federais adicionais para estruturação e custeio mensal. Em dezembro de 2025, o Ministério da Saúde cofinanciou um total de 6.291 eMulti, distribuídas em 866 na modalidade Ampliada, 2.071 Complementares e 3.354 Estratégicas. Do total geral, 868 equipes receberam o incentivo adicional para oferta de serviços via Tdic.

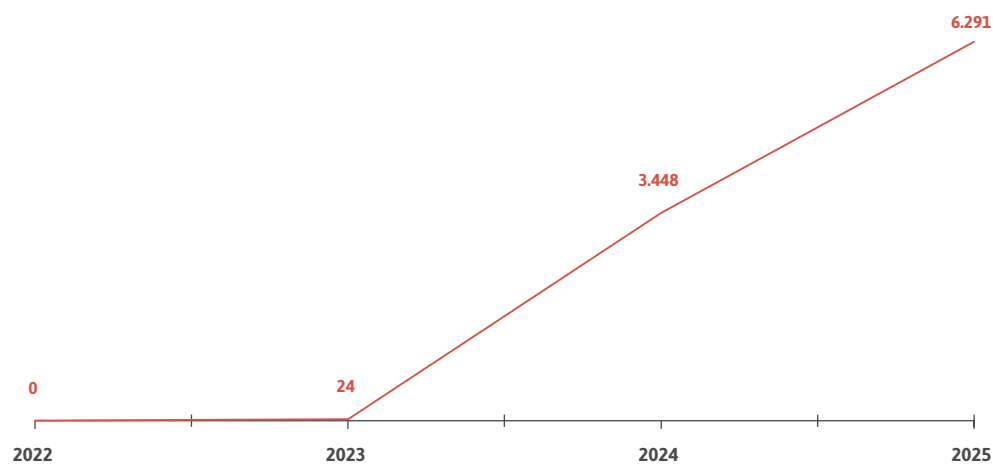
O quantitativo de eMulti com Tdic está condicionado à adesão do gestor municipal, que pode optar por não solicitar o incentivo em função de limitações estruturais, tecnológicas ou operacionais locais – como conectividade, disponibilidade de equipamentos ou adequação dos processos de trabalho –, bem como a regularidade do registro da produção, requisito para o recebimento do incentivo adicional.

Figura 4 – Equipes Multiprofissionais (eMulti) Cofinanciadas, por Unidade Federativa – 2025



Fonte: Relatório de Pagamento da APS, e-Gestor APS. Elaboração: Coae/Cgesco/Desf/Saps.

Gráfico 6 – Evolução das Equipes Multiprofissionais (eMulti) Cofinanciadas pelo Ministério da Saúde – 2025



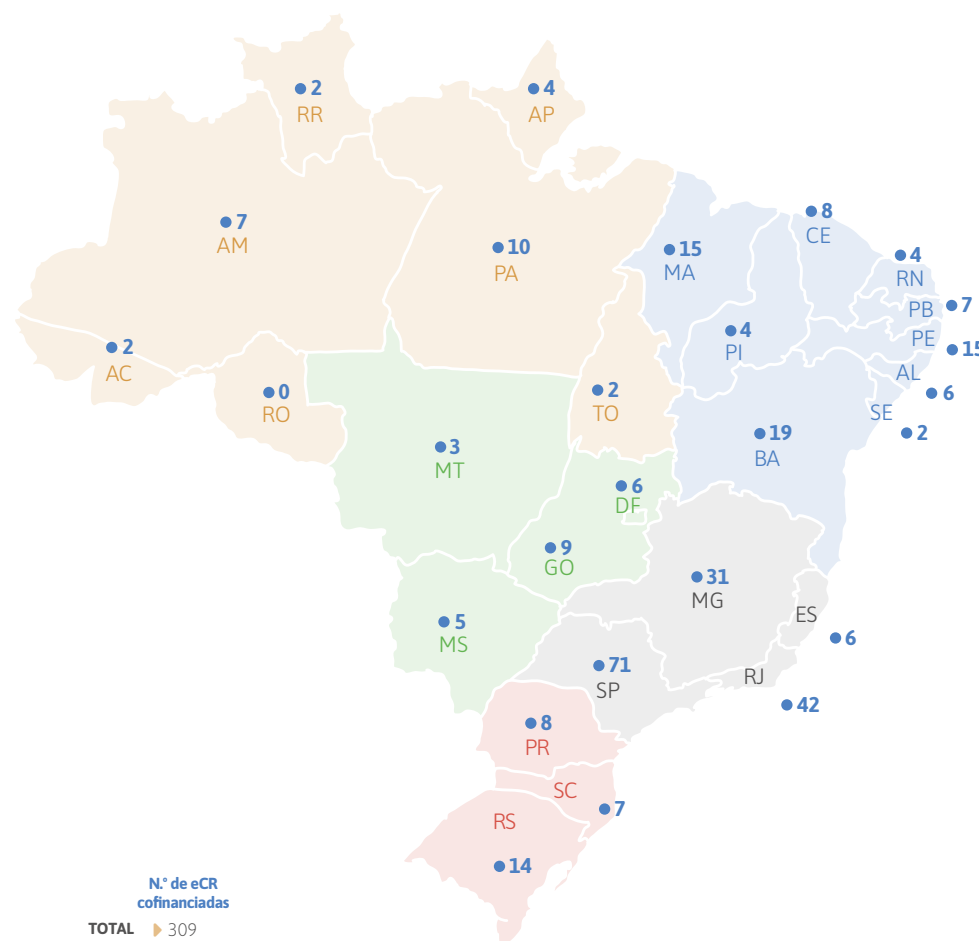
Fonte: Relatório de Pagamento da APS, e-Gestor APS. Elaboração: Coae/Cgesco/Desf/Saps.

2.1.1.5 Equipe de Consultório na Rua (eCR)

As eCR, instituídas em 2011 pela Pnab, atuam de forma itinerante e multiprofissional para garantir o acesso à saúde da população em situação de rua. Elas articulam o cuidado integral com a RAS,

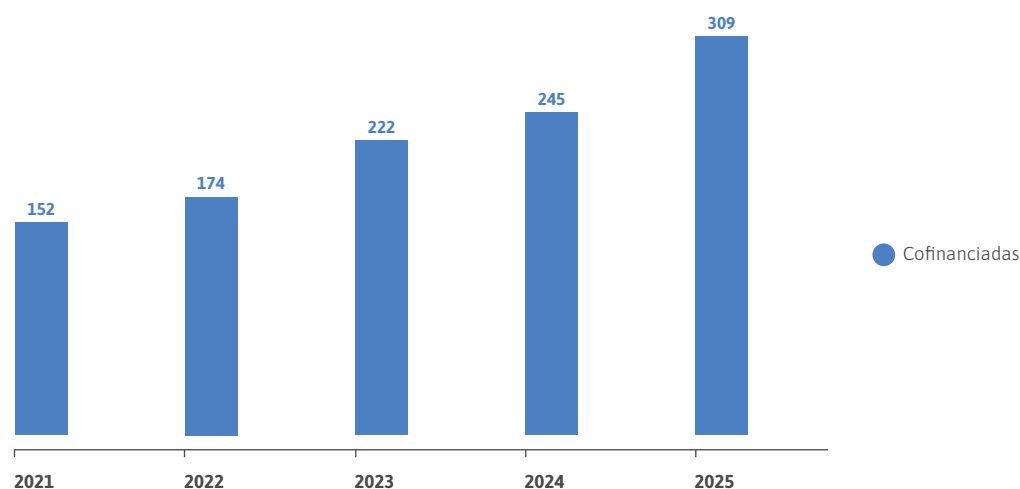
atuando de maneira integrada às UBS e, quando necessário, compartilhando a coordenação do cuidado com os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e serviços de urgência e emergência. Em 2025, a estratégia alcançou um total de 309 eCR cofinanciadas, distribuídas em 251 municípios.

Figura 5 – Distribuição de Municípios com eCR Cofinanciadas, por Unidade Federativa – 2025



Fonte: e-Gestor. CGFAP /Deaps/Saps/MS.

Gráfico 7 – Evolução da Quantidade de Equipes de Consultório na Rua cofinanciadas – 2021 a 2025



Fonte: e-Gestor APS. CGFAP /Deaps/Saps/MS.

2.1.1.6 Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp) integra o sistema prisional à RAS, estabelecendo a Atenção Primária Prisional

como porta de entrada e ordenadora do cuidado. Para isso, utiliza as eAPP, estruturadas em três modalidades:



Devido à alta prevalência de transtornos mentais no sistema, podem ser agregadas Equipes Complementares Psicossociais, compostas por psiquiatras, enfermeiros, psicólogos ou assistentes sociais.

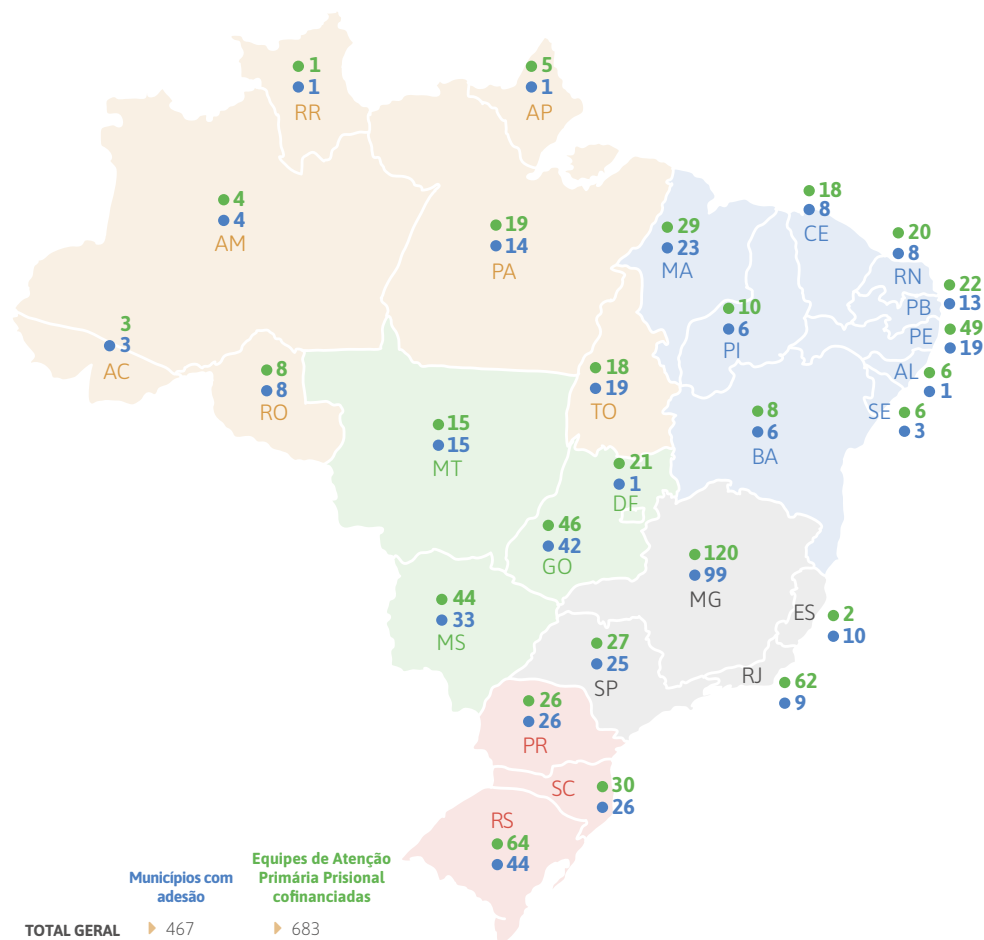
De acordo com dados do e-Gestor, em dezembro de 2025, o Ministério da Saúde cofinanciou 683 eAPP no Brasil. O apoio federal alcançou 467 municípios, garantindo a assistência em saúde dentro das unidades prisionais de forma articulada com os princípios do SUS.

Tabela 6 – Equipes de Atenção Primária Prisional Cofinanciadas por Modalidade – 2025

eAPP modalidade	Quantidade
Compartilhada com eSF/eSB de 6 horas	119
Ampliada 20 horas	246
Ampliada 30 horas	127
Essencial 20 horas	61
Essencial 30 horas	12
Equipe Complementar Psicossocial 20 horas	30
Equipe Complementar Psicossocial 30 horas	88
TOTAL	683

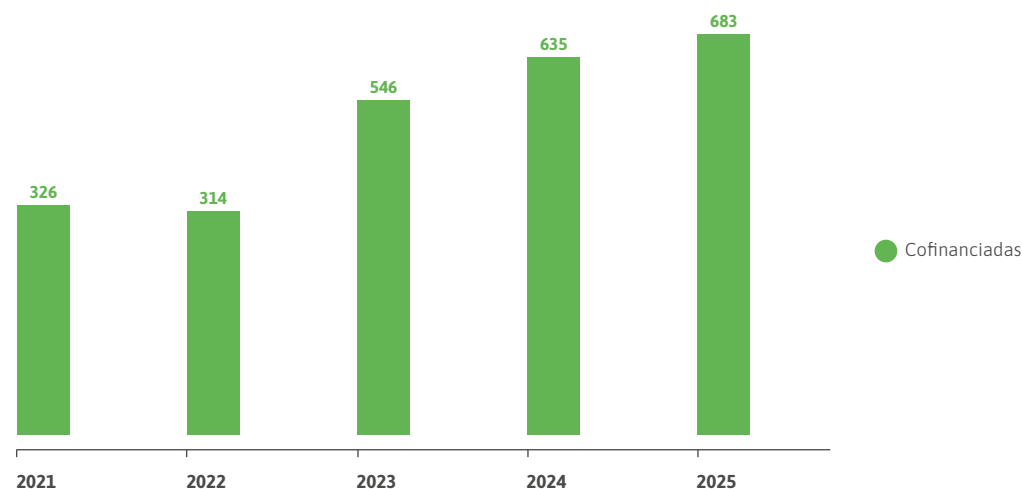
Fonte: e-Gestor. CGFAP /Deaps/Saps/MS.

Figura 6 – Distribuição por Municípios com Adesão à Pnaisp e Quantitativo de Equipes de Atenção Primária Prisional Cofinanciadas, por Unidade Federativa – 2025



Fonte: e-GESTOR. CGFAP /Deaps/Saps/MS.

Gráfico 8 – Evolução da Quantidade de Equipes de Atenção Primária Prisional cofinanciadas –2021 a 2025



Fonte: e-Gestor APS. CGFAP /Deaps/Saps/MS.

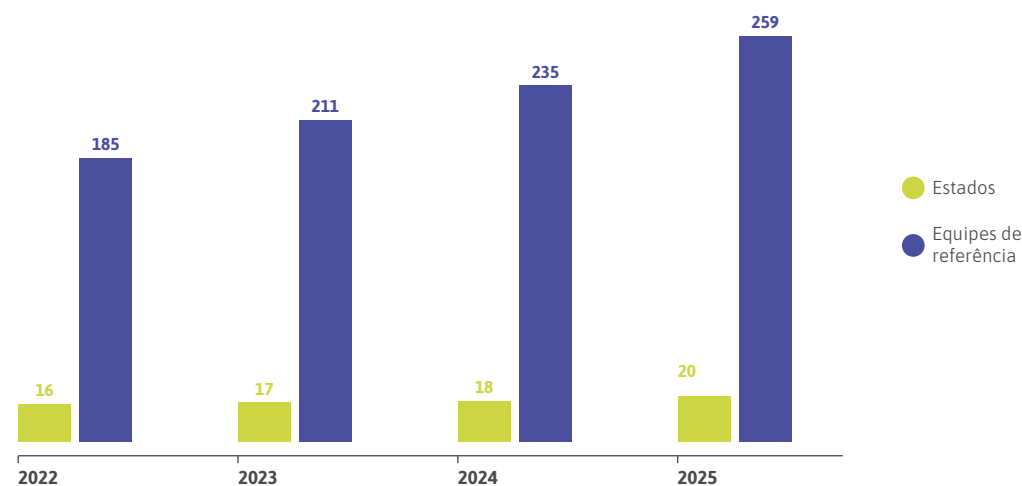
2.1.1.7 Equipes que Acompanham Adolescentes em Conflito com a Lei

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (Pnaisari) visa garantir o cuidado integral e a reinserção social de jovens em atendimento socioeducativo. Suas diretrizes priorizam a atenção psicossocial, a promoção da saúde e a redução de danos pelo uso de substâncias, além de estimular a intersetorialidade no SUS.

Atualmente, 120 municípios em 20 estados (AC, AM, BA, CE, DF, ES, GO, MA, MG, MS, PA, PE, PI, PR, RJ, RN, RS, SC, SP e TO) estão habilitados ao custeio federal da política. A rede conta com 259 equipes de APS que atuam como referência para as unidades socioeducativas, prestando assistência a cerca de 7.400 adolescentes.

Esse alcance representa uma cobertura expressiva frente ao universo de aproximadamente 11.506 adolescentes em medida de privação de liberdade no Brasil, conforme dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2025. O Ministério da Saúde mantém esforços de sensibilização e pactuação com os demais estados que possuem unidades socioeducativas para expandir as ações de atenção integral a essa população vulnerabilizada.

Gráfico 9 – Total de Unidades Federativas Contempladas, eAP e eSF de Referência para a Pnaisari – 2022 a 2025



Fonte: Coordenação-Geral de Acesso e Equidade na APS (CGAEQ/Desf/Saps).

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

As eSFR e as UBSF são estratégias fundamentais para o atendimento em áreas de difícil acesso por via fluvial.

As eSFR são compostas minimamente por:

- médico;
- enfermeiro;
- técnico de enfermagem.

Podem incluir profissionais de:

- saúde bucal, microscopistas em áreas endêmicas e até 24 agentes comunitários de saúde devido à grande dispersão territorial.

As UBSF funcionam como embarcações equipadas com:

- consultórios médicos de enfermagem;
- consultórios médicos odontológicos;
- laboratório;
- sala de vacina.

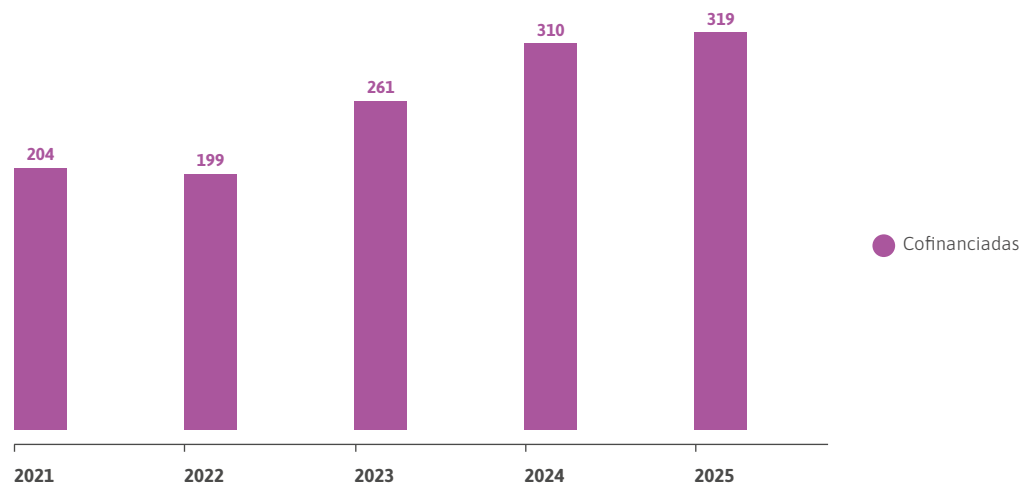
Garantindo a infraestrutura necessária para o cuidado integral das comunidades.

Um marco regulatório significativo em 2025 foi a publicação da Portaria GM/MS n.º 8.994, de 28 de novembro de 2025, que alterou as Portarias de Consolidação GM/MS n.º 2 e n.º 6, ambas de 28 de setembro de 2017. Essa medida nacionalizou a estratégia, anteriormente restrita à Amazônia Legal e ao Pantanal Sul-Mato-Grossense, estendendo a elegibilidade para territórios ribeirinhos, costeiros e marítimos em todo o Brasil. Essa expansão elevou o número de municípios elegíveis de 784 para 2.690, representando um incremento na cobertura potencial da política pública.

Além da assistência direta, o Ministério da Saúde prevê o financiamento de componentes extras, como embarcações de pequeno porte, veículos picape e pontos de apoio logístico. Tais iniciativas reforçam a assistência qualificada e garantem recursos para a manutenção e a expansão das equipes, assegurando o direito à saúde para populações tradicionalmente isoladas geograficamente.

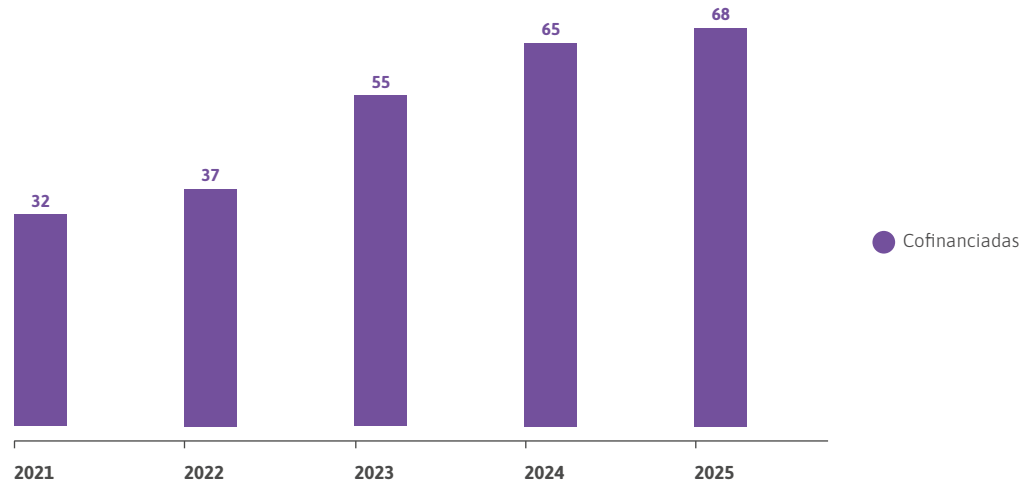
Em dezembro de 2025, 319 eSFR foram cofinanciadas e 68 UBSF foram implantadas com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde.

Gráfico 10 – Equipes de Saúde da Família Ribeirinha Cofinanciadas – 2021 a 2025



Fonte: e-Gestor APS, CGFAP /Deaps/Saps/MS.

Gráfico 11 – Unidades Básicas de Saúde Fluvial Cofinanciadas – 2021 a 2025



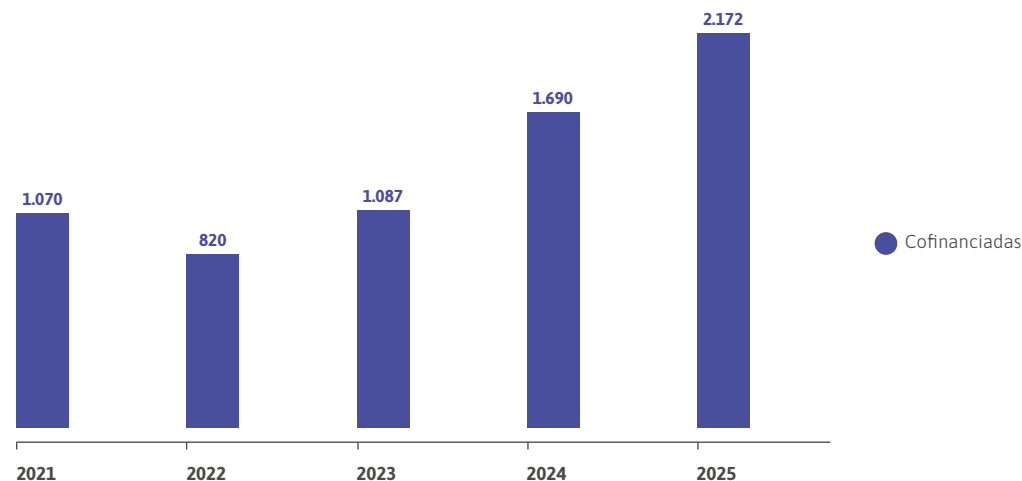
Fonte: e-Gestor APS, CGFAP /Deaps/Saps/MS.

2.1.1.9 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 eSF. Até dezembro de 2025, 2.172 equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da APS foram cofinanciadas.

Gráfico 12 – Equipes de Saúde Integradas a Programas de Formação Profissional no Âmbito da APS Cofinanciadas – 2021 a 2025



Fonte: CGFAP /Deaps/Saps/MS.

2.1.1.10 Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

O 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 nas 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 de dezembro de 2025, o Brasil contava com o total de 277.453 ACS cofinanciados pelo Ministério da Saúde em 5.543 municípios, atuando na eSF, configurando-se que houve aumento de 12.060 profissionais, em relação ao mesmo período do ano de 2021. Os ACS são fundamentais para a capilaridade do SUS.

Gráfico 13 – Agentes Comunitários de Saúde Cofinanciados – 2021 a 2025

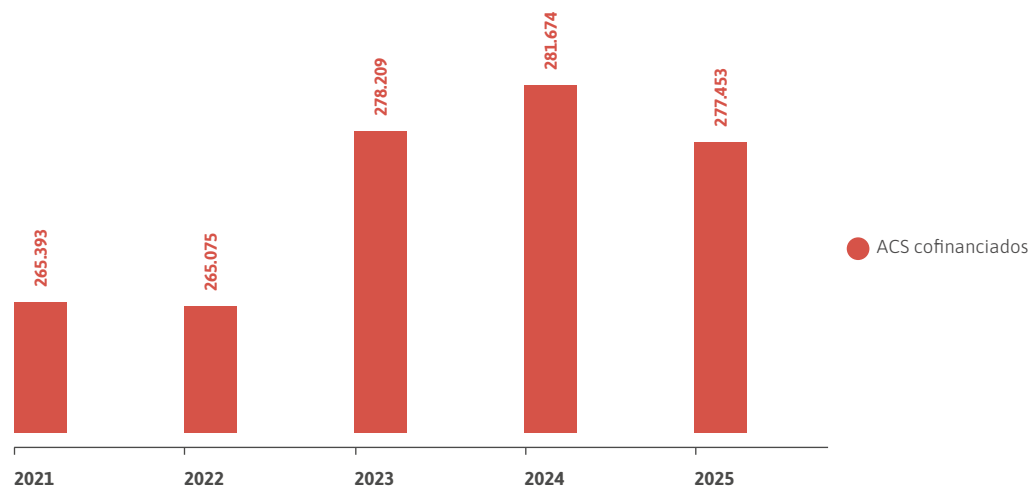
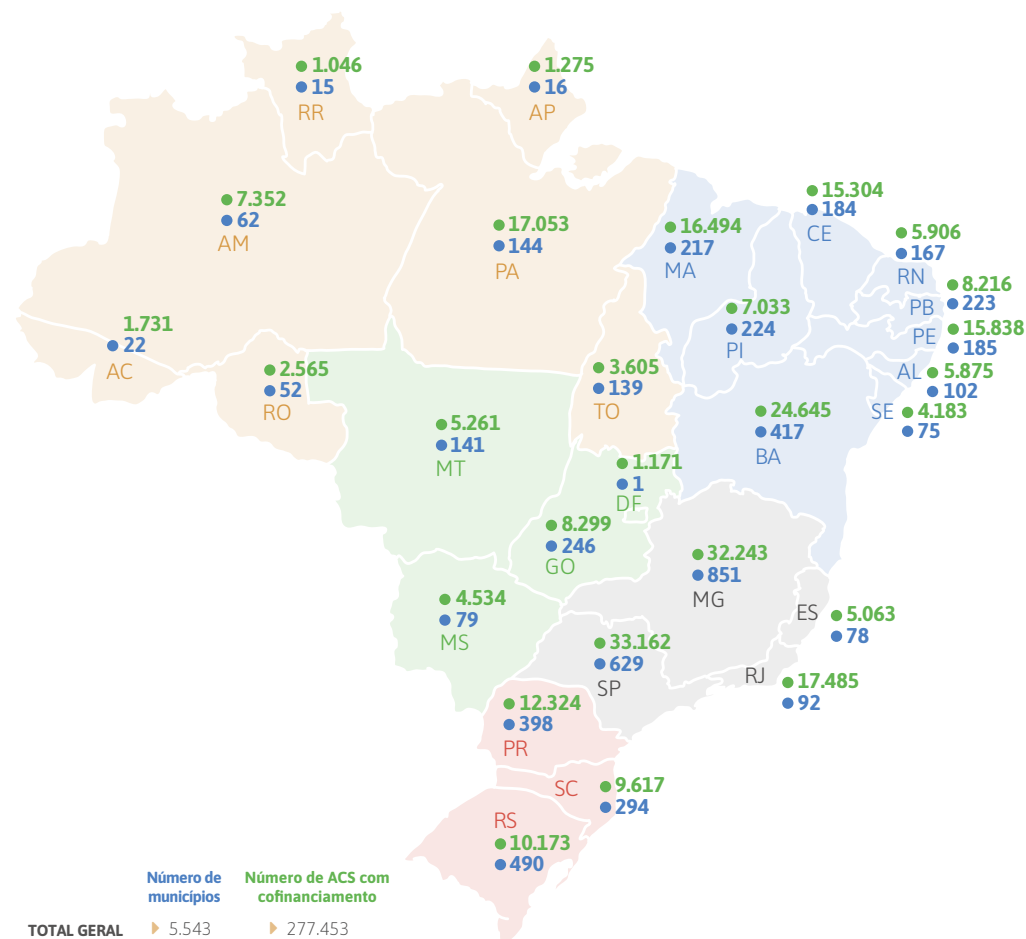


Figura 7 – Número de Agentes Comunitários de Saúde Cofinanciados, por Unidade Federativa – 2025



Fonte: e-Gestor, CGFAP/Deaps/Saps/MS.

O fortalecimento dessa atuação territorial avançou com a criação da Diretriz Nacional para Atuação Integrada dos ACS e Agentes de Combate às Endemias (ACE), que orienta a integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária em todos os níveis federativos.

2.1.1.11 O modelo de financiamento da APS

O novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde, instituído pela Portaria GM/MS n.º 3.493, de 10 de abril de 2024, prioriza a equidade, o acesso e a qualificação do cuidado. A norma redefine o parâmetro de adscrição para 2 mil a 3 mil pessoas por equipe de Saúde da Família, visando reduzir a sobrecarga profissional e ampliar a resolutividade. A metodologia utiliza o Índice de Equidade e Dimensionamento, que cruza o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e o porte populacional para uma alocação de recursos mais justa, além de induzir a integralidade por meio de indicadores de boas práticas, monitoramento e educação permanente.

A estrutura de custeio federal é composta por seis eixos principais:

- 1 Equidade (manutenção e implantação de eSF, eAP, eSB, eMulti, eSFR, eCR e eAPP).
- 2 Vínculo e acompanhamento territorial (eSF, eAP e eSFR).
- 3 Qualidade (abrangendo eSF, eAP, eSFR, eSB, eCR, eAPP e eMulti).
- 4 Implantação e manutenção de programas e serviços.
- 5 Saúde bucal.
- 6 Per capita de base populacional.

As inovações da Portaria incidem especialmente sobre os três primeiros componentes.

Para assegurar a adaptabilidade dos municípios, o período de transição da nova metodologia foi ampliado, de modo que, durante todo o ano de 2025, as transferências relativas aos componentes de Vínculo e Qualidade consideraram a classificação “bom” para todas as equipes. Complementarmente, novas portarias permitiram a conversão do modelo de eSF, elevando valores repassados e inserindo o componente de Qualidade para eAPP, eCR e eSB com carga horária diferenciada, reforçando o compromisso com a qualificação assistencial.

O componente de Qualidade do cofinanciamento federal da APS no SUS estimula as boas práticas de cuidado a ser ofertado pelas equipes, sendo mensurado por indicadores divididos em eixos temáticos. Esse modelo considera o desempenho das equipes e a oferta efetiva de ações e serviços como critérios para a definição do valor mensal repassado aos municípios. Os indicadores estão dispostos pela Portaria GM/MS n.º 6.907, de 29 de abril de 2025, e pela Portaria GM/MS n.º 7.799, de 20 de agosto de 2025.

Em resposta ao envelhecimento populacional, foi instituído o Programa de Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa (Padi), coordenado pela APS e integrado à Pnab. Estabelecido pela Portaria GM/MS n.º 9.584, de 22 de dezembro de 2025, o programa oferece um incentivo financeiro adicional às eMulti para o atendimento de idosos com 60 anos ou mais que estejam restritos ao domicílio. Essa estratégia qualifica o cuidado domiciliar e fortalece o papel da Atenção Primária diante da nova realidade demográfica brasileira.

Ademais, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 9.572, de 22 de dezembro de 2025, que instituiu incentivo financeiro mensal às equipes de Saúde da Família em territórios quilombolas, com potencial de alcance a 1.252 municípios, ampliando a capacidade de oferta de cuidado contínuo, territorializado e culturalmente adequado na APS.

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 financiamento federal fundo a fundo para estruturação de serviços de APS teve início no ano de 2009, a partir do Plano Nacional de Implantação de UBS. Em 2011, o Requalifica UBS foi instituído como 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, para promover 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 7 – Distribuição das Obras Habilitadas, por Componente

COMPONENTES	N.º DE PROPOSTAS HABILITADAS	%	VALOR APROVADO	VALOR REPASSADO
UBS Construção	15.548	40%	R\$ 11.652.440.885,62	R\$ 8.299.943.706,82
UBS Reforma	11.532	30%	R\$ 1.814.114.554,00	R\$ 1.348.027.638,15
UBS Ampliação	11.484	30%	R\$ 1.609.285.906,50	R\$ 1.170.344.266,92
Ponto de Apoio para Atendimento	110	0,3%	R\$ 41.617.982,00	R\$ 25.686.564,00
UBS Fluvial	60	0,2%	R\$ 113.367.000,00	R\$ 107.698.650,00
TOTAL GERAL	38.734	100%	R\$ 15.230.826.328,12	R\$ 10.951.700.825,89

Fonte: Sistema de Monitoramento de Obras (Sismob).
Nota: trata-se do panorama geral do programa de obras habilitadas desde 2009, incluindo obras do PAC. Os valores incluem 2025 e os recursos empenhados e pagos em exercícios anteriores.

Em dezembro de 2025, o cenário das obras vigentes na Atenção Primária à Saúde apresentava um índice de 84,2% de conclusões, enquanto 6,2% das propostas estavam em ação preparatória, e 9,6% em execução. Em 2025, foram entregues 244 obras, financiadas por recursos do programa e emendas parlamentares, abrangendo 96 construções, 103 reformas, 40 ampliações, 4 pontos de apoio e 1 Unidade Básica de Saúde Fluvial.

De acordo com o Sismob, o volume total de propostas vigentes alcançou 30.964 projetos. Esse monitoramento sistemático via Sismob assegura a continuidade dos investimentos e a transparência na aplicação dos recursos destinados à infraestrutura física da Rede de Atenção à Saúde.

Tabela 8 – Obras Vigentes

COMPONENTES	PROPOSTAS VIGENTES			TOTAL	
	EM AÇÃO PREPARATÓRIA	EM EXECUÇÃO	CONCLUÍDA	N.º TOTAL	%
UBS Construção	1.064	2.140	9.424	12.628	41%
UBS Reforma	445	420	8.585	9.450	31%
UBS Ampliação	380	372	7.974	8.726	28%
Ponto de Apoio para Atendimento	38	43	23	104	0,3%
UBS Fluvial	1	1	54	56	0,2%
TOTAL GERAL	1.928	2.976	26.060	30.964	100%

Fonte: Sismob.

2.1.2.2 Novo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC)

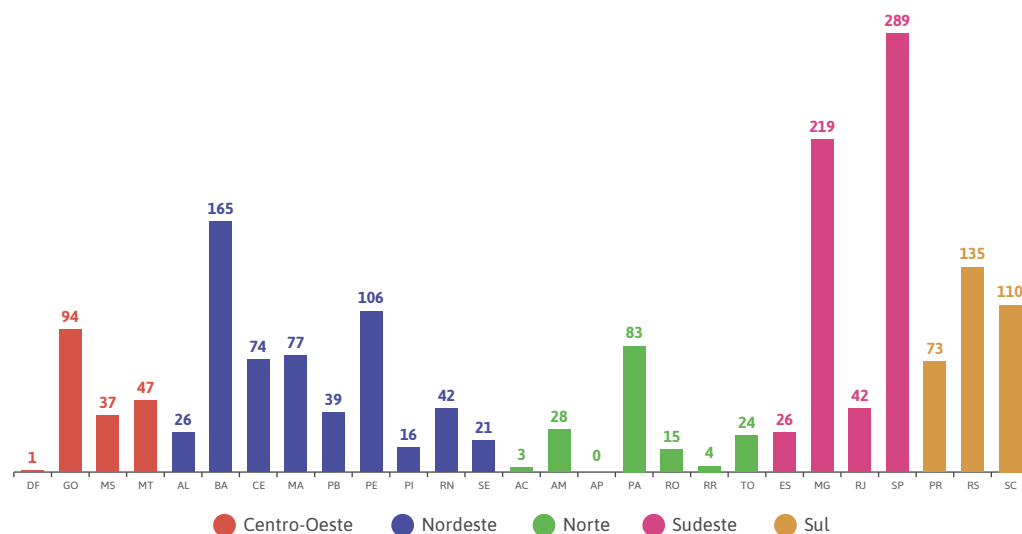
O Novo PAC Saúde atua na redução de lacunas assistenciais, priorizando populações historicamente desassistidas por meio da construção de novas Unidades Básicas de Saúde, aquisição de Unidades Odontológicas Móveis e combos de equipamentos.

Um marco fundamental dessa iniciativa é a atualização dos projetos de arquitetura e engenharia das UBS, que não eram revisados desde 2013. Os novos modelos incluem salas de amamentação, espaços para práticas integrativas,

salas de vacina, dispensação de medicamentos e a Sala Lilás, voltada ao acolhimento de vítimas de violência, tudo em conformidade com normas sanitárias e de acessibilidade.

Quanto à execução das obras, das 1.800 UBS selecionadas na primeira etapa, 1.796 propostas foram habilitadas até o final de 2024. No exercício de 2025, o monitoramento registrou que 1.072 propostas iniciaram a execução, 86 encontram-se em ação preparatória, 609 estão em fase de execução/conclusão, 22 obras em processo de cancelamento, e 7 unidades já foram concluídas, abrangendo 1.475 municípios e o Distrito Federal.

Gráfico 14 – Obras Habilitadas em UBS por Unidade Federativa e por Região



Fonte: Painel InvestSUS.

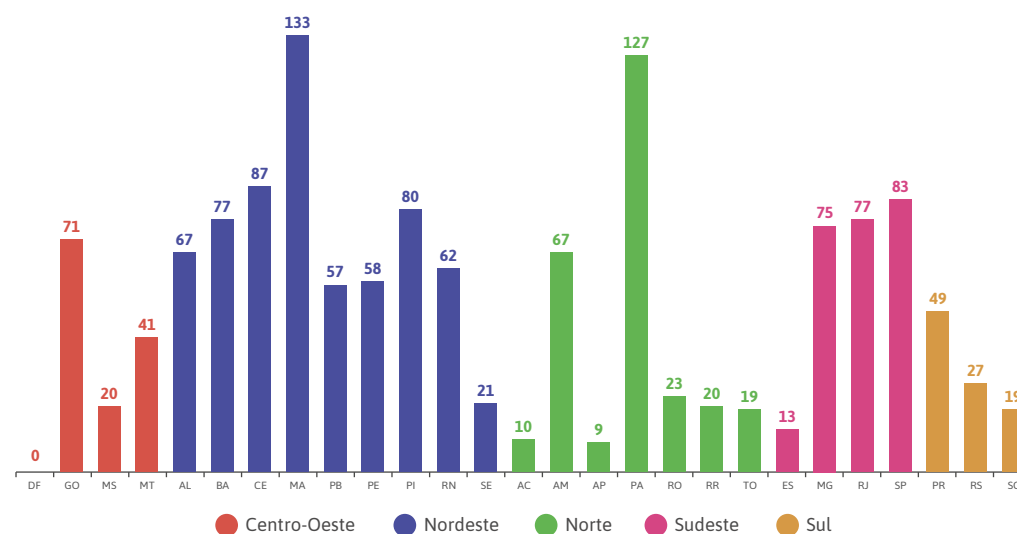
Além disso, o Novo PAC realizou uma segunda seleção contemplando mais 800 UBS em 800 municípios. Em dezembro de 2025, das 800 propostas habilitadas em portaria para essa nova etapa, 780 estavam em ação preparatória e 12 já haviam iniciado a execução. Esse conjunto de ações representa um esforço contínuo para a modernização da infraestrutura da APS e a ampliação da cobertura de saúde pública no País.

Em 2024, o Ministério da Saúde identificou mais de 5,5 mil obras paralisadas ou inacabadas aptas ao Pacto Nacional pela Retomada de Obras e Serviços de Engenharia, sob as condições da Lei n.º 14.719, de 1º de novembro de 2023. A iniciativa, regulamentada pelas Portarias GM/MS n.º 6.562, de 24 de janeiro de 2025, e n.º 9.202, de 9 de dezembro de 2025, permitiu que entes

federativos regularizassem e repactuassem seus projetos mediante a atualização de informações no Sismob. Esse esforço possibilitou a habilitação de 1.392 obras, das quais 485 foram concluídas, 431 estão em ação preparatória, 62 iniciaram a execução e 414 encontram-se em fase de execução e conclusão.

A estratégia de infraestrutura da APS combina a expansão com a recuperação de ativos. Os recursos do Novo PAC asseguram a construção de 2.600 novas UBS até 2027, que, somadas às 1.392 obras retomadas, totalizam 3.992 obras de UBS em andamento ou finalizadas sob esse regime. Esse volume de intervenções reflete o compromisso governamental em otimizar recursos públicos e reduzir o déficit de equipamentos de saúde nos territórios.

Gráfico 15 – Retomadas de Obras por Unidade Federativa e por Região

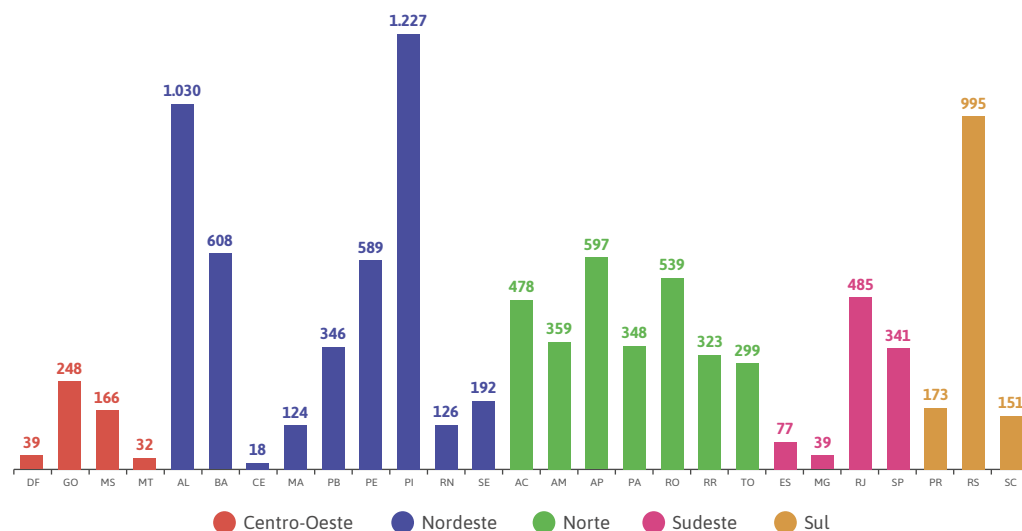


Fonte: Painel InvestSUS.

O Censo Nacional das UBS foi o instrumento técnico utilizado para identificar lacunas de infraestrutura e mapear o perfil das unidades, permitindo uma alocação de recursos mais eficiente. Como resposta a esse diagnóstico, a segunda seleção do Novo PAC incluiu a oferta de 9.949 combos de equipamentos para 5.093 municípios, alcançando 100% dos entes

que apresentaram manifestações de interesse válidas. Regulamentada pela Portaria GM/MS n.º 6.640, de 20 de fevereiro de 2025, a iniciativa utilizou a plataforma TransfereGov.br e critérios de seleção conjuntos entre o Ministério da Saúde e a Casa Civil, baseados no Índice de Vulnerabilidade Social, equidade e regionalização do SUS.

Gráfico 16 – Combos de Equipamentos por Unidade Federativa e por Região, após Seleção



Fonte: CGFAP/Deaps/Saps/MS.

Cada combo possui um valor estimado de R\$ 158 mil e visa elevar os padrões de qualidade e resolutividade da APS. O modelo de aquisição permite que o Ministério da Saúde realize a doação direta ou que os municípios adquiram os itens via transferência de recursos vinculada a atas de registro de preços. A composição do combo abrange 18 equipamentos estratégicos: câmara fria, retinógrafo portátil, espirômetro digital, dermatoscópio, eletrocardiógrafo, eletrocautério, desfibrilador externo automático (DEA), doppler vascular, laser e ultrassom para fisioterapia, balança portátil (até 200 kg), TENS/FES (*transcutaneous electrical nerve stimulation/functional electrical stimulation*), dinamômetro, cadeira de rodas, fotóforo, tábua de propriocepção, ultrassom portátil e otoscópio digital.

Ao longo de 2025, os processos licitatórios relativos à aquisição dos equipamentos enfrentaram desafios operacionais complexos, incluindo um elevado volume de impugnações, pedidos de esclarecimentos e recursos administrativos; assim, ainda não ocorreu a entrega dos equipamentos. Apesar desses entraves que impactaram o cronograma inicial, a atuação das equipes técnicas assegurou o rigor normativo e a transparência, necessários para a continuidade das aquisições.

O Novo PAC amplia o acesso aos serviços de saúde bucal com foco em áreas de vulnerabilidade social, prevendo a entrega de 800 UOM entre 2025 e 2026. Os veículos funcionam como consultórios odontológicos estruturados com equipamentos com tecnologia completa e gerador elétrico, para atender áreas remotas ou de difícil acesso.

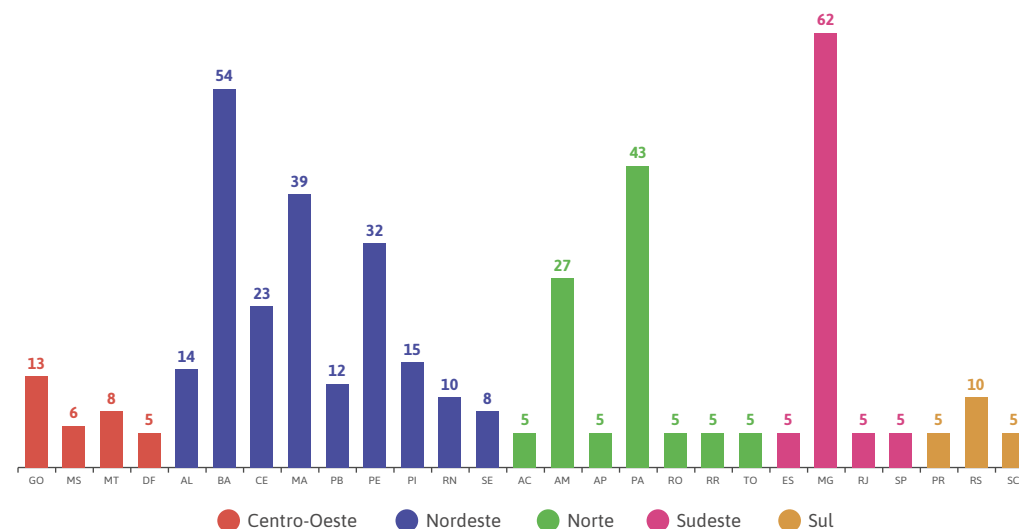
A operação é realizada por eSB vinculadas à ESF ou por eCR, estimando-se um benefício anual para cerca de 1,4 milhão de pessoas em todas as 27 unidades federativas.

A Portaria GM/MS n.º 3.257, de 7 de março de 2024, divulgou o resultado do processo de seleção para participação em modalidades específicas do eixo da saúde no âmbito do PAC. Por meio dessa Portaria, 396 municípios tiveram suas propostas selecionadas para o recebimento de 400 UOM. Para a segunda fase do PAC, está prevista a doação de mais 400 Unidades Odontológicas Móveis,

totalizando 800 UOM. O resultado da seleção dos municípios contemplados na segunda fase do PAC ocorreu por meio da Portaria GM/MS n.º 7.613, de 17 de julho de 2025.

Em 2025, foram entregues 431 UOM, sendo 399 referentes à primeira fase do PAC e 32 à segunda fase, com previsão de outras 369 unidades para 2026, totalizando 800 UOM, que contemplarão as 27 unidades federativas. A distribuição prioriza territórios com alta vulnerabilidade social, visando à efetivação do direito à saúde bucal nas localidades mais necessitadas.

Gráfico 17 – UOM Entregues, por Unidade Federativa e por Região – 2025



Fonte: Painel InvestSUS.

Os critérios para a distribuição das UOM visam aplicar os recursos do Novo PAC em municípios com maior número de fatores de vulnerabilidade socioeconômica, como a presença de populações indígenas e quilombolas, baixa densidade demográfica e grandes extensões territoriais, fatores que dificultam o deslocamento da população até unidades de saúde convencionais. O objetivo é beneficiar o maior número possível de pessoas que necessitam de atenção em saúde bucal.

2.1.3 Estratégias de Equidade no SUS

Em 2025, a agenda da equidade orientou ações estruturantes voltadas à redução das desigualdades sociais, territoriais, étnico-raciais e de gênero, com foco no fortalecimento da APS como principal estratégia de garantia de direitos no SUS. As iniciativas articularam planejamento, monitoramento, avaliação, normatização, financiamento, formação profissional e governança intersetorial, em consonância com o Plano Plurianual (PPA 2024-2027) e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Destacaram-se a elaboração do IV Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN 2026-2027), a recriação do Comitê Nacional de Saúde da População Negra, a implementação da Primeira Infância Antirracista, a participação no Plano Juventude Negra Viva e o acompanhamento das ações da Rede Alyne voltadas à redução das desigualdades étnico-raciais na morbimortalidade materna, fetal e infantil.

As ações voltadas à saúde integral da população lésbica, gay, bissexual, travesti, transexual, intersexo, assexual e outras (LGBTIA+) priorizaram o enfrentamento da discriminação no sistema de saúde, a ampliação do acesso e a qualificação do cuidado na APS. Em 2025, destacaram-se: a qualificação do registro de orientação sexual e identidade de gênero nos sistemas de informação; a oferta de formação profissional específica em parceria com a Fiocruz e a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS); e o fortalecimento da governança e do controle social. Houve participação ativa no Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas LGBTQIA+ e a rearticulação do Comitê Técnico Nacional de Saúde da População LGBTQIA+, reforçando a representatividade social e o compromisso institucional com a equidade no SUS.

2.1.4 Enfrentamento das Emergências em Saúde na Atenção Primária

Em 2025, o Ministério da Saúde intensificou a capacidade de resposta do SUS às emergências climáticas, posicionando a APS como eixo estratégico na continuidade do cuidado territorial. O marco normativo dessa atuação foi a Portaria GM/MS n.º 7.874, de 6 de agosto de 2025, que regulamentou repasses emergenciais para custeio em saúde. No âmbito da APS, foram realizadas transferências excepcionais de aproximadamente R\$ 25 milhões para 115 municípios, destinadas ao enfrentamento de arboviroses e desastres como inundações e estiagens.

Como ações estruturantes de longo prazo, destacam-se o Plano de Adaptação do Setor Saúde à Mudança do Clima (AdaptaSUS 2025-2035) e a institucionalização da Sala de Situação Nacional de Emergências Climáticas em Saúde (SSClima) como estrutura permanente. Adicionalmente, o Ministério avançou na formulação do Plano de Ação Nacional de Uma Só Saúde e em diretrizes para eventos de calor extremo, além de alinhar o Plano de Ação em Saúde de Belém à agenda da 30ª Conferência das Partes (COP30).

No suporte direto aos territórios, o MS prestou apoio técnico em eventos específicos, como as enchentes no Rio Grande do Sul. Nesse estado, em parceria com o Escritório das Nações Unidas de Serviços para Projetos (Unops), em 2025, foram habilitadas e acompanhadas, na Atenção Primária, 77 propostas de obras nas UBS em 31 municípios, sendo 50 reformas (destruição parcial) e 27 construções de novas unidades. Essas intervenções foram fundamentais para recuperar a infraestrutura e garantir a capacidade assistencial da APS nas regiões afetadas por desastres climáticos.

2.1.5 Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

Em 2025, a PNPS orientou ações voltadas à equidade, à melhoria dos modos de vida e à redução de vulnerabilidades ligadas aos determinantes sociais. A estratégia reforçou a Atenção Primária à Saúde como base territorial para essas ações, atuando de forma articulada com as Redes de Atenção à Saúde e outras políticas públicas para garantir um cuidado integral que considera a diversidade dos territórios e o conceito ampliado de saúde.

A implementação da política priorizou a articulação intra e intersetorial, fortalecendo a governança local e a participação social ao integrar serviços assistenciais da APS às redes de proteção social. Essa abordagem buscou qualificar a produção do cuidado individual e coletivo, conectando as práticas de saúde às realidades comunitárias.

Entre as estratégias estruturantes, destacou-se o Programa Academia da Saúde (PAS), além da integração de agendas fundamentais como alimentação e nutrição, atividade física, educação em saúde e mobilização comunitária. Tais iniciativas visam à prevenção de agravos e à melhoria sustentável da qualidade de vida da população em todo o País.

2.1.5.1 Programas Intersectoriais

Programa Saúde na Escola (PSE)

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

Tabela 9 – Adesões ao PSE – 2021-2025

Ciclo	N.º de municípios aderidos	Quant. de escolas pactuadas	Quant. de escolas prioritárias pactuadas	Percentual de escolas prioritárias	Quant. de alunos pactuados
2021-2022	5.422	97.389	74.002	75,99%	23.426.003
2023-2024	5.506	102.199	75.114	73,50%	25.206.180
2025-2026	5.544	104.931	96.049	91,54%	26.904.790

Fonte: e-Gestor APS, adesão do PSE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Ministério da Saúde (Saps/MS).

O monitoramento do PSE, realizado via Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (Sisab), identificou a execução de **1.933.532** ações em **80.529** escolas brasileiras até novembro de 2025.

As intervenções em 2025 abrangeram temas fundamentais como saúde ambiental, combate ao *Aedes aegypti*, cidadania, direitos humanos, saúde sexual e reprodutiva, além de agravos negligenciados e saúde mental. Entre as práticas de saúde executadas nos territórios escolares, destacaram-se a antropometria, aplicação tópica de flúor, escovação supervisionada, atividades físicas, avaliações auditiva e ocular, além da verificação sistemática da situação vacinal e ações de prevenção à covid-19, consolidando a escola como espaço estratégico de saúde pública.

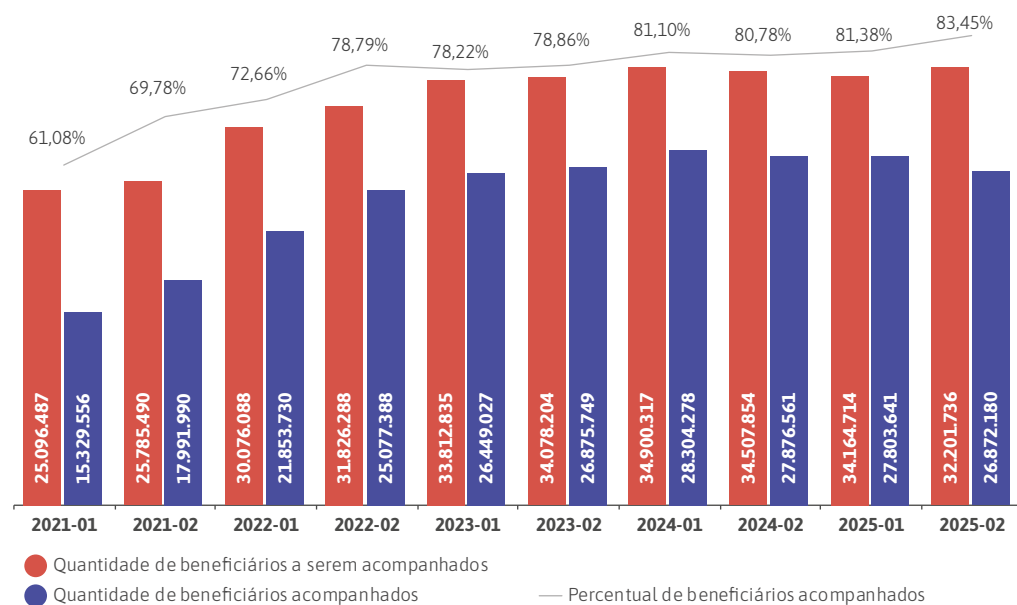
A realização de atividades coletivas com o tema “alimentação adequada e saudável” em escolas com adesão ao PSE possibilita incentivar e apoiar a adesão às recomendações do *Guia Alimentar para a População Brasileira* no ambiente escolar. As ações de promoção da alimentação adequada e saudável visam incentivar a adoção de uma alimentação adequada e saudável, com ênfase no consumo de alimentos in natura e minimamente processados e na redução da ingestão de alimentos ultraprocessados, promovendo uma alimentação adequada para o crescimento e o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes. Conforme dados preliminares extraídos do Sisab, no período de janeiro a dezembro de 2025, **49.222** escolas realizaram pelo menos uma atividade coletiva com o tema alimentação adequada e saudável, de um total de **104.931** escolas com adesão ao PSE, correspondendo a um percentual de **46,91%**.

Programa Bolsa Família (PBF)

O PBF é a principal política federal de transferência de renda voltada às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, visando promover o acesso a direitos sociais básicos e romper o ciclo intergeracional da pobreza. No campo da saúde, o Programa articula-se diretamente com a Atenção Primária à Saúde, por meio do acompanhamento das condicionalidades, que envolvem: crianças menores de 7 anos, com verificação da situação vacinal e acompanhamento do crescimento (peso e altura); e mulheres de 14 a 44 anos, com identificação de gestantes e acompanhamento do pré-natal.

O acompanhamento das condicionalidades de saúde ocorre semestralmente, refletindo a capacidade da APS em alcançar populações em maior vulnerabilidade social. Em dezembro de 2025, o percentual de beneficiários do PBF com perfil saúde acompanhados na Atenção Primária atingiu **83,45%**.

Gráfico 18 – Acompanhamento das Condicionais do Programa Bolsa Família – 2021 a 2025



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

2.1.5.2 Promoção da Atividade Física

Programa Academia da Saúde (PAS)

O PAS 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. O Programa visa contribuir na produção do cuidado e de 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; educação em saúde; planejamento e gestão; e mobilização da comunidade.

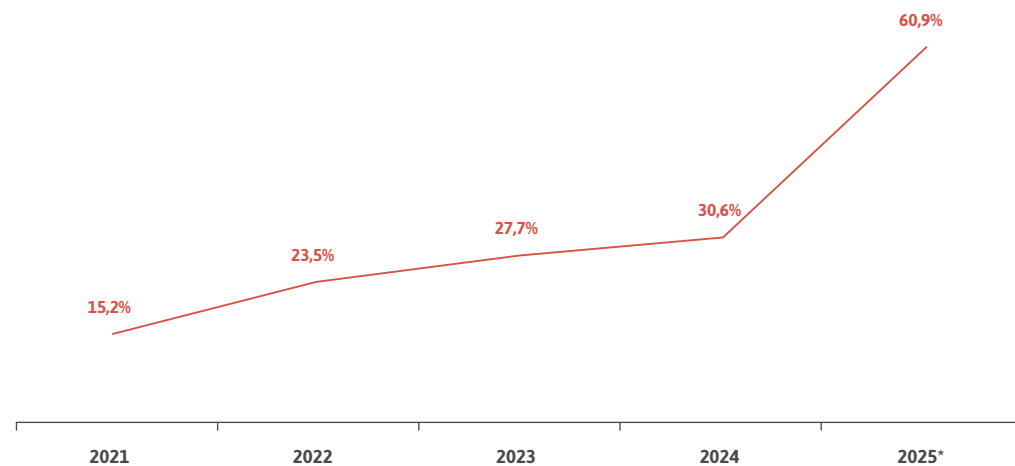
Em 2025, o PAS manteve-se como importante dispositivo de promoção da saúde no âmbito da APS, com 1.779 polos credenciados para recebimento do incentivo federal de custeio, condicionado ao cumprimento de critérios normativos. A estratégia contribuiu para ampliar o acesso da população a ações coletivas de promoção da saúde, fortalecer o vínculo comunitário e integrar práticas de cuidado individual e coletivo no SUS.

2.1.5.3 Alimentação e Nutrição

Em 2025, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan) orientou ações voltadas à promoção da alimentação adequada e saudável, à vigilância alimentar e nutricional e ao cuidado dos agravos relacionados à alimentação e à nutrição, com centralidade na Atenção Primária à Saúde e articulação com a agenda intersetorial do Brasil Sem Fome.

Destacou-se o fortalecimento da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) como instrumento estratégico de gestão, monitoramento e planejamento. Entre 2021 e 2025, a cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) passou de 15,2% para 60,9%, com mais de 64 milhões de pessoas acompanhadas em 2025, evidenciando a ampliação da capacidade do SUS para o acompanhamento do estado nutricional da população. Os dados apontam redução relativa da desnutrição, mas persistência elevada de excesso de peso e obesidade, especialmente entre adultos, reforçando a prioridade das ações preventivas e de promoção da saúde.

Gráfico 19 – Cobertura de Acompanhamento do Estado Nutricional – 2021 a 2025



Fonte: relatórios públicos do Sisvan.

* Os dados de 2025 são preliminares e estão sujeitos a alteração.

Tabela 10 – Estado Nutricional por Fase do Curso da Vida dos Indivíduos Atendidos na APS – 2025

Fase do curso da vida*	Quantidade de indivíduos com peso e altura avaliados	Cobertura (%)
Crianças menores de 5 anos	7.632.982	54,4%
Crianças entre 5 e 9 anos	6.345.278	41,7%
Adolescentes	8.481.412	24,4%
Adultos	29.699.309	27,2%
Idosos	11.684.189	55,9%

Fonte: dados preliminares do Sisvan.

* As gestantes não estão contabilizadas.

No âmbito do Brasil Sem Fome, avançou-se na incorporação da Triagem do Risco para Insegurança Alimentar (Tria) como prática regular da APS, integrada aos sistemas do e-SUS APS. Entre novembro de 2023 e dezembro de 2025, mais de 30,4 milhões de domicílios foram avaliados quanto ao risco de insegurança alimentar, com maior concentração na Região Nordeste, fortalecendo a identificação precoce de vulnerabilidades sociais e a articulação entre SUS, Sistema Único de Assistência Social (Suas) e Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan).

Adicionalmente, observou-se aumento da identificação e do cuidado relacionado à obesidade na APS, refletindo maior sensibilidade do sistema para o enfrentamento das doenças crônicas associadas à alimentação inadequada.

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

A PNPIC, fundamentada na Portaria GM/MS n.º 971, de 3 de maio de 2006, promove a abordagem integral do cuidado por meio de práticas terapêuticas articuladas ao território, alcançando, em 2025, uma capilaridade de 77% dos municípios brasileiros e 100% das capitais. A institucionalização da política apresenta heterogeneidade federativa, com 13 estados (Amapá, Bahia, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Santa Catarina) possuindo políticas próprias (Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares – Pepic), dos quais sete contam com financiamento estadual,

enquanto a produção assistencial é monitorada via Sisab para subsidiar o planejamento e a gestão. Apesar dos desafios de padronização, os dados reafirmam a consolidação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) como componente estratégico da promoção da saúde e da atenção integral no âmbito do SUS.

Em relação à produção assistencial, no período de janeiro a dezembro de 2025, foi registrado no Sisab, por meio das Fichas de Procedimentos, Atividades Coletivas e Atendimentos Individuais, um total de 3.663.489 procedimentos relacionados às PICS. Esse valor corresponde ao acumulado de 31,17 procedimentos por mil habitantes para o ano de 2025.

2.1.7 Políticas dos Ciclos de Vida

No âmbito das políticas dos ciclos de vida, as iniciativas abrangeram a saúde da criança, do adolescente e do jovem, da mulher, do homem e da pessoa idosa, com fortalecimento da APS como coordenadora do cuidado e articuladora da RAS. Destacaram-se ações de planejamento, normatização, cofinanciamento, formação profissional, incorporação de tecnologias no e-SUS APS e institucionalização de mecanismos de monitoramento e avaliação.

No que se refere à Rede Alyne, em 2025, foi concluída a etapa de revisão dos 27 Planos de Ação Regional (PAR), elaborados pelos estados e pelo Distrito Federal para a implementação da rede de cuidado integral à saúde materna e infantil, reforçando a governança interfederativa e a organização regional da atenção.

Destacou-se, ainda, a implementação da Estratégia QualiNEO, desenvolvida em parceria com o Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), voltada à qualificação do cuidado neonatal por meio do fortalecimento da gestão da rede materno-infantil, do monitoramento e da avaliação do cuidado e da qualificação das práticas clínicas. Em 2025, a Estratégia contava com a adesão de **137 hospitais**, distribuídos nas **27 unidades federativas**.

No âmbito da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), foi revisado e relançado o curso nacional de promoção da amamentação e da alimentação complementar saudável na APS, consolidando-se como instrumento central de qualificação das equipes. Entre 2021 e 2025, mais de 3 mil profissionais foram formados como tutores em todos os estados. Para qualificar o monitoramento das ações, foram incorporados novos campos de registro no Modelo de Informação de Atividade Coletiva do e-SUS APS.

No componente hospitalar, foram habilitados **18 novos Hospitais Amigos da Criança em 2025**, totalizando **334 hospitais** no País, com cobertura em praticamente todas as unidades da Federação e estimativa de **cerca de 25% dos nascimentos** ocorrendo em hospitais habilitados.

A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano manteve papel estratégico no cuidado neonatal:

Em dezembro de 2025, contava com

238 Bancos de Leite Humano;

261 Postos de Coleta.

Entre janeiro e novembro de 2025, foram coletados mais de

237 mil litros de leite humano.

Foram beneficiados mais de

214 mil bebês.

Além disso, manteve-se a cooperação técnica internacional com

23 países.

As ações de promoção e vigilância do crescimento e do desenvolvimento infantil foram fortalecidas com a impressão e a distribuição de aproximadamente 4,9 milhões de Cadernetas da Criança para todas as unidades federativas e Distritos Sanitários Especiais Indígenas, além da ampliação do acesso à versão digital do instrumento por meio do aplicativo Meu SUS Digital.



Em 2025, houve a incorporação da ferramenta M-CHAT-R ao Prontuário Eletrônico do e-SUS APS, ampliando a capacidade da APS para a triagem precoce de sinais de risco para transtorno do espectro autista. Também foram desenvolvidas ações interministeriais relacionadas à Estratégia Primeira Infância Antirracista, bem como iniciativas voltadas ao cuidado de crianças com síndrome congênita do vírus Zika e à promoção do desenvolvimento infantil em populações indígenas, em parceria com organismos internacionais.

Foi instituído, em 2025, o Comitê Nacional de Prevenção da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil, como instância permanente de assessoramento técnico-científico, voltada ao monitoramento dos óbitos e à proposição de medidas para a redução das desigualdades e a qualificação da assistência.

As Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens orientaram ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, com ênfase na articulação interfederativa e intersetorial e na integração com políticas públicas estratégicas. Destacou-se a participação do Brasil na iniciativa *Global Action for Measurement of Adolescent Health* (GAMA), liderada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com ações voltadas à adaptação de indicadores globais à realidade nacional e à ampliação da escuta qualificada de adolescentes na formulação de políticas públicas.

O País sediou, ainda, o 6º Encontro Sub-Regional do Cone Sul sobre Prevenção da Gravidez na Adolescência, fortalecendo a cooperação regional. Em resposta às desigualdades persistentes, avançou-se na ampliação do acesso a métodos contraceptivos de longa duração para adolescentes e na articulação com o Programa Dignidade Menstrual, ampliando a autonomia e o cuidado integral à saúde.

As ações de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em 2025, foram orientadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Pnaism), em alinhamento ao Plano Plurianual 2024-2027 e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, com foco na ampliação do acesso, na redução das desigualdades e no compromisso de redução da mortalidade materna até 2030. A atuação do MS concentrou-se no fortalecimento da APS como coordenadora do cuidado, na ampliação do acesso a métodos contraceptivos, na promoção da saúde sexual e reprodutiva, na qualificação da atenção ginecológica e obstétrica, e na institucionalização de mecanismos de monitoramento e governança.

O Programa de Promoção e Proteção da Saúde e da Dignidade Menstrual consolidou-se como estratégia estruturante de equidade de gênero e garantia de direitos. O Programa atuou em dois eixos complementares: a oferta gratuita de absorventes menstruais e o desenvolvimento de ações de educação em saúde menstrual.

Em 2025, o número de pessoas que **menstruam e se encontram em condições de precariedade menstrual contempladas foi de 1.800.124**, apurado pelo Cadastro Nacional de Pessoa Física (CPF).

A ampliação do acesso aos métodos contraceptivos de longa duração (Larc) constituiu uma das principais estratégias de 2025. Foram implantados Centros de Referência para a qualificação de profissionais da APS na inserção do dispositivo intrauterino (DIU) e do implante subdérmico contraceptivo, com a formação de aproximadamente 1.400 profissionais em todo o território nacional. No período de janeiro a dezembro de 2025, houve um total de 82.888 inserções de DIU, conforme a tabela a seguir:

Tabela 11 – Inserções de DIU, por Região – 2025

Região	Quantidade de Inserções de DIU
Norte	6.510
Nordeste	8.830
Centro-Oeste	12.556
Sudeste	40.775
Sul	14.217
TOTAL	82.888

Fonte: Sisab.

O implante subdérmico de etonogestrel, para adolescentes de 14 a 17 anos e para mulheres de 18 a 49 anos, foi incorporado ao SUS em 2025, com aquisição e distribuição de cerca de 500 mil unidades, ampliando a autonomia reprodutiva e a prevenção de gestações não planejadas, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade.

Tabela 12 – Indicadores de Atenção à Saúde da Mulher – 2025

Indicador	Fonte	Meta	Resultado 2025
Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, tendo iniciado o pré-natal até a 12ª semana de gestação*	Siaps	52%	51,65%
Razão de mortalidade materna**	Sinasc/SIM	54,38/100.000	47,86/100.000

Fonte: Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres (Cgesmu/DGCI/Saps/MS).

* Dados preliminares extraídos do Sistema de Informação para a Atenção Primária à Saúde (Siaps).

** Dados preliminares extraídos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Em 2025, houve ampliação da oferta de exames de pré-natal e da disponibilidade de testes rápidos de gravidez, qualificando o acesso e a oportunidade do cuidado às gestantes. Foram alocados R\$ 52.461.120,50, para ampliação da oferta de exames de pré-natal, e R\$ 6.312.824,00 para aquisição de testes rápidos de gravidez.

Com relação à saúde do homem, destacou-se a implementação do Programa Agora Tem Especialistas – Caminhoneira e Caminhoneiro, voltado à ampliação do acesso ao cuidado integral em territórios estratégicos, por meio da implantação de Unidades Móveis de Saúde em rodovias federais, articuladas à Rede de Atenção à Saúde, com equipes multiprofissionais e uso de telessaúde. O primeiro serviço tem previsão de ser inaugurado em 2026. Em 2025, houve a contratualização pela AgSUS das empresas candidatas.

Avançaram as ações de qualificação profissional, com destaque para a Estratégia de Qualificação Profissional para a Saúde do Homem (Equalisah), voltada à prevenção da violência contra meninas e mulheres e para a oferta de cursos presenciais e a distância sobre masculinidades e pré-natal do parceiro, ampliando a capacidade das equipes da APS para o cuidado integral da população masculina. Em complemento, foi concluída a atualização da 2ª edição do *Guia de Saúde do Homem para Agentes Comunitários de Saúde*, fortalecendo o trabalho territorial e educativo das equipes.

Sobre a saúde da pessoa idosa destacou-se a revisão e a atualização da Caderneta Brasileira da Pessoa Idosa – 1, consolidando-a como ferramenta estratégica para o registro sistemático de informações clínicas e funcionais, bem como a incorporação do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) ao Prontuário Eletrônico do e-SUS APS, ampliando a capacidade das equipes para identificação precoce de fragilidades.

2.2 Atenção Especializada à Saúde

A Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (Pnaes), instituída pela Portaria GM/MS n.º 1.604, de 18 de outubro de 2023, constitui marco normativo para o fortalecimento e a reorganização da Atenção Especializada à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A Política estabelece diretrizes para a qualificação da média e alta complexidade, com ênfase na regionalização da oferta, na integração em Redes de Atenção à Saúde (RAS), na qualificação da regulação do acesso e no aprimoramento do financiamento e da gestão.

A Pnaes orienta a organização da Atenção Especializada de forma articulada à Atenção Primária à Saúde (APS), com vistas à continuidade do cuidado, à integralidade da atenção e à ampliação do acesso a consultas, exames, procedimentos diagnósticos e terapêuticos especializados. Sua implementação ocorre em contexto de necessidade de enfrentamento da demanda reprimida por serviços especializados, intensificada no período pós-pandemia da covid-19.

No âmbito de sua operacionalização, destacam-se iniciativas voltadas à redução do tempo de espera e à ampliação da capacidade assistencial, incluindo o Programa Nacional de Redução das Filas (PNRF) e o Programa Mais Acesso a Especialistas (Pmae), posteriormente incorporados e ampliados pelo Programa Agora Tem Especialistas, instituído pela Medida Provisória n.º 1.301, de 30 de maio de 2025, convertida na Lei n.º 15.233, 7 de outubro de 2025. O Programa estrutura-se como estratégia para ampliar o acesso da população a consultas, exames e procedimentos cirúrgicos eletivos, com foco em especialidades prioritárias e na organização de Ofertas de Cuidados Integrados (OCI).

No exercício de 2025, foram priorizadas ações voltadas: (i) à redução do tempo de espera para consultas, exames e cirurgias eletivas; (ii) à ampliação e qualificação da atenção oncológica; (iii) ao fortalecimento da Rede de Atenção às Urgências, incluindo a expansão da cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192); (iv) à ampliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), com expansão dos serviços de reabilitação; e (v) ao fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (Raps).



Essas iniciativas se articulam com políticas e redes nacionais instituídas no âmbito do SUS, entre as quais se destacam a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, a Política Nacional de Cuidados Paliativos, a Política Nacional de Regulação do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência e a RCPD, reafirmando a diretriz da integralidade e da coordenação do cuidado.

Para subsidiar a implementação da Pnaes, o Ministério da Saúde (MS) vem realizando diagnósticos situacionais da Atenção Especializada no País, com foco na identificação de vazios assistenciais, desigualdades regionais de acesso, organização da oferta, gestão do trabalho e financiamento. Esses estudos técnicos orientam o planejamento regional integrado, a definição de prioridades e o monitoramento das ações, em consonância com as diretrizes da política.

Dessa forma, a Pnaes, articulada ao Programa Agora Tem Especialistas e às demais políticas estruturantes do SUS, consolida-se como instrumento normativo e programático voltado ao fortalecimento da Atenção Especializada à Saúde, com vistas à ampliação do acesso, à redução das desigualdades e ao aprimoramento da capacidade resolutiva do sistema.

Serviços da Atenção Especializada Habilitados em 2025

Entre as ações do MS, estão a análise e o acompanhamento das propostas de habilitação dos estabelecimentos de saúde, no âmbito das políticas de Atenção Especializada. Nos últimos anos, tem sido adotado como princípio geral a descentralização do processo de habilitação de serviços, atualmente concentrado no MS, para as instâncias regionais de pactuação. Nesse sentido, iniciativas de simplificação das portarias nacionais remetem ao Planejamento Regional Integrado (PRI) 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 PRI passa a ser referência para os processos de habilitação com o MS e deve conter o dimensionamento e o fluxo assistencial das redes regionais, adequados às respectivas necessidades de saúde.

Tabela 13 – Serviços com Habilitações Ativas na Atenção Ambulatorial Especializada no SUS – 2021 a 2025

Serviços de Atenção Especializada	2021	2022	2023	2024	2025
Atenção especializada às pessoas com deficiência auditiva	33	35	36	37	38
Centro de atendimento de urgência (tipo i, ii e iii) aos pacientes com acidente vascular cerebral (AVC)	85	94	112	119	126
Assistência de alta complexidade cardiovascular	303	297	298	305	306
Implante percutâneo de válvula aórtica (Tavi)	0	0	0	27	27
Administração pré-hospitalar de tenecteplase	0	0	0	45	87
Serviço de referência em doenças raras (estabelecimentos habilitados)	21	23	31	36	37
Centro de tratamento da má-formação labiopalatal	30	32	33	34	34
Tratamento da lipodistrofia do portador de HIV/aids	17	17	18	18	18
Tratamento da lipoatrofia facial do portador de HIV/aids	17	18	17	17	17
Assistência de alta complexidade em nefrologia com hemodiálise	737	749	751	773	765
Assistência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia	287	283	288	296	297
Neurocirurgia/endovascular/trombectomia mecânica	0	0	13	13	18
Assistência de alta complexidade ao paciente portador de obesidade grave	93	93	110	50	71
Atenção especializada em oftalmologia	26	26	31	31	36
Tratamento do glaucoma com medicamentos no âmbito da Política Nacional de Atenção Oftalmológica	402	405	415	415	422
Alta complexidade em oncologia	350	351	355	324	337
QualiCito laboratórios	852	851	868	843	827
Serviços de referência para diagnóstico e tratamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero (SRC)	46	45	47	48	50
Serviço de diagnóstico mamário (SDM)	27	28	28	30	32
Atenção Especializada no Processo Transsexualizador	15	15	31	36	46
Assistência a pacientes queimados	47	48	83	101	122
Assistência de alta complexidade em terapia nutricional	462	471	470	492	506
Assistência de alta complexidade em traumatologia-ortopedia	320	325	334	342	351

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS).

Nota: correção do dado de 2024 para tratamento da lipoatrofia facial do portador de HIV/aids de 31 para 17.

Programa Agora Tem Especialistas

Em 2025, foi instituído o Programa Agora Tem Especialistas, por meio da Medida Provisória n.º 1.301/2025, posteriormente convertida na Lei n.º 15.233/2025. O Programa configura-se como o mais recente e abrangente marco da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde e incorpora o Programa Nacional de Redução de Filas e o Programa Mais Acesso a Especialistas, instituídos em 2023 e 2024, respectivamente.

O Programa estrutura-se como uma política pública de caráter transversal, articulando componentes assistenciais, financeiros, digitais e de gestão da força de trabalho. Seu objetivo central é reduzir o tempo de espera para consultas, exames e cirurgias eletivas, fortalecer a regulação do acesso, integrar os diferentes níveis de atenção e ampliar a transparência e o monitoramento das filas no SUS. O Programa organiza-se a partir de múltiplas estratégias operacionais, que incluem: a ampliação de mutirões assistenciais, a utilização de unidades móveis especializadas, a extensão de turnos de funcionamento dos serviços, o fortalecimento da telessaúde, a informatização dos processos regulatórios e a consolidação das Ofertas de Cuidados Integrados (OCI), com foco nas especialidades de oncologia, cardiologia, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia e ginecologia.

No campo da alta complexidade, o Programa articula-se a iniciativas estruturantes já consolidadas, como o Plano de Expansão da Radioterapia no SUS (PER-SUS) e o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon), ampliando a capacidade diagnóstica e terapêutica, especialmente no cuidado ao câncer. Destaca-se, ainda, a utilização integrada da rede pública e privada de saúde, inclusive com a possibilidade de prestação de serviços em caráter complementar ao SUS, associada à implementação de mecanismos de crédito financeiro e de ressarcimento, que permitem a compensação de atendimentos realizados em favor do SUS por hospitais privados e filantrópicos, de forma regulada, transparente e orientada ao interesse público.

O Programa está distribuído em oito componentes que visam ampliar a oferta de serviços especializados.

- **Componente ambulatorial:** responsável pela organização da assistência ambulatorial, por meio de OCI, pacotes de serviços especializados que integram consultas, exames e procedimentos em linhas de cuidado prioritárias: cardiologia, oncologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia e saúde da mulher – ginecologia. De janeiro a outubro de 2025, 18 estados executaram 532.510 OCIs.
- **Componente cirúrgico:** visa organizar e ampliar o acesso às cirurgias eletivas na Atenção Especializada à Saúde, especialmente para atender à demanda reprimida identificada.

Quando considerada a produção geral de cirurgias eletivas, em 2025, a taxa de expansão de cirurgias eletivas foi de 1,04 em relação a 2024. Observa-se um aumento de 4% entre o número total de cirurgias realizadas de janeiro a dezembro de 2024, 14.014.912 cirurgias, em relação ao mesmo período de 2025, 14.580.173 cirurgias. Desse total de procedimentos eletivos, em 2025, foram realizados 5.677.639 do rol do PNRN com financiamento do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) e da Média e Alta Complexidade (MAC).

Nesse período, houve redução de 68,29% nas filas de espera por cirurgias eletivas no âmbito do Programa Agora Tem Especialistas – Componente Cirúrgico. A produção aprovada pelo Programa, restrita ao rol de procedimentos habilitados na Portaria Saes/MS n.º 3.245, de 9 de setembro de 2025, totalizou 1.401.363 cirurgias, enquanto a fila de espera declarada nos Planos Estaduais de Redução de Filas (Perf) somava 2.052.162, conforme pactuado entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde em janeiro de 2025.

- **Componente acesso à radioterapia:** estabelece novo modelo de financiamento e regras para os serviços de radioterapia no SUS e para a adesão ao Programa Agora tem Especialistas, com o objetivo de ampliar a oferta de radioterapia em território nacional. Em 2025, também teve início a implementação nacional do novo modelo de rastreamento do câncer do colo do útero, com a incorporação do teste molecular para detecção do DNA-HPV como método primário no SUS, bem como o avanço na implementação do

Supercentro Brasil para Diagnóstico de Câncer, em parceria com o A.C. Camargo Cancer Center, contribuindo para a elucidação diagnóstica, a redução do tempo de resposta aos serviços assistenciais e a ampliação do acesso a laudos especializados em regiões com menor oferta de patologia.

- **Componente créditos financeiros:** fundamentado na Portaria GM/MS n.º 7.307, de 25 de junho de 2025, e na Portaria Conjunta PGFN/RFB n.º 11, de 23 de junho de 2025, inova ao permitir que estabelecimentos de saúde privados, com e sem fins lucrativos, prestem serviços especializados ao SUS mediante compensação financeira via Certificados de Valor de Crédito Financeiro (CVCF). Os créditos financeiros tem por objetivo viabilizar e acelerar a ampliação do acesso a serviços especializados no SUS sem onerar o orçamento corrente.
- **Componente ressarcimento ao SUS:** mecanismo criado para transformar dívidas de operadoras de planos de saúde em atendimentos diretos à população pelo SUS. Reflete a obrigação legal imposta às operadoras de planos e seguros privados de saúde de devolver ao SUS os valores correspondentes aos atendimentos realizados para seus beneficiários em hospitais, clínicas ou serviços públicos ou conveniados do SUS. O ressarcimento ao SUS é previsto na Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, e foi regulamentado pela Portaria Conjunta MS/AGU n.º 7.702, de 28 de julho de 2025, estabelecendo as diretrizes e o fluxo para a conversão de obrigações de ressarcimento ao SUS em prestação de serviços especializados em saúde.

› **Componente de provimento, aprimoramento e formação pelo trabalho, fixação e gestão da força de trabalho especializada:**

visa assegurar provimento emergencial de médicos especialistas por meio do Projeto Mais Médicos Especialistas (PMM-E), enfrentando a distribuição desigual de profissionais e a concentração de especialistas na iniciativa privada, bem como ampliar a formação de especialistas por meio das residências em saúde.

› **Componente SUS digital:** instituído pela Portaria GM/MS n.º 7.495, de 4 de agosto de 2025, tem o objetivo de modernizar o ecossistema informacional ao integrar soluções da saúde digital que permitam a operacionalização do Programa, contribuindo para o acompanhamento da jornada do paciente, a comunicação direta com o cidadão, a gestão das filas e a redução do tempo de espera, a ampliação da oferta de serviços de telessaúde, e o monitoramento e a avaliação do Programa. A Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) destaca-se com fonte de dados oficial, devendo oferecer interoperabilidade entre todos os sistemas de informação, públicos ou privados, estaduais, municipais e distrital de regulação assistencial.

› **Componente prestação de serviços especializados em caráter complementar:** amplia a capacidade assistencial ao credenciar serviços adicionais, garantindo cobertura em regiões com reduzida oferta pública e reforçando a articulação federativa.



Modalidade 1

Prestação de serviço especializado em caráter complementar ao SUS, abrangendo consultas, exames, procedimentos diagnósticos e cirurgias eletivas, realizados por estabelecimentos de saúde privados, com ou sem fins lucrativos.



Modalidade 2

Prestação de serviços especializados em saúde por empresas que devem oferecer profissionais, equipamentos, insumos e medicamentos, em estabelecimentos de saúde próprios ou contratualizados pelo SUS, com capacidade instalada ociosa, mediante adesão a edital de credenciamento publicado pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC), na Região Sul do País, ou pela Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AgSUS) nas demais regiões.



Modalidade 3

Unidades Móveis de Atenção Especializada, operacionalizadas pela AgSUS, direcionadas a territórios com elevada demanda reprimida e oferta assistencial insuficiente. As unidades permanecem alocadas nos municípios-sede por, no mínimo, 30 dias, garantindo o atendimento da população de toda a respectiva região de saúde e maximizando o retorno assistencial do investimento público.

2.2.1 Atenção Ambulatorial Especializada

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 MS tem apoiado estados, municípios, o 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.

Quanto às propostas apresentadas e analisadas no âmbito da Atenção Especializada de Média e Alta Complexidade, informa-se que, no ano de 2025, foram aprovadas 459 propostas, totalizando o valor de R\$ 423.126.216,00. 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

Em 2025, foram realizados mais de 3,2 bilhões de procedimentos de Média e Alta Complexidade. No período entre 2021 e 2025, foram mais de 14,4 bilhões de procedimentos realizados.

Tabela 14 – Número de Ações de Promoção e Prevenção em Saúde, e Procedimentos com Finalidade Diagnóstica, Clínica e Cirúrgicos – 2021 a 2025

Grupo de procedimentos	2021	2022	2023	2024	2025
1. Ações de promoção e prevenção em saúde	193.243.890	221.933.807	229.729.116	239.772.793	229.424.927
2. Procedimentos com finalidade diagnóstica	957.219.625	1.107.023.401	1.242.065.905	1.336.031.807	1.328.863.654
3. Procedimentos clínicos	1.095.086.726	1.340.667.701	1.506.535.415	1.653.675.823	1.684.207.114
4. Procedimentos cirúrgicos	17.316.753	20.310.593	21.519.680	23.617.455	22.295.280
TOTAL	2.262.866.994	2.689.935.502	2.999.850.116	3.253.097.878	3.264.790.975

Fonte: TabWin SIA/SUS. Dados extraídos em fevereiro de 2026.
Nota 1: não estão incluídos os procedimentos ambulatoriais dos Grupos 5 – Transplante de Órgãos, Tecidos e Células; 6 – Medicamentos; 7 – Órteses, Próteses e Materiais Especiais e 8 – Ações Complementares da Atenção à Saúde.
Nota 2: dados de 2021 a 2024 atualizados considerando a data de extração, visto que o processo de consolidação e fechamento da produção pode demandar alguns anos, período durante o qual podem ocorrer atualizações, reproprocessamentos ou glosas.

Projeto Nefro +

Em 2025, foi lançado o Projeto NEFRO+, parceria entre o MS e a Universidade Federal do Maranhão (UFMA), que tem como objetivo qualificar a oferta e o acesso aos serviços de saúde em nefrologia, por meio da educação permanente de profissionais da Atenção Primária e Especializada à Saúde.

A doença renal crônica (DRC) representa um dos maiores desafios de saúde pública no Brasil e no mundo. Seu manejo exige diagnósticos precoces, acompanhamento integrado e práticas clínicas atualizadas, mas ainda existem lacunas de capacitação dos profissionais de saúde, resultando em diagnósticos tardios, encaminhamentos inadequados, sobrecarga da Atenção Especializada e altos custos para o SUS.

O NEFRO+ surge como resposta a esse cenário, utilizando a educação a distância (EAD) para ampliar o alcance da formação e fortalecer ações de prevenção, cuidado integral e pesquisa em nefrologia.

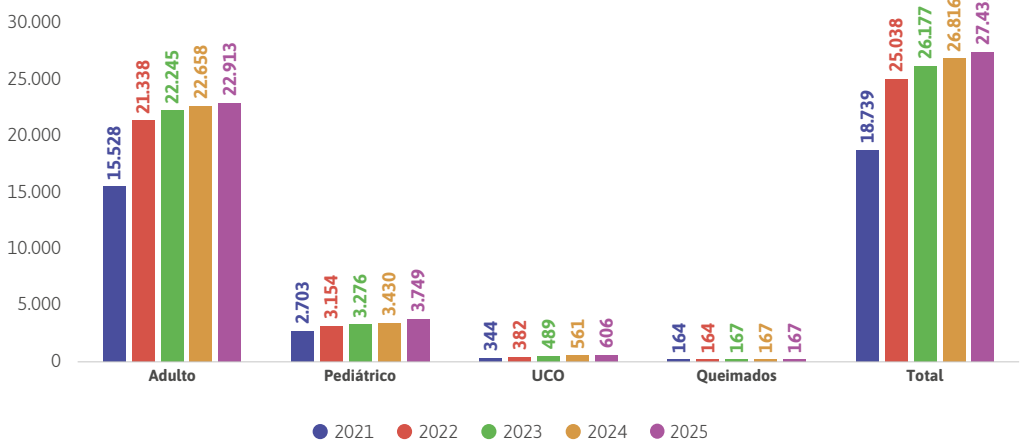
2.2.2 Atenção Hospitalar

Unidades de Terapia Intensiva (UTI)

A oferta de leitos de UTI tem experimentado um crescimento constante no Brasil, resultando na ampliação do acesso da população brasileira aos serviços de saúde. O ano de 2025 finalizou com 27.435 leitos de UTI habilitados ao SUS, recebendo

recursos federais, nas tipologias adulto, pediátrica, coronariana e queimados. Nesse período, houve a habilitação de 587 novos leitos de UTI, sendo 315 leitos de UTI Adulto, 220 leitos de UTI Pediátrico e 52 leitos de UTI Coronariana (UCO). Durante o ano, pode haver oscilações na quantidade de serviços disponíveis, já que também podem ocorrer desabilitações.

Gráfico 20 – Evolução dos Leitos de UTI Habilitados, por Tipo – 2021 a 2025



Fonte: Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar (CGAH/Dahud/Saes/MS). Dados atualizados em 2/1/2026.

Leitos Srag

A síndrome gripal (SG) e a síndrome respiratória aguda grave (Srag) são definições clínicas utilizadas pela Vigilância Epidemiológica para identificar, monitorar e responder de forma oportuna infecções respiratórias agudas com potencial de disseminação e impacto na saúde pública. Podem ser causadas por diversos agentes etiológicos, como influenza, SARS-CoV-2, vírus sincicial respiratório (VSR), entre outros vírus respiratórios circulantes.

O MS, diante da necessidade de enfrentamento dos casos de Srag em crianças, tem publicado normativas instituindo, em caráter excepcional e temporário, um incentivo financeiro de custeio para os estabelecimentos de saúde. O objetivo é fortalecer a rede assistencial no âmbito da Atenção de Média e Alta Complexidade do SUS, ampliando a capacidade de atendimento pediátrico. Esse incentivo visa garantir resposta mais eficaz e qualificada à demanda crescente por atendimentos pediátricos graves, reforçando a estrutura hospitalar de forma emergencial.

Tabela 15 – Leitos de Srag que Receberam Incentivos no SUS – 2023 a 2025

UF	N.º de leitos incentivados em 2023		N.º de leitos incentivados em 2024		N.º de leitos incentivados em 2025	
	UTI Pediátrico	SVP*	UTI Adulto + Pediátrico	SVP*	UTI Adulto + Pediátrico	SVP*
GO	0	0	0	0	68	0
PB	64	28	20	0	20	0
PE	136	3	150	0	131	0
PI	14	41	0	0	0	0
AC	17	50	20	40	10	30
AP	33	0	0	0	0	0
RR	15	52	0	0	0	0
MG	0	0	64	53	169	195
RS	106	161	210	272	275	378
SC	53	61	54	140	47	97
TOTAL	438	396	518	505	720	700
INCENTIVO FINANCEIRO	R\$ 91.392.300,00		R\$ 134.257.500,00		R\$ 145.840.500,00	

Fonte: CGAH/Dahud/Saes/MS. Dados atualizados em 2/1/2026.
*SVP: suporte ventilatório pulmonar.

2.2.3 Atenção Materno-Infantil

Rede Alyne

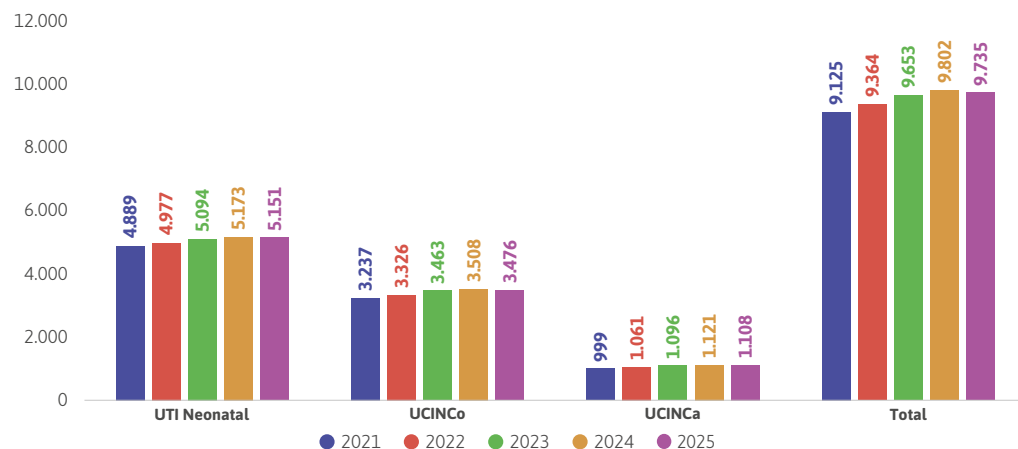
A Rede Alyne é a atualização da Rede Cegonha, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna no Brasil em 25% até 2027, aumentando o cuidado humanizado e integral para gestantes, parturientes, puérperas e crianças. O lançamento foi feito em setembro de 2024. As Portarias GM/MS n.º 5.350 e n.º 5.349,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

Gráfico 21 – Evolução dos Leitos de UTI Neonatal, UCINCo e UCINCa, por Tipologia – 2021 a 2025



Fonte: Cnes/DataSUS/MS. Dados atualizados em 30/12/2025.

Nota: dados alterados em relação ao relatório anterior após correção e exclusão do quantitativo de leitos dos códigos 2697 UTI Neonatal, 2602 UTI II Neonatal e 2605 UTI III Neonatal, conforme pela Portaria SAS n.º 1.300, de 23 de novembro de 2012. Considerados apenas dados referente às habilitações de leitos neonatais nos códigos: 2610 Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Tipo II (Utin II), 2611 Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Tipo III (Utin III), 2802 Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo) e 2803 Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa).

Apoio na Gestão de Qualificação de Maternidades no País

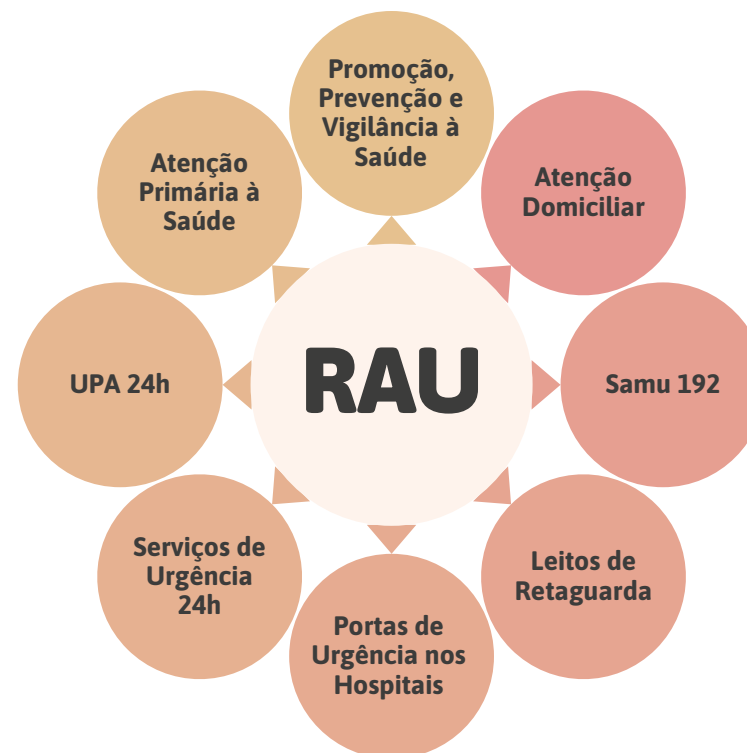
O MS, por meio do Termo de Execução Descentralizada (TED) n.º 131/2024, celebrou parceria com o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) para a Estratégia de Qualificação de Maternidades. O projeto abrange 75 maternidades estratégicas em todo o País. Foram escolhidos 10 serviços matriciais que são referência no atendimento materno e infantil, 40 serviços com maior concentração de óbitos materno e infantil e 25 hospitais universitários da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Os estabelecimentos escolhidos foram responsáveis por cerca de 21% dos registros de nascidos vivos do

SUS em 2023 e 27% dos óbitos maternos registrados nos últimos quatro anos. A iniciativa busca reduzir a mortalidade materna e neonatal por meio da qualificação da gestão hospitalar, da integração dos níveis de atenção à saúde e da disseminação de boas práticas no cuidado obstétrico e neonatal.

2.2.4 Atenção às Urgências

A Rede de Atenção às Urgências (RAU), conforme previsto na Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 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.

Figura 8 – Estrutura Operacional da RAU



Fonte: Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes/MS).

Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências

No que se refere ao Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências, o custeio federal anual repassado em 2025 totalizou R\$ 3,7 bi, com destaque para os 15.777 leitos de enfermagem clínica (novos e existentes), representam a 69% do total de

leitos e 38% dos recursos repassados. Os leitos de UTI representam 38% de todo o repasse realizado, destacando-se os leitos de UTI adulto (5.224), que representam 78% dos leitos de UTI com incentivo. As 452 Portas de Entrada Hospitalar de Urgência representam 27% do total do incentivo de custeio diferenciado da RAU.

Tabela 16 – Recursos Repassados ao Componente Hospitalar da RAU por Tipologia – 2025

TIPOLOGIA CUSTEADA	QUANTIDADE DE LEITOS NOVOS Qualificados Pagos / Portas de Entrada Hospitalares	QUANTIDADE DE LEITOS Existentes Qualificados Pagos	TOTAL	CUSTEIO PAGO 2025
Porta de Entrada Geral	209	-	209	R\$ 250.800.000,00
Porta de Entrada Tipo I	99	-	99	R\$ 238.800.000,00
Porta de Entrada Tipo II	144	-	144	R\$ 509.400.000,00
Portas de Entrada Hospitalares	452		452	R\$ 999.000.000,00
Leito de Enfermaria Clínica de Retaguarda	9.706	6.071	15.777	R\$ 1.281.115.325,00
UTI Adulto Tipo II	3.203	960	4.163	R\$ 1.147.209.479,19
UTI Adulto Tipo III	183	878	1.061	R\$ 108.072.228,78
UTI Pediátrico Tipo II	279	839	1.118	R\$ 143.435.544,96
UTI Pediátrico Tipo III	12	261	273	R\$ 26.130.207,29
Leitos de UTI	3.677	2.938	6.615	R\$ 1.424.847.460,22
TOTAL GERAL	13.835	9.009	22.844	R\$ 3.704.962.785,22

Fonte: Coordenação-Geral de Urgência (Cgurg/Dahud/Saes/MS). Dados extraídos em 29/12/2025.
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 UTI Adulto e Pediátrico tipos II e III aos serviços hospitalares que compõem a RAU.

Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h)

Atualmente, 771 UPAs 24h em funcionamento beneficiam uma população estimada de 151,1 milhões de habitantes. Em 2025, 11 novas UPAs 24h entraram em funcionamento e outras 6 foram habilitadas. A implantação das

UPAs 24h no território nacional evidencia uma maior concentração nos grandes centros urbanos e em municípios com maior infraestrutura instalada e contingente populacional, especialmente na Região Sudeste, que reúne aproximadamente 45% das unidades do País, seguida pela Região Nordeste, com mais de 25% das UPAs 24h.

Pacto Nacional pela Retomada de Obras e de Serviços de Engenharia

Em 2025, dando prosseguimento à iniciativa de erradicação do passivo de obras de UPAs 24h não concluídas ou sem funcionamento, no bojo do Pacto Nacional pela Retomada de Obras (Projeto de Lei n.º 4.172/2023, regulamentado pela Portaria GM/MS n.º 3.084, de 12 de janeiro de 2024), foi aberta uma nova chamada para propostas de adesão dos municípios ao Pacto Nacional pela Retomada de Obras. Entre as obras elegíveis, estavam incluídas obras concluídas sem regularização oficial com o MS no Sismob, obras paralisadas, obras com execução em atraso, e obras já canceladas com indicação de devolução de recursos.

Num contexto de cerca de 160 obras de UPAs 24h elegíveis para adesão ao Pacto na nova chamada divulgada em julho de 2025, os gestores de obras manifestaram o interesse na nova oportunidade de adesão ao Pacto. Após análise de documentação encaminhada pelos gestores, foram publicados os resultados com aprovação de 8 repactuações e 14 reativações de UPA.

O quadro a seguir demonstra a distribuição das propostas de Retomada de Obras aprovadas nos estados desde o início do Pacto. Do total de propostas aprovadas, 44 são de reativação, ou seja, para a regularização da situação de funcionamento da unidade com o Ministério da Saúde (63,76%) e 25 propostas de repactuação propondo redimensionamento dos serviços anteriormente propostos (36,23%).

Tabela 17 – Quantidade de Propostas de Retomada de Obras Inacabadas Aprovadas (UPA 24h), por UF – 2024 a 2025

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	2	1	4	4	2	2	5	3	0	2	3	1	0	9	1	44
Repactuação	7	1	0	1	1	2	0	4	1	2	0	1	0	0	0	1	4	0	25
TOTAL GERAL	9	3	1	3	2	6	4	6	3	7	3	1	2	3	1	1	13	1	69

Fonte: Sistema de Investimentos Federais do SUS (InvestSUS) e Sistema de Monitoramento de Obras (Sismob).
Dados extraídos em 17/12/2025.

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192)

O Samu 192 propõe um modelo de assistência operado pelo acionamento à Central de Regulação das Urgências (CRU), 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

Central de Regulação das Urgências do Samu 192



3.238

Unidades de Suporte Básico (USB)



713

Unidades de Suporte Avançado (USA)



260

motos



26

embarcações



20

aeromédicos



4.257

unidades móveis



4.219

municípios cobertos e com acesso ao dígito 192



189

milhões de pessoas com acesso



88,74%

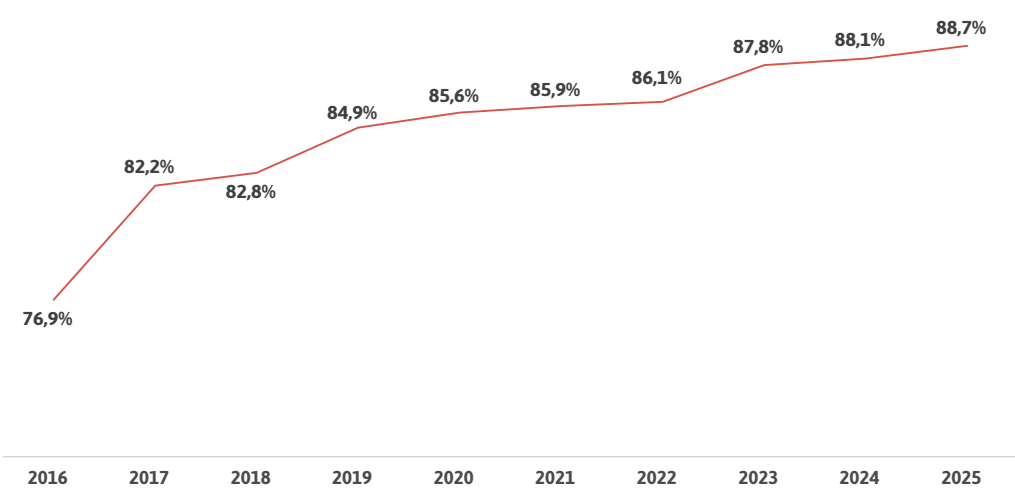
da população coberta



R\$ 1.730.952.920,91

como incentivo de custo

Gráfico 22 – Evolução da Cobertura Populacional pelo Samu 192 (%) – 2016 a 2025



Fonte: Cgurg/Dahud/Saes/MS. Dados extraídos em 31/12/25. Dados populacionais: estimativa populacional IBGE 2021 (<https://www.ibge.gov.br/indicadores.html>).

Atualmente, o vazio assistencial é de 1.351 municípios sem acesso ao Samu 192, com uma população descoberta de 24.021.598 (11,26%) brasileiros. Das 121 macrorregiões do País, 4 estão sem cobertura do Samu 192, 56 com cobertura parcial, e 61 com cobertura total. O estado da

Bahia apresentou evolução na cobertura do serviço, atingindo uma cobertura de 93,92%. Das 27 unidades federativas, o panorama geral mostra que 11 têm cobertura total e 16 têm cobertura parcial, e apenas 6 dessas UFs possuem menos de 70% de cobertura.

Tabela 18 – Percentual da População Coberta pelo Samu 192 – 2025

Sigla UF	REGIÃO/UF	PERCENTUAL COBERTURA	POPULAÇÃO COBERTA	POPULAÇÃO TOTAL
	Região Norte	77,11%	14.578.903	18.906.962
RO	Rondônia	45,9%	832.955	
AC	Acre	100,0%	906.876	
AM	Amazonas	65,3%	2.789.325	
RR	Roraima	100,0%	652.713	
PA	Pará	88,5%	7.772.041	
AP	Amapá	73,7%	647.165	
TO	Tocantins	60,8%	977.828	
	Região Nordeste	90,23%	52.032.461	57.667.842
MA	Maranhão	63,3%	4.527.042	
PI	Piauí	85,8%	2.822.867	
CE	Ceará	100,0%	9.240.580	
RN	Rio Grande do Norte	84,2%	2.999.068	
PB	Paraíba	100,0%	4.059.905	
PE	Pernambuco	88,3%		
AL	Alagoas	100,0%	3.365.351	
SE	Sergipe	100,0%	2.338.474	
BA	Bahia	93,9%	14.133.445	
	Região Sudeste	87,85%	78.739.057	89.632.912
MG	Minas Gerais	89,3%	19.130.353	
ES	Espírito Santo	100,0%	4.108.508	
RJ	Rio de Janeiro	87,5%	15.278.026	
SP	São Paulo	86,2%	40.222.170	
	Região Sul	97,57%	29.664.433	30.402.587
PR	Paraná	100,0%	11.597.484	
SC	Santa Catarina	100,0%	7.338.473	
RS	Rio Grande do Sul	93,6%	10.728.476	
	Região Centro-Oeste	85,48%	14.281.187	16.707.336
MS	Mato Grosso do Sul	67,3%	1.909.526	
MT	Mato Grosso	58,0%	2.070.747	
GO	Goiás	100,0%	7.206.589	
DF	Distrito Federal	100,0%	3.094.325	
	BRASIL	88,74%	189.296.041	213.317.639

Fonte: Cgurg/Dahud/Saes/MS. Dados apurados em 31/12/2025.

Tabela 19 – Evolução de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência e Centrais de Regulação de Urgência Habilitadas em Funcionamento – 2021 a 2025

REGIÃO	Ano	Central de Regulação das Urgências	Unidade de Suporte Básico (USB)	Unidade de Suporte Avançado (USA)	Moto	Embarcação	Aeromédico
CENTRO-OESTE	2021	19	232	58	47	0	1
	2022	19	232	58	47	0	1
	2023	19	232	58	47	0	1
	2024	19	233	59	46	0	1
	2025	19	237	59	46	0	1
NORDESTE	2021	53	1.094	236	96	2	7
	2022	53	1.104	241	96	2	7
	2023	54	1.120	242	96	2	8
	2024	54	1.127	243	96	2	7
	2025	54	1.162	244	96	2	7
NORTE	2021	17	221	29	14	10	2
	2022	17	223	29	14	10	2
	2023	17	224	29	14	10	1
	2024	17	222	29	14	7	1
	2025	17	225	29	14	23	1
SUDESTE	2021	76	958	223	76	1	2
	2022	76	961	223	76	1	2
	2023	76	998	234	75	1	3
	2024	77	1.072	250	78	1	3
	2025	77	1.100	257	80	1	3
SUL	2021	25	467	114	21	0	6
	2022	25	469	115	19	0	6
	2023	25	490	122	20	0	8
	2024	25	503	124	20	0	8
	2025	25	514	124	24	0	8

REGIÃO	Ano	Central de Regulação das Urgências	Unidade de Suporte Básico (USB)	Unidade de Suporte Avançado (USA)	Moto	Embarcação	Aeromédico
BRASIL	2021	190	2.972	659	253	13	18
	2022	190	2.989	666	252	13	18
	2023	191	3.064	685	252	13	21
	2024	192	3.157	705	254	10	20
	2025	192	3.238	713	260	26	20

Fonte: Cgurg/Dahud/Saes/MS. Dados extraídos em 31/12/2025.

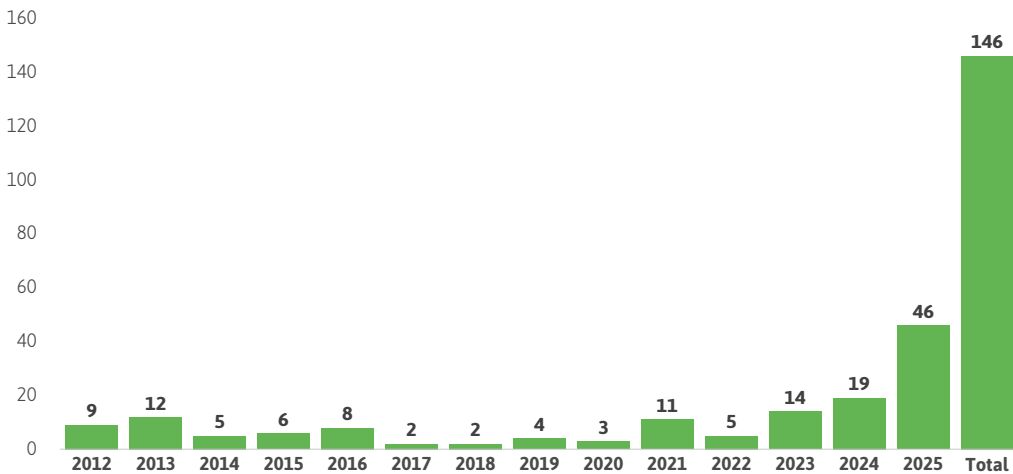
Força Nacional do SUS (FN-SUS)

Por meio das disposições legais descritas, há 14 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. Em 2025, foram realizadas 46 missões, até o dia 10 de dezembro de 2025, totalizando-se 146 missões desde a sua criação. Desse modo, a FNS-SUS consolida-se como mecanismo do MS indispensável para preparação e resposta em emergência em saúde pública no Brasil.



Gráfico 23 – Missões da Força Nacional do SUS – 2012 a 2025



Fonte: Saes/MS. Dados extraídos em 15/12/2025.

2.2.5 Atenção Domiciliar (AD)

A AD é uma modalidade de atenção integrada à Rede de Atenção à Saúde, 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 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.

O 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. Atualmente, o PMec encontra-se implantado em 985 municípios, totalizando 2.140 equipes habilitadas, com cobertura de 94.853.719 habitantes.

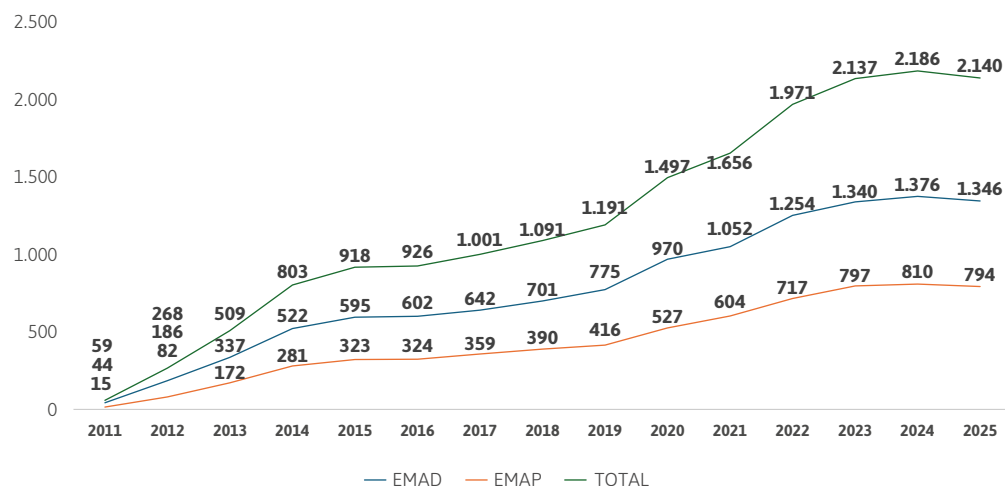
Tabela 20 – Implantação do Programa Melhor em Casa – 2025

UF	Emad I	Emad II	Total Emad	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	57	117	90	207
CE	68	30	98	63	161
DF	16	0	16	6	22
ES	4	0	4	2	6
GO	32	35	67	54	121
MA	21	16	37	29	66
MG	115	38	153	92	245
MS	11	3	14	7	21
MT	8	3	11	6	17
PA	49	24	73	59	132
PB	20	36	56	41	97
PE	42	24	66	44	110
PI	7	13	20	17	37
PR	38	13	51	20	71
RJ	86	6	92	46	138
RN	11	12	23	14	37
RO	8	0	8	3	11
RR	0	0	0	0	0
RS	44	12	56	13	69
SC	21	8	29	10	39
SE	11	11	22	18	40
SP	225	17	242	100	342
TO	7	1	8	4	12
TOTAL GERAL	959	387	1.346	794	2.140

Fonte: Cnes – Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (Cgadam/Dahu/Saes/MS). Dados extraídos em 29/12/2025. Portarias de habilitação publicadas (DOU) somadas ao Cnes.

Nota: Emad I refere-se à Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar tipo I, destinada a municípios com 40 mil habitantes ou mais. Emad II refere-se à Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar tipo II, destinada a municípios que possuem entre 20 mil e 39.999 habitantes. A Emap refere-se a Equipes Multiprofissionais de Apoio que oferecem apoio à Emad, bem como às equipes da APS.

Gráfico 24 – Evolução das Equipes do PMeC (Emap e Emad) – Brasil, 2011 a 2025



Fonte: Cnes – Cgadm/Dahu/Saes/MS. Dados extraídos em 31/12/2025. Portarias de habilitação publicadas (DOU oficial) somadas ao Cnes.

Nota: corrigidos os dados de 2024 – Emap de 811 para 810, e total de 2.187 para 2.186, considerando que havia uma equipe contabilizada em duplicidade.

2.2.6 Cuidados Paliativos

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 SUS, 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, aos seus familiares e à sua rede de apoio. Entre suas diretrizes, encontra-se a ampliação dos cuidados paliativos em rede, com ênfase na Atenção Primária, e o acesso universal a eles em todos os pontos de atenção da RAS, com equidade, integralidade, qualidade

assistencial e humanização no atendimento. Além do acesso, também constam a promoção da melhoria da qualidade de vida, a disponibilidade de medicamento, a educação e a gestão da força de trabalho do SUS, bem como 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 Pnaes e com foco especial nas Políticas de Promoção de Equidade em Saúde.

A PNCP prevê incentivo financeiro para custeio federal de duas novas equipes a serem habilitadas para apoio à 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. A habilitação desse perfil de equipe é de uma em cada macrorregião de saúde com até 500 mil habitantes, podendo ser habilitada uma nova EMCP a cada 500 mil habitantes. No total, considerando a implementação plena da PNCP, a cobertura nacional de EMCP poderá alcançar a habilitação de 468 equipes.

Já a Equipe Assistencial de Cuidados Paliativos (EACP) é uma equipe de gestão municipal e atuação multiprofissional, responsável por realizar apoio assistencial em cuidados paliativos no estabelecimento de saúde onde está vinculada e, conforme o caso, em outros pontos de atenção da RAS no território de abrangência definido. A habilitação desse perfil de equipe é de 1 para cada 400 leitos SUS. No total, considerando a implementação plena da PNCP, a cobertura nacional de EACP poderá alcançar 1.262 equipes.

Em 2025, foram habilitadas as primeiras equipes da PNCP por meio da Portaria GM/MS n.º 8.032, de 29 de agosto de 2025, sendo 12 EACP (10 no Paraná, 1 em Santa Catarina e 1 em Tocantins) e 2 EMCP no Rio Grande do Sul.

2.2.7 Atenção à Saúde da População Trans

Em 2025, o MS intensificou os esforços para o fortalecimento da Atenção Integral à Saúde da População Trans no âmbito do SUS, com foco na ampliação do acesso, na qualificação do cuidado e no aprimoramento da governança da política pública. Ao longo do ano, foram habilitados 14 novos serviços no Processo Transexualizador, sendo 2 hospitalares e 12 ambulatoriais, alcançando o total de 46 serviços habilitados e ampliando, de forma significativa, a rede assistencial em diferentes territórios do País. Essa expansão reafirma o compromisso do MS com a garantia do acesso integral, equânime e humanizado à saúde da população trans e contribui para a consolidação de uma rede de cuidado mais capilarizada e orientada às necessidades específicas dessa população.

O Processo Transexualizador no SUS é voltado a pessoas transexuais, transgêneros e travestis, bem como a outras pessoas cuja identidade de gênero não corresponda ao sexo atribuído ao nascimento, que demandem cuidados relacionados à afirmação de gênero. O acesso aos serviços ocorre conforme critérios clínicos e protocolos assistenciais vigentes, em observância aos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade do SUS, assegurando-se a autonomia, a dignidade e o respeito à identidade de gênero dos usuários.

No que se refere ao financiamento, os novos serviços habilitados em 2025 correspondem a um investimento federal anual de R\$ 2.727.409,52, destinado ao custeio e à sustentabilidade da oferta de cuidado especializado no SUS. Esses investimentos viabilizam a organização do cuidado, incluindo o acompanhamento multiprofissional, a continuidade do tratamento e a ampliação da capacidade assistencial dos serviços, contribuindo para a redução de vazios assistenciais e o fortalecimento da rede de atenção à saúde da população trans no SUS.

No período de janeiro a outubro de 2025, foram registrados 31.754 procedimentos no âmbito da Atenção Especializada à Saúde da População Trans no SUS, sendo 333 procedimentos hospitalares e 31.421 procedimentos ambulatoriais, considerando os dados disponíveis até o momento da apuração. O crescimento da demanda pelos serviços vinculados ao Processo Transsexualizador no SUS está associado, principalmente, à ampliação do acesso, ao fortalecimento da rede assistencial habilitada e à maior capacidade de resposta dos serviços especializados ofertados nos territórios.

2.2.8 Atenção à Saúde Mental

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, e pela Lei n.º 13.146, 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, Lei n.º 10.216/2001, 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, visando ampliar o acesso e qualificar a atenção psicossocial, conforme demonstrado na figura a seguir.

Figura 9 – Pontos de Atenção da Rede de Atenção Psicossocial – 2025



Fonte: Saes/MS.

Quanto ao cuidado das pessoas com problemas de saúde mental relacionados aos jogos de apostas, o MS firmou um Acordo de Cooperação Técnica (ACT) com o Ministério da Fazenda, que estabelece um canal de comunicação e de cooperação para articular ações integradas e estratégicas voltadas à prevenção, à redução de danos e ao cuidado à saúde mental de pessoas com problemas relacionados aos jogos de aposta, no contexto de apostas de quota fixa, além de criar o Observatório Saúde Brasil de Apostas Eletrônicas, um canal permanente de troca de dados entre as pastas e

as ações integradas que apoiem esses usuários a buscarem os serviços do SUS. Além disso, foram produzidos materiais e conteúdos técnicos para orientação de profissionais de saúde e para a sociedade em geral, com caráter de prevenção e cuidado.

Guia de Cuidado para Pessoas com Problemas Relacionados a Jogos de Apostas

 <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2026/guia-de-cuidado-para-pessoas-com-problemas-relacionados-a-jogos-de-apostas.pdf>

No campo da infância e da adolescência, o MS reativou o Fórum Nacional de Saúde Mental da Infância e Juventude, que foi instituído pela Portaria n.º 1.608, 3 de agosto de 2004, porém descontinuado em 2013. Trata-se de um importante instrumento de gestão federal que tem por função elaborar diretrizes e recomendações para a Política de Saúde Mental voltada a esse público em território nacional. A 1ª Oficina de Escutação, realizada em 19 de novembro de 2025, reuniu 78 pessoas, das quais 50 eram crianças e adolescentes usuárias de Centros de Atenção Psicossocial (Caps). As inscrições distribuíram-se regionalmente, tendo participação de todas as regiões do Brasil, com 55% dos estados representados.

Quanto à expansão da Raps, em 2025, foram habilitados 108 novos serviços, totalizando 6.281 serviços de saúde mental financiados pelo MS, representando um crescimento de 6% em relação aos 5.930 serviços que estavam habilitados em 2023. O desempenho observado reflete um avanço consistente na expansão da rede, sendo influenciado por fatores estruturais, institucionais e territoriais que condicionam a velocidade e a uniformidade da implantação dos serviços.

Entre os fatores internos que favoreceram o alcance dos resultados, destacam-se a retomada e a consolidação de uma agenda ativa de indução federal da Política de Saúde Mental, com a recomposição do custeio dos principais pontos de atenção da Raps a partir de 2023. A atualização dos valores de financiamento dos Caps, dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e das Unidades de Acolhimento (UA), com recomposição equivalente às perdas inflacionárias acumuladas no ciclo anterior, ampliou a atratividade da política, fortaleceu a sustentabilidade financeira dos serviços existentes e criou condições mais favoráveis para a adesão de novos entes federativos aos processos de habilitação. Soma-se a isso a reestruturação dos fluxos de análise no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (Saips) e a intensificação do apoio técnico aos estados e municípios, que contribuíram para a ampliação do número de propostas em tramitação e para a continuidade da expansão da rede.

A Rede conta, ainda, com 224 equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental financiadas pelo MS.

Tabela 21 – Rede de Atenção Psicossocial – 2025

Serviço Raps	Tipologia	Quantidade de serviços por tipologia	Quantidade de serviços	Total de serviços
Centro de Atenção Psicossocial	Caps I	1.544	3.070	6.281
	Caps II	525		
	Caps III	153		
	CAPSi (Criança e Adolescente)	343		
	Caps AD	337		
	Caps AD III	165		
	Caps SAD IV	3		
Centro de Convivência*	-	0	1.042	
Serviços Residenciais Terapêuticos	SRT I	331		
	SRT II	625		
Unidade de Acolhimento	UA Adulto	55		
	UA Infantil	31		
Leitos de Saúde Mental	-		2.169	
Equipes Multiprofissionais**	-	-	224***	-

Fonte: Departamento de Saúde Mental, Álcool e Drogas (Desmad/Saes). Dados extraídos em 31/12/2025.

*Ainda não existem Centro de Convivência habilitados pelo Ministério da Saúde, visto que a portaria que regulamenta o serviço está em tramitação para publicação no Diário Oficial da União.

**As equipes multiprofissionais não fazem parte do escopo da meta, mas compõem a Raps.

***Após consulta nas bases de dados de registro de equipes multiprofissionais, foi verificado que o número se mantém em 224, havendo um erro no dado apresentado no relatório de 2024.

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

Tabela 22 – Número de Serviços de Saúde Mental Financiados pelo Ministério da Saúde – 2025

Região/UF	Centros de Atenção Psicossocial	Centros de Convivência*	Serviços Residenciais de Saúde Mental	Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral	Total
Centro-Oeste	186	0	27	99	312
Nordeste	1.030	0	199	339	1.568
Norte	207	0	13	91	311
Sudeste	1.148	0	733	849	2.730
Sul	499	0	70	791	1.360
BRASIL	3.070	0	1.042	2.169	6.281

Fonte: Desmad/Saes. Dados extraídos em 31/12/2025.

*Ainda não existem Centro de Convivência habilitados pelo Ministério da Saúde, visto que a portaria que regulamenta o serviço está em tramitação para publicação no Diário Oficial da União.

Visando ampliar o número de profissionais aptos a atuarem na área de saúde mental, aprimorar a qualidade do atendimento e contribuir para a construção de uma sociedade mais saudável, em 2025, foram ofertados os cursos:

> Nós na Rede



<https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/nos-na-rede/>

> Quebre o silêncio: enfrentando a violência de gênero e o feminicídio



<https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/quebre-o-silencio-enfrentando-a-violencia-de-genero-e-o-feminicidio/>

> Jogos de aposta: cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (Raps)



<https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/jogos-de-aposta-cuidado-na-rede-de-atencao-psicossocial-raps/>

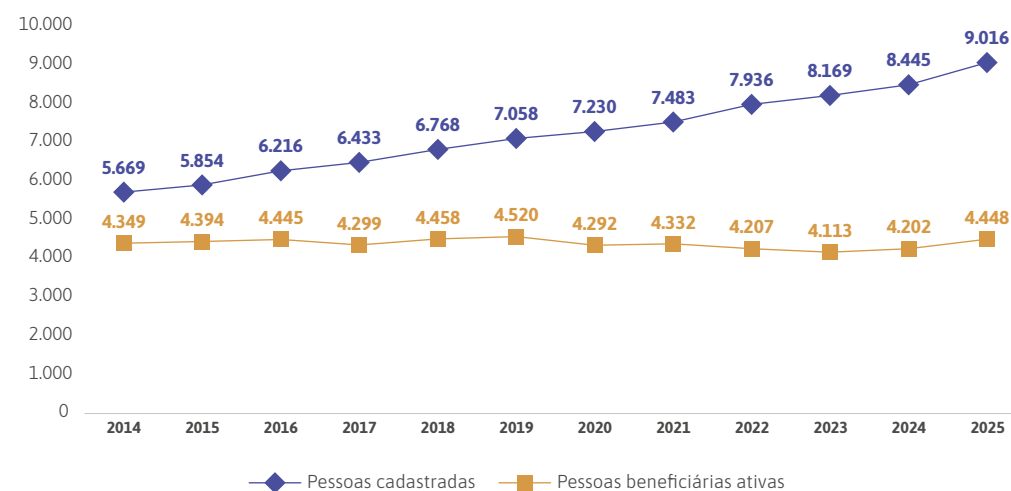
Programa de Volta para Casa (PVC)

O 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. O Programa foi instituído pela 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. Seu objetivo é 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 PVC 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, 9.016 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, 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. Conforme dados extraídos em 10 de dezembro de 2025, 4.448 beneficiários estavam na folha de pagamento do Programa; desse conjunto, 466 eram novos beneficiários, havendo, ainda, 7 cadastros indeferidos por não atendimento a critérios do Programa e 153 cancelamentos por óbito.

O desempenho do PVC é influenciado por fatores externos que afetam o quantitativo do número de beneficiários ativos, entre os quais se destacam a redução natural do número de beneficiários em decorrência de óbitos e a ocorrência de inconsistências bancárias relacionadas a dados cadastrais e procedimentos operacionais de diferentes instituições financeiras, que impactaram pontualmente o pagamento e a manutenção do benefício. Soma-se a esse cenário a elevada rotatividade das equipes gestoras nos âmbitos estadual e municipal, que fragiliza a continuidade do acompanhamento técnico e exige esforços permanentes de rearticulação institucional. Além disso, a ampliação do número de beneficiários depende da decisão dos gestores locais pela extinção de vagas em hospitais psiquiátricos e da correspondente expansão de alternativas comunitárias de cuidado, como os SRT e outros arranjos de moradia. A heterogeneidade do ritmo desses processos entre os entes federativos impacta diretamente a capacidade de crescimento do Programa.

Gráfico 25 – Pessoas Beneficiárias do Programa de Volta para Casa – 2014 a 2025



Fonte: SISPVC – Desmad/Saes/MS. DataSUS. Dados extraídos em 10/12/2025.

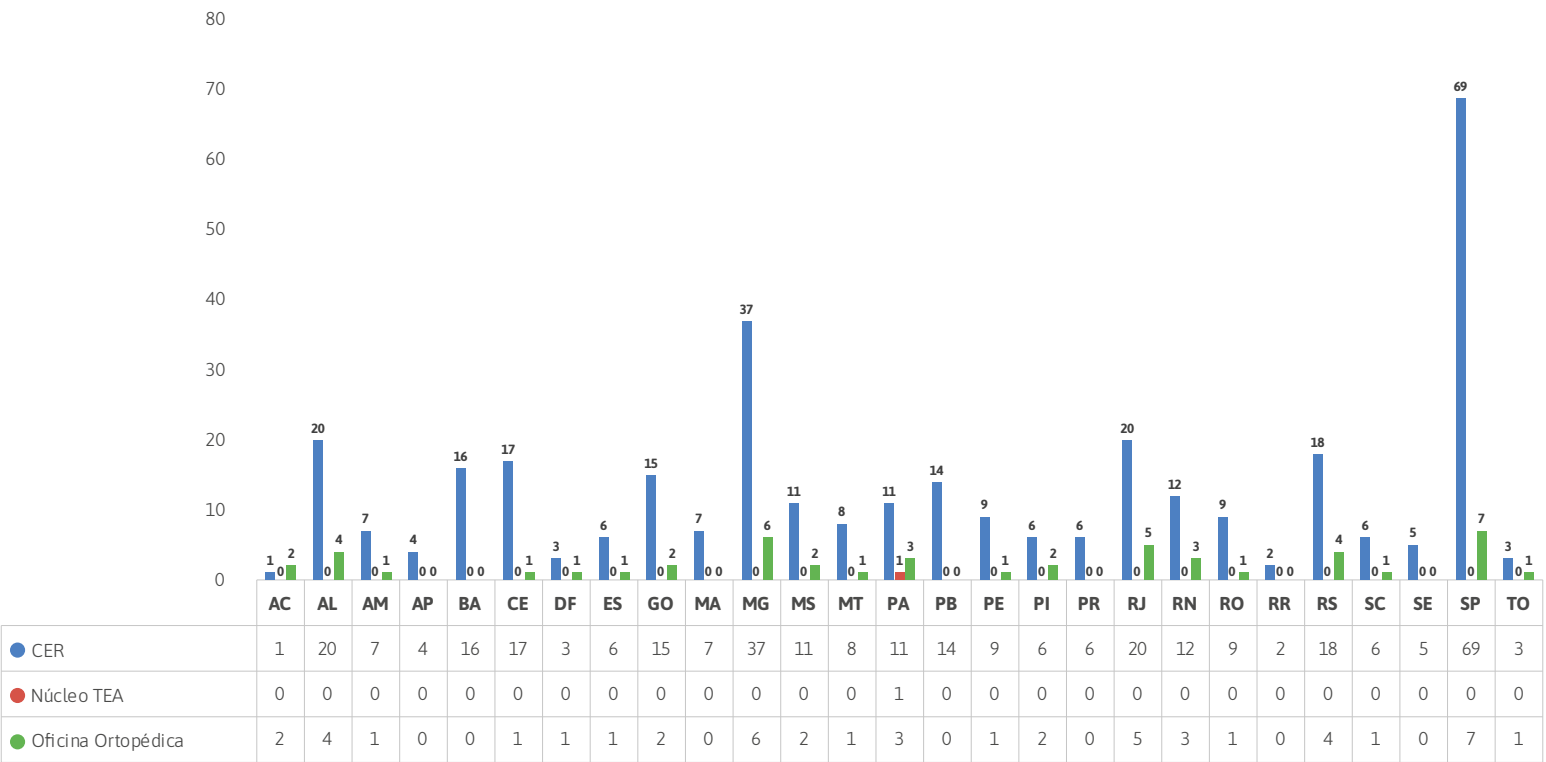
2.2.9 Atenção à Pessoa com Deficiência

Ao longo de 2025, foram desenvolvidas iniciativas, no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), que coadunam com as entregas pactuadas no Novo Plano Viver Sem Limite, no qual o MS, em articulação com outros ministérios, elaborou diversas ações voltadas à saúde das pessoas com deficiência e de seus familiares, cuidadores e acompanhantes, visando à efetivação de direitos civis, políticos, econômicos e sociais. A nova Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e a RCPD propõem 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 RAS.

De acordo com a Portaria GM/MS n.º 1.526, de 11 de outubro de 2023 (altera as Portarias de Consolidação GM/MS n.ºs 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 (CERs) e estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação, que poderão estar organizados sob a forma de serviços de reabilitação em uma única modalidade ou Núcleo de Atenção a Criança e Adolescente com Transtorno do Espectro Autista (Núcleo TEA), 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. A RCPD conta, ainda, com as Oficinas Ortopédicas, que são serviços que realizam a confecção, a adaptação, a manutenção e a dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM).

Em 2025, o MS habilitou 18 novos CERs e promoveu a ampliação do porte das modalidades de reabilitação de outros 8 CERs, totalizando 26 novas habilitações nos seguintes estados: Alagoas, Amazonas, Ceará, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio de Janeiro, Rondônia, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo. Além disso, no ano, houve a habilitação de um Núcleo TEA no estado do Pará. Dessa forma, o País passa a contar, atualmente, com 342 CERs, 49 Oficinas Ortopédicas e 1 Núcleo TEA habilitados em todo o território nacional. Ressalta-se, ainda, que a RCPD conta com 224 estabelecimentos de saúde habilitados exclusivamente em um único serviço de reabilitação.

Gráfico 26 – Distribuição dos CERs, dos Núcleos TEA e das Oficinas Ortopédicas – 2025



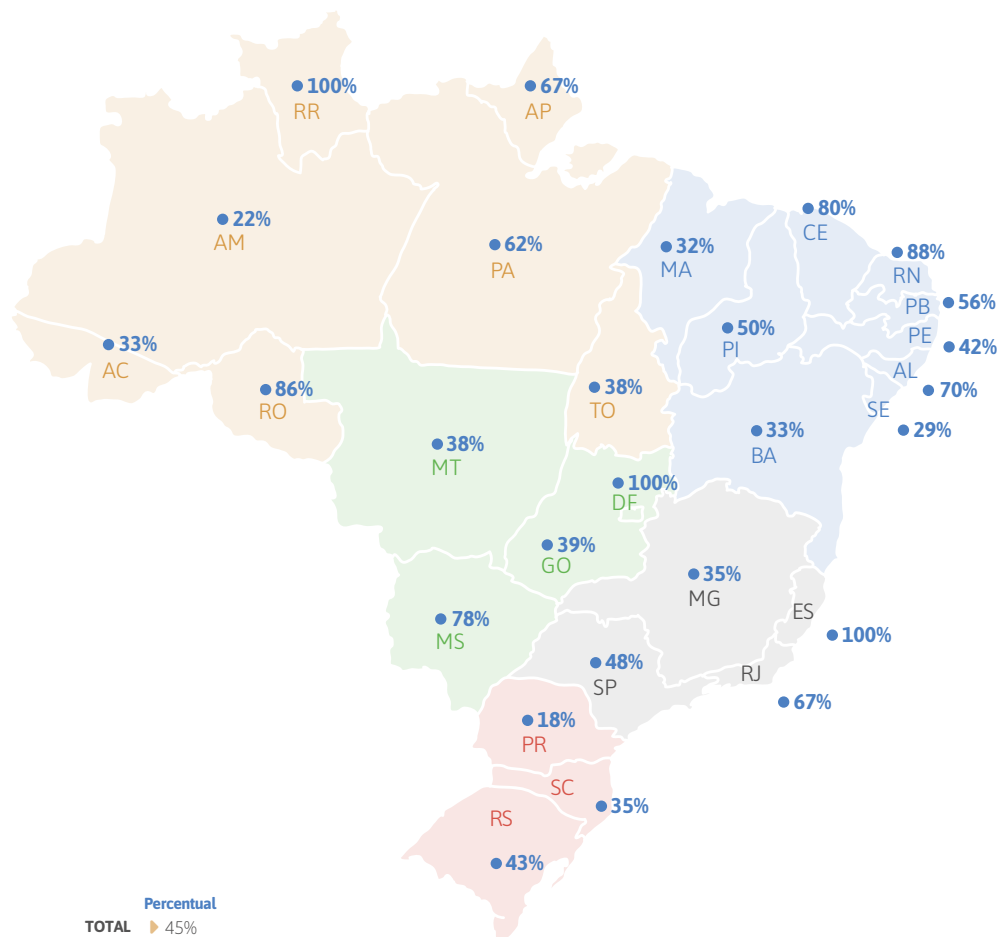
Fonte: Saes/MS. Dados extraídos até 5/1/2026.
Nota: em julho de 2025, foi publicada a desabilitação de um CER, localizado no município de Cuiabá/MT, e de uma Oficina Ortopédica, situada no município de Bauru/SP, ambos anteriormente habilitados em exercícios anteriores.

Figura 10 – CERs, Núcleo TEA e Oficina Ortopédica Habilitados e Veículos Adaptados no SUS – 2016 a 2025



Entre 2016 e 2025, o número de estabelecimentos de reabilitação na RCPD passou de 219 para 392, correspondendo a uma ampliação de 78,9% da rede de serviços. No que se refere à cobertura dos serviços de reabilitação ambulatorial no País, até dezembro de 2025, 45% das 439 regiões de saúde apresentam oferta de serviços de reabilitação financiados pelo MS.

Figura 11 – Cobertura dos Serviços de Reabilitação – 2025



Fonte: Saes/MS. Dados extraídos em 5/1/2026, considerando as regiões de saúde vigentes até dezembro de 2025 (total de 439).
Nota: o dado considera o número de regiões de saúde com disponibilidade de serviços de reabilitação habilitados como CER (uma ou mais modalidades), Oficina Ortopédica ou Núcleo TEA.

Frente à necessidade de estruturar ações integradas no âmbito do Ministério da Saúde para qualificar o cuidado integral às pessoas com TEA no SUS, foi publicada, em outubro de 2025, a *Linha de Cuidado para Pessoas com TEA*. Outra iniciativa que reforça o compromisso do MS, especialmente com crianças com TEA ou com atraso no desenvolvimento, é a implementação do Programa de Treinamento de Habilidades – *Caregiver Skills Training* (CST), desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 2025, o MS iniciou as tratativas para a formalização da proposta, que prevê a formação de profissionais para apoiar pais e cuidadores, oferecendo ferramentas para estimular o desenvolvimento infantil, promover interações positivas, reduzir estigmas e fortalecer o bem-estar das famílias.

Salienta-se que, no âmbito da RCPD, os CERs habilitados na modalidade Intelectual e que atendem pacientes com TEA podem requerer, desde 2023, o incentivo de 20% sobre o valor do custeio, com a finalidade de ampliar o quadro de profissionais, possibilitar o aumento do número de vagas destinadas a esse público e qualificar os serviços já ofertados. Em 2025, 31 novos CERs (localizados nos estados de Alagoas, Amazonas, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, São Paulo e Tocantins) passaram a receber custeio adicional para atendimento desse público, totalizando R\$ 19,8 milhões de repasses anuais aos Fundos de Saúde. Ao todo, no Brasil, são 39 CERs com incentivo de 20%, perfazendo o montante anual de R\$ 25.029.600,00.

No ano de 2025, foram concedidas mais de 8,2 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 dados parciais disponíveis no SIA/SUS. 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 23 – OPMs Não Cirúrgicas Concedidas – 2019 a 2025

	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2025**
Quantidade	6.334.791	6.726.131	7.662.340	8.074.332	8.092.372	8.583.011	8.240.873
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\$577.959.360,46	R\$563.050.254,08

Fonte: Saes/MS. SIA/SUS – TabNet/DataSUS. Dados extraídos em 5/1/2026.
*Os dados de 2024 sofreram atualizações.
**Os dados de 2025 são parciais (até a competência outubro/2025).

Acerca dos transportes sanitários adaptados, que integram o sistema logístico da RCPD e têm como objetivo viabilizar o deslocamento de pessoas com deficiência que não dispõem de condições de mobilidade e acessibilidade autônoma até os pontos de atenção à saúde por meios de transporte convencionais, acompanhadas, quando necessário,

por familiar, cuidador ou acompanhante, destaca-se que, em 2025, 11 novos municípios passaram a receber financiamento federal para o custeio de 15 veículos adaptados. Somados aos resultados de 2024, quando sete municípios foram contemplados com o custeio de dez veículos, o investimento federal alcança atualmente 18 municípios e

25 veículos, representando um aporte anual de R\$ 1,2 milhão destinado ao transporte sanitário de pessoas com deficiência no âmbito do SUS.

Com o intuito da melhoria dos serviços prestados no âmbito da RCPD, o Ministério da Saúde publicou, em 2025 os seguintes documentos:

› **Linha de Cuidado para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista – TEA**



🔗 https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_pessoas_tea.pdf:

Documento estratégico do MS que orienta gestores e profissionais na organização do cuidado integral no SUS. Sua importância está em padronizar diretrizes, qualificar fluxos e garantir diagnóstico oportuno, acompanhamento contínuo, suporte às famílias, aos cuidadores e acompanhantes, bem como articulação entre os diferentes pontos da RAS. O material reforça a centralidade da pessoa com TEA, a atenção humanizada e o cuidado longitudinal ao longo da vida.

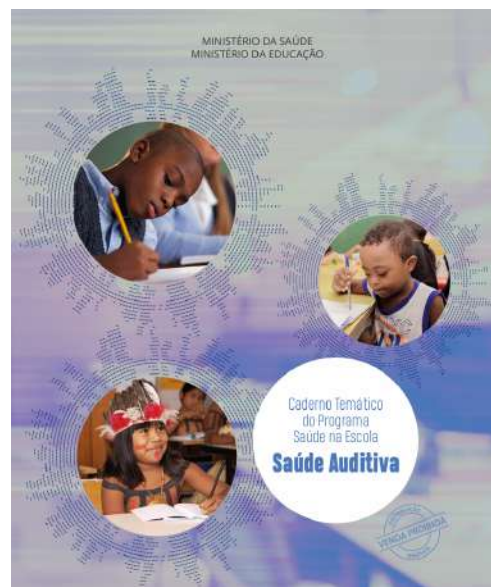
› **Guia para Realização da Triagem Auditiva Neonatal (TAN) e Seguimento Assistencial**



🔗 https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_triagem_auditiva_neonatal.pdf:

Atualiza critérios, orientações e fluxos assistenciais voltados ao cuidado auditivo de recém-nascidos em todo o País. O objetivo é garantir diagnóstico precoce, acesso ao tratamento e melhores oportunidades de desenvolvimento comunicativo para as crianças, promovendo mais equidade e inclusão social desde o início da vida.

› **Caderno Temático do Programa Saúde na Escola – saúde auditiva**



🔗 https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_tematico_pse_saude_auditiva.pdf:

Aborda a prevenção, a identificação precoce e a promoção da saúde auditiva no contexto escolar.

Em 2025, a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes (Renem) foi expandida, com a inclusão de mais de 30 novos itens, representando um avanço significativo na qualificação da atenção à saúde e da reabilitação das pessoas com deficiência no SUS. As inovações contemplam equipamentos médico-assistenciais para avaliação clínica e reabilitação física, além de recursos lúdicos e instrumentos musicais, que visam à ampliação do cuidado integral, acessível e resolutivo às pessoas com deficiência.

Ademais, em 2025, foi firmado um ACT entre os Ministérios do Esporte e da Saúde para a capacitação de profissionais de educação física em esportes adaptados, com atuação em CERs. A iniciativa prevê a formação de multiplicadores regionais e a incorporação do paradesporto como ferramenta de reabilitação, inclusão social e promoção da saúde, fortalecendo a integração entre as políticas de esporte, educação e saúde, em consonância com a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e com o compromisso do governo federal de ampliar o acesso ao esporte como direito, cuidado e cidadania para as pessoas com deficiência.

Agenda Transversal e Multissetorial da Primeira Infância

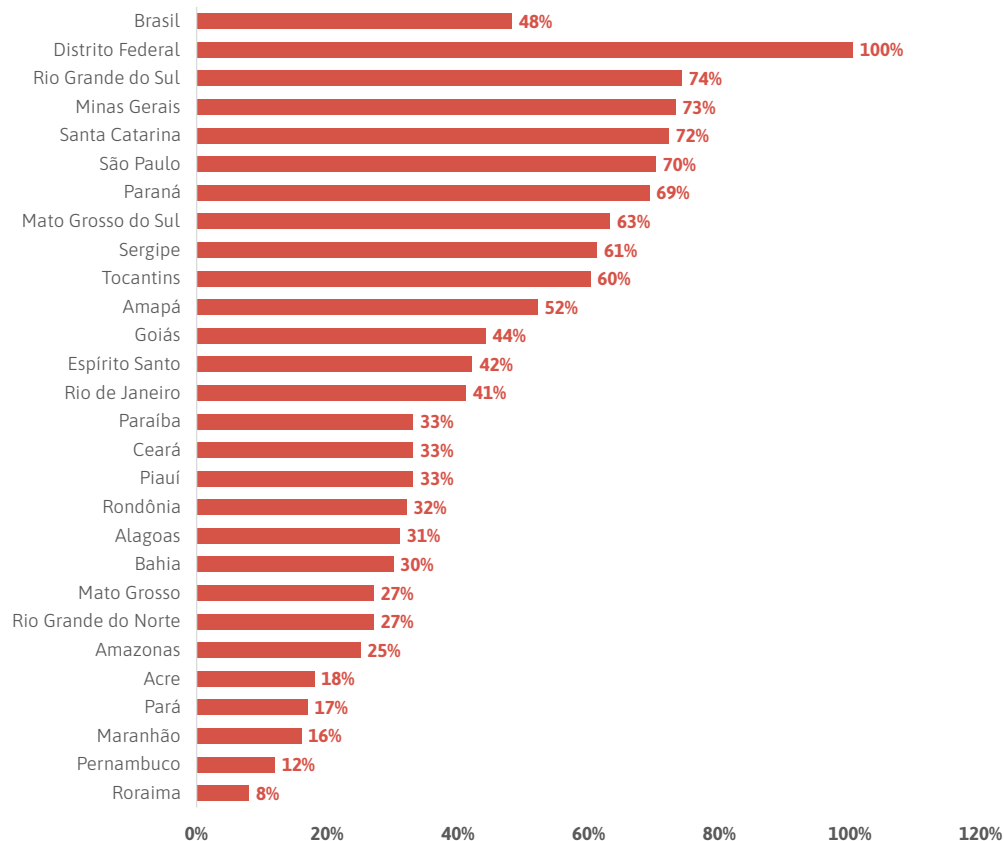
Conforme o disposto no Decreto n.º 10.770, 17 de agosto de 2021, a Agenda Transversal e Multissetorial da Primeira Infância tem o objetivo de servir de instrumento para que a Política Nacional Integrada para a Primeira Infância seja desenvolvida de forma integrada pelos diversos órgãos do governo responsáveis por sua execução, visando à melhoria das condições de vida das crianças de até 6 anos completos e à ampliação do acesso delas 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, entre os resultados alcançados no ano de 2025, destacam-se os serviços da RCPD. Os serviços habilitados pelo MS que compõem a RCPD, realizaram, de janeiro a novembro de 2025, 9.491.463 procedimentos em crianças de até 6 anos de idade, entre eles consulta médica e multiprofissional, atendimento/acompanhamento de paciente em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor e atendimento fisioterapêutico nas alterações motora, além de procedimentos relativos a 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 (TAN) gratuita em crianças nascidas nas dependências de hospitais e maternidades.

A TAN, ou teste da orelhinha, é realizada 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. Deve ser realizada, preferencialmente, nos primeiros dias de vida (24 horas a 48 horas), 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 2025, foi registrado e aprovado, no SIA/SUS e no SIH/SUS, o total de 859.630 exames de TAN. No País, dos usuários com até 1 ano de idade, 22,8% possuem assistência médica por planos de saúde, de acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); desse modo, em novembro de 2025, obteve-se 48% de cobertura nacional da TAN no SUS.

Gráfico 27 – Cobertura de TAN no SUS – 2025



Fonte: CGSPD/Daet/Saes. Sinasc, SIA/SUS, SIH/SUS e ANS. Competência: novembro de 2025. Dados extraídos em 27 de janeiro de 2026.

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 para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no 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 e visa reduzir a mortalidade, contribuir para a redução da morbimortalidade e das manifestações secundárias e oportunizar a melhoria da qualidade de vida. O modelo de atenção à saúde proposto para as pessoas com doenças raras se estabelece sobre pressupostos como a integralidade assistencial e a qualidade, a efetividade e a humanização do cuidado, tendo sido estruturado para ter abrangência transversal às redes temáticas prioritárias do SUS: 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.

A rede especializada de atenção à saúde das pessoas com doenças raras é composta por 37 serviços, dos quais 27 são Serviços de Referência em Doenças Raras e 10 são Serviços de Atenção Especializada em Doenças Raras. Estão localizados em 15 unidades federativas, predominantemente em capitais, sendo 5 serviços na Região Centro-Oeste, 12 na Região Nordeste, 1 na Região Norte, 12 na Região Sudeste e 7 na Região Sul.

Nos serviços habilitados, são disponibilizados procedimentos de avaliação clínica e ações de aconselhamento genético. De janeiro a outubro de 2025, foram realizados 59.936 procedimentos do rol da PNAIPDR, com destaque para 19.580 atendimentos de aconselhamento genético e 37.796 procedimentos de avaliação clínica em todo o País. O aumento anual das habilitações tem sido acompanhado por investimentos, totalizando mais de R\$ 31 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 24 – Número de Procedimentos Previstos pela PNAIPDR Registrados – 2021 a 2025

Descrição do procedimento	2021*	2022	2023	2024*	2025**	Total
Aconselhamento genético	9.944	10.597	14.866	19.525	19.580	85.396
Avaliação clínica de diagnóstico de doenças raras Eixo I: 3 – Erros inatos de metabolismo	746	1.793	2.184	4.449	4.138	15.740
Avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras Eixo I: 1 – Anomalias congênitas ou de manifestação tardia	3.812	10.763	15.323	27.187	27.127	87.639
Avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras Eixo I: 2 – Deficiência intelectual	3.719	4.178	4.797	8.496	6.531	32.591
Identificação de glicídios urinários por cromatografia (camada delgada)	4	6	7	21	17	73
Focalização isoelétrica da transferrina	11	5	7	18	14	72
Análise de DNA pela técnica de <i>southern blot</i>	13	7	6	5	15	46
Análise de DNA por MLPA	29	81	86	66	79	357
Identificação de mutação/rearranjos por PCR, PCR sensível à metilação, qPCR e qPCR sensível à metilação	220	284	524	674	689	2.656
FISH em metáfase ou núcleo interfásico, por doença	10	21	14	22	14	89
Identificação de alteração cromossômica submicroscópica por ARRAY-CGH	239	527	523	544	486	2.658
Identificação de mutação por sequenciamento por amplicon até 500 pares de bases	555	880	733	776	738	4.019
Identificação de glicosaminoglicanos urinários por cromatografia em camada delgada, eletroforese e dosagem quantitativa	7	17	38	43	20	154
Identificação de oligossacarídeos e sialossacarídeos por cromatografia (camada delgada)	2	1	4	15	9	37
Dosagem quantitativa de carnitina, perfil de acilcarnitinas	7	141	99	89	77	545
Dosagem quantitativa de aminoácidos	42	247	197	148	89	982

continua

conclusão

Descrição do procedimento	2021*	2022	2023	2024*	2025**	Total
Dosagem quantitativa de ácidos orgânicos	38	181	105	50	50	489
Ensaio enzimáticos no plasma e leucócitos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo	19	26	28	52	29	179
Ensaio enzimáticos em eritrócitos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo	2	3	2	3	3	16
Ensaio enzimáticos em tecido cultivado para diagnóstico de erros inatos do metabolismo	0	7	2	7	2	19
Sequenciamento completo do exoma	1	41	80	118	229	469
TOTAL	19.420	29.806	39.625	62.308	59.936	234.226

Fonte: Cnes. Dados extraídos em 9/12/2025.
*Dados de 2021 e 2024 atualizados.
**Dados de 2025 referentes ao período de janeiro a outubro de 2025.

No que se refere ao diagnóstico por meio de sequenciamento exoma, foram iniciados os processos de piloto para implantação de dois polos de sequenciamento para atender às demandas de doenças raras, sendo um deles no Instituto Nacional de Cardiologia (INC) e o outro no Instituto Fernando de Figueira (IFF/Fiocruz). Após a validação dos fluxos e a submissão no Comitê Intergestor Tripartite, o exoma será ampliado para solicitação por todos os serviços de doenças raras. Ademais, o MS está avaliando a ampliação do procedimento para diagnóstico de outras doenças raras, conforme disponibilidade de evidências científicas. Em 2025, a ação de implementação do programa de sequenciamento do exoma apresentou os seguintes resultados:

- 10 Serviços de Referência em Doenças Raras (SRDR) ativados, para preparação e envio de amostras.
- 210 amostras de DNA coletas nos SRDR.
- 180 amostras de DNA recebidas pelo INC.
- 115 amostras com sequenciamento do exoma realizado, prontas para análise terciária e laudo.

Nessa fase-piloto, em 2025, o sequenciamento do exoma das amostras de DNA tinha origem em pelo menos quatro SRDR: Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG-RJ), Hospital Universitário Professor Edgard Santos (Hupes-BA), Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (Apae-Anápolis/GO), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA-RS).

No contexto da implementação de tecnologias para tratamento de doenças raras, foi implementada a disponibilização da terapia gênica onasgenosgeno abeparvovec para tratamento de atrofia muscular espinhal tipo 1. Destaca-se que o modelo implementado no SUS é inovador, contando com um Acordo de Compartilhamento de Risco (ACR) com a empresa responsável pela terapia,

com o acompanhamento periódico do paciente e a criação de uma nova habilitação, os Serviços de Terapia Gênica, conforme a Portaria Saes/MS n.º 3.080, de 29 de julho de 2025. Até o início de dezembro de 2025, foram habilitados seis serviços, e dois pacientes receberam o medicamento de forma administrativa.

Quadro 1 – Estabelecimentos Habilitados na Rede de Serviços de Terapia Gênica – 2025

UF	Município	Região	Estabelecimento
SP	São José do Rio Preto	Sudeste	Hospital de Base de São José do Rio Preto
SP	Campinas	Sudeste	Hospital das Clínicas da Unicamp de Campinas
SP	Ribeirão Preto	Sudeste	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
DF	Brasília	Centro-Oeste	Hospital da Criança de Brasília José Alencar
RS	Porto Alegre	Sul	Hospital das Clínicas de Porto Alegre
PE	Recife	Nordeste	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMP)

Fonte: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (Sigtap).

Considerando o contexto genético das doenças raras, espera-se que o sequenciamento exoma seja ampliado para diagnóstico de doenças raras que demandam sequenciamento de nova geração nas linhas de cuidados previstas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), bem como para os exames confirmatórios de erros inatos do metabolismo e do Programa Nacional de Triagem Neonatal.

Cabe ressaltar que as duas implementações das tecnologias são inovações para o SUS; no caso do onasgenosgeno abeparvovec, o Brasil é o primeiro país a disponibilizar uma terapia gênica de forma gratuita.

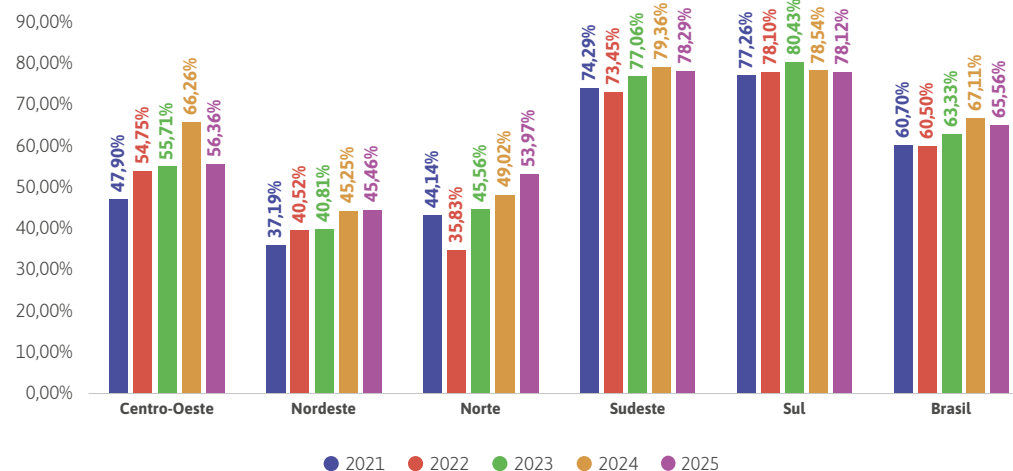
Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN)

O PNTN compreende ações iniciadas a partir do rastreamento populacional de doenças como fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme e outras hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita, deficiência de biotinidase e toxoplasmose congênita. Seu objetivo é identificar, de forma oportuna, doenças em recém-nascidos, possibilitando intervenção adequada, tratamento e acompanhamento contínuo, com vistas à redução da morbimortalidade e à melhoria da qualidade de vida. A Lei n.º 14.154/2021, em vigor desde maio de 2022, alterou o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) para ampliar, de forma escalonada e progressiva, o rol mínimo de doenças rastreadas pelo teste do pezinho. Em 2023, uma análise crítica do cenário do PNTN identificou paralisações de programas estaduais, fragilidades na logística de transporte de amostras, atrasos ou ausência na entrega de resultados, vazios assistenciais para doenças diagnosticadas e ausência de pactuação nas instâncias gestoras quanto à continuidade da triagem neonatal nos estados.

Diante da ampliação prevista em lei e do cenário identificado, foi proposta a reestruturação normativa do PNTN, pactuada na Comissão Intergestores Tripartite em 29 de fevereiro de 2024. A Portaria GM/MS n.º 7.293, publicada em 26 de junho de 2025, instituiu novo modelo de funcionamento do Programa, com foco na centralização laboratorial, na organização nacional da logística de amostras, na modernização da habilitação de serviços e na criação de incentivo de custeio para os Serviços de Referência em Triagem Neonatal. A centralização laboratorial constitui a principal mudança, ao permitir a reorganização da rede, maior eficiência na execução da triagem, redução de custos com insumos e maior celeridade na ampliação do escopo de doenças previsto na Lei n.º 14.154/2021.

A melhoria dos indicadores nacionais do PNTN permanece desafiadora, em razão da heterogeneidade estrutural e operacional entre as unidades federadas. Um dos principais indicadores de monitoramento é a idade do recém-nascido na data da coleta do teste do pezinho. A partir de junho de 2025, o Programa passou a atuar em conjunto com a área de doenças raras. Em 2025, 65,56% dos nascidos vivos realizaram a coleta até o quinto dia de vida no âmbito do PNTN. A seguir, apresenta-se a comparação percentual por região.

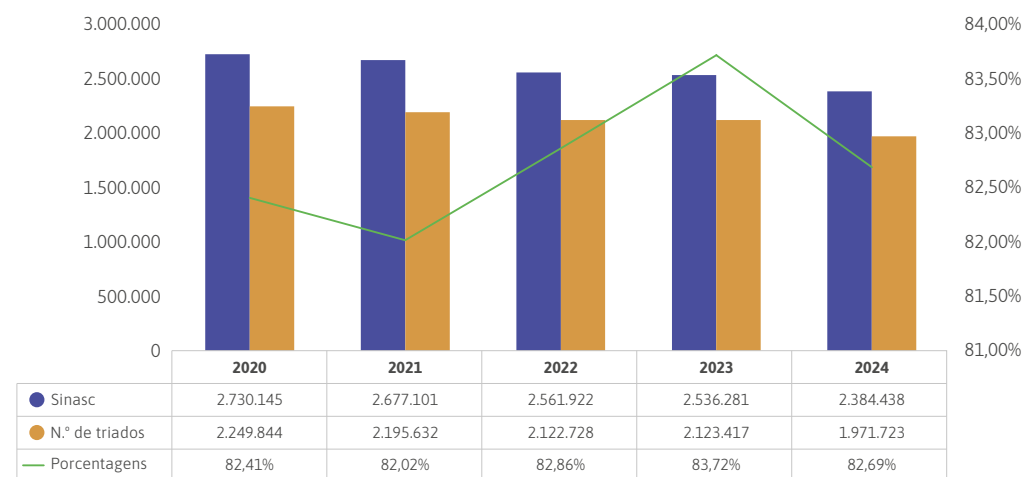
Gráfico 28 – Percentual de Coletas do Teste do Pezinho até o Quinto Dia de Vida do Recém-Nascido – 2021 a 2025



Fonte: Saes/MS. Dados extraídos em 9/1/2026.

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 2020 e 2024.

Gráfico 29 – Cobertura Percentual do PNTN – 2020 a 2024



Fonte: Relatório Anual de Dados do PNTN – 2024, plataforma Forms. Saes/MS. Dados apurados em 25 de julho de 2025.

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

Nota 2: os dados do Sinasc para 2024 são preliminares.

2.2.11 Sistema Nacional de Transplantes (SNT)

O 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.

Em 25 de setembro de 2025, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 8.041, a qual altera a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 4, de 28 de setembro de 2017, com o objetivo de instituir a Política Nacional de Doação e Transplantes e redefinir o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Referido ato normativo estabelece disposições transitórias, com produção de efeitos plena a partir de março de 2026. 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 (CETs); 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 as equipes transplantadoras especializadas; e a rede de serviços auxiliares específicos para a realização de transplantes.

Atualmente, a rede transplantadora do Brasil conta com 1.295 serviços de transplante distribuídos em 681 centros transplantadores, 45 laboratórios de histocompatibilidade, 61 bancos de tecidos e 2.493 estabelecimentos notificantes. Em 2025, foram habilitados 81 serviços transplantadores de órgãos sólidos, tecidos e células progenitoras hematopoiéticas. Destaca-se que a Portaria GM/MS n.º 8.249, de 3 de novembro de 2025, institui o incremento financeiro para qualificação do Sistema Nacional de Transplantes sobre o Programa Nacional de Qualidade na Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (Prodoto), que se encontra em fase de análise de propostas para cadastros de equipes.

No que se refere aos dados de doação e de transplantes realizados, as informações preliminares indicam número de potenciais doadores por milhão de população (PMP), de 71 em 2024 para 74,5 em 2025, resultando em 15.909 de janeiro a dezembro de 2025, conforme demonstrados na tabela a seguir.

Tabela 25 – Doadores de Órgãos – 2018 a 2025

Brasil	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Potencial doador	10.792	11.407	10.680	12.258	13.349	14.140	15.101	15.909
Potencial doador (PMP)	52,0	54,7	50,8	57,9	62,6	69,6	71	74,5
Doador efetivo	3.531	3.767	3.329	3.205	3.522	4.129	4.086	4.321
Doador efetivo (PMP)	17,0	18,1	15,8	15,1	16,5	20,3	19,2	20,2
Percentual de efetivação	32,7%	33,0%	31,2%	26,1%	26,4%	29,2%	27,1%	27,2%

Fonte: Sistema Informatizado do Ministério da Saúde (SIG-SNT)/CET. Data da extração dos dados: 20 de fevereiro de 2026.
Nota 1: dados sujeitos a alterações com base no envio ou em correção futura.
Nota 2: partes por milhão da população (PMP). De 2018 a 2022, utilizou-se a estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referente ao ano anterior. A partir de 2023, está sendo considerada a população prospectada pelo Censo IBGE de 2022 para os anos seguintes.
Nota 3: os dados de 2020 a 2024 foram alterados devido a uma reanálise dos dados, resultando em sensível diferença nos números (±1).
Nota 4: dados de janeiro a dezembro de 2025.

As listas de espera para transplantes registraram aumento significativo, especialmente para rim e córneas, que são as mais demandadas. Em 2025, o total de pessoas aguardando um órgão chegou a 48.159, um crescimento de 6,1% em comparação ao mesmo período de 2024. No caso das córneas, a lista atingiu 34.552 pacientes, representando aumento de 12,1% em relação ao ano anterior.

Tabela 26 – Número de Pacientes no Cadastro Técnico – Lista de Espera – 2018 a 2025

Brasil	Coração	Fígado	Pulmão	Rim	Pâncreas	Pâncreas e rim	Intestino	Multivisceral	Total de órgãos	Córnea	Total
2018	397	1.926	203	28.695	69	604	3	5	31.902	10.676	42.578
2019	387	1.968	208	30.725	70	527	3	5	33.893	12.212	46.105
2020	359	1.812	229	30.016	58	426	4	5	32.909	16.337	49.246
2021	392	1.963	247	31.764	54	400	2	8	34.830	20.134	54.964
2022	416	2.132	200	34.807	53	412	5	8	38.033	23.946	61.979
2023	386	2.260	166	38.010	46	398	5	7	41.278	26.690	67.968
2024	450	2.293	216	41.971	44	377	4	9	45.364	30.803	76.167
2025	460	2.430	267	44.558	31	401	3	9	48.159	34.552	82.711
TOTAL	3.247	16.784	1.736	280.546	425	3.545	29	56	306.368	175.350	481.718

Fonte: SIG-SNT/CET. Cadastro técnico = lista de espera para potenciais receptores ativos + semiativos. Dados extraídos em 2/1/2026.
Nota 1: dados sujeitos a alterações com base no envio ou em correção futura.
Nota 2: de 2018 a 2024, dados referentes ao último dia útil do ano.

Em números absolutos, o total de transplantes realizados em 2025 apresenta crescimento de 2% em relação aos dados atualizados de 2024. Desse total, os transplantes de órgãos sólidos cresceram 5%, enquanto os transplantes de córneas tiveram aumento de 4%, no mesmo período, conforme demonstra a tabela a seguir:

Tabela 27 – Número de Transplantes Realizados – 2018 a 2025

	Coração	Fígado	Pulmão	Rim	Pâncreas	Pâncreas e rim	Intestino	Multivisceral	Total de órgãos	Córnea	Medula óssea
2018	358	2.217	119	5.984	44	106	0	4	8.832	14.789	2.879
2019	383	2.264	106	6.304	47	130	2	1	9.237	14.942	3.490
2020	308	2.075	65	4.830	40	108	1	0	7.427	7.349	2.882
2021	334	2.058	84	4.831	45	117	3	2	7.474	12.869	3.180
2022	363	2.163	106	5.406	21	113	0	2	8.174	14.082	3.385
2023	430	2.419	81	6.211	26	93	0	1	9.261	16.028	3.480
2024	443	2.456	93	6.325	16	125	0	3	9.461	17.108	3.743
2025	427	2.573	96	6.698	25	117	1	1	9.938	17.790	3.258
BRASIL	3.046	18.225	750	46.589	264	909	7	14	69.804	114.957	26.297

Fonte: SIG-SNT/CET. Dados extraídos em 20/2/2026.
Nota 1: dados sujeitos a alterações com base no envio ou em correção futura.
Nota 2: os números de transplantes de órgãos e córneas, de 2018 a 2024, foram alterados devido a uma reanálise dos dados, resultando em sensível diferença de números (±1).
Nota 3: foi incluído transplante de intestino e multivisceral, considerando os dados da lista de espera que informam os pacientes aguardando transplante de intestino e multivisceral.

Comparando os dados de 2025 com os de 2024, observa-se aumento nos transplantes de pulmão (3%), fígado (5%), fígado com doador falecido (5%) e rim com doador falecido (8%). Houve queda na taxa de transplantes de pâncreas-rim (-6%), multivisceral (-67%) e coração (-4%). Os transplantes de córnea cresceram 4%. Em relação aos transplantes de medula óssea, houve redução em todas as modalidades: autólogo (-9%), alogênico aparentado (-19%) e alogênico não aparentado (-18%), resultando em uma queda geral de 13%.

Entre janeiro e novembro de 2025, foi realizado um total de 4.086 transportes aéreos por meio do ACT 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. Destaca-se que, no mesmo período, a Força Aérea Brasileira (FAB) realizou, do montante total, 218 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. Salienta-se ainda a celebração do novo Termo de Execução Descentralizada n.º 101/2025 para transporte aéreo de órgãos, tecidos e equipes, realizado entre o Comando de Operações Aeroespaciais (Comae) e o Ministério da Saúde.

Índice de Transplante de Órgãos Sólidos

Em 2025, foram realizados 9.938 transplantes de órgãos sólidos, com um índice de 46,5 transplantes de órgãos sólidos PMP. Para esse cálculo, utilizou-se a população de 213.421.037 habitantes, referente a 2025, 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 SNT, alcançou 20,2 doadores efetivos PMP em 2025, considerando o período de janeiro a dezembro. Para fortalecer o SUS e aprimorar o atendimento à população, o MS 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, são apresentados 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 o menor índice, evidenciando a necessidade de incentivos e maior suporte para fortalecer a assistência na região.

Tabela 28 – Índice de Transplantes de Órgãos Sólidos PMP – 2025

Região	Índice apurado*	Transplante	População
Centro-Oeste	33,5	578	17.238.818
Nordeste	34,1	1.957	57.244.485
Norte	12,5	235	18.801.282
Sudeste	57,2	5.084	88.825.643
Sul	66,6	2.084	31.310.809
BRASIL	46,5	9.938	213.421.037

Fonte: SIG-SNT/CET. Dados extraídos em 20/2/2026.

*Número de transplantes por milhão de população.

Nota: partes por milhão da população (PMP). De 2018 a 2022, utilizou-se a estimativa populacional do IBGE referente ao ano anterior. A partir de 2023, está sendo considerada a população prospectada pelo Censo IBGE de 2022 para os anos seguintes.

Incremento Financeiro para Qualidade do Sistema Nacional de Transplantes

A Portaria GM/MS n.º 1.262, 12 de setembro de 2023, instituiu o atual Incremento Financeiro para Qualidade do Sistema Nacional de Transplantes no âmbito do 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 indicadores baseados na quantidade de procedimentos realizados e na sobrevida do paciente no pós-transplante em dois momentos distintos. Atualmente, existem 202 serviços de transplante habilitados para receber o incremento financeiro, conforme descrito a seguir.

Tabela 29 – Serviços de Transplante Habilitados para Receber o Incremento Financeiro para Qualidade do Sistema Nacional de Transplante – 2025

Serviço classificado	Nível A	Nível B	Nível C	Nível D	Nível E	Total
Transplante de rim	45	17	19	3	1	85
Transplante de fígado	21	10	7	6	5	49
Transplante de medula óssea NAP*	15	2	-	5	5	27
Transplante de coração	15	2	6	-	1	24
Transplante de pâncreas	3	5	3	-	1	12
Transplante de pulmão	3	-	1	-	1	5
TOTAL	102	36	36	14	14	202

Fonte: Cnes. Dados extraídos em 10/12/2025. Dados sujeitos a alterações com base no envio ou em correção futura.

*NAP: não aparentado.

Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPOs)

As 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. Atualmente, existem 82 OPOs habilitadas na etapa II. Entre janeiro de 2019 e dezembro de 2025, o incentivo financeiro destinado às 82 OPOs foi de R\$ 131.080.000,00, distribuídos em 22 unidades federativas.

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 direção do MS, 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.

Tabela 30 – Estabelecimentos de Sangue por Região – 2025

Região	Estabelecimentos de saúde	Estabelecimentos por tipo							Estabelecimentos por natureza		
		Agência Transfusional (AT)	Núcleo de Hemoterapia (NH)	Unidade de Coleta e Transfusão (UCT)	Hemocentro Regional (HR)	Unidade de Coleta (UC)	Hemocentro Coordenador (HC)	Central de Triagem Laboratorial de Doadores (CTLD)	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%

A lista completa de estabelecimentos de saúde por unidade federada está disponível no link:

 <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoib2N1YTA0ODc0ODk4Yy00NjkyLWI4NGYtMDNiZTQzNTExYzg2liwiZC16ImI2N2FmImJmLWwMZWZjMTNgQzNS04MGM3LWI3MDg2IjZlVzG04MSJ9>

Política de Captação de Doadores/ Promoção da Doação Voluntária de Sangue

As ações de Promoção da Doação Voluntária de Sangue têm por objetivo conscientizar e engajar

a população para a doação voluntária e regular de sangue, reforçando a importância desse gesto de cidadania para assegurar o suporte transfusional necessário a tratamentos e procedimentos terapêuticos. A seguir, são apresentados os motes das campanhas de 2021 a 2025:

Figura 12 – Campanhas para Promoção da Doação Voluntária de Sangue – 2021 a 2025



Em 2025, a campanha de promoção da doação voluntária de sangue realizada pelo Ministério da Saúde teve como slogan: **“Doe sangue. Você pode”**. A campanha de 2025 trouxe uma reflexão importante sobre atitude e disposição, promovendo a doação de sangue como um hábito de vida, autocuidado, bem-estar e de construção de uma cultura solidária inspiradora e motivacional. O objetivo foi traçar um paralelo entre atitudes diárias e a familiaridade com a expressão “dar o sangue”, como uma ideia palpável de que, se uma pessoa está disposta a dar o sangue por uma causa, ela também pode doar sangue para ajudar a salvar outras vidas. A campanha pode ser acessada pelo link:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/campanhas-da-saude/2025/doacao-de-sangue>

Frequência de Coleta de Sangue no SUS

De acordo com os dados de Produção Hemoterápica Nacional, no período de janeiro a setembro de 2025, foram realizadas 2.447.831 coletas de sangue no SUS.

Tabela 31 – Frequência de Coleta de Sangue no SUS – 2021 a 2025

UF/Região	2021	2022	2023	2024*	2025**
DF	50.115	50.481	54.767	55.570	45.263
GO	115.431	126.162	121.383	125.170	98.529
MS	49.674	49.058	49.666	52.654	39.472
MT	59.369	72.198	75.109	80.788	53.175
Centro-Oeste	274.589	297.899	300.925	314.182	236.439
AL	41.096	45.934	45.152	37.190	7.253
BA	170.223	178.654	196.568	182.987	169.656
CE	97.640	99.899	105.725	107.809	87.245
MA	80.786	88.407	93.258	94.105	74.105
PB	80.989	87.191	91.862	90.302	91.479
PE	158.685	161.943	166.011	172.527	118.805
PI	48.223	50.346	49.121	50.632	40.923
RN	59.541	65.518	67.780	71.610	55.180
SE	24.551	25.931	28.165	29.459	24.889
Nordeste	761.734	803.823	843.642	836.621	669.535
AC	12.981	12.150	12.810	10.861	10.841
AM	55.153	67.259	66.256	66.444	48.935
AP	13.137	14.381	15.534	15.388	6.700
PA	84.124	96.492	97.642	106.238	82.091
RO	29.791	31.356	34.627	31.272	23.289
RR	12.088	13.830	10.151	1.666	8.364
TO	20.648	22.306	23.932	26.109	20.209
Norte	227.922	257.774	260.952	257.978	200.429
ES	58.673	71.340	80.684	75.015	57.640
MG	292.024	288.721	317.686	318.335	239.127
RJ	158.291	159.225	156.053	136.190	98.446
SP	743.882	734.654	721.358	789.939	555.092
Sudeste	1.252.870	1.253.940	1.275.781	1.319.479	950.305

UF/Região	2021	2022	2023	2024*	2025**
PR	195.589	214.114	222.942	230.907	128.860
RS	204.302	212.832	222.716	224.306	162.604
SC	118.527	119.625	121.779	126.552	99.659
Sul	518.418	546.571	567.437	581.765	391.123
BRASIL	3.035.533	3.160.007	3.248.737	3.310.025	2.447.831

Fonte: Saes/MS e SIA/SUS.

* Os dados de 2024 são preliminares, sujeitos a atualizações.

**Os dados de janeiro a setembro de 2025, extraídos em 30 novembro de 2025, estão sujeitos a alterações.

Monitoramento do Estoque de Sangue no País

O MS monitora o quantitativo de bolsas de sangue em estoque nos maiores hemocentros dos estados e do DF em situação de contingência. Essa estratégia permite a tomada de decisão sobre a mobilização de hemocomponentes no País, visando reduzir os efeitos de eventuais desabastecimentos de sangue e componentes.

Quando acionado, o Plano Nacional de Contingência do Sangue possibilita o remanejamento de bolsas de derivados do sangue entre as unidades federativas para aquelas com maior dificuldade momentânea de obtenção de doações e acesso, contando com o apoio operacional e logístico do MS. Considerando o período de 2020 a 2025, 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); eventos de enchentes de grandes proporções 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.

Figura 13 – Informação Estatística do Remanejamento em Contingência

 **61** solicitações de remanejamento atendidas

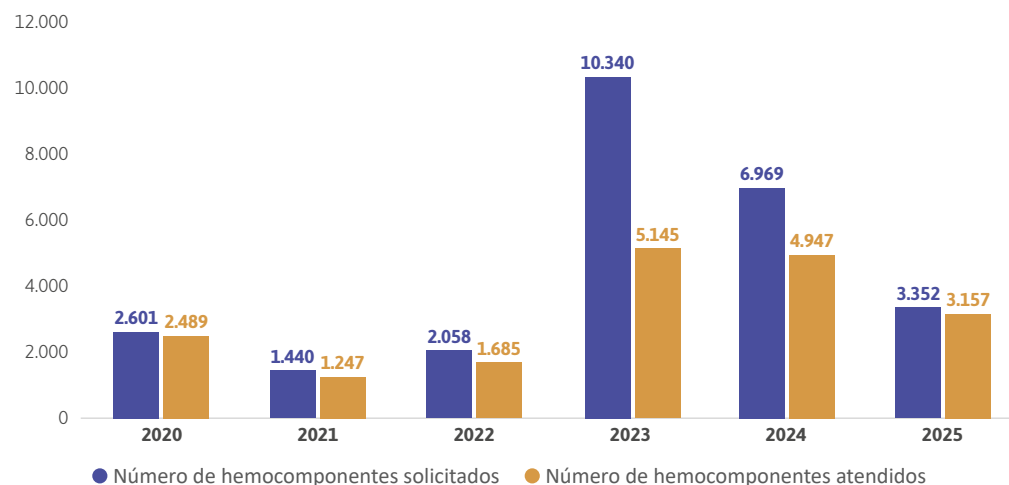
 **18** estados contemplados

 **11** estados fornecedores de hemocomponentes

 **18.670** bolsas de hemocomponentes remanejadas

Fonte: Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH/Daet/Saes/MS). Dados de 2020 a 2025.

Gráfico 30 – Número de Bolsas de Concentrados de Hemácias Solicitadas e Atendidas para Remanejamento em Contingência – 2020 a 2025



Fonte: Saes/MS. Dados parciais, extraídos em 23/12/2025, sujeitos a alterações.

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 Hemorrede e o financiamento da produção e disponibilização dos testes de ácidos nucleico (NAT) em amostras de doadores.

Quanto ao NAT, até setembro de 2025, foram 2.447.831 amostras de doações de sangue e componentes analisadas com o teste de ácido nucleico produzido pelo Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos) – kit NAT brasileiro – disponibilizado pelo MS, o que representa cerca de 100% das bolsas coletadas nos serviços de hemoterapia, públicos e privados, que atendem à rede SUS.

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 à 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 Hemorrede, 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 100 amostras positivas para malária entre as 7 milhões de amostras testadas com o novo kit NAT Plus, sendo 44 na Região Norte, 28 no Sul, 17 no Sudeste, 10 no Nordeste e 1 no Centro-Oeste.

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. Para enfrentar esse desafio, em 2013, o MS, em parceria com a Hemorrede Nacional, estabeleceu o Cadastro Nacional de Sangue Raro (CNSR). O objetivo é centralizar informações sobre doadores raros registrados nos hemocentros do País. Esse cadastro tem contribuído para a melhoria e a agilidade no atendimento às demandas por sangue raro, facilitando a busca e aumentando as chances de identificação de doadores compatíveis em tempo hábil.

O CNSR finalizou 2025 com 1.072 doadores com fenótipos raros registrados e um total de 26 tipos diferentes de sangue raro. Nesse ano, foram realizadas 42 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

O Programa Nacional de Coagulopatias tem como um de seus objetivos assegurar o acesso a terapias eficazes e inovadoras para pessoas com hemofilia e outras coagulopatias hereditárias no âmbito do SUS.

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 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 MS disponibiliza os medicamentos pró-coagulantes, com o objetivo de garantir tratamento ininterrupto das pessoas com doenças hemorrágicas hereditárias. O acompanhamento dessa ação, assim como os registros das informações, é realizado pelos centros de tratamento no âmbito do SUS, por meio do cadastro no Programa de Coagulopatias Hereditárias, via Sistema Hemovida Web Coagulopatias (HWC).

O ano de 2025 apresentou o total de 35.778 pacientes cadastrados com coagulopatias hereditárias no País (dados preliminares). O Brasil possui a quarta maior população mundial de pacientes com hemofilia, de acordo com dados divulgados pela Federação Mundial de Hemofilia (*World Federation of Hemophilia*). 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.

Para o tratamento das hemofilias, o MS 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 da distribuição do Fator VIII de origem plasmática e recombinante, e do Fator IX de origem plasmática em UIs, e sua relação per capita, conforme série histórica de dispensação desses fatores.

Tabela 32 – Distribuição de Fatores de Coagulação VIII e IX – 2021 a 2025

Anos	Distribuição em UIs			Distribuição em UI per capita	
	Fator VIII recombinante	Fator VIII plasmático	Fator IX plasmático	Fator VIII*	Fator IX plasmático
2021	760.000.000	207.380.496	156.628.304	4,53	0,73
2022	760.000.000	298.529.984	142.514.208	4,96	0,67
2023	841.962.750	232.880.000	175.692.300	5,29	0,86
2024	879.311.500	251.203.000	182.723.400	5,32	0,86
2025	994.759.750	276.483.250	196.075.000	5,96	0,92

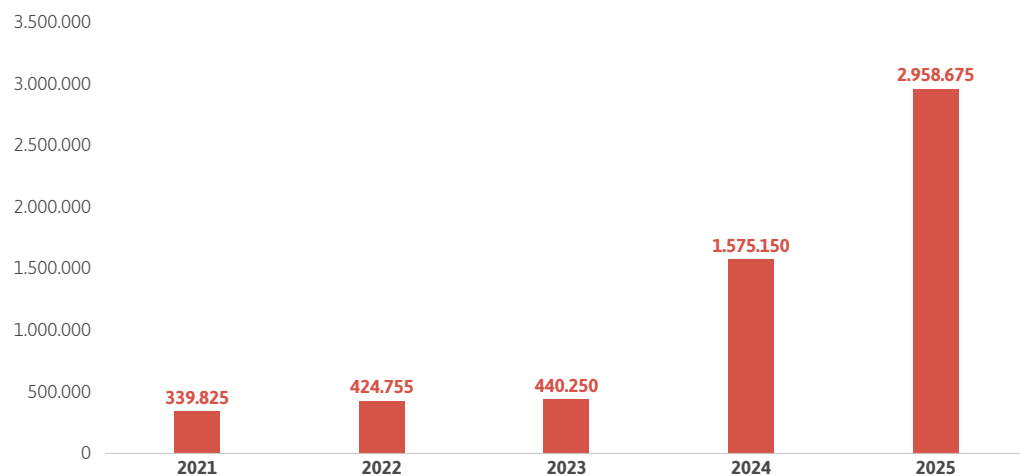
Fonte: dados extraídos do relatório de distribuição, anos de 2021 a 2025, até 19 de dezembro de 2025 (SHWC).

*Somatória de Fator VIII de origem plasmática e de origem recombinante.

Destaca-se, no contexto das hemofilias, a recente ampliação de uso do medicamento emicizumabe para tratamento de crianças de até 6 anos. O medicamento, incorporado e disponibilizado pelo SUS desde 2021, foi aprovado por unanimidade na 146ª Reunião Ordinária da Conitec, realizada em 4 de dezembro de 2025, para tratamento profilático de pacientes com hemofilia grave, sem anticorpos inibidores do Fator VIII, para crianças com até 6 anos de idade no início do tratamento. No início de 2025, o público-alvo atendido com o medicamento Emicizumabe era de 353 pacientes, com ampliação para 513 pacientes atualmente cadastrados no HWC. Com a recente mudança no protocolo de utilização existe a previsão de entrada de mais de 450 pacientes ao longo do ano de 2026.

Demonstra-se, neste contexto, o resultado das aquisições do Emicizumabe por meio de contratos firmados nos anos de 2021 a 2025, para atendimento desta população, de acordo com os critérios dos protocolos de uso atuais. Ressalta-se que o volume total de 2025 já conta com a aquisição realizada no mês de dezembro de 2025 que contempla os pacientes em tratamento e os novos pacientes que serão inseridos no tratamento em 2026 devido a ampliação de uso.

Gráfico 31 – Aquisição de Emicizumabe (em mg) – 2021 a 2025



Fonte: Contratos firmados pelo MS nos anos de 2021 a 2025.
Nota: o emicizumabe foi adquirido pela primeira vez em 2021.

O Programa Nacional de Coagulopatias Hereditárias consolida-se como um programa abrangente e organizado, disponibilizando tratamento adequado e contínuo, com acompanhamento multiprofissional, promovendo a prevenção de complicações e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes assistidos. Atua alinhado às melhores práticas internacionais em assistência e inovações tecnológicas.

O impacto clínico das estratégias adotadas é mensurado pelo índice de eventos hemorrágicos na população assistida. Este indicador reflete diretamente a assertividade dos protocolos de profilaxia. Enquanto a Federação Mundial de Hemofilia preconiza uma meta inferior a dois episódios anuais por paciente, o monitoramento nacional em 2025 alcançou a marca de 1,08, consolidando o sucesso da gestão terapêutica no período.

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 (DF) 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 Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias (AIPDF), publicada na Portaria GM/MS n.º 1.391, de 16 de agosto de 2005, atualmente na Portaria de Consolidação n.º 2/2017 – Anexo XXXVI. Em 2025, mantiveram-se os avanços no âmbito dessa política, evidenciados pela ampliação do número de pacientes acompanhados no SUS e cadastrados no Sistema Hemovida Web Hemoglobinopatias (SHWH), num total de 34.886 pessoas com hemoglobinopatias.

Tabela 33 – Pacientes com Hemoglobinopatias Cadastrados no SHWH – 2021 a 2025

Ano	Total de pacientes
2021	24.082
2022	28.374
2023	31.034
2024	33.145
2025	34.886

Fonte: CGSH/Daet/Saes/MS – SHWH, extração em 19 de novembro de 2025.

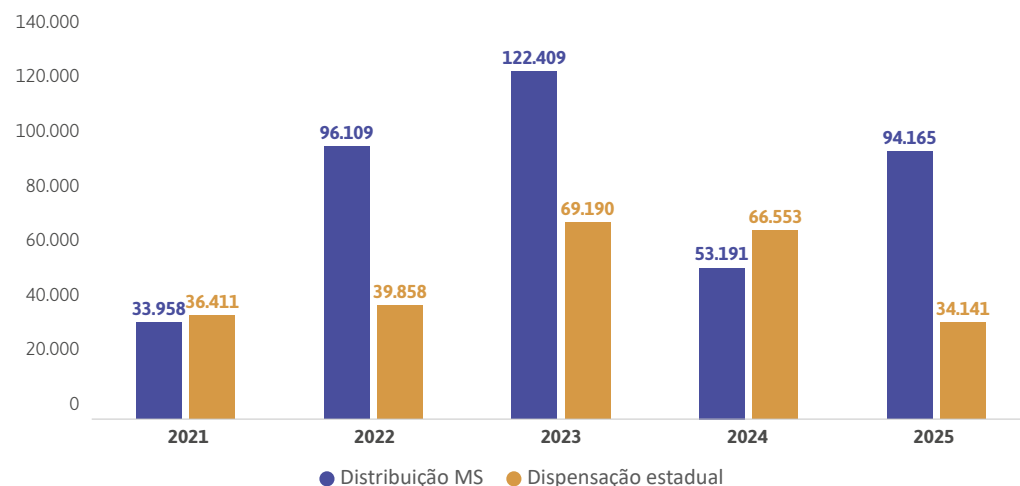
Com relação à doença falciforme, em 2025 o SHWH contabilizou 31.683 pessoas cadastradas, consolidando a DF como a hemoglobinopatia de maior prevalência nos registros desse Sistema. As ações desenvolvidas nos anos anteriores, como revisão de protocolos, capacitações multiprofissionais, produção de materiais técnicos e fortalecimento da rede de atenção, continuam repercutindo positivamente na ampliação do acesso ao diagnóstico e ao cuidado multiprofissional.

O doppler transcraniano é um exame essencial no acompanhamento de crianças e adolescentes com DF, sendo recomendado anualmente para a faixa etária de 2 a 16 anos, com o objetivo de prevenir o acidente vascular cerebral (AVC). Em 2025, foram realizados, segundo dados do SIA/SUS e do SIH/SUS: 3.373 exames de doppler transcraniano em crianças e adolescentes de 2 a 16 anos, e 160 exames em crianças de até 2 anos de idade.

Esses números demonstram a continuidade do esforço do MS e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para ampliação do acesso ao exame, apesar dos desafios persistentes, especialmente na Região Norte, relacionados à indisponibilidade de equipamentos e à escassez de profissionais capacitados, além de desafios no registro de exames que são realizados e não computados nos sistemas oficiais.

A profilaxia antibiótica com fenoximetilpenicilina potássica continua sendo estratégia fundamental para a redução da mortalidade infantil em crianças com DF, conforme preconizado no PCDT. A distribuição do medicamento permanece sendo monitorada de forma contínua, considerando os desafios enfrentados nos processos de aquisição nos últimos anos, bem como a necessidade de garantir regularidade no abastecimento e na adesão ao tratamento.

Gráfico 32 – Evolução da Distribuição e Dispensação de Fenoximetilpenicilina Potássica para Pacientes de até 5 Anos (em Total de Frascos) – 2021 a 2025



Fonte: SHWH, Hórus e Webserv.

Nota: 3.325 crianças cadastradas no SHWH.

2.2.13 Atenção Especializada em Oncologia no Âmbito do SUS

Atualmente, o SUS conta com 333 estabelecimentos de saúde habilitados na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS, entre Centros de Assistência de Alta Complexidade (Cacon) e Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), conforme consulta realizada no Cnes, em dezembro de 2025. No que se refere

aos procedimentos de diagnóstico, destaca-se a existência de 50 estabelecimentos de Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer de Colo de Útero (SRC). Existem também 32 Serviços de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM). Em 2025, houve vários avanços com a publicação de normativas e políticas públicas:



De janeiro a novembro de 2025, foram realizados 4.904.671 procedimentos especializados (cirurgia, radioterapia e quimioterapia) para o tratamento do câncer, sendo 420.299 procedimentos cirúrgicos, 171.628 procedimentos de radioterapia e 4.312.744 procedimentos de quimioterapia, conforme dados apurados no SIA/SUS e no SIH/SUS em 22 de janeiro de 2026.

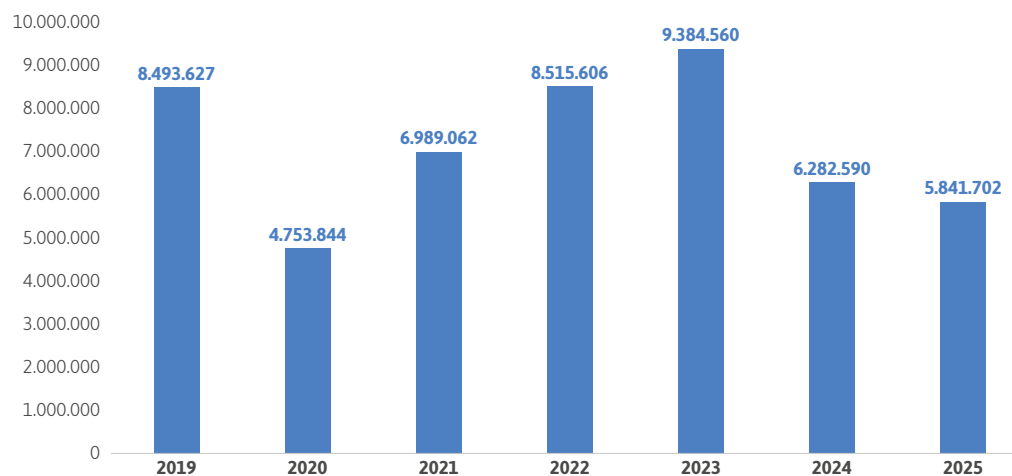
Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (CCU)

O CCU é uma doença evitável e curável quando detectada precocemente e tratada de forma adequada, contudo continua a ser um problema de saúde pública global, especialmente em países em desenvolvimento, sendo o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres em todo o mundo.

A infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é considerada uma das principais causas para o desenvolvimento do CCU. Fatores como a coinfeção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), tabagismo, multiparidade e uso prolongado de anticoncepcionais também se associam aos fatores de risco do desenvolvimento do CCU. Apesar da disponibilização da vacina contra o HPV no SUS desde 2014, o impacto sobre a magnitude da doença ainda é limitado. Isso ocorre porque a cobertura vacinal permanece baixa e os efeitos esperados na redução da incidência e da mortalidade serão observados somente em longo prazo, quando a coorte de mulheres vacinadas atingir a faixa etária indicada para o início do rastreamento (momento em que o risco de desenvolvimento do CCU e de lesões precursoras se torna maior).

Nesse contexto, o rastreamento continua sendo uma estratégia fundamental, sobretudo porque as mulheres e pessoas com útero não vacinadas permanecem em maior risco e dependem exclusivamente da detecção precoce. De janeiro a setembro de 2025, o número de exames citopatológicos na faixa etária preconizada para o rastreamento (25 a 64 anos) foi de 5.841.702 exames, dados preliminares que podem sofrer alterações.

Gráfico 33 – Número de Exames Citopatológicos – 2019 a 2025



Fonte: SIA/SUS. Dados de janeiro a setembro de 2025, extraídos em 23/2/2026. Procedimento: 02.03.01.008-6 – Exame citopatológico cervico vaginal/ microflora-rastreamento.

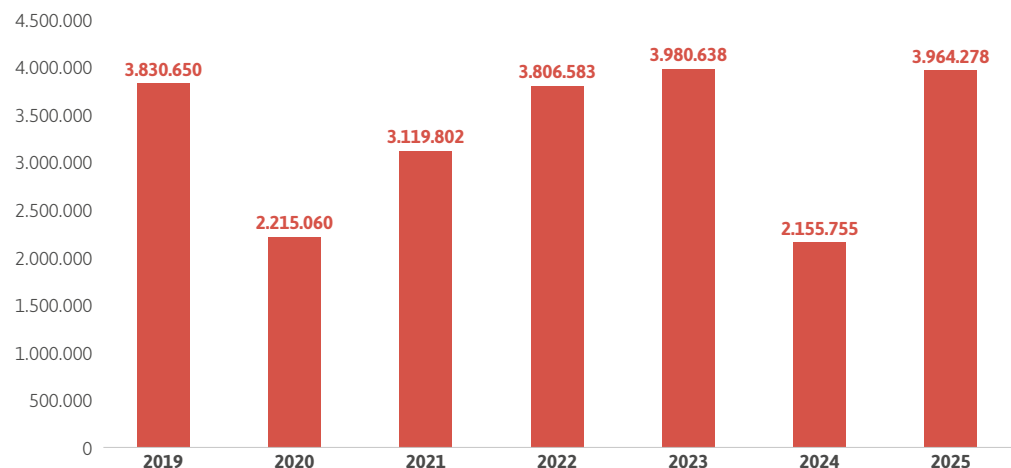
Rastreamento do Câncer de Mama

No mundo, o câncer de mama é a principal causa global de incidência, com 11,7% do total de casos. Em 2020, ocorreram em torno de 2,3 milhões de casos novos, equivalente a 24,5% de todos os cânceres em mulheres, excluída 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 País, publicada pelo Inca em 2023, o número estimado de casos novos de câncer de mama no Brasil, para o triênio 2023 a 2025, foi de 73.610 casos, correspondendo a um risco estimado de 66,54 casos novos a cada 100 mil mulheres. 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. Além disso, toda mulher a partir de 40 anos pode ter acesso à mamografia no SUS, o exame que ajuda a detectar o câncer de mama mais cedo. Quanto mais cedo o câncer de mama é detectado, maiores são as chances de cura, uma vez que 23% dos casos de câncer de mama no Brasil surgem em mulheres entre 40 e 49 anos.

Esclarece-se que, antigamente, para ter acesso à mamografia pelo SUS nessa faixa etária, muitas vezes era preciso apresentar sintomas ou ter histórico familiar da doença. Agora, mulheres a partir de 40 anos poderão realizar o exame, mesmo sem sintomas, em decisão conjunta com o médico, que vai avaliar com a paciente os prós e contras do rastreamento precoce. Outra mudança importante é a ampliação da faixa etária: antes o rastreamento ativo bianual ia até os 69 anos, agora será estendido até os 74 anos. Os exames devem ser ofertados por todos os estados e municípios, de acordo com as novas diretrizes do MS.

Gráfico 34 – Frequência de Mamografias Bilaterais para Rastreamento – 2019 a 2025



Fonte: SIA/SUS. Dados de janeiro a setembro de 2025, extraídos em 23/2/2026. Procedimento: 02.04.03.018-8 – Mamografia bilateral para rastreamento.

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – PCDT de Mama

O Ministério da Saúde publicou o novo PCDT de mama, por meio da Portaria Conjunta Saes/Sectics/MS n.º 17, de 25 de novembro de 2024 (retificada em 5 de dezembro de 2024). Os PCDT promovem equidade no tratamento, ao definir a conduta para a doença, que deve ser aplicada em todos os estabelecimentos que atendem ao SUS. Os PCDT são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravamento à saúde;

o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. Os principais avanços do novo PCDT de mama são a oferta dos medicamentos trastuzumabe entansina e inibidores de ciclina, supressão ovariana medicamentosa, hormonioterapia parenteral, fator estimulador de colônia para suporte em esquema de dose densa e ampliação da neoadjuvância para os estágios 1 a 3.

Procedimentos Cirúrgicos Minimamente Invasivos pela Técnica de Videolaparoscopia

No final de 2024, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 5.776, 4 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 o País a partir de 2025. Os procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos por técnica de videolaparoscopia são considerados importantes avanços na modernização dos tratamentos oncológicos, visto que permitem aos médicos acessar órgãos internos por meio de pequenas incisões. Essa abordagem traz vantagens expressivas em relação às cirurgias convencionais, como menor tempo de recuperação, redução do risco de infecções, menor dor pós-operatória e cicatrizes menos visíveis. Além dos benefícios para os pacientes, o uso da videolaparoscopia também impacta positivamente a gestão do sistema de saúde. Com tempo de internação mais curto e menor necessidade de reintervenções por complicações, a técnica contribui para a otimização de recursos, fundamental em um sistema com alta demanda, como é o caso do SUS. A medida reforça o compromisso do governo federal em oferecer tratamentos modernos e eficientes à população.

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

O 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 2025, 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 2025, concluindo no total 83 soluções. Diante disso, essas entregas foram reprogramadas no Novo Programa de Aceleração de Crescimento (PAC) (2023-2026) e no PPA (2024-2027).

O contrato celebrado com a empresa *Varian Medical Systems* contempla a elaboração dos projetos executivos, o apoio à fiscalização das obras, licitadas pelo MS, 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 MS e a emissão de licença de operação pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (Cnen).

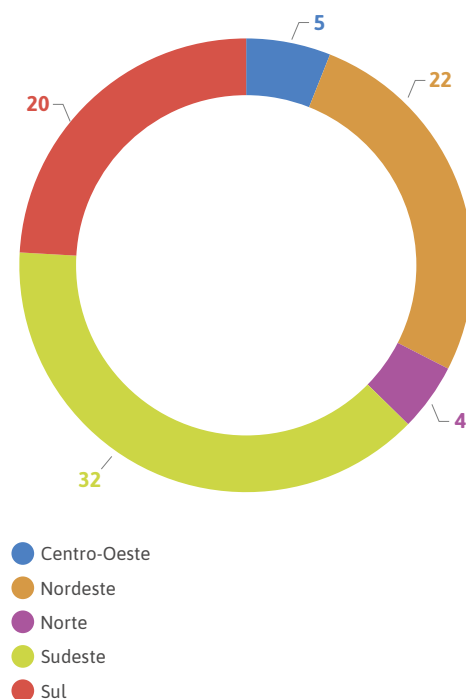
O PER-SUS tem um investimento de aproximadamente R\$ 675 milhões, dos quais R\$ 365 milhões são destinados para execução de obras e R\$ 310 milhões para aquisição de equipamentos, projetos e apoio à fiscalização. Até 2025, 83 soluções foram concluídas, das quais 78 estão com licença de operação e outras 5 aguardam tramitação documental entre os serviços e a Cnen para obtenção da licença de operação. Registra-se que quatro 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: Coordenação-Geral da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (CGCAN/Saes/MS). Dados extraídos em 15 de dezembro de 2025.

*CV/EO: Casa Mata Vazia/Equipamento Obsoleto.

Gráfico 35 – Soluções de Radioterapia Concluídas até 2025



Fonte: CGCAN/Saes/MS. Dados extraídos em 15/12/2025.

A conclusão é contabilizada a partir do momento em que a obra está concluída em 100% e o acelerador linear está instalado e comissionado. Após essa etapa, o serviço contemplado no plano deve iniciar os trâmites na Cnen para obtenção da licença de operação. Em 2025, 16 soluções de radioterapia atingiram 100% de execução, e para 2026 está prevista a conclusão de outras nove soluções.

Os atrasos enfrentados no projeto resultaram 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. Essa 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 um 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.

Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon)

O Pronon foi concebido para incentivar a realização de projetos de atenção oncológica, sendo instituído pela Lei n.º 12.715, de 17 de setembro de 2012, regulamentado pelo Decreto n.º 7.988, de 17 de abril de 2013, tendo a vigência prorrogada até 2026 pela Lei n.º 14.564, de 4 de maio de 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 ao aperfeiçoamento de recursos humanos em todos os níveis de atenção; bem como da realização de pesquisas clínicas, epidemiológicas, experimentais e socioantropológicas. Em 2025, foram realizados dois ciclos. No ciclo extraordinário de 2025, viabilizado pela Portaria SE/MS n.º 819, 23 de maio de 2025, foram aprovados 16 projetos, totalizando R\$ 133.902.659,45, dos quais 13 continham aceleradores lineares. O outro ciclo completo que ocorreu em 2025, para os três campos de atuação do programa, foi viabilizado pelo Edital de Chamamento público n.º 03/2025, e o resultado provisório foi publicado por meio da Portaria SE/MS n.º 907, 9 de dezembro de 2025.

2.2.14 Atenção em Saúde Bucal

A Política Nacional de Saúde Bucal organiza a Atenção Especializada por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), Serviços de Especialidades em Saúde Bucal (Sesb) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), garantindo a continuidade do cuidado iniciado na APS.

Em 2025, o Ministério da Saúde cofinanciou:

 **1.186** CEOs, dos quais

 **646** são integrados à Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD).

Para municípios de pequeno porte (até 30 mil habitantes), o Sesb consolidou-se como estratégia de descentralização, alcançando:

 **137** municípios cofinanciados até dezembro de 2025.

No campo da reabilitação, o suporte foi garantido por:

 **3.583** municípios com LRPD ativos em todo o País.

Como inovação estruturante, o Ministério da Saúde, em parceria com a AgSUS, implementou o fluxo digital (3D) em prótese dentária, com a aquisição e doação de 500 kits tecnológicos (scanners intraorais, impressoras 3D e insumos) para modernização dos LRPD. Essa iniciativa visa acelerar a produção protética, reduzir o tempo de espera dos usuários e elevar a resolutividade e a eficiência da Atenção Especializada. A integração dessas tecnologias 3D posiciona a saúde bucal brasileira em um novo patamar de inovação e qualidade assistencial dentro da Rede de Atenção à Saúde.

2.2.15 Regulação Assistencial e Controle do SUS

A Política Nacional de Regulação do SUS (PNR-SUS) 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 do acesso. O MS conduziu a revisão da PNR-SUS, publicada por meio da Portaria GM/MS n.º 9.262, de 30 de dezembro de 2025.

Sistema de Regulação (Sisreg) e o e-SUS Regulação

O Sisreg é utilizado no Brasil para organizar o fluxo de regulação em saúde, cobrindo procedimentos ambulatoriais e hospitalares. O MS coordena a gestão e a implementação do Sisreg, colaborando com as Centrais de Regulação para otimizar informações e melhorar a regulação. Em setembro de 2024, o MS lançou o e-SUS Regulação, que tem o propósito de substituir o Sisreg gradativamente. O e-SUS Regulação é 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, a organização de escalas e a priorização de agendamentos, promovendo integração entre os níveis de atenção e garantindo um atendimento mais eficiente. O e-SUS Regulação oferece avanços importantes, como: a) autorização de procedimentos sem agendamento, agilizando processos; b) lista fixa de procedimentos com códigos únicos, garantindo uniformidade; c) acesso seguro via autenticação no gov.br, aumentando a confiabilidade.

Quanto aos dados do Sisreg, em 2025, foram registradas 63.886.814 solicitações no módulo ambulatorial e 2.417.704 solicitações no módulo hospitalar. 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 regulação da demanda por serviços no SUS. Esse cenário destaca a importância da migração para o e-SUS Regulação, que proporcionará um gerenciamento mais eficiente e alinhado às necessidades atuais. Quanto ao e-SUS Regulação, este está implantado em 272 Centrais de Regulação, no módulo ambulatorial.

Tabela 34 – Solicitações de Atendimento Ambulatorial no Sisreg – 2025

REGIÃO	AMBULATORIAL	HOSPITALAR	TOTAL
Centro-Oeste	9.163.462	545.922	9.709.384
Nordeste	20.402.657	392.101	20.794.758
Norte	10.398.455	397.232	10.795.687
Sudeste	12.468.423	174.046	12.642.469
Sul	11.453.817	908.403	12.362.220
TOTAL	63.886.814	2.417.704	66.304.518

Fonte: BI-Sisreg. Dados extraídos em 23/2/2026.

Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC)

O MS é responsável por coordenar e operacionalizar a 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 2025, os atendimentos foram intermediados nas seguintes especialidades:

Tabela 35 – atendimentos realizados com intermediação da CNRAC, por especialidade – 2021 a 2025

Especialidade	N.º de atendimentos				
	2021	2022	2023	2024	2025
Cardiologia	361	326	389	287	315
Gastroenterologia	-	-	-	-	-
Neurologia/ Neurocirurgia	157	216	201	193	206
Oncologia	98	38	13	33	46
Traumatologia-Ortopedia	13	90	97	36	15
TOTAL	629	670	700	549	582

Fonte: SISCNRAC. Dados extraídos em 2/2/2026.
 Nota: os dados de 2024 foram atualizados, 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.

Sistemas de Informação

Conjunto Mínimo de Dados (CMD)

O CMD é o documento público que coleta os dados dos atendimentos em saúde realizados em qualquer estabelecimento de saúde do País, público ou privado, em cada contato assistencial. Trata-se de uma estratégia assumida pelos gestores das três esferas de gestão para redução da fragmentação da informação assistencial no Brasil, que possui dados de caráter clínico-administrativo da atenção à saúde. A integração com a RNDS encontra-se em andamento. Até o momento, foi homologado parcialmente o funcionamento do fluxo básico de um contato assistencial no CMD, contemplando as seguintes etapas: (i) coleta; (ii) transmissão; e (iii) enriquecimento.

O CMD-Coleta foi implantado e está em produção. O processo de refatoração do CMD-Coleta foi finalizado em outubro de 2025, com entrega de versão capaz de coletar e transmitir à RNDS os atendimentos do Programa Agora Tem Especialistas, no Componente Ambulatorial – Ofertas de Cuidados Integrados (OCI) e no Componente Cirúrgico, tanto ambulatorial quanto hospitalar – procedimentos eletivos prioritários para redução das filas, realizados em unidades móveis e em estabelecimentos de saúde privados que passaram a integrar o SUS por meio de adesão ao Programa.

No que se refere ao CMD-Gestão, a refatoração ainda se encontra pendente. Os motores de regras estão sendo desenvolvidos quanto ao processamento. Com relação às regras assistenciais (Etapa 1), estas já foram homologadas pela equipe gestora. A Etapa 2, que trata das regras de faturamento, encontra-se em desenvolvimento, com foco no regramento para o faturamento da OCI e dos procedimentos cirúrgicos eletivos. A Etapa 3, que se refere à aplicação para visualização e gerenciamento dos registros dos contatos assistenciais, está em desenvolvimento.

2.2.16 Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde (Cebas)

A Cebas é o processo pelo qual o governo federal certifica 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, de 16 de dezembro de 2021, o Decreto n.º 11.791, de 21 de novembro de 2023, e a Portaria GM/MS n.º 7.325, de 26 de junho de 2025.

A certificação é transversal às políticas e aos programas de saúde, na medida em que induz a contratação dos serviços, sendo, portanto, uma ferramenta de gestão, promoção, expansão e potencialização dos serviços de saúde no SUS, com grande potencial indutor de melhorias de gestão no sistema de saúde brasileiro. Ademais, tal certificação permite que as entidades beneficentes usufruam da imunidade de contribuições à seguridade social de que trata o § 7º do artigo 195 da Constituição Federal.

As entidades beneficentes são um importante segmento na oferta de ações e serviços de saúde ao integrarem a rede complementar do SUS. São 10.458 estabelecimentos de saúde filantrópicos, dos quais 3.581 apresentaram produção do SUS em 2025.

Em 2025, a rede filantrópica englobou um universo de 1.633 hospitais prestadores de serviços ao SUS e responde por 133.516 leitos. Além disso, a rede filantrópica realiza 41,89% das internações e 8,20% em atendimentos ambulatoriais para a rede pública de saúde, o que equivale a 50,09% do total de atendimentos do SUS. Cabe destacar que, em aproximadamente 913 municípios, a assistência hospitalar é realizada unicamente pelos hospitais beneficentes. A análise mais detalhada da prestação de serviços ao SUS revela que o setor filantrópico executou 59,70% das internações de alta complexidade no SUS no ano de 2025 (produção até outubro de 2025).

Tabela 36 – Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde (Cebas) – 2021 a 2025

Ano	Entidade requerente*		Estabelecimentos de saúde ativos com Cebas (matriz e filial)			
	Com Cnes	Sem Cnes	Total	Hospitais**	Ambulatórios	Total
2021	1.555	19	1.574	1.435	857	2.292
2022	1.560	19	1.579	1.456	774	2.230
2023	1.625	16	1.641	1.479	963	2.442
2024	1.617	16	1.633	1.495	972	2.467
2025	1.614	10	1.624	1.512	1.062	2.574

Fonte: Sistema de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde (Siscebas/Dcebas/Saes/MS). Dados extraídos em 26/12/2025.

*Entidade requerente: quantidade de entidades requerentes (CNPJ matriz) com Cebas.

**Hospitais: hospital geral, hospital especializado, pronto-socorro geral e especializado com leito, unidade mista com leito e turno de atendimento contínuo de 24 horas/dia.

Tabela 37 – Quantidade de Cebas – 2021 a 2025

Região	Quantidade de Cebas*				
	2021	2022	2023	2024	2025
Norte	19	18	21	22	25
Nordeste	183	190	199	201	204
Centro-Oeste	91	88	88	85	86
Sudeste	791	788	809	806	801
Sul	490	495	524	503	508
TOTAL	1.574	1.579	1.641	1.617	1.624

Fonte: Siscebas/Dcebas/Saes/MS. Dados extraídos em 26/12/2025.

*Cebas: quantidade de entidades requerentes (CNPJ matriz) com Cebas.

Tabela 38 – Atuação do Setor Filantrópico no SUS – 2021 a 2025

Percentual de atuação	2021	2022	2023	2024	2025
Alta complexidade no SUS realizada por hospitais filantrópicos	61,67%	60,88%	60,42%	58,97%	59,70%
Internações de cardiologia	64,24%	61,84%	58,41%	59,07%	59,66%
Internações para transplantes	64,15%	64,55%	63,29%	60,57%	61,55%
Dos procedimentos de quimioterapia realizados em regime de internação	63,13%	63,94%	63,90%	61,37%	65,90%
Das internações para cirurgia oncológica	67,90%	67,77%	67,27%	65,71%	64,32%

Fonte: Cnes. Competência: outubro de 2025.

Nota 1: tipo de estabelecimento – hospital geral e especializado, pronto-socorro geral e especializado com leitos e unidade mista com leitos e atendimento contínuo de 24 horas/dia. Dados do SIH: competência de janeiro a outubro de 2025 (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qibr.def> – data de extração: 26/12/2025).

Nota 2: dados de 2023 e 2024 atualizados considerando a data de extração; dados de 2025 referentes ao período de janeiro a outubro.

Adicionalmente, em cumprimento ao disposto no artigo 38 da Lei Complementar n.º 187/2021 e ao artigo 16 do Decreto n.º 11.791/2023, procedeu-se à abertura de 6.133 processos de supervisão, no período de 2011 a 2025, de modo a verificar a manutenção do cumprimento dos requisitos legais que ensejaram a certificação das entidades filantrópicas; desse total, 266 certificados foram cancelados em razão de descumprimento de requisitos legais.

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, bem como articular, com os demais serviços em saúde locais e regionais de saúde, a oferta de cuidado que as unidades federais dispõem à população.

A rede de Hospitais Federais no Rio de Janeiro (HFRJ) é composta por seis unidades que atuam no âmbito da Atenção Especializada do 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)

Plano de Reestruturação dos Hospitais Federais

O Plano de Reestruturação dos Hospitais Federais do Rio de Janeiro é uma iniciativa do Ministério da Saúde que visa transformar a gestão dos hospitais, tornando-a mais eficiente e, sobretudo, ampliando o acesso da população ao cuidado especializado. Os principais objetivos do Plano são a modernização das instalações das unidades, visando expandir a oferta de serviços e ampliar a capacidade de atendimento, bem como a reabertura de leitos e a criação de serviços essenciais, como a Unidade de Radioterapia no Hospital Federal do Andaraí ou o Serviço de Hemodinâmica Pediátrica no HFB.

O processo foi iniciado de maneira efetiva em outubro de 2024, quando o Hospital Federal de Bonsucesso (HFB) teve a gestão descentralizada para o Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

Em novembro de 2024, foi publicado o Acordo de Cooperação Técnica com proposta de fusão entre o Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE/MS) e o Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG/Unirio/Ebserh), e a Portaria Saes/MS n.º 2.292, de 28 de novembro de 2024, que instituiu o grupo de trabalho para análise e elaboração de proposta de integração entre os referidos hospitais.

Em dezembro do mesmo ano, o Hospital Federal do Andaraí (HFA) e o Hospital Federal Cardoso Fontes (HFCF) passaram a integrar a gestão da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, por meio da publicação da Portaria GM/MS n.º 5.667, de 4 de dezembro de 2024, e da Portaria GM/MS n.º 5.817, de 4 de dezembro de 2024, e da assinatura dos Acordos de Cooperação Técnica n.º 15 e n.º 18.

Ao longo de 2025, reuniões e relatórios foram realizados para promover a integração entre o HFSE e o HUGG. Em março de 2025, foi assinado o Acordo de Cooperação Técnica para realizar estudo de fusão entre o Hospital Federal da Lagoa (HFL) e o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Em setembro do mesmo ano, foi assinada a Portaria GM/MS n.º 8.035, de 2 de setembro de 2025, dispondo sobre a descentralização da gestão e dos serviços de saúde do HFL para a Fiocruz.

São destacadas as ações desenvolvidas em 2025, nas três unidades com a gestão descentralizada (HFA, HFB e HFCE), apoiadas pelas equipes do DGH no Plano de Reestruturação do Ministério:

- Reabertura de 350 leitos.
- Aumento de 676 cirurgias nas unidades.
- Aumento de 4.011 atendimentos de emergência nas unidades.
- Todos os contratos de natureza continuada e de escopo foram migrados para os entes que fazem a gestão dos três hospitais com gestão descentralizada.

EIXO – EXPANSÃO E MANUTENÇÃO DOS SERVIÇOS

Dados de estrutura física

		
1.809 leitos totais	206 leitos de UTI	84 salas cirúrgicas

Números de internações

		
40.848 total de internações	7.273 internações em oncologia	710 acompanhamento de gestação/parto de alto risco
		
1.750 cirurgias de traumatologia e ortopedia	344 transplantes	116 cirurgias para o tratamento da obesidade mórbida
		
823 cirurgias cardiovasculares	85 internações de queimados	

Fonte: internações hospitalares: SIH/SUS; Departamento de Informação e Informática do SUS (DataSUS/MS). Situação da base em 7 dezembro de 2025, dados sujeitos a alterações.

Tabela 39 – Procedimentos com Finalidade Diagnóstica – 2024 e 2025

PROCEDIMENTOS – HFRJ	2024	2025
Coleta de material	24.036	9.525
Diagnóstico em laboratório clínico	3.350.268	2.761.757
Métodos diagnósticos em especialidades	122.445	102.927
Diagnóstico por radiologia	36.517	40.507
Diagnóstico por tomografia	31.709	43.669
Diagnóstico por ultrassonografia	29.454	24.647
Diagnóstico por endoscopia	17.920	14.632
Diagnóstico/procedimentos especiais em hemoterapia	4.399	2.538
Diagnóstico em Vigilância Epidemiológica e Ambiental	3.530	2.360
Diagnóstico por anatomia patológica e citopatológicas	6.806	3.054
Diagnóstico por testes rápidos	2.964	11.504
Diagnóstico por radiologia intervencionista	368	132

Fonte: tabnet.rio.rj.gov.br. Produção ambulatorial: SIA/SUS; DataSUS/MS. Dados sujeitos a alterações.

Habilitações

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 urgência	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 cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos – hospital-dia			x		x	x
2420	Retirada de órgãos e tecidos		x		x		x
1101	Serviço hospitalar para tratamento da aids			x	x	x	x
1103	Tratamento da lipoatrofia facial do portador de HIV/aids		x				
2407	Transplante de córnea/esclera		x		x		x
506	Tratamento do glaucoma com medicamentos no âmbito da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia		x			x	x
2408	Transplante de rim		x				

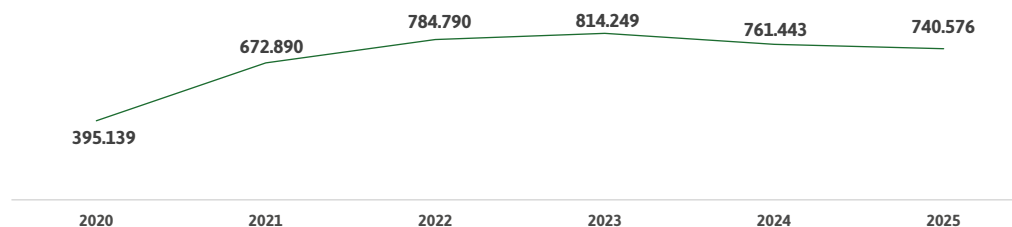
CÓDIGOS	HABILITAÇÕES	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE
2470	Transplante pediátrico tipo II		x				
3807	Transplante de intestino delgado ou multivisceral						x
1706	Unacon	x		x			
1709	Unacon com serviço de oncologia pediátrica					x	x
1708	Unacon com serviço de hematologia		x				x
1707	Unacon com serviço de radioterapia						x
2501	Unidade de assistência de alta complexidade em traumatologia-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
3801	Programa Mais Acesso a Especialistas	x	x	x	x	x	x

Fonte: Cnes, dezembro de 2025.

Resultados e Desempenho da Rede de Hospitais Federais do Rio de Janeiro

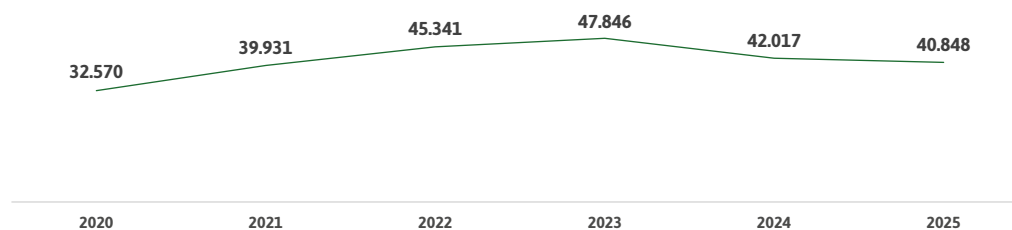
A série histórica apresentada reflete os dados dos seis hospitais federais. Contudo, em razão do Plano de Reestruturação dos Hospitais Federais, houve a descontinuidade no uso da ferramenta Cesta de Indicadores em duas unidades com gestão descentralizada. Dessa forma, no Hospital Federal do Andaraí e no Hospital Federal de Bonsucesso, optou-se por utilizar os dados disponíveis na plataforma TabNet, utilizando as bases do SIH/SUS e do SIA/SUS. O Hospital Federal Cardoso Fontes, embora com gestão descentralizada, até o momento, manteve o uso e o envio da Cesta de Indicadores assim como os demais. Em todos os hospitais, os dados de 2025 são parciais (outubro de 2025).

Consultas Ambulatoriais – 2020 a 2025



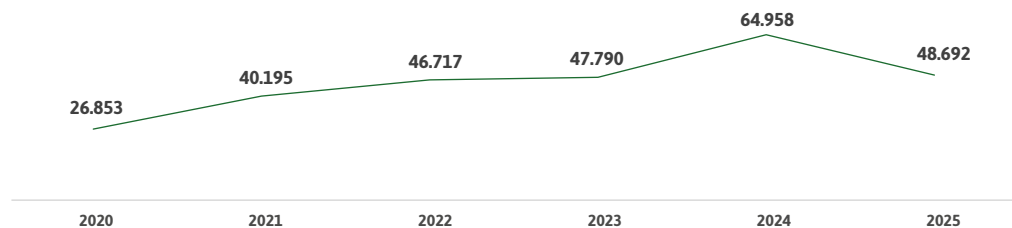
Fonte: Cesta de Indicadores e TabNet SIA/SUS.

Internações – 2020 a 2025



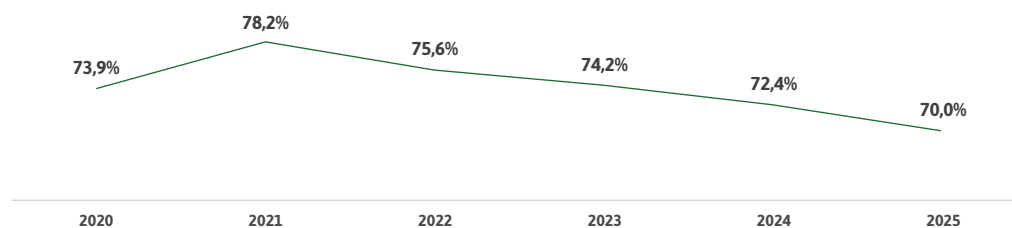
Fonte: Cesta de Indicadores e TabNet SIA/SUS.

Cirurgias – 2020 a 2025



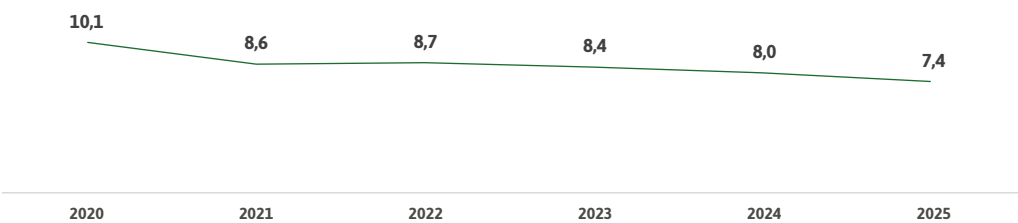
Fonte: Cesta de Indicadores e TabNet SIA/SUS.

Taxa de Ocupação Hospitalar – 2020 a 2025



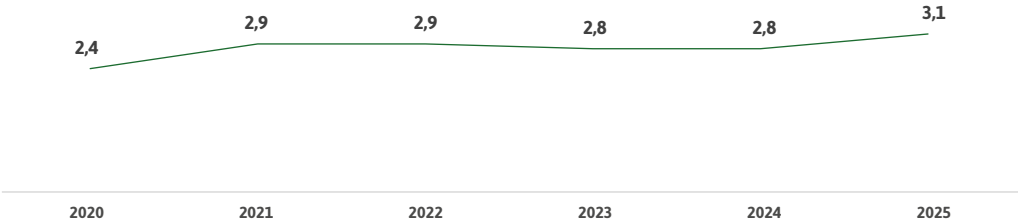
Fonte: Cesta de Indicadores e TabNet SIA/SUS.

Tempo Médio de Permanência (Dias) – 2020 a 2025



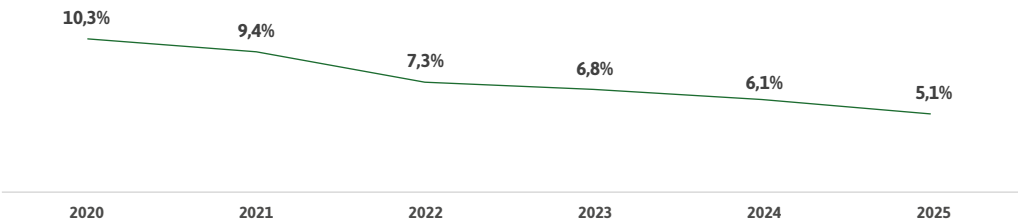
Fonte: Cesta de Indicadores e TabNet SIA/SUS.

Giro de Leitos – 2020 a 2025



Fonte: Cesta de Indicadores e TabNet SIA/SUS.

Taxa de Mortalidade Hospitalar – 2020 a 2025



Fonte: Cesta de Indicadores e TabNet SIA/SUS.

2.2.18 Institutos Federais

2.2.18.1 Instituto Nacional de Câncer (Inca)



EIXO – EXPANSÃO E MANUTENÇÃO DOS SERVIÇOS

O Inca, vinculado à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde, 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 em Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), sendo a principal referência na prestação de assistência oncológica no estado do Rio de Janeiro.

ESTRUTURA FÍSICA

 ▶ **401** leitos

 ▶ **18** salas cirúrgicas

 ▶ **181** consultórios

Instalação	Quantidade/Consultórios				
Ambulatorial	HCI	HCII	HCIII	HCIV	TOTAL
Clínicas especializadas	73	18	28	4	123
Odontologia	4	0	0	0	4
Outros consultórios não médicos	20	7	23	4	54
Hospitalar	HCI	HCII	HCIII	HCIV	TOTAL
Sala de cirurgia	10	3	5	0	18

Fonte: Cnes.

HOSPITAL DO CÂNCER I (HC I)
178 LEITOS

Atende crianças com diversos tipos de câncer e adultos com cânceres 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 cânceres ginecológico e tumores do tecido ósseo e conectivo (tumores malignos ósseos e de partes moles).

HOSPITAL DO CÂNCER III (HC III)
52 LEITOS

Especializada 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. Responsável pelo atendimento ativo e integral aos pacientes com câncer avançado, sem possibilidades atuais de cura, encaminhados por outras unidades do Instituto.

CENTRO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA (CEMO)
16 LEITOS + 16 HOSPITAL-DIA

Especializado no transplante de medula óssea. Oferece leitos para adultos e crianças do estado do Rio de Janeiro e de outros estados para a realização de transplantes alogênicos, com doadores aparentados e não aparentados, além de autogênicos ou autólogos.

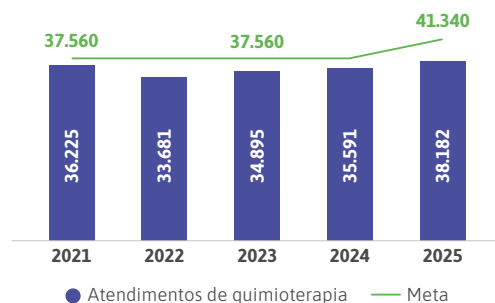
Fonte: Cnes.

Nota: no Cnes, ainda constam 83 leitos para o Hospital do Câncer II. No entanto, o HC II iniciou a remodelação de suas enfermarias devido à limitação de espaço em quartos que acomodavam quatro a seis pacientes. O aumento do tamanho das camas hospitalares e a incorporação de novos equipamentos tornaram o ambiente insuficiente, impactando o trabalho da equipe e o conforto dos acompanhantes. Um estudo de ocupação demonstrou a viabilidade do bloqueio de alguns leitos, seguido por um projeto-piloto que confirmou não haver prejuízo assistencial. Com isso, 23 leitos foram inativados e, mediante envio de ofício, em 7 de outubro de 2025, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro foi formalmente comunicada. A decisão atendeu à necessidade de aprimorar a estrutura física, assegurando um ambiente mais seguro e humanizado. Relatórios técnicos, manifestações da ouvidoria e normas sanitárias, como a Resolução da Diretoria Colegiada n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002, da Anvisa, reforçaram a importância de ampliar o espaço entre leitos, melhorar a circulação de profissionais e equipamentos, garantir melhores condições aos familiares e reduzir riscos de infecções. A unidade já vinha operando com maior distanciamento desde a pandemia de covid-19, sem prejuízo à assistência ou à taxa de internações, o que confirmou a adequação da medida.

EIXO – ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

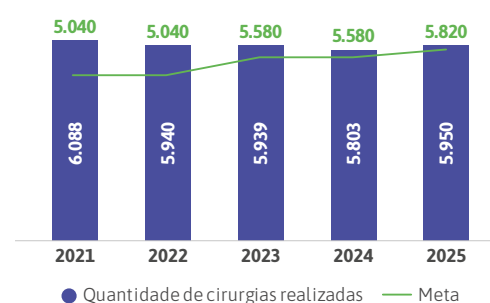
A assistência em saúde oferecida pelo Inca é desempenhada por suas unidades hospitalares – Hospital do Câncer I, II, III e IV – e pelo Centro de Transplante de Medula Óssea (Cemo). Esses serviços atuam na confirmação de diagnósticos, definição de estágio da doença, tratamentos, reabilitação e cuidados paliativos para todos os tipos de câncer. A atuação assistencial do Inca está articulada com a Rede de Atenção à Saúde. A seguir, são apresentados os resultados alcançados em 2025.

Quimioterapia – 2021 a 2025



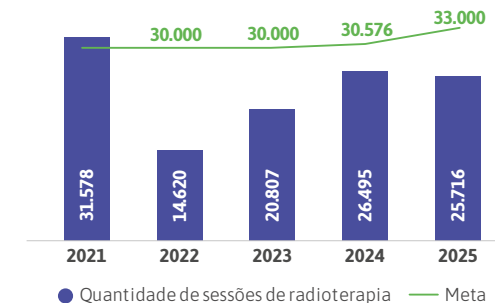
Fonte: Microstrategy/Painel de Informações Estratégicas/ Inca. Dados extraídos em 12/1/2026.

Cirurgias Realizadas – 2021 a 2025



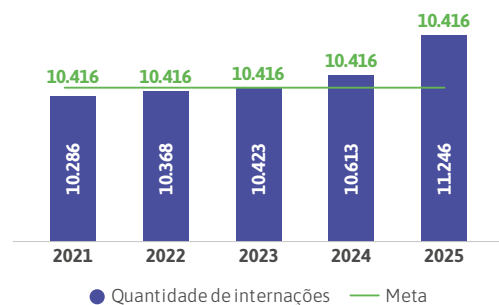
Fonte: Microstrategy/Painel de Informações Estratégicas/ Inca. Dados extraídos em 12/1/2026
Nota: dado referente ao ano de 2023 atualizado considerando nova extração.

Radioterapia – 2021 a 2025



Fonte: Microstrategy/Painel de Informações Estratégicas/ Inca. Dados extraídos em 12/1/2026.

Internações – 2021 a 2025



Fonte: Painel de Informações Estratégicas – Produção Assistencial/Microstrategy. Dados extraídos em 12/1/2026.

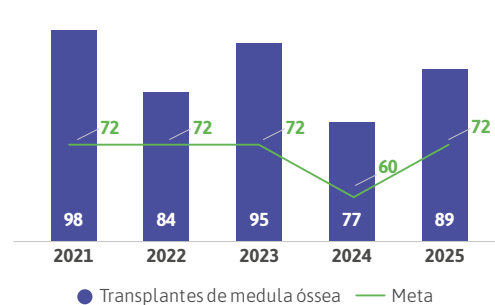
Nota: dado referente ao ano de 2023 atualizado considerando nova extração.

Consultas Médicas e Multiprofissionais – 2021 a 2025



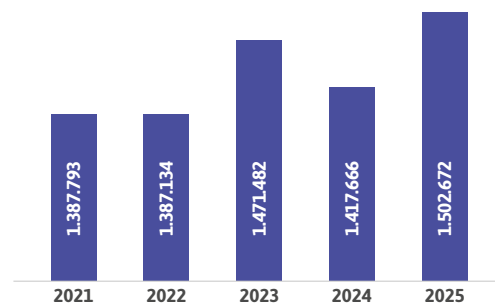
Fonte: Painel de Informações Estratégicas – Produção Assistencial/Microstrategy. Dados extraídos em 12/1/2026.

Transplantes de Medula Óssea – 2021 a 2025



Fonte: Cemo/Coas. Dados extraídos em 12/1/2026.

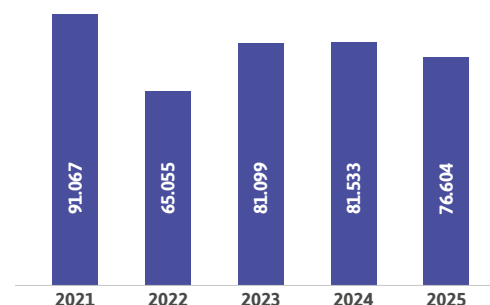
Exames Ambulatoriais – 2021 a 2025



Fonte: Microstrategy/Inca. Dados extraídos em 8/1/2026.

Nota: estão computados nesse indicador dados de exames de imagem (eletrocardiograma, radiologia, ultrassonografia, ressonância magnética, tomografia e endoscopia) e análises clínicas/patologia clínica. Não há meta pactuada para esse indicador.

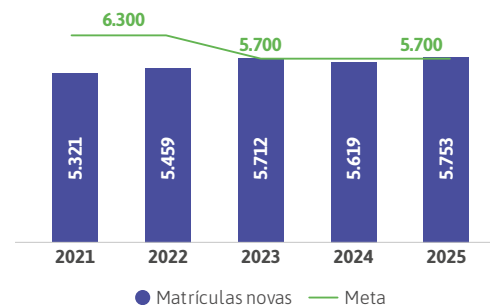
Outros Procedimentos Ambulatoriais – 2021 a 2025



Fonte: Microstrategy/Inca. Dados extraídos em 8/1/2026.

Nota: estão incluídas quimioterapia, hormonioterapia, radioterapia, braquiterapia, radiologia intervencionista. Não há meta pactuada para esse indicador.

Matrículas de Novos Pacientes – 2021 a 2025



Fonte: Microstrategy/Painel de Informações Estratégicas/Inca. Dados extraídos em 12/1/2026.

Cuidados Paliativos

O Hospital do Câncer IV (HC IV) é a unidade de Cuidados Paliativos do Inca responsável pelo atendimento ativo e integral de pacientes do

Instituto que não se beneficiam de intervenções terapêuticas modificadoras da doença. A unidade trabalha com equipes multiprofissionais e conta com estrutura para a prestação de consultas ambulatoriais, visitas domiciliares e internação.

Tabela 40 – Cuidados Paliativos, Procedimentos Assistenciais – 2021 a 2025

Procedimentos assistenciais	2021	2022	2023	2024	2025
Atendimentos ambulatoriais	8.920	9.295	8.995	9.717	11.019
Visitas domiciliares	6.923	6.565	6.107	5.823	6.561
Internações hospitalares	1.360	1.399	1.351	1.508	1.544
Teleatendimentos no ambulatório*	1.103	239	207	220	744
Teleatendimentos na assistência domiciliar**	1.163	1.540	1.002	1.012	1.039

Fonte: Hospital do Câncer IV/Inca. Relatório de Desempenho dos Processos da Assistência – Hospital do Câncer IV – ano 2025. Dados extraídos em 6/1/2026. Os dados de 2024 também foram atualizados.
*O teleatendimento no ambulatório atualmente foi ampliado conforme critérios estabelecidos pela equipe baseados em prioridades de gerenciamento de sintomas e pacientes na modalidade “ambulatório a distância”.
**O teleatendimento na assistência domiciliar foi mantido para os casos de impossibilidade de atendimento presencial com brevidade, visando a 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). É responsável, também, pelo Monitoramento Externo de Qualidade (MEQ) para laboratórios do município do Rio de Janeiro. Em 2025, não houve produção de MEQ, pois, diante do lançamento das diretrizes brasileiras de rastreamento do câncer do colo do útero, os indicadores de qualidade necessitarão ser revistos.

Principais Resultados

 100.384 histopatológico	 Não houve MEQ
 109.192 colpocitológico	 33.117 outros exames
 14.605 suporte às pesquisas	 257.298 total de lâminas/ exames realizados pela Divisão de Anatomia Patológica

Fonte: Dipat/Coas/Inca. Dados extraídos em 8/1/2026.

Laboratórios Especializados

O Inca realiza exames para diagnóstico e acompanhamento de pacientes com neoplasias hematológicas e/ou submetidos ao transplante de células-tronco hematopoiéticas. Os seus laboratórios especializados apoiam o Cemo e atendem a diversos setores do próprio Instituto e de outros hospitais federais do Rio de Janeiro, oferecendo exames específicos para pacientes onco-hematológicos. Além disso, realiza testes de compatibilidade entre doador e paciente, genotipagem HLA (antígeno leucocitário humano) para o Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome) e detecção de anticorpos anti-HLA, especialmente em famílias envolvidas em transplantes haploidênticos.

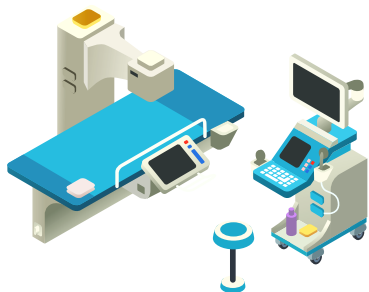
 16.087 exames de oncovirolgia	 3.637 exames de biologia molecular	 3.257 exames de HLA para tipagem de doadores
 970 exames de citogenética	 11.272 exames de imunologia por citometria de fluxo	 40 exames de rearranjos de imunoglobulinas e mutação P53

Fonte: Divisão de Laboratórios Especializados (Dilabesp). Dados extraídos em 8/1/2026.

Radiologia Intervencionista

A radiologia intervencionista utiliza técnicas guiadas por imagem para diagnosticar e tratar doenças em diversos órgãos. Os procedimentos são realizados com agulhas ou cateteres orientados por métodos de imagem e incluem quimioterapia intra-arterial, biópsias guiadas, implantação de cateter, drenagens, gastrostomia e ablações tumorais. Atualmente, é reconhecida como o quarto pilar do tratamento do câncer no mundo.

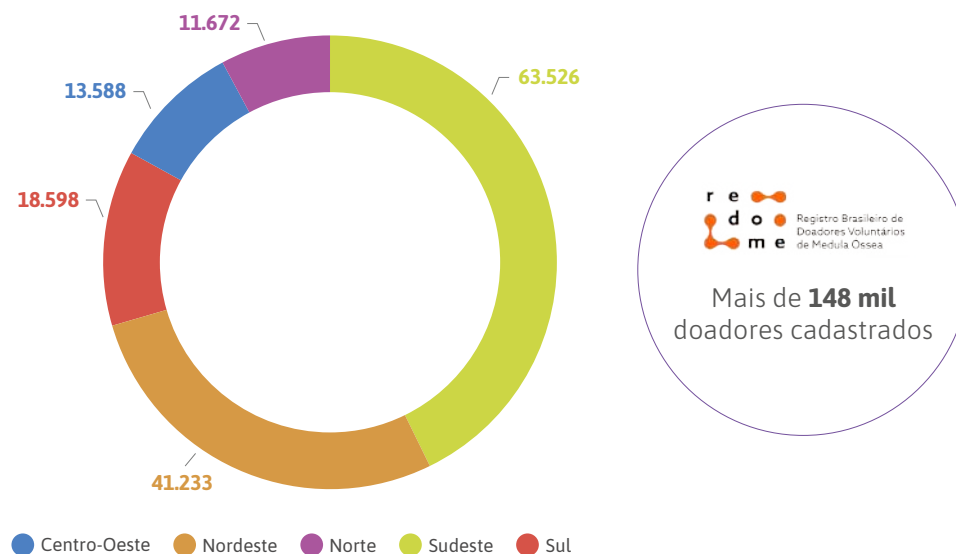
5.204 procedimentos
81 destinados a pacientes provenientes de outras unidades de saúde



Fonte: Microstrategy/Inca e Direção do Hospital do Câncer I. Dados extraídos em 8/1/2026.

Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome)

Gráfico 36 – Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome)



Fonte: Redome (<https://redome.inca.gov.br/redome-em-numeros/>). Dados extraídos em 19/1/2026.

Dados de Produção Redome
Número de pacientes cadastrados: 2.384
Número de pacientes com doador identificado: 1.319
Número de produtos celulares disponibilizados para transplante de pacientes brasileiros: 569
Número de produtos celulares disponibilizados para pacientes internacionais: 119

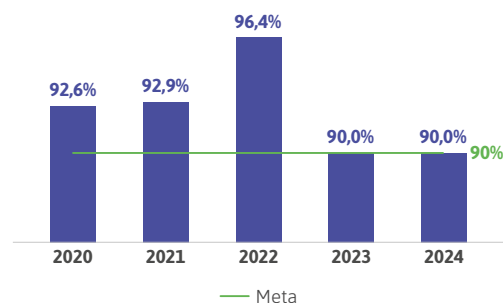
Fonte: Redome (Sismatch e Redomenet). Dados até 19/1/2026.

EIXO – PROMOÇÃO, PROTEÇÃO, PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA

A Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) do Inca integrou o Grupo Técnico Ministerial de Registro de Câncer, instituído pela Portaria GM/MS n.º 7.051, de 3 de junho de 2025. O objetivo foi estruturar ações integradas para institucionalizar, regulamentar e qualificar os registros de câncer. As principais entregas foram: a) minuta de portaria, que institui o Programa Nacional de Registros de Câncer (PNRC), atualmente em análise na Conjur; b) elaboração da Análise de Impacto Regulatório do PNRC; e c) elaboração de matriz curricular para a qualificação de registradores de câncer.

Além disso, foi implementada a nova plataforma de Registro Hospitalar de Câncer (RHCWeb), substituindo o sistema atual, modernizando a inclusão e a gestão dos dados.

Percentual de Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) com Informações Consolidadas – 2020 a 2024



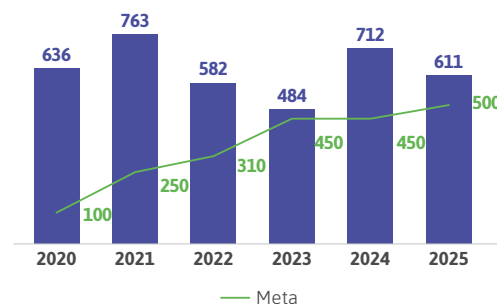
Fonte: Registro de Câncer de Base Populacional. Dados extraídos em 16/12/2025.

Nota: resultado dentro da meta prevista. As flutuações nos resultados ocorrem devido ao pequeno quantitativo de RCBP, que atualmente é 30.



Lançamento da publicação *Controle do Câncer de Mama no Brasil: dados e números 2025*. O material tem por objetivo contribuir para o planejamento e a avaliação das ações de controle de câncer de mama, nas diferentes esferas de gestão do SUS.

Avaliações In Loco e a Distância de Feixes de Radioterapia – 2020 a 2025



Fonte: banco de dados da Área de Qualidade Técnica de Radioterapia (AQTR/Conprev/Inca). Dados extraídos em 17/12/2025.

Controle do Tabagismo

O Inca desempenha papel central na Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT), atuando na coordenação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo e na articulação da internalização da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). Essa atuação ocorre por meio da Secretaria-Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco e de seus Protocolos (CONICQ), sediada no Instituto, que assessorou a delegação brasileira na 11ª Conferência das Partes (COP11) e na 4ª Reunião das Partes (MOP4), realizadas em novembro de 2025, em Genebra, na Suíça.

Nos fóruns internacionais, o Brasil teve decisões e propostas aprovadas voltadas à redução de resíduos de produtos de tabaco e nicotina,

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/12a234e7-6f76-4f83-a677-2bec75b3d318/content>

à ampliação de ambientes livres de fumaça, ao enfrentamento do comércio ilícito e ao controle de insumos da indústria do tabaco. Destaca-se ainda a defesa do equilíbrio entre o controle do tabagismo e a proteção socioeconômica dos agricultores, com a instituição da Política Nacional de Alternativas em Áreas Cultivadas com Tabaco (PNACT). No âmbito nacional, ressalta-se a criação do Imposto Seletivo sobre produtos fumígenos, instituído pela Lei Complementar n.º 214, de 16 de janeiro de 2025, demanda histórica da CONICQ.

Sobre o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), em um trabalho articulado com a Rede de Tratamento do Tabagismo no SUS, em parceria com estados, municípios e o Distrito Federal, foi lançado o tema da campanha do Dia Mundial sem Tabaco de 2025: “Cigarros eletrônicos e aditivos: sabores e aromas artificiais promovem e perpetuam a dependência da nicotina”.



<https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/17490>



<https://www.youtube.com/watch?v=TLT3QBEUXIk>

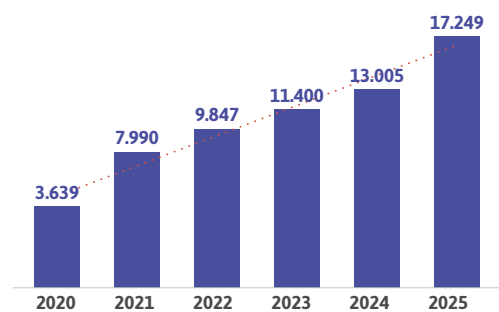


<https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/17677>

Para celebrar o Dia Nacional de Combate ao Fumo, foram criados materiais informativos, que foram veiculados nos perfis do Ministério da Saúde e enviados para a Rede do Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

O gráfico a seguir demonstra a quantidade de profissionais formados em cursos sobre controle do tabagismo nos últimos anos.

Número de Profissionais Formados em Cursos sobre Controle do Tabagismo – 2020 a 2025



Fonte: Conprev/Inca. Dados extraídos em 19/12/2025.

Nota: o curso é destinado a profissionais de saúde, de educação e de outros setores interessados.



Ações de formação de profissionais – 2025

9.082
profissionais

Curso de formação on-line sobre a prevenção à iniciação ao tabagismo.

7.709
profissionais

Curso de formação on-line para o tratamento do tabagismo no SUS.

458
profissionais

Curso sobre a implementação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo para coordenadores municipais do estado do Rio Grande do Norte.

Principais Publicações

Mulher, gestação e tabagismo



<https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/17498>

Tabagismo entre pessoas lésbicas, gays e bissexuais



<https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/17430>



Lançamento da publicação *Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero* – volume 1 e do *Manual para a Implementação do Teste DNA-HPV*, que apresenta a ferramenta de cálculo com os parâmetros técnicos para organizar toda a linha de cuidado.



Lançamento do pôster *Riscos e Benefícios da Mamografia de 40 a 49 Anos* para esclarecimento da população.

EIXO – TECNOLOGIAS/INOVAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO OU DESENVOLVIDAS

Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS)

Com o objetivo de sensibilizar os profissionais do Inca sobre a relevância da ATS na oncologia, sob a perspectiva do SUS, e promover a disseminação do conhecimento científico, foram realizados três seminários de ATS no Instituto. A iniciativa integrou a continuidade da 1ª Campanha de Comunicação em ATS, iniciada em 2024, e incluiu a produção de um vídeo institucional sobre ATS hospitalar:

<https://youtu.be/QUi4qVKmtTs>

Como parte das ações desenvolvidas, foram elaboradas 21 publicações técnico-científicas na área de ATS, com foco na oncologia no âmbito do SUS.

EIXO – ENSINO E PESQUISA



ENSINO E PESQUISA

Em 2025, houve formação e qualificação presencial de mais de

600 profissionais para a Rede de Prevenção e Controle do Câncer (RPCC), entre estes

50 em nível de pós-graduação stricto sensu,

174 em nível de pós-graduação lato sensu e

24 em nível de educação técnica profissional.

206 discentes ativos nos Programas de Pós-Graduação Stricto Sensu¹:

147 discentes nos cursos de mestrado, sendo

74 alunos no Programa de Pós-Graduação em Oncologia – PPGO – e

73 alunos no Programa de Pós-Graduação em Cancerologia – PPGCan;

59 alunos no curso de doutorado do PPGO.

235 discentes nos Programas de Residência Médica²:

172 ativos;

63 formados.

174 discentes nos Programas de Residência Multiprofissional e Uniprofissional³:

116 ativos, sendo

105 da Residência Multiprofissional e

11 das Residências Uniprofissionais;

58 formados, sendo

52 da Residência Multiprofissional e

6 das Residências Uniprofissionais.

146 discentes de Aperfeiçoamento aos Moldes *Fellow*; entre estes,

64 se formaram e

82 estão ativos, sendo⁴:

27 discentes do ensino de enfermagem;

46 discentes do ensino multiprofissional/uniprofissional;

73 discentes do ensino médico.

20 discentes ativos e

24 formados nos cursos de educação profissional técnica de nível médio⁵.

42 discentes ativos e

16 formados no Curso Básico de Cuidados Paliativos para Profissionais dos Níveis Fundamental e Médio atuantes na Atenção Primária à Saúde⁶.

446 discentes externos, de estágio optativo, rodízio acadêmico ou visita técnica⁷.

15 cursos ou módulos a distância oferecidos, sendo dois em idioma espanhol, com qualificação de

1.315 profissionais, de um total de

2.183 matriculados, dos quais

53 de cooperação internacional⁸.

33 assessorias pedagógicas, para proponentes/ coordenadores de cursos, realizadas.

3 oficinas de capacitação técnico-pedagógicas, para

27 profissionais do Inca, ofertadas.

7 discentes com transtorno do espectro autista/transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TEA/TDAH) e dificuldades de aprendizagem orientados pedagogicamente.

4 cursos de qualificação didático-pedagógica ofertados para

58 profissionais do Inca e **12** angolanos.

560 documentos catalogados e **1.431.106** visualizações de páginas do Repositório Institucional – Ninho⁹.

27 estratégias de busca especiais atualizadas para a aba de destaques da BVS – Biblioteca Virtual Prevenção e Controle do Câncer, que registrou mais de

4.500 usuários ativos⁹.



59 publicações técnico-científicas,

902 materiais

técnico-científicos (eletrônicos e físicos) e

46 produções audiovisuais realizadas. Desenvolvimento de

126 projetos no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Oncologia, sendo

64 dissertações e

62 teses⁷.

160 ensaios clínicos em condução, sendo

10 institucionais e

150 patrocinados⁸.



160 ensaios clínicos realizados;

3.779 atendimentos para ensaios clínicos;

229 pacientes incluídos em ensaios clínicos;

847 pacientes em projetos de pesquisa clínica;

35 estudos clínicos finalizados⁸.

43 alunos matriculados no pós-doutorado com bolsa integral pelo Programa Institucional⁹.

37 orientações de Aperfeiçoamento I,

10 orientações de Aperfeiçoamento II,

6 orientações em Especialização em Pesquisa, todos com bolsa integral pelo Programa Institucional⁹.

66 orientações de Iniciação Científica, sendo

19 realizadas com a concessão de bolsas pelo Programa Institucional,

26 com bolsas do CNPq e

21 sem bolsa⁹.

¹ Plataforma Sucupira – Capes

² Sistema Acadêmico – Inca

³ Plataforma Moodle do Núcleo de Educação a Distância – Inca

⁴ Google Analytics

⁵ Plataforma Open Journal Systems (OJS) – <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista>, Inca

⁶ Coordenação de Pesquisa e Inovação/Inca

⁷ Coordenação de Pesquisa e Inovação/Inca

⁸ Coordenação de Pesquisa e Inovação/Inca

⁹ Coordenação de Pesquisa e Inovação/Inca

2.2.18.2 Instituto Nacional de Cardiologia (INC)



EIXO - EXPANSÃO E MANUTENÇÃO DOS SERVIÇOS

	▶ 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 sala cirúrgica híbrida							
	▶ 3 salas de hemodinâmica								
	▶ 13 leitos de recuperação								
	▶ 15 salas de exames	▶ 1 tomógrafo	▶ 1 ressonância magnética	▶ 1 gama câmara com tomógrafo	▶ 8 ecocardiográficas	▶ 1 radiologia	▶ 3 testes ergométricos		
	▶ 19 consultórios médicos	▶ 13 adulto	▶ 6 criança e adolescente						

O ano de 2025 marcou um período de transformação estrutural e fortalecimento da missão institucional do INC como referência máxima do SUS em alta complexidade cardiovascular. Alinhado às diretrizes do Ministério da Saúde, o Instituto priorizou a recomposição de sua força de trabalho, com a previsão de mais de 500 novas vagas e o acolhimento de servidores remanejados, o que permitiu a abertura de novos leitos e a ampliação de cirurgias eletivas. Esse avanço operacional foi acompanhado por uma execução orçamentária rigorosa, focada na modernização do parque tecnológico e na aquisição direta de insumos essenciais, garantindo a sustentabilidade e a excelência dos serviços prestados à população.

A inovação consolidou-se como pilar estratégico mediante a inauguração do Centro de Telessaúde e a ampliação da teleconsultoria, facilitando o acesso especializado por meio do Programa Agora Tem Especialistas. No campo científico, o INC reafirmou seu prestígio nacional e internacional ao iniciar a primeira turma de Doutorado em Ciências Cardiovasculares e estabelecer parcerias com instituições de renome na Suíça e no Reino Unido. Além disso, o desenvolvimento de projetos voltados à medicina de precisão e ao diagnóstico de doenças raras pelo SUS demonstra o compromisso do Instituto em integrar a ciência de ponta diretamente ao cuidado do paciente.

Complementando a eficiência técnica, o INC alcançou índices máximos de conformidade em segurança do paciente e manteve-se na zona de excelência em pesquisas de satisfação dos usuários. O fortalecimento das políticas de humanização e equidade, evidenciado pela criação da Comissão de Equidade Racial e de Gênero, reflete uma gestão comprometida com a integridade e com a responsabilidade social. Assim, este Relatório apresenta um Instituto que não apenas entrega resultados assistenciais expressivos, mas que evolui continuamente em seus processos de governança e cuidado humanizado para enfrentar os desafios da saúde pública contemporânea.

Tabela 41 – Produção Assistencial – 2025

PRODUÇÃO ASSISTENCIAL	2025
Internações	2.705
Consultas	64.144
Total de apoio diagnóstico*	52.994
Patologia clínica	519.920
Eletrofisiologia	133
Hemodinâmica	4.148
Cirurgias	864
Dispositivo elétrico implantável (MP)	389
Transplantes (incluídos em cirurgias)	15

Fonte: Sistema MV – data de apuração: novembro de 2025.
*O apoio diagnóstico engloba medicina nuclear, ecocardiogramas, teste de esforço, eletrocardiograma, ultrassonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia, endoscopia, anatomia patológica.

EIXO – PROMOÇÃO, PROTEÇÃO, PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA

Saúde e Prevenção

O INC levou saúde para além do hospital, com eventos em locais públicos, como o treinamento de reanimação no Cristo Redentor e ações no Dia Mundial da Saúde em Copacabana. Internamente, o foco foi proteger quem cuida: o Instituto realizou campanhas de vacinação para todos os funcionários e promoveu atividades educativas no ambulatório infantil. Essas ações garantem um cuidado seguro e acolhedor para crianças e recém-nascidos.

Integridade e Qualidade

O Instituto reafirmou seu compromisso com a ética ao atingir 100% de adesão às práticas de segurança recomendadas pela Anvisa, sendo reconhecido por sua alta conformidade. A gestão também atualizou os manuais de conduta e criou planos para lidar com possíveis crises. Além disso, pesquisas com mais de 1.400 pacientes confirmaram que o atendimento do INC continua em nível de excelência.

Valorização do Trabalhador

Para valorizar seus profissionais, o INC implantou um novo programa de gestão de desempenho e incentivou a realização de exames médicos periódicos, oferecidos pelo Ministério da Saúde. O ano também foi marcado pelo acolhimento de novos funcionários vindos de outros hospitais federais. Essa integração fortaleceu a equipe para atender a população com ainda mais qualidade.

Políticas Públicas e Humanização

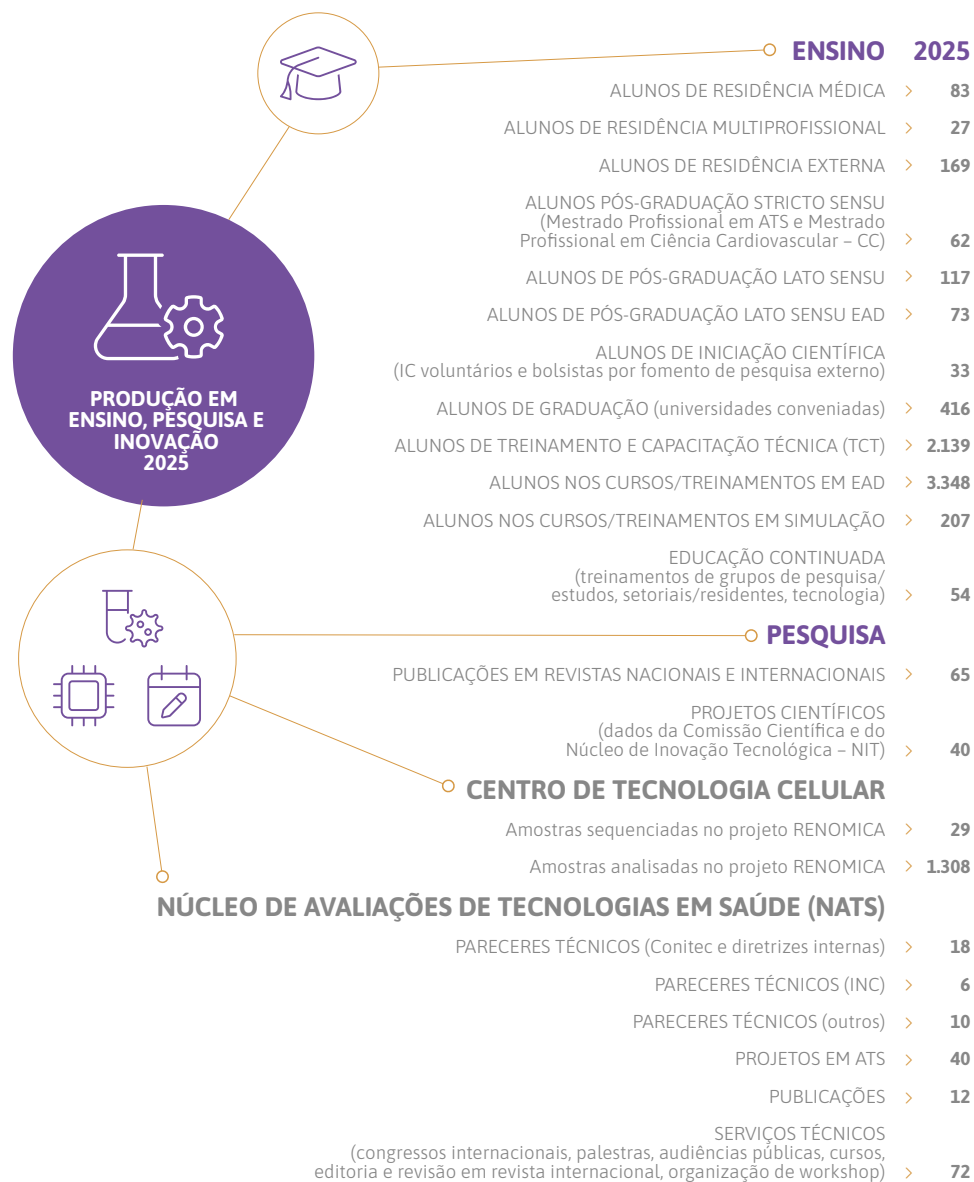
O INC atuou na criação de diretrizes para a cardiologia no Brasil e no combate ao preconceito, com a criação de comissões dedicadas à diversidade e à igualdade racial. As ações de humanização também foram reforçadas com a volta da assistência religiosa, visitas de cães terapeutas e atividades culturais. Essas iniciativas trazem mais conforto e bem-estar para o paciente durante sua jornada no hospital.

EIXO – ENSINO, PESQUISA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

O INC consolidou sua posição como o principal centro de formação e referência técnica no Brasil em 2025. O Instituto permanece como a primeira escolha nacional entre os residentes em cardiologia, evidenciando a excelência de seu corpo clínico e pedagógico. Neste ano, a instituição ampliou sua pós-graduação stricto sensu com a abertura da primeira turma de Doutorado Profissional em ATS, fortalecendo a produção acadêmica e a qualificação de alto nível para o SUS.

No campo da pesquisa científica, o INC liderou e participou de estudos nacionais e internacionais de grande impacto. Destacam-se as investigações sobre diagnóstico genético, insuficiência cardíaca e o uso de biópsia líquida para transplantes. Além disso, o Instituto estabeleceu parcerias estratégicas com universidades da Suíça e do Reino Unido, focando o desenvolvimento de soluções tecnológicas inovadoras e análises de economia da saúde. Essa cooperação global permite que o conhecimento produzido no Brasil seja aplicado em benefício da sociedade e da ciência mundial.

A integração entre ensino e inovação também se refletiu na atuação direta com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). O INC atuou como referência técnica na produção de pareceres e revisões científicas que orientam políticas públicas. Internamente, o Núcleo de Inovação Tecnológica (NIT) protegeu o conhecimento institucional com o registro de novas patentes e softwares. Essas ações garantem que o avanço científico se transforme em melhorias práticas no atendimento aos pacientes, mantendo o hospital na vanguarda da medicina cardiovascular.



O NIT do INC teve um ano marcado pela proteção e promoção das criações da instituição, com o registro de dez novos softwares e a aprovação da patente da “Boneca Sanguinho”, desenvolvida pela equipe da terapia ocupacional do INC, visando facilitar a compreensão das crianças internadas sobre o processo de coleta de sangue, muitas vezes assustador para os pequenos pacientes. O núcleo também investiu na organização de processos internos, publicando manuais sobre propriedade intelectual e estabelecendo parcerias estratégicas, como o acordo com a Escola de Belas Artes da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EBA/UFRJ) para o desenvolvimento de novos produtos.

Além disso, o NIT iniciou a construção de uma linha de inovação em linguagem simples, após capacitação com o Pólen/Fiocruz, e que começa a levar informações em saúde cardiovascular a diversos públicos, melhorando a comunicação, aumentando a acessibilidade e contribuindo para a humanização do cuidado. O NIT esteve presente em importantes eventos nacionais e internacionais de inovação e saúde, reforçando o papel do Instituto na vanguarda do desenvolvimento tecnológico e da linguagem simples no setor público.

1.1.1.3 Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (Into)



EIXO – EXPANSÃO E MANUTENÇÃO DOS SERVIÇOS

O Into, órgão vinculado à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde e localizado no Rio de Janeiro/RJ, tem como missão promover ações de referência do SUS, na assistência, no ensino, na pesquisa, na prevenção e na formulação de políticas públicas em traumatologia, ortopedia e reabilitação.

Apesar dos resultados programados e escalonados para o próximo exercício, em 2025, foi possível mensurar ações estruturais determinantes para restabelecer e ampliar a capacidade produtiva do Into, especialmente no que se refere à realização de procedimentos cirúrgicos que garantiram a qualidade de vida ao paciente. A trajetória de melhorias institucionais ao longo do ano aprimorou a gestão e o engajamento de todas as equipes na mobilização interna para antecipar a ampliação na oferta de consultas, exames e cirurgias. No último trimestre, foram realizadas ações complementares, no formato de mutirões, com foco na redução da demanda reprimida por cirurgias e atendimentos especializados. A iniciativa beneficiou centenas de pacientes que aguardavam por cirurgias eletivas, ofertando, ainda, procedimentos inovadores como alternativa menos invasiva para retardar a progressão de doenças articulares. O resultado enfatiza o desafio em atender à crescente demanda por serviços médicos especializados, porém consolida o papel estratégico do Into em subsidiar tecnicamente o Ministério da Saúde na formulação de políticas públicas em ortopedia, traumatologia e reabilitação.

O histórico da gestão do Instituto está disponível em relatórios específicos no site do Into:

 <https://www.into.saude.gov.br/auditoria>

Estrutura Física Assistencial



Fonte: Área de Planejamento Estratégico – Coordenação de Planejamento (Coplan/Into).

Tabela 42 – Produção Assistencial – 2021 a 2025

	2021	2022	2023	2024	2025
Consultas	162.035	169.103	217.274	207.359	222.358
Internações	7.160	7.501	7.126	6.917	6.968
Exames e procedimentos – ambulatoriais e internações	377.012	416.368	415.162	411.050	429.330
Outros procedimentos ambulatoriais (curativos e imobilizações)	20.345	20.212	16.474	16.042	12.749

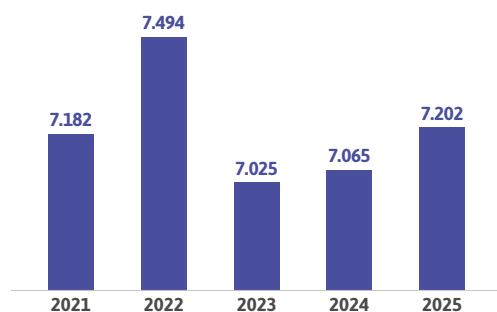
Fonte: MV Portal. Dados extraídos em 8/1/2026.

Avaliação dos Indicadores Ambulatoriais

A avaliação dos indicadores ambulatoriais evidencia avanços relevantes na organização e na gestão dos serviços, resultantes da revisão dos processos de trabalho e do aprimoramento dos fluxos assistenciais. A implementação de reuniões sistemáticas para o acompanhamento dos resultados fortaleceu o monitoramento contínuo da produção e do acesso dos usuários, promovendo maior integração entre as equipes e possibilitando a identificação de oportunidades de melhoria e a adoção de medidas corretivas.

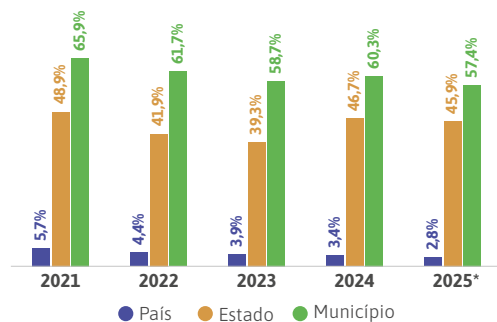
Como resultado dessas ações, observou-se incremento consistente da produção ambulatorial, com alcance de 103,71% da meta pactuada, evidenciando maior eficiência na utilização da capacidade instalada e otimização dos recursos disponíveis. Esse desempenho reforça o papel estratégico do ambulatório na ampliação do acesso aos serviços especializados e na qualificação da atenção prestada aos usuários do SUS.

Produção Cirúrgica – 2021 a 2025



Fonte: MV Portal. Dados extraídos em 8/1/2026.

Gráfico 37 – Percentual de Procedimentos de Alta Complexidade em Ortopedia Realizados – 2021 a 2025



Fonte: DataSUS. Dados extraídos em 10/12/2025.

*De janeiro a setembro de 2025, em razão da latência de até três meses na carga de dados.

Avaliação dos Indicadores da Produtividade Cirúrgica

A implementação de ações complementares voltadas à ampliação da atividade cirúrgica refletiu o compromisso institucional com a continuidade do cuidado e a atenção às necessidades dos pacientes. Essas iniciativas foram viabilizadas, em especial, pela remoção de 412 servidores provenientes de outras unidades federais, o que possibilitou o fortalecimento das equipes assistenciais e de gestão. A atuação conjunta e o planejamento integrado permitiram a otimização do uso da capacidade instalada e a ampliação do acesso às cirurgias.

Como resultado desse esforço coletivo, foi registrado um incremento anual de 137 cirurgias, mantendo-se a média aproximada de 600 cirurgias mensais. Esse desempenho evidencia a capacidade do Instituto de atender, de forma responsável, às demandas assistenciais, reafirmando seu papel como referência nacional na realização de procedimentos de alta complexidade em ortopedia e traumatologia.

Impactos da Transferência Leito a Leito

O crescente número de pacientes com trauma ortopédico transferidos para o Into, provenientes de outras unidades de saúde, principalmente das esferas municipal e estadual, referenciados pelo Sistema Estadual de Regulação (SER), tem impactado de forma significativa a capacidade de atendimento dos pacientes que aguardam nas filas por cirurgias ortopédicas no Instituto. Observa-se, ainda, a necessidade de ajuste na priorização de procedimentos de maior complexidade, considerando que apenas 25,55% das cirurgias realizadas nesses pacientes correspondem a procedimentos de alta complexidade. Esse contexto interfere no fluxo de convocação dos pacientes em espera por cirurgias eletivas e na composição da taxa de alta complexidade institucional.

Além disso, as 1.084 cirurgias realizadas nesse perfil de pacientes refletiram nos indicadores assistenciais, especialmente no Tempo Médio de Permanência (TMP), em função do período de internação mais prolongado quando comparado aos pacientes oriundos das filas eletivas, bem como no indicador de Giro de Leitos (GL). Adicionalmente, observou-se maior utilização de insumos assistenciais, incluindo hemoderivados e antibióticos de alto custo, com repercussões no planejamento e na gestão dos recursos institucionais.

Indicadores de Reabilitação

Tabela 43 – Atendimentos das Áreas de Fisioterapia e Reabilitação – 2021 a 2025

Área	2021	2022	2023	2024	2025
Fisioterapia	13.009	11.849	13.407	13.112	14.170
Reabilitação	11.694	13.516	13.464	17.122	19.682
Hidroterapia*	-	-	-	-	246
Total	24.703	25.365	26.871	30.234	34.098

Fonte: Área de Fisioterapia (Afisio) e Área de Reabilitação (Areab). Dados extraídos em 9/1/2026.

*A atividade retornou em agosto de 2025.

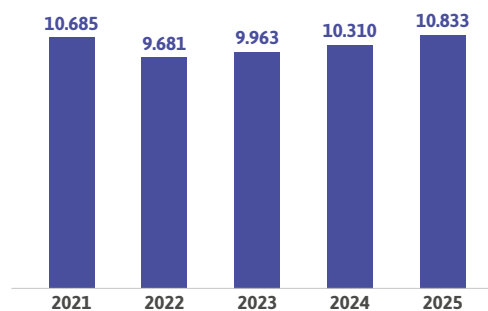
Avaliação dos Indicadores de Reabilitação

A reabilitação do Instituto desenvolve suas atividades em um contexto de crescimento contínuo da demanda assistencial, com destaque para os atendimentos que envolvem terapia ocupacional e fonoaudiologia. As ações desenvolvidas permitiram a dispensação de 647 órteses e 322 próteses destinadas aos pacientes atendidos pelo Into, bem como àqueles regulados pelo SER. Vale destacar outras etapas essenciais para a efetividade da reabilitação, como o treinamento dos pacientes para o uso adequado das próteses, o acompanhamento funcional e a avaliação de casos que demandam readequação terapêutica, incluindo situações de alteração do nível de amputação. Essas atividades requerem atuação especializada e integrada das equipes multiprofissionais, sendo fundamentais para a promoção da funcionalidade, da autonomia dos usuários e da qualidade da assistência prestada.

O alcance de 14.170 atendimentos no ambulatório de fisioterapia representa aumento de 8,07% em relação ao ano anterior, configurando a maior marca do último quinquênio. Esse desempenho reflete o amadurecimento na otimização dos fluxos assistenciais e no pleno aproveitamento da capacidade instalada.

Indicadores de Acesso ao Tratamento Cirúrgico Ortopédico

Pacientes Ativos na Fila de Espera – 2021 a 2025



Fonte: MV Portal. Dados extraídos em 8/1/2026.

Tabela 44 – Comparativo de Inserções X Retiradas de Pacientes da Lista de Espera – 2021 a 2025

Indicador	2021	2022	2023	2024	2025
Pacientes inseridos na lista (a)	5.960	7.262	7.662	7.314	7.287
Cirurgias realizadas	7.182	7.494	7.024	7.065	7.202
Pacientes retirados da lista (b)	4.967	8.169	9.646	8.018	6.553
Resultante (a-b)	993	-907	-1.984	-704	734

Fonte: MV Portal. Dados extraídos em 8/1/2026.

Tabela 45 – Número de Vagas Disponibilizadas ao SER – Consulta de Primeira Vez nos Centros de Atenção Especializada – 2021 a 2025

Ano	Consultas			Percentual		
	Disponibilizadas	Agendadas	Realizadas	Agendadas / disponibilizadas	Realizadas / agendadas	Realizadas / disponibilizadas
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%	70,0%
2025	10.947	9.110	7.227	83,2%	79,3%	66,0%

Fonte: Núcleo Interno de Regulação (NIR/Into). Dados extraídos em 8/1/2026.

Os 10.833 pacientes ativos na lista de espera mantiveram o resultado esperado em razão da diminuição dos pacientes retirados por revisão da lista de espera. A quantidade reduzida de inativações de 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, gerou o acréscimo de 734 pacientes no resultado do ano. Houve decréscimo

no número de consultas de primeira vez em razão da saída de profissionais até o terceiro trimestre, mas, com o advento da implementação do Programa Agora Tem Especialistas, foi possível observar a retomada das consultas especializadas mediante a realização de ações assistenciais no último trimestre, que viabilizaram a manutenção do percentual de aproveitamento de 83,2% nas consultas disponibilizadas.

Indicadores de Transplantes de Multitecidos

Tabela 46 – Indicador de Captação – 2021 a 2025

Captação de tecidos (n.º de doadores)	2021	2022	2023	2024	2025
N.º de captações de tecido musculoesquelético	43	39	54	56	43
N.º de captações de tecidos oculares	114	162	297	319	451
N.º de captações de pele	33	32	25	36	09

Fonte: Área de Transplantes de Multitecidos (Copes/Into). Dados extraídos em 7/1/2026.

Em 2025, o Banco de Multitecidos do Into registrou redução de 23% na captação de doadores de tecido musculoesquelético (TME), totalizando 43 doadores, frente a 56 em 2024. Em contrapartida, a captação de tecidos oculares apresentou crescimento de 41%, com registro de 451 doadores em 2025, comparados a 319 no ano anterior.

Quanto à captação de pele, foram registrados nove doadores em 2025, correspondendo a uma redução de aproximadamente 75% em relação a 2024. Essa redução esteve associada à indisponibilidade do insumo glicerol estéril, utilizado na preservação do tecido, em razão da descontinuidade temporária das atividades da empresa fornecedora, o que inviabilizou as captações.

Tabela 47 – Indicador de Disponibilização – 2021 a 2025

Disponibilização de tecidos (quantidade de peças)	2021	2022*	2023*	2024	2025
Tecido musculoesquelético – osso	653	812	641	782	670
Tecido musculoesquelético – tendão	151	162	128	208	176
Tecido musculoesquelético – osteocondral	7	12	7	4	6
Tecido musculoesquelético – menisco	17	6	6	7	6
Tecido ocular – córneas	167	227	463	397	508
Tecido ocular – escleras	73	71	47	18	81
Pele (cm²)	23.292,5	7.836,5	16.861	10.907	7.550

Fonte: Área de Transplante de Multitecidos (Copes/Into). Dados extraídos em 7/1/2026.

*Realizados ajustes retroativos para os anos de 2022 e 2023.

Em 2025, a disponibilização de tecidos pelo Banco de Multitecidos do Into apresentou variações conforme o tipo de tecido, refletindo principalmente o comportamento da captação e a disponibilidade de insumos. Os tecidos musculoesqueléticos totalizaram 858 unidades, frente a 1.001 em 2024, representando redução de aproximadamente 14%, em consonância com a diminuição no número de doadores.

Em contrapartida, os tecidos oculares registraram aumento de cerca de 42%, com 589 unidades disponibilizadas em 2025, frente a 415 no ano anterior, acompanhando o crescimento da captação. Quanto ao tecido cutâneo, foram disponibilizados 7.550 cm², em comparação a 10.907 cm² em 2024, correspondendo a uma redução de aproximadamente 31%, associada à indisponibilidade do insumo glicerol estéril no mercado.

Os dados indicam que o Banco de Multitecidos do Into manteve sua capacidade técnica de converter captações em tecidos efetivamente disponibilizados, sendo as oscilações identificadas resultado, sobretudo, da redução de doadores, ou seja, uma condição externa que impacta diretamente a disponibilidade de tecidos para transplante.

EIXO – PROTEÇÃO, PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA

Tabela 48 – Atividades de Prevenção em Saúde – 2021 a 2025

Indicador	2021	2022	2023	2024	2025
N.º de campanhas de prevenção realizadas pela Comissão de Quedas – foco nos pacientes	2	2	2	2	1
N.º de campanhas de prevenção realizadas pela Área de Saúde do Trabalhador (Arsat) – foco nos profissionais	39	22	23	14	22
N.º de atividades de prevenção realizadas por meio do Programa Fortalecer – foco no público infantil e suas famílias	16	15	14	12	19
N.º de ações relacionadas à educação e à prevenção em saúde – foco na população	-	13	7	13	15
TOTAL DE ATIVIDADES DE PREVENÇÃO REALIZADAS	57	52	46	41	57

Fonte: Área Saúde do Trabalhador; Comissão de Quedas; Coordenação de Projetos Especiais. Dados extraídos em 8/1/2026.

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 2025, 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 prevenção de quedas, acidentes de trânsito, reabilitação, acessibilidade, capacitismo, prevenção de afecções do sistema musculoesquelético, 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

Em 2025, a Unidade de Educação Permanente (Unep) realizou 3.724 treinamentos. Os indicadores da Área de Pesquisa demonstram aumento no número de projetos científicos em andamento e nas publicações, assim como maior participação em eventos científicos nacionais e internacionais.



97 residentes distribuídos nas especialidades:
41 em ortopedia e traumatologia
4 em cirurgia da mão
7 em farmácia
8 em enfermagem
37 em residência multiprofissional



3.724 total de treinamentos em educação permanente:
1.281 na modalidade presencial
1.086 na modalidade presencial com simulação realística
1.357 em EaD



4 alunos nos cursos de mestrado
2 alunos nos cursos de doutorado
39 alunos do curso de aperfeiçoamento médico
43 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) e Coape.

Tabela 49 – Indicadores de Pesquisa – 2019 a 2025

Indicador	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
N.º de projetos científicos em andamento	60	52	61	61	74	56	38
N.º de projetos científicos concluídos	12	8	20	14	14	8	7
Artigos científicos publicados em revistas nacionais e internacionais indexadas	32	45	28	23	30	34	36
Apresentações em eventos científicos nacionais e internacionais	11	15	30	47	57	66	60

Fonte: Divisão de Ensino e Pesquisa (Coenpi/Into). Dados extraídos em 5/1/2026.

2.3 Vigilância em Saúde e Ambiente

2.3.1 Imunização

Em 2025, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) atuou alinhado às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com avanços na ampliação do acesso e na qualificação. As ações abrangeram vigilância em saúde, gestão logística, governança da informação e farmacovigilância, fortalecendo a eficiência, a segurança e a sustentabilidade das políticas de imunização.

O Ministério da Saúde (MS) tem intensificado ações para o fortalecimento do PNI, com resultados já observáveis na melhoria das coberturas vacinais. Entre as iniciativas implementadas e monitoradas destacam-se campanhas e estratégias nacionais e regionais de vacinação, como Vacinação nas Escolas, estratégias contra influenza, sarampo, febre amarela, multivacinação, estratégia de resgate dos não vacinados com a vacina HPV, Estratégia de Fronteiras, Operação Gota, vacinação contra o vírus sincicial respiratório (VSR) em gestantes, e o Microplanejamento para Atividades de Vacinação de Alta Qualidade (Avaq).

Tabela 50 – Série Histórica das Coberturas Vacinais Segundo Ano e Imunobiológicos – 2019 a 2025

Imunobiológico	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025*
BCG	86,67	77,14	74,97	90,06	88,96	98,6	96,18
Hepatite B (<30)	78,57	65,77	67,03	82,73	85,65	97,00	94,28
Rotavírus	85,40	77,94	71,80	76,60	88,30	89,62	89,87
Meningocócica C	87,41	79,23	72,17	78,63	90,95	89,32	90,10
Penta (DTP/HB/Hib)	70,76	77,86	71,53	77,24	87,85	90,46	87,12
Pneumocócica 10	89,07	82,04	74,84	81,51	91,04	93,23	92,63
Poliomielite	84,19	76,79	71,04	77,20	88,82	90,65	86,57
Febre amarela	62,41	57,64	58,19	60,67	75,83	73,63	74,03
Pneumocócica 10 (1º ref.)	83,47	72,14	66,14	71,54	86,16	93,22	90,11
Meningocócica C (1º ref.)	85,78	76,55	68,70	75,34	89,47	92,17	91,01
Triplíce viral (D1)	93,12	80,88	74,94	80,70	90,60	95,97	93,78
Hepatite A	85,02	75,90	67,54	72,99	85,35	86,15	85,00
Poliomielite (1º ref.)	74,62	69,30	60,50	67,71	80,32	88,16	85,96
Triplíce viral (D2)	81,55	64,27	53,20	57,64	68,71	80,60	78,96
DTP (1º ref.)	57,08	77,21	63,65	67,45	80,23	86,68	85,00
Varicela	-	74,43	67,05	73,32	73,66	73,27	78,10

Fonte: Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI/SVSA/MS).
*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

VIGILÂNCIA
EM SAÚDE

2.3.1.1 Vacinação nas Escolas

A vacinação no ambiente escolar, regulamentada pela Portaria GM/MS n.º 6.715, de 2025, consolidou-se como uma das principais estratégias nacionais para ampliação do acesso e recuperação das coberturas vacinais. A iniciativa contou com a adesão de 4.521 municípios, evidenciando ampla capilaridade territorial e forte articulação interfederativa.

Como resultado, aproximadamente 1,6 milhão de doses de vacinas foram aplicadas em escolas, alcançando crianças e adolescentes com esquemas vacinais incompletos ou atrasados.

2.3.1.2 Manutenção da Certificação de Sarampo

Ao longo de 2025, o Ministério da Saúde enfrentou o desafio de evitar a reintrodução sustentada do vírus do sarampo no território nacional, diante do aumento da circulação global da doença e da ocorrência de casos importados. As respostas adotadas nos territórios envolveram a atuação coordenada dos três níveis de gestão, com participação das equipes de Vigilância Epidemiológica, Laboratorial, Imunização, Atenção Primária e Atenção Especializada à Saúde, assegurando abordagem oportuna e baseada no risco de transmissão.

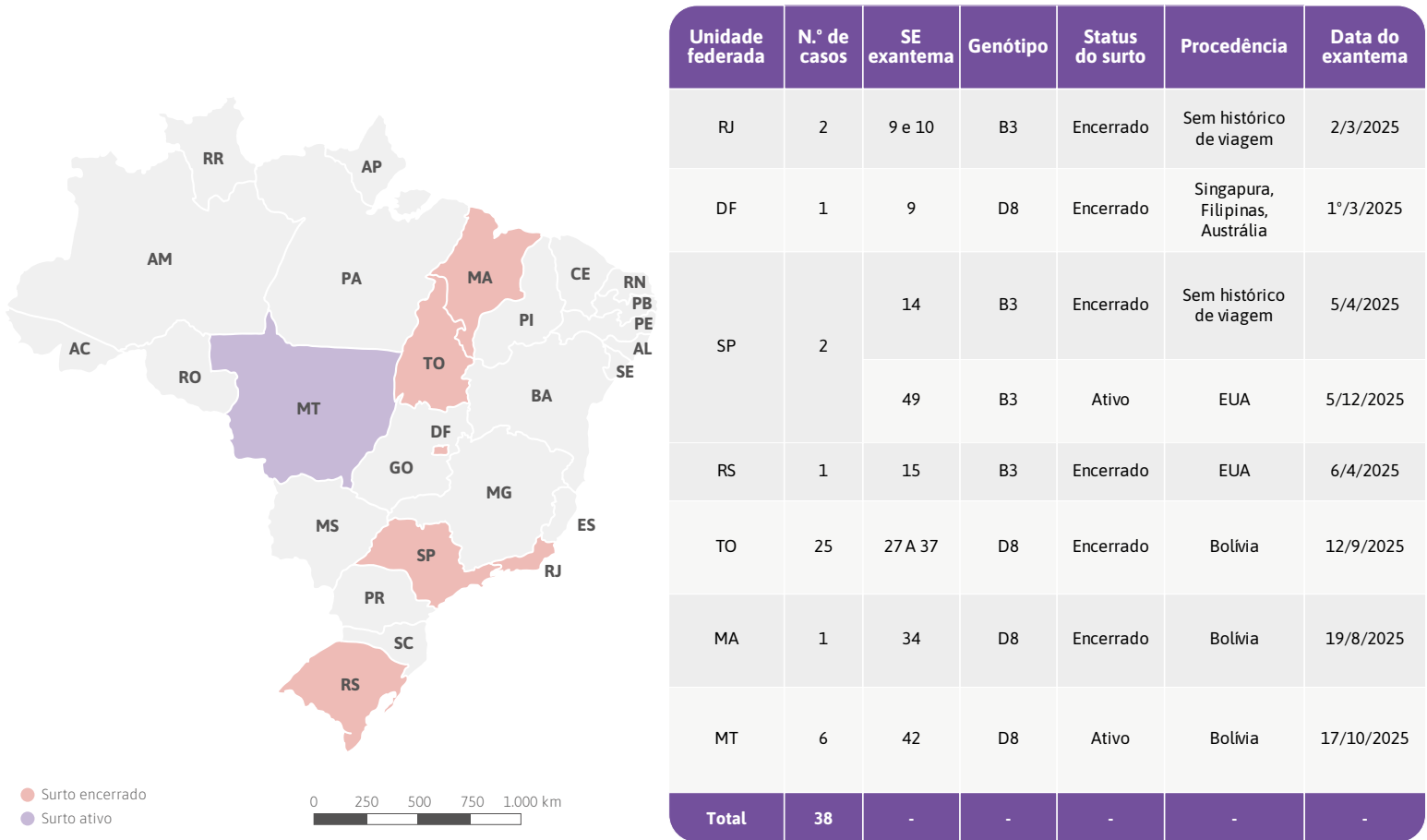
Entre as principais ações desenvolvidas, destacam-se a investigação de casos suspeitos e confirmados, o rastreamento e monitoramento de contatos, a construção de cadeias de transmissão, a realização de bloqueios vacinais, varreduras em áreas de maior risco e a intensificação da vacinação de rotina. Foram também realizadas campanhas

de vacinação e dias de mobilização (“Dia D”) em regiões de fronteira, com foco na redução do risco de introdução do vírus.

Adicionalmente, foram identificadas e mapeadas comunidades com hesitação vacinal, bem como foi realizado o monitoramento nominal

de não vacinados em municípios com surtos, subsidiando estratégias específicas de busca ativa e sensibilização. Em 2025, foram confirmados 38 casos de sarampo no território nacional, sendo 11 importados, 24 relacionados à importação e 3 de fonte desconhecida.

Figura 14 – Situação Epidemiológica do Sarampo – 2025



Fonte: Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis (CGVDI/DPNI/SVSA/MS).

As ações desenvolvidas em 2025 demonstram o fortalecimento da resposta tripartite no enfrentamento do sarampo e o cumprimento das recomendações definidas pela Comissão Regional de Monitoramento e Reverificação da Eliminação do Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita (RVC) na Região das Américas. Como reconhecimento do avanço da vacinação, da intensificação da vigilância epidemiológica e das ações de resposta rápida frente aos casos importados, a RVC manteve o certificado de eliminação do sarampo no País.

2.3.1.3 Diretrizes de Combate às Meningites

Em outubro de 2024, o MS lançou as *Diretrizes para Enfrentamento das Meningites até 2030*, alinhadas ao roteiro global *Derrotar as Meningites até 2030*, com o objetivo de orientar ações estratégicas nas três esferas de gestão do SUS, fortalecendo as Redes de Atenção à Saúde (RAS), as vigilâncias epidemiológica e laboratorial, a imunização e a comunicação em saúde.

Entre as principais entregas de 2025, destacam-se: a implantação do projeto-piloto da vigilância sentinela das doenças invasivas; o avanço na elaboração da nova ficha de notificação do e-SUS no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan); o apoio à unificação das bases do e-SUS VS (Espírito Santo) e do Sinan Nacional; e a publicação da 2ª edição do Informe Epidemiológico das Meningites.

Somam-se a essas ações a produção de materiais informativos e educativos; a realização de oficinas para elaboração do Plano Nacional de Contingência para Meningites e do Guia de Rastreamento e Monitoramento de Contatos com o Go.Data, software desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em colaboração com a Rede Global de Alerta e Resposta a Surtos (GOARN); além do planejamento de processos formativos, capacitações e reuniões com o Comitê Técnico Assessor para Vigilância de Doenças Imunopreveníveis (CTA-VDI). No campo da imunização, destaca-se a publicação da Nota Técnica n.º 77/2025-Cgici/DPNI/SVSA/MS, que estabelece a substituição da dose de reforço da vacina meningocócica C pela vacina meningocócica ACWY.

O período também contou com a participação do Brasil em eventos internacionais, reforçando seu protagonismo na elaboração de diretrizes nacionais para o enfrentamento das meningites e promovendo intercâmbio de experiências e cooperação técnica.

2.3.1.4 Controle e Regularização dos Estoques de Imunobiológicos

O MS realiza monitoramento contínuo e sistemático dos estoques de imunobiológicos, com o objetivo de garantir a regularidade do abastecimento e a oferta adequada desses insumos em todo o território nacional. Nesse âmbito, a Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), atua na padronização da programação e da distribuição de imunobiológicos.

Como parte desse aprimoramento, estão sendo implementadas cotas estaduais, baseadas em modelagem matemática, para estimar a distribuição mensal de imunobiológicos a partir de 2026.

A distribuição de vacinas atingiu 91% das doses solicitadas pelos estados (total de 270.634.641 doses) distribuídas de janeiro a dezembro de 2025, resultado do fortalecimento do monitoramento dos estoques, do aprimoramento dos critérios de programação e da intensificação do acompanhamento técnico.

Adicionalmente, foram adotadas medidas para regularização dos estoques, incluindo o acompanhamento sistemático das demandas estaduais, a qualificação das informações utilizadas na programação, a identificação precoce de riscos de desabastecimento, o ajuste oportuno das distribuições conforme a disponibilidade, e a articulação permanente com as unidades federadas (UFs) para prevenir rupturas.

2.3.1.5 Investimentos e Regulamentação da Rede de Frio

Com vistas à qualificação da cadeia de frio dos imunobiológicos em todas as instâncias, foram desenvolvidas ações voltadas ao fortalecimento das Centrais de Rede de Frio e dos serviços de imunização, com foco no controle da qualidade dos imunobiológicos.

No âmbito dos investimentos, em parceria com a Secretaria-Executiva (SE), foi realizado processo licitatório para aquisição de equipamentos da Rede de Frio, conforme o Edital n.º 90373/2025, contemplando câmaras refrigeradas, freezers, ultrafreezers e blast freezers.

Com o Novo PAC 2025, foram disponibilizados recursos federais para a qualificação da cadeia de frio nas salas de vacinação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), por meio do “kit de equipamentos UBS”, incluindo 10 mil câmaras científicas refrigeradas. Ao todo, foram recepcionadas 11.904 propostas, provenientes de 5.290 municípios.

Destaca-se, ainda, a articulação com o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) para viabilizar linha de financiamento a estados e municípios, por meio do Edital de Chamamento Público CGFIIS n.º 2/2025, que permite o cadastramento de propostas para construção, reforma e ampliação de Centrais de Rede de Frio e serviços de imunização, além da aquisição de veículos, vacimóveis e equipamentos destinados à manutenção da cadeia de frio.

2.3.1.6 Avanços do Fluxo de Dados de Vacinação

O fluxo de dados entre os sistemas de saúde foi redefinido pelas Portarias GM/MS n.º 5.663, de 31 de outubro de 2024, e n.º 5.713, de 9 de dezembro de 2024, com a padronização do envio de informações à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e à Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica (Bnafar).

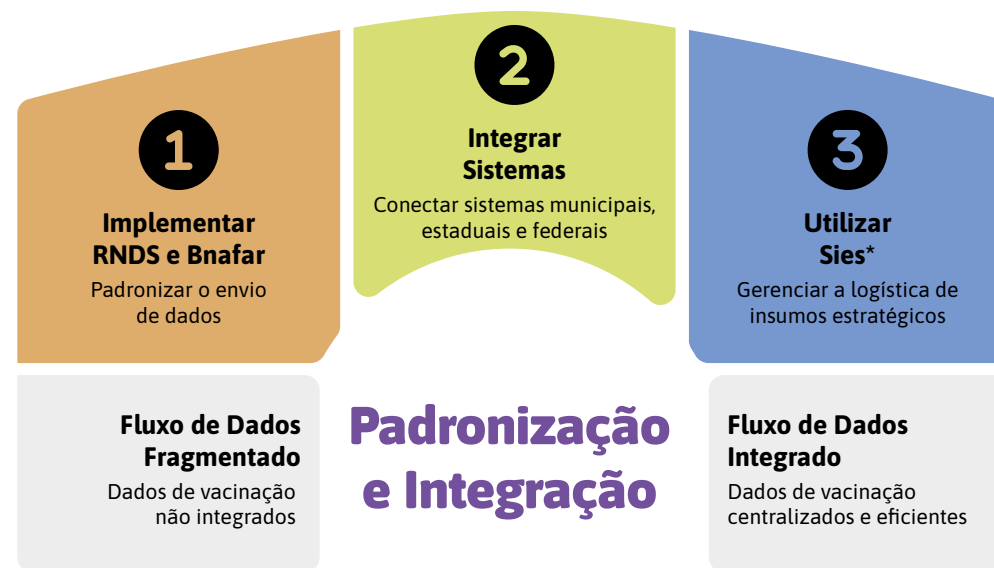
Essa reestruturação se apoia em dois pilares centrais: o planejamento estratégico, ao permitir a identificação de regiões com maior demanda de insumos a partir de perfis epidemiológicos; e a interoperabilidade, ao integrar sistemas municipais, estaduais e federais sob uma linguagem técnica comum.

A RNDS passa a atuar como porta de entrada dos dados clínicos: os registros de vacinação são inicialmente enviados à RNDS e, na sequência, transferidos à Bnafar. A análise integrada dessas bases fortalece a tomada de decisão baseada em evidências, amplia a transparência e contribui para o enfrentamento da hesitação vacinal.

Ao transitar de uma gestão reativa para uma abordagem preditiva, o Programa Nacional de Imunizações passa a identificar bolsões de baixa cobertura vacinal quase em tempo real, possibilitando intervenções oportunas, como ações extramuros, antes da ocorrência de surtos.

Além disso, a geração de relatórios públicos, claros e auditáveis, fundamentados em dados integrados, consolida-se como instrumento estratégico para fortalecer a confiança da população na segurança das vacinas e para antecipar riscos de desabastecimento, permitindo o remanejamento de estoques entre municípios de forma mais eficiente.

Figura 15 – Fluxo de Dados de Vacinação



Fonte: DPNI/SVSA/MS.

*Sies: Sistema de Informação de Insumos Estratégicos.

2.3.1.7 Integração com Anvisa e Transparência dos Dados

A atuação integrada entre o MS e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é elemento essencial da governança do Sistema Nacional de Farmacovigilância. Em 2025, avançou-se no fortalecimento dessa articulação, com foco na qualificação dos fluxos de informação, na definição de responsabilidades institucionais e na ampliação da transparência dos dados relacionados aos Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (Esavi).

Entre as principais iniciativas, destaca-se a estruturação da transmissão sistemática dos dados do e-SUS Notifica para a VigiBase, base global de farmacovigilância da OMS, mantida pelo *Uppsala Monitoring Centre* (UMC).

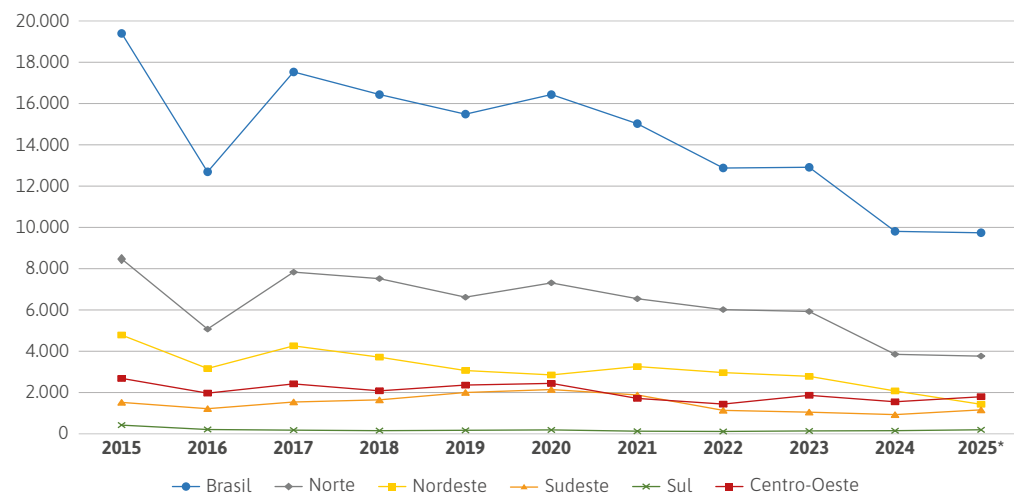
No eixo da transparência, a SVSA manteve e ampliou iniciativas de divulgação qualificada das informações de farmacovigilância, incluindo a publicação periódica de boletins epidemiológicos, a produção de artigos científicos e a disponibilização de bases de dados anonimizadas no Portal de Dados Abertos do MS. Destaca-se, ainda, a participação na iniciativa Saúde com Ciência, voltada ao enfrentamento da desinformação em saúde. Para 2026, projetam-se o fortalecimento da notificação e da investigação de Esavi no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, a qualificação de equipes e comitês, a intensificação da comunicação de risco e o desenvolvimento da farmacovigilância ativa de novas vacinas, com uso de grandes bases de dados para subsidiar decisões e ampliar a transparência.

2.3.2 Vigilância das Doenças Transmissíveis

Leishmaniose Tegumentar (LT)

No período de 2015 a 2025, foram confirmados 158.321 casos novos LT no Brasil, com média anual de 14.393 casos novos. O coeficiente de detecção apresentou redução de 9,5 para 4,6 casos por 100 mil habitantes ao longo do período. Foram registrados casos autóctones em todas as UFs, com predominância nas Regiões Norte e Nordeste, que concentraram 65,3% (103.314) dos casos novos confirmados no período.

Gráfico 38 – Casos de Leishmaniose Tegumentar – 2015 a 2025



Fonte: SVSA/MS.

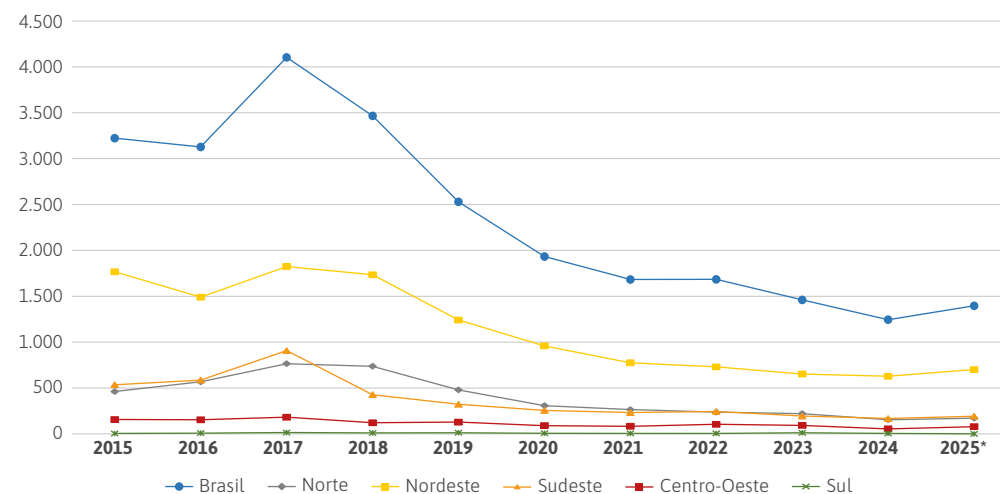
*Dados preliminares, sujeitos a alterações

Leishmaniose Visceral (LV)

No período de 2015 a 2025, foram registrados 25.850 casos novos de LV no Brasil, com média anual de 2.350 casos. Observou-se redução de 56,69% no número de casos novos em 2025, em comparação a 2015.

A LV é autóctone em 24 UF e permanece predominante na Região Nordeste, responsável por 50,2% dos casos novos em 2025. No período analisado, o coeficiente de incidência reduziu de 1,58 para 0,66 caso por 100 mil habitantes. Entre 2015 e 2025, foram notificados 2.244 óbitos por LV, com taxa de letalidade média de 8,1% no período.

Gráfico 39 – Casos de Leishmaniose Visceral – 2015 a 2025



Fonte: SVSA/MS.

*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Destaca-se, em 2025, a ampliação da estratégia de encoleiramento de cães, com distribuição de 510.999 coleiras impregnadas com inseticida. Dos 188 municípios prioritários definidos no Plano Nacional de Saúde, 71 já iniciaram pelo menos o primeiro ciclo de encoleiramento.

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 variantes caninas (AgV1 ou AgV2) no País.

Em 2025, foram confirmados três casos de raiva humana: dois nos estados do Ceará e de Pernambuco, associados a primatas não humanos com variante relacionada a saguis, e um no estado do Amapá, tendo como agressor primata não humano com variante associada a morcegos (AgV3).

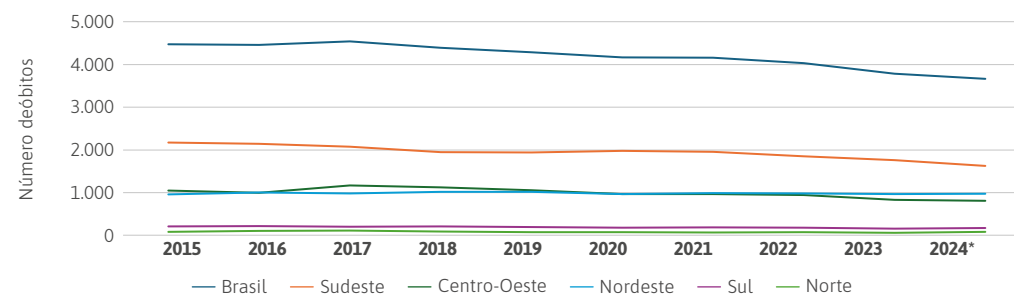
Entre as principais ações realizadas em 2025, destacam-se:

- Garantia do fornecimento e do acesso aos insumos para profilaxia para humanos, cães e gatos (vacinas antirrábicas humana e canina, soro antirrábico e imunoglobulina), na proteção de populações em situação de maior risco, no fortalecimento da capacidade técnica dos serviços de saúde e no monitoramento das medidas de preparação e resposta à doença nos estados.
- Apoio à realização do Dia D de vacinação antirrábica canina em municípios de fronteira Brasil-Bolívia.

Doença de Chagas

Entre 2015 e 2024, foram registrados, no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), 41.956 óbitos por doença de Chagas, com uma média anual de 4.196 óbitos no País. Houve redução (3%) do número de óbitos em 2024 em relação a 2023. No período, a Região Sudeste concentrou o maior número de óbitos, totalizando 19.453 registros (46,4%).

Gráfico 40 – Distribuição dos Óbitos, Segundo a Causa Básica Doença de Chagas – 2015 a 2024



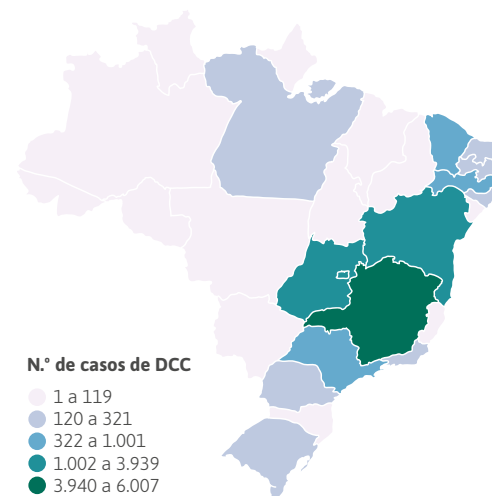
Fonte: SIM.

*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Com relação à fase aguda, nesse período, registraram-se cerca de 3.700 casos novos, sendo a forma oral a que apresentou o maior número, totalizando 3.215 casos no período (86%).

Em 2023, iniciou-se a implantação da notificação da doença de Chagas crônica no e-SUS Notifica. No período de 2023 a 2025, foram confirmados 17.049 casos, sendo 5.169 em 2023, 7.930 em 2024, e 3.950 em 2025.

Figura 16 – Número de Casos de Doença de Chagas Crônica (DCC) – 2023 a 2025



Fonte: e-SUS Notifica/MS. Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Nota: o Espírito Santo não utiliza o e-SUS Notifica, e o estado de Goiás iniciou a notificação em 2024.

Entre as principais ações realizadas em 2025, destacam-se:

- Fortalecimento da vigilância da doença de Chagas, por meio do aprimoramento dos sistemas de informação, do monitoramento epidemiológico e entomológico e do apoio técnico aos estados e municípios, incluindo a implementação do SISVetor-Chagas em seis estados, sendo eles: Bahia, Ceará, Goiás, Minas Gerais, Pará e Pernambuco.
- Apoio financeiro aos entes federativos, com repasse para 155 municípios, escolhidos com base em critérios epidemiológicos e entomológicos. Os recursos foram destinados à qualificação das ações de vigilância entomológica da doença de Chagas.
- Apoio a iniciativas estratégicas de cuidado e implementação, por meio dos projetos IntegraChagas e CUIDA Chagas (Comunidades Unidas para Inovação, Desenvolvimento e Atenção para a Doença de Chagas), bem como da iniciativa Ibero-Americana “Nenhum Bebê com Chagas”, voltados à ampliação do acesso ao diagnóstico, tratamento e cuidado integral, incluindo ações para a eliminação da transmissão vertical.

Cólera

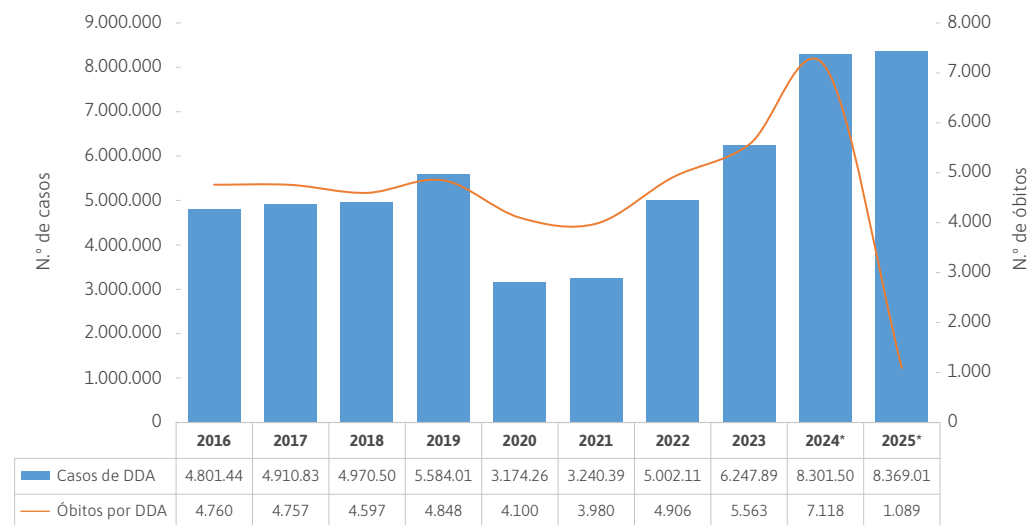
A cólera é uma doença infecciosa intestinal bacteriana aguda, de potencial epidêmico, causada pela enterotoxina do *Vibrio cholerae* O1 ou O139, e compõe as doenças diarreicas agudas. No Brasil, os últimos casos autóctones ocorreram em

Pernambuco, entre 2004 e 2005, com 21 e 5 casos confirmados, respectivamente. Em 2024, um caso inicialmente confirmado como cólera autóctone no município de Salvador/BA foi posteriormente reavaliado e descartado, após análise laboratorial complementar que identificou cepa não toxigênica. Em 2025, não houve registro de caso de cólera no País. Entre as principais ações realizadas em 2025, destaca-se a publicação da Nota Técnica Conjunta n.º 432/2025-CGZHA/DEDT/CGLAB/SVSA/MS, que dispõe sobre a reclassificação do caso de cólera reportado como autóctone no Brasil em 2024.

Doenças Diarreicas Agudas (DDA)

Observou-se um crescimento progressivo de casos e óbitos a partir de 2022, com pico em 2024, quando foram registrados 8.301.504 casos e 7.118 óbitos. Em 2025, os registros preliminares indicam números de casos superiores aos de 2024 (8.369.010 casos), com número de óbitos ainda inferiores (1.089 óbitos), embora haja expectativa de aumento a partir da atualização do sistema de informação. A redução observada em 2020 e 2021 ocorreu no contexto da pandemia de covid-19, possivelmente associada à subnotificação e a mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde. Destaca-se a elevação do número de óbitos, considerada preocupante, uma vez que o manejo das DDA é simples e baseado principalmente na prevenção e na correção da desidratação.

Gráfico 41 – Número de Casos e Óbitos por DDA – 2019 a 2025



Fonte: Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica – Doença Diarreica Aguda (Sivep-DDA)/SIM. Ministério da Saúde.

*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Entre as principais ações realizadas em 2025, destacam-se:

- Publicação do painel de monitoramento das DDA, com apoio do Centro Nacional de Inteligência Epidemiológica.
- Criação do Fórum de DDA no âmbito da Sala de Situação Nacional de Emergências Climáticas em Saúde, visando qualificar a análise e o uso de dados, fortalecer a articulação intra e intersetorial e subsidiar ações para redução da morbimortalidade por DDA no Brasil.

Botulismo

No Brasil, a maioria dos casos notificados de botulismo está diretamente relacionada à contaminação alimentar. No período de 2016 a

2025, foram confirmados 92 casos de botulismo. Destes, 14 evoluíram a óbito. O ano de 2025 teve 24 casos confirmados da doença, incluindo 11 casos de botulismo iatrogênico.

Entre as principais ações realizadas em 2025, destacam-se:

- Publicação da Nota Técnica Conjunta n.º 405/2025-CGZV/DEDT/SVSA/MS e Anvisa, que orienta sobre a possibilidade de ocorrência de botulismo iatrogênico após a utilização da toxina botulínica A associada ao uso terapêutico ou estético.
- Resposta ao surto de botulismo iatrogênico em Minas Gerais, com apoio à Secretaria de Saúde de Minas Gerais, bem como articulação técnica com a Anvisa.

Surtos de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTHA)

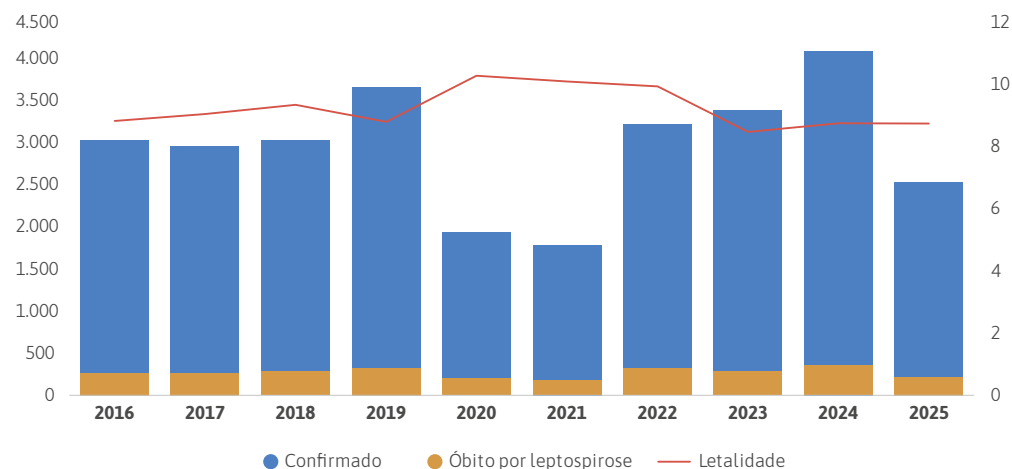
De acordo com dados preliminares, entre 2016 e 2025, foram notificados no Brasil 8.007 surtos de DTHA, envolvendo 130.463 pessoas, com registro de 11.066 hospitalizações e 141 óbitos. Os surtos ocorreram predominantemente em residências (33%). A maioria foi encerrada por critério clínico-epidemiológico (36,2%), com identificação do agente etiológico em apenas 21% dos surtos.

Entre as principais ações realizadas em 2025, destaca-se o apoio técnico às Secretarias Estaduais de Saúde, com treinamentos nos estados do Acre, do Pará e de Roraima, e com assistência nas investigações dos surtos no Acre, no Amazonas, na Bahia, no Ceará, em Goiás, em Minas Gerais, no Paraná, em Sergipe, no Pará, em Roraima, no Rio Grande do Norte, em São Paulo e no Rio de Janeiro.

Leptospirose

Entre 2016 e 2025, foram confirmados 29.587 casos de leptospirose no Brasil, com uma média anual de 2.958 casos. Durante esse período, foram registrados 2.687 óbitos, resultando em uma taxa de letalidade média de 9,1%, reduzindo para 8,2% em 2025.

Gráfico 42 – Casos Confirmados, Óbitos e Taxa de Letalidade por Leptospirose – 2016 e 2025



Fonte: Sinan, 2025. Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Entre as principais ações realizadas em 2025, destaca-se o apoio técnico às Secretarias Estaduais de Saúde, com treinamentos sobre leptospirose e participação ativa na Sala de Situação do Clima.

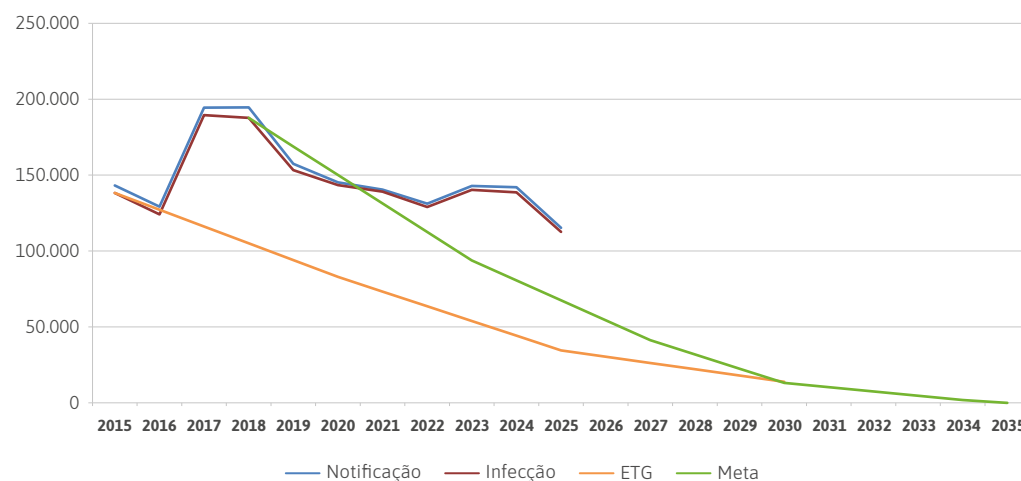
Malária

O Brasil registrou 112.642 casos autóctones (com transmissão local) de malária em 2025, o que representa redução de 18,7% em relação ao mesmo período de 2024, quando foram registrados 138.618 casos. Desses casos, 17.665 (15,68%) foram provocados por *Plasmodium falciparum* e malária mista, uma redução de 34,6% em relação ao mesmo período do ano anterior.

De acordo com dados preliminares, considerando o período de janeiro a dezembro de 2025, em relação a 2024, houve redução no número de casos autóctones em todos os estados da região amazônica, onde são registrados 99,9% dos casos do País: Acre (-39,4%), Amazonas (-6,4%), Amapá (-11,8%), Maranhão (-33,3%), Mato Grosso (-13,3%), Pará (-27,6%), Rondônia (-6,9%), Roraima (-38,2%). O estado do Tocantins não registrou casos autóctones em 2025, tendo registrado um caso autóctone em 2024. Na região extra-amazônica, São Paulo (3), Santa Catarina (2), Piauí (1), Pernambuco (1), Espírito Santo (1), Ceará (2), Rio de Janeiro (1) e Goiás (1) registraram casos autóctones da doença até dezembro de 2025.

No tocante às áreas consideradas especiais na região amazônica, de acordo com dados preliminares, de janeiro a dezembro de 2025, foi observada redução no número de casos autóctones de malária em todas as áreas especiais em relação ao mesmo período de 2024. Nas áreas indígenas, a redução é de -20% (de 60.134 para 48.095); nas áreas de assentamento, de -14,4% (de 5.990 para 5.130); nas áreas de garimpo, de -22,2% (de 15.770 para 12.265); nas áreas rurais, de -16% (de 46.629 para 39.168); e nas áreas urbanas, de -21,7% (de 9.293 para 7.276).

Gráfico 43 – Casos Autóctones de Malária no Brasil, em 2025, e Metas de Eliminação até 2035



Fonte: Sivep-Malária, Sinan/SVS/MS e e-SUS VS.

Nota: excluídos resultados negativos, nulos e lâminas de verificação de cura (LVC). Os dados de 2024 são preliminares, sujeitos à alteração. Meta ETG refere-se às metas para malária da Estratégia Técnica Global da OMS. Meta Brasil refere-se às metas do Plano Nacional de Eliminação da Malária.

Nesse contexto, o Projeto Apoiadores Municipais para a Prevenção, Controle e Eliminação da Malária configura-se como uma estratégia estruturante para o fortalecimento das ações de vigilância, prevenção e resposta à malária nos municípios de maior endemidade da região amazônica, nos quais se concentram cerca de 80% dos casos autóctones do País. A iniciativa está alinhada à Estratégia Técnica Global para a Malária (OMS), aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) e ao Plano Nacional de Eliminação da Malária (2022-2035), sendo elemento central para o alcance das metas nacionais e internacionais de eliminação da doença.

Em 2025, os apoiadores atuaram de forma estratégica no assessoramento técnico às gestões municipais, na organização dos processos de trabalho, no monitoramento de indicadores e na identificação de gargalos operacionais, contribuindo para respostas mais oportunas e efetivas nos territórios prioritários. Atualmente, o projeto conta com 20 apoiadores, apoiando 25 municípios e 1 estado da região amazônica (Amazonas).

A presença dos apoiadores nos territórios foi decisiva para a capacitação de profissionais de saúde na implementação da tafenoquina, especialmente em áreas remotas e indígenas, com destaque para o território Yanomami, onde se iniciou o processo de implementação da estratégia no Brasil. Atualmente, mais de 20 mil pessoas já foram tratadas com essa nova tecnologia no País. Os apoiadores foram preparados como multiplicadores da estratégia, assegurando a expansão qualificada da política.

Entre as ações promovidas no ano de 2025, destacam-se:

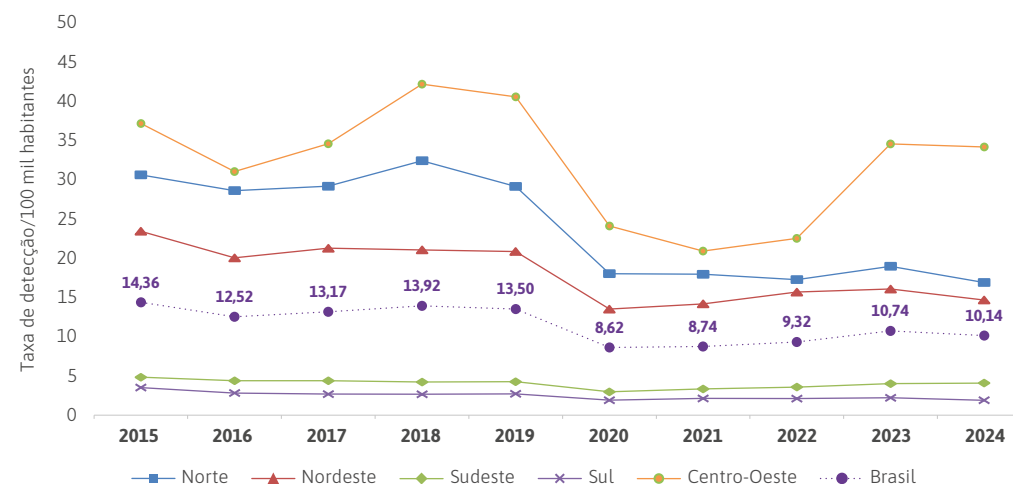
- Realização de treinamentos para implementação da testagem da enzima G6PD (glicose-6-fosfato desidrogenase) e tratamento com tafenoquina 100 mg, novo medicamento de dose única para tratamento de malária por *P. vivax*, em 16 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) e 168 municípios nos 9 estados endêmicos. Também foram treinados 17 estados e o Distrito Federal na região extra-amazônica, totalizando cerca de 4.960 profissionais treinados.
- Incorporação da tafenoquina pediátrica (50 mg) para tratamento de malária por *P. vivax* em crianças de 2 a 15 anos.
- Ampliação da aquisição e da distribuição de testes de diagnóstico rápido (TDR), com aumento de 28% nos exames realizados por TDR na região amazônica.

- Restabelecimento do estoque de mosquiteiros impregnados de longa duração (MILD) e retomada da distribuição para o controle vetorial nas áreas com transmissão da doença nos estados e nos Dsei da região amazônica.
- Substituição do inseticida utilizado na borrifação residual intradomiciliar (BRI), passando do etofenprox PM 20% para a combinação clotianidina 50% + deltametrina 6,25%, que apresenta maior efeito residual (até seis meses) e eficácia comprovada quanto à suscetibilidade dos anofelinos da região amazônica.
- Restabelecimento dos estoques de artesunato + mefloquina, com a utilização desse medicamento como primeira escolha para tratamento de malária por *P. falciparum*, malária mista e recorrências de malária por *P. vivax*, considerando sua dissolubilidade, menor quantidade de comprimidos para completar o tratamento e maior meia-vida. Foi publicado ainda Ofício n.º 197/2024/Cema/CGHDE/DEDT/SVSA/MS, que orienta o uso do medicamento.
- Realização do curso de Formação de Lideranças para a Eliminação da Malária em Manaus e de oficinas estaduais de eliminação da malária nos estados do Pará e do Acre, além da realização de visitas técnicas a municípios de importância epidemiológica em oito estados e nos Dsei da região amazônica.

Hanseníase

Destaca-se que 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 por parte dos municípios. Após esse período, com a retomada das ações rotineiras nos municípios, observou-se aumento gradual da taxa de detecção da hanseníase, que alcançou 10,14 casos novos por 100 mil habitantes, no Brasil, em 2024.

Gráfico 44 – Taxa de Detecção Geral de Casos Novos de Hanseníase – 2015 a 2024

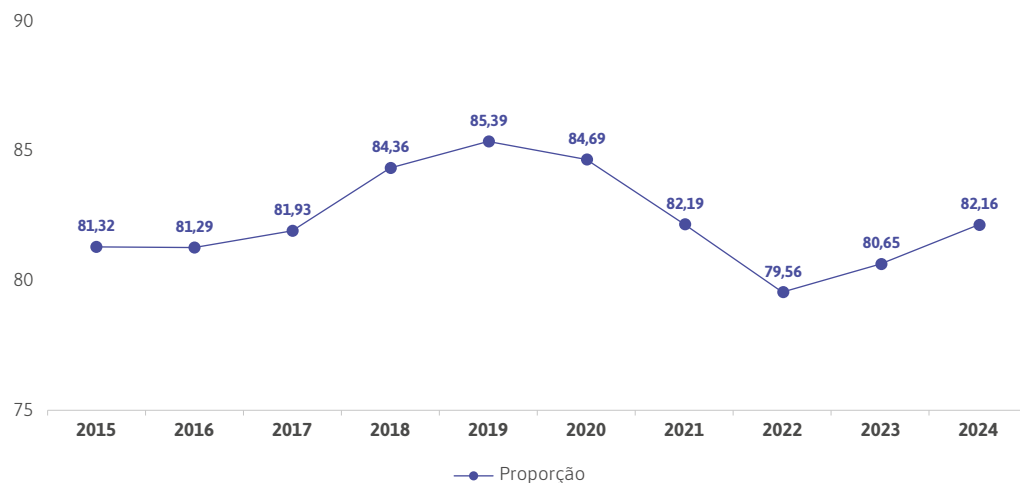


Fonte: Sinan/SVSA/MS.

Quanto à taxa de detecção de casos novos em menores de 15 anos, observa-se que o Brasil apresenta redução ao longo dos anos, acentuada nos períodos da pandemia de covid-19. Salienta-se que esse é um importante indicador, pois mede a transmissão recente da doença. Atualmente, a taxa está aproximadamente 39,2% menor do que em 2019, passando de 3,52/100 mil habitantes para 2,14/100 mil habitantes. Destacam-se as Regiões Norte e Centro-Oeste, que apresentavam, respectivamente, taxas de 10,57/100 mil habitantes e 8,50/100 mil habitantes em 2015, e de 4,03/100 mil habitantes e 5,69 /100 mil habitantes em 2024.

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 da Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), visando ao aumento da proporção para $\geq 82\%$. No Brasil, em 2024, a proporção de contatos examinados foi de 82,2%, o que caracteriza o País no parâmetro regular.

Gráfico 45 – Proporção de Contatos Avaliados nos Anos das Coortes – 2015 a 2024



Fonte: Sinan/SVS/MS.

Entre as principais ações desenvolvidas para enfrentamento da hanseníase em 2025, destacam-se:

- Aquisição, distribuição e implementação dos testes de apoio ao diagnóstico da hanseníase incorporado ao SUS: teste rápido para avaliação de contatos de hanseníase, teste de biologia molecular para hanseníase e 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 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.

- Publicação do caderno *Análise das Incapacidades Provocadas pela Hanseníase no Brasil: um inquérito nacional – 2022 a 2024*.
- Realização de dez assessorias técnicas in loco, com a CGLAB, aos Laboratórios da Rede de Diagnóstico Molecular da Hanseníase.
- Realização do Seminário Nacional sobre uso Racional de Talidomida, evento realizado do Distrito Federal.

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.

Em outubro de 2024, foi concedido ao Brasil, pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS), o certificado de validação da eliminação da filariose linfática como um problema de saúde pública. Nesse sentido, em 2025, foram desenvolvidas ações na perspectiva de estruturar as ações de vigilância pós-eliminação da filariose linfática no País, com destaque para a produção de três manuais técnicos para normatização de ações relacionadas ao diagnóstico laboratorial da filariose linfática em humanos, manejo de morbidade filarial e orientações para vigilância epidemiológica pós-eliminação.

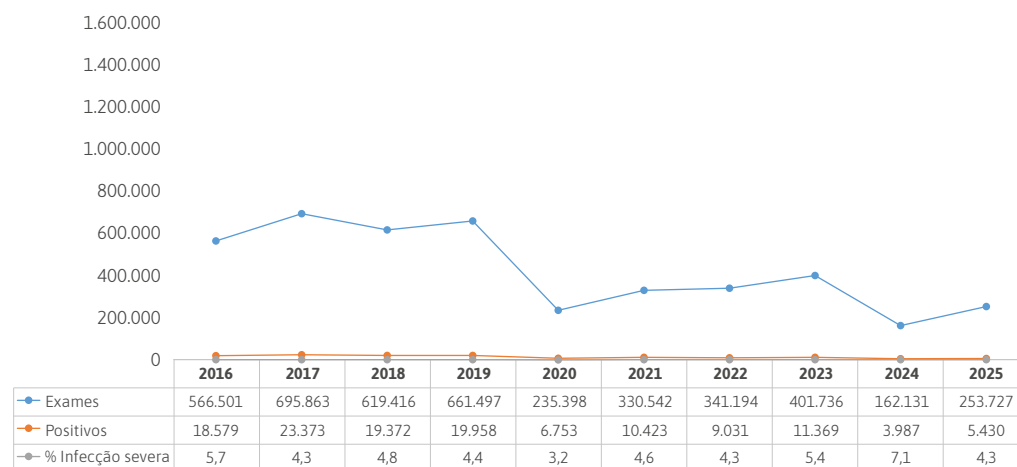
Esquistossomose

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, visto que 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 2016 e 2025, foi registrado um total de 4.268.005 exames para esquistossomose nas áreas endêmicas do Brasil. Foram detectados ovos de *S. mansoni* em 128.275 (3,0%) das amostras de fezes examinadas, sendo 6.090 (4,74%) dessas infecções severas, com 17 ou mais ovos detectados.

Gráfico 46 – Número de Exames Realizados para Esquistossomose nas Áreas Endêmicas – 2016 a 2025



Fonte: Sistema de Informação do Programa de Controle da Esquistossomose (SISPCE). Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Principais atividades realizadas em 2025:

- ▶ Elaboração e publicação do Curso de Vigilância Malacológica na modalidade EaD.
- ▶ Apoio financeiro ao desenvolvimento de vacina da esquistossomose.
- ▶ Apoio financeiro à pesquisa de validação de métodos diagnósticos.
- ▶ Reunião nacional com coordenadores dos estados endêmicos e focais para esquistossomose.
- ▶ Publicação do curso de atualização das Diretrizes Técnicas da Vigilância da Esquistossomose na modalidade EaD.
- ▶ Oferta de curso de tabulação de dados da esquistossomose.
- ▶ Atualização da Ficha de Notificação de casos da esquistossomose (casos humanos serão notificados em um único sistema).

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 n.º 9 do 55º Conselho Diretor do Comitê Regional da OMS para as Américas (CD55.R9). A relevância epidemiológica dessa enfermidade para o Dsei Yanomami consiste no fato de que a terra indígena Yanomami é o único espaço territorial brasileiro endêmico para oncocercose, configurando, com a área Yanomami localizada na Venezuela, o último foco da doença nas Américas.

Em 2025, a cobertura do tratamento coletivo com ivermectina no foco endêmico foi de 82% no primeiro semestre e de 75% no segundo semestre. Destaca-se que os dados do segundo semestre são preliminares e espera-se que haja aumento dessa cifra. É importante considerar que, desde 2020, as ações desenvolvidas no foco endêmico têm tido um desempenho 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 n.º 28, de 20 de janeiro de 2023.

As atividades de tratamento coletivo com ivermectina nos Dsei Yanomami, iniciadas em 1995, tiveram grande impacto nos últimos quatro anos. 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.

Atualmente, há a comprovação, certificada pelo Laboratório de Referência Nacional do Instituto Oswaldo Cruz, que o exame molecular tem resultados positivos nas regiões de Kalissi, Olomai, Arathau, Katara, e Surucucu, somando 15 comunidades com amostras positivas em vetores na região. Por outro lado, foi constatado que outras 12 comunidades avaliadas não apresentaram resultados positivos nos exames moleculares.

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 chance de resultados reagentes decorrentes de memória imunológica presente em adultos previamente expostos ou infectados pela oncocercose.

A avaliação sorológica busca detectar anticorpos IgG circulantes contra a oncocercose. Esse achado indica que as crianças tiveram contato prévio com o parasito, porém não significa necessariamente que desenvolveram a doença.

Atualmente, cerca de duas em cada três comunidades endêmicas já tiveram suas crianças examinadas pela técnica do ELISA (*enzyme-linked immunosorbent assay*) para a detecção dos anticorpos Ov-16 para oncocercose. Os esforços agora se concentram em finalizar o inquérito nas comunidades ainda pendentes de coletas. No entanto, há um contingente de cerca de 700 amostras, coletadas no segundo semestre de 2025, em processamento no Laboratório de Referência, o que poderá mudar o panorama aqui apresentado.

Dengue

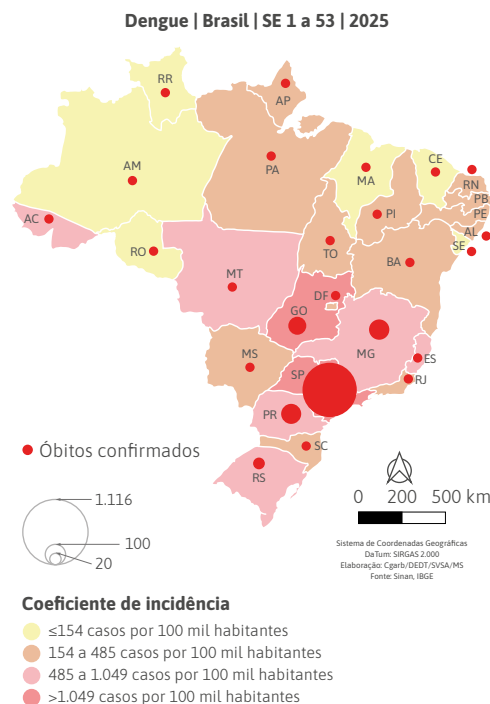
A dengue faz parte de um grupo de doenças denominadas arboviroses, que se caracterizam por serem causadas por vírus transmitidos por vetores artrópodes. No Brasil, o vetor da dengue é a fêmea do mosquito *Aedes aegypti* (significa “odioso do Egito”). O vírus dengue (DENV) é classificado taxonomicamente na família Flaviviridae e no gênero *Flavivirus*. Até o momento são conhecidos quatro sorotipos (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4), dentro dos quais existem distintos genótipos e linhagens.

De janeiro a dezembro de 2025, foram notificados 1.665.793 casos prováveis de dengue no País, com coeficiente de incidência de 783,6 casos/100 mil habitantes. Em comparação ao mesmo período do ano anterior, houve redução de 74,5% no número de casos registrados (6.536.521 casos prováveis e 3.074,8 casos/100 mil habitantes em 2024).

As regiões geográficas com os maiores coeficientes de incidência de dengue em 2025 foram: Sudeste (1.278,9 casos/100 mil habitantes), Centro-Oeste (965,4 casos/100 mil habitantes) e Sul (716,3 casos/100 mil habitantes). Na análise por unidades federativas, os maiores coeficientes de incidência foram nos estados de São Paulo (1.958,9 casos/100 mil habitantes), Goiás (1.415,8 casos/100 mil habitantes), Acre (1.047,5 casos/100 mil habitantes) e Paraná (940,8 casos/100 mil habitantes).

Ao todo, foram confirmados 35.749 casos de dengue grave e dengue com sinais de alarme. No mesmo período, foram confirmados 1.780 óbitos por dengue, e 197 óbitos suspeitos permanecem em investigação. Os estados que apresentaram os maiores números de óbitos confirmados foram São Paulo (1.120), Minas Gerais (149), Paraná (146), Goiás (105) e Rio Grande do Sul (52).

Figura 17 – Coeficiente de Incidência de Dengue e Número de Óbitos – 2025



Fonte: Sinan Online. Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Em 2025, predominou o sorotipo DENV-2 no País, até a Semana Epidemiológica 53 (SE 53); no entanto, observa-se aumento da circulação do sorotipo DENV-3, com registros em 22 UFs. Entre essas unidades federativas, São Paulo (2.754), Minas Gerais (1.252), Mato Grosso do Sul (655) e Pernambuco (541) concentraram o maior número de casos positivos para DENV-3. A alternância de sorotipos é um alerta importante para a possibilidade de ocorrência de epidemias.

Chikungunya

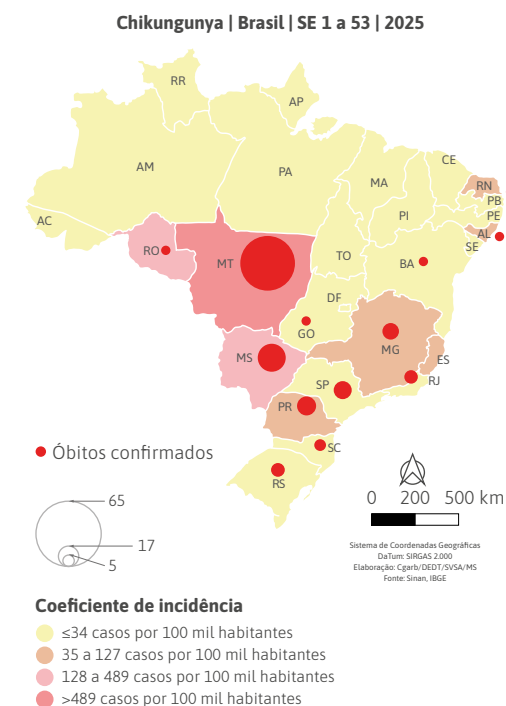
A chikungunya é uma arbovirose causada pelo vírus chikungunya (CHIKV), transmitido pela picada de fêmeas infectadas de mosquitos do gênero *Aedes*. No Brasil, até o momento, o principal vetor envolvido na transmissão do CHIKV é o *Aedes aegypti*.

Em 2025, foram notificados 129.539 casos prováveis de chikungunya no Brasil, com coeficiente de incidência de 60,9 casos por 100 mil habitantes. Esse número representa uma diminuição de 50,8% quando comparado ao do mesmo período de 2024, quando foram notificados 263.502 casos prováveis (124,0 casos/ 100 mil habitantes).

A Região Centro-Oeste apresentou o maior número de casos (65.811) e o maior coeficiente de incidência (385,5 casos/100 mil habitantes). Na análise por unidade federativa, os maiores coeficientes de incidência foram nos estados de Mato Grosso (1.291,0 casos/100 mil habitantes), Mato Grosso do Sul (477,1 casos/100 mil habitantes) e Rondônia (265,6 casos/100 mil habitantes).

Com relação aos óbitos, a Região Centro-Oeste confirmou o maior número, com destaque para o estado de Mato Grosso, com 64 óbitos.

Figura 18 – Coeficiente de Incidência de Chikungunya e Número de Óbitos – 2025



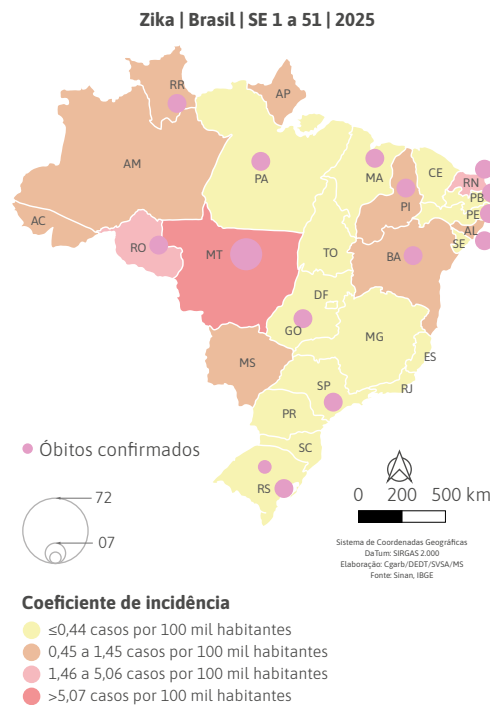
Fonte: Sinan Online. Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Zika

A Zika é uma arbovirose causada pelo vírus Zika (ZIKV), também tendo como principal forma de transmissão a picada da fêmea do *Aedes aegypti*.

Com relação aos dados de Zika, foram confirmados 1.829 casos até meados de dezembro de 2025, correspondendo a uma taxa de incidência de 0,9 caso por 100 mil habitantes no País. Os dados representam redução de 10,31%, considerando o mesmo período de 2024 (2.037). Os estados com os maiores coeficientes de incidência foram Mato Grosso (31/100 mil habitantes), Rio Grande do Norte (4,8/100 mil habitantes), Rondônia (3/100 mil habitantes), Acre (1,4/100 mil habitantes), Alagoas (1,2/100 mil habitantes) e Roraima (1,1/100 mil habitantes). Em gestantes, foram confirmados 95 casos de Zika no período. Um óbito foi confirmado na Bahia, em lactente de 2 meses de idade com quadro de microcefalia decorrente da síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika (SCZ).

Figura 19 – Coeficiente de Incidência de Zika, por 100 Mil Habitantes e Número de Casos em Gestantes – 2025



Fonte: Sinan Net. Dados preliminares, sujeitos a alterações.

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 (*Aedes aegypti*) infectados. No ciclo silvestre, os transmissores são mosquitos com hábitos predominantemente silvestres, pertencentes aos gêneros *Haemagogus* e *Sabethes*.

No ciclo silvestre, os primatas não humanos (PNHs) são considerados os principais hospedeiros e são vítimas da doença assim como o ser humano, que, nesse ciclo, apresenta-se como hospedeiro acidental.

Durante 2025, ocorreram 127 registros de transmissão do vírus em PNH, nos estados de: São Paulo (73), Goiás (38) e Minas Gerais (16). No mesmo período, foram confirmados 120 casos humanos e 48 óbitos, nos estados de São Paulo (61 casos/35 óbitos), Pará (46 casos/7 óbitos), Minas Gerais (12 casos/5 óbitos) e Tocantins (1 caso/1 óbito).

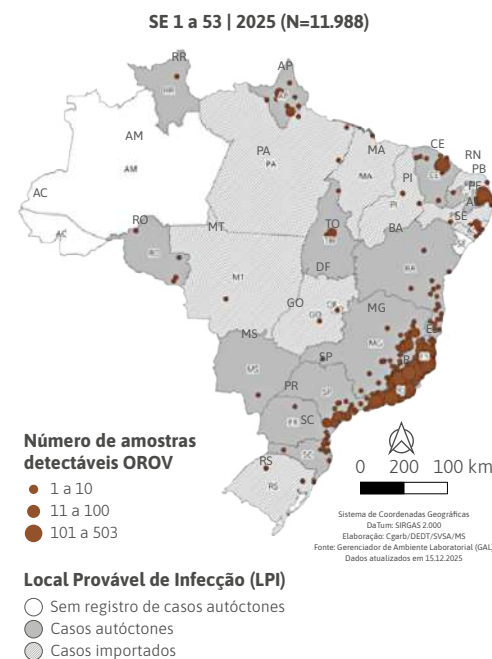
Oropouche

O Oropouche é uma doença causada por um arbovírus (vírus transmitido por artrópodes) do gênero *Orthobunyavirus*, da família *Peribunyaviridae*, sendo denominado então como *Orthobunyavirus oropoucheense* (OROV). Esse vírus 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 2025, foram confirmados 11.988 casos de Oropouche no Brasil, o que representa uma redução de 0,87% quando comparado com o mesmo período de 2024, em que foram registrados 12.093 casos de Oropouche.

Os casos registrados em 2025 concentraram-se na Região Sudeste do País, especialmente Espírito Santo (6.326), seguido de Rio de Janeiro (2.503) e Minas Gerais (1.367). A transmissão autóctone de Oropouche foi identificada em 15 UFs. Nove UFs apresentaram apenas casos importados, ou seja, os locais prováveis de infecção foram atribuídos a outras unidades federativas com registro de autoctonia. As demais UFs não apresentaram registro de casos de Oropouche em 2025. Foram confirmados seis óbitos associados à infecção pelo vírus, sendo cinco no Rio de Janeiro e um no Espírito Santo.

Figura 20 – Amostras Detectáveis para Oropouche, Segundo Município de Residência e Unidade Federada do Local Provável de Infecção – 2025



Entre as principais ações realizadas em 2025 para prevenção e controle das arboviroses, destacam-se:

- Ativação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para Dengue e Outras Arboviroses (COE Dengue) – Portaria GM/MS n.º 6.531, de 8 de janeiro de 2025. Em 167 dias de ativação, foram realizadas sistematicamente reuniões semanais para a avaliação da situação epidemiológica e definição de prioridades. Além disso, foram elaborados 19 informes e publicadas 11 notas técnicas/informativas e ofícios.
- Aquisição e distribuição de insumos estratégicos:
 - distribuição de inseticidas para o controle vetorial: 234.701 quilos de larvicida (biolarvicida Bti), 12.888 quilos de adulticida para pontos estratégicos (Fludora® Fusion) e 291.350 litros de adulticida para aplicação a ultrabaixo volume (UBV) (Cielo®);
 - distribuição de 3,2 milhões de sachês de sais de reidratação oral (SRO) para 11 UFs (Alagoas, Amazona, Bahia, Distrito Federal, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Pernambuco, Piauí, Roraima e Santa Catarina).
 - Aquisição de 1.260 pulverizadores motorizados portáteis para aplicação de UBV, dos quais já foram distribuídos 1.127 para os municípios.

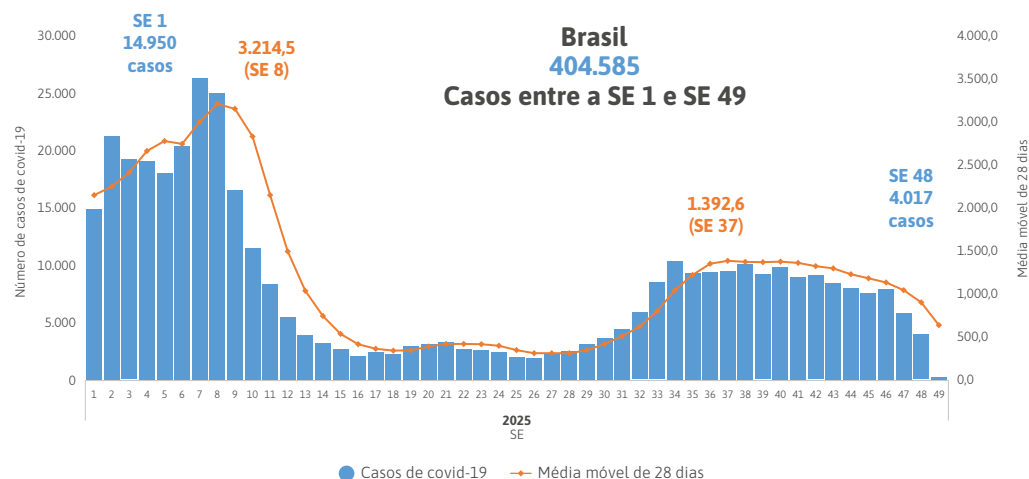
- Publicações técnicas, entre as quais destacam-se as *Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle das Arboviroses Urbanas* e o *Plano de Contingência Nacional para Dengue, Chikungunya e Zika*.
- Atualização da modelagem Infodengue, a fim de orientar o planejamento das ações de preparação e resposta para a sazonalidade 2025/2026.

Vigilância da Covid-19, Influenza e Outros Vírus Respiratórios

No Brasil, a vigilância da covid-19, influenza e outros vírus respiratórios é realizada de forma sindrômica, sendo composta pela vigilância sentinela da síndrome gripal (SG), pela vigilância universal da síndrome respiratória aguda grave (Srag) em pacientes hospitalizados ou que evoluíram para óbito, e pela vigilância universal de casos leves e moderados de síndrome gripal, suspeitos de covid-19.

Em 2025, observou-se redução no número de casos e óbitos por covid-19, com os menores valores registrados desde 2020. Entre janeiro e até a primeira semana de dezembro de 2025, foram reportados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, no Brasil, 404.585 casos de covid-19. No mesmo período, foram registrados 1.624 óbitos por covid-19 em pacientes com Srag, conforme dados do Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe).

Gráfico 47 – Distribuição dos Casos e Média Móvel por Covid-19 no Brasil – 2025



Fonte: e-SUS Notifica/SVSA/MS. Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Os casos de síndrome gripal associada à covid-19 não apresentam padrão sazonal bem definido. Em 2020 e 2021, foram observadas duas ondas epidêmicas, com picos de incidência em diferentes períodos. Em 2022, o número de ondas aumentou para três, sendo registrado o pico mais elevado de toda a série temporal, associado à circulação da variante Ômicron. A partir de 2023, observa-se redução substancial dos casos. Em 2025, foi identificado um pico nas duas últimas semanas de fevereiro, seguido de queda sustentada no número de casos ao longo do restante do ano.

Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) e em Adultos (SIM-A)

A SIM-P associada à covid-19 é, em geral, uma condição rara, pós-infecciosa e hiperinflamatória, que acomete crianças e adolescentes semanas após o contato com o SARS-CoV-2, embora também existam registros durante a fase aguda da infecção. A SIM-A corresponde a uma condição semelhante, porém observada em adultos. Diferentemente da covid-19 grave, ambas se caracterizam predominantemente por acometimento sistêmico extrapulmonar, com ausência de manifestações respiratórias graves.

Em 2025, até novembro, foram notificados 187 casos suspeitos de SIM-P, dos quais 41 foram confirmados, 53 descartados e 93 permaneciam em investigação. Entre os casos confirmados, quatro evoluíram a óbito, resultando em taxa de letalidade de 9,7% no ano.

A faixa etária mais acometida foi a de 1 a 4 anos, com 19 casos confirmados. Com relação aos óbitos, todos ocorreram no sexo feminino.

No que se refere à SIM-A, não houve notificação de casos no Brasil em 2025.

Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal (SG)

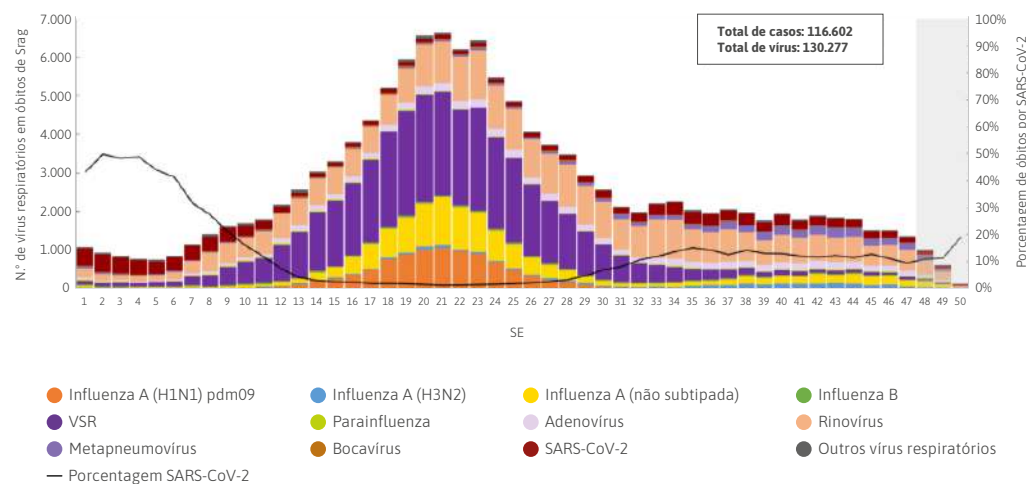
Até o início de dezembro de 2025, foram identificados 51.319 vírus respiratórios nas amostras analisadas pela Vigilância Sentinela de SG no Brasil. Entre as amostras positivas para influenza (26%), 39,2% (5.158/13.158) corresponderam à influenza A (H1N1) pdm09, 25,2% (3.318/13.158) à influenza A não subtipada, 18,6% (2.474/13.158) à influenza B, e 16,3% (2.208/13.158) à influenza A (H3N2).

Entre os demais vírus respiratórios identificados (74%), observou-se predomínio de rinovírus (52,6%), seguido de SARS-CoV-2 (16,1%) e vírus sincicial respiratório (VSR) (14%). A distribuição por faixa etária demonstrou maior identificação de rinovírus (39,7%) e VSR (21,3%) entre indivíduos com menos de 10 anos; predominância de rinovírus (40,4%), influenza A (24,2%) e SARS-CoV-2 (15,4%) entre indivíduos de 10 a 60 anos; e maior frequência de influenza A (31%), rinovírus (29,5%) e SARS-CoV-2 (20,3%) entre idosos com 60 anos ou mais.

Síndrome Respiratória Aguda Grave (Srag)

Em 2025, até início de dezembro, foram notificados 223.209 casos hospitalizados de Srag, dos quais 116.602 apresentaram identificação viral, totalizando 130.277 vírus identificados no período. Entre os vírus detectados, destacaram-se o vírus sincicial respiratório (33,5%), o rinovírus (26,3%) e a influenza (21%), sendo 11% influenza A não subtipada, 7,35% influenza A (H1N1) pdm09, 1,76% influenza A (H3N2), e 1,12% influenza B.

Gráfico 48 – Casos de Srag por Influenza, Covid-19 e Outros Vírus Respiratórios, Segundo Semana Epidemiológica – 2025

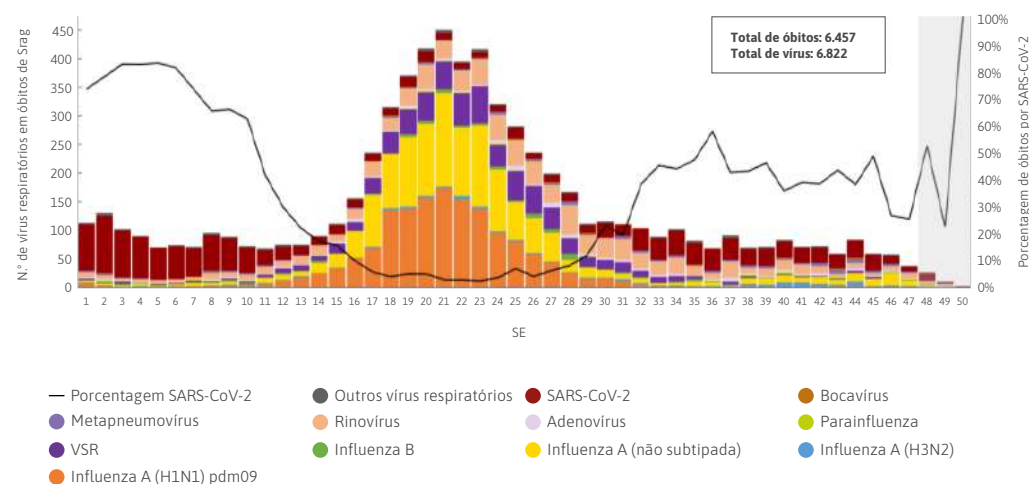


Fonte: Sivep-Gripe/SVSA/MS. Dados preliminares, sujeitos a alterações.

No mesmo período, foram registrados 12.835 óbitos por Srag, dos quais 6.457 apresentaram identificação viral, totalizando 6.822 vírus identificados. Destes, 47% foram atribuídos à

influenza — com predominância de influenza A não subtipada (22,3%) e influenza A (H1N1) pdm09 (21,7%) —, seguidos por covid-19 (22%), rinovírus (14,1%) e VSR (10,7%).

Gráfico 49 – Óbitos de Srag por Influenza, Covid-19 e Outros Vírus Respiratórios, Segundo Semana Epidemiológica – 2025



Fonte: Sivep-Gripe/SVSA/MS. Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Influenza Aviária (IA)

A IA é uma doença zoonótica que afeta principalmente aves, podendo ocasionalmente infectar mamíferos, incluindo humanos. Até o momento, os casos humanos têm ocorrido de forma esporádica, sem evidência de transmissão sustentada entre pessoas. Ainda assim, a circulação do vírus entre animais representa risco potencial à saúde humana, sobretudo pela exposição direta a animais infectados ou ambientes contaminados. Nesse sentido, o monitoramento e o controle em animais, aliados à articulação contínua entre as vigilâncias animal e humana, são fundamentais para a redução desse risco.

Diante da identificação de aves ou mamíferos prováveis ou confirmados para influenza aviária de alta patogenicidade (IAAP), pelo Serviço Veterinário Oficial e pelo Ministério da Agricultura e Pecuária (Mapa), recomenda-se a adoção de ações integradas de vigilância em saúde, incluindo a identificação e o monitoramento de pessoas expostas, a orientação de medidas preventivas, a investigação e a notificação de casos suspeitos, a coleta e o encaminhamento de amostras para diagnóstico de influenza A (H5N1), bem como o tratamento e o acompanhamento dos casos e contatos.

No Brasil, em 15 de maio de 2023, o Mapa notificou as primeiras detecções de IAAP A (H5N1) em aves silvestres. Desde então, entre 2023 e 2025, foram notificados 186 focos de IAAP em animais, em 13 UFs: Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo, Bahia, Paraíba, Santa Catarina, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Mato Grosso, Distrito Federal, Goiás e Ceará. Nesse período, foram monitoradas 1.245 pessoas expostas, das quais 124 foram classificadas como casos suspeitos que, posteriormente, foram descartados para IA.

No que se refere a 2025, foram confirmados 20 focos de IAAP em aves no Brasil, nos estados de São Paulo, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Espírito Santo, Santa Catarina, Ceará e Rio de Janeiro, com identificação e monitoramento de 334 pessoas expostas e 49 casos suspeitos, que posteriormente foram descartados para influenza aviária.

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.

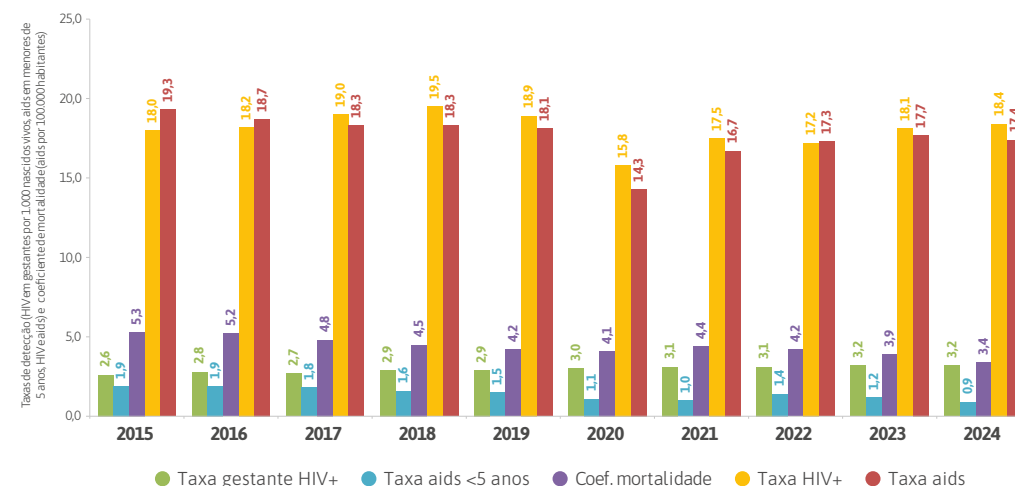
Em 2024, foram registradas 39.216 detecções de infecção pelo HIV no Brasil (18,4 por 100 mil habitantes), frente a 38.222 em 2023 (18,1 por 100 mil habitantes). Esse discreto aumento pode estar associado à retomada plena das atividades do sistema de saúde no período pós-pandemia de covid-19.

As novas entradas elegíveis para o HIV nas bases integradas mantiveram-se estáveis, com 68.292 registros em 2023 e 68.419 em 2024. Observou-se redução de 1,5% nos casos de aids, de 37.527 em 2023 para 36.955 em 2024, com queda da taxa de 17,7 para 17,4 por 100 mil habitantes. No mesmo período, os óbitos por aids reduziram 12,8%, passando de 10.500 para 9.157, e a taxa padronizada de mortalidade caiu de 3,9 para 3,4 óbitos por 100 mil habitantes, o menor valor da série histórica.

A série histórica acumula, de 1980 a setembro de 2025, 1,2 milhão de casos de aids e 402 mil óbitos. Embora a mortalidade apresente tendência de queda em todas as regiões, mantém-se em patamares mais elevados nas Regiões Norte e Sul.

A redução dos casos de aids está associada à adoção da estratégia de “tratamento como prevenção” (TasP), que preconiza o início precoce da terapia antirretroviral para todas as pessoas vivendo com HIV, independentemente da contagem de linfócitos T CD4+.

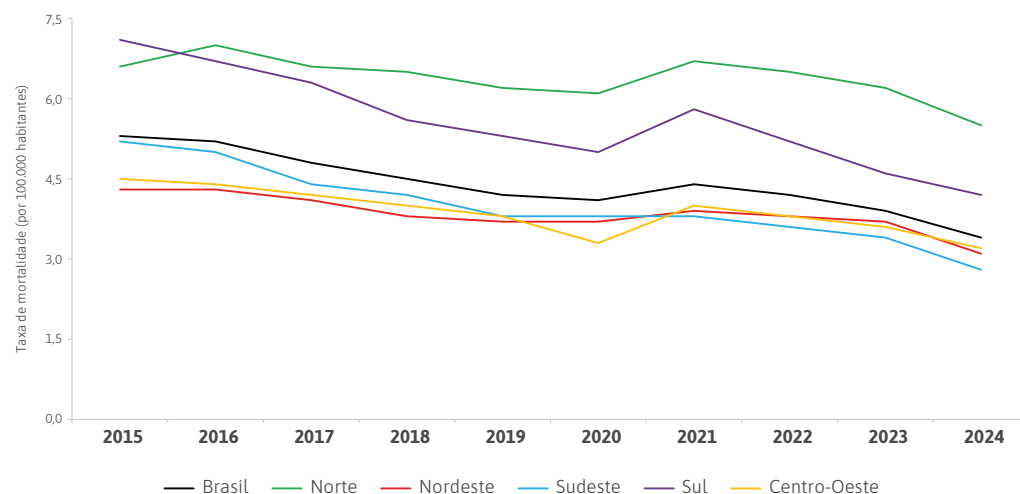
Gráfico 50 – Taxas de Detecção de Aids, de Detecção de Infecção pelo HIV, de Mortalidade por Aids (por 100 Mil Habitantes), de Detecção de Infecção pelo HIV em Gestantes, Parturientes ou Puérperas (por Mil Nascidos Vivos) e de Detecção de Aids em Menores de 5 Anos – 2015 a 2024



Fonte: Departamento de HIV, Aids, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi/SVSA/MS); SIM; Sinan; Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados preliminares, sujeitos a alterações.

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).

Gráfico 51 – Taxa de Mortalidade Padronizada de Aids (por 100 Mil Habitantes), por Região – 2015 a 2024



Fonte: SIM/MS; IBGE. Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Com relação à razão de sexo, observa-se predominância crescente de casos de infecção pelo HIV entre homens. No período de 1991 a 2024, a razão passou de 22 para 28 homens para cada dez mulheres, indicando maior concentração da epidemia no sexo masculino. Embora os casos entre mulheres tenham diminuído, o boletim epidemiológico aponta tendência de crescimento de novas infecções em mulheres acima de 40 anos, possivelmente associada a padrões de exposição heterossexual nessa faixa etária. No sexo masculino, entre jovens e adultos jovens, predominam casos associados à exposição homo/bissexual, enquanto nas faixas etárias mais avançadas o perfil se aproxima do padrão heterossexual observado entre as mulheres.

Esse dado, desagregado por faixa etária, registra que 168.766 casos de infecção pelo HIV ocorreram em jovens de 15 a 24 anos, de ambos os sexos, correspondendo a 25,8%, do total de casos, entre 1991 e 2024. Destaca-se, nessa faixa etária, que 65,5% eram indivíduos do sexo masculino, evidenciando a alta incidência nessa população, o que demanda intensificação de ações educativas, ampliação da testagem e fortalecimento das estratégias de prevenção focalizadas.

Prevenção Combinada do HIV/Aids

No âmbito das ações programáticas do campo da prevenção combinada, a testagem, a oferta de preservativos internos e externos, e as profilaxias pré-exposição (PrEP) e pós-exposição (PEP) tornam-se decisivas na redução ou contenção da cadeia de transmissão do HIV em segmentos populacionais que se encontram em situação de maior vulnerabilidade.

Com o objetivo de apoiar o planejamento e o monitoramento dessa expansão, o Ministério da Saúde desenvolveu a Razão PrEP:HIV, indicador simples e robusto publicado no *Relatório de Monitoramento de Profilaxias*.

Para ampliar o acesso à PrEP e qualificar as estratégias de prevenção combinada, foram atualizados o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para PrEP oral, e publicados novos guias orientadores voltados a gestores e profissionais de saúde, abordando temas como teleatendimento, atenção a pessoas trans e não binárias, oferta de PrEP e PEP na Atenção Primária à Saúde e ações extramuros.

Dados do painel de monitoramento da PrEP oral, até novembro de 2025, indicam 140.412 usuários ativos no Brasil, majoritariamente no SUS (93%). Observa-se, entretanto, um contingente de 75.197 usuários em situação de descontinuidade, correspondente a 35% daqueles com dispensação registrada nos últimos 12 meses. O perfil dos usuários revela elevada escolaridade (70% com 12 anos ou mais de estudo) e predominância de gays e outros homens que fazem sexo com homens (80,2%), com menor participação de pessoas trans, não binárias e travestis.

As taxas de descontinuidade são mais elevadas entre pessoas pretas (38%) e pardas (37%), em comparação às pessoas brancas (33%), e atingem níveis críticos entre mulheres cis (54%) e travestis (44%). Em relação ao local de acompanhamento em 2025, predominam os Serviços de Atenção Especializada (55%) e os Centros de Testagem e Aconselhamento (29%), enquanto a Atenção Primária à Saúde responde por 12% das dispensações. Esses achados reforçam a necessidade de intensificar estratégias de ampliação do acesso, fortalecimento da vinculação ao cuidado e redução das desigualdades, visando à maior equidade, sustentabilidade do uso da PrEP e efetividade da resposta do SUS à prevenção do HIV.

Em relação à PEP, observa-se flutuação na adesão e na oferta nos serviços de emergência e pronto atendimento. A disponibilização da PEP ainda não é universal nesses serviços, embora tenha havido ampliação e diversificação dos pontos de dispensação, com maior participação da Atenção Primária à Saúde, seguida das Unidades de Referência em Exposição (URE) e dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Entre 2018 e 2025, foi dispensado 1,4 milhão de PEP em toda a rede referenciada.

O perfil das pessoas que acessaram a PEP, conforme critérios do protocolo clínico, indica predominância de mulheres cis (37,3%), homens heterossexuais cis (32,0%), e gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH) cis (29,0%). Pessoas pretas e pardas concentraram 70% das dispensas.

Em 2025, foram lançadas novas apresentações de preservativos externos, incluindo modelos texturizados (TEX) e ultrafinos (SENSI), além do gel lubrificante em sachê. Até novembro de 2025, o SUS distribuiu 229 milhões de unidades de insumos de prevenção a estados e municípios.

Tabela 51 – Quantitativo de Preservativos e Gel Lubrificante, Distribuídos às Unidades de Dispensação dos Estados e dos Municípios – 2025

Ano	Preservativo externo 52 mm	Preservativos internos (látex)	Preservativos internos (nitrílica)	Gel lubrificante
2025*	228.776.928	5.755.666	7.980.800	48.011.900

Fonte: SVSA/MS.

*Distribuição até novembro de 2025.

Em 2025, houve a ampliação da oferta de testes rápidos convencionais para o diagnóstico do HIV, de autoteste do HIV por fluido oral e de autotestes por punção digital, todos disponíveis nas redes de atenção do SUS. Por se tratar de uma ferramenta de triagem que amplia a privacidade, o autoteste possibilita a customização das ações de prevenção, além do alcance de populações em situação de maior vulnerabilidade, que frequentemente não acessam os serviços de saúde. Além disso, a estratégia favorece a realização de ações extramuros e de base comunitária, fortalecendo a parceria com organizações da sociedade civil.

O Brasil distribuiu 5,5 milhões do “duo teste” (HIV e sífilis) no ano de 2025. Isso corresponde a 36% em relação aos testes rápidos convencionais de HIV 1 e 2 utilizados pelas redes de atenção. O teste detecta, simultaneamente, anticorpos para HIV-1/2 e sífilis, sendo recomendado, prioritariamente, para a testagem de gestantes durante o pré-natal.

Tabela 52 – Quantitativo de Testes Rápidos Distribuídos aos Estados e Municípios – 2025

Quantidade de testes rápidos para HIV em diferentes apresentações distribuídos aos estados e municípios, Brasil 2025						
Ano	TR 1	TR 2	Autoteste (fluido oral)	Autoteste (punção digital)	Imunoblot	Duo (HIV e sífilis)
2025*	17.046.700	1.227.780	1.031.864	176.986	44.720	5.522.250

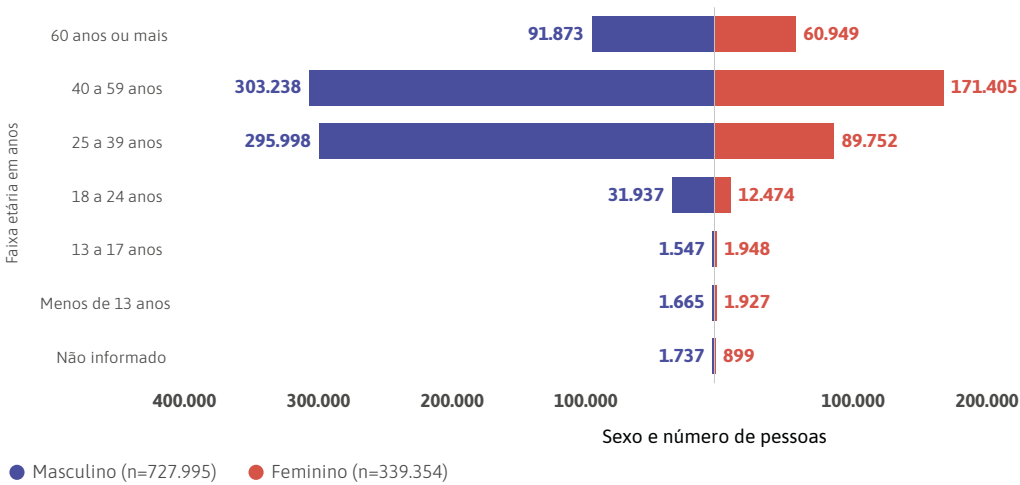
Fonte: SVSA/MS.
*Distribuição até novembro de 2025.

Monitoramento do Cuidado do HIV

No que se refere ao cuidado, o Painel Integrado de Monitoramento do Cuidado do HIV e da Aids 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

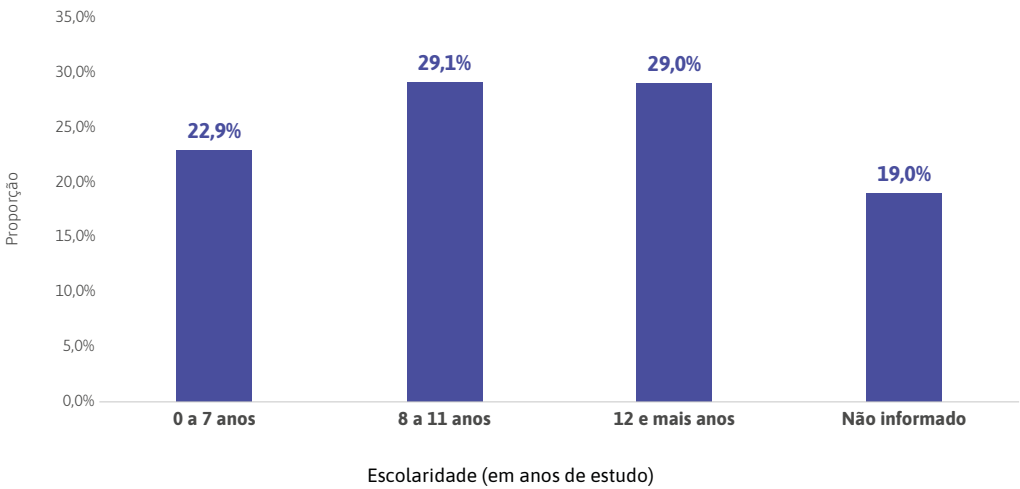
das bases de dados permite a tomada de decisão política e programática mais qualificada e aprimorada. Segundo o Painel Integrado, o País tem 1,067 milhão de pessoas identificadas nos sistemas de informação de HIV ou aids, das quais 1,032 milhão encontram-se vinculadas, e 874 mil em uso de terapia antirretroviral.

Gráfico 52 – Número de Pessoas Vivendo com HIV/Aids, Segundo Sexo e Faixa Etária – 2025



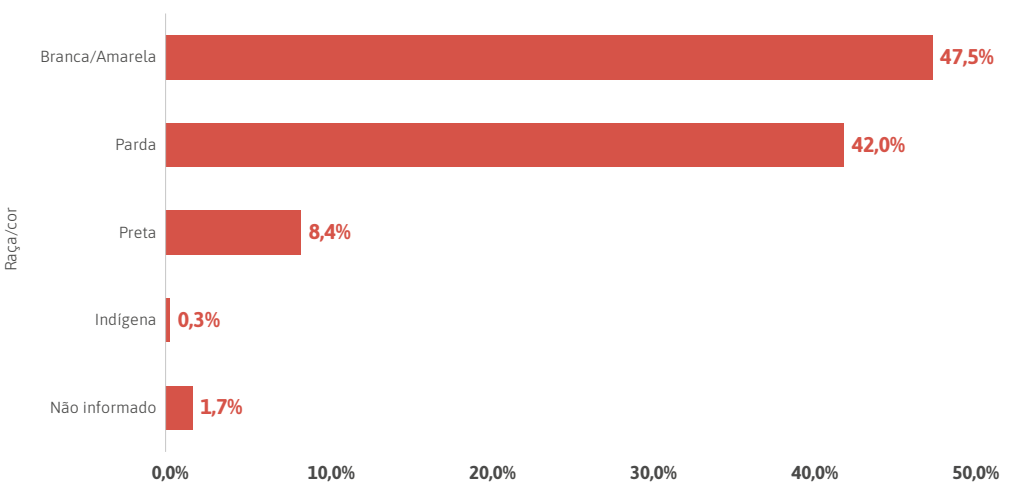
Fonte: SVSA/MS, Painel Integrado de Monitoramento do Cuidado do HIV e da Aids. Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Gráfico 53 – 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. Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Gráfico 54 – 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. Dados preliminares, sujeitos a alterações.

A informação sobre pessoas em tratamento com carga viral indetectável é central para o alcance da meta de eliminação do HIV como problema de saúde pública. Dados recentes indicam que mais de 95% das pessoas em tratamento no País apresentam carga viral indetectável, configurando uma conquista histórica da resposta brasileira ao HIV/aids.

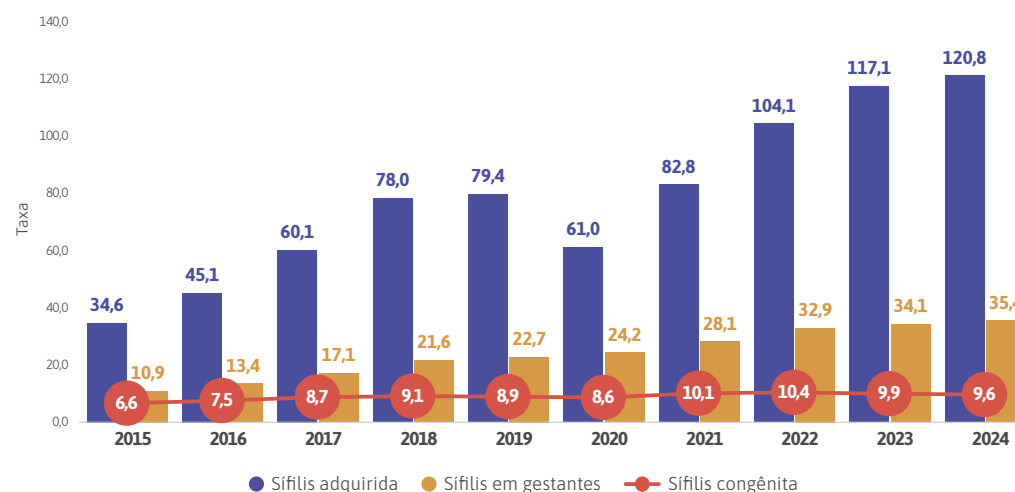
Durante o ano de 2025, foi aprovada na Conitec a incorporação do bictegravir 50 mg/entricitabina 200 mg/tenofovir alafenamida 25 mg (BIC/FTC/TAF)³. Foi realizada a transição da etravirina 100 mg para 200 mg no esquema pediátrico, e foram desincorporados efavirenz solução oral de 30 mg/ml e comprimido revestido de 600 mg e 200 mg de enfuvirtida (Fuzeon®). Além disso, critérios para utilização e descontinuação do fostemsavir 600 mg foram atualizados, bem como foi ampliada a faixa etária para indicação da terapia dupla com a dose fixa combinada de 3TC e DTG7. Ao final de 2025, mais de 200 mil pessoas estavam em uso regular da terapia dupla com lamivudina e dolutegravir em dose fixa combinada. Esse avanço representa maior comodidade psicológica e redução da toxicidade em PVHA, dois elementos importantes para melhor adesão ao tratamento.

Ainda no âmbito dos sistemas de informação que compõem a resposta brasileira ao HIV e à aids, destaca-se o Sistema de Monitoramento Clínico das PVHA (SIMC) – uma ferramenta que, por meio do relacionamento das bases de dados do Sistema de Controle Logístico de Medicamento (Siclom); Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (Siscel); Sinan; IL-TB e SIM – permite identificar PVHA que não iniciaram a terapia antirretroviral (Tarv), que perderam seguimento, que apresentam possível falha terapêutica ou se encontram gravemente doentes, demandando acompanhamento mais próximo.

Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

A sífilis adquirida, a sífilis em gestante e a sífilis congênita são agravos de notificação compulsória universal. Segundo o Boletim Epidemiológico de Sífilis 2025, observa-se no Brasil um cenário de persistência e expansão da doença, com taxas de detecção elevadas em todas as regiões, apesar de uma desaceleração recente. Após a redução registrada em 2020, atribuída à pandemia de covid-19, foi possível observar uma retomada do crescimento da taxa a partir de 2021, alcançando níveis superiores ao período pré-pandemia.

Gráfico 55 – Taxas de Detecção de Sífilis Adquirida, de Detecção de Sífilis em Gestantes e de Incidência de Sífilis Congênita, por Ano de Diagnóstico – 2015 a 2024



Fonte: Sinan/MS; IBGE; e Sinasc/MS.

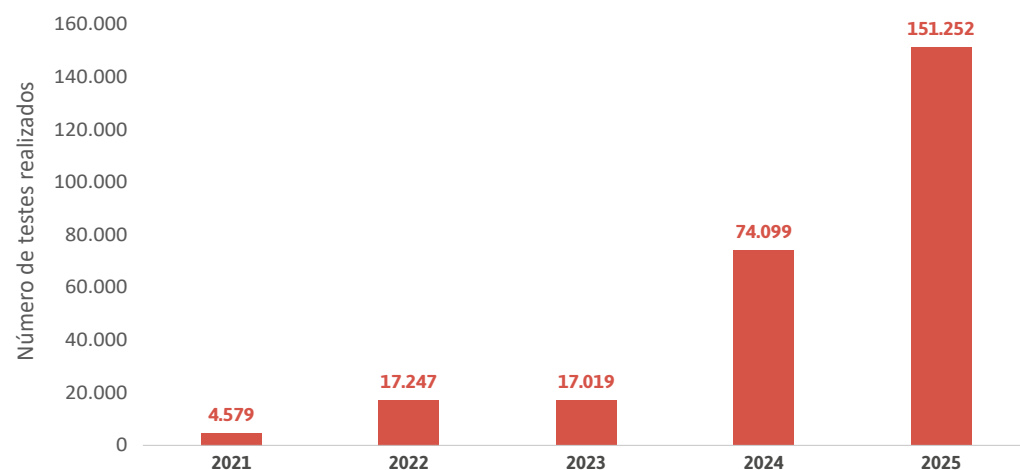
Os dados epidemiológicos demonstram maior concentração de casos entre jovens, sendo possível também observar crescimento das taxas em faixas etárias mais avançadas.

Estudos nacionais evidenciam prevalências relevantes de agentes como *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis* e *Mycoplasma genitalium*, reforçando a necessidade de novos inquéritos populacionais, especialmente em grupos em situação de maior vulnerabilidade. O monitoramento da resistência antimicrobiana do gonococo é realizado por meio da estratégia SenGono, que completou dez anos em 2025, subsidiando a formulação de políticas públicas e a atualização dos protocolos clínicos.

No cenário internacional, o Brasil integra redes de vigilância, como a Rede Latino-Americana de Vigilância da Resistência Antimicrobiana (ReLAVRA) e o Programa Global de Vigilância Antimicrobiana da Gonorreia (GASP), e passou a participar, em 2025, de forma piloto, do Programa Ampliado de Vigilância Antimicrobiana da Gonorreia (EGASP), ampliando a vigilância da resistência do gonococo com protocolos padronizados e análises genômicas. Entre as ações prioritárias, destacam-se o diagnóstico oportuno, a promoção do uso de preservativos, ações educativas e o rastreamento de gonorreia e clamídia em populações-chave, como gestantes, pessoas vivendo com HIV, vítimas de violência sexual, homens que fazem sexo com homens e usuários de PrEP.

Em 2025, observou-se aumento expressivo na coleta de amostras para detecção desses agravos, apoiado pela expansão das redes de biologia molecular.

Gráfico 56 – Testes Realizados para Diagnóstico Molecular de *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* – 2021 a 2025



Fonte: SVSA/MS. Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Transmissão Vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e HTLV e Doença de Chagas

A transmissão vertical pode ocorrer durante a gestação, o parto ou a amamentação, conforme as particularidades de cada infecção, e constitui um importante problema de saúde pública. A eliminação desse tipo de transmissão exige ações institucionais e intersetoriais integradas, com ênfase no diagnóstico oportuno no pré-natal, no tratamento imediato de gestantes, puérperas e suas parcerias sexuais, bem como na testagem e na profilaxia da criança exposta após o nascimento. Destacam-se, entre as medidas preventivas, o controle vetorial na doença de Chagas, a substituição do aleitamento materno por fórmula infantil em crianças expostas ao HIV e/ou HTLV, a administração de imunoglobulina

humana anti-hepatite B e vacinação nas primeiras 12 horas de vida, além da profilaxia antirretroviral para recém-nascidos expostos ao HIV.

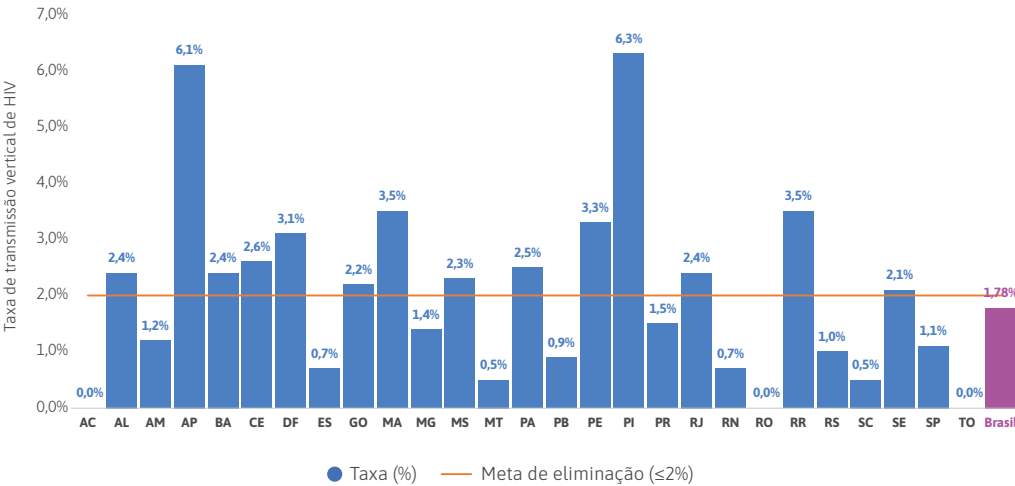
Desde 2021, o Ministério da Saúde tem reforçado o compromisso com a eliminação da transmissão vertical do HIV, da sífilis, da hepatite B e da doença de Chagas, com posterior inclusão do HTLV. Esse compromisso com a Opas e a OMS é reafirmado pelo(a): a) Pacto Nacional para Eliminação da Transmissão Vertical dessas doenças, pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT); b) Programa Brasil Saudável, que inclui metas de eliminação dessas infecções de transmissão vertical até 2030; c) entrega ao Brasil, em dezembro de 2025, da Certificação da Opas/OMS pela Eliminação da Transmissão Vertical de HIV no Brasil como Problema de Saúde Pública.



Entre o ano 2000 até setembro de 2025, foram notificados 173.670 casos de gestantes, parturientes ou puérperas com HIV no Brasil. De 2014 a 2024, a taxa de detecção aumentou 23,1%, passando de 2,6 para 3,2 casos por 1.000 nascidos vivos,

com períodos de estabilidade ao longo da série histórica. Desigualdades raciais são persistentes: em 2024, a taxa entre mulheres pretas foi 107,9% maior que entre brancas; e entre pardas, 14,3% superior.

Gráfico 57 – Taxa de Transmissão Vertical de HIV – Ano de Nascimento 2023



Fonte: SVSA/MS. Dados preliminares, sujeitos a alterações.
Nota: são necessários 18 meses para o fechamento de casos de transmissão vertical. Os dados de 2024 serão fechados a partir do segundo semestre de 2026.

O Brasil atingiu, em 2023, a meta da OMS para a eliminação da transmissão vertical do HIV, tornando-se o País de maior população e extensão territorial a alcançar essa certificação.

Tabela 53 – Indicadores da Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV no Brasil

Indicadores de impacto	Meta exigida	Meta atingida
Taxa de transmissão vertical do HIV (2023)	≤2%	1,78%
Taxa de incidência de crianças infectadas pelo HIV devido à transmissão vertical (2023)	≤0,5 caso por 1.000 nascidos vivos	0,06 por 1.000 nascidos vivos
Cobertura de pelo menos uma consulta de pré-natal (2023-2024)	≥95%	98,18% (2023) e 98,89 (2024)
Cobertura de testagem de HIV em gestantes durante o pré-natal (2023-2024)	≥95%	95,29% (2023) e 95,21% (2024)
Cobertura de tratamento de gestantes vivendo com HIV e ou aids (2023-2024)	≥95%	95,05% (2023) e 95,69% (2024)

Fonte: SVSA/MS.

Transmissão Vertical da Hepatite B

Em 2024, a infecção por hepatite B em gestantes, puérperas, parturientes e crianças expostas foi incluída na lista nacional de notificação compulsória e, em 2025, foi incorporada ao e-SUS Sinan. Entre 2000 e 2024, foram registrados 30.965 casos em gestantes (10,3% do total), com maior concentração nas Regiões Sul (29,7%) e Sudeste (27,4%). A maioria das gestantes tinha entre 20 e 29 anos (49,1%), baixa escolaridade e 47,9% era autodeclarada negra (10,1% pretas e 37,8% pardas).

A eliminação da transmissão vertical da hepatite B é considerada tecnicamente factível, pois existem medidas preventivas eficazes disponíveis no SUS, como vacinação universal e imunoglobulina anti-hepatite B (HBIG). Contudo, persistem barreiras relacionadas à baixa cobertura da HBIG nas primeiras 12 horas de vida, problemas logísticos e falhas no pré-natal, além da necessidade de ampliar o diagnóstico com testes rápidos em áreas de difícil acesso.

O Brasil avança no processo de certificação nacional para eliminação da transmissão vertical, com um município certificado e 25 com selos de progresso em 2025, incluindo Iguatu/CE, que alcançou eliminação tripla (HIV, sífilis e hepatite B).

Transmissão Vertical do HTLV

O vírus linfotrópico de células T humanas (HTLV) é um agente infeccioso viral (retrovírus) com características únicas em sua biologia e diversidade de manifestações clínicas. Esse vírus de impacto mundial ainda passa despercebido pela maioria da população e pelos profissionais e gestores da saúde. O HTLV possui quatro subtipos: HTLV-1, HTLV-2, HTLV-3 e HTLV-4, sendo o HTLV-1 o que mais frequentemente causa doenças associadas. No Brasil, são encontrados predominantemente os subtipos HTLV-1 e HTLV-2. Esse vírus pode ser transmitido por via sexual, por sangue contaminado e por transmissão vertical – sendo a amamentação o principal momento de risco, são fundamentais o rastreamento da infecção no pré-natal, a interrupção da lactação ao nascimento, com administração de cabergolina à puérpera, e a oferta de fórmula láctea às crianças expostas pelo SUS.

Em 2024, a infecção pelo HTLV em gestante, parturiente ou puérpera e a criança exposta ao risco de transmissão vertical passaram a ser de notificação compulsória e, em 2025, a notificação foi incluída no e-SUS Sinan. Sendo assim, ainda não há dados epidemiológicos oficiais consolidados sobre o HTLV no Brasil, mas há a perspectiva de que esses dados comecem a ser divulgados em 2026.

Transmissão Vertical da Sífilis

A sífilis, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, pode ser transmitida verticalmente da gestante para o conceito por via transplacentária em qualquer fase da gestação, quando o tratamento materno não é realizado adequadamente durante o pré-natal. Por esse motivo, o MS incluiu a sífilis em gestantes, parturientes ou puérperas e a sífilis congênita entre as prioridades da vigilância para eliminação como problemas de saúde pública nas três esferas do SUS.

Entre 2014 e 2024, a taxa de detecção de sífilis em gestantes apresentou tendência de aumento, embora com desaceleração a partir de 2023 (crescimento médio anual de 3,2%). Em 2024, foram registrados 89.724 novos casos, com maior concentração na Região Sudeste (47,1%), seguida pelo Nordeste (20,3%) e Sul (13,8%). A taxa nacional foi de 35,4 casos por 1.000 nascidos vivos (NV), com destaque para a Região Sudeste (43,7 casos por 1.000 NV), e menor taxa no Nordeste (25,9 casos por 1.000 NV).

Aproximadamente 69,2% das gestantes foram diagnosticadas no primeiro ou no segundo trimestre, indicando oportunidade para prevenção da transmissão vertical. Observa-se tendência positiva na detecção precoce, com aumento do diagnóstico no primeiro trimestre de 28,9% em 2014 para 49,3% em 2024, associado à melhoria no preenchimento das fichas de notificação. Contudo, 27,4% das gestantes ainda foram diagnosticadas apenas no terceiro trimestre ou no parto, com maior concentração no Nordeste (40,8%), evidenciando a necessidade de ampliar o acesso e a qualidade do pré-natal.

A penicilina G benzatina permanece como único tratamento eficaz para a prevenção da sífilis congênita. Em 2024, 91,3% das gestantes receberam ao menos uma dose, bem como 84,4% tiveram prescrição adequada conforme a forma clínica, reforçando a necessidade de qualificação profissional e garantia do insumo.

Entre 1999 e junho de 2025, foram notificados 369.468 casos de sífilis congênita em menores de 1 ano, sendo 43,7% na Região Sudeste e 29,7% no Nordeste. Em 2024, houve 24.443 casos, redução de 2,3% em relação a 2023. A taxa de incidência, que vinha crescendo, apresentou sinais de estabilidade desde 2021 (10,1 casos por 1.000 NV) e caiu para 9,6 casos por 1.000 NV em 2024, indicando avanços na qualidade do pré-natal e do tratamento oportuno. Apesar disso, Norte, Nordeste e Centro-Oeste registraram aumento das taxas entre 2023 e 2024, com destaque para o Norte (13,8%), o que exige intensificação das ações nessas regiões.

Principais entregas e ações:

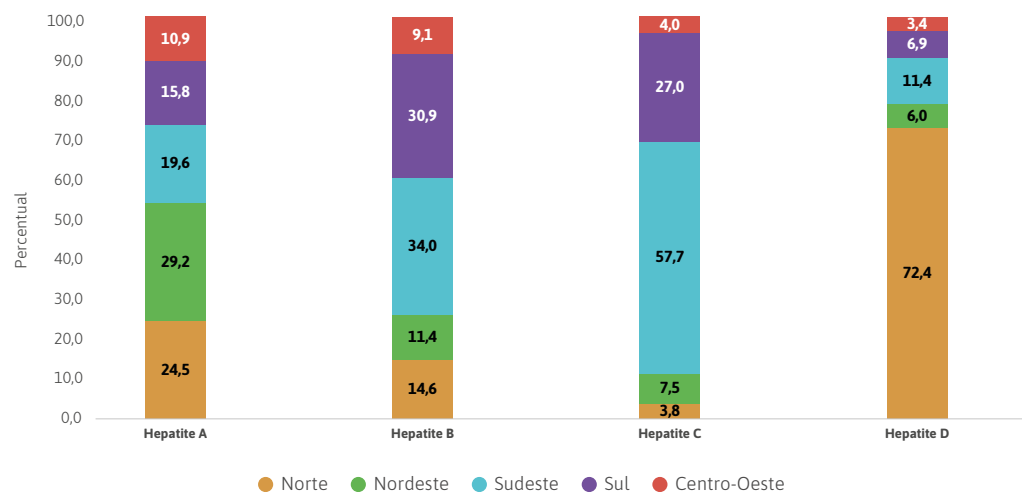
- Certificação de municípios e estados pela eliminação da transmissão vertical ou de selos de boas práticas rumo à eliminação da transmissão vertical de HIV, sífilis e/ou hepatite B:
 - Até 2025, do total de 337 municípios com 100 mil habitantes ou mais, 180 (53%) receberam algum tipo de certificação (eliminação ou selo rumo à eliminação da transmissão vertical para HIV, sífilis e/ou hepatite B), somando 301 certificações. Nesse mesmo período, dez UF's foram certificadas, totalizando 20 certificações. Ressalta-se que um mesmo município ou estado pode obter certificação para mais de uma infecção.
- Certificação da eliminação da transmissão vertical de HIV como Problema de Saúde Pública no Brasil pela Opas/OMS.
- Realização de campanha nacional sobre sífilis no Outubro Verde.
- Qualificação da vigilância com implementação da notificação compulsória da infecção por hepatite B em gestantes, puérperas e parturientes e crianças expostas à hepatite B.
- Qualificação do diagnóstico e da vigilância com implementação da notificação compulsória da infecção por HTLV, HTLV em gestantes, puérperas ou parturientes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical do HTLV.
- Incorporação dos testes de biologia molecular rápidos para detecção de clamídia e gonococo no SUS.

Hepatites Virais

As hepatites virais são infecções que atingem o fígado, causando alterações leves, moderadas ou graves. Na maioria das vezes, são infecções silenciosas, ou seja, não apresentam sintomas.

De 2000 a 2024, foram detectados 826.292 casos confirmados de hepatites virais no Brasil. Destes, 174.977 (21,2%) são referentes aos casos de hepatite A, 302.351 (36,6%) aos de hepatite B, 342.328 (41,5%) aos de hepatite C, 4.722 (0,6%) aos de hepatite D, e 1.914 (0,2%) aos de hepatite E.

Gráfico 58 – Percentual de Casos de Hepatites Virais Detectados, Segundo Tipo e Região de Residência – 2000 a 2024



Fonte: Sinan/SVSA/MS. Dados preliminares, sujeitos a alterações.

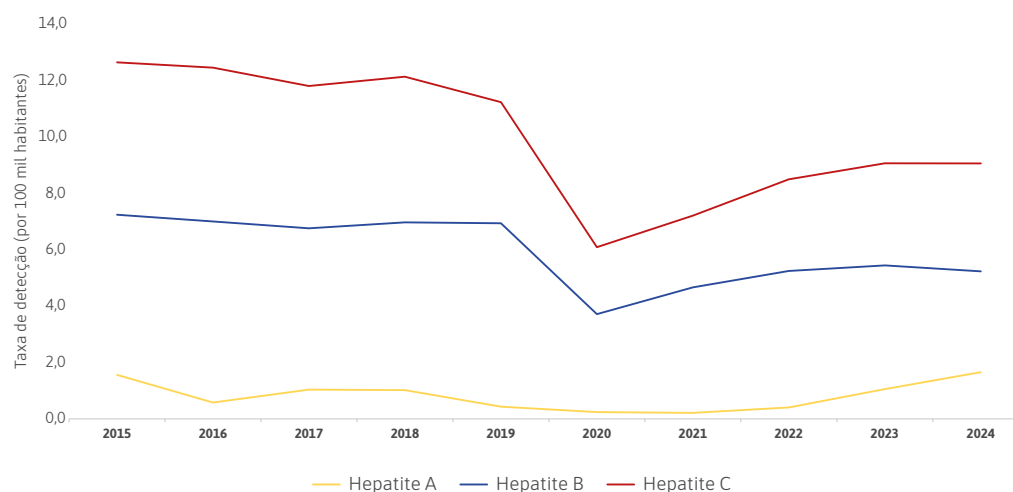
A taxa de incidência de hepatite A no Brasil, após sofrer declínio entre 2015 e 2016, manteve-se estável até 2022. Em 2014, foi instituída a vacina para crianças de 1 ano a menores de 2 anos, em dose única. Nota-se tendência similar de diminuição no País, com destaque para a Região Norte, que mostrou taxas muito elevadas até 2015, e para a Região Sudeste, que apresentou elevação na taxa em 2017. Em 2024, as taxas observadas ficaram em torno de 0,5 caso por 100 mil habitantes, exceto no Mato Grosso do Sul e no Paraná, que apresentaram taxas de 6,0 e 5,7 casos por 100 mil habitantes, respectivamente, e no Rio de Janeiro e no Distrito Federal, com 2,8 casos por 100 mil habitantes.

De 2000 a 2024, foram detectados 302.351 casos confirmados de hepatite B no Brasil; destes, a maioria está concentrada na Região Sudeste

(34%), seguida das Regiões Sul (31%), Norte (15%), Nordeste (11%) e Centro-Oeste (9%). Entre 2014 e 2024, as taxas de detecção de hepatite B no Brasil apresentaram redução de 34,6%, passando de 8,1 para 5,3 casos a cada 100 mil habitantes.

Quanto à hepatite C, em 2015 houve alteração nos critérios de definição de caso para fins de vigilância epidemiológica, com ampliação da sensibilidade. Como consequência, observou-se impacto imediato nas taxas de detecção, que passaram de 5,8 casos por 100 mil habitantes, em 2014, para 12,7 casos por 100 mil habitantes em 2015. A partir de 2018, verifica-se tendência de declínio na taxa de detecção da hepatite C, com redução de 25,4% até 2024, passando de 12,2 para 9,1 casos por 100 mil habitantes.

Gráfico 59 – Taxa de Detecção de Casos de Hepatites Virais, Segundo Tipo e Ano de Detecção – 2015 a 2024



Fonte: Sinan/SVSA/MS. Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Quanto à mortalidade, no período de 2000 a 2024, foram identificados 49.999 óbitos por causas básicas e 45.959 óbitos por causas associadas às hepatites virais dos tipos A, B, C e D. Desses óbitos, 1,5% foi associado à hepatite viral A, 22,0% à hepatite B, 75,3% à hepatite C, e 0,9% à hepatite D. Essas infecções são as principais causas de doença hepática crônica, cirrose hepática e carcinoma hepatocelular.

O número de óbitos devido à hepatite C vem diminuindo ao longo dos anos em todas as regiões do Brasil. De 2000 a 2024, foram identificados 72.242 óbitos associados à hepatite C, dos quais 51,6% (37.296) tiveram essa etiologia como causa básica. Quanto à taxa de mortalidade por hepatite C como causa básica, observou-se tendência de queda no Brasil como um todo nos últimos dez anos, com redução de 60% dessa taxa entre 2015

e 2024 (passou de 1,0 para 0,4 óbito por 100 mil habitantes).

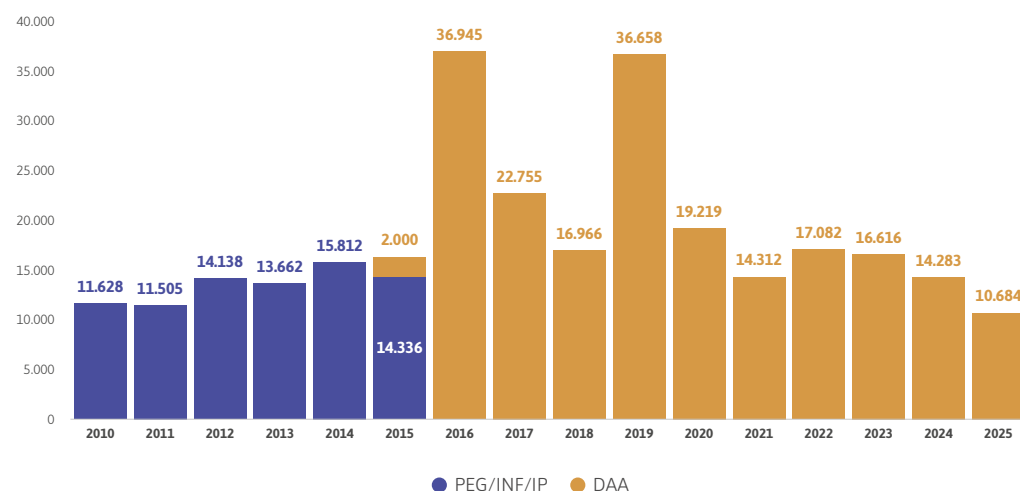
Em 2025, foram distribuídos aproximadamente 14 milhões de testes rápidos para hepatite C (HCV) e 10 milhões para hepatite B (HBV), utilizados como etapa inicial dos fluxogramas diagnósticos. No mesmo período, realizaram-se em torno de 97 mil exames de carga viral convencional para HBV e 61 mil para HCV, além de exames de carga viral rápida (6 mil para HBV e 2,5 mil para HCV). Para hepatite delta, foram realizados 227 exames de carga viral, destinados à conclusão diagnóstica e ao monitoramento da infecção.

A estratégia de enfrentamento da hepatite C baseia-se na universalização do tratamento e na eliminação da doença. Em 2024, foram realizados 14.283 tratamentos, número inferior

aos registrados em 2016 e 2019, anos de maior volume, sendo possível observar a redução das taxas de detecção da hepatite C, com queda de 25.507 casos em 2016 para 19.343 em 2024, o que pode ter contribuído para a menor demanda por tratamento, embora outros fatores (como mudanças em estratégias de busca ativa, testagem, oferta de

serviços e capilarização da oferta de tratamento) também possam ter influenciado essa tendência. Considerando que a taxa de detecção da hepatite C em 2025 será divulgada apenas em 2026, ainda não é possível confrontar esse dado com o número de tratamentos em 2025.

Gráfico 60 – Pacientes em Tratamento para Hepatite C, Segundo Ano e Uso de Medicamento – 2010 a 2025

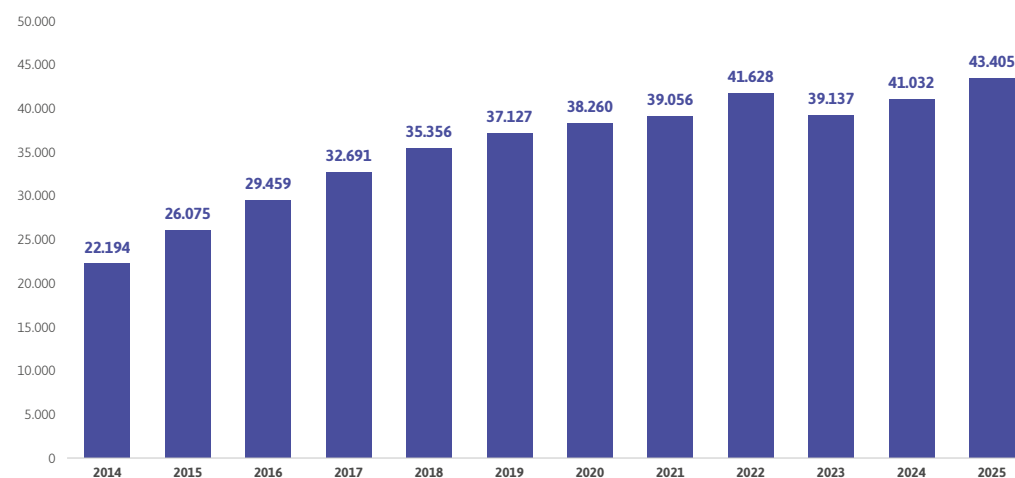


Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), Siclom/MS. Dados preliminares, sujeitos a alterações.
Legenda: PEG /INF: peguilado alfafeinterferona 2a; IP: inibidores de proteases; DAA: antivirais de ação direta.

O gráfico apresenta a evolução do número de pacientes em tratamento para hepatite B no Brasil entre 2014 e outubro de 2025, com aumento de 22.194 para 43.405 pacientes, quase dobrando no período. O crescimento foi mais acentuado entre 2014 e 2019, refletindo a ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento pelo SUS. A partir

de 2020, observa-se desaceleração e relativa estabilidade entre 2022 e 2024, possivelmente associada à consolidação das ações e aos impactos da pandemia de covid-19. Persistem desafios relacionados ao rastreamento e ao diagnóstico oportuno.

Gráfico 61 – Pacientes em Tratamento para Hepatite B – 2014 a 2025



Fonte: SIA/SUS, Siclom/MS. Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Principais entregas e ações realizadas em 2025:

- > Lançamento do *Guia para a Eliminação das Hepatites Virais no Brasil* e do Painel de Monitoramento das Hepatites B e C.
- > Edição de Nota Técnica n.º 5/2025, que incorporou dois novos medicamentos: sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir, para retratamento em adultos, e a formulação pediátrica granular de sofosbuvir/velpatasvir.

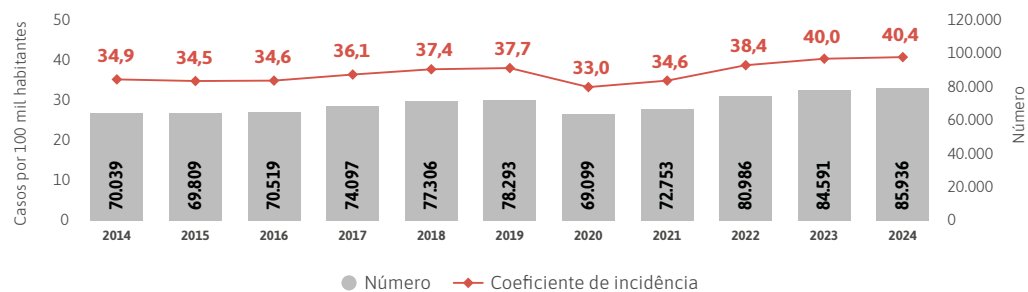
- > Publicações do *Guia para Atuação Farmacêutica na Promoção da Adesão ao Tratamento das Pessoas com Hepatites Virais*, do *Guia das Hepatites Virais: uma abordagem para a Atenção Primária à Saúde e da Sínteses de Evidências para Políticas – diagnóstico das hepatites B, C e D*.
- > Mobilização para visibilidade do Julho Amarelo 2025: lançamento da campanha de comunicação “Um teste pode mudar tudo”.

Tuberculose (TB)

A TB representa um desafio para a saúde pública em diversos países, incluindo o Brasil. O enfrentamento da doença no País é orientado pelo Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. É importante destacar que, conforme o Relatório Global de Tuberculose da OMS, o Brasil alcançou 89% de cobertura de tratamento de TB (casos notificados em relação aos estimados para o País pela OMS) em 2024. Esse resultado indica a manutenção das capacidades dos serviços de saúde em diagnosticar e notificar os casos e, consequentemente, a recuperação do desempenho dos serviços de saúde no manejo da TB no âmbito do SUS, afetado nos anos pós-pandemia.

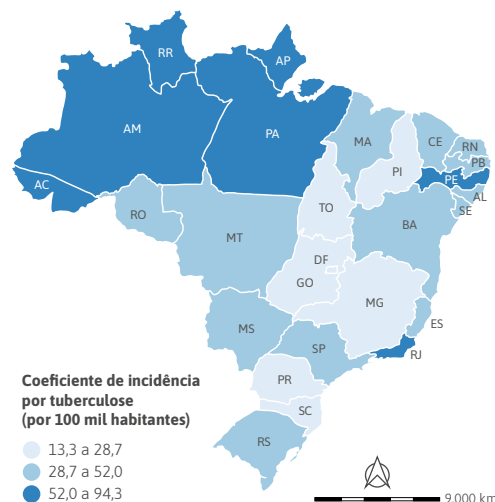
Em 2024, foram notificados 85.936 casos novos de TB (40,4/100 mil habitantes). Os maiores coeficientes de incidência da TB concentram-se na Região Norte e em alguns estados específicos, com destaque para Amazonas (94,3/100 mil habitantes), Rio de Janeiro (75,0/100 mil habitantes), Pará (62,9/100 mil habitantes), Roraima (62,2/100 mil habitantes), Acre (59,6/100 mil habitantes) e Amapá (55,3/100 mil habitantes).

Gráfico 62 – Coeficiente de Incidência (Casos por 100 Mil Habitantes) e Número de Casos Novos de Tuberculose – 2014 a 2024



Fonte: Sinan/MS e IBGE. Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Figura 21 – Coeficiente de Incidência de Tuberculose (Casos por 100 Mil Habitantes), por Unidade da Federação – 2024

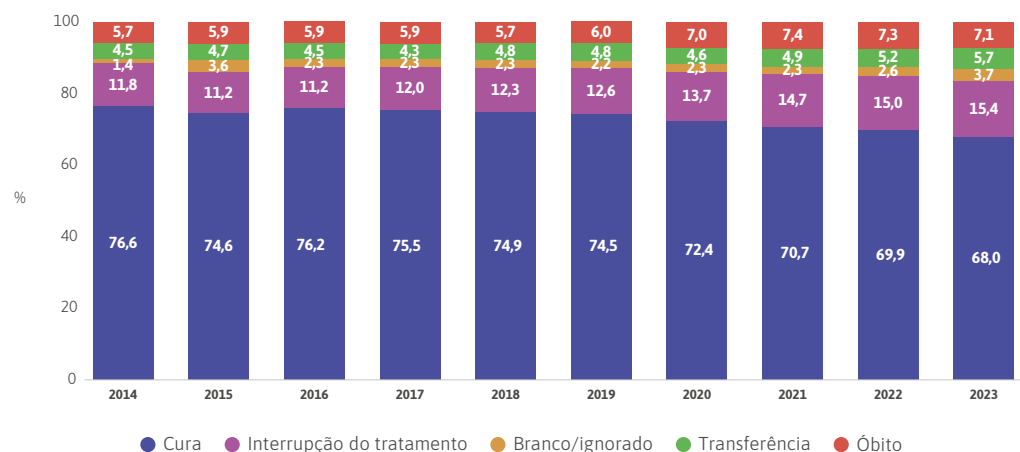


Fonte: Sinan/MS e IBGE. Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Considerando os aspectos sociodemográficos, a TB acomete principalmente homens (68,5%), na faixa etária de 15 a 64 anos (85%) e que se autodeclaram pretas e pardas (66,1%).

No que diz respeito ao desfecho do tratamento das pessoas com TB, em 2023, 68,0% dos casos novos de TB pulmonar diagnosticados por critério laboratorial obtiveram cura, e 15,4% interromperam o tratamento.

Gráfico 63 – Proporção de Desfechos de Tratamento nos Casos Novos de Tuberculose Pulmonar com Confirmação Laboratorial – 2014 a 2023

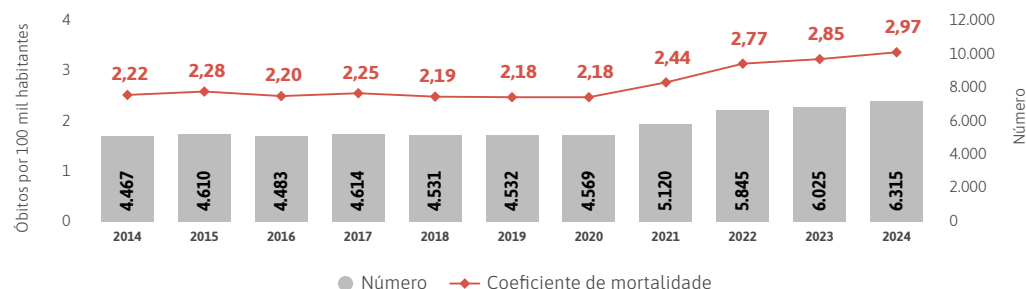


Fonte: Sinan/MS. Dados preliminares, sujeitos à revisão.

Em 2024, foram registrados 6.315 óbitos por TB no Brasil (2,97 óbitos por 100 mil habitantes). Os estados que apresentaram maiores coeficientes de mortalidade foram Amazonas (6,1 óbitos por

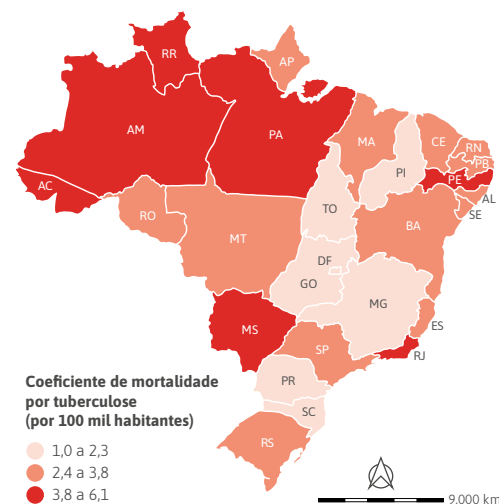
100 mil habitantes), Pernambuco (4,8 óbitos por 100 mil habitantes) e Rio de Janeiro (4,8 óbitos por 100 mil habitantes).

Gráfico 64 – Coeficiente de Mortalidade (Óbitos por 100 Mil Habitantes) e Número de Óbitos por Tuberculose – 2014 a 2024



Fonte: SIM/MS e IBGE. Dados preliminares, sujeitos à revisão.

Figura 22 – Coeficiente de Mortalidade de Tuberculose (Casos por 100 Mil Habitantes) – 2024



Fonte: SIM/MS e IBGE. Dados preliminares, sujeitos à revisão.

A tuberculose drogaresistente (TB DR) representa um desafio para a eliminação da tuberculose, devido ao longo tempo de tratamento, associado a esquemas terapêuticos mais complexos e onerosos. Até 2022, o tratamento da TB DR no Brasil exigia em torno de 18 meses. Em 2023, com a incorporação da pretomanida no SUS (Portaria Sectics/MS n.º 49, de 21 de setembro de 2023), o uso desse medicamento reduziu o tempo de tratamento para seis meses da TB DR (BPAL). Até o início de dezembro de 2025, o número de pessoas em tratamento era 846, e mais de 90% dos casos elegíveis utilizaram o tratamento encurtado no último semestre.

Nos últimos anos, o Brasil registrou avanços importantes nos indicadores relacionados à infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTb), com destaque para a ampliação do uso do esquema encurtado (3HP) para o tratamento preventivo da tuberculose (TPT) em todas as UF.

Até outubro de 2025, os estados que apresentaram maior percentual na utilização do esquema 3HP foram: Amapá (95,1%), Pará (94,8%), Roraima (92,7%), Amazonas (92,5%) e Mato Grosso (90,6%). Com relação ao encerramento do tratamento, o esquema 3HP também apresentou maior adesão e menor interrupção do tratamento quando comparado aos demais esquemas.

Outras entregas e ações desenvolvidas em 2025:

- Publicação da Portaria Saes/MS n.º 3.270, de 22 de setembro de 2025, alterando procedimentos do SUS sobre observação da tomada dos medicamentos utilizados no tratamento da TB.
- Campanha nacional “Conhecer, prevenir e cuidar” pelo Dia Nacional de Combate à TB.

Micoses Endêmicas

Considerando a importância das micoses endêmicas na saúde pública brasileira, o MS 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 janeiro e novembro de 2025, 7.763 pessoas foram atendidas por meio de solicitações de antifúngico para tratamento das micoses endêmicas

e oportunistas em todas as regiões do Brasil. Ao todo, esporotricose (n=2.887), criptococose (n=1.120), aspergilose (n=908), candidíase sistêmica (n=779), histoplasmoze (n=724) e paracoccidiodomicose (n=538) representaram a maior parte da demanda. Em comparação a 2024 (n=5.660), houve aumento de 37% no número de casos atendidos.

Em 2024, 360 óbitos tiveram a causa básica relacionada a micoses, principalmente a criptococose (125), a aspergilose (92) e a paracoccidiodomicose (62).

Tabela 54 – Número de Pessoas com Micoses Endêmicas e Oportunistas Atendidas com Tratamento Fornecido pelo Ministério da Saúde, por Agravado e Antifúngico – 2025

Medicamento	HIV negativo	HIV positivo	TOTAL
Itraconazol 100 mg, cápsula	3.560	345	3.905
Complexo lipídico de anfotericina B 5 mg/ml	1.027	476	1.503
Anfotericina B lipossomal 50 mg, frasco-ampola	580	547	1.127
Flucitosina 500 mg, comprimido	238	363	601
Anidulafungina 100 mg, frasco	523	20	543
Voriconazol 200 mg, comprimido	566	36	602
Voriconazol 200 mg, frasco	197	14	211
Isavuconazol 100 mg, cápsula	122	4	126
Isavuconazol 200 mg, frasco	16	2	18

Fonte: SVSA/MS. Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Entre as ações desenvolvidas para enfrentamento das micoses, destacam-se:

Vigilância das micoses endêmicas implantada em 12 unidades da Federação (CE, GO, MA, MS, PA, PI, PR, RJ, RO, RR, SC e SP), com oficinas in loco envolvendo cerca de 500 profissionais. Entre abril de 2024 e dezembro de 2025, 2.602 pacientes foram acompanhados pela ferramenta Micosis, e aproximadamente 2.400 profissionais foram cadastrados.	Inclusão da esporotricose humana na Lista Nacional de Notificação Compulsória na 1ª Reunião da CIT de 2025, conforme Portaria GM/MS n.º 6.734, de 18 de março de 2025.
Apoio técnico do Ministério da Saúde a surtos de histoplasmoses registrados em hospitais de Vitória/ES, Niterói/RJ e Guaíba/RS, com atuação no manejo clínico, na prevenção, no controle e na garantia de tratamento oportuno.	Realização da 2ª reunião ordinária do CTA-Micoses, em novembro de 2025, com apresentação dos avanços, desafios e perspectivas da vigilância das micoses, além da implantação da vigilância da esporotricose humana e avaliação da incorporação de tecnologias para tratamento e diagnóstico.
Distribuição de 64.500 testes rápidos (LF-CrAg) para criptococose até novembro de 2025, fortalecendo o diagnóstico oportuno e reduzindo a morbimortalidade.	Acompanhamento de quatro pesquisas estratégicas e publicação inédita do Manual da Doença de Jorge Lobo, no âmbito do Projeto APTRA-LOBO (Proadi-SUS).
Incorporação ao SUS do teste ELISA para diagnóstico da histoplasmoses em imunossuprimidos (Portaria Sectics/MS n.º 78, de 30 de setembro de 2025), com potencial benefício para quase 17 mil pessoas.	

2.3.3 Programa Brasil Saudável

O Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar, formalmente oficializado em 2024, é uma iniciativa interministerial do governo federal, coordenada pelo MS, em articulação com 14 ministérios, organizações da sociedade civil e organismos internacionais. É derivado das ações do Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (CIEDDS).

O Programa foca doenças e infecções fortemente influenciadas por determinantes sociais e ambientais. As 11 doenças-alvo são: malária, tracoma, oncocercose, esquistossomose, geo-helmintíases, filariose linfática, doença de Chagas, tuberculose, aids (HIV), hanseníase e hepatites virais (B e C). As cinco infecções de

transmissão vertical incluem: doença de Chagas, hepatite B, HTLV, HIV e sífilis. Outras condições podem ser incluídas com base em realidades locais para sinergias municipais.

Os objetivos centrais envolvem a redução da transmissão, da morbidade, da mortalidade e das incapacidades a níveis próximos de zero em áreas definidas, com risco mínimo de reintrodução. O Programa busca integrar políticas públicas intra e intersetoriais, com participação de movimentos sociais e organizações da sociedade civil. Prioriza municípios com alta carga de doenças (inicialmente 175), focando populações vulneráveis como indígenas, negros, LGBTQIAPN+, pessoas em situação de rua, privadas de liberdade, migrantes e comunidades tradicionais.

Em 2025, os avanços concentraram-se na vigilância pós-eliminação da filariose linfática; na notificação compulsória de HTLV em gestantes e crianças; na implantação do duo teste para sífilis/HIV nos municípios prioritários; na inclusão de cinco novos medicamentos para HIV; no aumento de 40% em testes rápidos para malária; na ampliação de acesso para populações vulneráveis via parcerias; na reestruturação de vigilância para Chagas; no lançamento do suplemento do Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical e na iniciativa “Nenhum bebê com Chagas” em Manaus; no incentivo financeiro adicional para tuberculose; no desenvolvimento do aplicativo “Prevenir TB”; e em três estudos para terapias em hanseníase.

Embora os principais avanços sejam liderados pelo MS, há ações articuladas e contribuições específicas de outros órgãos federais, com base em documentos oficiais e relatórios governamentais.

2.3.4 Emergências em Saúde Pública

Como parte do fortalecimento da capacidade nacional de enfrentamento às Emergências em Saúde Pública (ESP), em conformidade com o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), a SVSA desenvolveu ações estruturadas de preparação, vigilância e resposta voltadas à mitigação de riscos à saúde da população. Essas ações abrangeram eventos epidemiológicos (surtos, epidemias e pandemias) e desastres naturais e tecnológicos, incluindo exposições a agentes químicos, biológicos, radiológicos e nucleares, por meio de componentes estruturantes como:

- 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).

No fortalecimento da capacidade local de manejo das emergências, foram realizados 26 exercícios simulados nas 26 UF's, abordando arboviroses, eventos climáticos extremos, doenças respiratórias e exantemáticas, bem como emergências por seca e estiagem, promovendo a aplicação de planos de contingência, a coordenação interinstitucional e o aprimoramento das ações de vigilância e resposta.

Em 2025, foi lançado o Treinamento em Gestão de Emergências em Saúde Pública no SUS (Tgesp-SUS), formação inédita alinhada às diretrizes da OMS e ao Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e inspirada no modelo de Gestão de Emergências de Saúde Pública (PHEM – *Public Health Emergency Management*) dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (CDC). O curso, estruturado em módulos preparatório e de aperfeiçoamento, qualifica profissionais estratégicos do SUS para a gestão de emergências, promovendo padronização de práticas, troca de experiências e valorização dos contextos locais. Iniciado em julho de 2025 e com conclusão prevista para fevereiro de 2026, o Tgesp-SUS formará 37 profissionais de UF's e instituições parceiras.

No âmbito da epidemiologia de campo, o Programa EpiSUS formou 562 profissionais em 2025, nos níveis fundamental, intermediário e avançado, superando as metas estabelecidas no Plano Plurianual (PPA) e no Plano Nacional de Saúde (PNS). O Programa alcançou 60% das regiões de saúde e 14% dos municípios brasileiros e celebrou 25 anos de atuação, com mais de 5 mil profissionais formados ao longo de sua trajetória.

No monitoramento e na avaliação das capacidades nacionais previstas no RSI, foi conduzido o *States Parties Self-Assessment Annual Report* (SPAR) Nacional 2025 de forma articulada entre ministérios e instituições estratégicas. Adicionalmente, foi proposta a Avaliação Estadual das Capacidades em Emergências de Saúde Pública, primeira iniciativa do Marco Brasileiro para diagnóstico subnacional das capacidades do RSI, permitindo identificar lacunas e orientar melhorias contínuas.

Como Ponto Focal Nacional do RSI, o Cievs Nacional realizou, entre janeiro e novembro de 2025, 91 comunicações com a Opas/OMS, predominantemente relacionadas a notificações de eventos de saúde pública, solicitações de informação e verificações de rumores. Sarampo e febre amarela foram os agravos mais frequentemente comunicados.

Em 2025, foram detectados 958 rumores nacionais e internacionais, além do monitoramento de 835 eventos de saúde pública. O Comitê de Monitoramento de Eventos (CME) acompanhou eventos de relevância nacional e internacional, incluindo surtos, emergências ambientais, eventos climáticos extremos, doenças imunopreveníveis e zoonoses, subsidiando a tomada de decisão oportuna.

Para o aprimoramento da VBE, foram introduzidos: o Projeto AEsOP (*Alert-Early System of Outbreaks with Pandemic Potential*); a métrica 7-1-7 na Rede Cievs; e o início da aplicação da ferramenta STAR (*Strategic Tool for Assessing Risks*), com o apoio da Opas, fortalecendo a identificação precoce de riscos e a resposta a eventos com potencial pandêmico. Também houve expansão da vigilância hospitalar, com 167 Núcleos de Vigilância Epidemiológica em Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) em operação.

Na área de agentes químicos, biológicos, radiológicos e nucleares, foram fortalecidas a cooperação interinstitucional e a articulação com estratégias nacionais de mitigação de riscos, incluindo a participação na atualização de planos nacionais e na elaboração de instrumentos estratégicos voltados à proteção da saúde das populações expostas.

No âmbito da resposta às emergências em saúde pública, foram realizados apoios técnicos a eventos QBRN, desastres e surtos, além do envio de kits de medicamentos e insumos estratégicos a UF's e a países parceiros. Foram ativados Centros de Operações de Emergências (COE) e Salas de Situação para o enfrentamento de arboviroses, vírus respiratórios, intoxicações e emergências climáticas.

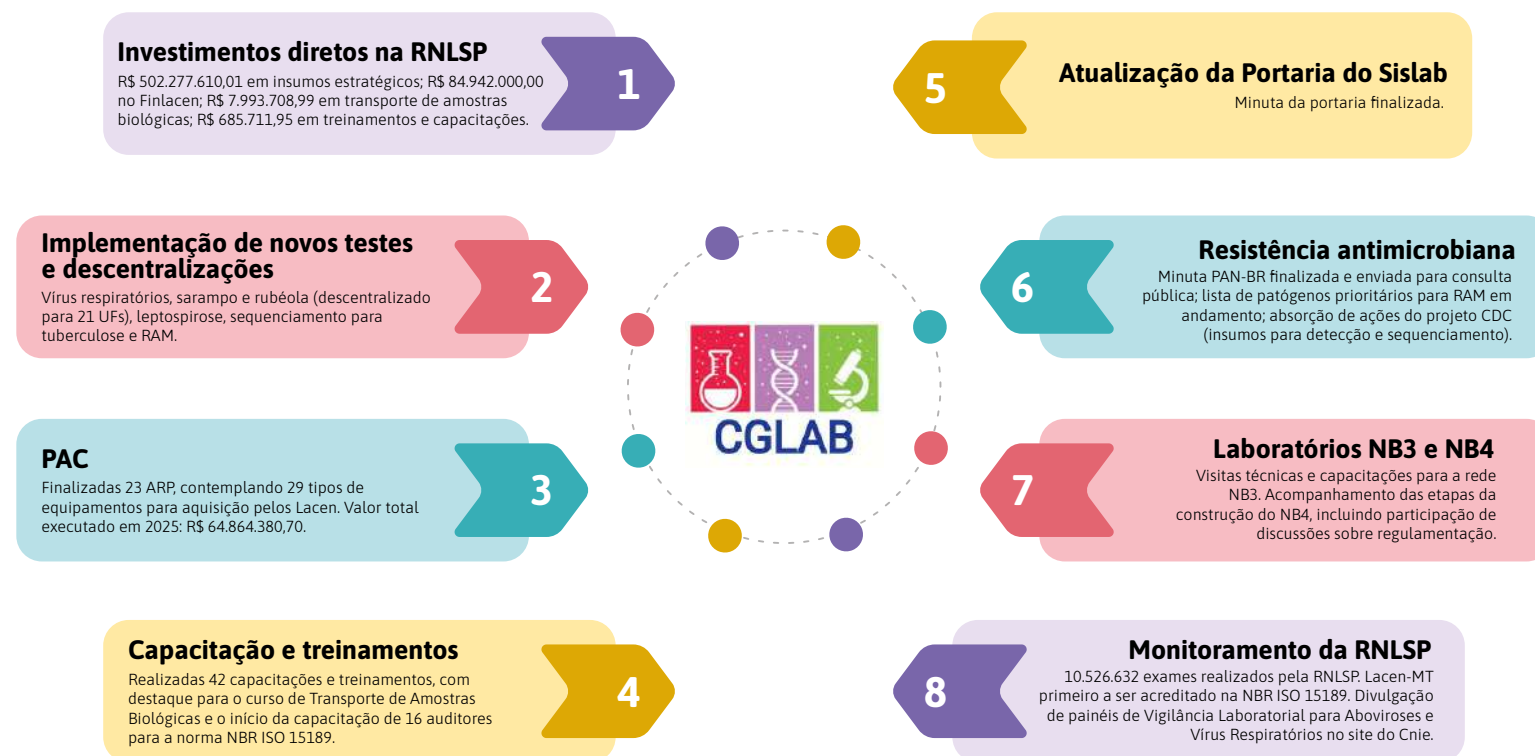
Por fim, os trabalhos de campo do EpiSUS Intermediário resultaram na conclusão de 41 inquéritos de saúde, abordando problemáticas prioritárias como covid-19, infecções sexualmente transmissíveis, febre do Oropouche, coberturas vacinais e eventos adversos pós-vacinação.

Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (RNLSP)

A RNLSP é uma estrutura que organiza e integra os laboratórios públicos do Brasil responsáveis por análises essenciais à vigilância epidemiológica e à vigilância em saúde ambiental e sanitária, composta por 27 Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen), um em cada UF, 14 Laboratórios de Fronteiras (Lafron), laboratórios municipais, laboratórios de referência e centros colaboradores. Em 2025, foram realizadas ações estruturais, estratégicas e de inovação com o intuito de fortalecer a Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública.



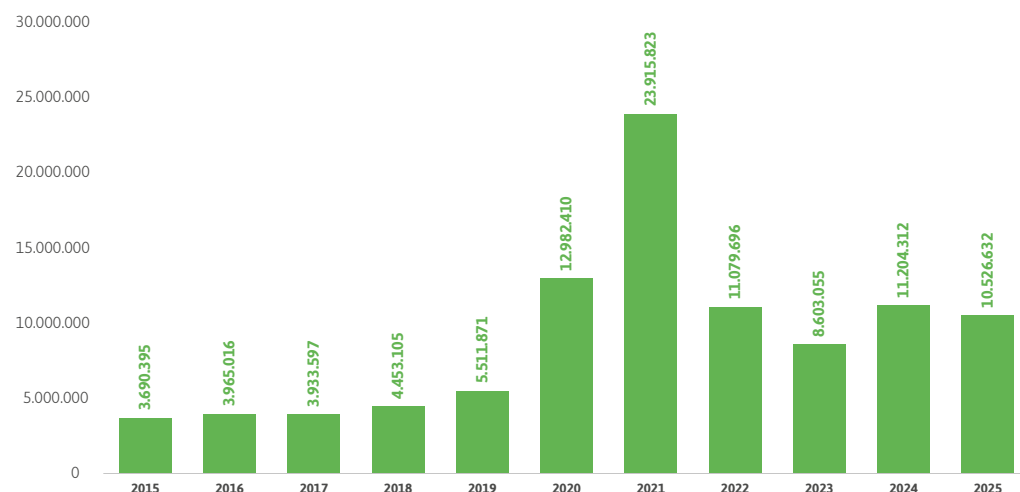
Figura 23 – Principais Atividades Desenvolvidas – 2025



Fonte: SVSA/MS.

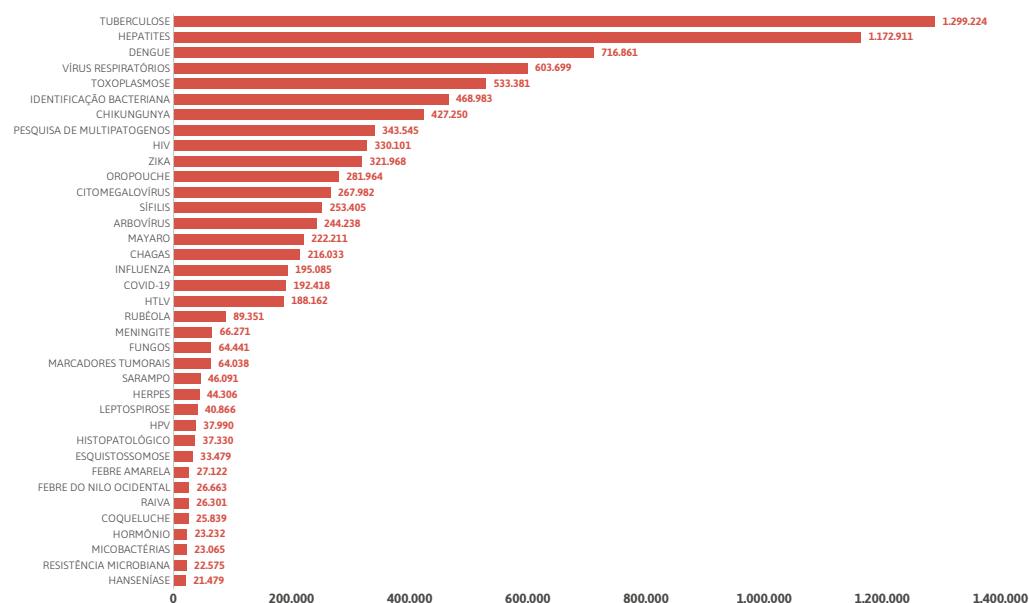
Desde 2015, a RNLSP acumula quase 100 milhões de exames realizados, com destaque para o ano de 2021, em decorrência da pandemia de covid-19. Após esse período, o volume anual de exames manteve-se elevado, com registros superiores ao dobro do observado no período pré-pandemia. Em 2025, foram realizados 10.526.632 exames, com destaque para tuberculose, hepatites e dengue.

Gráfico 65 – Total de Exames Realizados pela Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, Segundo o Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) – 2015 a 2025



Fonte: SVSA/MS.

Gráfico 66 – Total de Exames Realizados por Agravo, Segundo o GAL – 2025



Fonte: SVSA/MS.

Nota: apenas as doenças com mais de 20 mil exames realizados.

A RNLSP foi contemplada no Novo PAC Saúde, lançado em agosto de 2023, com recursos destinados à modernização e à estruturação dos Lacen e do Laboratório Municipal de São Luís/MA. O aporte prevê a aquisição de equipamentos padronizados e tecnologicamente atualizados, com potencial para ampliar significativamente a capacidade diagnóstica nacional, fortalecendo a resposta às emergências em saúde pública e qualificando o atendimento rotineiro à população.

Todos os estados e o Distrito Federal já receberam integralmente os recursos para a aquisição de equipamentos essenciais. Para viabilizar esse processo, foram iniciadas licitações para a compra centralizada de diferentes tipos de equipamentos, garantindo maior agilidade, padronização e economicidade, além de ampliar o poder de negociação e facilitar a adesão dos entes federativos. Como resultado, os Lacen avançaram na modernização do parque tecnológico, na ampliação da capacidade diagnóstica e no fortalecimento da capacidade operacional da RNLSP em todo o território nacional.

2.3.5 Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

A SVSA organizou e apoiou a realização de diversos eventos no âmbito da 30ª Conferência da Convenção-Quadro sobre Mudanças Climáticas (COP30), com a Assessoria Especial de Assuntos Internacionais (Aisa) e com apoio financeiro da Opas/OMS, da Fundação Rockfeller, da Fundação Gates e Wellcome Trust. Entre as principais iniciativas, destacam-se: a Reunião de Consulta Preliminar do Plano de Ação de Clima e Saúde; o evento pré-COP30 “Conferência Global sobre Clima e Saúde”, realizado em julho de 2025, com a participação de mais de 600 representantes de 92 países; e o Dia da Saúde na agenda oficial da COP30, que reuniu 1.200 participantes, incluindo representantes oficiais dos países Parte da Convenção do Clima e de setores estratégicos. Esses atores contribuíram diretamente para a construção e o lançamento do Plano de Ação em Saúde de Belém, bem como de seus documentos de suporte: o Relatório Especial da COP30 sobre Clima e Saúde e o Relatório Especial da COP30 sobre Participação Social, Clima e Saúde, além de iniciativas voltadas à mobilização de compromissos para o financiamento de sua implementação.

No âmbito da produção técnico-normativa, o ano de 2025 foi marcado por relevantes publicações. Destacam-se o lançamento da *Diretriz Nacional para Atuação Integrada dos Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde no Território*; a 2ª edição do *Curso Básico de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano*; os *Cadernos de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos – VSPEA*; o *Plano Estratégico para Medidas de Atenção, Vigilância e Promoção à Saúde de Populações Expostas e Potencialmente Expostas ao Mercúrio*; e a 2ª edição do material *Mudanças Climáticas para Profissionais de Saúde: guia de bolso*, convertido em aplicativo disponível na plataforma Meu SUS Digital.

No que se refere ao repasse de recursos da Assistência Financeira Complementar (AFC) da União e Incentivo Financeiro (IF) aos agentes de combate às endemias (ACE), foram repassados recursos para pagamento de piso salarial de 68 mil ACE/mês abrangendo mais de 5.450 municípios de todo o Brasil.

Cabe destacar que, conforme disposto no Decreto n.º 8.474, de 22 de junho de 2015, os gestores municipais do SUS são responsáveis pelo cadastro no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) dos seus respectivos ACE.

Importante ressaltar que, quando o cadastro dos ACE cumprir todos os requisitos, eles serão considerados “regulares” para o recebimento da AFC. Após a análise, o número de agentes regulares recebe um novo filtro, qual seja, o do parâmetro definido por meio do art. 423, da Portaria de

Consolidação GM/MS n.º 6, de 28 de setembro de 2017, que revisa o quantitativo máximo de ACE passível de contratação com o auxílio da AFC, definindo-se então o número de ACE “elegíveis” ao repasse do recurso federal, cabendo ao gestor local realizar o pagamento do piso salarial dos ACE.

Tabela 55 – Quantitativo de ACE – 2025

Parcela FNS	Competência	Cadastrados	Regulares	Parâmetro	Elegíveis
1	Dezembro de 2025	105.598	85.825	92.575	68.149
12	Novembro de 2025	105.528	85.815	92.555	68.140
11	Outubro de 2025	105.519	85.793	92.571	68.062
10	Setembro de 2025	105.552	85.849	92.628	68.066
9	Agosto de 2025	105.341	85.668	92.548	67.967
8	Julho de 2025	104.997	85.456	92.386	67.836
7	Junho de 2025	104.884	85.593	92.369	67.954
6	Mai de 2025	104.805	85.632	92.365	68.025
5	Abril de 2025	104.533	85.510	92.362	67.888
4	Março de 2025	104.227	85.254	92.326	67.622
3	Fevereiro de 2025	104.644	85.248	92.394	67.576
2	Janeiro de 2025	104.940	85.325	92.414	67.599

Fonte: SVSA/MS.

O Ministério da Saúde conduziu o Grupo de Trabalho (GT) para elaboração do Plano Setorial de Adaptação às Mudanças Climáticas (AdaptaSUS), estruturado a partir de reuniões ordinárias e extraordinárias e oficinas técnico-científicas.

O AdaptaSUS estabelece diretrizes e ações estruturantes para fortalecer a resiliência e a adaptação do sistema de saúde frente aos impactos das mudanças climáticas, com enfoque territorial, equidade em saúde e justiça climática, visando à redução dos impactos da mudança do clima na saúde das pessoas e nos serviços de saúde, bem como ao alinhamento das estratégias nas esferas estadual e municipal.

Para o fortalecimento da vigilância em saúde informada pelo clima, com a integração de dados ambientais, meteorológicos e epidemiológicos, a SVSA cooperou e participou do lançamento da Infraestrutura de Dados Espaciais do Ministério da Saúde (IDE-MS), plataforma pública que reúne informações georreferenciadas sobre saúde, clima, território, vulnerabilidades e redes de serviços. A iniciativa visa ampliar a capacidade do SUS de analisar o território, monitorar riscos e integrar dados essenciais para o enfrentamento dos impactos das mudanças climáticas.

Adicionalmente, a SVSA apoiou os entes federativos por meio de visitas técnicas e interlocução direta com estados e municípios em diferentes estágios de elaboração de seus Planos Locais de Adaptação. Ainda em 2025, coordenou a Sala de Situação Nacional de Emergências Climáticas em Saúde, espaço destinado à elaboração e emissão de informes periódicos, fortalecendo o monitoramento contínuo de cenários climáticos críticos e seus potenciais impactos na saúde, e atuou na organização e no apoio, bem como na realização de diversos eventos no âmbito da COP30.

No âmbito da vigilância em saúde ambiental, as ações concentraram-se no fortalecimento da integração entre os gestores estaduais e municipais e na ampliação do acesso a informações qualificadas para subsidiar a formulação de políticas públicas e a tomada de decisão. As ações incluíram assessorias técnicas presenciais e virtuais; o Ciclo de Planejamento Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos (Vigiar); e webinários quinzenais (Diálogos em Saúde Ambiental), abordando temas como o monitoramento de agrotóxicos em água para consumo humano, monitoramento e notificação de intoxicações exógenas causadas por fumaça, chumbo, mercúrio e demais substâncias e contaminantes químicos.

Complementarmente, destacam-se: a atualização do Painel de Poluição do Ar e Saúde Humana; a elaboração e a disponibilização de informes semanais de queimadas; e o lançamento do Painel da Vigilância em Saúde das Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPEA), que reúne informações integradas para o monitoramento e a implementação da VSPEA nos municípios prioritários do Plano Nacional de Saúde 2024-2027, registrando, em 2025, 16.978 notificações de intoxicação por agrotóxicos, 538 óbitos e 2.664 internações associadas a essas exposições no Brasil. O Painel da Vigilância da Qualidade da Água (Vigiagua) disponibiliza informações sobre monitoramento de agrotóxicos em água para consumo humano, registrando, em 2025, a presença de agrotóxicos nos resultados de 937.948 análises da aba de controle e 41.731 análises na aba de vigilância. Os painéis podem ser acessados por meio do link:

 <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie>

Também foi realizado Curso de Inspeção Sanitária da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano aplicado aos técnicos estaduais.

Diante dos casos de intoxicação por metanol registrados em 2025, a SVSA atuou de forma articulada com a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes) e a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (SCTIE), mediante a divulgação de notas técnicas para orientar os serviços de saúde quanto à condução adequada e à comunicação dos casos. Para fortalecer o monitoramento e a coordenação das medidas de resposta, foi instituída Sala de Situação por meio da Portaria GM/MS n.º 8.327, de 3 de outubro de 2025, com o objetivo de acompanhar, mais detalhadamente, os registros de casos no País e organizar medidas de resposta nacional. Nesse processo, os Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox) atuaram em conjunto com o MS na orientação e na notificação, contribuindo para a articulação da Rede CIATox, dos Lacen e de outras estruturas do SUS voltadas ao diagnóstico, à toxicovigilância e à gestão do risco químico. Posteriormente, a Sala de Situação Nacional: Intoxicação por Metanol após Consumo de Bebida Alcoólica foi encerrada, conforme Portaria GM/MS n.º 9.169, de 5 de dezembro de 2025.

Para área da saúde do trabalhador, em 2025, a SVSA priorizou esforços para a realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (5ª CNSTT), em parceria com o Conselho Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. No processo preparatório, foram organizadas quatro conferências livres nacionais, com participação presencial e virtual: Saúde Mental e Trabalho (≈700 participantes), População LGBTQIAPN+ (157 participantes), Campo, Floresta e Águas (175 participantes), e o I Encontro Nacional dos Sobreviventes do Trabalho Escravo (103 participantes presenciais).

Para apoiar a mobilização social e qualificar o debate, foi produzida uma série de vídeos *Diálogos Rumo à 5ª CNSTT* e a *Coletânea Rumo à 5ª CNSTT*. A SVSA também apoiou a produção de evidências e insumos técnicos, com edição temática em revista científica em parceria com o GT Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e a pesquisa “Perfil dos Participantes da 5ª CNSTT e suas Vivências de Participação Social nos Territórios”, em parceria com a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Ao todo, registraram-se em torno de 16 mil participantes nas conferências livres, mais de 8 mil nas etapas estaduais e aproximadamente 3 mil na etapa nacional.

Ainda no âmbito da saúde do trabalhador, destaca-se a atuação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), que constituem serviços especializados de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) e atuam como retaguarda técnica e pedagógica para a rede do SUS na temática de saúde do trabalhador, apoiando a qualificação das ações de vigilância, prevenção e cuidado. No País, encontram-se habilitados 239 Cerest, sendo 27 estaduais, 192 regionais e 20 municipais. Em 2025, foram habilitados 13 Cerest, nos seguintes municípios: João Câmara/RN, Serra Talhada/PE, Bom Jesus da Lapa/BA, Ananás/TO, Arraias/TO, Cametá/PA, Cruz das Almas/BA, Senhor do Bonfim/BA, Esteio/RS, Ji Paraná/RO, Porto Calvo/AL, Itapipoca/CE e Crateús/CE. A estruturação desses serviços é apoiada por incentivo de implantação e por repasse mensal de custeio e manutenção, conforme a abrangência do Cerest, em consonância com as regras vigentes promovidas pela Portaria GM/MS n.º 4.922, de 25 de julho de 2024.

Em 2025, a área de saúde do trabalhador da SVSA realizou visitas técnicas em 13 estados, 32 municípios e 41 Cerest, além de um encontro nacional para estruturar programa de fortalecimento da vigilância de óbitos relacionados ao trabalho e cinco oficinas regionais para implementação da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho nas cinco regiões do País.

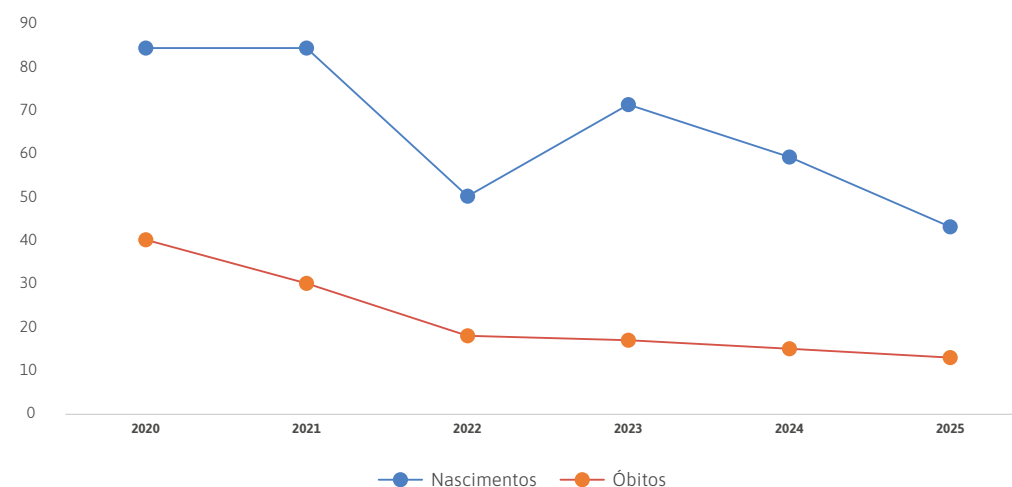
2.3.6 Centro Nacional de Primatas (Cenp)

O Cenp manteve, ao longo de 2025, atuação estratégica na interface entre vigilância em saúde, pesquisa científica, conservação da biodiversidade e fortalecimento da capacidade nacional de resposta a riscos sanitários envolvendo primatas não humanos, em consonância com os princípios da Uma Só Saúde (*One Health*).

Nesse contexto, em 2025, ocorreram avanços significativos no manejo populacional do plantel sob cuidados humanos, com redução da mortalidade de primatas associada ao aprimoramento contínuo dos protocolos técnicos de manejo, sanidade, acompanhamento clínico e bem-estar animal. No período, foram registrados 43 nascimentos e 13 óbitos, evidenciando desempenho positivo na gestão do ciclo de vida dos animais, com manutenção da capacidade reprodutiva do plantel e controle efetivo dos fatores de risco à mortalidade.

As ocorrências de mortalidade permaneceram majoritariamente associadas a condições clínicas preexistentes, processos de senescência, conflitos sociais intraespecíficos e eventos inerentes ao período reprodutivo, compatíveis com o perfil etário e sanitário de um plantel diversificado. Esses resultados evidenciam a efetividade das ações implementadas na mitigação de perdas evitáveis, no fortalecimento da vigilância sanitária interna e na promoção da sustentabilidade populacional, assegurando a continuidade das atividades de pesquisa, vigilância em saúde e conservação desenvolvidas no âmbito da SVSA.

Gráfico 67 – Número de Nascimentos e Óbitos de Primatas Pertencentes no Cenp – 2020 a 2025



Fonte: Cenp/SVSA/MS.

De forma complementar ao fortalecimento das práticas de manejo e vigilância sanitária, em 2025, alcançou-se um marco institucional estratégico com a submissão formal do Programa de Uso e Cuidados de Primatas à *Association for Assessment and Accreditation of Laboratory Animal Care International* (AAALAC), iniciativa que contribui diretamente para o fortalecimento da capacidade nacional de resposta a emergências sanitárias, especialmente aquelas relacionadas a zoonoses e agentes patogênicos emergentes, ao assegurar que os ambientes, os protocolos e as equipes envolvidas estejam alinhados a padrões internacionais de qualidade, segurança e ética. Adicionalmente, o processo promoveu o aperfeiçoamento contínuo da

governança institucional, com impactos positivos sobre a organização interna, a integração entre áreas técnicas, a padronização de procedimentos e a preparação para auditorias externas independentes.

Esse ambiente institucional fortalecido também se refletiu na ampliação das parcerias e da produção científica, com 8 ACTs vigentes e 11 ACTs em fase de tramitação, envolvendo instituições acadêmicas, científicas e órgãos estratégicos, com foco na produção de conhecimento aplicado, no intercâmbio técnico-científico e no fortalecimento da capacidade institucional para enfrentamento de riscos sanitários e ambientais. Paralelamente,

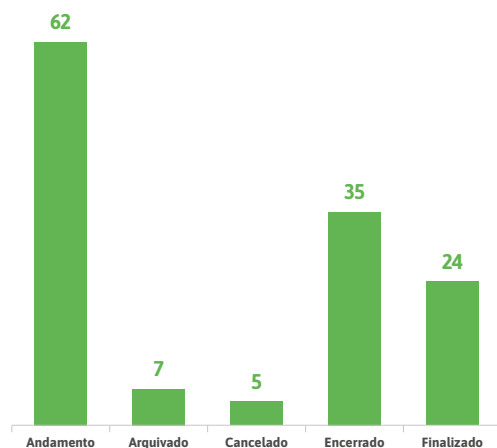
manteve-se um portfólio ativo de 22 projetos de pesquisa, sendo 13 projetos em execução e 9 projetos em tramitação, abrangendo temáticas como vigilância de zoonoses, sanidade animal, biologia reprodutiva, genética, conservação de primatas neotropicais e abordagem integrada de Uma Só Saúde (*One Health*).

2.3.7 Instituto Evandro Chagas (IEC)

O IEC atua em três eixos 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 MS, em 2021, incorporou o desenvolvimento tecnológico e a inovação em saúde ao seu escopo de atuação.

No decorrer de 2025, foram identificados 133 projetos de pesquisa científica ativos, vinculados a 69 linhas de pesquisa. No mesmo exercício, as atividades de pesquisa resultaram na entrega de 27 tipos de produtos científicos.

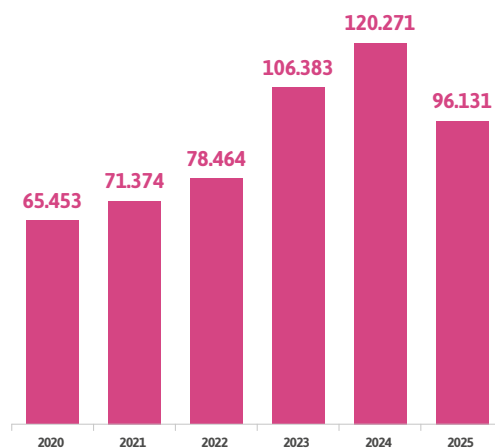
Gráfico 68 – Situação dos Projetos de Pesquisa Científica – 2025



Fonte: Escritório de Projetos (Espro/SEITP/IEC/SVSA).

O Espro atua de forma transversal, com o objetivo de articular os projetos de pesquisa, promovendo a otimização da gestão e a ampliação do impacto dos resultados entregues à sociedade. O Instituto mantém um portfólio de ensaios de diagnóstico laboratorial, que subsidiaram as ações de vigilância em saúde no âmbito da saúde humana. Em 2025, foram realizadas 96.131 análises diagnósticas.

Gráfico 69 – Análises Diagnósticas – 2020 a 2025



Fonte: Seções Científicas IEC.

Na dimensão educacional, mantém sua diversidade formativa por meio dos programas de pós-graduação em Virologia (mestrado e doutorado) e em Epidemiologia e Vigilância em Saúde (mestrado). Em 2025, ampliou sua atuação com a implantação do Programa de Residência em Medicina Veterinária – Primatologia, em parceria com o Centro Nacional de Primatas, além da expansão do número de bolsas do Programa de Iniciação Científica e da manutenção do tradicional Curso Técnico de Laboratório, oferecido há mais de 50 anos.

Destaca-se também o Núcleo de Orientação ao Viajante, projeto com avanço significativo, voltado à implantação de uma estrutura institucional especializada em saúde do viajante, com definição de processos, fluxos, protocolos e estrutura organizacional. A iniciativa amplia a capacidade do IEC na predição e na prevenção de agravos emergentes e reemergentes, especialmente em contextos de eventos de grande fluxo populacional.

Alinhada à missão de difusão científica, houve a participação ativa nas ações institucionais na COP30, contribuindo para a disseminação do conhecimento e o diálogo entre pesquisa, políticas públicas e sustentabilidade.

2.3.8 Programa Especial de Saúde do Rio Doce

Em 5 de novembro de 2015, o rompimento da barragem de Fundão, da mineradora Samarco S.A., provocou um dos maiores desastres socioambientais do País, atingindo municípios de Minas Gerais e do Espírito Santo ao longo da bacia do Rio Doce, com impactos socioambientais, socioeconômicos e à saúde da população, além do óbito de 19 pessoas.

Desde então, o MS vem prestando apoio técnico e institucional aos estados de Minas Gerais e do Espírito Santo na organização das ações de resposta, reparação e reconstrução pós-desastre. Em 2016, foi firmado o Termo de Transação e Ajustamento de Conduta (TTAC), que estabeleceu medidas de reparação e compensação, cuja execução se mostrou insuficiente ao longo dos anos.

Diante desse cenário, em outubro de 2024, foi celebrado o Acordo Judicial para Reparação Integral e Definitiva do Rompimento da Barragem de Fundão, homologado pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em novembro de 2024, redefinindo o modelo de reparação.

O novo acordo estabeleceu a conversão da maior parte das obrigações das empresas mineradoras e da Fundação Renova em aportes financeiros à União, aos estados e aos municípios atingidos, para execução direta de políticas públicas de reparação. No campo da saúde, os recursos destinam-se ao fortalecimento do SUS, considerando as especificidades territoriais e as competências de cada esfera de governo.

Para viabilizar essa estratégia, foi instituído o Programa Especial de Saúde do Rio Doce (PES-Rio Doce), voltado à execução de ações de saúde nos territórios atingidos de Minas Gerais e do Espírito Santo. Sua área de abrangência compreende 49 municípios, sendo 38 pertencentes ao estado de Minas Gerais e 11 ao estado do Espírito Santo, com população estimada em 2,5 milhões de habitantes.

O Decreto n.º 12.412, de 18 de março de 2025, estabeleceu a governança dos recursos financeiros de natureza privada sob gestão do Poder Executivo Federal para a supervisão das medidas reparatórias e a execução das medidas compensatórias coletivas de natureza socioeconômica e socioambiental relacionadas ao rompimento da barragem de Fundão. Em setembro de 2025, foi editada a Portaria GM/MS n.º 8.091, que institui formalmente o PES-Rio Doce no âmbito do SUS.

Com base nesses instrumentos, o MS atuou de forma articulada com os entes federados na elaboração e na finalização dos Planos de Ação elaborados pelos 49 municípios atingidos, assim como na avaliação final para aprovação.

No âmbito federal, a Portaria GM/MS n.º 7.720, de julho de 2025, designou a Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AgSUS) para apoiar a execução das ações sob responsabilidade do Ministério da Saúde.

2.3.9 Outros Destaques Relacionados à Vigilância em Saúde e Ambiente

Uma Só Saúde

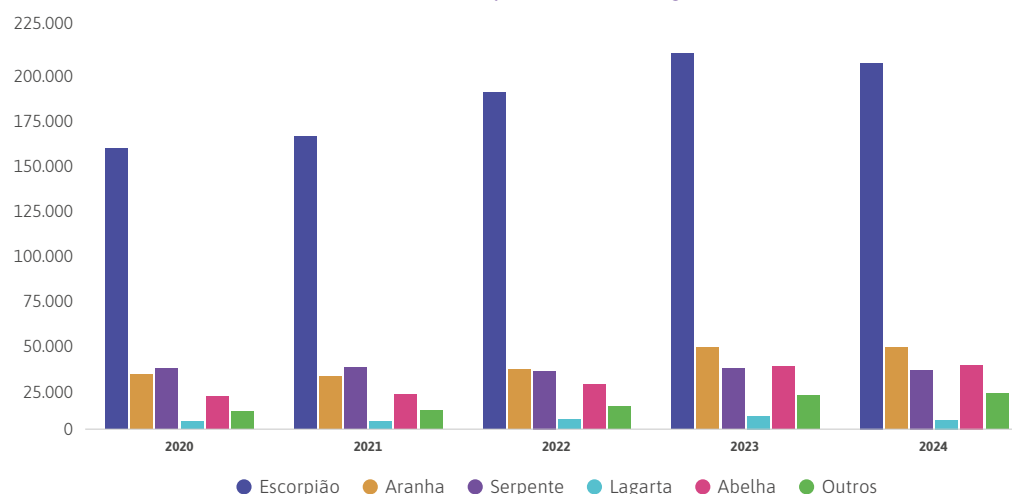
Uma Só Saúde, ou Saúde Única, é uma abordagem que considera a relação entre saúde humana, animal, vegetal e ambiental. No âmbito do Comitê Interinstitucional de Uma Só Saúde, instituído pelo Decreto n.º 12.007, de 25 de abril de 2024, o Ministério da Saúde coordenou, em 2025, o Grupo de Trabalho de Influenza Aviária (GT-IA), promovendo a articulação interinstitucional, a qualificação técnica e o fortalecimento da preparação e resposta nacional à influenza aviária. Está em curso a elaboração do Plano de Ação Nacional de Uma Só Saúde (PAN-Uma Só Saúde), que definirá ações e comprometimentos institucionais, com previsão de publicação para 2026.

Acidentes por Animais Peçonhentos

Os acidentes por animais peçonhentos constituem relevante problema de saúde pública no Brasil, com impactos expressivos na morbimortalidade, especialmente em regiões vulneráveis e de difícil

acesso aos serviços de saúde. Em 2024, foram registrados 343.365 acidentes no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), sendo os escorpiões responsáveis por 58,7% dos casos, seguidos por aranhas (13,0%), abelhas (10,2%), serpentes (9,4%) e lagartas (1,5%).

Gráfico 70 – Série Histórica de Acidentes por Animais Peçonhentos – 2020 a 2024



Fonte: Sinan/MS. Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Em 2025, foram alcançados os seguintes avanços:

- Descentralização da distribuição de soros antivenenos nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas da Amazônia Legal (Amazonas, Roraima, Acre, Pará e Amapá), com ampliação dos pontos estratégicos nas Unidades Básicas de Saúde Indígena para atendimento e soroterapia, totalizando 69 pontos (51 implantados e 18 em implantação).

- Publicação dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para acidentes escorpiônicos e ofídicos.
- Disponibilização do miniaplicativo Animais Peçonhentos dentro do aplicativo Meu SUS Digital.

Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS)

O PQA-VS, implementado em 2013, avalia o desempenho dos entes federados no cumprimento de indicadores e metas da vigilância em saúde, abrangendo atualmente os 26 estados, o Distrito Federal e 5.569 municípios.

Em 2025, foram avaliados os resultados referentes ao ano de 2024, tendo 4.252 municípios (76%) e 23 estados (88%) alcançado o valor máximo do repasse do Programa (20% do piso fixo). Com o objetivo de ampliar a transparência e o acompanhamento dos resultados, encontra-se em desenvolvimento o Painel de Monitoramento do PQA-VS, que permitirá a visualização histórica e anual dos indicadores; a realização de análises por série temporal; a exportação de dados por município, UF ou Brasil; e a consulta às fichas de qualificação do Programa.

Paralelamente, está em elaboração o Plano de Monitoramento do PQA-VS, discutido no âmbito de Grupo de Trabalho com participação das áreas técnicas da SVSA, com foco no fortalecimento da cooperação técnica com estados e municípios, na promoção de práticas integradas de monitoramento e avaliação e no aprimoramento contínuo do sistema de vigilância em saúde.

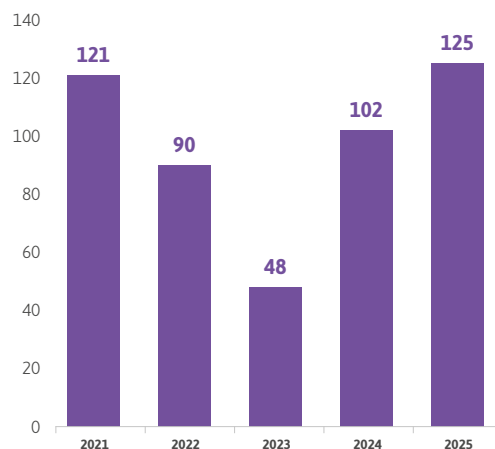
Editoração Científica das Publicações

No eixo de boletins epidemiológicos e publicações técnico-científicas, foi concluído, em 2025, o processo editorial de 95 publicações, abrangendo boletins epidemiológicos, informes, cadernos, manuais, planos, relatórios, diretrizes, guias, estratégias e outros documentos técnicos.

A Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil (Ress) é um periódico científico de acesso aberto e periodicidade trimestral, disponibilizado no portal [SciELO](#). Sua 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, contribuindo para o aprimoramento dos serviços do SUS.

Em 2025, foram registradas aproximadamente 1.400 submissões no sistema ScholarOne, das quais 125 artigos científicos foram publicados, compondo o volume 34 da Revista, disponibilizados em português e inglês. Observou-se, ainda, a redução do tempo médio de processamento editorial, mantendo a tendência de melhoria contínua dos fluxos de avaliação e publicação.

Gráfico 71 – Série Histórica do Número de Artigos Publicados na Ress nos Últimos 5 Anos – 2021 a 2025



Fonte: SVSA/MS.

O *Guia de Vigilância em Saúde (GVS)* manteve-se como ferramenta estratégica para a disseminação de informações e o fortalecimento das práticas integradas da vigilância em saúde. Em 2025, deu-se continuidade ao processo de atualização da 7ª edição do GVS, com atuação integrada na coordenação metodológica, administrativa e editorial. Entre fevereiro e junho, foram realizadas

15 oficinas de redação, com carga horária total de 60 horas, registradas como atividade de extensão da Universidade de Brasília (UnB). As oficinas possibilitaram a pactuação de modelos padronizados de capítulos (Doenças, Agravos e Vigilância) e de formulários de avaliação editorial, fortalecendo a uniformidade, a qualidade técnica e a consistência metodológica dos conteúdos. No âmbito da gestão processual, foram planejados 93 capítulos, dos quais 88 foram recebidos e revisados por meio de formulário padronizado (checklist) e retornados para as áreas realizarem as correções.

2.4 Ciência, Tecnologia, Inovação, Complexo Econômico-Industrial da Saúde, Desenvolvimento Econômico e Assistência Farmacêutica

2.4.1 Ciência e Tecnologia

2.4.1.1 Fomento a Pesquisas Científicas e Tecnológicas

2.4.1.1.1 Chamadas Públicas

A chamada pública nacional 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 Ministério da Saúde (MS). Em 2025, foram apoiadas as seguintes iniciativas:



Quadro 2 – Chamadas Públicas Lançadas – 2025

Chamadas Públicas	Observações
Integração entre ensino, pesquisa e assistência: Edital Rede HU+ (Capes/Ebserh/MS)	Possui investimento total de R\$75 milhões, considerando o aporte de R\$25 milhões por cada instituição parceira (Ministério da Saúde, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes – e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh). A iniciativa abrange 45 hospitais universitários federais e encontra-se em fase de seleção, com previsão de apoio para até 52 projetos, preferencialmente multicêntricos, voltados ao estímulo e apoio à gestão hospitalar por meio do fomento a projetos em rede de pesquisa e extensão.
CT&I – Editais CNPq/MS.	Lançamento de três chamadas públicas nacionais em parceria com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), somando R\$ 57 milhões em investimentos, distribuídos em: • Pesquisas Inovadoras para a Saúde das Mulheres: pesquisas em câncer de mama, colo do útero e colorretal mais segurança materna – R\$ 15 milhões. • Pesquisas Estratégicas em Terapias Avançadas e Terapias Baseadas em Ácidos Nucleicos: estudos em terapias gênicas, celulares e engenharia tecidual mais capacitação profissional, integrados ao Programa Genomas Brasil – R\$ 30 milhões. • Pesquisas Inovadoras em Vacinas: novos imunizantes e plataformas tecnológicas contra doenças emergentes e endêmicas – R\$ 12 milhões.
Chamada Pública n.º 008/2025 – Apoio a Eventos Técnico-Científicos em Saúde	Com o objetivo de disseminar o uso do conhecimento científico nos diversos níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e contribuir para a disseminação e a circulação do conhecimento gerado por pesquisas na área da saúde. Registrou-se o recebimento de 406 propostas de eventos, sendo 187 de pequeno porte, 147 de médio porte e 72 de grande porte. Após o processo de avaliação, 53 projetos foram contemplados, totalizando um investimento de R\$ 5,9 milhões.

Fonte: Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit/SCTIE/MS).

Complementarmente, como ação estratégica, cita-se a publicação, em 2025, do resultado da chamada Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia (INCT) – CNPq/Sectics/Capes/FAPs n.º 46/2024. Com aporte de R\$ 100 milhões, foi

possível viabilizar a contratação de nove novos INCT, elevando para 243 o total de Institutos ativos no País, com foco em saúde pública, inovação biomédica e soluções de alto impacto para o SUS.

Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (PPSUS)

O PPSUS recebeu o investimento de R\$ 110 milhões para o lançamento de chamadas públicas nas 27 unidades federativas. Até dezembro de 2025, foram aprovados 712 projetos de pesquisa que investigam os problemas de saúde prioritários de cada ente federado. Destes, foram contratadas 32 pesquisas no estado do Espírito Santo.

A Chamada Pública PPSUS-Inovação, lançada em 2025, em parceria com o CNPq e as Fundações de Amparo à Pesquisa estaduais, contou com o investimento de R\$ 42 milhões e envolveu a participação de todas as 26 unidades federativas (UFs) e do Distrito Federal (DF), resultando no financiamento de 74 projetos. As pesquisas contemplam inovação tecnológica e social no SUS, com valores, por projeto, variando entre R\$ 500 mil e R\$ 1,2 milhão, para iniciativas tecnológicas, e entre R\$ 100 mil e R\$ 250 mil para projetos de inovação social e de políticas públicas. Os temas estão relacionados com inovação digital, inteligência artificial em saúde, vigilância em saúde, terapias avançadas, biotecnologia, tecnologias assistivas e reabilitação; além de ações voltadas à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento de doenças infecciosas e negligenciadas, doenças crônicas, saúde da pessoa idosa, saúde da mulher e saúde materno-infantil, bem como ações voltadas à gestão, à avaliação e à formulação de políticas públicas no SUS.

2.4.1.1.2 Contratações Diretas

As contratações diretas são instrumentos utilizados para viabilizar projetos estratégicos, pesquisa, desenvolvimento e inovação em saúde que demandam execução especializada, elevada complexidade técnica ou atuação de instituições com reconhecida expertise. Essas contratações permitem mais agilidade e aderência às prioridades do SUS, assegurando a implementação de iniciativas estruturantes, o fortalecimento da capacidade científica nacional e a produção de evidências qualificadas para subsidiar políticas públicas em saúde. Em 2025, foram investidos R\$ 204,6 milhões em 13 contratações diretas.

Entre as contratações realizadas, destaca-se o Projeto Genomas SUS: ampliando o impacto da Saúde Pública de Precisão para toda a população, com investimento de R\$ 179.576.881,00. Coordenado pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto, o Genomas SUS objetiva a criação de uma rede acadêmica para mapear fatores genéticos associados a doenças prioritárias do SUS, por meio do sequenciamento do genoma de indivíduos de todo o País, promovendo saúde pública de precisão e representativa da diversidade populacional brasileira. Os eixos temáticos incluem doenças cardiovasculares, endócrino-metabólicas, neurológicas, infecciosas, autoimunes, hematológicas, raras e câncer, assim como temas relevantes para o cuidado em saúde como envelhecimento e resposta a fármacos. Possui 9 centros âncoras e colaboradores em 22 estados.

2.4.1.2 Ações Estratégicas em Pesquisa

Em 2025, o MS apoiou iniciativas para fortalecer a pesquisa clínica e a saúde pública de precisão no SUS, ampliando a capacidade nacional de pesquisa, qualificando a infraestrutura científica e aprimorando a governança. Entre as ações, destacam-se: o lançamento do Edital Rede HU+, a consolidação do Programa Genomas Brasil, os processos participativos para a atualização do Plano de Ação de Pesquisa Clínica no Brasil (PAPCB), o mapeamento dos centros de pesquisa clínica, a promoção de fóruns e capacitações, além do fortalecimento de infraestruturas estratégicas que integram ensino, pesquisa e assistência, impulsionam a inovação e qualificam a tomada de decisão no SUS.

Entre agosto e setembro de 2025, foi realizada a Consulta Pública n.º 69/2025, por meio da Plataforma Mais Brasil, com a finalidade de revisar e atualizar o PAPCB, recebendo 114 contribuições provenientes de diferentes segmentos do ecossistema nacional de pesquisa clínica. A sistematização dos resultados, divulgada em 6 de outubro de 2025, evidenciou como prioridades o fortalecimento da segurança jurídica, o aperfeiçoamento do marco regulatório, a qualificação da infraestrutura de pesquisa, a capacitação de recursos humanos e a promoção da equidade e da inovação. O relatório preliminar com os resultados da consulta e a gravação da divulgação podem ser acessados em:

 <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/outubro/divulgados-os-resultados-da-consulta-publica-sobre-pesquisa-clinica-no-brasil>

Além disso, buscando o fortalecimento dos Centros de Pesquisa Clínica no País, em parceria com o CNPq, foi fomentado um projeto estratégico no valor de R\$ 4,5 milhões, destinado à realização do primeiro mapeamento abrangente dos Centros de Pesquisa Clínica no País. A iniciativa permitirá a elaboração de um diagnóstico da capacidade instalada nacional nessa área, resultando na construção de uma base de dados estratégica para orientar políticas públicas, fortalecer a pesquisa clínica voltada ao SUS e apoiar os objetivos da Estratégia Nacional para o Desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde.

Programa Nacional de Genômica e Saúde Pública de Precisão (Genomas Brasil)

Em 2025, o Programa completou cinco anos de implementação, alcançando a marca de 56.997 genomas humanos sequenciados, o fomento consolidado a 266 projetos e um investimento acumulado de aproximadamente R\$ 1,363 bilhão. A seguir, apresentam-se os principais avanços registrados ao longo de 2025:

Aprovação das fases 2 e 3 do Projeto Genomas SUS no âmbito do Programa Genomas Brasil.

O Genomas SUS é um projeto do Programa Nacional de Genômica e Saúde Pública de Precisão (Genomas Brasil) que pretende aprofundar o conhecimento sobre a composição genética da população brasileira e entender como fatores genômicos impactam a saúde pública. A sua contratação inicial, em 2023 e 2024, teve um investimento de R\$ 92.226.944,22. A continuidade do projeto foi aprovada em 2025, com um investimento de R\$ 179.576.881,00. Esse avanço representa um passo estratégico para a integração de dados genômicos ao repositório do Programa Genomas Brasil, permitindo avanços estruturantes na saúde pública de precisão no País e posicionando o Brasil entre as principais iniciativas internacionais nessa área.

Entrega dos resultados do Repositório e da Plataforma de Dados Genômicos pelo Centro de Integração de Dados em Saúde (Cidacs).

Em 2025, foi realizada a entrega final, pelo Cidacs, do projeto do Repositório e da Plataforma de Dados Genômicos do Programa Genomas Brasil, contemplando os requisitos técnicos e éticos necessários à salvaguarda de dados genômicos, clínicos e fenotípicos oriundos de estudos fomentados no âmbito do Programa. Iniciou-se, a partir desse marco, uma nova fase do projeto, que prevê a transferência de dados dos projetos já finalizados para compor o repositório do Genomas Brasil. Para a entrega final do pré-projeto de Repositório, foi organizado um evento técnico-científico intitulado “Oficina de Entrega Final do Pré-Projeto do Repositório e Plataforma de Dados Genômicos”, o qual foi realizado em 10 e 11 de junho. O evento contou com a participação de especialistas, pesquisadores e áreas técnicas do MS.

Obtenção da certificação ISO 20387:2018 pelo Biobanco Nacional de Tumores do Instituto Nacional do Câncer (BNT/Inca).

Em 2025, o BNT/Inca, biobanco pioneiro no Brasil, obteve a certificação internacional ISO 20387:2018, que atesta a qualidade e a consistência de suas operações, tornando-se o primeiro biobanco do País a receber essa certificação. No âmbito do Programa Genomas Brasil, o BNT/Inca atuará como curador das amostras biológicas oriundas dos projetos de genômica contratados.

Autorização para implementação de Programas de Residências Multiprofissionais, contemplando a capacitação da Força de Trabalho do SUS em Saúde Pública de Precisão.

Alinhadas à Portaria GM/MS n.º 6.581, de 29 de janeiro de 2025, as quatro residências autorizadas pelo MS estão relacionadas às áreas de Genética em Genômica e estão localizadas nos estados do Pará (Universidade Federal do Pará — UFPA), do Rio Grande do Sul (Hospital de Clínicas de Porto Alegre — HCPA) e de Pernambuco (Universidade Federal de Pernambuco — UFPE). Também foi autorizado um Programa de Aconselhamento Genético no Rio Grande do Sul (HCPA).

Fonte: Decit/SCTIE/MS.

2.4.1.3 Projetos de Pesquisa Fomentados por Renúncia Fiscal e Imunidade Tributária

De forma estratégica, o MS, por meio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (SCTIE), atua na gestão de projetos vinculados aos programas de imunidade tributária (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – Proadi-SUS) e renúncia fiscal (Programa de Apoio à Atenção Oncológica – Pronon – e Programa de Apoio à Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência – Pronas/PCD). Essa atuação

orienta a aplicação dos recursos para o fomento à ciência, tecnologia e inovação em saúde, em alinhamento às prioridades do SUS, contribuindo para o fortalecimento da capacidade científica, da infraestrutura de pesquisa e da qualificação da atenção à saúde.

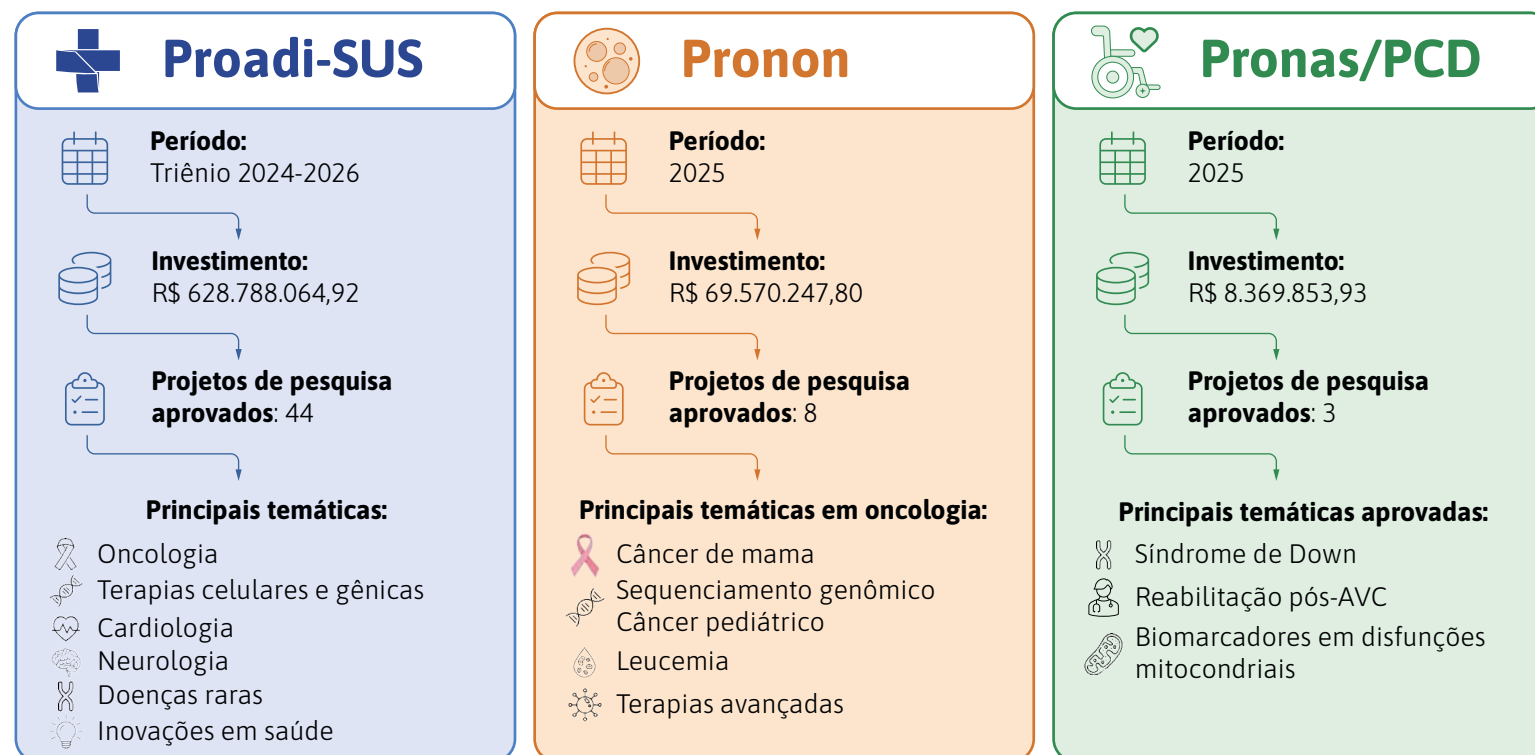
O Proadi-SUS, uma parceria entre o Ministério da Saúde e sete entidades de saúde de reconhecida excelência (Esre) no País, por meio de financiamento via imunidade tributária, proporcionou o desenvolvimento de 44 projetos de pesquisa no triênio de planejamento e governança do programa

(2024-2026). Tais projetos se distribuíram em áreas estratégicas como oncologia, terapias celulares e gênicas, cardiologia, neurologia, doenças raras e inovações em saúde, totalizando um investimento de R\$ 628.788.064,92.

Em 2025, por meio dos programas de renúncia fiscal Pronon e Pronas/PCD, foram acompanhadas 64 pesquisas, sendo 49 pesquisas em oncologia e 15 estudos relacionados à saúde da pessoa com deficiência, envolvendo 32 instituições parceiras. Em novembro de 2025, por meio dos editais de Chamamento Público n.º 2/2025 e

n.º 3/2025, foram aprovados 11 novos projetos de pesquisa, representando um investimento de R\$ 77.940.101,73 em pesquisas clínicas, epidemiológicas e experimentais, sendo oito em oncologia (R\$ 69.570.247,80) e três projetos envolvendo deficiências múltiplas (R\$ 8.369.853,93). Cabe ressaltar que, no âmbito do Pronon, dos oito projetos aprovados na etapa de mérito, apenas cinco foram contemplados pela Portaria Interministerial MF/MS n.º 59, de 18 de dezembro de 2025, perfazendo o montante de R\$ 45.626.249,83, em observância à ordem de classificação definida pelos critérios estabelecidos em edital.

Figura 24 – Projetos de Imunidade Tributária e Renúncia Fiscal

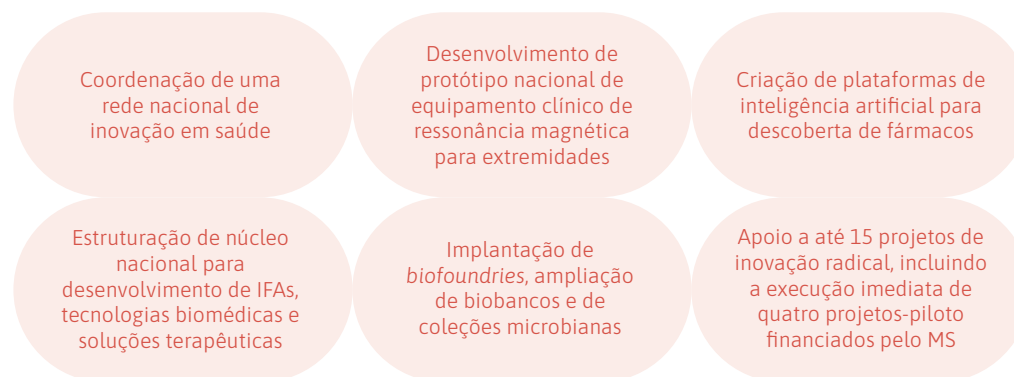


2.4.1.4 Iniciativa Nacional de Inovação Radical em Saúde

Em 2025, o Ministério da Saúde deu um passo estruturante para o fortalecimento da soberania tecnológica e da capacidade nacional de inovação em saúde ao se tornar cogestor do Centro Nacional de Pesquisa em Energia e Materiais (CNPEM), em parceria com o Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI). Formalizada por meio do 53º Termo Aditivo, com investimento ultrapassando R\$ 67,4 milhões, a cogestão MCTI/CNPEM-MS viabilizou a criação do primeiro centro-âncora da Iniciativa Nacional de Inovação Radical em Saúde, concebido como um polo estruturante para o desenvolvimento de tecnologias críticas e soluções disruptivas voltadas às necessidades do SUS, proporcionando capacidade avançada de pesquisa, tecnologia, biofabricação clínica e inovação translacional. A iniciativa busca desenvolver medicamentos, insumo farmacêutico ativo (IFA) e dispositivos médicos para reduzir a dependência de importações. O CNPEM atua como núcleo inicial, apoiando governança, fluxos decisórios e cooperação entre o Ministério da Saúde, universidades, institutos, setor produtivo e ecossistemas de inovação.

Essa iniciativa constitui instrumento estratégico de implementação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) e do Plano Plurianual (PPA) 2024-2027, ao alinhar o desenvolvimento científico e tecnológico às necessidades estruturantes do SUS e ao fortalecimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis).

Figura 25 – Ações Previstas



Fonte: Decit/SCTIE/MS.

2.4.1.5 Evidências Científicas para Apoio à Tomada de Decisão no SUS

O MS atua na promoção do uso de evidências para a tomada de decisão em saúde, contribuindo para a institucionalização das Políticas Informadas por Evidências (PIEs). Para tanto, por meio de unidades especializadas, são elaborados estudos, com metodologia específica e avaliações de políticas e programas de saúde, por meio da condução de análises *ex ante* e avaliações *ex post*.

Sínteses de Evidências

Em 2025, o MS ampliou a utilização de evidências científicas na tomada de decisão em saúde, fortalecendo a institucionalização das PIEs. Essa evolução busca garantir processos decisórios cada vez mais robustos e transparentes, desde a concepção até a implementação dessas políticas. Foram produzidas 30 sínteses de evidências, abrangendo as seguintes áreas temáticas: saúde da mulher; saúde de populações em situação de vulnerabilidade; tecnologias em saúde; doenças negligenciadas e infecto parasitárias; doenças raras; oncologia; emergências climáticas; organização e atenção aos serviços de saúde; doenças crônicas não transmissíveis; e vigilância epidemiológica.

Entre as sínteses produzidas em 2025, destacam-se as seguintes:

- **Revisão sistemática rápida – Métodos e Desenhos de Estudos de Mundo Real sobre a Efetividade e Segurança do Onasemnogênio Abeparvoveque (Zolgensma®):** o estudo teve como finalidade subsidiar a definição de parâmetros de monitoramento da efetividade da terapia gênica onasemnogênio abeparvoveque (Zolgensma®) no SUS. O objetivo da síntese é identificar, de forma sistematizada, os principais métodos e desenhos de estudos de mundo real utilizados na avaliação da efetividade e da segurança da tecnologia em pacientes com atrofia muscular espinhal tipo 1, ao mapear desfechos clínicos, instrumentos de mensuração, critérios de elegibilidade, tempos de acompanhamento e estratégias de coleta de dados, bem como lacunas e heterogeneidades da literatura. Os resultados servem como subsídio técnico para a definição de indicadores e parâmetros para o monitoramento no SUS, ao contribuir para o uso racional de recursos, para a reavaliação da incorporação e para a estruturação de um plano de monitoramento factível e alinhado às melhores práticas metodológicas.
- **Overview de revisões sistemáticas – Impacto das Variações Climáticas na Epidemiologia das Arboviroses:** o estudo teve como objetivo subsidiar, com base científica sólida, as discussões da Coalizão Global para Produção Local e Regional, Inovação e Acesso, reforçando a relevância do tema como prioridade estratégica em saúde pública global. Nesse contexto, a síntese produzida permite apresentar, de forma

clara e acessível, as principais evidências sobre a relação entre variações climáticas e a epidemiologia das arboviroses, especialmente dengue, Zika e chikungunya. Entre os resultados alcançados, estão a identificação dos fatores climáticos mais consistentemente associados ao aumento da incidência dessas doenças e a descrição dos mecanismos causais propostos na literatura, contribuindo para uma compreensão integrada dos efeitos do clima na dinâmica da transmissão vetorial.

Avaliação de Políticas e Programas de Saúde

No âmbito das atividades relacionadas à Avaliação de Políticas e Programas de Saúde, em 2025, foram entregues sete pesquisas avaliativas de intervenções em saúde em atendimento às áreas técnicas do Ministério da Saúde. Além disso, 15 pesquisas foram acompanhadas.

Entre os produtos entregues, destaca-se a análise *ex ante* do Programa de Iniciativa Nacional de Inovação Radical em Saúde (PINIRS), com a finalidade de avaliar o programa antes de sua implementação.

Ademais, em cumprimento à demanda do Tribunal de Contas da União (TCU), também são feitas contribuições para o Grupo de Trabalho de Monitoramento e Avaliação das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs), visando à elaboração do plano de monitoramento e avaliação das PDPs.

2.4.1.6 Ética em Pesquisa com Seres Humanos

O Decreto n.º 12.651, de 7 de outubro de 2025, regulamentou a Lei n.º 14.874, de 28 de maio de 2024, estruturando o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Sinep) e consolidando a Instância Nacional de Ética em Pesquisa (Inaep) como órgão central da ética em pesquisa no Brasil. O marco reduziu prazos de análise – 30 dias para os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs); 90 dias úteis para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); e 15 dias úteis para pesquisas estratégicas –, reforçou a proteção aos participantes, com diretrizes mais claras sobre consentimento e continuidade do tratamento, e passou a considerar o grau de risco dos estudos, equilibrando agilidade e segurança, representando um avanço para a modernização, a transparência e a eficiência da pesquisa ética no País.

A Inaep lançou, em 2025, seu portal oficial no Ministério da Saúde, reunindo informações sobre sua composição, competências, legislação e documentos orientadores. Essas publicações fortalecem a coerência regulatória, uniformizam procedimentos e dão maior segurança jurídica às instituições de pesquisa e ao SUS.

 <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/orgaos-colegiados/inaep>

2.4.1.7 Disseminação do Conhecimento Científico

Com o objetivo de alinhar às necessidades do SUS as pesquisas selecionadas e contratadas por meio de chamadas públicas em parceria com o CNPq, são realizados seminários de acompanhamento ao longo da execução dos estudos, com a participação da comunidade acadêmica e de gestores de saúde. Assim, em 2025, em parceria com o CNPq, foram realizados o Seminário Marco Zero de cinco chamadas públicas lançadas em 2024, dois Seminários de Avaliação Parcial e três Seminários de Avaliação Final, totalizando o acompanhamento de 13 chamadas e 380 projetos.

Ademais, diversos eventos e ações estratégicas foram realizados com o intuito de fortalecer a pesquisa clínica, genômica, saúde pública de precisão, sobre o uso de evidências científicas e avaliações de políticas públicas, bem como o apoio a instituições para a disseminação do conhecimento. A seguir, são destacadas as principais ações desenvolvidas:

Quadro 3 – Principais Ações Desenvolvidas – 2025

Eventos e ações estratégicas	Comentários
IV Summit Internacional sobre Saúde Pública de Precisão do Genomas Brasil	Promoveu debates qualificados sobre a construção coletiva do futuro da genômica e da saúde pública de precisão, com especial destaque para a diversidade genômica da população brasileira e para o potencial da genômica em subsidiar estratégias mais equitativas, eficazes e contextualizadas de prevenção, diagnóstico e cuidado no âmbito do SUS, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento sobre as doenças que mais impactam a população brasileira. Cerca de 200 participantes presenciais e mais de 700 inscritos na modalidade remota, alcançando mais de 3 mil visualizações na transmissão pelo YouTube. O conteúdo integral pode ser acessado por meio dos links: Primeiro dia: https://www.youtube.com/watch?v=aHvwQlkVvBQ&t=6056s Segundo dia: https://www.youtube.com/watch?v=O32OxGDT1iU&t=2576s
II Fórum Internacional de Pesquisa Clínica (II FIPClin)	Debateu temas emergentes e estratégicos para a área de pesquisa clínica no Brasil, além de proporcionar um espaço qualificado de diálogo para a atualização do PAPCB. Cerca de 250 participantes presenciais e mais de 1.600 inscritos na modalidade remota, alcançando mais de 4 mil visualizações na transmissão pelo YouTube. O conteúdo integral pode ser acessado por meio dos links: Primeiro dia: https://www.youtube.com/watch?v=LkLLCFzi4fc&t=3436s Segundo dia: https://www.youtube.com/watch?v=CbB32RNlH0k&t=11s
Workshop Internacional ON-COLLAB Brasil – Métodos de Pesquisa em Oncologia	Promovido em parceria com a Ebserh, o evento, de caráter imersivo, ofereceu capacitação no desenvolvimento de protocolos clínicos em oncologia, com orientação de especialistas, atividades em pequenos grupos e debates temáticos, contribuindo para a ampliação da capacidade investigativa e para o fortalecimento de redes colaborativas em pesquisa oncológica. Foram recebidas 132 inscrições e selecionados 24 participantes provenientes de países da América Latina e dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (Palop). O site do evento pode ser acessado em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/ensino-e-pesquisa/on-collab-brasil

Fonte: Decit/SCTIE/MS.

2.4.2 Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis)

2.4.2.1 Novo PAC Saúde e Investimentos

Em 2025, no âmbito do PAC-Saúde, foi destinado o valor orçamentário na ordem de R\$ 266,45 milhões a projetos voltados para o desenvolvimento e a modernização de estruturas produtivas e tecnológicas do Ceis, discriminados nas Resoluções do Comitê Gestor de Aceleração do Crescimento (CGPAC) n.º 6, de 22 de agosto de 2024, e n.º 7, de 3 de outubro de 2024.

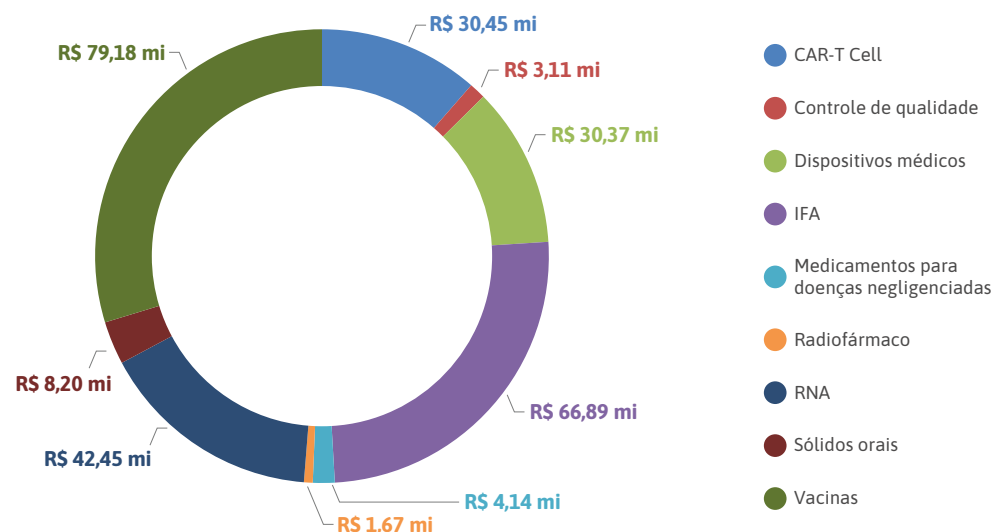
Considerando o total de 18 projetos apoiados, 8 correspondem à aquisição de equipamentos para o desenvolvimento e a qualificação de instituições públicas; 2 a projetos para o fomento e o desenvolvimento do Ceis; 5 destinados à modernização de estruturas produtivas e tecnológicas; enquanto 3 dos projetos aprovados envolvem aquisição de equipamentos e modernização de estruturas produtivas e tecnológicas.

Nesse contexto, os projetos apoiados abrangem a estruturação e a modernização das instituições públicas e privadas sem fins lucrativos para adequá-las aos cenários produtivo e regulatório que envolvem o desenvolvimento de tecnologias modernas e complexas; por exemplo, as baseadas em RNA e terapias avançadas.

Os investimentos em saúde impulsionados pelo Novo PAC assumem caráter abrangente e estratégico, ao contribuir para a promoção de melhorias na qualidade de vida e ampliação do acesso da população a tratamentos, tecnologias e atenção integral à saúde. As ações priorizam a expansão da capacidade produtiva do setor, com foco em reduzir vulnerabilidades, gerar benefícios e promover mudanças estruturantes.

Essas iniciativas contemplaram a instalação e a modernização de plantas fabris, a ampliação da rede pública de produção e o fortalecimento de plataformas tecnológicas voltadas à fabricação de medicamentos, vacinas, soros, hemoderivados, dispositivos médicos e insumos estratégicos, assegurando maior autonomia nacional e sustentabilidade para o SUS. Os investimentos previstos para o Novo PAC Ceis foram distribuídos nas áreas de investimento, conforme o gráfico a seguir:

Gráfico 72 – Distribuição Orçamentária PAC Ceis – 2025



Fonte: Decis/SCTIE/MS.

Paralelamente, o MS, em parceria com a Empresa Brasileira de Pesquisa e Inovação Industrial (Embrapii), tem estruturado um conjunto de ações voltadas ao fortalecimento da base tecnológica do Ceis. Atualmente, o Ministério apoia dois Centros de Competência Embrapii, um voltado a Terapias Avançadas, RNA Mensageiro (mRNA) e um de IFA da biodiversidade brasileira. Esses centros representam um novo modelo operacional, concebido para promover o surgimento e a consolidação de competências científicas e tecnológicas em áreas de fronteira, articulando academia, empresas e governo para acelerar a inovação em biotecnologia e terapias celulares.

Adicionalmente, destaca-se o Programa de Projetos de Alto Impacto em Saúde, uma chamada pública nacional voltada ao desenvolvimento de dispositivos médicos e fármacos estratégicos, com foco em soluções para doenças negligenciadas e para a ampliação do acesso à saúde em regiões de infraestrutura precária. Entre as soluções esperadas, figuram o desenvolvimento de plataformas produtivas e tecnologias de informação avançadas para diagnóstico de precisão, além de ferramentas digitais para gestão, monitoramento e integração de dados em saúde.

Em 2025, foi celebrado o 24º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, com repasse de recursos financeiros no montante de pouco mais de R\$ 36 milhões com a finalidade de selecionar mais um Centro de Competência Embrapii atuante no segmento de saúde e para a manutenção das unidades Embrapii; além disso, apoiar a execução de projetos de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação (PD&I) prioritariamente nos segmentos farmacêutico e farmoquímico, de dispositivos médicos e de tecnologias da informação e comunicação para a saúde, desenvolvidos por suas unidades já credenciadas sob demanda de empresas desses segmentos. Ressalta-se que, entre 2021 e 2025, o MS repassou em torno de R\$ 278,97 milhões.

2.4.2.2 Programa para Ampliação e Modernização de Infraestrutura do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (PDCEIS)

O PDCEIS foi instituído como instrumento estratégico para fortalecer a base produtiva e tecnológica do Ceis, em alinhamento à Estratégia Nacional para o Desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Seu propósito é criar condições para ampliar a capacidade de inovação, produção e transferência de tecnologia, assegurando maior autonomia nacional e acesso a tecnologias essenciais para o SUS.

Entre suas diretrizes, destacam-se o suporte às políticas prioritárias do MS, a contribuição para a redução da vulnerabilidade do sistema por meio da modernização das capacidades produtivas e tecnológicas, e o estímulo à transformação

gerencial e inovadora. O Programa contempla ações voltadas à implementação e atualização da infraestrutura de instituições públicas e privadas sem fins lucrativos.

A execução do PDCEIS ocorre mediante parcerias, com repasse de recursos federais para projetos que atendam aos objetivos e critérios definidos, incluindo relevância para o SUS, clareza metodológica e capacidade técnica das instituições. No âmbito do PDCEIS, foram apoiados projetos destinados ao fortalecimento dos produtores públicos e à ampliação da infraestrutura de produção e inovação em saúde, totalizando R\$ 80,04 milhões.

Por meio de sete instituições, foram apoiados dez projetos para o desenvolvimento e fortalecimento do Ceis, dos quais quatro correspondem à aquisição de equipamentos para o desenvolvimento e a qualificação, outros quatro ao fomento e desenvolvimento do Ceis, e dois à modernização de estruturas produtivas e tecnológicas. Dessa forma, o conjunto de iniciativas evidencia um esforço abrangente de fortalecimento do Ceis, distribuído entre desenvolvimento tecnológico, expansão de capacidades produtivas e renovação de infraestrutura estratégica.

Também foram empenhados R\$ 10,51 milhões em projetos celebrados antes de 2023. Os projetos têm objetivos relacionados à avaliação dos instrumentos de apoio ao desenvolvimento do Ceis, apoio a pesquisas para doenças negligenciadas, tropicais, transmitidas por vetores e de outras doenças com populações desassistidas e estruturação do Centro Nacional de Análise de Explantos.

2.4.2.3 Programa de Desenvolvimento e Inovação Local (Pdil)

O Pdil é um importante instrumento para a retomada da política do Ceis e está entre os programas que estruturam a Estratégia Nacional para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde, para estímulo à uma política de produção, desenvolvimento e inovação, articulando parcerias a partir de bases produtivas, como a produção de medicamentos, soros, vacinas, hemoderivados, dispositivos médicos, e outros dispositivos de inovação em saúde.

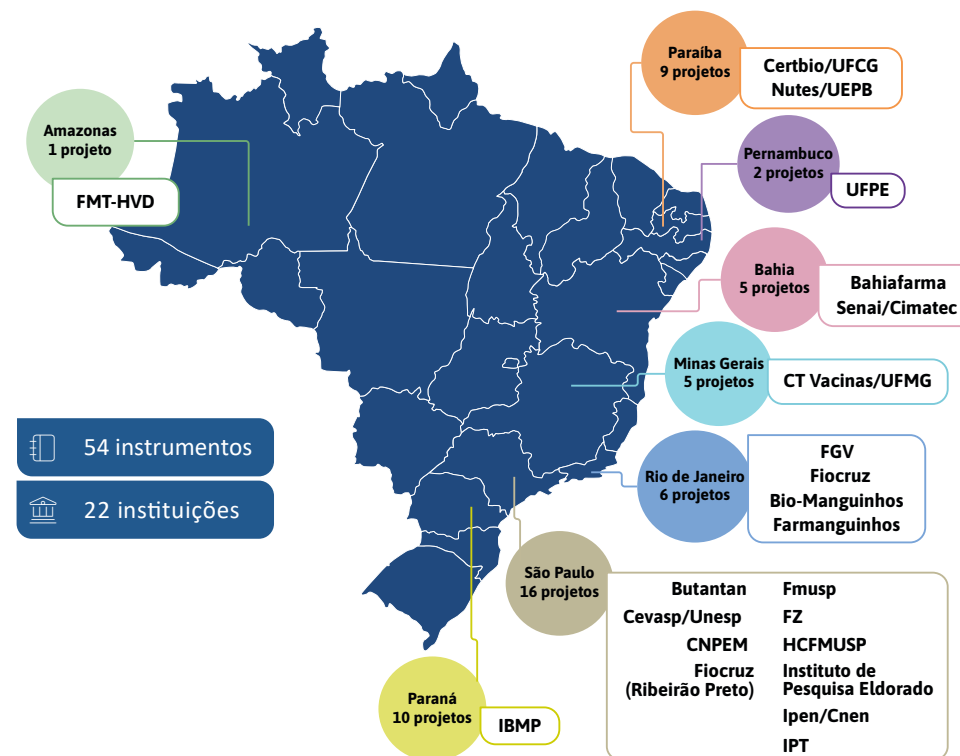
O Programa visa promover o desenvolvimento da produção e da inovação local voltado aos desafios em saúde, à sustentabilidade e resiliência do SUS e à ampliação do acesso à saúde, a fim de reduzir a vulnerabilidade produtiva e tecnológica do Sistema. Por meio do Pdil, o MS pretende ampliar o acesso universal a produtos e tecnologias em saúde à população e reduzir a dependência brasileira de importação.

Em 2025, foram aprovadas 54 propostas de projetos de inovação e desenvolvimento tecnológico na área de medicamentos, dispositivos médicos, testes e diagnósticos, vacinas, soros e hemoderivados e soluções de saúde digital, com um valor na ordem de R\$ 848 milhões, e apoio a 22 instituições públicas.

Nesse escopo, os projetos aprovados foram agrupados em três grandes áreas: insumos, medicamentos, vacinas e produtos de uso farmacêutico, com 19 projetos aprovados, totalizando quase 565,94 milhões; dispositivos médicos e tecnologias para diagnóstico, com 22 projetos aprovados, totalizando em torno de 181,25 milhões; e IA e soluções em saúde digital, com 13 projetos representando o valor global de aproximadamente 100,81 milhões.

A análise da distribuição territorial dos projetos do Pdil, considerando todos os municípios participantes das alianças e contabilizando a presença de cada projeto em todos os estados em que atuam, evidencia maior concentração no estado de São Paulo, que reúne 16 projetos. Em seguida, destacam-se Paraná, com dez projetos, e Paraíba, com nove iniciativas. O Rio de Janeiro contabiliza seis projetos, enquanto Minas Gerais e Bahia contabilizam cinco cada. Na sequência, está Pernambuco, com dois projetos, e Amazonas, com um.

Figura 26 – Distribuição dos Projetos Aprovados no Pdil – 2025



Fonte: Decis/SCTIE/MS.

Nota: Fundação Baiana de Pesquisa Científica e Desenvolvimento Tecnológico, Fornecimento e Distribuição de Medicamentos (Bahiafarma); Laboratório de Avaliação e Desenvolvimento de Biomateriais do Nordeste da Universidade Federal de Campina Grande (Certbio/UFCG); Centro de Estudos de Venenos e Animais Peçonhentos da Universidade Estadual Paulista (Cevasp/Unesp); Centro Nacional de Pesquisa em Energia e Materiais (CNPEM); Centro de Tecnologia de Vacinas da Universidade Federal de Minas Gerais (CT-Vacinas/UFMG); Fundação Getúlio Vargas (FGV); Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Fiocruz/Bio-Manguinhos); Instituto de Tecnologia em Fármacos (Fiocruz/Farmanguinhos); Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD); Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Fmusp); Fundação Zerbini (FZ); Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP); Instituto de Biologia Molecular do Paraná (IBMP); Instituto de Pesquisas Eldorado (Instituto de Pesquisa Eldorado); Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares/Comissão Nacional de Energia Nuclear (Ipen/Cnen); Instituto de Pesquisas Tecnológicas (IPT); Núcleo de Tecnologias Estratégicas em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (Nutes/UEPB); Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial/Campus Integrado de Manufatura e Tecnologia (Senai/Cimatec); Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Os projetos aprovados serão apoiados pelo MS por meio de diversos instrumentos jurídicos. O repasse do orçamento teve início ainda em 2025, via Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), com valor de R\$ 5 milhões para apoiar o Ministério da Saúde na execução e no monitoramento de 11 projetos aprovados no âmbito do PdiL. O Ipen também foi contemplado com o valor de R\$ 5 milhões para desenvolvimento do projeto “Implementação de uma unidade móvel com equipamento híbrido de diagnóstico por imagem SPECT/CT”. Finalizando as ações de apoio orçamentário em 2025, foram empenhados quase R\$ 8,02 milhões para o projeto “Equipamento nacional de imagem por ressonância magnética para extremidades”, via Contrato de Gestão firmado com o CNPEM. Os demais valores, para apoio do número total de projetos aprovados, serão repassados nos anos subsequentes, de acordo com a disponibilidade orçamentária.

2.4.2.4 Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs)

O Programa de PDP 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 SUS e a ampliação do acesso à saúde.

Em 2024, foram recebidas 151 propostas de PDP, tendo como resultado 31 propostas de projeto de PDP aprovadas em 2025, envolvendo 10 laboratórios públicos e 28 parceiros, sendo 16 nacionais e 12 internacionais.

Ressalta-se que, nessas novas parcerias, foram contemplados 28 produtos, sendo 11 biotecnológicos, 15 sintéticos e 2 vacinas. Foram celebrados 13 Termos de Compromisso, entre o MS e os parceiros, para os seguintes produtos: insulina glargina; vacina vírus sincicial respiratório (VSR); cladribina; ivacaftor; dicloridrato de trientina; nusinersena, natalizumabe; maraviroque, malato de sunitinibe, vacina antirrábica humana, vacina varicela, cloridrato de pazopanibe; e sirolimo, cujos extratos dos Termos de Compromisso estão disponíveis no site do MS.

 <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/pdp>

A fim de permitir maior transparência às informações relativas às PDPs, foi lançado no portal do MS o “Painel Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo”, com o detalhamento das PDPs, desde o ano de submissão das propostas até o status atual, perpassando pelo quantitativo de PDPs, por plataforma tecnológica, por fases em que se encontram, quantidades de unidades farmacêuticas adquiridas, valor total de aquisição, entre outras informações. Trata-se de um painel de consulta dinâmico, intuitivo e que possibilita ao usuário final realizar a exportação dos dados de forma integral.

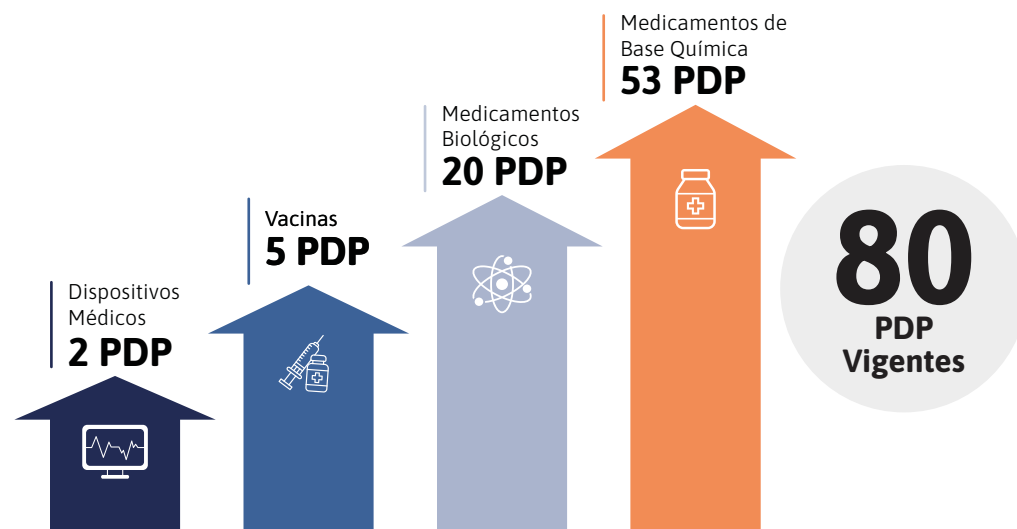
 <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/pdp/painel>

Outro destaque de ações promovidas no âmbito do Programa, foi a publicação dos critérios metodológicos para apuração do custo da transferência de tecnologia pelas instituições públicas e pelos parceiros privados no âmbito das PDPs (Nota Informativa n.º 17/2025-Decis/SCTIE/MS), em cumprimento ao estabelecido no Plano de Ações futuras do Ministério da Saúde, elaborado no intuito de atender às recomendações do Tribunal de Contas da União (TCU), no âmbito do Acórdão n.º 1.014/2025, e também por reconhecer a importância do aprimoramento dos mecanismos que regem as PDPs.

Além disso, apresentou-se um modelo para apuração do custo de transferência de tecnologia nas PDPs, visando distinguir os gastos conforme a fabricação e os Benefícios e Despesas Indiretas (BDI). Essa metodologia servirá como base para a revisão do marco normativo das parcerias (Portaria GM/MS n.º 4.472, de 20 de junho de 2024), com a previsão de uma norma complementar que incluirá mecanismos para aprimorar o processo e ampliar sua segurança jurídica.

Considerando o cenário atual, o MS contabiliza 80 parcerias vigentes e 77 parcerias extintas, conforme detalhamento a seguir:

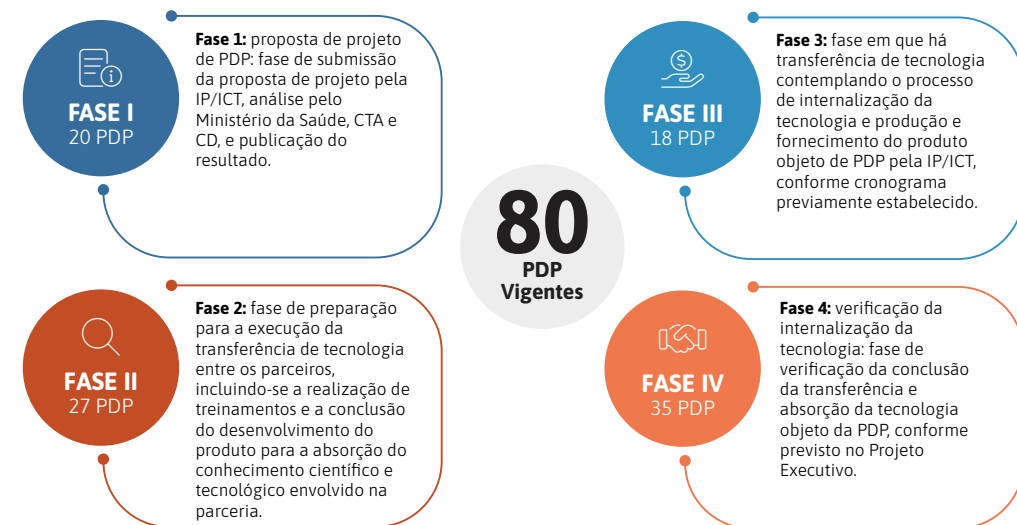
Figura 27 – PDPs Vigentes por Plataforma Tecnológica



Fonte: Decis/SCTIE/MS.

As 80 PDPs vigentes encontram-se nas seguintes fases de execução:

Figura 28 – Número de Produtos Objetos de PDP, por Fase



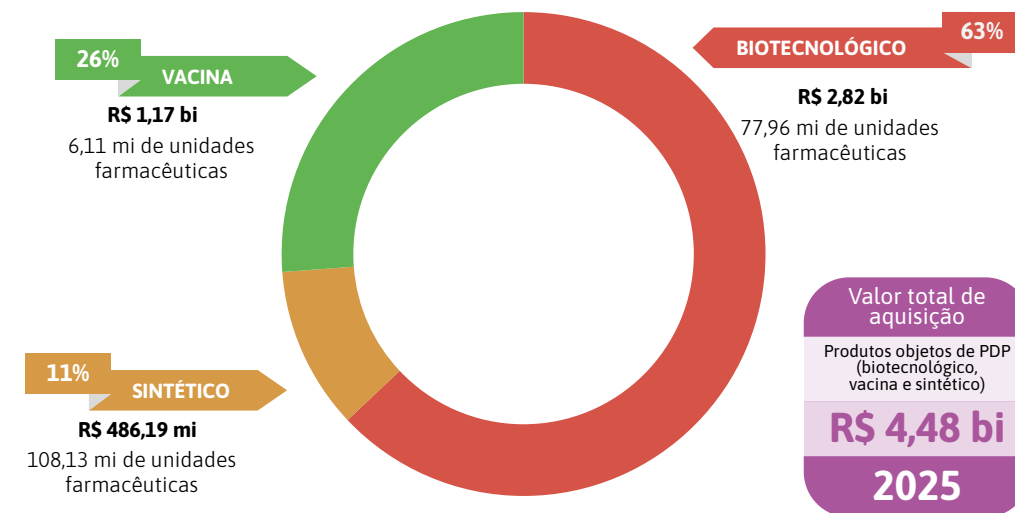
Fonte: Decis/SCTIE/MS.

Nota: Instituição Proponente (IP); Instituição Científica e Tecnológica (ICT); Comissão Técnica de Avaliação (CTA); Comissão Deliberativa (CD).

Quanto às aquisições de produtos objeto de PDP, apenas no ano de 2025 foi alcançado o valor total de aquisição, na ordem de R\$ 4,48 bilhões,

distribuídos entre as plataformas de produtos biotecnológicos, produtos sintéticos e vacinas.

Gráfico 73 – Distribuição das Aquisições de Produtos Objetos de PDP (Investimentos e Unidades Farmacêuticas), por Plataforma Tecnológica – 2025

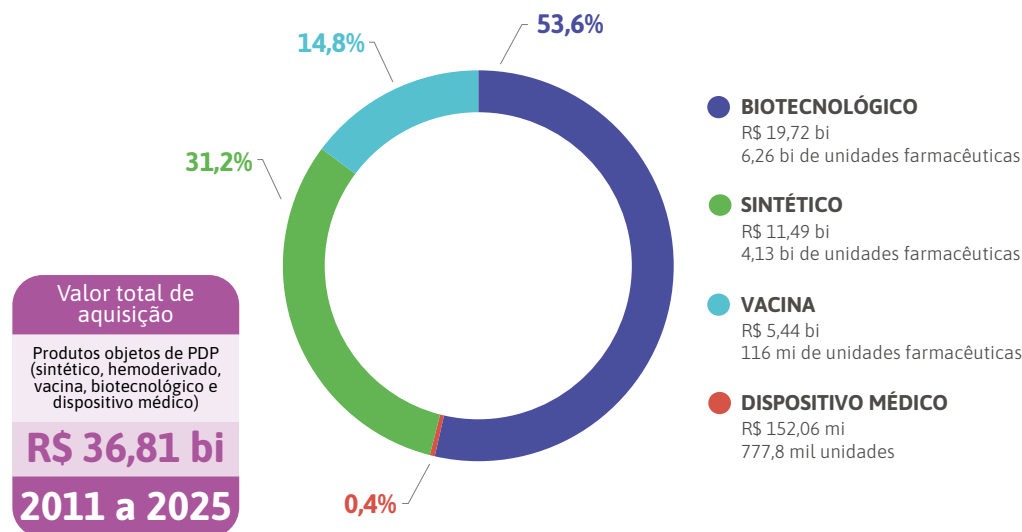


Fonte: Decis/SCTIE/MS.

Cabe destacar que as aquisições realizadas no âmbito das PDPs, no período consolidado de 2011 a 2025, totalizaram R\$ 36,81 bilhões. As aquisições

foram distribuídas entre produtos biotecnológicos, produtos sintéticos, vacinas e dispositivos médicos.

Gráfico 74 – Distribuição das Aquisições de Produtos Objetos de PDP – 2011 a 2025



Fonte: Decis/SCTIE/MS.

2.4.2.5 Biossegurança, Regulação de Mercado e Propriedade Intelectual

No campo da biossegurança, destaca-se a realização do curso de Fundamentos de Biossegurança e Bioproteção em Saúde, o qual disponibilizou 50 mil vagas, tendo 44.420 inscritos e 18.066 finalizados; e do curso de Infraestrutura e Tecnologias de Alta Contenção Biológica NB-3 e NBA-3, com 100 vagas disponíveis. Além desses cursos, há previsão de lançar, em 2026, o curso de Biossegurança para Máxima Contenção Biológica NB-4.

Na regulação de mercado, o MS, como membro e ocupante dos cargos no âmbito da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (Cmed), participou da execução da Agenda Regulatória durante 2025. A título exemplificativo, pode-se citar a criação/atualização de normas em temas como Inovação Incremental, Revisão do Regimento Interno da Cmed e a Resolução que trata da precificação de medicamentos, entre outros. Trata-se de avanços importantes que têm aproximado ainda mais as agendas de precificação, inovação e produção local. A revisão das normas de preço de entrada e de governança contribuiu para um ambiente regulatório mais previsível, favorecendo tanto a competitividade da indústria nacional quanto a sustentabilidade do acesso no SUS.

Na área de propriedade intelectual, em 2025, foram anunciadas parcerias estratégicas no campo da propriedade intelectual com o Instituto Nacional da Propriedade Industrial (Inpi) e a Associação Brasileira das Indústrias de Química Fina, Biotecnologia e suas Especialidades (Abifina), de modo a promover a inovação no setor saúde. A perspectiva é que as parcerias auxiliem a construção de ações de inovação em saúde voltadas para os desafios do SUS e fortaleçam as capacidades técnicas das equipes do 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.

No ano de 2025, foram avaliadas 125 tecnologias, tendo sido incorporadas 49. Por meio das atividades da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), puderam ser recomendadas tecnologias para enfrentamento de doenças crônicas, tais como asma grave, artrite psoriásica, doença renal crônica, insuficiência pancreática; doenças raras, como a doença de Crohn; doenças onco-hematológicas e

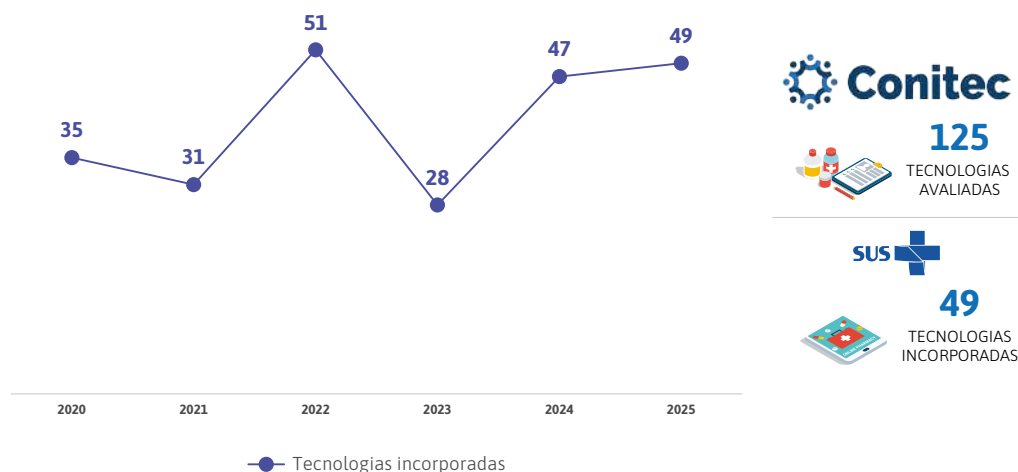
oncológicas, como leucemias (mieloide crônica, linfoblástica aguda, promielocítica aguda), neuroblastoma, carcinoma de esôfago, de estômago, câncer de pulmão de não pequenas células, tumor do estroma gastrointestinal, câncer de próstata.

Além disso, ampliou-se o acesso a tecnologias voltadas para prevenir e enfrentar doenças de maior prevalência na infância, como a vacina contra o VSR e o medicamento nirsevimabe na prevenção de doenças pulmonares causadas por esse agente viral; medicamentos, oral e tópico, para dermatites atópicas; bem como tecnologias para doenças raras, como a púrpura trombocitopênica idiopática, a hemofilia, a síndrome nefrótica primária, a doença falciforme, ou mesmo alterações congênitas como a persistência de canal arterial.

Houve avanço na recomendação de tecnologias voltadas à saúde da mulher, como o tratamento de endometriose com o dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel e progestágenos orais, além da ampliação de alternativas para a contracepção, como o implante contraceptivo subdérmico. Algumas doenças infecciosas também foram contempladas, como citomegalovírus, malária, esquistossomose, HIV, hepatite C.

Mais informações podem ser acessadas na página de recomendações da Conitec:

 https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiNjA2NjNmMjAtNzU5Yy00YWVhLTk5MjUtYTgxZDEzNDcwOGFjIiwidCI6IjIhNTU0YWQzLWl1MmltNDg2Mi1hMzZmLTg0ZDg5MWU1YzcnNSJ9&utm_source=https%3A%2F%2Fwww.gov.br%2Fconitec%2Fpt-br&utm_medium=site-conitec-pg-recomendacoes&utm_campaign=Recomenda%C3%A7%C3%B5es+da+Conitec&disablecdnExpiration=1767065413



Fonte: Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (Dgits/Sectics/MS).

2.4.3.1 Participação Social

A participação social é um elemento central nos processos de incorporação de tecnologias em saúde no SUS. Ao possibilitar a escuta qualificada de diferentes segmentos da sociedade, incluindo pacientes, usuários e organizações representativas, contribui para decisões mais legítimas, representativas e alinhadas às necessidades reais da população. Além disso, a existência de mecanismos estruturados de participação social fortalece a transparência e a legitimidade do processo decisório, favorecendo a identificação de prioridades em saúde e a incorporação de tecnologias com maior impacto para a saúde pública.

Em 2025, foram elaborados 107 relatórios para a sociedade, sendo esses documentos versões resumidas dos estudos realizados pela Conitec com linguagem acessível ao público em geral, com o objetivo de fortalecer a transparência e a participação social. Esses relatórios subsidiam as opiniões e as contribuições do público em geral interessado em participar das consultas públicas abertas pela Conitec.

No período, foram realizadas 94 Consultas Públicas (CPs), sendo 73 relacionadas a ATS e 21 a Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), os quais receberam mais de 30.742 contribuições.

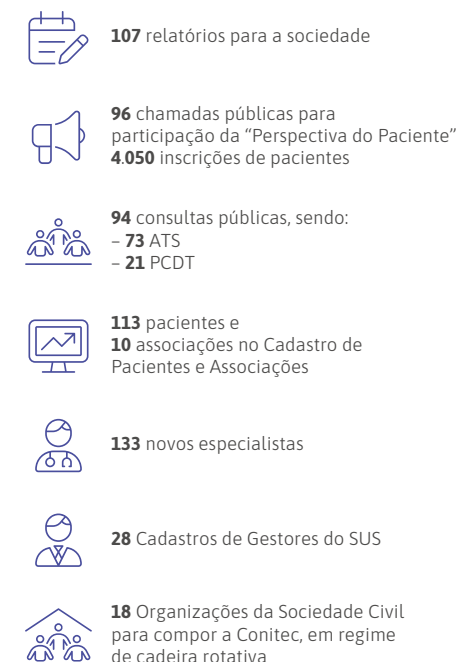
Ainda, foram realizadas 96 chamadas públicas para participação da “Perspectiva do Paciente” nas reuniões da Conitec, que contou com a inscrição de 4.050 pacientes, familiares e representantes de associações. Tal iniciativa estimula a participação dos pacientes no processo de ATS e oferece aos usuários do SUS a oportunidade de compartilhar suas experiências. Dos inscritos, 43 efetivamente contribuíram para complementar os dados científicos com suas próprias experiências, tornando o processo de avaliação da tecnologia mais eficaz.

Além disso, foi registrado o cadastro de 113 pacientes e 10 associações no banco de dados da Conitec, por meio do Cadastro de Pacientes e Associações.

No Cadastro de Especialistas em Saúde, que tem como finalidade reunir profissionais interessados no SUS para contribuir com a ATS e a elaboração de PCDT, foram registrados 133 novos especialistas. Ademais, no Cadastro de Gestores do SUS, que visa criar um banco de contatos de gestores para colaborar nas atividades da Conitec relacionadas à ATS, foram contabilizadas 28 inscrições.

Quanto à participação das Organizações da Sociedade Civil (OSC) nas reuniões dos comitês da Conitec, foram realizadas 83 seleções, entre novembro e dezembro de 2025, resultando na escolha de 18 OSC para compor a Conitec, em regime de cadeira rotativa.

Figura 29 – Números da Participação Social – 2025



Fonte: Dgits/Sectics/MS.

2.4.3.2 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)

Os PCDT são documentos baseados em evidências científicas que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravamento 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 2025, foram elaborados 24 novos PCDT e atualizados 13, totalizando 37 documentos.

Destacam-se os PCDT de brucelose humana, doença de Alzheimer, doença de Crohn, doença de Parkinson, hipertensão arterial sistêmica, osteoporose, atrofia muscular espinhal 5q tipos I e II e diabetes insípido.

Ademais, foram publicados 14 Protocolos Resumidos, que tem o objetivo de apresentar o conteúdo de forma sucinta e clara após a publicação das portarias dos PCDT.

As informações acerca dos PCDT podem ser acessadas por meio do portal da Conitec:

 <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas>

2.4.3.3 Monitoramento do Horizonte Tecnológico (MHT)

MHT é uma ferramenta essencial para subsidiar processos estratégicos no SUS. Em 2025, foram elaborados 102 estudos de MHT para subsidiar processos como incorporação de tecnologias no SUS, no âmbito da Conitec; elaboração e atualização de PCDT; inovação e desenvolvimento nacional de tecnologias em saúde; precificação de medicamentos e terapias avançadas; temas estratégicos priorizados pelo MS.

Ademais, foram produzidos cinco estudos de MHT para subsidiar reuniões de escopo voltadas à elaboração e atualização de PCDT nos casos de esquizofrenia, infecções virais pós-transplantes, neuromielite e toxoplasmose. Foram também elaboradas oito notas técnicas para subsidiar o Complexo Econômico-Industrial da Saúde e de Inovação para o SUS na análise de novas tecnologias em saúde, com ênfase em temas como a vacina da dengue, a vacina contra o VSR e a esclerose múltipla ativa.

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, com base em dados de vida real. Como resultado dessas atividades em 2025, destacam-se quatro iniciativas:

- a. Criação do painel de tecnologias incorporadas ao SUS, com implementação pendente.
- b. Monitoramento do preço e do impacto orçamentário de tecnologias incorporadas entre 2019 e 2021.
- c. Documento técnico da Diretriz Metodológica para Estudos de Mundo Real na Avaliação de Tecnologias em Saúde.
- d. Plano de monitoramento do medicamento Zolgensma® (onasemnogene abeparvoveque).

Outra área muito significativa é o estudo sobre a situação patentária de medicamentos para apoiar as discussões da Conitec, com a perspectiva de colaborar na estratégia nacional de fomento, desenvolvimento e inovação tecnológica na área da saúde. Em 2025, foram elaborados 82 estudos patentários e as informações foram incluídas nos relatórios técnicos publicados.

2.4.3.4 Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats)

Em 2025, o MS consolidou avanços significativos em capacitação, metodologias e expansão da Rebrats.



Principais resultados da Rebrats – 2025



25

cursos, incluindo

- Um MBA em ATS e o primeiro Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde com foco em ATS.
- Doutorado Profissional em ATS.
- Especialização em Avaliação Econômica.



+ de 400

profissionais capacitados.



9

Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Nats) foram incorporados à Rede, **totalizando 138**.



6

webinários WebRebrats disponíveis no canal Rebrats no YouTube:

<https://www.youtube.com/@RedeRebrats>



8

publicações no podcast do Canal Rebrats e do Informe Rebrats no Spotify.



VI Congresso Rebrats:

- Mais de **2.700** participantes (presencial e on-line).
- **8** cursos para **250** profissionais.
- **12** trabalhos premiados dos **412** trabalhos submetidos.

2.4.3.5 Projetos Formalizados no Âmbito da Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde em 2025

Utilizando-se de suas atribuições institucionais, o MS promoveu o investimento R\$ 43,9 milhões, em ações conduzidas para a avaliação e incorporação de tecnologias para o SUS.

Desse total, aproximadamente R\$ 34 milhões foram destinados a viabilizar projetos estratégicos para área de ATS no SUS, em parceria com diversas 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 outras.

Entre as iniciativas, destacam-se a formalização e a execução dos Termos de Execução Descentralizada (TED), voltados à realização de avaliações econômicas em saúde e ao aprimoramento da gestão de tecnologias no SUS. Esses projetos incluem o desenvolvimento de pesquisas, a oferta de curso de especialização e o fortalecimento das ações de gestão para incorporação de tecnologias.

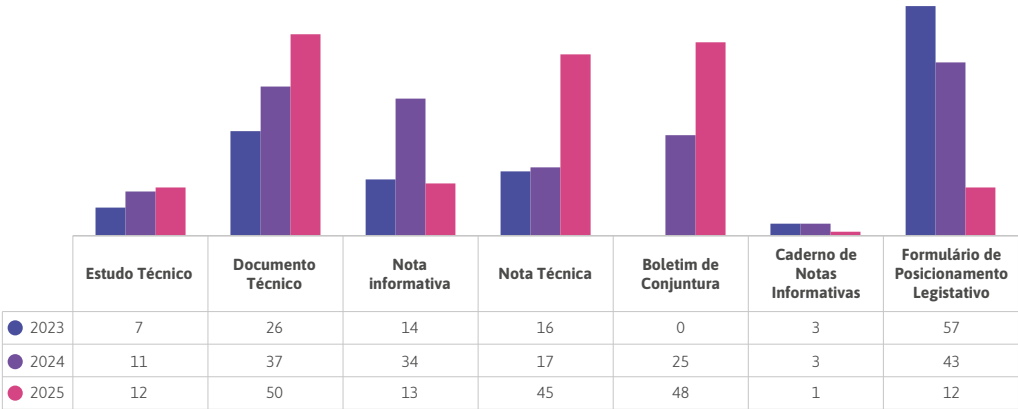
Também, em 2025, foram formalizadas seis cartas-acordo no âmbito do 133º Termo de Cooperação (TC) com a Opas, no valor de R\$ 9,7 milhões. Atualmente, encontram-se vigentes nove cartas-acordo.

2.4.4 Economia e Investimentos em Saúde

2.4.4.1 Estudos na Área de Economia da Saúde

Uma das competências da área da Economia e Investimentos 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 2025, foram produzidos 181 estudos.

Gráfico 75 – Estudos Realizados – 2023 a 2025



Fonte: Departamento de Economia e Investimento em Saúde (Desid/SE/MS).

A ampliação do número de estudos, de 123, em 2023, para 181, em 2025, decorre, principalmente, da criação de uma unidade organizacional específica para essa finalidade, bem como das ações voltadas à sua estruturação.

Os estudos abrangeram quatro linhas de investigação prioritárias:

Quadro 4 – Linhas de Investigação Prioritárias

Sustentabilidade e Financiamento	Metodologias Internacionais	Eficiência do Gasto e Análises de Concentração de Mercado	Gestão Federativa
Monitoramento dos impactos da Reforma Tributária e do Regime Fiscal Sustentável sobre o orçamento da saúde, com foco na garantia do cumprimento dos pisos constitucionais e na análise de cenários federativos.	Fortalecimento da transparência e comparabilidade dos dados por meio da aplicação e publicação do manual do <i>System of Health Accounts</i> (SHA-BR), permitindo apurar com precisão os gastos em saúde, segundo esquemas de financiamento e funções de cuidado. Disponível em:  https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_metodologica_system_health_accountsimp.pdf	Realização de análises econômicas sobre o mercado de tecnologias de saúde e estudos detalhados sobre a evolução dos gastos federais e estaduais com itens de alto custo, como medicamentos oncológicos e do grupo 1B do Componente Especializado (financiados pelo MS, mas adquiridos pelas Secretarias Estaduais de Saúde).	Mapeamento das fontes de recursos e padrões de gastos em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) nos municípios brasileiros, visando identificar discrepâncias regionais e qualificar o debate sobre o financiamento público.

Fonte: Desid/SE/MS.

Esta produção robusta visa não apenas fornecer evidências para a formulação e o monitoramento de políticas, mas também construir um diagnóstico estrutural que permita antecipar os riscos e as oportunidades para o sistema de saúde brasileiro no médio e longo prazo.

2.4.4.2 Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)

O Siops é a ferramenta utilizada pelo Ministério da Saúde para o monitoramento das receitas e despesas públicas destinadas ao SUS pela União, pelos estados e municípios, sendo essencial para garantir o cumprimento da aplicação mínima obrigatória de recursos conforme a Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012. Com alimentação obrigatória bimestral, o sistema consolida indicadores de gestão e fornece dados públicos que subsidiam o controle social e o Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO). A regularidade no envio das informações é indispensável, uma vez que o não envio pode acarretar sanções administrativas e restrições no recebimento de transferências voluntárias da União.

Em 2025, o sistema registrou 100% de participação dos estados e uma média bimestral de 5.315 municípios com dados enviados ao longo dos seis períodos de preenchimento. Para consultar a homologação dos dados e dos entes que enviaram informações no Siops, acesse o portal do FNS:

 <http://portalfns.saude.gov.br/siops/>

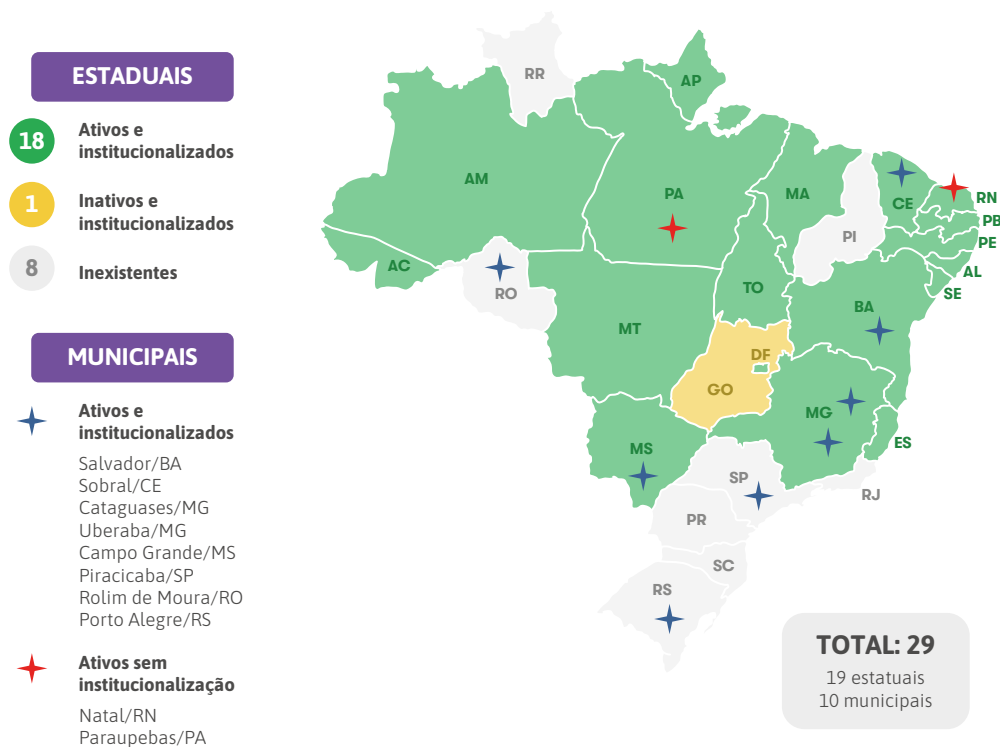
Ademais, por meio do projeto Siops Itinerante, são realizados treinamentos pelo Brasil a fim de subsidiar os atores que trabalham no preenchimento e na transmissão dos dados do Siops. O projeto é fruto de parcerias entre o MS (que encaminha palestrantes, materiais e certificados), entidades representativas dos gestores locais do SUS (Conselho das Secretarias Municipais de Saúde – Cosems) e entidades ligadas à temática (associações de municípios, fundações). Em 2025, foram realizados 18 eventos, capacitando 3.454 pessoas.

2.4.4.3 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 2025, houve a implantação de dois novos NES, nos municípios de Rolim de Moura/RO e Cataguases/MG. O NES de Uberaba/MG, formalizado em 2023, passou por um processo de reestruturação e teve seu dispositivo legal revisado e republicado em 2025.

Figura 30 – Distribuição e Status de Atividade dos Núcleos de Economia da Saúde no Brasil – 2025



Fonte: Desid/SE/MS.

Nota: considera-se Núcleo de Economia da Saúde (NES) a estrutura organizacional instituída no organograma nas Secretarias Estaduais (SES) ou nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

O fomento aos NES, em 2025, apoiou as Secretarias Estaduais (SES) e Municipais de Saúde (SMS) na adoção da economia da saúde como área estratégica para o SUS, priorizando territórios com núcleos inativos ou inexistentes. Essa estratégia se fundamentou na identificação de entes vinculados ao Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) e na articulação direta com os gestores locais, concentrando esforços para ampliar a sensibilização e o desenvolvimento socioeconômico e sanitário regional. Nesse sentido, foi conduzido um conjunto de reuniões com as SES e SMS.

Ademais, a realização de ações voltadas a representantes das SES e SMS têm sido fundamentais. Integradas às capacitações do Banco de Preços (BPS), do Siops e do Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (ApuraSUS), essas ações visam difundir a (re)estruturação dos NES e o fortalecimento da Rede de Economia e Desenvolvimento em Saúde (Rede Ecos).

Observa-se que o fortalecimento e a ampliação dos NES se configuram como instrumentos estratégicos de articulação e apoio à governança do sistema de saúde, orientados à promoção da eficiência, da equidade e da qualidade das ações e dos serviços públicos. Para tanto, é fundamental avançar na sua consolidação como centros de gestão estratégica, mediante a ampliação do uso dos Sistemas de Informação em Economia da Saúde e a intensificação da realização de estudos econômicos, os quais subsidiam, de forma qualificada, o processo de tomada de decisão.

2.4.5 Assistência Farmacêutica

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf), integrante da Política Nacional de Saúde (PNS), promoveu o aperfeiçoamento do conceito de Assistência Farmacêutica (AF), definindo-a como um conjunto integrado de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, em âmbito individual e coletivo, superando a centralidade exclusiva no medicamento. A Pnaf estabelece como diretrizes estruturantes o fortalecimento da gestão, a qualificação dos serviços farmacêuticos, a ampliação do acesso da população aos medicamentos e a promoção do uso racional, orientando a atuação do Estado para a melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida da população.

A gestão da AF configura-se como um dos principais desafios governamentais na área da saúde, em razão do elevado custo e da complexidade inerente à sua implementação. Trata-se de uma política de natureza interfederativa, que envolve dimensões assistenciais, técnicas, logísticas, tecnológicas, culturais, políticas, econômicas e sociais, e enfrenta desafios relacionados à qualificação dos serviços farmacêuticos, às fragilidades nos componentes constitutivos da AF, ao crescimento continuado da demanda por medicamentos e à limitação dos recursos públicos disponíveis.

O financiamento da AF é compartilhado pelas três esferas de governo. No âmbito federal, destacam-se como ações estruturantes para a garantia do acesso e a qualificação da AF: a aquisição centralizada de medicamentos e insumos estratégicos nos

componentes Básico, Estratégico, Especializado e Oncológico, assim como a ampliação de repasses fundo a fundo para aquisições descentralizadas e estruturação de serviços pelos entes subnacionais; a ampliação do acesso da população a medicamentos e insumos por meio do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB); as ações da Política e do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF); e o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (Qualifar-SUS), estruturado em eixos estratégicos voltados ao cuidado, à estruturação de serviços, à educação permanente e à informação.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Cbaf) assegura o custeio e a distribuição de medicamentos e insumos essenciais destinados aos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Primária à Saúde (APS). O Componente Estratégico (Cesaf) destina-se à garantia do acesso seguro e racional a medicamentos voltados ao controle de doenças e agravos específicos, com relevância epidemiológica e associados a situações de vulnerabilidade social. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) busca assegurar a integralidade do tratamento medicamentoso, contemplando doenças de maior complexidade e situações de refratariedade ou intolerância às linhas terapêuticas iniciais, com base nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT); e o Componente da Assistência Farmacêutica em Oncologia (AF-Onco) visa qualificar e organizar o acesso aos medicamentos oncológicos no âmbito do SUS, por meio do fortalecimento da governança,

da padronização de processos, da integração com a Rede de Atenção Oncológica e da ampliação da segurança, da rastreabilidade e da sustentabilidade do cuidado aos pacientes.

Diante do contexto apresentado, foram investidos quase 17,4 bilhões de reais em ações de AF referentes à aquisição centralizada de medicamentos dos componentes Básico, Estratégico, Especializado e Oncológico e ao repasse aos entes para o financiamento do Componente Básico e Especializado da Assistência Farmacêutica, além de ações estruturantes para qualificação e financiamento da AF em Plantas Medicinais e Fitoterápicos e o incentivo à promoção do uso racional de medicamentos. Somam-se a essas ações R\$ 5,99 bilhões investidos no Programa Farmácia Popular do Brasil, o que totalizou R\$ 23,4 bilhões. Ademais, por meio de sentenças e ressarcimentos judiciais interfederativos, os gastos com medicamentos foram na ordem de R\$ 1,99 bilhão.

Destacam-se, ainda, ações para a garantia de opções terapêuticas modernas no cuidado integral na Atenção Primária à Saúde, especialmente à saúde de pessoas com diabetes mellitus tipo 2, com a inclusão das insulinas análogas de ação rápida e prolongada no Cbaf, prevendo sua inserção gradual na Rede SUS para viabilizar o planejamento da dispensação.

2.4.5.1 Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)

A Rename reúne os medicamentos e insumos disponibilizados no âmbito do SUS para o tratamento das doenças e dos agravos que acometem a população brasileira, indicando as responsabilidades de financiamento da AF entre a União, os estados, o DF e os municípios. O processo de atualização da Rename é contínuo e sistemático, com publicação de edição atualizada a cada dois anos, contemplando as pactuações, as exclusões e as alterações ocorridas no período. Com vistas a ampliar a transparência, o acesso à informação e a tempestividade da divulgação, o MS disponibilizou a Rename em tempo real, por meio de painel eletrônico que consolida os itens e as informações relacionadas à Rename 2024, com atualização permanente.



Em 2025, foi registrada a inclusão de 15 itens e a exclusão de outros 2 na relação.

Nesse mesmo período, foi publicada a segunda edição da Rename 2024, com correções decorrentes do processo de revisão pós-publicação. A Rename em tempo real encontra-se disponível para acesso público no portal eletrônico do Ministério da Saúde.

 <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/rename>

2.4.5.2 Programas da Assistência Farmacêutica

Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB)

Com a publicação da Portaria GM/MS n.º 6.613, em 13 de fevereiro de 2025, que estabeleceu a gratuidade do medicamento dapagliflozina 10 mg, indicado para o tratamento de diabetes mellitus associada à doença cardiovascular, bem como da fralda geriátrica, ocorreu a extinção da modalidade de copagamento no âmbito do PFPB, passando todo o elenco de medicamentos e correlatos a ser disponibilizado gratuitamente à população.

Atualmente, o Programa oferta gratuitamente medicamentos para o tratamento de hipertensão arterial, diabetes mellitus, asma, osteoporose, dislipidemia, rinite, doença de Parkinson, glaucoma e diabetes mellitus associada à doença cardiovascular, além de contraceptivos, absorventes higiênicos e fraldas geriátricas, contemplando 12 condições clínicas prioritárias.

Entre janeiro e dezembro de 2025, as farmácias credenciadas ao Programa Farmácia Popular do Brasil atenderam 27.337.767 pessoas. O crescimento no número de usuários atendidos está diretamente relacionado à ampliação da gratuidade integral do Programa, que eliminou barreiras financeiras ao acesso aos medicamentos e insumos ofertados.

Em 2025, o Programa Farmácia Popular credenciou 356 novas farmácias, distribuídas em 274 municípios de 25 UFs, o que contribuiu para o alcance de 4.974 municípios atendidos em dezembro, representando um avanço significativo na capilaridade do Programa e no acesso da população aos medicamentos.

No mesmo período, registrou-se o descredenciamento de 2.582 estabelecimentos. Desse total, 2.100 unidades foram desligadas devido à baixa de Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) na Receita Federal ou pela ausência de renovação cadastral no prazo estipulado, enquanto as outras 482 farmácias foram removidas por irregularidades identificadas em monitoramento ou a pedido dos próprios estabelecimentos. Apesar do volume de desligamentos, a assistência à população não foi prejudicada, visto que a maioria das unidades já estava inativa no Programa e os municípios afetados contavam com outras farmácias credenciadas, garantindo a manutenção da cobertura municipal e do atendimento aos beneficiários.

Atualmente, existem 28.964 farmácias credenciadas no PFPB, distribuídas em 4.974 municípios (89%). O PFPB já apresenta o melhor resultado em 21 anos de existência, com quase 27,5 milhões de brasileiros que tiveram acesso a medicamentos e insumos gratuitos ou com preço subsidiado no ano de 2025.

Tabela 56 – Usuários Atendidos, Unidades Distribuídas e Valores Executados pelo Programa Farmácia Popular do Brasil – 2020 a 2025

Descrição	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Usuários atendidos	20.102.014	20.102.823	20.746.950	21.909.425	24.761.107	27.337.767
Unidades dispensadas	14.329.895.834	14.329.600.948	14.068.340.207	14.948.112.554	16.337.158.790	18.743.996.697
Farmácias credenciadas	0	0	0	342	301	356
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	5.991.174.014,96

Fonte: Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS).

Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (Qualifar-SUS)

Instituído em 2012, o 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 a 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 atividades da AF na Atenção Primária à Saúde, considerando a área física, os equipamentos, os mobiliários e os recursos humanos. As habilitações foram retomadas, pelo governo federal, em 2023. Desde então, o Qualifar-SUS habilitou 1.289 novos municípios. Com esse avanço, o Programa alcançou 4.797 municípios habilitados, o que representa uma cobertura expressiva de 86% do território nacional.

O monitoramento trimestral, com o registro e o envio ao MS de posição de estoque, entradas, saídas e dispensações de medicamentos pelos municípios habilitados, garante o repasse de manutenção. De 2022 a 2025, o total de recursos transferidos aos municípios habilitados ultrapassou R\$ 241 milhões, tendo sido enviado, em 2025, quase R\$ 82,17 milhões.

Plantas Medicinais e Fitoterápicos

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) foi instituída em 2006, como 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 PNPMF e o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos têm como finalidade garantir o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos à população brasileira, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o fortalecimento da cadeia produtiva e o desenvolvimento da indústria nacional. Desde 2012, os investimentos apresentaram média anual de aproximadamente R\$ 7 milhões, com incremento significativo no biênio 2024-2025, quando foram destinados R\$ 37 milhões e R\$ 34 milhões, respectivamente.

Destacam-se iniciativas voltadas ao suporte à tomada de decisão de gestores e técnicos da saúde e à qualificação da prática clínica e assistencial, com a elaboração de documentos técnicos e a produção de monografias baseadas em estudos direcionados às espécies constantes na Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (ReniSUS). Até dezembro de 2025, foram publicadas 33 monografias, sendo 5 no último ano, e outras 29 encontram-se em processo de normalização na Editora do Ministério da Saúde. Disponível em:

 <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/plantas-medicinais-e-fitoterapicos/plantas-medicinais-e-fitoterapicos-no-sus/monografias>

Figura 31 – Monografias da Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao Sistema Único de Saúde (ReniSUS)



Fonte: Desid/SE/MS.

Como estratégia inovadora de financiamento da AF, em 2024, o MS investiu mais de R\$ 30 milhões no desenvolvimento de ações locais em plantas medicinais e fitoterápicos, em que foram contemplados e habilitados 1.304 municípios. A consolidação dessa abordagem resultou na sua continuidade em 2025, com novo incremento financeiro federal no valor de R\$ 30,83 milhões, ampliando o alcance da política. Em 2025, foram habilitados 1.462 municípios, além do DF, o que evidencia a expansão do número de entes apoiados em relação ao ano anterior.

Essa estratégia de financiamento representou avanço significativo na escala de apoio à AF em plantas medicinais e fitoterápicos no SUS. Enquanto, no período de 2021 a 2023, o financiamento esteve concentrado em editais de chamamento público voltados à estruturação de projetos específicos (farmácias vivas), a adoção do incremento financeiro federal possibilitou a transição para um modelo descentralizado, contínuo e de abrangência nacional, ampliando

o alcance territorial das ações e fortalecendo a capacidade de implementação local em todas as regiões do País.

Tabela 57 – Entes Apoiados no PNPMF pelo MS – 2022 a 2025

Ano	Entes apoiados	Valor
2022	6	R\$ 4.871.494,00
2023	6	R\$ 5.499.999,99
2024	1.309	R\$ 35.502.389,00
2025	1.466	R\$ 30.832.879,54

Fonte: DAF/SCTIE/MS.

Em dezembro de 2025, o MS iniciou a implantação dos Centros de Referência em Plantas Medicinais e Fitoterápicos, em parceria com a Fiocruz. A iniciativa encontra-se em fase de estruturação, com definição dos territórios e alinhamento metodológico, visando fortalecer a governança federativa e subsidiar, de forma gradual, a consolidação e a ampliação nacional dessa estratégia no SUS, a partir da modelagem desenvolvida nos estados do Amazonas, de Pernambuco e do Rio Grande do Sul.

2.4.5.3 Acesso a Medicamentos e Insumos Estratégicos da Assistência Farmacêutica

2.4.5.3.1 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, conforme previsto nos Anexos I e IV da Rename vigente.

Em 2025, foram adquiridas aproximadamente 638 milhões de unidades farmacêuticas, correspondentes a um investimento superior a R\$ 1,2 bilhão. Até dezembro, foram adquiridos 32 dos 47 medicamentos e insumos estratégicos previstos no âmbito do Cbaf. A não aquisição dos demais itens decorreu de situações específicas, como a existência de estoque suficiente para alguns componentes dos kits de atendimento do Programa Calamidade Pública e o fracasso de processos licitatórios, a exemplo do diafragma do Programa Saúde da Mulher.

Com relação aos kits para atendimento a calamidades, o ano de 2024 registrou um consumo excepcional, com a distribuição de 229 kits em decorrência de eventos climáticos extremos, especialmente nos estados do Rio Grande do Sul e do Amazonas, o que demandou a recomposição de estoques por meio de contratações, aditivos e novas licitações. Em 2025, foi instituído o repasse financeiro federal aos entes federados para apoio às demandas emergenciais, resultando na redução significativa da distribuição direta de kits-calamidade para apenas 24 unidades no ano. Nesse contexto, o MS realizou repasse de recursos aos entes federados, para apoiar as situações emergenciais.

No tocante à saúde da mulher, destaca-se a incorporação do método contraceptivo implante subdérmico de etonogestrel, em atendimento à recomendação da Conitec, cujo fornecimento teve início em agosto de 2025 e encontra-se em processo de pactuação na AF.

Complementarmente, em 2025, foram pactuadas ao elenco do Cbaf, no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as incorporações ou ampliações de uso dos seguintes medicamentos: insulinas análogas de ação prolongada, insulina análogas de ação rápida, dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (com previsão de disponibilização às mulheres atendidas na Rede SUS a partir de 2026) e desogestrel.

Tabela 58 – Unidades Farmacêuticas e Insumos Adquiridos para o Cbaf e Recursos Federais Investidos – 2020 a 2025

Especificação/ano	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Unidades adquiridas para o Programa Saúde da Mulher	38.312.156	32.095.944	19.285.748	28.557.421	23.680.001	28.323.713
Unidades adquiridas para insulínodependentes (insulinas humanas e agulhas)	166.125.064	161.743.154	832.154.188	540.687.217	55.679.333	607.849.906
Unidades adquiridas para o Programa Calamidade Pública	942.090	1.272.450	4.163.866	1.348.872	6.033.360	1.820.616
Unidades adquiridas para tratamento de hidradenite supurativa moderada	-	-	-	34.318	28.054	33.216
Unidades totais adquiridas	205.379.310	195.111.548	855.603.802	570.627.828	85.420.748	638.037.451*
VALORES INVESTIDOS (R\$)	620.270.189,33	627.105.249,85	782.787.859,90	804.480.424,67	928.659.206,66	1.247.125.717,64

Fonte: DAF/SCTIE/MS. Aquisições firmadas até 31 de dezembro de 2025.
*Nas quantidades adquiridas totais, consta o quantitativo de 10 mil unidades adquiridas, em caráter excepcional, para atendimento à demanda da dengue.

O aumento expressivo no volume de insulinas humanas e agulhas em determinados períodos justifica-se, inicialmente pela transição tecnológica do modelo de frascos de 10 ml para o sistema de canetas aplicadoras de 3 ml. Esse processo de migração gradual, que escalonou de 15%, em 2019, para 70% da oferta, em 2022, demandou um maior quantitativo de unidades físicas devido à menor volumetria de cada dispositivo (tubetes de 3 ml) e à expansão contínua do público elegível, que passou a abranger diversas faixas etárias e diabetes tipo 2. Paralelamente, o volume de agulhas seguiu essa tendência de alta, impulsionado pela incorporação de novas tecnologias, como as insulinas análogas de ação rápida e prolongada.

Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf)

O Cesaf contempla 79 fármacos em 115 medicamentos e insumos em seu elenco, destinados ao tratamento de doenças e agravos de perfil endêmico, com relevância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis. O componente 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, além de ações voltadas à alimentação, à nutrição e à saúde da criança.

Em 2025, foram adquiridas 292.036.274 de unidades farmacêuticas, com investimento estimado em R\$ 659,9 milhões.

Tabela 59 – Unidades Farmacêuticas e Insumos Adquiridos pelo Cesaf e Recursos Investidos – 2020 a 2025

Denominação	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Unidades de medicamentos	200.181.565	136.643.661	151.482.452	206.786.682	181.397.020	226.537.625
Unidades de insumos	58.000.000	45.000.336	21.669.664	47.010.000	67.795.432	65.498.649
Total de unidades	258.181.565	181.643.997	173.152.116	253.796.682	249.192.452	292.036.274
VALORES INVESTIDOS (R\$)	304.813.334	349.999.418	486.499.654	698.499.622,17	766.472.838,32	684.499.999,78

Fonte: DAF/SCTIE/MS.

Dos 74 fármacos previstos em 2025 para aquisição centralizada pelo MS no âmbito do Cesaf, foram adquiridos 62 no exercício de 2025. Ressalte-se que os demais medicamentos adquiridos em 2024 proporcionaram a cobertura para 2025, tornando sua aquisição desnecessária no ano.

Ademais, em 2025, foram pactuadas ao elenco do Cesaf, no âmbito da CIT, as incorporações ou ampliações de uso dos seguintes medicamentos: tafenoquina 50 mg e levofloxacino 750 mg.

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf)

O Ceaf é uma estratégia consolidada para o acesso a medicamentos no SUS, caracterizado pela busca da integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial, para as situações clínicas nas diferentes linhas de cuidado contempladas nos PCDT publicados pelo Ministério da Saúde.

Atualmente, o Ceaf possui um elenco de 177 fármacos pactuados em 337 apresentações farmacêuticas, abrangendo 106 condições clínicas previstas nos PCDT das diferentes linhas de cuidado. Desse total, considerando as pactuações realizadas na CIT em 2025, 93 fármacos, em 161 apresentações, são de responsabilidade de aquisição centralizada pelo MS.

O elenco contempla 55 doenças raras, para as quais são disponibilizados 88 fármacos em 155 apresentações farmacêuticas, dos quais 56 fármacos, em 100 apresentações farmacêuticas, são utilizados exclusivamente para o tratamento das doenças raras. No Grupo 1A (medicamentos de aquisição centralizada pelo MS), encontram-se 43 fármacos em 69 apresentações, destinados exclusivamente ao tratamento de 27 doenças raras.

Tabela 60 – Número de Pacientes Atendidos no Ceaf – 2020 a 2025

Denominação	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Número de usuários(as) atendidos(as) no Ceaf*	2.547.918	2.808.820	3.022.635	3.805.899	4.373.804	4.501.567

Fonte: DAF/SCTIE/MS. Dados da Autorização de Procedimento Ambulatorial (Apac): até outubro de 2025.

*Número de pessoas (identificadas por Cadastro de Pessoa Física/Cartão Nacional de Saúde – CPF/CNS) que receberam ao menos um medicamento do Ceaf no referido período.

Para garantir o tratamento medicamentoso das condições clínicas definidas em PCDT, em 2025, foi empenhado R\$ 11.563.893.350 para a aquisição de 787.698.750 unidades farmacêuticas do Grupo 1A.

Tabela 61 – Unidades Farmacêuticas e Insumos Estratégicos e Valores Empenhados pelo Ceaf no Grupo 1A – 2020 a 2025

Denominação	2022	2023	2024	2025
Total de unidades empenhadas	651.895.053	892.223.407	897.523.593	787.698.750
VALOR EMPENHADO* (R\$)	6.682.107.233,71	10.598.849.550,61	10.350.945.189,19	11.563.893.35

Fonte: DAF/SCTIE/MS. Dados atualizados até 20 janeiro de 2026.

*Os valores não incluem os gastos com ações judiciais e logística.

Em 2025, foram pactuadas ao elenco do Ceaf, no âmbito da CIT, as incorporações ou ampliações de uso dos seguintes medicamentos:

Quadro 5 – Medicamentos Pactuados no Elenco do Ceaf – 2025

Medicamentos Pactuados		
Benralizumabe 30 mg/ml (solução injetável)	Deferiprona 500 mg e 1.000 mg	Furoato de mometasona 0,1% (creme/pomada)
Dipropionato de beclometasona 100 mcg + fumarato de formoterol di-hidratado 6 mcg + brometo de glicopirrônio 12,5 mcg (solução aerossol)	Dupilumabe 200 mg e 300 mg (solução injetável)	Tacrolimo 0,3 mg/g (pomada)
Ixequizumabe 80 mg/ml (solução injetável)	Dupilumabe 200 mg e 300 mg (solução injetável)	Tacrolimo 1mg/g (pomada)
Naproxeno 250 mg e 500 mg (comprimido)	Upadacitinibe 15 mg (comprimido de liberação prolongada)	Pancreatina 10.000 UI e 25.000 UI (cápsula)
Furoato de fluticasona 100 mcg + brometo de umeclidínio 62,5 mcg + trifenatato de vilanterol 25 mcg (pó para inalação)	Vedolizumabe 300 mg (pó para solução injetável)	Pasireotida 20 mg (comprimido)
Omalizumabe 75 mg/mL (solução injetável)	Donepezila 5 mg e 10 mg	Rivastigmina 2 mg/mL (solução oral)
Rituximabe 10 mg/mL (solução para diluição para infusão)	Metotrexato 2,5 mg (comprimido) e 25 mg/mL (solução injetável)	Romiplostim 250 mcg (solução injetável)

Fonte: DAF/SCTIE/MS.

Uma das estratégias para ampliar o acesso a medicamentos e produtos estratégicos no âmbito do SUS é a implementação das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), estruturada em quatro fases. Atualmente, são adquiridos 10 fármacos em 15 apresentações, correspondentes à Fase III da PDP. Na fase IV, que corresponde à finalização do processo de desenvolvimento, transferência e absorção da tecnologia da PDP, são 13 fármacos em 24 apresentações, garantindo condições de produção nacional do produto e a portabilidade tecnológica pela instituição pública.

Componente da Assistência Farmacêutica em Oncologia – AF-Onco

No exercício de 2025, o MS promoveu a reestruturação organizacional e regulatória para qualificar a AF na Atenção Especializada. Como resultado, foi instituído o Componente da Assistência Farmacêutica em Oncologia (AF-Onco) no SUS e a Coordenação-Geral da Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada (Cgafae), ampliando a capacidade de coordenação federal sobre acesso, financiamento e gestão de medicamentos na Atenção Especializada, com ênfase na oncologia.

No campo normativo, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 8.477, de 20 outubro de 2025, que instituiu o AF-Onco e estabeleceu regras para financiamento, aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos oncológicos. Esse marco consolidou diretrizes nacionais para organização dos fluxos e para o fortalecimento da governança, em resposta a desafios críticos do setor, como desigualdades de acesso, judicialização crescente, incorporação acelerada de tecnologias e pressão financeira sobre o orçamento público.

No eixo operacional, foi iniciada a transição dos processos de programação, aquisição e distribuição de medicamentos oncológicos de itens estratégicos: mesilato de imatinibe, rituximabe, nilotinibe, trastuzumabe, trastuzumabe entansina, dasatinibe e pertuzumabe. Essa medida consolidou, na estrutura recém-instituída, a condução dos fluxos logísticos e de provisão, elevando a capacidade de planejamento, rastreabilidade e coordenação federativa para esses medicamentos.

Como entrega específica de gestão em 2025, foi instruído o procedimento de aquisição centralizada do medicamento trastuzumabe entansina, com distribuição às SES, em atendimento à Portaria Conjunta Saes-SCTIE/MS n.º 17, de 25 de novembro de 2024, que aprova o PCDT do Câncer de Mama. Em paralelo, foram realizadas articulações tripartites para viabilizar a disponibilização de tecnologias já incorporadas ao SUS e para apoiar a implementação dos atos normativos previstos na Portaria GM/MS n.º 8.477/2025, com foco em ampliar e ordenar o acesso aos tratamentos oncológicos, induzir qualificação de serviços farmacêuticos e apoiar ações de capacitação de trabalhadores da saúde, além de contribuir para o fortalecimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde no segmento.

2.4.5.3.2 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. Em 2024, foi pactuado pela CIT o reajuste dos valores de financiamento, formalizado pela Portaria GM/MS n.º 5.632, de 25 de outubro de 2024, que elevou os valores de repasse de R\$ 5,85 a R\$ 6,05 para R\$ 7,20 a R\$ 8,05. Para assegurar a trajetória de crescimento, em 2025, houve nova pactuação na CIT, ampliando os valores de financiamento do Cbaf, para a faixa de R\$ 8,20 a R\$ 9,05, conforme o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM).

Além disso, cumpre destacar que foi mantido o repasse federal do Cbaf, no valor nominal do ano de 2024, para os municípios que teriam diminuição na alocação do recurso financeiro, conforme população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no Censo 2022.

Assim, os 5.570 municípios brasileiros receberam o valor total de R\$ 1,7 bilhão para a aquisição de medicamentos e insumos para atender às necessidades da APS, garantindo a continuidade do acesso e a equidade na distribuição dos recursos.

Outro destaque é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp), que tem como objetivo garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no âmbito do SUS. Em 2025, foram transferidos R\$ 11,8 milhões na modalidade fundo a fundo, garantindo 100% de atendimento dessa população.

Adicionalmente, o MS instituiu, de maneira inovadora, recurso extraordinário para custeio de emergências em saúde pública. No âmbito da AF Básica, 47 municípios receberam, até dezembro, mais de R\$ 449 mil destinados à recomposição dos estoques de medicamentos e insumos do Cbaf, constantes nos Anexos I e IV da Rename, assegurando a continuidade do abastecimento e a mitigação de riscos de desassistência.

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf)

Os medicamentos dos Grupos 1B e 2 possuem execução descentralizada, sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos estados e do DF. A dispensação ocorre somente em estabelecimentos de saúde vinculados às unidades públicas designadas pelos gestores estaduais.

O financiamento dos medicamentos do Grupo 1B é realizado mediante transferência de recursos fundo a fundo às Secretarias de Saúde dos estados e do DF, enquanto o Grupo 2 refere-se a medicamentos financiados e adquiridos diretamente pelas SES. Em ambos os grupos, a SES realiza a programação, a aquisição, o armazenamento, a distribuição e a dispensação dos medicamentos.

Tabela 62 – Repasse da União para os Estados e o Distrito Federal Referente ao Grupo 1B (em R\$) – 2022 a 2025

2022	2023	2024	2025
470.148.742	849.319.093,23	1.322.673.975	1.845.021.882

Fonte: DAF/SCTIE/MS. Valores empenhados no Tesouro Gerencial.

2.4.5.4 Cuidado Farmacêutico

O Cuidado Farmacêutico constitui 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 a melhores resultados em saúde, contribuindo, assim, para a melhoria da qualidade de vida da população.

A implementação do Cuidado Farmacêutico no SUS permanece como desafio estruturante, por demandar processos metodológicos organizados, condições adequadas de trabalho e sistemas de informação capazes de registrar, integrar e acompanhar longitudinalmente os dados clínicos das pessoas atendidas. Tal complexidade reforça a necessidade de articulação com outras políticas de saúde, integração entre níveis de atenção e estratégias permanentes de monitoramento e avaliação.

No exercício de 2025, as ações desenvolvidas estiveram ancoradas no marco normativo instituído pela Portaria GM/MS n.º 4.379, de 14 de junho de 2024, que aprovou as Diretrizes Nacionais do Cuidado Farmacêutico no SUS.

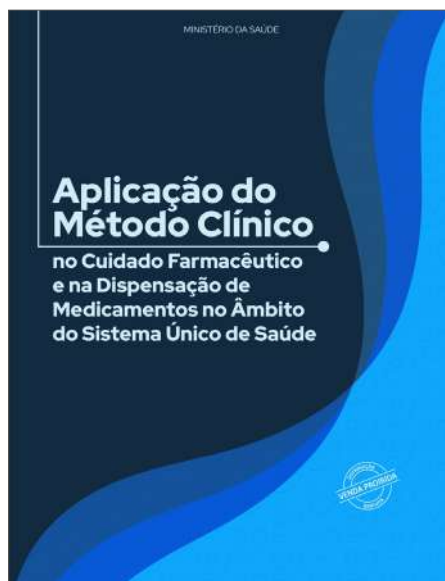
Entre as iniciativas desenvolvidas, tem-se a criação do Centro Colaborador de Telecuidado Farmacêutico (CCTF), viabilizada pelo Termo de Execução Descentralizada n.º 11/2025, celebrado entre o MS e a Universidade Federal de Goiás (UFG). O CCTF tem como foco inicial o acompanhamento farmacêutico de usuários do medicamento selexipague, integrante do Ceaf, indicado para o tratamento da hipertensão arterial pulmonar. Em 2025, o serviço atendeu usuários residentes nos estados do Espírito Santo, do Paraná, de Goiás, do Rio de Janeiro e de São Paulo, com previsão de expansão para todo o território nacional em 2026 e inclusão de outras condições clínicas que demandam acompanhamento e monitoramento no processo de uso dos medicamentos.

Ademais, foram realizadas ações locais em parceria com a Secretaria de Saúde do DF e o Conselho Regional de Farmácia (CRF) do DF, visando sensibilizar gestores das regionais de saúde para a adoção do Cuidado Farmacêutico na APS. Além disso, ocorreram reuniões em quatro regionais (Leste, Centro, Sul e Oeste), com previsão de mais três encontros em 2026 (Sudoeste, Norte e Centro-Sul). Também foram realizadas duas Oficinas de Transformação Digital da AF, em Recife/PE e João Pessoa/PB, para divulgar as ações e oferecer orientação técnica a gestores e profissionais sobre o Cuidado Farmacêutico no SUS.



Complementarmente, foram desenvolvidas ações estratégicas voltadas à qualificação e à consolidação do Cuidado Farmacêutico no SUS, incluindo o desenvolvimento de indicadores nacionais específicos, a produção de materiais educativos digitais e impressos (Medi) relacionados aos medicamentos constantes na Rename e a estruturação de estratégias de apoio institucional. Os Medi serão disponibilizados a partir de 2026, com o objetivo de orientar profissionais de saúde e usuários quanto ao uso racional de medicamentos no SUS.

Entre as ações estratégicas, destaca-se também o Projeto de Implementação do Cuidado Farmacêutico na Hanseníase e Tuberculose, em parceria com pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).



Adicionalmente, foi publicado o livro *Aplicação do Método Clínico no Cuidado Farmacêutico e na Dispensação de Medicamentos no Âmbito do Sistema Único de Saúde*, destinado aos profissionais farmacêuticos dos territórios, com a finalidade de apoiar a qualificação das práticas clínicas e da dispensação farmacêutica no SUS, em consonância com as Diretrizes Nacionais do Cuidado Farmacêutico.

Disponível em:

https://bvsm.ssaude.gov.br/bvs/publicacoes/aplicacao_metodo_clinico_cuidado_farmaceuticoimp.pdf

Outra iniciativa para ampliar a divulgação do Cuidado Farmacêutico no SUS foi a criação de página destinada ao tema, vinculada ao portal do MS. Estão disponíveis materiais de consulta, legislações, glossário e conteúdos direcionados tanto a profissionais farmacêuticos quanto aos usuários, reforçando a importância e os benefícios do Cuidado Farmacêutico.

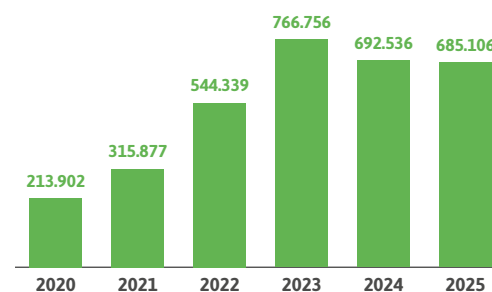
<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/cuidado-farmaceutico-no-sus>

Em 2025, foi aprimorado o monitoramento das metas do Plano Nacional de Saúde (PNS) e do Plano Plurianual (PPA), com a criação do Painel do Panorama Nacional dos Procedimentos Relacionados ao Cuidado Farmacêutico, ferramenta que assegura transparência e visibilidade à produção registrada nos sistemas oficiais do SUS. O painel está disponível no endereço:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoizMxODFiNzItMTc3Zi00N2QzLWYyZmMtMmJhNmE1YTg2NjgyIiwidCI6IjhtTU0yYQZzLWYyZmMtMmJhNmE1YTg2NjgyIiwidG90ZDg5MWU1YzZwNSJ9>

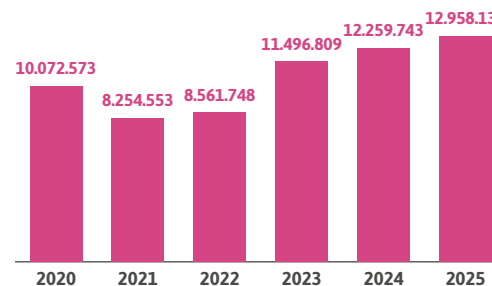
Nesse contexto, informa-se que os sistemas oficiais de informação do SUS registraram que foram realizados 15.134.713 procedimentos de Cuidado Farmacêutico em 2025, conforme dados extraídos em 12 de janeiro de 2026. No contexto do quadriênio 2024-2027, o total acumulado já alcança 27.394.456 procedimentos realizados.

Gráfico 76 – Número de Atendimento Clínicos Realizados por Profissional Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde – 2020 a 2025



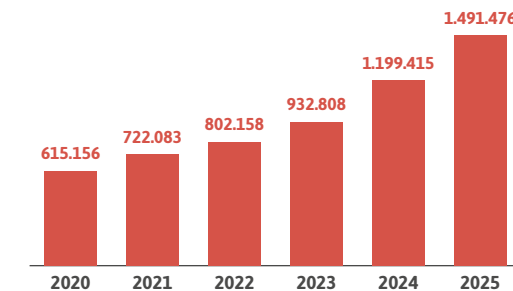
Fonte: DAF/SCTIE/MS. Base do Sistema de Informação para a Atenção Primária à Saúde (Siaps-SUS). Competência 12/2025.

Gráfico 77 – Número de Atendimento Clínicos Realizados por Profissional Farmacêutico na Atenção Ambulatorial Especializada à Saúde – 2020 a 2025



Fonte: DAF/SCTIE/MS. Base do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS). Competência 12/2025.

Gráfico 78 – Número de Atendimento Clínicos Realizados por Profissional Farmacêutico na Atenção Hospitalar à Saúde – 2020 a 2025



Fonte: DAF/SCTIE/MS. Base do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS). Competência 12/2025.

No intuito de qualificar os dados, de modo que reflitam a realidade dos serviços de Cuidado Farmacêutico no SUS, foram desenvolvidos indicadores nacionais da AF em duas agendas estratégicas: uma com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas-Brasil), e outra foi a realização do I Encontro Nacional do Cuidado Farmacêutico: indicadores e diretrizes nacionais que reuniu representantes da academia, da gestão federal, estadual e municipal, do Conass, do Conasems e do controle social. Além disso, foi realizado webinar para qualificação, com foco na importância do correto cadastro dos estabelecimentos de saúde e no envio da produção, reforçando a necessidade de dados consistentes para gestão e planejamento.

<https://www.youtube.com/watch?v=po5oC6lhx9U>

Complementarmente, o MS deu continuidade à customização do módulo clínico do e-SUS APS para os registros clínicos durante as consultas, os atendimentos e os acompanhamentos prestados pelos farmacêuticos.

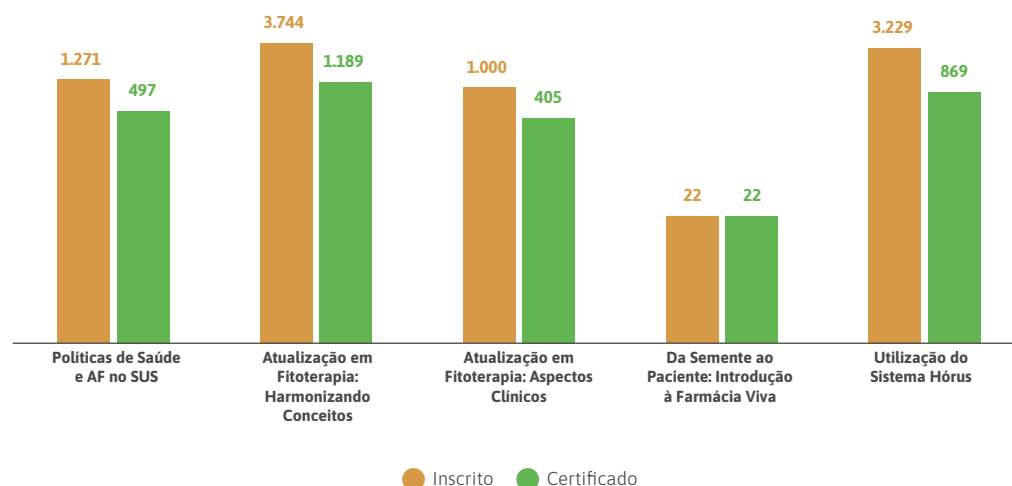
2.4.5.5 Ações Gerais na Assistência Farmacêutica

Qualificação de Profissionais na Assistência Farmacêutica

No intuito de qualificar os serviços e fortalecer a AF no SUS, o MS, por meio de cooperação, desenvolve ações voltadas à promoção da educação permanente, direcionada aos profissionais da AF, gestores e técnicos de saúde.

Em 2025, foram emitidos 2.982 certificados nos cursos ofertados pela AF. Os cursos Política de Saúde e AF no SUS; Atualização em Fitoterapia: Harmonizando Conceitos e Aspectos Clínicos; Utilização do Sistema Hórus; e Da Semente ao Paciente: Introdução à Farmácia Viva são realizados na modalidade a distância, síncronos e/ou presencial, sem limite de inscrição e/ou certificação.

Gráfico 79 – Quantitativo de Profissionais Inscritos e Certificados nos Cursos Ofertados na AF – 2025



Fonte: DAF/SCTIE/MS.

Pesquisas em AF

Desde 2024, o MS vem estabelecendo parcerias com instituições para o desenvolvimento de pesquisas voltadas à AF. Em cooperação com a Opas/OMS Brasil e a Universidade de Brasília (UnB), vem sendo desenvolvido o Projeto Dose Justa – Mapeamento da Demanda e Suporte Técnico ao MS, para garantir o acesso a medicamentos essenciais por meio da via magistral. A iniciativa justifica-se pela escassez de formas farmacêuticas adequadas ao público pediátrico, especialmente para doenças negligenciadas, fator que contribui significativamente para a inefetividade e a insegurança de tratamentos farmacológicos no SUS.

Em 2025, primeiro ano de execução do Projeto Dose Justa, foram desenvolvidas duas formulações pediátricas para tratamento da tuberculose e da toxoplasmose.

Doença/ agravo	Medicamento (apresentação)	Estabilidade
Tuberculose	Isoniazida 50 mg/ml	90 dias
Toxoplasmose congênita	Sulfadiazina 100 mg/ml	90 dias

Também foi iniciada a 2ª edição da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (Pnaum), destinada a identificar aspectos relacionados ao acesso e uso de medicamentos nos domicílios e aos serviços do Ceaf. A pesquisa, que possui três eixos (Inquérito, Serviço e Fone), iniciou, em 2025, dois que se encontram em fase de campo: a Pnaum Inquérito e Pnaum Serviço – Pnaum Ceaf.



A Pnaum Inquérito, realizada em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), terá abrangência nacional. Em dezembro de 2025, foi iniciada a fase-piloto e, após as validações dos questionários, a iniciativa seguirá para os mais de 800 municípios priorizados nas amostras, com previsão de mais de 43 mil pessoas entrevistadas em todos os estados.

Ademais, iniciou-se a primeira Pnaum-Ceaf, em parceria com a UnB, sendo voltada ao serviço do Ceaf, com foco em informações sobre serviços farmacêuticos nos estabelecimentos de saúde. Em 2025, foram concluídas entrevistas semiestruturadas com atores-chave, finalizada a contratação e o treinamento das equipes, e executado teste-piloto nas capitais de Porto Alegre, Curitiba e Manaus.

Ambas as pesquisas preveem o início do trabalho de campo para janeiro de 2026. Estima-se a divulgação dos resultados preliminares ainda no primeiro semestre, seguidos por publicações temáticas a serem definidas em conjunto com o Ministério da Saúde e as instituições de ensino superior parceiras.

2.5 Saúde Indígena

A Secretaria de Saúde Indígena (Sesai) é a área do Ministério da Saúde (MS) responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi) 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 (SUS), 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 cada povo vivenciar a saúde e a doença, o SasiSUS segue os princípios de equidade e universalidade no acesso à saúde, valorizando 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 Dsei:** é a 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 às 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, onde as 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. **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 esse estabelecimento, alojamento/unidade de apoio que proporcione estadia adequada às equipes (artigo 60, Portaria GM/MS n.º 1.801/2015).
- d. **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 2025, a Sesai concluiu 353 obras. No eixo de edificações, foram entregues 80 estabelecimentos, sendo 46 de execução direta com recurso de custeio, 33 com recursos de investimento e 1 parceria. No eixo de saneamento, foram concluídas 273 obras, sendo 12 Módulos Sanitários Domiciliares, 261 Sistemas de Abastecimento de Água (SAA), dos quais 216 são de execução direta com recurso de custeio, 42 com recurso de investimento e 3 parcerias.

2.5.1 Programa Mais Médicos para o Brasil

Durante 2025, foi mantido como pauta o acompanhamento da execução do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), nos 34 Dsei para atendimento dos territórios indígenas, bem como a formação/gestão dos profissionais lotados nos Distritos. Em relação ao quantitativo de profissionais oriundos do PMMB, o provimento de médicos para a saúde indígena saiu de 561 profissionais, em janeiro de 2025, para 683 em dezembro do referido ano.

Já com relação ao Programa Médicos pelo Brasil (PMpB), os quantitativos mantidos foram 35 profissionais, em janeiro de 2025, e 24 em janeiro de 2026.

Uma atividade de destaque foi a produção de materiais audiovisuais voltados à formação dos profissionais de saúde indígena do PMMB. Foram desenvolvidas séries de vídeos temáticos destinadas ao acolhimento dos novos médicos e à introdução aos territórios de atuação, abordando temas estratégicos da saúde indígena, como interculturalidade, intermedicalidade, controle social, entre outros.

Adicionalmente, o PMMB oferta o Módulo de Acolhimento e Avaliação (MAAv), que integra a etapa obrigatória de formação dos médicos com graduação no exterior que ingressam no Programa e desejam atuar na saúde indígena.

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 2025, os dados mostram uma elevação significativa na cobertura vacinal nas comunidades indígenas. Foram vacinados 57.056 indígenas e aplicadas 70.038 doses. Nas ações de vacinação, participaram 3.038 profissionais, sendo 26,7% agentes indígenas. Foram alcançados 98,8% dos polos-base e 96,3% das aldeias pactuadas, tendo sido realizadas, além das ações de vacinação, outras atividades assistenciais. Essa atividade foi considerada uma ação de combate às doenças imunopreveníveis, uma vez que houve 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 2025, foi celebrado o Termo de Cooperação entre os Ministérios, possibilitando a execução de três das sete missões previstas para o ano, no âmbito da Operação Gota. As ações foram desenvolvidas nos territórios dos Dsei Alto Rio Juruá, Vale do Javari e Médio Solimões e Afluentes, abrangendo áreas de difícil acesso. Durante as missões, foram vacinados 6.775 indígenas, distribuídos em 17 polos-base pactuados e 178 aldeias. No total, foram aplicadas 13.514 doses de 20 tipos de vacinas. Essas ações contaram com a participação de 79 profissionais de saúde e demandaram 136 horas de voo para viabilizar o deslocamento às comunidades atendidas.

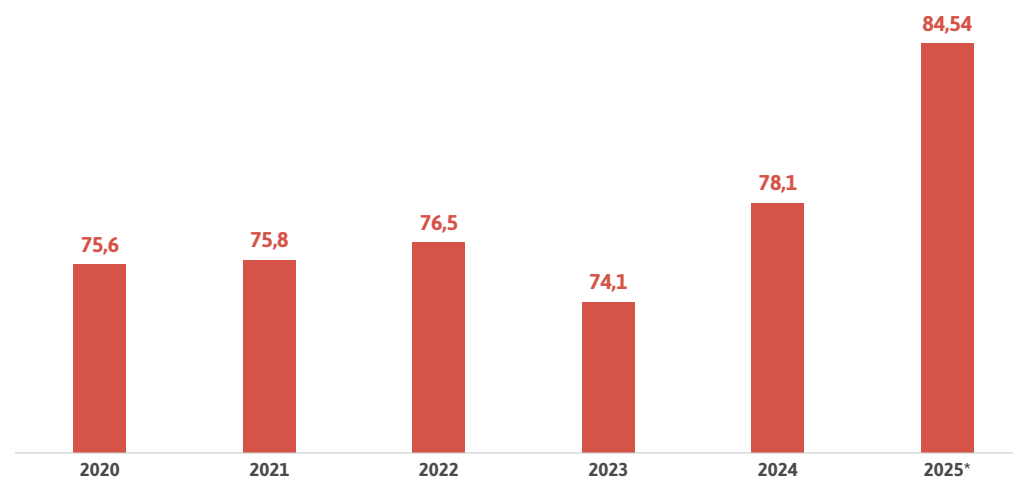
Ainda, é acompanhado, no âmbito da saúde indígena, o indicador de cobertura de esquema vacinal completo (EVS) em crianças menores de 1 ano de idade, em razão da preocupação com a redução de mortalidade e a redução da morbidade nessa faixa etária, em que é acompanhada não somente a cobertura vacinal, 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 pelo Calendário Nacional de Vacinação, conforme a idade no momento da avaliação, respeitando os intervalos e as doses recomendadas. Esse critério permite avaliar o acesso aos serviços de saúde, a capacidade do subsistema de saúde indígena em garantir a continuidade do cuidado, a disponibilidade de insumos e a efetividade das estratégias de imunização em territórios frequentemente marcados por desafios logísticos e geográficos.

Na análise desse indicador, no terceiro trimestre de 2025, observou-se que 84,54% das crianças apresentavam esquema vacinal completo, correspondendo a 16.629 crianças de um total de 19.670 acompanhadas.

Destaca-se que os dados utilizados para o cálculo desse indicador são provenientes de planilhas consolidadas e enviadas pelos Dsei. No entanto, parte dos distritos não cumpriu o prazo estabelecido para o envio, o que pode resultar em subestimação da cobertura vacinal apresentada. É esperado que ocorram atualizações e variações nos percentuais à medida que os dados pendentes forem incorporados à base de análise.

Gráfico 80 – Percentual de Crianças Menores de 1 Ano de Idade com EVC – 2020 a 2025



Fonte: planilhas padronizadas da Sesai, 2025.

*Dados preliminares referentes ao terceiro trimestre de 2025, sujeitos a alterações.

O gráfico demonstra a evolução da cobertura vacinal nos Dsei no período de 2020 a 2025. Observa-se relativa estabilidade entre 2020 e 2022, com valores próximos entre si, evidenciando a manutenção do desempenho programático das ações de imunização nesse intervalo.

Em 2023, identifica-se redução da cobertura vacinal, possivelmente associada a fatores operacionais, como dificuldades logísticas, descontinuidade de ações nos territórios, limitações de acesso geográfico e impactos na organização das equipes de saúde.

Nos anos de 2024 e 2025, verifica-se recuperação progressiva da cobertura, com incremento expressivo em 2025, que alcança o maior patamar da série histórica. Esse resultado sugere fortalecimento das estratégias de vacinação nos territórios indígenas, possivelmente relacionado à intensificação de ações extramuros, recomposição de equipes, melhoria da logística de insumos e maior articulação interinstitucional para ampliação do acesso às ações de imunização, tais como: Mês de Vacinação, Operação Gota, vacinação nas escolas, microplanejamento, Atividades de Vacinação de Alta Qualidade (Avaq), Mês de Multivacinação e campanhas anuais.

Considerando que o dado de 2025 refere-se ao terceiro trimestre e, portanto, está sujeito a consolidações e ajustes, a tendência ascendente observada indica avanço consistente no desempenho da cobertura vacinal dos Dsei. Esse cenário reforça a importância da manutenção das estratégias recentemente implementadas, do monitoramento sistemático por microáreas e do enfrentamento dos determinantes operacionais que contribuíram para a queda observada em 2023, a fim de garantir a sustentabilidade dos ganhos alcançados.

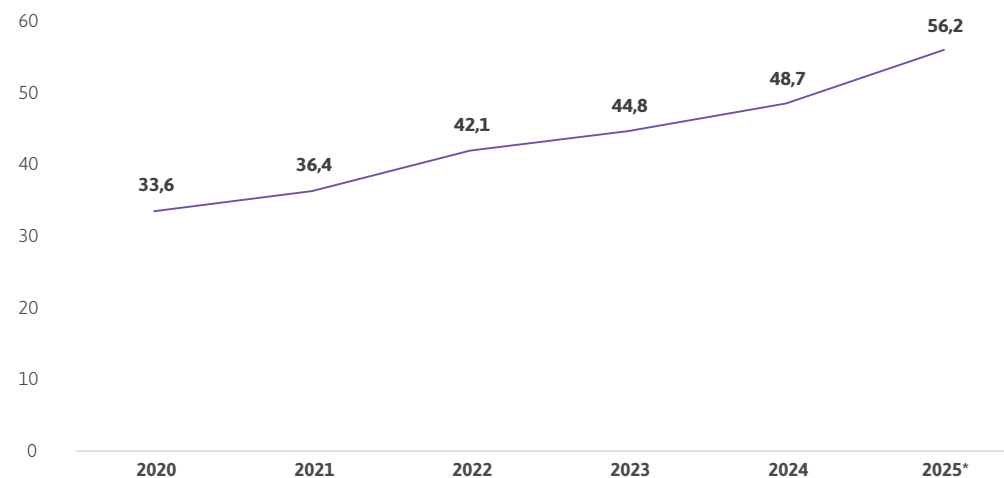
2.5.3 Saúde da Criança

Com foco no fortalecimento do desenvolvimento infantil e na redução das morbimortalidades na infância, destaca-se a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (CeD), da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Aidpi) para crianças de 2 meses a 5 anos, bem como da atenção qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido. Esses componentes constituem os eixos estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc), voltados à promoção da saúde infantil, à prevenção de agravos e à identificação precoce de situações de risco, possibilitando intervenções oportunas.

A ampliação e a qualificação das consultas de crescimento e desenvolvimento ou puericultura constituem uma prioridade no âmbito da saúde indígena, por serem fundamentais para o acompanhamento integral da saúde infantil. Dados preliminares de 2025 apontam que, do total de 19.272 crianças registradas no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi) no período analisado, 10.830 realizaram

as consultas de crescimento e desenvolvimento preconizadas para a faixa etária, o que corresponde a 56,2% do total. Esses dados evidenciam avanços na cobertura, ao mesmo tempo em que reforçam a necessidade de intensificar as ações de acesso, qualificação da atenção e registro das informações, visando à ampliação da cobertura e à melhoria contínua da atenção à saúde da criança indígena.

Gráfico 81 – Percentual de Crianças Indígenas Menores de 1 Ano com Acesso às Consultas Preconizadas de Crescimento e Desenvolvimento – 2020 a 2025



Fonte: Siasi.

*Dados preliminares referentes ao terceiro trimestre de 2025, sujeitos a alterações.

Ressalta-se que o resultado crescente do indicador é decorrente das atividades e das ações de saúde da criança desenvolvidas em 2025, entre as quais se destacam: a realização de oficinas da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Aidpi) Comunitária, com foco na saúde materna e infantil no contexto indígena, em territórios prioritários da Amazônia Legal e nos Dsei prioritários, para a redução da mortalidade infantil; a realização de oficinas de formação de multiplicadores para a promoção e a qualificação do uso da Caderneta da Criança; o monitoramento trimestral do acesso de crianças indígenas à triagem neonatal, com ênfase no teste do pezinho; a entrega de Cadernetas da Criança aos Dsei, em 2023 e 2025; e a implementação do Módulo Pessoa Indígena com Deficiência no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi-PICD), no âmbito do SasiSUS.

2.5.4 Vigilância Alimentar e Nutricional

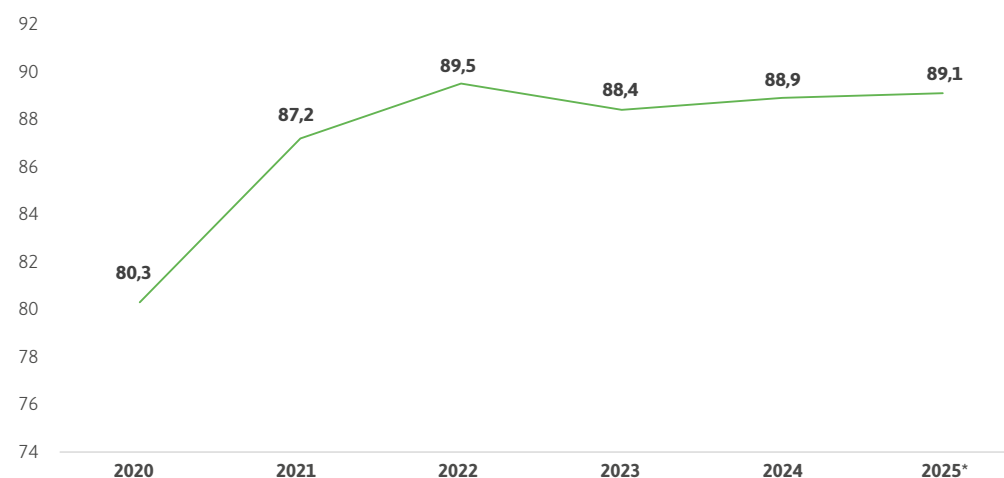
A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan) é orientadora das ações de alimentação e nutrição realizadas pela Sesai. Essa Política é estruturada por meio de nove diretrizes, entre elas a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), que está inserida no contexto da Vigilância Epidemiológica e consiste 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, de nutrição e de 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 Siasi, no módulo de Vigilância Alimentar e Nutricional, e restringem-se aos registros realizados pelos 34 Dsei.

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 2025 foi de 90,6%, correspondendo a 89.561 crianças acompanhadas de um total de 98.907, de acordo com dados preliminares.

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 2025, esse percentual foi de 72,02% (7.437), considerando um total de 10.326 crianças. Destaca-se que a fonte de dados para esse indicador é o Siasi, apresentando informações preliminares sobre o ano de 2025.

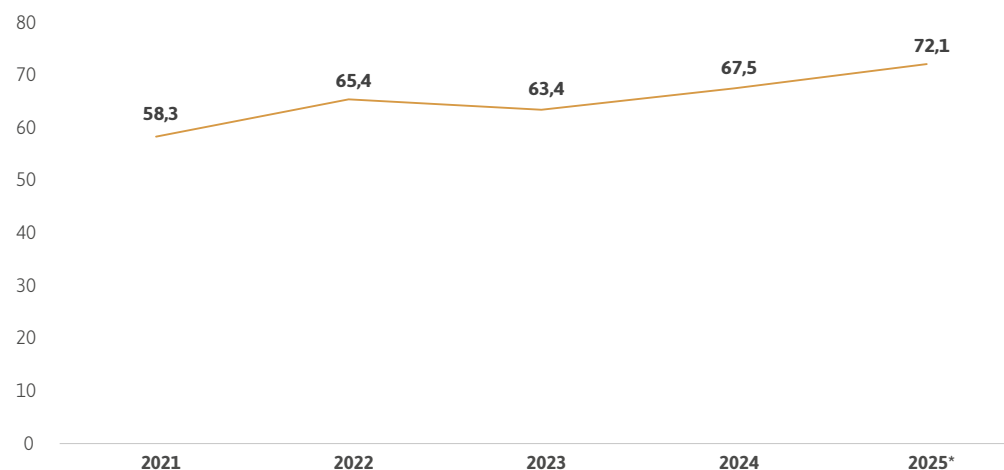
Gráfico 82 – Percentual de Crianças Indígenas Menores de 5 Anos com Acompanhamento Alimentar e Nutricional Realizado – 2020 a 2025



Fonte: Siasi.

*Dados preliminares referentes ao terceiro trimestre de 2025, sujeitos a alterações.

Gráfico 83 – Percentual de Crianças Indígenas Menores de 1 Ano que Realizaram Seis ou Mais Acompanhamentos Alimentar e Nutricional – 2021 a 2025



Fonte: Siasi.

*Dados preliminares referentes ao terceiro trimestre de 2025, sujeitos a alterações.

A publicização de dados de Vigilância Alimentar e Nutricional – Open DataSUS está disponível no link:

 <https://dadosabertos.saude.gov.br/dataset/alimentar-nutricional-van-siasi>

2.5.5 Mortalidade Materna e Infantil

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) enquadra-se 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.

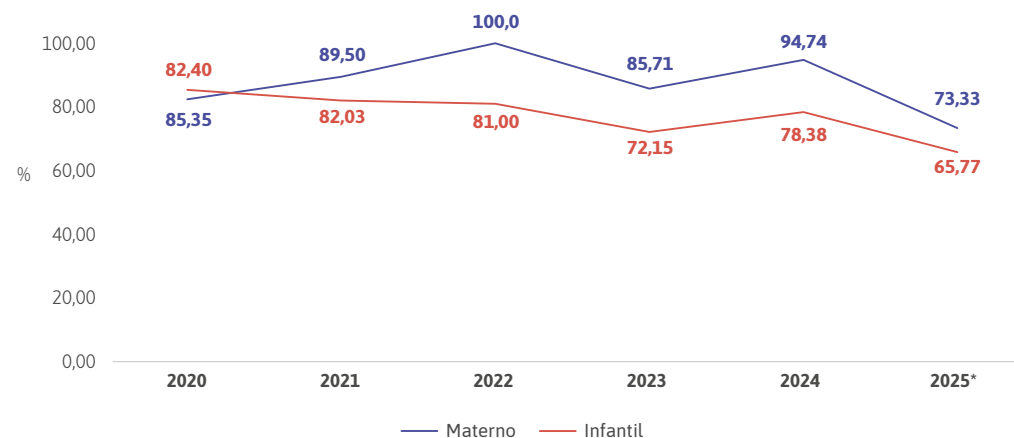
Foram consideradas as informações acerca das investigações dos óbitos, tanto infantil quanto materno, ocorridos até o terceiro trimestre de 2025, inseridas no Siasi. Ressalta-se que esses indicadores são sensíveis ao tempo de realização das investigações, que pode ser de até quatro meses pós-óbito, devido 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 2026.

Dados do terceiro trimestre de 2025 registram 15 óbitos maternos, dos quais 11 foram investigados.

Com relação aos óbitos infantis, os dados referentes ao terceiro trimestre de 2025 correspondem a informações de 33 Dsei, pois o Potiguará não registrou óbito infantil indígena no período analisado. Diante disso, foram contabilizados 409 óbitos em crianças menores de 1 ano de idade,

sendo 269 investigados, alcançando 65,77% dos óbitos registrados. De forma complementar, em 2025, foram capacitados 571 profissionais (dados referentes a 30 Dsei), e 28 distritos já implantaram o Grupo Técnico de Vigilância do Óbito, contribuindo para a estruturação da vigilância do óbito nos territórios.

Gráfico 84 – Percentual de Óbitos Maternos e Infantis Investigados – 2020 a 2025



Fonte: Siasi.

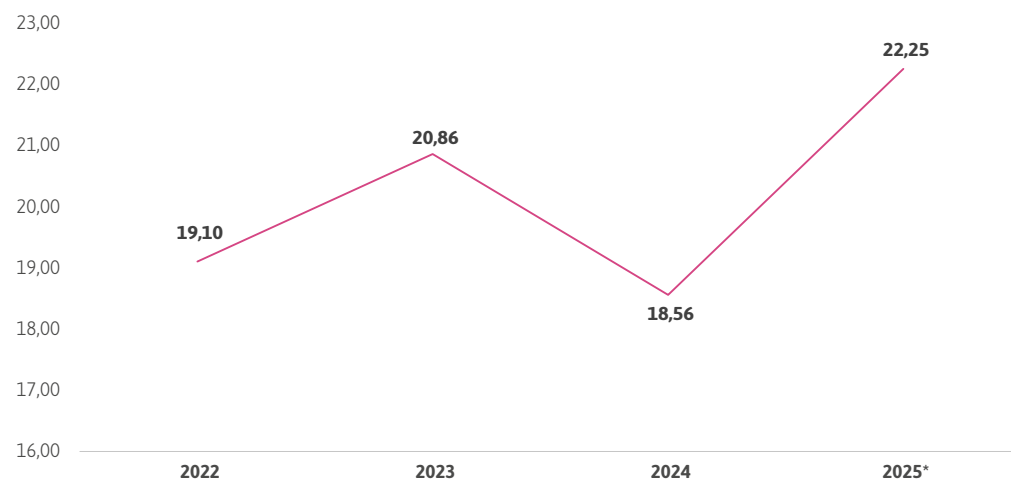
*Dados preliminares referentes ao terceiro trimestre de 2025, sujeitos a alterações.

Outro indicador acompanhado é a 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 2025 para essa taxa foi de 22,25%_{onv}. Esses valores são considerados médios, levando em conta a classificação utilizada pelo Ministério da Saúde (alta: $\geq 50,0\%$ _{onv}; média: 20,0 a 49,9%_{onv}; baixa: $\leq 19,9\%$ _{onv}).

Esse cenário exige a articulação de diferentes políticas públicas e setores, o que representa um desafio adicional para a efetiva redução desses valores na população indígena.

Gráfico 85 – Taxa de Mortalidade Infantil Indígena por Causas Evitáveis – 2022 a 2025



Fonte: Siasi.

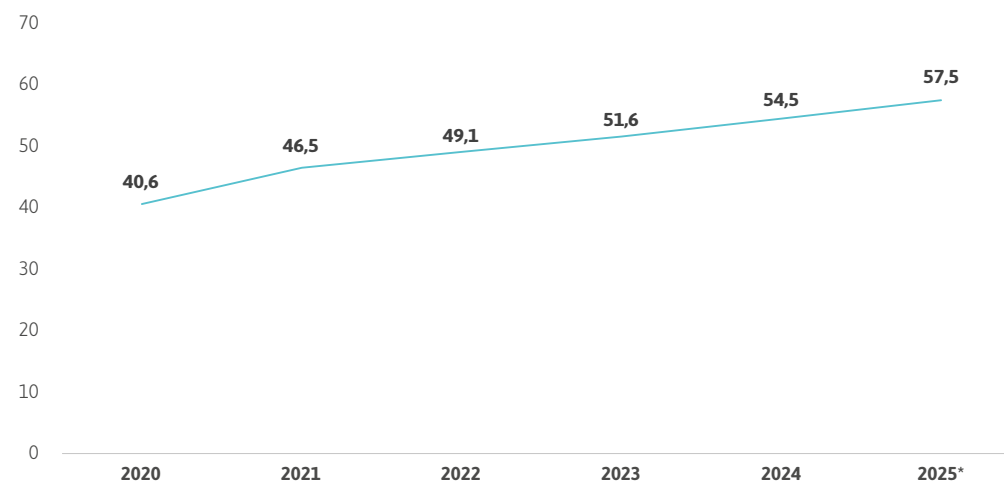
*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

2.5.6 Pré-Natal

As ações de atenção à saúde das mulheres, realizadas pelos Dsei no âmbito do SasiSUS, 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; 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.

Gráfico 86 – Percentual de Gestantes Indígenas com Acesso a Seis ou Mais Consultas de Pré-Natal – 2020 a 2025



Fonte: Siasi.

*Dados preliminares referentes ao terceiro trimestre de 2025, sujeitos a alterações.

O avanço registrado resulta das ações dos Dsei e das equipes de saúde indígena, que investiram na redução de barreiras de acesso, no aprimoramento da logística, em planejamentos estruturados, na melhoria dos desfechos maternos, no fortalecimento da educação em saúde e na capacitação profissional.

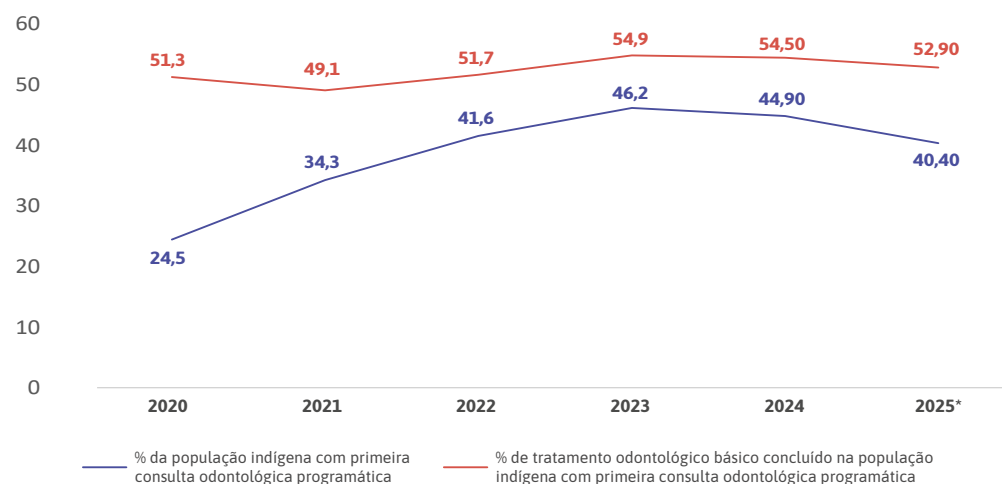
2.5.7 Saúde Bucal

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.

Outro indicador relevante é a proporção de tratamentos odontológicos básicos concluídos entre aqueles que realizaram a primeira consulta odontológica programática. Assim, foram registradas 334.358 primeiras consultas odontológicas programadas e 176.907 tratamentos odontológicos básicos concluídos.

Gráfico 87 – Percentual da População Indígena com Primeira Consulta Odontológica Programática e Tratamento Odontológico Básico Concluído – 2020 a 2025



Fonte: Siasi.

*Dados preliminares referentes ao terceiro trimestre de 2025, sujeitos a alterações.

Atendimento Odontológico às Gestantes Indígenas

Até o terceiro trimestre de 2025, nos 34 Dsei, 52,30% das mulheres indígenas que completaram a gestação realizaram ao menos uma consulta odontológica durante o pré-natal. Esse percentual corresponde a 8.487 atendimentos registrados, considerando apenas gestações finalizadas e excluindo os casos de aborto (total de 16.229).

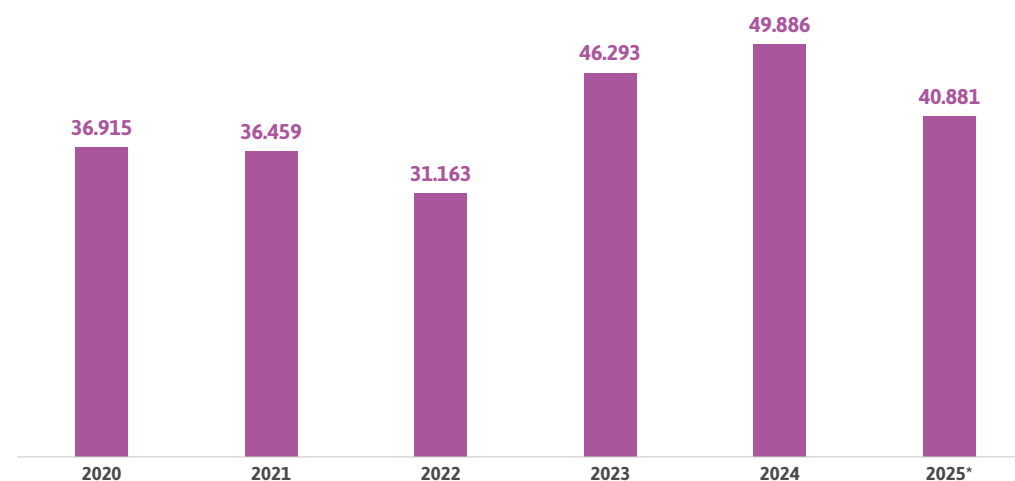
2.5.8 Malária

A malária, um dos mais graves problemas de saúde pública no Brasil, é uma doença infecciosa aguda transmitida pela picada da fêmea do mosquito

Anopheles infectada por protozoários do gênero *Plasmodium*. A região amazônica concentra 99,6% dos casos registrados no País. Os territórios indígenas localizados na Amazônia Legal estão entre os mais vulneráveis à transmissão da malária, em razão de múltiplos fatores ambientais, sociais, culturais e estruturais, que dificultam o acesso ao diagnóstico, ao tratamento oportuno e à implementação de medidas preventivas eficazes.

Verifica-se que, no ano de 2025, foram registrados 40.881 casos autóctones de malária no âmbito do SasiSUS, conforme dados preliminares do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Malária (Sivep-Malária).

Gráfico 88 – Número de Casos Autóctones de Malária Registrados pelos Dsei – 2020 a 2025



Fonte: Sivep – Malária.

*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Observa-se a ocorrência de casos positivos em 20 Dsei endêmicos, dos quais sete apresentaram aumento no número absoluto de casos quando comparados à linha de base, enquanto os demais apresentaram estabilidade ou redução.

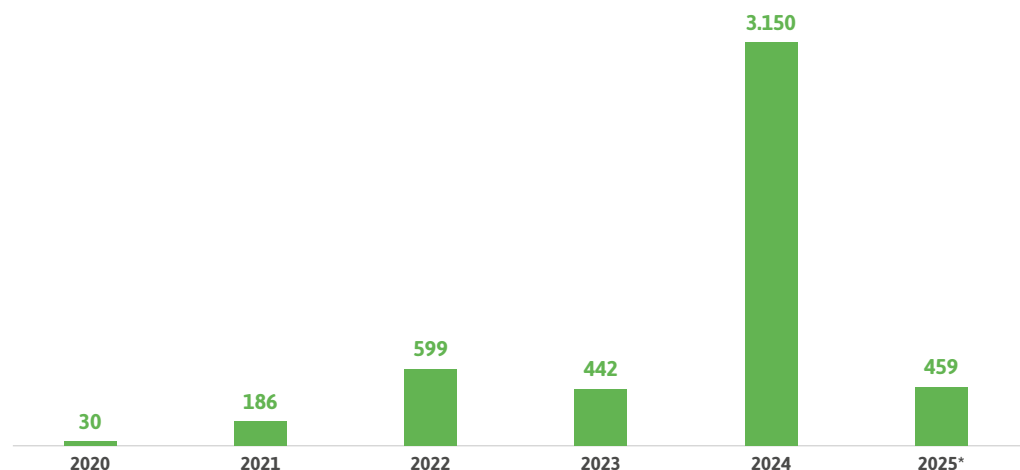
Em termos absolutos, o Dsei Yanomami concentrou o maior volume de casos em 2025 (n=25.859), configurando-se como o principal território de transmissão do País. O expressivo aumento de 69,2%

em relação a 2022 reflete, em grande medida, a ampliação das ações de vigilância epidemiológica, da busca ativa de casos e da oferta diagnóstica, no contexto do processo de reestruturação assistencial do território, após anos de desassistência. Esses achados evidenciam a elevada vulnerabilidade epidemiológica da região e a magnitude da transmissão local historicamente reprimida.

2.5.9 Arboviroses

Com base nos dados notificados no Siasí, em 2025, observa-se um cenário heterogêneo da ocorrência de arboviroses em áreas indígenas, com concentração expressiva de casos em alguns Dsei, indicando diferentes níveis de vulnerabilidade epidemiológica, ambiental e operacional. Dos 459 casos registrados, destacam-se os Dsei Kaiapó do Pará (103 casos), de Mato Grosso do Sul (81 casos) e do Alto Rio Solimões (59 casos) como os Dsei com maior carga de notificações, configurando áreas prioritárias para intensificação das ações de vigilância, prevenção e controle.

Gráfico 89 – Casos de Arboviroses na População Indígena Assistida pelo SasiSUS – 2020 a 2025



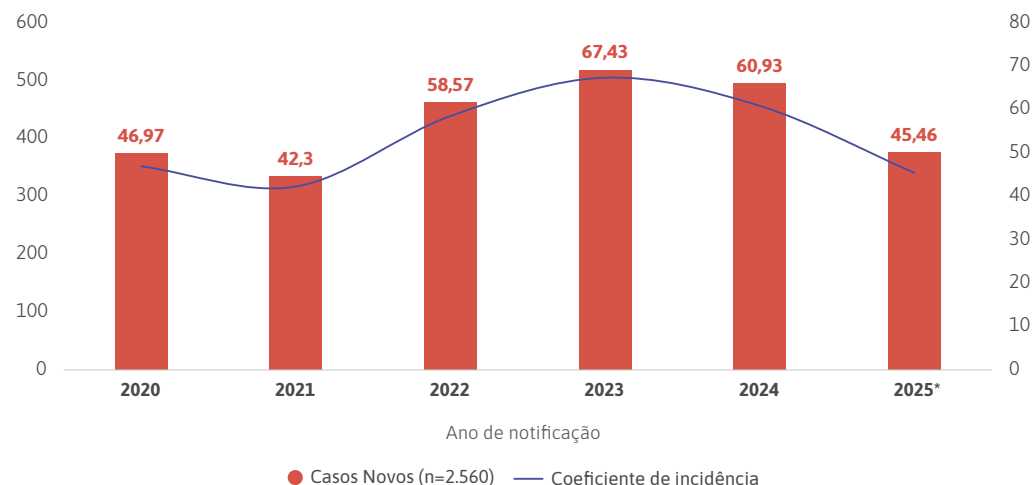
Fonte: Siasí.
*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Destaca-se que 2024 foi considerado o período de maior transmissão de dengue já registrada no País. Devido à gravidade do cenário, estados e municípios tiveram de adotar medidas excepcionais, incluindo decretos de emergência em algumas localidades para reforçar a gestão da crise, além de intensificar as iniciativas de vigilância, prevenção e controle. Assim, pode-se observar redução de mais de 85% dos casos de 2024 para 2025, conforme o gráfico a seguir.

2.5.10 Tuberculose

No período de 2020 até o terceiro trimestre de 2025, foram registrados 2.955 casos de tuberculose no Siasí. Entre esses, 2.560 (86,6%) corresponderam a casos novos da doença.

Gráfico 90 – Número de Notificações e Coeficiente de Incidência de Tuberculose no SasiSUS – 2020 a 2025



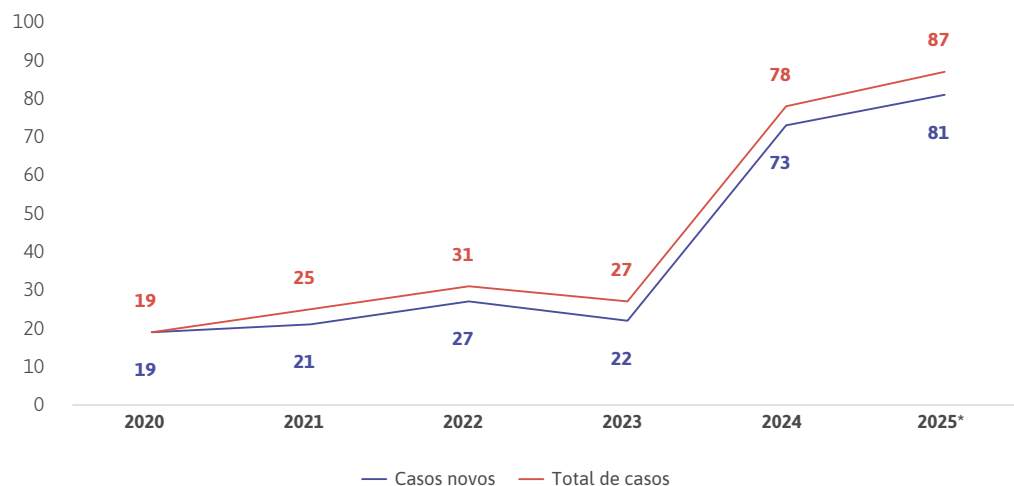
Fonte: Siasí.
*Dados preliminares referentes ao terceiro trimestre de 2025, sujeitos a alterações.

Entre as ações realizadas no ano, destaca-se o fortalecimento da articulação interinstitucional com a SVSA e com os Programas Estaduais de Controle da Tuberculose, com o objetivo de ampliar a oferta de ações de qualificação para os profissionais que atuam nos territórios indígenas. Paralelamente, foi intensificado o monitoramento do número de casos de tuberculose nos Dsei, por meio da realização de reuniões periódicas, visando ao fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica, à detecção oportuna, ao acompanhamento dos casos e ao aprimoramento das estratégias de controle da doença.

2.5.11 Hanseníase

De 2020 até o terceiro trimestre de 2025, foram registrados 267 casos de hanseníase no Siasí. Entre estes, 243 (91%) corresponderam a casos novos da doença. Em 2025, os Dsei com maior número de notificações de hanseníase registradas no Siasí foram: Dsei Tocantins, com 33; seguido do Dsei Pernambuco, com 19; Dsei Manaus, com 8; e Dsei Ceará, com 7.

Gráfico 91 – Número de Notificações de Hanseníase no SasiSUS – 2020 a 2025



Fonte: Siasi.

*Dados preliminares referentes ao terceiro trimestre de 2025, sujeitos a alterações.

2.5.12 Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato (PIIRC)

Atualmente, o Estado brasileiro reconhece 114 registros de Povos Indígenas Isolados (PII), dos quais 28 são referências classificadas como confirmadas. Além dos povos isolados, também são reconhecidas 22 etnias classificadas como de recente contato.

Em razão da elevada vulnerabilidade a que esses povos estão submetidos, da gravidade do curso das patologias mais frequentes e das dificuldades relacionadas à compreensão dos signos da sociedade, torna-se imprescindível a implementação de um acompanhamento permanente, sistemático e interinstitucional nos territórios onde há presença de PIIRC. Esse acompanhamento deve articular ações de vigilância em saúde e proteção territorial,

com vistas à prevenção de contatos forçados, à mitigação de agravos à saúde e à garantia da integridade física, cultural e social desses povos.

No exercício de 2025, as ações de monitoramento dos povos isolados, participação em Salas de Situação, grupos técnicos e redes interinstitucionais possibilitaram a prevenção de riscos, a resposta a situações de emergência e a ampliação da proteção sanitária e territorial. A implementação e a ampliação de expedições realizadas em parceria com organizações da sociedade civil consolidaram-se como um dos principais instrumentos de ampliação do acesso à Atenção Especializada nos territórios de povos indígenas de recente contato. Também foram realizadas múltiplas missões em áreas de difícil acesso, com a oferta de atendimentos e procedimentos em especialidades como oftalmologia, pediatria,

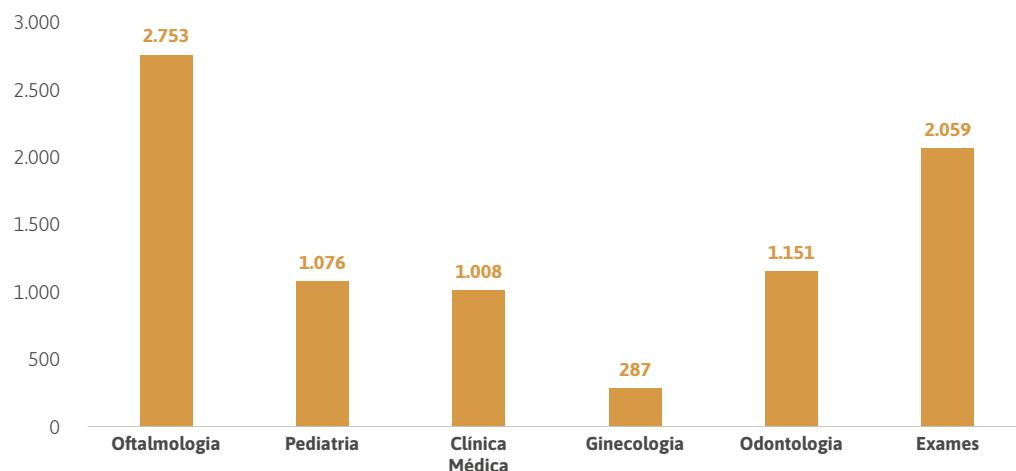
clínica médica, ginecologia, odontologia, realização de exames laboratoriais e, inclusive, realização de pequenas cirurgias. Essas ações permitiram a identificação e o tratamento de agravos de forma oportuna, a redução de demandas reprimidas e o aumento da resolutividade da atenção em território.

Como parte das ações de ampliação do acesso à Atenção Especializada em territórios indígenas, em 2025 a Sesai estabeleceu parceria estratégica para fortalecer a oferta de serviços de saúde às populações de recente contato, por meio de Acordo de Cooperação com Organização da Sociedade Civil (OSC). A iniciativa possibilitou a realização de nove ações itinerantes de saúde nos territórios, das quais seis foram direcionadas a populações de recente contato.

Foram ofertadas consultas em pediatria, clínica médica, ginecologia, odontologia e oftalmologia — com distribuição de óculos de grau —, além de exames laboratoriais e de imagem, ações de capacitação para profissionais e comunidades, e a realização de pequenas cirurgias no interior dos territórios, reduzindo a necessidade de remoções para centros urbanos e reforçando o princípio da resolutividade no território, conforme previsto em portaria interministerial aplicável.

Com relação aos resultados e produtos da iniciativa, as ações itinerantes executadas em 2025 alcançaram 4.051 indígenas, sendo 2.513 adultos e 1.538 crianças, e totalizaram 8.334 atendimentos, dos quais 6.275 foram consultas em todas as especialidades e 2.059 foram exames laboratoriais e de imagem, além da entrega de 515 óculos de grau.

Gráfico 92 – Total de Atendimentos Realizados por Especialidade – 2025



Fonte: Planilha de Monitoramento da OSC.

Os resultados alcançados evidenciam o fortalecimento da capacidade institucional da Sesai para atuar em contextos de alta complexidade e risco, articulando ações de vigilância, atenção à saúde, proteção territorial e coordenação intersetorial.

Esse conjunto de iniciativas contribuiu para a ampliação da proteção à vida, à integridade física e cultural e aos direitos fundamentais dos PIIRC, em consonância com as diretrizes da política indigenista e com os compromissos assumidos pelo Estado brasileiro perante os órgãos de controle e a sociedade.

2.5.13 Saneamento Indígena

No que se refere às obras de saneamento indígena, ocorrem a partir da implantação, da ampliação e da 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, tratam da implantação, da reforma e da ampliação de Sistemas de Abastecimento de Água (SAA), Solução Alternativa Coletiva de Abastecimento de Água (SAC) e Melhorias Sanitárias Domiciliares.

Em 2025, 269 aldeias indígenas foram beneficiadas com obras diretamente relacionadas ao saneamento, sendo 158 implantações e 111 reformas/ampliações. Das 158 implantações, 47 são resultantes do novo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Ainda, encontram-se em execução obras em 154 aldeias indígenas, sendo 116 implantações e 38 reformas/ampliações; destas, 62 são oriundas do novo PAC.

Abastecimento de Água

O MS 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 SAA ou SAC, constituídos principalmente pela perfuração de poços tubulares acompanhados de cloradores para desinfecção, ou pela captação superficial acompanhada de tratamento com as etapas de filtração e cloração, utilizando-se de filtros como o Salta-Z, que é um tipo de solução para tratamento simplificado de água para abastecimento coletivo.

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 de 2025, foram realizadas diversas iniciativas, incluindo a instalação de 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 2025, foram concluídas obras de infraestrutura em 158 aldeias que não tinham acesso à água potável, ampliando para 3.568 a cobertura de aldeias com abastecimento. Além disso, visando manter o bom funcionamento das infraestruturas de abastecimento de água existentes, também foram concluídas 111 obras de reformas e/ou ampliações.

Monitoramento da Qualidade da Água

O MS é responsável por realizar ações de qualidade da água para consumo humano nas aldeias indígenas, que incluem o monitoramento periódico da qualidade da água. Esse monitoramento é feito pelos Dsei a partir da aferição dos parâmetros básicos de qualidade da água para consumo humano, atividade executada conforme o Plano de Monitoramento da Qualidade de Água para Consumo Humano em Aldeias Indígenas (PMQAI).

O monitoramento da qualidade da água para consumo humano requer uma frequência idealmente mensal nas aldeias indígenas, demandando recursos humanos e logísticos para sua realização. A maior parte das análises é feita em campo, porém as que necessitam ser realizadas em laboratório envolvem protocolos de coleta e transporte das amostras que precisam ser seguidos de forma a garantir a confiabilidade dos resultados. Assim, a logística de acesso às aldeias é um fator crucial para essa atividade.

Em 2025, foram realizadas 9.955 visitas para a coleta e a análise da qualidade da água em aldeias indígenas, abrangendo um total de 592 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*).

Considerando que os Dsei não dispõem de estrutura técnica e laboratorial para a realização de análises de maior complexidade, como aquelas referentes à detecção de agrotóxicos e metais, a Coordenação de Saúde Ambiental articulou, em conjunto com os Dsei, amostragens emergenciais de água em aldeias das quais se receberam denúncias ou demandas judiciais. Tal articulação foi feita com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios e conta com o apoio de laboratórios de saúde pública. Continua em discussão a formalização de parceria com laboratório de referência para viabilizar a execução de planos de amostragem da água para análise de mercúrio, agrotóxicos e outros contaminantes ambientais nas aldeias indígenas que os Dsei identificarem ter possível influência de atividades poluidoras.

Tratamento da Água

Em áreas indígenas, o acesso à água potável ocorre por duas frentes. A primeira consiste na implantação de infraestruturas de abastecimento de água, nos formatos de Sistema de Abastecimento de Água (SAA) ou Sistema Alternativo Coletivo (SAC), com etapas de tratamento adaptadas à qualidade da água bruta do manancial de captação. A segunda refere-se à implementação do tratamento intradomiciliar. A maioria das infraestruturas de abastecimento de água realiza, prioritariamente, a captação subterrânea e, em geral, emprega a desinfecção por cloração como principal método de tratamento. Entretanto, é importante destacar que existem diversas possibilidades de tratamento da água, cuja escolha depende das características locais, como a bacia hidrográfica, as particularidades étnicas e culturais da população indígena, entre outros fatores.

Em 2025, do total de aldeias indígenas com infraestruturas de abastecimento de água instaladas, 1.969 possuíam tratamento. Ressalta-se que, na impossibilidade de implementação dessas medidas, ou até que sejam efetivamente implantadas, a Sesai adota a segunda estratégia de tratamento da água, o tratamento intradomiciliar, que consiste na utilização de filtros de barro ou de outros dispositivos de filtração domiciliar, bem como na aplicação de hipoclorito de sódio a 2,5% para a desinfecção da água, distribuído à população com orientações para o uso adequado.

Gerenciamento de Resíduos Sólidos (GRS)

O GRS nas aldeias caracteriza-se por um rol de atividades relacionadas à coleta, ao acondicionamento e à destinação dos resíduos gerados nela, incluindo a implementação de atividades voltadas à triagem, ao reaproveitamento e à destinação dos recicláveis à cadeia local de reciclagem, além de logística reversa de alguns materiais, compostagem de resíduos orgânicos, hortas e roças comunitárias associadas à compostagem.

Entre as atividades contabilizadas, foram realizadas inspeções sanitárias, feitas a partir de verificação das condições da aldeia e do andamento de soluções de resíduos sólidos implementadas, que são usadas para monitorar as atividades de GRS. Além delas, são realizadas visitas domiciliares com orientações aos moradores, outras atividades aplicadas, como mutirões de limpeza e atividades de educação, entre rodas de conversa, oficinas e palestras. É incentivado que as atividades sejam realizadas em parceria com as escolas indígenas e outras instituições de ensino.

Em 2025, a implementação do GRS foi realizada, em média, em 10,75% das aldeias do País, correspondendo a 716 com ações de inspeção sanitária, com frequência compatível ao critério estabelecido no PDSI, e realização de atividades educativas e aplicadas ao tema. No total, foram realizadas 14.349 inspeções sanitárias para avaliação das condições das aldeias quanto ao gerenciamento dos resíduos gerados nelas.

Centro de Referência em Saúde Indígena (CRSI)

A partir de 2023, foram iniciados estudos técnicos e levantamentos de necessidades com vistas à implantação do primeiro CRSI.

O CRSI constitui uma nova tipologia de estabelecimento de saúde, voltada à ampliação e à integração de serviços em territórios indígenas de acesso restrito, assegurando atendimentos contínuos e especializados às comunidades atendidas.

A estrutura do Centro contempla edificações destinadas ao atendimento em saúde, alojamentos para profissionais de saúde, espaços de convivência e apoio às equipes, bem como refeitório e cozinha, assegurando a assistência nutricional aos pacientes indígenas, em consonância com as necessidades da unidade e com as ações previstas no contexto da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) no território indígena Yanomami.

O primeiro CRSI foi inaugurado em setembro de 2025, em Surucucu. A unidade possui capacidade para acolher até 70 profissionais de saúde, entre equipes fixas e profissionais de missões estratégicas, além de atender até 120 indígenas, entre pacientes e acompanhantes. Sua implantação representa um avanço estrutural e assistencial relevante, contribuindo diretamente para a melhoria das condições de saúde e de vida e para o fortalecimento da atenção à saúde indígena na região Yanomami.

2.5.14 Controle Social

A Pnaspi estabelece, como uma de suas diretrizes, o controle social, instrumento que assegura a participação indígena no SasiSUS de forma qualificada, deliberativa, autônoma e representativa, em conformidade com as prerrogativas estabelecidas na legislação do SUS.

Em relação ao ano anterior, a execução das atividades de participação e controle social na saúde indígena apresentou progresso satisfatório, com ampliação das qualificações das instâncias colegiadas. Observou-se aumento de 31% na qualificação de conselheiros distritais e de 270% na qualificação de conselheiros locais de saúde indígena. Foram programadas 35 qualificações de Condisi, das quais 25 foram executadas (71%), resultando na qualificação de 860 conselheiros distritais de saúde indígena. No âmbito dos Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI), foram programadas 615 qualificações, sendo realizadas 498 (81%), com a qualificação de 3.146 conselheiros locais. Ressalta-se que essas qualificações contribuem para o fortalecimento do envolvimento e da atuação qualificada dos conselheiros nos âmbitos local, distrital e nacional.

Adicionalmente, foram realizadas visitas técnicas aos polos-base de saúde indígena, no âmbito das áreas de abrangência dos Dsei, totalizando 417 visitas técnicas, de acordo com 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 (RAG) de Estados e Municípios

O Ministério da Saúde (MS) possui, no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2024-2027, a meta 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, relativa ao planejamento do Sistema Único de Saúde (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 DigíSUS 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>

 <https://digisusgmp.saude.gov.br/v1.5/transparencia/extracao>

Em 2025, 5.148 entes federados encaminharam o RAG 2024 para análise dos respectivos Conselhos de Saúde, sendo 5.124 municípios e 24 unidades da Federação (UFs), refletindo um alcance de 108,24% da meta prevista.

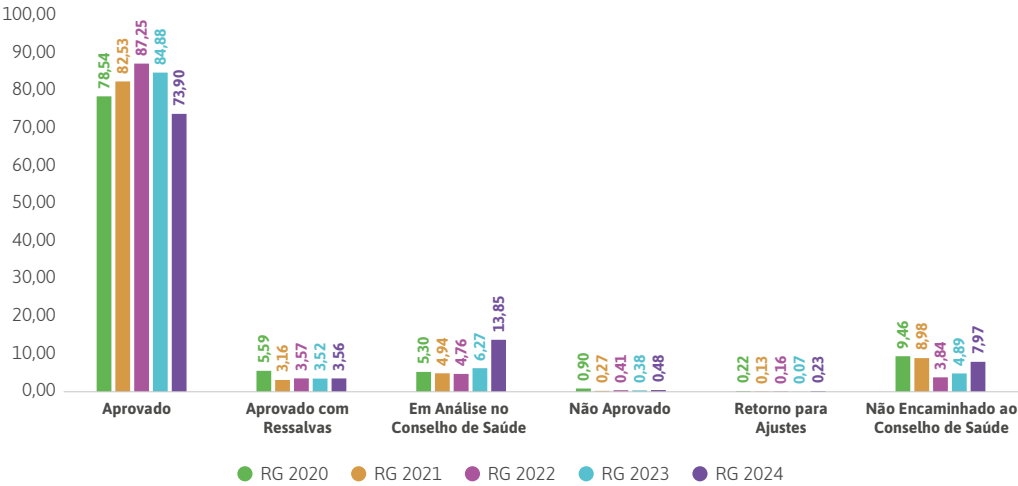
O DGMP recebe informações dos documentos referentes a 2018 em diante. Desde junho de 2020, tem sido elaborado, mensalmente, o *Boletim Informativo – Situação dos Instrumentos de Planejamento*. Esse boletim é enviado a todas as secretarias do Ministério da Saúde, aos Serviços de Articulação Interfederativa 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>



Ainda no ciclo do PNS 2024-2027, está prevista a capacitação de 17 mil 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 93 – Situação do Relatório de Gestão dos Municípios por Status (%) – 2020 a 2024



Fonte: DGMP.

Tabela 63 – Proporção de Municípios que Encaminharam o Relatório de Gestão para Análise do Conselho de Saúde por Estado (%) – 2020 a 2024

UF	2020	2021	2022	2023	2024
AC	68,18	68,18	86,36	86,36	77,27
AL	91,18	92,16	97,06	98,04	97,06
AM	100,00	98,39	100,00	100,00	95,16
AP	62,50	68,75	75,00	68,75	62,50
BA	89,69	88,25	93,29	90,89	79,62
CE	93,48	93,48	99,46	96,20	91,30
ES	87,18	93,59	100,00	100,00	100,00
GO	97,15	91,87	99,59	99,59	98,37
MA	63,13	71,89	74,65	71,89	70,05
MG	91,79	91,56	97,30	96,60	93,32
MS	98,73	98,73	100,00	100,00	98,73
MT	97,16	96,45	97,16	96,45	90,07
PA	68,06	75,69	90,28	88,19	84,03
PB	88,34	87,89	93,72	90,58	90,58
PE	89,13	90,76	96,20	93,48	91,30
PI	73,21	80,80	98,21	95,54	91,96
PR	98,75	98,50	99,50	99,00	96,49
RJ	92,39	90,22	95,65	95,65	95,65
RN	96,41	94,61	98,20	97,01	94,61
RO	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
RR	100,00	100,00	100,00	100,00	93,33
RS	98,39	98,79	100,00	99,80	99,80
SC	96,61	94,58	97,97	97,63	94,58
SE	92,00	93,33	96,00	96,00	92,00
SP	86,98	87,44	94,57	94,26	91,63
TO	100,00	100,00	100,00	100,00	98,56
BRASIL	90,54	91,02	96,16	95,11	92,03

Fonte: DGMP.

2.6.2 Planejamento da Força de Trabalho em Saúde (PFTS)

O PFTS é um processo contínuo e estratégico voltado a assegurar a disponibilidade, a distribuição adequada e a qualificação dos trabalhadores para a devida atenção à saúde – em especial, do SUS. Esse planejamento envolve a análise da oferta de profissionais e da demanda dos serviços de saúde, permitindo que os gestores viabilizem a força de trabalho de acordo com as necessidades de saúde.

Em 2025, realizou-se um conjunto abrangente de ações que perpassam a produção de informações e a qualificação dos dados existentes sobre a força de trabalho no Brasil; a potencialização de ações de planejamento em âmbito nacional, para atender às necessidades da força de trabalho; e a instrumentalização dos territórios para capilarização dessas ações nas esferas local e regional.

2.6.3 Regulação e Democratização do Trabalho na Saúde

O MS atuou, em 2025, no fortalecimento das relações de trabalho no SUS, por meio da negociação coletiva e do aprimoramento dos espaços institucionais de regulação. O Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS), criado em 2005, encontra-se reinstalado e em processo de expansão contínua. No âmbito da regulação profissional em saúde, destaca-se, como marco relevante para o fortalecimento da saúde pública no Brasil, a publicação da Portaria GM/MS n.º 9.029, de 28 de

novembro de 2025, que institui a Comissão Técnica do Registro Profissional do Sanitarista (CTRPS), com a finalidade de propor critérios técnicos para o registro profissional, contribuindo para a organização e o reconhecimento dessa categoria no âmbito do SUS.

2.6.4 Gestão e Valorização do Trabalho na Saúde

A Portaria GM/MS n.º 3.100, de 18 de janeiro de 2024, instituiu a Comissão para Discussão e Elaboração de Proposta de Carreira no âmbito do SUS (CDEPCA/SUS). Em 2025, os trabalhos resultaram na elaboração de um conjunto de documentos que compõem arcabouço jurídico estruturante, incluindo a síntese das deliberações da Comissão, o projeto de lei de criação do Fundo Nacional Tripartite para o Trabalho (Funtrab-SUS), o projeto de lei que institui a carreira única tripartite no SUS e a proposta de emenda constitucional correlata. Esses documentos foram encaminhados à Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS) para análise e qualificação técnica e política, etapa necessária ao seu posterior encaminhamento às instâncias competentes para apreciação e deliberação.

O Plano Setorial de Prevenção e Enfrentamento ao Assédio e às Discriminações no Trabalho na Saúde (PEADTS) foi instituído pela Portaria GM/MS n.º 6.638, de 20 de fevereiro de 2025, com o objetivo de prevenir, acolher, apurar e responsabilizar práticas de assédio e discriminação no âmbito do

MS. Com relação ao Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde e Segurança do Trabalhador e da Trabalhadora do SUS (Pnaist/SUS), houve avanços na construção técnica, participativa e federativa ao longo de 2025. Contudo, a proposta permaneceu em fase de elaboração e pactuação, em razão da ausência de consenso entre os entes federativos no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), especialmente no Grupo de Trabalho de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (GT-GTES), o que inviabilizou a validação normativa, impedindo a pactuação final necessária à implementação do Programa.

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

No que se refere às políticas remuneratórias para os trabalhadores da saúde, a Coordenação-Geral de Planejamento, Regulação e Provimento da Força de Trabalho em Saúde (CGPRP) reconhece a justa remuneração como pilar fundamental para a qualidade do SUS e tem atuado na formulação de incentivos à valorização salarial, com viabilidade financeira por meio de políticas remuneratórias planejadas e implementadas de forma articulada com alinhamento aos princípios de equidade, dignidade do trabalho, buscando correção de distorções e continuidade das políticas públicas.

Em 2025, iniciaram-se as análises de impacto orçamentário-financeiro para o aperfeiçoamento do modelo de assistência financeira complementar do Piso da Enfermagem. Com um investimento de R\$ 10,3 bilhões, esse repasse da União viabiliza o cumprimento do piso salarial nacional para profissionais das esferas federal, estadual, municipal e distrital, além de entidades filantrópicas do SUS. Ao todo, a medida beneficia trabalhadores em todas as unidades federadas, alcançando 5.163 municípios habilitados ao recebimento dos recursos.

2.6.5 Qualificação Profissional

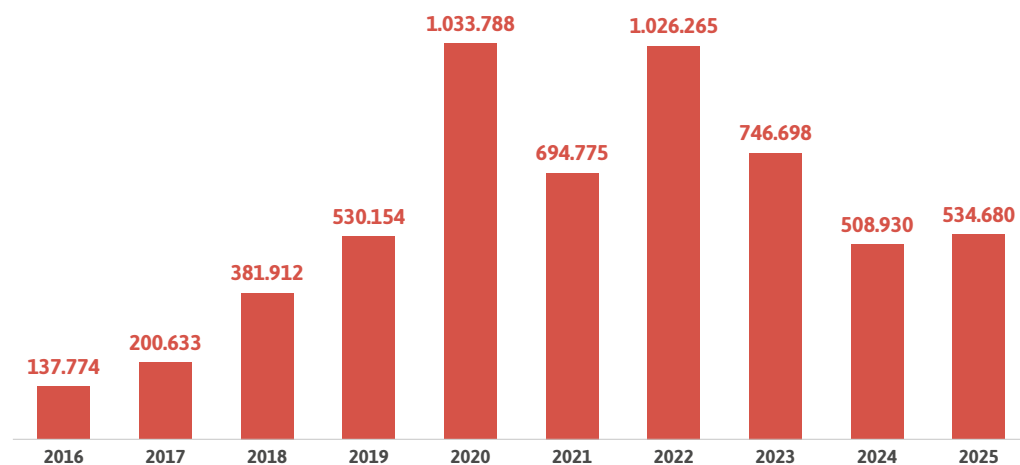
O ordenamento para a formação de Recursos Humanos é uma das atribuições do SUS. Nesse sentido, a qualificação profissional está relacionada à formação, à capacitação e à educação permanente dos trabalhadores da saúde. Como desafio, tem-se a busca por aproximação das necessidades de saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades usuárias do SUS ao conjunto de competências dos trabalhadores da saúde. Nesse contexto, o indicador considera o quantitativo de profissionais do SUS — gestores e trabalhadores — qualificados em processos educacionais voltados à qualificação da gestão e da assistência na perspectiva do desenvolvimento profissional, da ampliação do acesso e da promoção do cuidado integral e equânime no SUS.

Em 2025, a atuação da SGTES, no campo da integração ensino-serviço-comunidade, avançou de forma consistente por meio da implementação articulada de programas estruturantes voltados à formação em saúde, à permanência estudantil e à qualificação dos ambientes formativos no SUS.

Nesse cenário, foram qualificados 534.680 profissionais, entre os quais trabalhadores e gestores de saúde em processos de educação, com foco na Atenção Primária, nas redes e nos programas prioritários do Ministério da Saúde. Esse número contempla os cursos ofertados na modalidade de educação a distância (EaD), podendo ser acessados por meio do link:

 <https://www.unasus.gov.br/>

Gráfico 94 – Evolução do Número de Trabalhadores, Gestores, Usuários e Estudantes Qualificados em Áreas Prioritárias do SUS – 2016 a 2025



Fonte: Relatório Consolidado das Plataformas Educacionais UNA-SUS, AVASUS, UniverSUS e CVSP/Opas/OMS.

Nota: as qualificações realizadas por meio da Plataforma UniverSUS foram contabilizadas até o ano de 2023. As qualificações realizadas por meio do Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AVASUS) foram contabilizadas até fevereiro de 2024.

Quanto às ações de fortalecimento das práticas educativas e participativas em saúde, encontra-se em execução o Programa Agentes de Educação Popular em Saúde (AgPopSUS), com o objetivo de contribuir para a atuação dos movimentos sociais populares na defesa do SUS e do direito à saúde. O Programa orienta-se pela perspectiva do fortalecimento do protagonismo popular, da articulação de saberes e das práticas de educação popular em saúde nos territórios. Os educadores conduzem o processo formativo, sendo responsáveis pelo planejamento, pela coordenação e pela avaliação pedagógica. Os educandos, lideranças comunitárias dos territórios, participam da formação e, ao final, atuam como agentes educadores populares de saúde, desenvolvendo ações locais de mobilização, diagnóstico e articulação entre os saberes populares e o SUS.

Tabela 64 – Número de Turmas Concluídas e Agentes de Educação Popular em Saúde que Concluíram a Formação pelo AgPopSUS – 2025

Região	UF	N.º de turmas concluídas	N.º de educandos	N.º de educadores	Total geral de formados
Nordeste	Alagoas	16	213	16	229
	Bahia	11	104	11	115
	Ceará	10	108	10	118
	Paraíba	8	74	8	82
	Pernambuco	22	267	22	289
	Piauí	7	92	7	99
	Rio Grande do Norte	10	137	10	147
	Sergipe	7	105	7	112
Centro-Oeste	Distrito Federal	11	94	10	104
	Goiás	15	104	10	114
Sul	Paraná	13	117	9	126
	Rio Grande do Sul	7	82	8	90
	Santa Catarina	19	169	13	182
Sudeste	Espírito Santo	10	71	7	78
	Minas Gerais	10	217	19	236
	Rio de Janeiro	9	89	11	100
	São Paulo	8	188	15	203
TOTAL	17	193	2.231	193	2.424

Fonte: Coordenação-Geral de Ações Estratégicas de Educação na Saúde (Cgaes/Deges/SGTES/MS).

O desempenho parcial do AgPopSUS evidencia que, embora o programa tenha alcançado resultados relevantes em termos de formação e mobilização social, fatores operacionais, territoriais e socioeconômicos limitaram o alcance integral das metas previstas no período. As dificuldades na execução descentralizada, associadas à evasão de participantes e aos atrasos na conclusão das turmas, impactaram diretamente o quantitativo final de concluintes.

O MS 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. O Programa Mais Saúde com Agente é desenvolvido pela parceria entre o MS, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e o Conasems. Em 2025, o Programa alcançou 109.575 alunos concluintes.

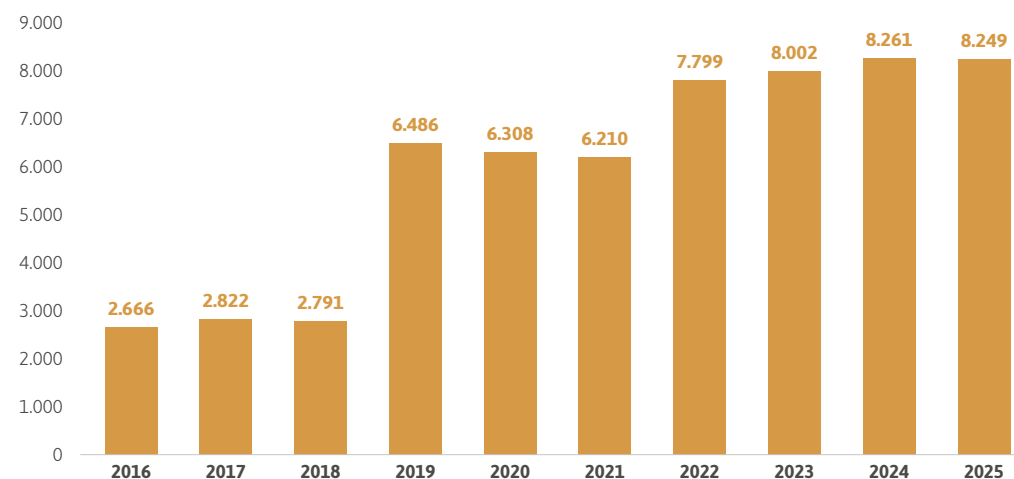
Além disso, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 8.570, de 28 de outubro de 2025, que altera a Portaria GM/MS n.º 2.168, de 5 de dezembro de 2023, para instituir incentivos financeiros aos estados e ao Distrito Federal, destinados à oferta de cursos técnicos e especializações técnicas na área da saúde, no âmbito do Programa ValorizaGTES-SUS. A medida tem como propósito ampliar a formação de profissionais técnicos em áreas estratégicas e prioritárias para o funcionamento do SUS, especialmente em regiões historicamente marcadas por vazios assistenciais, como a Amazônia Legal. Dessa forma, contribui para a interiorização da política de formação e para a redução das desigualdades regionais no provimento e na qualificação dos trabalhadores da saúde. Atualmente, o aditivo ao Programa ValorizaGTES-SUS conta com 19 adesões aprovadas, com início das ofertas previsto para 2026.

Outra ação desenvolvida em 2025 foi a instituição do Programa Nacional de Formação Técnica para o SUS (Formatec-SUS), política nacional voltada à formação e especialização de profissionais de nível técnico e médio da área da saúde, instituída pela Portaria GM/MS n.º 9.038, de 1º de dezembro de 2025.

No período de referência, destacou-se o Projeto Nós na Rede, iniciativa de educação permanente voltada à Rede de Atenção Psicossocial (Raps) do SUS. O projeto consiste em um curso de atualização híbrido, com carga horária de 120 horas, voltado à qualificação de profissionais que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), nas Unidades de Acolhimento, nas Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis a Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinsti), nas equipes multiprofissionais (eMulti). O primeiro ciclo teve início em agosto de 2025, com a oferta de 20 mil vagas em todo o País, registrando 19.504 inscritos, organizados em 675 turmas, com abrangência de 1.124 municípios. O encerramento desse ciclo está previsto para fevereiro de 2026, e o segundo ciclo, com oferta de 18 mil vagas, tem início programado para março de 2026.

A manutenção do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde) em 2025 reafirmou seu papel como indutor da integração ensino-serviço-comunidade. Essa iniciativa estratégica segue sendo fundamental para qualificar a educação pelo trabalho e alinhar a prática profissional às demandas sociais. Nesse contexto, a 11ª edição do PET-Saúde manteve a execução dos 150 projetos distribuídos em todas as regiões do País; em 2025, a edição contou com a participação de 8.249 bolsistas. Além disso, foi lançada uma nova edição temática do programa — o PET-Saúde: Informação e Saúde Digital (PET-Saúde/I&SD) —, com vigência de agosto de 2025 a julho de 2027, desenvolvida de forma intersetorial pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e pela Secretaria de Informação e Saúde Digital (Seidigi).

Gráfico 95 – Evolução do Número de Bolsistas Beneficiados em Ações do PET-Saúde – 2016 a 2025



Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Gerenciais do PET-Saúde (Sigpet).

Nota: não incluídos os bolsistas da edição PET-Saúde: Informação e Saúde Digital (PET-Saúde/I&SD), uma vez que o financiamento dessa edição é realizado em conjunto com a Seidigi/MS.

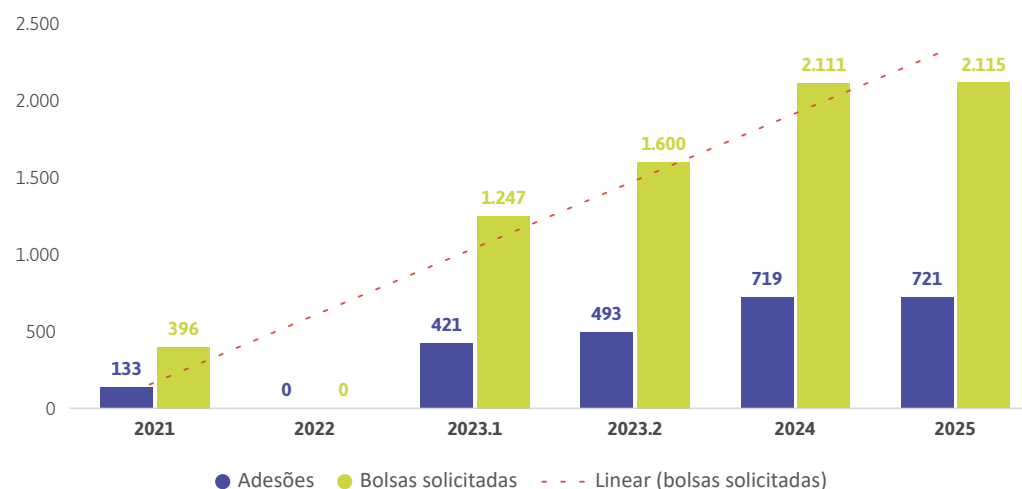
2.6.6 Residências em Saúde

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 (Pró-Residências)

O Pró-Residências visa incentivar a formação de especialistas e promover a inserção qualificada de profissionais da saúde, com foco em áreas e regiões prioritárias do SUS.

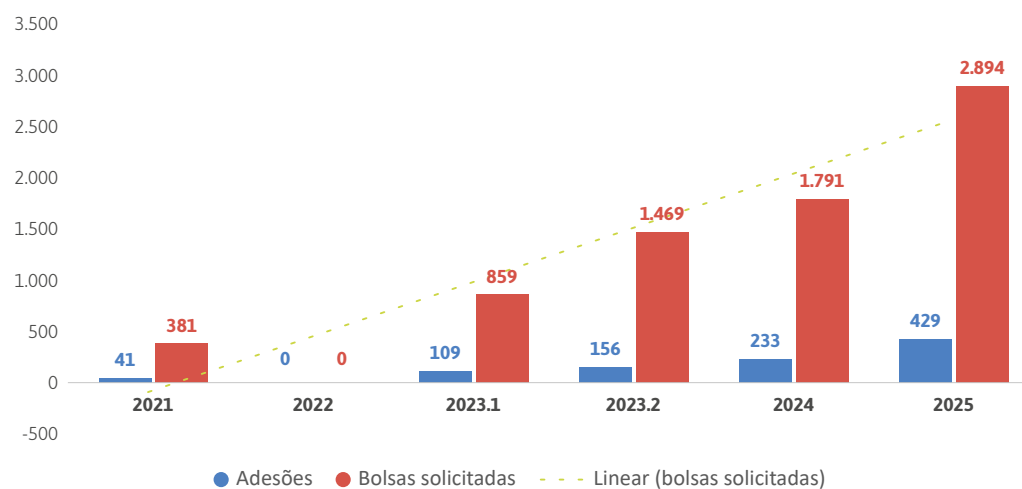
A formação por meio das residências em saúde constitui agenda estratégica para a qualificação do cuidado, do fortalecimento das redes de atenção e da redução de vazios assistenciais. Nesse contexto, o MS é o principal financiador dos Programas de Residência no País, sendo atualmente responsável pelo custeio de mais de 31 mil bolsas. Por intermédio da Coordenação-Geral de Residências em Saúde (Cgres), o MS coordena e fomenta ações, projetos e políticas públicas voltadas à Residência Médica e à Residência em Área Profissional da Saúde (multiprofissional e uniprofissional). Em dezembro de 2025, nos registros do Sistema de Informações Gerenciais (SIG-Residências), constavam 20.152 residentes médicos e 11.217 residentes em área profissional da saúde, totalizando 31.369 residentes ativos vinculados ao Pró-Residências.

Gráfico 96 – Evolução de Programas de Residência Médica e Bolsas Solicitadas – 2021 a 2025



Fonte: SGTES/MS.

Gráfico 97 – Evolução de Programas de Residência em Área Profissional da Saúde e Bolsas Solicitadas – 2021 a 2025



Fonte: SGTES/MS.

Sobre o tema, destaca-se a Política Nacional de Residências em Saúde (PNRS), instituída por meio da Portaria Interministerial MS/MEC n.º 8.995, 28 de novembro de 2025, que consolida uma política nacional integrada para todas as modalidades de residências em saúde no âmbito do SUS, estabelecendo diretrizes e incentivos voltados à qualificação e ao fortalecimento dos Programas de Residência Médica e de Residência em Área Profissional da Saúde.

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 implementação de novos Programas de Residência em Saúde visam à expansão e ao alinhamento desses programas, seus projetos político-pedagógicos, conteúdos e competências, às necessidades de saúde e políticas do SUS. Também representam uma oportunidade de ampliar a capacidade de resposta do SUS às necessidades da população, por meio da qualificação de profissionais de saúde para atuarem de forma mais efetiva e contextualizada.

Em 2025, foram viabilizadas visitas de avaliação de novos Programas de Residência em Saúde, com o apoio do Termo de Execução Descentralizada (TED) n.º 26, firmado com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, e do TED n.º 158, firmado com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Para a operacionalização das visitas, os avaliadores e as instituições foram previamente consultados quanto à disponibilidade, e as planilhas de organização e acompanhamento encontram-se em processo de consolidação pela Coordenação-Geral de Residências em Saúde da SGTES. Também foi realizado treinamento específico com os avaliadores, com o objetivo de padronizar os procedimentos e alinhar os critérios técnicos de avaliação.

Ofertas Educacionais no Âmbito das Residências em Saúde

Em 2025, foram ofertadas 4.669 ações formativas, contemplando um conjunto diversificado de cursos, oficinas, especializações, estágios e atividades de apoio técnico. Essas ofertas foram viabilizadas por meio de projetos executados no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), em parceria com hospitais de excelência, com foco na qualificação da força de trabalho e no fortalecimento da gestão da educação na saúde.

Essas iniciativas evidenciam o papel do Proadi-SUS como instrumento estratégico para o fortalecimento da formação em saúde, contribuindo para a qualificação dos Programas de Residência, a ampliação da capacidade formativa das instituições e o aprimoramento da gestão educacional no âmbito do SUS.

Tabela 65 – Ações Formativas Ofertadas nas Residências em Saúde – 2025

Oferta Formativa	2025
Cursos BLS – Basic Life Support	90
Cursos ACLS – Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (Advanced Cardiovascular Life Support – ACLS)	105
Curso PALS – Pediatric Advance Life Support	108
Aperfeiçoamento em Gestão de Programas	100
Aperfeiçoamento em Metodologia de Pesquisa e Produção Científica	250
Aperfeiçoamento em Preceptoria	250
Especialização em Preceptoria Multi	800
Especialização em Preceptoria Médica	1.200
Especialização em PSUS	540
Especialização em GPRS	540
Aperfeiçoamento NIR	80
Curso Teórico-prático GSS	80
Aperfeiçoamento em Promoção da Saúde Mental	160
Curso de Ultrassom FAST	96
Estágios Pop Rua, Trans, Povos Indígenas e CFA	270
TOTAL	4.669

Fonte: Cgres/Deges/SGTES/MS.

Mais Residências

Em conformidade com o Programa Agora Tem Especialistas, a Portaria GM/MS n.º 8.403, de 14 de outubro de 2025, instituiu o Incentivo às Residências em Saúde, com o objetivo de fortalecer a formação especializada no SUS e ampliar a capacidade assistencial em áreas estratégicas.

Para viabilizar a implementação da iniciativa, a Cgres publicou o Edital SGTES/MS n.º 8/2025, voltado à Residência em Área Profissional da Saúde, e o Edital SGTES/MS n.º 9/2025, destinado à Residência Médica. Os editais estabeleceram as diretrizes e os critérios para a concessão de incentivos financeiros, com foco na qualificação, na valorização e na fixação de residentes, preceptores, tutores e coordenadores.

A medida priorizou especialidades, áreas de atuação, áreas de especialização e anos adicionais considerados estratégicos, com ênfase em territórios e regiões prioritárias para o SUS, contribuindo para a redução de desigualdades regionais e o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Foram contempladas instituições federais, órgãos e entidades públicas municipais, estaduais e distritais, bem como instituições privadas sem fins lucrativos, habilitadas a pleitear incentivos financeiros destinados aos preceptores, aos coordenadores e aos tutores dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde (Praps) e aos preceptores e coordenadores dos Programas de Residência Médica (PRM), nos termos estabelecidos nos respectivos editais.

2.6.7 Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização da Trabalhadora no SUS

No que se refere ao Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Etnia e Valorização das Trabalhadoras no SUS, instituído em 2023, a iniciativa integra a agenda prioritária do governo federal no enfrentamento das desigualdades de gênero, raça e etnia, reafirmando o papel do Estado como promotor de políticas públicas voltadas à redução das iniquidades sociais no País.

Em 2025, a operacionalização da política de equidade ocorreu por meio da celebração de 22 instrumentos de parceria com universidades, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Organizações da Sociedade Civil (OSC), além da execução de três projetos com hospitais de excelência, no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS).

No âmbito da parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (Haoc), foram ofertadas 2 mil vagas para o Curso de Especialização e Aprimoramento em Equidade no Âmbito da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, atualmente em execução, com a participação de trabalhadores, gestores e representantes de movimentos sociais das cinco regiões do Brasil. Nesse contexto, foram lançadas as versões impressa e virtual da coletânea *Caminhos para a Equidade*, como instrumento de apoio aos territórios na implementação da agenda de equidade.

2.6.8 Programa de Provimento Médico Federal: Programa Mais Médicos (PMM)

O PMM é uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação (MEC). O Programa é uma política pública que visa à melhoria da qualidade do atendimento aos usuários do SUS e à diminuição das iniquidades em saúde. Desempenha papel estratégico ao aumentar o provimento e a fixação de médicos em todas as regiões do Brasil, em especial regiões prioritárias, remotas, de difícil acesso e de alto índice de vulnerabilidade, onde há escassez ou ausência desses profissionais. Ademais, ao promover a integração entre provimento, formação e educação permanente, por meio de parcerias com instituições de ensino superior (IES), o PMM colabora para a qualificação do SUS e o fortalecimento de seus princípios de universalidade, integralidade e equidade.

O Programa está regido pela Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013 (e suas alterações), que traz em seus objetivos, entre outros, a diminuição da carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS; o aprimoramento da formação médica no País; e o fortalecimento da política de educação permanente com a integração ensino-serviço. No âmbito do PMM, está o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), responsável diretamente pelas ações de provimento profissional de médicos para a Atenção Primária no SUS.

Em 2019, a Lei n.º 13.958, de 18 de dezembro, instituiu outro Programa de Provimento Médico Federal, o Programa Médicos pelo Brasil (PMpB), a ser executado pela Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde (AgSUS), que, enquanto serviço social autônomo, teve sua criação autorizada pela mesma Lei. Assim como o PMMB, o PMpB tinha a finalidade de incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade e de fomentar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade (MFC), no âmbito APS no SUS. O PMpB ofertava provimento profissional a partir de médicos bolsistas participantes do Programa, além de médicos especialistas em MFC ou clínica médica, contratados pelo regime celetista.

O ano de 2025 marca a integração dos programas de provimento médico federal sob o guarda-chuva de um único programa: Programa Mais Médicos. A regulamentação dessa integração está prevista na Portaria GM/MS n.º 9.177, de 8 de dezembro de 2025, que, em seu art. 2º, para fins de execução do Programa, considera três eixos: Formação, Vínculo e Estratégico.

O Eixo Formação é composto por médicos bolsistas do PMMB; já o Eixo Vínculo é composto por médicos celetistas contratados pela AgSUS e que possuem especialidade médica – com certificado de Registro de Qualificação de Especialista (RQE) – em MFC ou clínica médica; por fim, o Eixo Estratégico é composto por médicos celetistas contratados pela AgSUS, que possuem especialidade médica (com RQE), preferencialmente, em MFC e que atuam como tutores e preceptores do Programa.

O PMpB, executado pela AgSUS, sob a orientação técnica e a supervisão do Ministério da Saúde, é reconfigurado e passa a compor dois dos três eixos organizativos do PMM em sua esfera de atuação na APS, quais sejam: Eixo Vínculo e Eixo Estratégico.

Ainda sob a égide do PMM, encontra-se o Projeto Mais Médicos Especialistas (PMM-E), que compõe, além do PMM, outro programa do Ministério da Saúde – o Programa Agora Tem Especialistas. Em 2025, o PMM corrobora sua relevância na APS, fortalecendo a Estratégia Saúde da Família (ESF), e amplia seu escopo de atuação para a Atenção Especializada, a partir do PMM-E.

Provimento Profissional para a Atenção Primária

O panorama do Programa Mais Médicos, no que tange à Atenção Primária à Saúde, apresenta o total de 28.435 vagas ativas, das quais 27.329 estão ocupadas e 1.106 em vias de ocupação. Dessas vagas, 21.448 (75,4%) contam com financiamento federal, e 6.987 (24,6%) com coparticipação municipal. As vagas ativas estão distribuídas em 4.542 municípios e em todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), conforme demonstrado na tabela a seguir.

Tabela 66 – Panorama das Vagas Ativas do Programa de Provimento Federal para a Atenção Primária, por Unidade Federativa– 2025

Região	UF	Municípios por UF	Municípios com vagas ativas	% de municípios com vagas ativas nos programas de provimento
Norte	AC	22	22	100%
Nordeste	AL	102	97	95%
Norte	AM	62	62	100%
Norte	AP	16	16	100%
Nordeste	BA	417	388	93%
Nordeste	CE	184	177	96%
Centro-Oeste	DF	1	1	100%
Sudeste	ES	78	70	90%
Centro-Oeste	GO	246	177	72%
Nordeste	MA	217	214	99%
Sudeste	MG	853	590	69%
Centro-Oeste	MS	79	70	89%
Centro-Oeste	MT	141	116	82%
Norte	PA	144	142	99%
Nordeste	PB	223	147	66%
Nordeste	PE	185	173	94%
Nordeste	PI	224	179	80%
Sul	PR	399	360	90%
Sudeste	RJ	92	84	91%
Nordeste	RN	167	130	78%
Norte	RO	52	52	100%
Norte	RR	15	15	100%
Sul	RS	497	386	78%
Sul	SC	295	241	82%
Nordeste	SE	75	70	93%
Sudeste	SP	645	465	72%
Norte	TO	139	98	71%
TOTAL		5.570	4.542	82%

Fonte: Coordenação-Geral de Planejamento, Avaliação e Dimensionamento de Profissionais para o SUS (CGPLAD/Degeps/SGTES/MS).

A tabela a seguir mostra o crescimento do número de profissionais ativos vinculados aos Programas de Provimento Médico Federal atuando em Dse, o que evidencia uma ampliação da cobertura de saúde e de atendimento aos povos indígenas.

Tabela 67 – Profissionais Ativos nos Programas de Provimento do Governo Federal em Dse – 2021 a 2025

2021	2022	2023	2024	2025
327	242	325	597	683

Fonte: Painel de Monitoramento do Departamento de Gestão e Provimento Profissional para o SUS (Degeps/SGTES/MS).

Dos 4.542 municípios aderidos ao PMM, na sua dimensão de provimento para a APS, 11,1% estão localizados em região de fronteira, e 15,4% na região da Amazônia Legal. Destacam-se, ainda, os 1.952 municípios classificados, a partir do Índice de Vulnerabilidade Social, como de alta ou muito alta vulnerabilidade. O IVS é um indicador sintético desenvolvido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) que mensura as condições de vulnerabilidade social nos territórios, considerando as dimensões de infraestrutura urbana, capital humano e renda e trabalho.

Tabela 68 – Panorama das Vagas Ocupadas do Programa de Provimento Federal para Atenção Primária, por Eixo de Integração – 2025

REGIÃO	UF	EIXO FORMAÇÃO	EIXO VÍNCULO	EIXO ESTRATÉGICO	TOTAL DE VAGAS OCUPADAS
Norte	AC	237	7	1	245
Nordeste	AL	342	19	5	366
Norte	AM	990	6	5	1.001
Norte	AP	209	5	5	219
Nordeste	BA	2070	159	61	2.290
Nordeste	CE	1569	146	37	1.752
Centro-Oeste	DF	148	9	7	164
Sudeste	ES	549	33	22	604
Centro-Oeste	GO	737	26	10	773
Nordeste	MA	1202	42	16	1.260
Sudeste	MG	2186	57	35	2.278
Centro-Oeste	MS	351	4	3	358
Centro-Oeste	MT	412	2	1	415
Norte	PA	1522	26	11	1.559
Nordeste	PB	443	26	14	483
Nordeste	PE	1603	86	30	1.719
Nordeste	PI	478	25	12	515
Sul	PR	1726	26	13	1.765
Sudeste	RJ	1425	22	13	1.460
Nordeste	RN	519	25	15	559
Norte	RO	457	11	11	479
Norte	RR	327	6	4	337
Sul	RS	1587	24	14	1.625
Sul	SC	910	26	8	944
Nordeste	SE	246	29	14	289
Sudeste	SP	3528	48	26	3.602
Norte	TO	257	6	5	268
TOTAL		26.030	901	398	27.329

Fonte: CGPLAD/Degeps/SGTES/MS.

A maioria dos profissionais (23.687) é composta de brasileiros, o que atende à priorização destes para o preenchimento das vagas disponibilizadas pelo Programa. Os demais médicos participantes compõem o grupo de profissionais de outras nacionalidades. O percentual de mulheres é superior, representando 54,2% do total. Quanto à raça/cor, a maioria se identifica como branca (51,2%), seguida por preta/parda (33,1%).

Em 2025, foram incorporadas ao painel de monitoramento as informações dos profissionais ativos ingressos pelas ações afirmativas. Essa iniciativa, adotada no âmbito do PMM, visa fortalecer e promover a inclusão desses grupos, contribuindo para a redução das iniquidades. Assim, do total de profissionais ativos, 6,02% foram ingressos por ações afirmativas, sendo 1.250 profissionais ingressos pela cota destinada ao grupo étnico-racial – o qual considera pessoas autodeclaradas pretas, indígenas e quilombolas – e 369 profissionais ingressos pela cota destinada a pessoas com deficiência.

Cabe destacar que, em 2025, foi desenvolvido o Sistema para Gerenciamento de Indenizações do Mais Médicos, um sistema informatizado de gestão de pagamentos de indenização (bonificação) destinado aos médicos participantes do programa de provimento federal, em conformidade com os artigos 19-A e 19-B da Lei n.º 14.621, de 14 de julho de 2023, que instituem mecanismos de incentivo financeiro vinculados à atuação em áreas prioritárias. O sistema foi integralmente estruturado para garantir segurança, rastreabilidade e transparência nos processos de concessão, cálculo e pagamento das indenizações, permitindo a automatização das etapas e a integração com as bases oficiais de informação. A solução encontra-se em fase de implantação.

Projeto Mais Médicos Especialistas (PMM-E)

O PMM-E integra o Programa Agora Tem Especialistas e o Programa Mais Médicos como eixo estratégico de provimento e aprimoramento de profissionais, orientado pela integração ensino-serviço-comunidade e regulamentado por normativos específicos.

A estratégia do Projeto prioriza o desenvolvimento de competências clínicas, cirúrgicas e de gestão, por meio de atividades teóricas e práticas, incluindo imersões presenciais, supervisão e mentoria, com vistas à ampliação do diagnóstico precoce, à redução do tempo de espera e ao fortalecimento das Redes de Atenção Especializada à Saúde. Em dezembro de 2025, 577 médicos especialistas estavam ativos no PMM-E.

Tabela 69 – Distribuição dos Profissionais do PMM-E – 2025

Unidade da Federação	Quantidade de municípios homologados	Quantidade de especialistas homologados
ACRE	1	5
ALAGOAS	3	14
AMAPÁ	1	2
AMAZONAS	6	9
BAHIA	18	44
CEARÁ	24	103
DISTRITO FEDERAL	1	1
GOIÁS	9	16
MARANHÃO	18	44
MATO GROSSO	1	5
MINAS GERAIS	35	108
PARÁ	11	33
PARAÍBA	3	14
PERNAMBUCO	7	27
PIAUÍ	12	45
RIO DE JANEIRO	7	14
RIO GRANDE DO NORTE	12	52
RIO GRANDE DO SUL	3	3
RONDÔNIA	4	8
RORAIMA	2	11
SANTA CATARINA	2	2
SÃO PAULO	7	11
SERGIPE	2	4
TOCANTINS	2	2
TOTAL	192	577

Fonte: Painel de Monitoramento do Degeps/SGTES/MS. Dezembro de 2025.

A dimensão educacional do projeto é desenvolvida por instituições formadoras, credenciadas por edital de chamamento público, que desempenham papel central na execução do PMM-E. Compete-lhes acompanhar médicos especialistas e mentores

ao longo do processo formativo, ofertar suporte técnico-científico e pedagógico, capacitar equipes envolvidas, estimular a pesquisa e a inovação, e promover a integração ensino-serviço-comunidade.

Tabela 70 – Distribuição das Vagas do PMM-E por Curso de Aprimoramento

Cursos de aprimoramento	Quantidade de médicos matriculados
1. Aprimoramento em Anestesiologia Perioperatória e Sedação Segura	93
2. Aprimoramento em Cirurgia Geral Minimamente Invasiva	60
3. Aprimoramento em Cirurgia Oncológica Avançada	18
4. Aprimoramento em Cirurgia Coloproctológica com Foco em Tumores Colorretais	19
5. Aprimoramento em Cirurgia do Aparelho Digestivo com Foco em Tumores Digestivos	27
6. Aprimoramento em Cirurgia Ginecológica com Foco em Tumores Ginecológicos	37
7. Aprimoramento em Colonoscopia Diagnóstica e Terapêutica no SUS	35
8. Aprimoramento em Colposcopia e Doenças do Trato Genital Inferior	85
9. Aprimoramento em Ecocardiografia Transtorácica Aplicada ao SUS	17
10. Aprimoramento em Endoscopia Digestiva Avançada e Procedimentos Terapêuticos	12
11. Aprimoramento em Endoscopia Digestiva Alta Diagnóstica e Terapêutica	24
12. Aprimoramento em Oncologia Clínica: Cânceres Prevalentes no SUS	15
13. Aprimoramento em Radioterapia: Planejamento e Execução no SUS	4
14. Aprimoramento em Ultrassonografia Mamária Diagnóstica e Intervencionista	76
15. Aprimoramento em Videolaringoscopia e Endoscopia Nasofaríngea	46
16. Aprimoramento em Anatomia Patológica com Ênfase em Oncologia e Diagnóstico Integrado	9
TOTAL	577

Fonte: Painel de Monitoramento do Degeps/SGTES/MS. Dezembro de 2025.

Eixos Estratégicos de Formação e Educação Permanente

As iniciativas de formação foram organizadas em eixos estratégicos que permitiram abordar, de forma coordenada, a qualificação da prática clínica na Atenção Primária, o fomento à equidade no cuidado a populações específicas, a expansão da pós-graduação como ferramenta de fixação profissional e o fortalecimento da atenção especializada em áreas de vazios assistenciais. Em 2025, foram realizadas ações sobre temáticas relevantes em cada eixo formativo.

Qualificação para a prática clínica e desafios contemporâneos da APS:

- Enfrentamento à Desinformação em Saúde
- Saúde Mental
- Saúde da Mulher
- Saúde Reprodutiva

Fomento à equidade no cuidado a populações específicas:

- Educação Antirracista na Saúde
- Saúde de Povos Originários e Comunidades Tradicionais
- Saúde Prisional e da População em Situação de Rua

Expansão e Estruturação da Pós-Graduação na Atenção Primária

A estratégia de expansão da pós-graduação, tanto lato sensu (especialização) quanto stricto sensu (mestrado e doutorado), constitui um pilar para a qualificação de longo prazo e para a fixação de profissionais na APS. Ao vincular mais de 20 mil médicos aos programas de especialização em medicina de família e comunidade, o Ministério da Saúde não apenas eleva o padrão da formação, mas também fortalece o vínculo do profissional com o território, contribuindo diretamente para a estabilização da força de trabalho em áreas de maior necessidade.

- Parcerias com instituições de ensino superior (IES): foram firmados Termos de Execução Descentralizada (TED) com seis IES – Instituto Aggeu Magalhães (IAM) da Fundação Oswaldo Cruz de Pernambuco (Fiocruz PE), Universidade Federal do Piauí (UFPI), Universidade Federal do Pará (UFPA), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e Universidade Federal de Alagoas (Ufal) – para a criação de mais 3 mil vagas de especialização. Adicionalmente, para 2026, foi viabilizada a disponibilização de 4 mil novas vagas de especialização em medicina de família e comunidade, distribuídas entre: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e Universidade Federal do Amazonas (Ufam).

- Formação stricto sensu: foi consolidada a parceria com a Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (Renaf) para a oferta de mestrado e doutorado. Ademais, avançou-se na consolidação da parceria com o Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), com a disponibilização de 400 vagas destinadas a médicos do PMMB.
- Qualificação em preceptoría: em parceria com o Hospital Moinhos de Vento (HMV), o curso de preceptoría alcançou 2.687 matrículas, com 1.950 já validadas, capacitando profissionais para supervisionar e orientar a formação em serviço na APS.

Tabela 71 – Profissionais em Formação no Âmbito do Programa Mais Médicos – 2025

MODALIDADE FORMATIVA	QUANTIDADE DE MÉDICOS
Especialização em MFC	20.199
Curso de Aperfeiçoamento	3.165
Especialização em Saúde Indígena	498
Mestrado Profissional (PROFSAÚDE e Renaf)	91
Doutorado (Renaf)	1
TOTAL DE MÉDICOS EM FORMAÇÃO	23.954

Fonte: Coordenação-Geral de Formação e Inovação para o Provimento Profissional (CGFIP/Degeps).

Estudos, Análises Estratégicas e Pesquisas Científicas

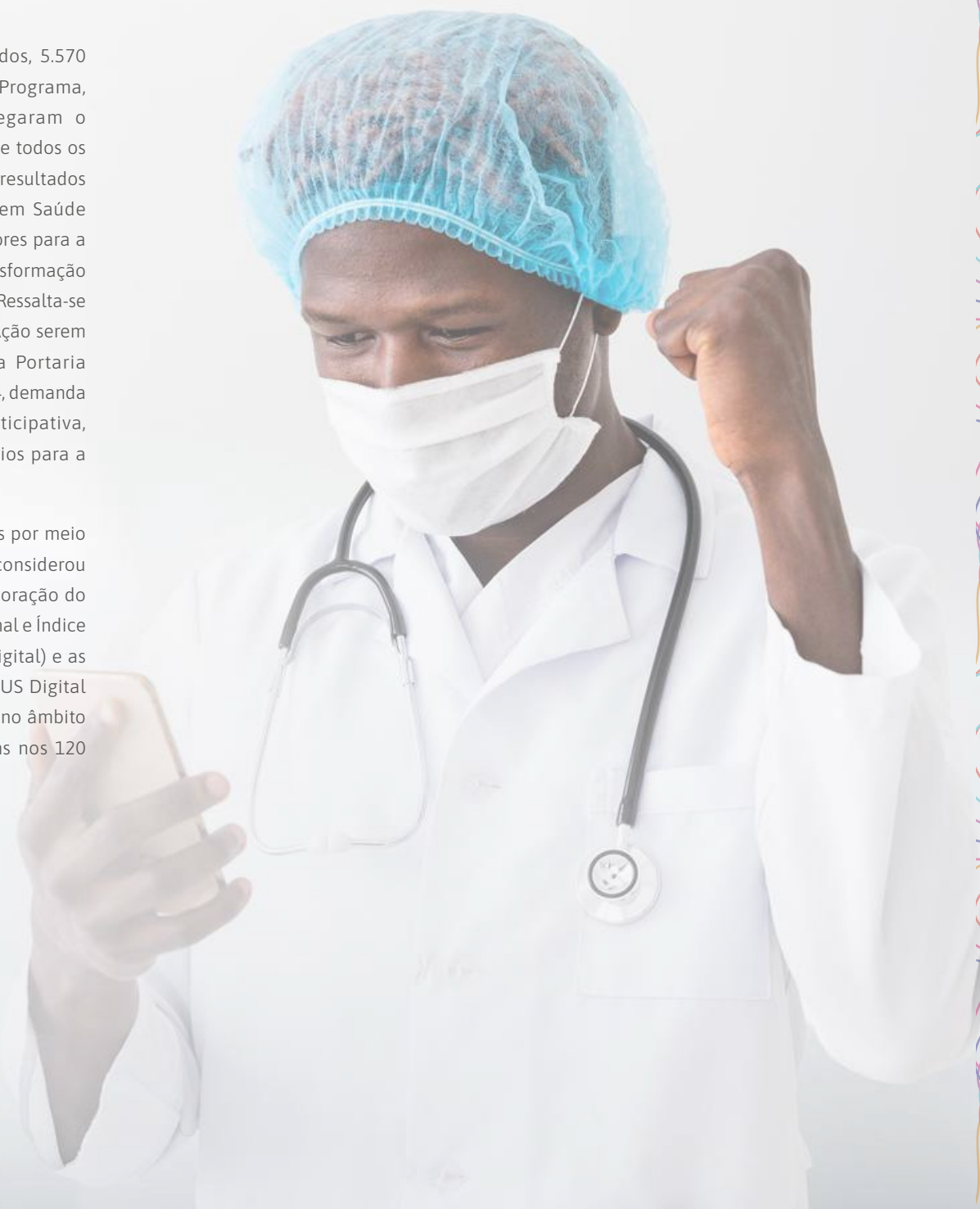
Em 2025, visando subsidiar a gestão do provimento e o planejamento de recursos humanos no SUS, foram desenvolvidos e atualizados diversos estudos analíticos e diagnósticos estratégicos. Os temas pesquisados foram: atualização do georreferenciamento das Unidades Básicas de Saúde; estudo de redimensionamento das vagas do Projeto Mais Médicos para o Brasil; acesso à APS em populações vulneráveis da Amazônia Legal e a presença de médicos do PMM; estudo sobre déficit e necessidades de médicos especialistas; estudo de análise da rotatividade de médicos convencionais e do provimento federal das equipes de Saúde da Família; análise das autorizações e dispensações de medicamentos para hipertensão no contexto do Programa Farmácia Popular e Programa Mais Médicos; e pesquisa de satisfação sobre os programas de provimento realizada com profissionais médicos e gestores municipais vinculados ao PMM.

2.7 Informação e Saúde Digital

Em 2025, o processo de transformação digital do Sistema Único de Saúde (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.

Após a adesão de todos os 27 estados, 5.570 municípios e do Distrito Federal ao Programa, as macrorregiões de saúde entregaram o Diagnóstico Situacional do Território, e todos os entes 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). Ressalta-se que a determinação de os Planos de Ação serem macrorregião de saúde, prevista na Portaria GM/MS n.º 4.940, de 31 de julho de 2024, demanda uma abordagem colaborativa e participativa, envolvendo todos os atores necessários para a execução plena.

Em 2025, foi feita a análise dos planos por meio de uma estrutura metodológica que considerou os instrumentos basilares para a elaboração do PA Saúde Digital (Diagnóstico Situacional e Índice Nacional de Maturidade em Saúde Digital) e as iniciativas prioritárias do Programa SUS Digital e do MS para a transformação digital no âmbito do SUS. Foram analisados 6.970 itens nos 120 planos enviados.



2.7.1 Ação Estratégica Trans-Forma SUS Digital

A Ação Estratégica Trans-Forma SUS Digital, integrada ao Eixo 1 do Programa SUS Digital, tem como escopo oferecer alternativas de formação e educação permanente em saúde digital (SD) a profissionais e trabalhadores(as) dentro e fora do setor saúde, na perspectiva de uma apropriação crítica de Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (Tdics) em saúde.

Atividades desenvolvidas em 2025:

- Lançamento do documentário *Tecendo a Teoria Crítica da Saúde Digital: epistemologia, praxiologia, tecnologia e política*. Apresenta os diálogos entre pesquisadores nacionais e internacionais sobre o tema, incluindo importantes formuladores da Política Nacional de Saúde.
- Simpósio Educação para o SUS Digital, em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), realizado de forma híbrida nos dias 26 e 27 de novembro de 2025. Contou com a participação de 20 pesquisadores nacionais e internacionais sobre o tema, tendo sido registrado em texto, áudio e vídeo. Esses produtos estarão disponibilizados para todos os interessados a partir do segundo semestre de 2026.

➤ Oferta de educação permanente sobre o tema da SD no SUS – modalidades:

1. Extensão/qualificação: 34 cursos em âmbito nacional; 16.660 alunos inscritos.
2. Aperfeiçoamento/atualização: 3 cursos em âmbito nacional; 1.300 alunos inscritos.
3. Graduação: Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde: PET-Saúde: I&SD (parceria entre o MS e o Ministério da Educação – MEC):
 - Edital Conjunto Seidigi/SGTES-MS n.º 1/2025.
 - Noventa e um projetos de instituições de ensino superior (IES), em parceria com Secretarias de Saúde, aprovados em todas as unidades federativas (UFs).
 - Cerca de 730 grupos de aprendizagem tutorial.
 - Cerca de 10.500 bolsas/mês. Novo Edital do PET-Saúde: I&SD em fase de análise jurídica: incorporação da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica/MEC.
4. Pós-graduação: especialização: 4 cursos em âmbito nacional; 2.200 alunos inscritos. Residência médica – formação de preceptores: 2 cursos; 120 profissionais inscritos. Mestrado profissional: 2 cursos em âmbito nacional; 120 inscritos. Doutorado profissional: 2 cursos em âmbito nacional; 30 alunos inscritos.
- Participação no Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva: oficina “O ensino em SD: da educação profissional e tecnológica à pós-graduação. Parceria entre Seidigi, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) e Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Destaca-se que o PET-Saúde: Informação e Saúde Digital (I&SD) está alinhado ao Programa SUS Digital e objetiva promover a transformação digital do SUS, por meio da indução ao trabalho colaborativo, em rede, a partir de grupos de tutoria formados por docentes, preceptores, orientadores de serviço e estudantes de cursos de várias áreas da ciência, para além da saúde, como ciência da computação, engenharia de software, engenharia biomédica, engenharia elétrica, ciência de dados, direito, economia, entre outros.

Cada grupo de aprendizagem tutorial contempla até 16 bolsistas. Isso significa que são centenas de estudantes de graduação, docentes, profissionais de saúde e áreas afins, gestores e comunidades de diferentes regiões – do sertão nordestino às regiões amazônicas, das grandes cidades aos pequenos municípios – mobilizados para transformar o SUS com inteligência, inclusão e tecnologia.

Para o acompanhamento e monitoramento dos projetos, foi criado o SIG Rede PET-Saúde: I&SD, parceria com a Rede Universitária de Telemedicina/ Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (Rute/RNP), e são realizados encontros mensais com os coordenadores de projetos e participantes dos grupos tutoriais.

2.7.2 Infraestrutura de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC)

2.7.2.1 Governança e Gestão de Serviços de TIC

Inventário de Soluções em Produção

O portfólio de soluções de TIC do MS constitui uma peça central na estrutura digital do MS, refletindo a complexidade e a abrangência das soluções tecnológicas adotadas para apoiar a gestão de saúde pública no Brasil. O portfólio abrange 486 soluções digitais, que englobam sistemas, plataformas, portais e outros serviços de TIC.

Autodiagnóstico do Sistema de Administração dos Recursos de Tecnologia da Informação (Sisp)

O autodiagnóstico do Sisp (iGOVSISP) do MS atingiu o índice geral de maturidade de 0.654, posicionando-se no nível intermediário de governança de TIC. O resultado evidencia uma maturidade avançada em áreas estruturantes como Contratações de TI (0.865), Gestão e Planejamento de TI (0.826) e Sistemas e Serviços Públicos Digitais (0.727). Como principal ponto de melhoria, a área de Dados e Informações (0.499) foi classificada no nível básico, indicando a necessidade de um plano de ação focado no aprimoramento da governança de dados. Esse diagnóstico direciona os esforços para fortalecer a gestão dos ativos de informação em saúde, em linha com o compromisso de melhoria contínua da governança digital no âmbito do Sisp.

Priorização e Gerenciamento de Projetos Digitais em Saúde

A priorização e o gerenciamento de Projetos Digitais em Saúde no Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação (PDTIC) e pelos comitês de TIC, bem como a gestão e o desenvolvimento de sistemas críticos, asseguram que sejam conduzidos conforme as diretrizes estabelecidas para garantir sua execução e entrega.

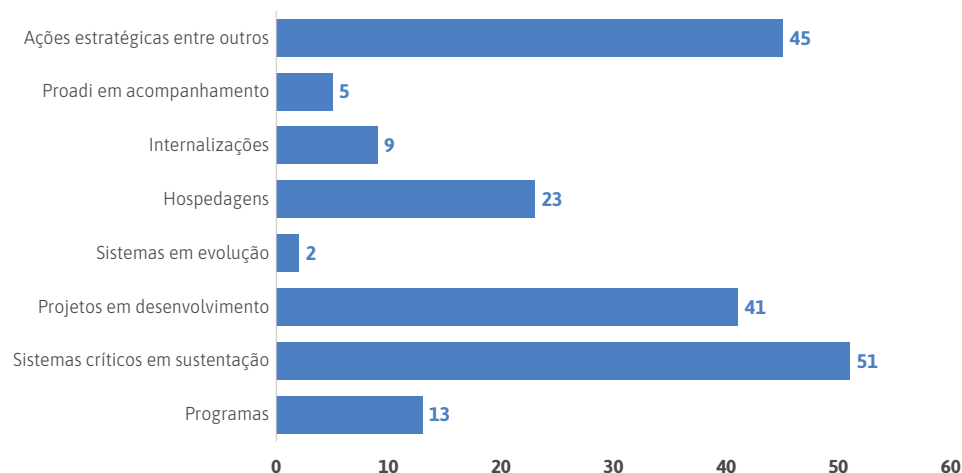
Em 2025, as solicitações de demandas das secretarias do MS e do Gabinete do Ministro totalizaram 189 requisições, sendo parte contemplada em 13 programas de políticas públicas, 80 projetos, 51 demandas de acompanhamento de sistemas críticos em sustentação e 45 ações estratégicas.

Tabela 72 – Projetos Digitais em Saúde por Secretaria – 2025

MS	Quantidade
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)	46
Secretaria de Informação e Saúde Digital (Seidigi)	33
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes)	32
Secretaria-Executiva (SE)	27
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (SCTIE)	17
Gabinete do Ministro (GM)	13
Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps)	10
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)	7
Secretaria de Saúde Indígena (Sesai)	4
TOTAL	189

Fonte: base de dados da Coordenação de Gestão e Planejamento em Tecnologia da Informação e Comunicação (Cogtic/CGGOV/DataSUS/Seidigi).

Gráfico 98 – Projetos Digitais em Saúde por Modalidade – 2025



Fonte: base de dados Cogtic/CGGOV/DataSUS/Seidigi.

PAC Conectividade

O PAC Conectividade, executado pelo MS em parceria com o Ministério das Comunicações, tem como objetivo central levar internet via satélite a Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas em áreas remotas e sem conectividade, priorizando aquelas situadas a mais de 10 km da infraestrutura de fibra óptica terrestre.

Inicialmente, a meta era implantar e manter 1.191 pontos satelitais¹ do Programa Governo Eletrônico – Serviço de Atendimento ao Cidadão (Gesac) em UBS de difícil acesso.

Contudo, a base técnica identificou apenas 918 UBS que atendem rigorosamente ao critério de distância superior a 10 km. Para garantir a efetiva inclusão das populações mais vulneráveis, está em análise a revisão da estratégia, com propostas técnicas que incluem a redução do raio de elegibilidade ou a priorização de unidades de difícil acesso logístico mesmo com distância inferior.

Em dezembro de 2025, 811 UBS possuíam conexão ativa, com outras 6 em fase final de instalação. O Pará concentra o maior volume (233 unidades), seguido por Amazonas, Maranhão, Mato Grosso e Bahia.

¹ Pontos satelitais são focados na inclusão digital, visam oferecer internet gratuita em escolas, postos de saúde, comunidades indígenas e áreas remotas via satélite.

Tabela 73 – UBS PAC Conectividade – 2025

Quantidade	Tipo UBS
171	UBS indígenas (incluindo polos-base e aldeias dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – Dsei)
47	Postos ribeirinhos e fluviais
9	Unidades em comunidades quilombolas
12	Unidades em assentamentos rurais
572	Demais UBS rurais e remotas
811	TOTAL DE UBS COM CONEXÃO ATIVA

Fonte: base de dados Cogtic/CGGOV/DataSUS/Seidigi.

Hospedagem de Sistemas

A hospedagem de sistemas do DataSUS é a infraestrutura tecnológica e o serviço oferecido para abrigar e gerenciar sistemas de informação em saúde, desenvolvidos por equipes internas ou externas, garantindo sua disponibilidade, segurança e interoperabilidade dentro do padrão do MS, facilitando a gestão e o acesso a dados para todo o SUS. Isso envolve desde a infraestrutura física até a padronização de dados (como o *Fast Healthcare Interoperability Resources* – FHIR – e a Rede Nacional de Dados em Saúde – RNDS) e a manutenção, permitindo que órgãos do SUS e profissionais acessem informações e serviços digitais. Esse detalhamento está no seguinte link:

 <https://datasus.saude.gov.br/internalizacoes/>

2.7.2.2 Inovação em Informação e Informática na Saúde Digital

Rede Nacional de Dados em Saúde

A RNDS é a plataforma oficial de interoperabilidade do governo federal e um dos principais pilares da transformação digital da saúde no Brasil. Criada para integrar sistemas públicos e privados, possibilita o compartilhamento seguro e padronizado de informações clínicas, garantindo a continuidade do cuidado, maior qualidade assistencial e apoio à gestão do SUS.

Com um repositório nacional unificado, a RNDS fortalece a coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), aumentando a eficiência e a resolutividade dos atendimentos.

Em 2025, a plataforma oficial de integração de dados do SUS alcançou 3,2 bilhões de registros, com mais de 60 mil estabelecimentos integrados para envio de dados, em mais de 4.500 municípios, ampliando sua capilaridade e seu impacto nacional.

Figura 32 – Registros na RNDS – 2025



Fonte: base de dados RNDS – DataSUS/Seidigi.

Federalização da RNDS

A Federalização da RNDS é uma iniciativa estratégica do Programa SUS Digital voltada ao fortalecimento da governança de dados em saúde, à ampliação da capacidade técnica dos estados e à promoção da interoperabilidade para continuidade do cuidado.

Em 2025, a Federalização avançou em duas frentes principais: conclusão da etapa-piloto, composta por oito unidades federativas, e ampliação da estratégia para implementação estadual, que alcançou adesão nacional. O ano marcou a consolidação de produtos estruturantes, o fortalecimento da capacidade de gestão dos estados e a preparação para a nacionalização da estratégia.

A etapa-piloto – composta por Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Pernambuco, Piauí, Santa Catarina e Tocantins – teve como objetivo validar a metodologia do projeto da Federalização e identificar oportunidades, barreiras e requisitos para sua expansão.

A etapa estadual foi oficialmente lançada, alcançando a adesão das 27 unidades federativas, marco que simboliza o compromisso nacional com a interoperabilidade e a governança de dados em saúde. O processo envolveu mobilização institucional, sensibilização das equipes estaduais e realização de ações formativas para fortalecimento da estratégia nos territórios.

2.7.2.3 Desenvolvimentos e Evoluções das Soluções Digitais

Meu SUS Digital

Em 2025, o Meu SUS Digital teve um avanço significativo com o lançamento de novas funcionalidades. As principais foram:

- **Caderneta da Criança (digital):** esse módulo essencial representa a migração da caderneta de saúde física para o ambiente digital do Meu SUS Digital. A versão eletrônica, com mais de 2 milhões de acessos, é segura e contém o registro completo do histórico de saúde da criança, incluindo vacinas aplicadas, marcos do desenvolvimento neuropsicomotor e gráficos de acompanhamento de peso e altura, sendo um recurso fundamental para o controle do calendário vacinal.
- **Agora Tem Especialistas:** essa funcionalidade tem como objetivo principal otimizar o acesso do cidadão à Atenção Especializada na rede pública.
- **Dados da Saúde Suplementar:** permite que o cidadão tenha acesso aos atendimentos e procedimentos realizados na saúde privada. Informa-se que 250 milhões de dados estão disponíveis para visualização no Meu SUS Digital.
- **Guia de Animais Peçonhentos:** é um recurso importante para emergências, focado na prevenção e na resposta a acidentes. O módulo oferece informações práticas sobre os principais animais peçonhentos encontrados no País, fornecendo orientações imediatas de primeiros socorros em caso de picada ou mordida.

SUS Digital Profissional

É uma interface destinada ao profissional de saúde para ter acesso ao histórico clínico do cidadão a partir das informações existentes na RNDS. A plataforma visa apoiar os profissionais da saúde no provimento da transição e da continuidade do cuidado do cidadão. Já alcançou a marca de 81,2% dos municípios e 62.868 estabelecimentos integrados.

e-SUS Sinan

Em 2025, foram realizadas melhorias gerais implementadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), entre as quais se pode destacar a habilitação de novas doenças para digitação por meio da ficha de notificação/conclusão. Foi desenvolvida a Ficha de Arboviroses baseada no modelo de informação, aprovado em âmbito tripartite. Também se destaca a liberação de acessos municipais para a API (interface de programação de aplicativos – do inglês, *application programming interface*) de dengue e de febre de chikungunya.

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. Com o intuito de atender à nova Lei do CPF (Lei n.º 14.534, de 11 de janeiro de 2023), a qual preconiza, em seu parágrafo 1º, que “Os cadastros, os formulários, os sistemas e outros instrumentos exigidos dos usuários para a prestação de serviço público deverão disponibilizar campo

para registro do número de inscrição no CPF, de preenchimento obrigatório, que será suficiente para sua identificação, vedada a exigência de apresentação de qualquer outro número para esse fim”, foi realizada a efetivação do Cadastro de Pessoa Física (CPF) como campo principal no Cartão SUS.

Ampliação do Programa Dignidade Menstrual

Foi realizada ampliação das formas de emissão de autorização para retirada de absorventes no Programa Dignidade Menstrual. Para garantir a inclusão e a equidade no atendimento, a ampliação possibilitou que profissionais de saúde agora possam emitir a autorização em nome da beneficiária, respeitando todas as regras já vigentes do Programa.

Plataforma Jordana

A plataforma Jordana é uma solução de inteligência de gestão desenvolvida para qualificar o monitoramento das informações provenientes dos serviços e sistemas de informação em saúde, com foco na linha de cuidado do câncer do colo do útero. Destina-se a apoiar a organização da atenção à saúde da mulher nos três níveis de atenção do SUS.

O sistema Jordana integra o Programa Útero é Vida, uma iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o MS e o Instituto de Biologia Molecular do Paraná (IBMP).

O Jordana foi disponibilizado ao SUS para estruturar a Estratégia Nacional de Prevenção do Câncer do Colo do Útero mediante hospedagem na infraestrutura computacional do DataSUS.

2.7.2.4 Segurança da Informação

Nuvem Soberana

A Nuvem Soberana do Brasil é uma iniciativa do governo brasileiro, em parceria com o Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos (MGI), o Serviço Federal de Processamento de Dados (Serpro) e a Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência (Dataprev), para criar uma infraestrutura de computação em nuvem 100% nacional, gerida por técnicos brasileiros, para abrigar dados e serviços do setor público, garantindo a segurança, a privacidade e o controle sobre informações sensíveis, fortalecendo a soberania digital do País e a inteligência artificial nacional. Ela se baseia na Portaria SGD/MGI n.º 5.950, de 26 de outubro de 2023, que exige dados em data centers no Brasil e oferece um ambiente seguro e escalável para modernizar a Administração Pública.

Seguindo a estratégia proposta, avançou-se no planejamento da migração de seu ambiente virtual para a Nuvem Soberana. O projeto de migração contará com o levantamento das aplicações, dos ambientes e das bases de dados, seguido do processo de migração, que será definido conforme a complexidade e a urgência de cada etapa.

Rede InfoSUS IV

O InfoSUS IV é uma solução integrada de tecnologia da informação, que consiste em serviços de transmissão e recepção de dados – modo bidirecional – e permite o tráfego simultâneo de informações de caráter corporativo entre localidades em âmbito nacional, compreendendo: acesso à rede mundial de computadores (internet dedicada e compartilhada); serviço de segurança de acesso; proteção contra ataques “DDoS” (ataque de negação de serviço) para os sites centrais; proteção de dados e monitoramento dos serviços prestados, incluindo todos os equipamentos e implementos necessários à entrega da solução.

Ao final de 2025, a rede contou com 818 circuitos ativos (conexões de telecomunicações que estão em funcionamento e disponíveis para uso), dos quais 743 atendem unidades indígenas, concentradas majoritariamente na Região Norte, reforçando o papel estratégico da InfoSUS IV na promoção da inclusão digital, na continuidade operacional e no suporte às políticas públicas em territórios remotos e de difícil acesso. Com 818 circuitos de conectividade ativos em operação, gera impacto estratégico no fortalecimento da inclusão digital e no suporte direto às políticas públicas de saúde, especialmente em regiões remotas e de difícil acesso.

Melhorias e Inovação em Segurança da Informação

O ano de 2025 foi marcado pela implementação de melhorias estruturais que elevaram significativamente o nível de maturidade operacional em segurança do MS. Entre as principais entregas, destaca-se o aprimoramento da gestão de identidades e acessos com o fortalecimento da autenticação em dois fatores (MFA) e proteção de acessos privilegiados, elevando a maturidade da gestão de acessos e reduzindo riscos associados ao uso indevido de credenciais.

Programa de Privacidade e Segurança da Informação (PPSI)

Em alinhamento às diretrizes do PPSI, da Secretaria de Governo Digital, o Departamento de Informação e Informática do SUS (DataSUS) intensificou seus esforços para o fortalecimento da governança e da maturidade em segurança e privacidade de dados. Como resultado do plano de ação para os ciclos 4 e 5, que priorizou 178 medidas em 2025 (aumento de 85% em relação às 96 dos ciclos 3 e 4 de 2024), o Departamento alcançou uma evolução expressiva em seus indicadores de maturidade. O Índice de Segurança (Iseg) saltou de 0,16 (inicial) para 0,73 (avançado), enquanto o Índice de Privacidade (Ipriv) evoluiu de 0,21 (inicial) para 0,60 (intermediário). Tal avanço, ancorado pela consolidação da governança de base (controle zero em nível 1,00), reflete o amadurecimento acelerado dos controles internos e o compromisso contínuo do DataSUS com a proteção dos dados sensíveis de saúde da população brasileira.

2.7.3 Dimensão de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde

A transformação digital em saúde, entre outros pontos, requer a identificação de processos que demonstrem a capacidade de planejar, monitorar, avaliar e disseminar informações estratégicas 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 qualificação de indicadores, no apoio ao processo de tomada de decisão e na transparência e comunicação com a sociedade – desempenha um papel fundamental na transformação digital da saúde.

A dimensão de monitoramento, avaliação e disseminação de informações estratégicas em saúde representa um papel essencial na transformação digital do setor. Por meio dela, possibilita-se mensurar resultados, reduzir incertezas, fundamentar decisões, corrigir rumos e enfrentar inequidades, além de identificar oportunidades e fortalecer a transparência, a troca de conhecimentos e o controle social.

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 MS, em cooperação com a Opas), a Ripsa nasceu do entendimento 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 2023, após dez anos de pausa, a Ripsa foi reativada a partir da ação de retorno da ciência ao processo decisório, emplacada pelo MS, e da interlocução e dos esforços colaborativos de 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.

[illegible]

Fonte: Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde (Demas/Seidigi/MS).

Na 32ª Oficina de Trabalho Interagencial (OTI) – espaço de pactuação e decisão consensual –, foram apresentados os resultados dos trabalhos dos sete Comitês de Gestão de Indicadores (CGI): demográfico, socioeconômico, mortalidade,

morbididade, fatores de risco e proteção, cobertura e recursos. Até o final de 2025, foram contabilizadas 310 reuniões, com a participação voluntária de 450 integrantes da Rede, nas 45 instituições dedicadas à atualização de 184 indicadores e dados básicos de saúde.

Quadro 6 – Indicadores da Ripsa – 2025

Comitês de Gestão de Indicadores	Indicadores
Demográfico	18
Socioeconômico	16
Morbidade	45
Mortalidade	24
Fatores de risco e proteção	39
Cobertura	23
Recursos	19
TOTAL	184

Fonte: Demas/Seidigi/MS.

Ainda, em 2025, em importante parceria com o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), o site da Ripsa foi remodelado e modernizado para servir de repositório para toda a produção da Rede.

www.ripsa.org.br

Por meio dessas iniciativas e da cooperação entre as 45 instituições-membros, a Ripsa amplia sua capacidade de produção de indicadores e de conhecimento, contribuindo para a melhoria contínua do sistema de saúde brasileiro.

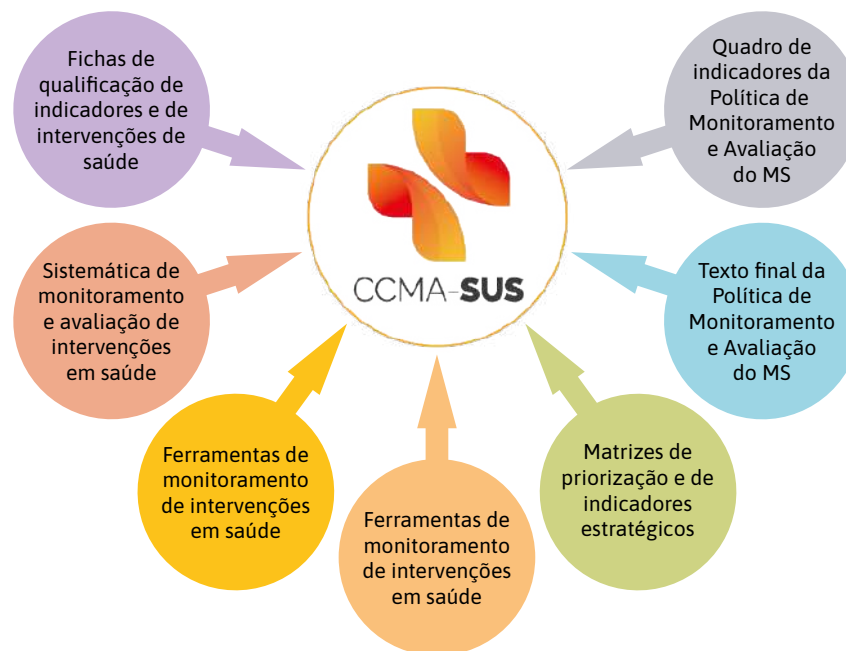
2.7.3.2 Comitê Consultivo de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (CCMA-SUS)

O CCMA-SUS é um órgão de caráter consultivo e permanente constituído por 20 membros de 10 unidades do MS, com o objetivo de aperfeiçoar as intervenções em saúde pública. 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 desde então, contribui para: propor iniciativas que viabilizem e aprimorem a Política de Monitoramento e Avaliação do MS (PMA-MS); estruturar a estratégia de implementação dessa Política e elaborar seu Plano Anual de Monitoramento e Avaliação (M&A); propor, acompanhar e avaliar a execução de intervenções estratégicas em saúde pública; sugerir linhas de pesquisas para reforçar as ações de monitoramento e avaliação; e auxiliar na produção de um plano de desenvolvimento de competências em M&A.

Desde sua retomada, o Comitê realizou 11 reuniões, nas quais foram trabalhadas importantes pautas.

Figura 34 – Agenda de Trabalho do CCMA-SUS



Fonte: Demas/Seidigi/MS.

2.7.3.3 Política de Monitoramento e Avaliação do MS

Com o objetivo de utilizar informações, dados e indicadores para aprimorar a gestão pública e qualificar o processo de formulação, monitoramento e avaliação de intervenções (políticas, programas, redes e estratégias) em saúde, foi publicada, em 2025, a PMA-MS. Decorrente de um amplo processo técnico e participativo, visa garantir o monitoramento e a avaliação contínuos de intervenções em saúde, assegurando que decisões sejam baseadas em evidências.



A medida fortalece a atuação do CCMA-SUS e reitera o compromisso do MS com decisões baseadas em evidências, maior transparência e participação social, contribuindo para um SUS mais eficiente, qualificado, equitativo e capaz de responder aos desafios da saúde pública no Brasil.

2.7.3.4 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 ICSD, que promove reflexão sobre as iniquidades e desigualdades regionais do Brasil. É composto pela Tipologia Rural Urbana (RU)² e pelo Índice de Vulnerabilidade Social (IVS)³.

O Índice é resultado de um conjunto de estudos que procuraram expressar os determinantes das desigualdades sociodigitais do País.

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%).

2.7.3.5 Formação de Trabalhadores do SUS em Saúde Digital e Monitoramento e Avaliação

Em 2025, em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA), o MS deu início a dois cursos de especialização em saúde coletiva, com 300 vagas cada: um com concentração em Saúde Digital e outro com ênfase em Monitoramento e Avaliação em Saúde.

Oferecidos na modalidade ensino a distância (EaD), com duração de 375 horas cada, os cursos estão sendo ministrados para profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde (municipais, estaduais e federais) e abordam temáticas sobre saúde coletiva (política, planejamento e gestão; sistemas de informação e situação de saúde; e saúde, doença e cuidado), saúde digital e monitoramento e avaliação.

Além disso, em outubro de 2025, foram abertas as inscrições para 30 vagas de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, com área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde e ênfase em Monitoramento e Avaliação. De abrangência nacional, o curso acontecerá em um modelo

metapresencial com carga horária de 800 horas (240 horas de aulas teóricas, 80 horas de oficinas de pesquisa orientada e 480 horas de atividades relacionadas ao projeto de pesquisa ou intervenção).

Para todas essas formações, foi utilizado 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. A média de cada intervalo do ICSD foi considerada para definir, proporcionalmente, o quantitativo de vagas a ser ofertado. Essa nova abordagem visa promover uma distribuição mais equitativa das vagas, priorizando regiões com maior vulnerabilidade sociodigital.

2.7.3.6 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.



Atualmente, a Sage tem 32 painéis publicados (308 indicadores) sobre diversas políticas e programas de saúde. Em relação a 2024, isso representa um incremento de 28% na quantidade de painéis (25) e de 19,8% no número de indicadores (257). Dessa forma, a Sala 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.

² 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>.

³ Índice produzido pelo Instituto de 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: <https://ivs.ipea.gov.br>.

2.7.3.7 Infraestrutura de Dados Espaciais do Ministério da Saúde (IDE-MS)



Lançada na 30ª Conferência das Nações Unidas sobre Mudança do Clima (COP30), a Infraestrutura de Dados Espaciais do Ministério da Saúde (IDE-MS) é uma plataforma estratégica pública e aberta (baseada em *open source* – Geonode), criada para organizar, estruturar, catalogar e disponibilizar, de forma padronizada, dados geoespaciais (dados com referência geográfica, como mapas, imagens de satélite e coordenadas) relacionados à saúde pública no Brasil. Na prática, ela funciona como um repositório de dados geoespaciais confiáveis e um portal de acesso a informações com localização geográfica, permitindo integração, interoperabilidade e visualização de dados.

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

Reunindo, atualmente, 133 conjuntos de dados, dos quais 15 são relacionados ao clima, a IDE-MS permite integrar e cruzar dados espaciais de saúde com informações provenientes de múltiplas fontes oficiais, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (Inpe), o Instituto Nacional de Meteorologia (Inmet) e o Centro Nacional de Monitoramento e Alertas de Desastres Naturais (Cemaden). Essa integração otimiza a capacidade do Estado de monitorar doenças, planejar serviços, analisar riscos e subsidiar políticas públicas.



Com a IDE-MS, o Ministério da Saúde voltou a integrar o contexto da Infraestrutura Nacional de Dados Espaciais (Inde) – instância responsável por organizar, padronizar e compartilhar os dados geoespaciais produzidos pelo governo brasileiro. Assim, a IDE-MS fortalece a gestão territorial da saúde baseada em evidências, democratiza o acesso aos dados geoespaciais da área e promove a integração e o uso mais eficiente das informações no setor, contribuindo para o empoderamento de profissionais, gestores, pesquisadores e da sociedade.

2.7.3.8 Plataforma LocalizaSUS

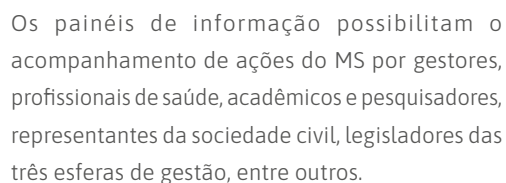


Tendo em vista a importância de as unidades do Ministério da Saúde trabalharem em alinhamento para o rápido desenvolvimento, registro e disponibilização de informações sobre saúde e com foco no permanente compromisso com a transparência e com a ampla disseminação de dados, o MS voltou seus esforços para a elaboração, a disponibilização e a manutenção da plataforma LocalizaSUS.

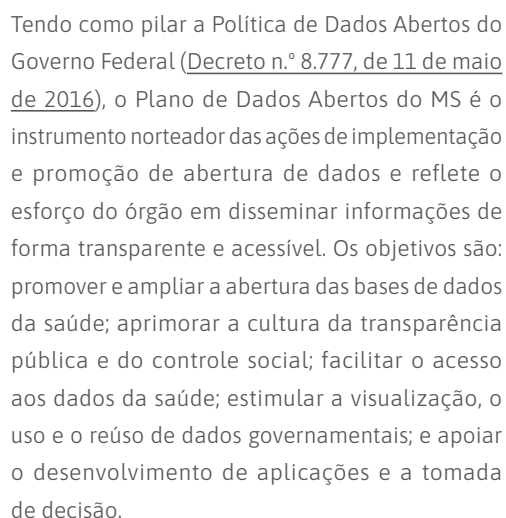
 <https://localizasus.saude.gov.br/>

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, a partir de uma abordagem técnica, simples e de fácil entendimento à população em geral.

Em 2025, o LocalizaSUS teve mais de 3 milhões de acessos vindos de todas as UF's do Brasil, bem como de outros 80 países de todo o mundo.

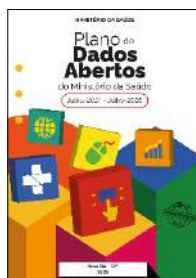


2.7.3.9 Dados Abertos e Transparência



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 2024-2026). Em importante parceria com a Diretoria de Governo Aberto e Transparência da Controladoria-Geral da União (CGU), o processo de elaboração do PDA-MS 2024-2026 contou com uma consulta pública sobre a temática (com mais de 670 participações), com oficinas de capacitação⁴ e com a formação de um grupo de trabalho (GT) que teve intenso engajamento e participação por parte de todas as secretarias do MS.

Com reuniões semanais, o GT 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, sendo o coração do PDA. Dessa forma, o PDA-MS 2024-2026⁵ foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Governança Digital (CGD/MS).

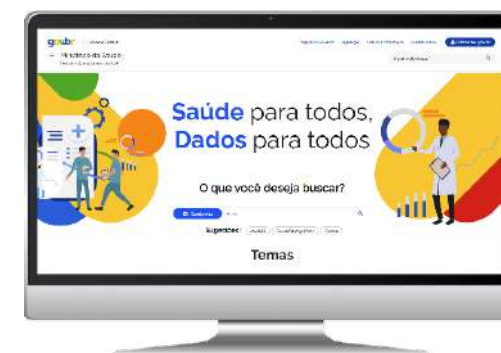


⁴ A oficina foi transmitida pelo YouTube e está disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=RmmeUDi4K1A>.

⁵ Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/dados-abertos/pda>.



Em dezembro de 2025, como fruto dessa iniciativa inovadora e colaborativa, em reconhecimento pela relevância do trabalho de implementação do PDA-MS 2024-2025, o Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde (Demas/Seidigi/MS), que coordena a ação, foi premiado com o troféu “Destaque IntegriSaúde 2025”, durante o evento de celebração de um ano do Programa de Integridade do Ministério da Saúde (IntegriSAÚDE) – marco que reafirmou o compromisso institucional do MS com a boa governança, a transparência e a promoção de uma cultura organizacional íntegra. A ocasião da premiação foi aproveitada para anunciar o lançamento do novo Portal de Dados Abertos do SUS: plataforma que consolida os dados públicos sob responsabilidade do MS, reforçando o compromisso com a transparência ativa, a inovação e o controle social.



A nova plataforma representa um avanço estratégico na forma como a sociedade acessa e reutiliza dados públicos em saúde. Com navegação intuitiva, estrutura modernizada e organização clara por temas e etiquetas, o portal traz uma experiência acessível e eficiente para diversos perfis de usuários.

Organizados em 14 grupos temáticos (como vacinação, arboviroses, economia da saúde, indicadores de saúde, ciência e tecnologia), atualmente, estão disponíveis 84 conjuntos de dados públicos e 1.981 arquivos de dados, representando uma ampliação de mais de 460% na abertura de dados, que passou de 15 conjuntos (2023) para 84 (2025).

2.7.3.10 TabNet e TabWin

TabNet e TabWin são tabuladores do MS, que, ao longo dos anos, têm assumido papel de grande relevância na disseminação de dados e na promoção da transparência ativa. São importantes ferramentas de acesso às informações públicas de saúde, compreendidas como aplicações essenciais para a gestão do SUS, sendo também bastante utilizadas por órgãos de controle, Conselhos de Saúde, outras pastas federais e diversos outros atores da sociedade.

Em 2025, foram registradas 14 milhões de consultas: o maior número de acessos em toda a sua história. Se contarmos desde 2023, foram 38 milhões de acessos.

2.7.3.11 Inteligência Artificial (IA)

Em 2025, o MS participou ativamente de diversas frente de trabalho relacionadas à IA, 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 o Plano Brasileiro de Inteligência Artificial (Pbia 2024-2028).

No âmbito do Pbia 2024-2028, em discussões capitaneadas pela SCTIE, a Seidigi participou da discussão, da elaboração e da validação de três ações de IA, alinhadas ao Eixo 5 do Pbia (apoio ao processo regulatório e de governança da IA):

- **IA para suporte a decisões de compras governamentais de medicamentos:** sistema de IA para suporte à decisão na compra de medicamentos. Em 2025, foi concluída a construção de uma base de dados confiável, a partir da automatização, da coleta e da limpeza de dados de 151 medicamentos estratégicos do Componente Especializado (198 milhões de registros).
- **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. Em 2025, foram concluídos o planejamento e a prova de conceito (POC), com requisitos homologados, fluxo implementado, dados sintéticos gerados e modelo NER⁶ desenvolvido.
- **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. Em 2025, foi dado início ao planejamento e definição do projeto, com pesquisa bibliográfica sobre as melhores práticas do setor.

⁶ O modelo NER (named entity recognition) – em português, reconhecimento de entidade nomeada – é uma técnica de Processamento de Linguagem Natural (PLN) que identifica e categoriza informações-chave (entidades) em textos.

2.7.4 Saúde Digital e Ações de Telessaúde

No exercício de 2025, a transformação digital do SUS foi conduzida pela Seidigi, fundamentada no Programa SUS Digital, instituído pela Portaria GM/MS n.º 3.232, de 1º de março de 2024. Essa transformação digital se consolidou, ainda, como eixo estruturante do Programa Agora Tem Especialistas, instituído pela Lei n.º 15.233, de 7 de outubro de 2025. Nesse contexto, a saúde digital atua como componente essencial para viabilizar os objetivos do Programa, especialmente a ampliação do acesso, a integralidade do cuidado e a redução do tempo de espera para a Atenção Especializada.

No Brasil, a telessaúde consolidou-se como ferramenta indispensável para ampliar o acesso e a qualificação do cuidado no SUS, atuando como eixo estruturante para superar vazios assistenciais e a escassez de profissionais em regiões remotas. Em 2025, o MS, por meio da Seidigi, avançou na institucionalização e na qualificação dessa oferta, superando desafios históricos para 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.

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 RAS e do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), 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.

2.7.4.1 Planejamento e Investimento em Infraestrutura

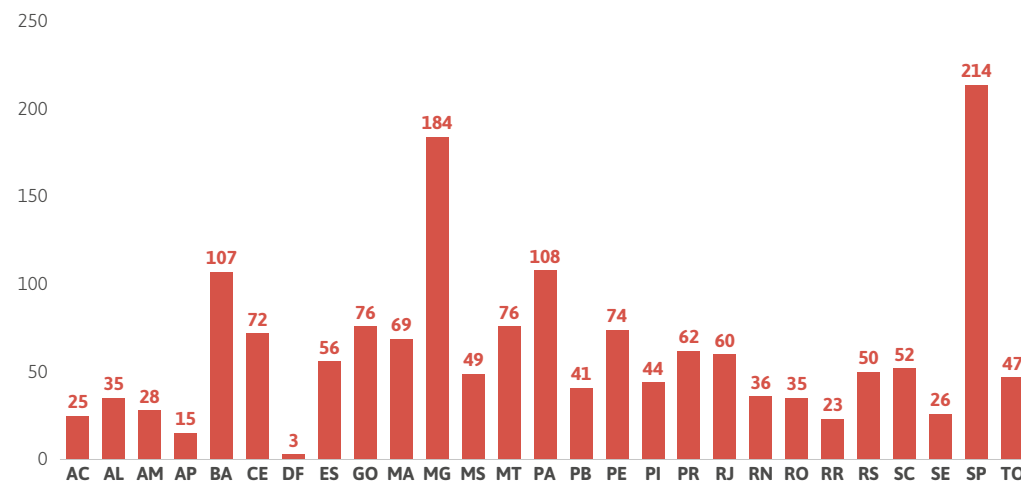
Em 2025, houve a continuidade da consolidação dos Planos de Ação de Transformação para a Saúde Digital (PA Saúde Digital). Com a entrega dos dados pelos territórios, o MS obteve, pela primeira vez, uma visão profunda e regionalizada das demandas para a transformação digital do País.

Para atender diretamente às demandas de estruturação apontadas nos Planos de Ação Regionais, o MS operacionalizou um investimento estratégico no âmbito do Programa de Aceleração do Crescimento (Novo PAC). Em conformidade com a Portaria GM/MS n.º 6.640, de 20 de fevereiro de 2025, e com a homologação do resultado pela Portaria GM/MS n.º 7.613, de 17 de julho de 2025, foi autorizado investimento que viabiliza a disponibilização de Kits Multimídia de Telessaúde para municípios prioritários.

Essa ação materializa o Eixo 2 do Programa SUS Digital (Soluções Tecnológicas e Serviços), provendo UBS com equipamentos necessários para a realização efetiva da telessaúde, como notebook, smart TV de 43 polegadas e câmera de videoconferência.

Em 2025, foram entregues 1.667 kits para 947 municípios. Nesse ciclo, houve distribuição para todas as UFs, ratificando o compromisso com a universalização da atenção primária digital em todo o território nacional, garantindo capilaridade e reduzindo desigualdades regionais de acesso a soluções de telessaúde.

Gráfico 99 – Distribuição de Kits de Telessaúde Entregues no Novo PAC – 2025



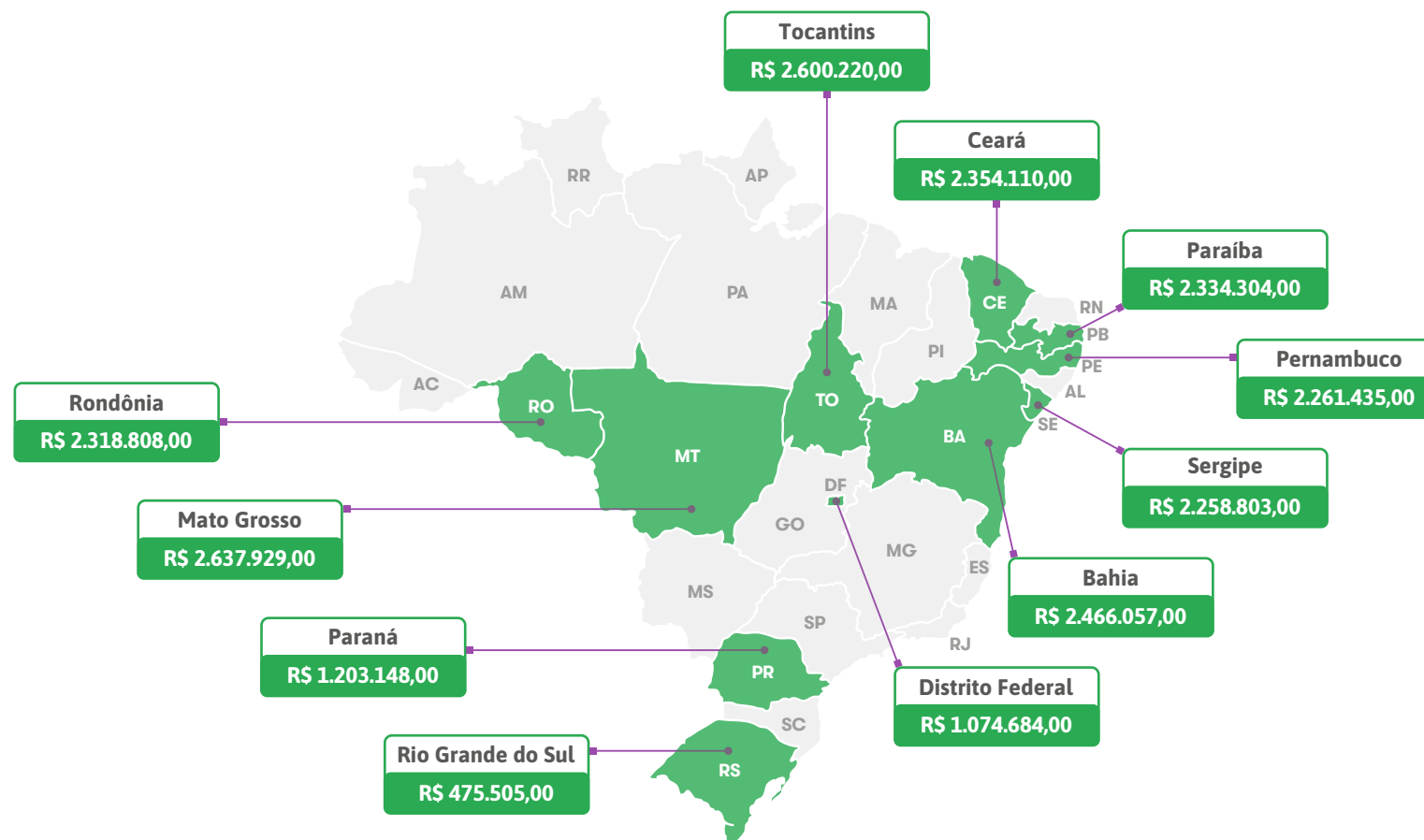
Fonte: Departamento de Saúde Digital e Inovação (Desd/Seidigi/MS).

Buscou-se, também, estruturar e modernizar os Núcleos de Telessaúde (NTS) para a oferta de serviços de telessaúde, com a destinação de recursos na modalidade de investimento, por meio da publicação da Portaria GM/MS n.º 8.484, de 22 de outubro de 2025, e da Portaria GM/MS n.º 9.073, de 2 de dezembro de 2025, que autorizou estados e o Distrito Federal a receberem recurso financeiro federal de investimento destinado à implantação de NTS, no âmbito do Novo PAC.

A demanda por essa estruturação decorre diretamente da construção dos diagnósticos situacionais e da análise crítica dos Planos de Ação de Transformação para a Saúde Digital, nos quais os entes federativos apontaram a necessidade crítica de investimentos em equipamentos para viabilizar a oferta de serviços mediados por tecnologia.

Ao financiar essas soluções, a ação fortalece o componente digital do Programa Agora Tem Especialistas, ampliando a capacidade de resposta do sistema às demandas por cuidado especializado, gestão de filas e redução do tempo de espera.

Figura 35 – Distribuição dos Recursos para a Estruturação de NTS no Novo PAC – 2025



Fonte: Desd/Seidigi/MS.

No cenário ampliado, esses 11 NTS apoiados em 2025 se somam aos outros 22 NTS já apoiados durante 2023 e 2024, totalizando 33 NTS apoiados com recursos de capital advindos do Novo PAC Saúde.

2.7.4.2 Custeio e Oferta de Serviços de Telessaúde

No cenário de consolidação da saúde digital, no qual a telessaúde foi incorporada como componente estratégico do Programa Agora Tem Especialistas, a oferta de serviços digitais é posicionada de forma a atender prioritariamente às Ofertas de Cuidado Integrado (OCI) nas áreas de cardiologia, ginecologia, oftalmologia, oncologia, ortopedia e otorrinolaringologia, com foco na redução das filas e do tempo de espera por atendimentos especializados no SUS.

Para materializar essa estratégia, foi aberto o Edital de Chamamento Público n.º 03/2025, que selecionou propostas de entes federativos para o repasse de recursos de custeio, destinados para a oferta e a ampliação de serviços de telessaúde no âmbito do SUS, com integração às plataformas do SUS e à RNDS, em alinhamento ao Programa Agora Tem Especialistas.

O Edital selecionou projetos que ofertassem serviços de telessaúde (teleconsultoria, teletriagem, teleconsulta, telediagnóstico, telemonitoramento, teleinterconsulta e teleorientação), integrados à Rede de Atenção à Saúde e à Rede Brasileira de Telessaúde, observando a interoperabilidade com a RNDS e o uso preferencial dos prontuários e das plataformas SUS Digital.

Posteriormente, visando conferir a fase de formalização e execução dos projetos para 2025, foi iniciada a primeira fase de celebração, e o consequente repasse orçamentário, oportunizada pela publicação da Portaria GM/MS n.º 9.211, de 10 de dezembro de 2025, que homologou as diretrizes para o repasse de recursos financeiros, na modalidade fundo a fundo, aos entes federativos (Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde) cujas propostas foram selecionadas, garantindo um investimento de mais de R\$ 60 milhões em 2025.

Por fim, a execução da segunda fase de celebração e do repasse orçamentário, para o restante dos projetos selecionados, ficou planejada para o primeiro trimestre de 2026.

Desse modo, o Desd encerrou 2025 com 44 NTS instalados em 21 UFs, organizados para ofertar serviços de telessaúde em diversas especialidades.

Ressalta-se que, embora os NTS se encontrem sediados em determinado estado, a sua oferta de serviços pode abranger outros estados e outras regiões. Desse modo, atualmente, os 44 NTS atuam em conjunto, e 3 operacionalizam a Oferta Nacional de Telediagnóstico (ONTD).

Quadro 7 – Oferta Nacional em Telediagnóstico

NÚCLEO DE TELESSAÚDE	ESPECIALIDADE	ESTADOS
Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal de Goiás (UFG)	Oftalmologia	AC, AL, AM, BA, ES, GO, MA, MG, MT, MS, PA, PB, PE, RO
Núcleo de Telessaúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG)	Eletrocardiograma	AC, AM, BA, CE, MG, MS, MT, PE, PR, RO, RN, RR, TO
Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)	Dermatologia	AC, AM, BA, GO, MS, MT, PA, PB, PE, PI, PR, RO, RR, SC, SP, TO

Fonte: Desd/Seidigi/MS.

2.7.4.3 A Oferta Nacional de Telediagnóstico

Entre as estratégias utilizadas pelo MS, a continuidade do incentivo à ONTD executada por Núcleos de Telessaúde é uma etapa importante no fortalecimento da operacionalização da Rede Brasileira de Telessaúde, no escopo da Ação Estratégica SUS Digital – Telessaúde.

Essa estratégia objetiva a ampliação dos serviços de emissão de laudos de exames realizados a distância, que viabilizam o diagnóstico de condições de saúde de forma ágil e prática. Essa operação é coordenada pelo MS em parceria com instituições de ensino superior, 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 no quadro a seguir.

2.7.4.4 A estratégia da Rede Brasileira de Telessaúde

O fomento ao crescimento da Rede Brasileira de Telessaúde ratifica as diretrizes operativas da Ação Estratégica SUS Digital – Telessaúde. O arcabouço conceitual e as modalidades de serviços forneceram a base técnica necessária para que a telessaúde pudesse ser mobilizada como força auxiliar e resolutive do Programa Agora Tem Especialistas, garantindo que a modalidade sirva à ampliação do acesso no SUS.

A utilização da telessaúde amplia o acesso da população a cuidados especializados, reduz barreiras geográficas, facilita a fixação de profissionais em áreas remotas e contribui para a qualificação dos profissionais de saúde. Entre os fatores que favorecem a oferta de atendimentos à população, destacam-se a agilidade na emissão de laudos, o acesso rápido a profissionais de saúde especialistas, o aumento da capacidade da utilização dos serviços, a satisfação dos usuários e a cobertura de comunidades e regiões com escassez de especialistas.

Destaca-se que a Ação Estratégica SUS Digital – Telessaúde, no âmbito do Programa SUS Digital, inclui serviços de telediagnóstico, teleconsultoria, teleconsulta, telemonitoramento, teleinterconsulta, telerregulação e teleorientação. Esses serviços contemplam população indígena, população idosa, quilombolas, população ribeirinha, rural, entre outras populações específicas.

Tabela 74 – Atendimentos de Telessaúde Realizados – 2024 e 2025

UF	2024	2025	TOTAL
AC	46.811	63.517	110.328
AL	0	430	430
AP	14	69	83
AM	15.082	24.942	40.024
BA	299.102	505.898	805.000
CE	102.097	120.088	222.185
DF	6	4	10
ES	1	1.184	1.185
GO	145.459	23.536	168.995
MA	4.239	18.420	22.659
MT	107.676	138.980	246.656
MS	60.689	94.006	154.695
MG	829.882	1.006.170	1.836.052
PA	8.036	34.507	42.543
PB	49	1.599	1.648
PR	50.327	172.699	223.026
PE	169.016	250.711	419.727
PI	21.750	192.170	213.920
RJ	20	6.381	6.401
RN	10.755	9.911	20.666
RS	52	67.484	67.536
RO	86	1.082	1.168
RR	12.624	12.475	25.099
SC	631.199	456.236	1.087.435
SP	136	450	586
SE	1	311	312
TO	11.087	7.269	18.356
TOTAL	2.526.196	3.210.529	5.736.725

Fonte: Desd/Seidigi/MS.



3 CONFORMIDADE E EFICIÊNCIA DA GESTÃO

3.1 Gestão Orçamentária e Financeira

O orçamento do Ministério da Saúde, em 2025, foi definido pela Lei n.º 15.121, de 10 de abril de 2025 (LOA 2025), publicada na página 1, da Seção 1, na edição extra do Diário Oficial da União (DOU), de 10 de abril de 2025, e pelos créditos adicionais publicados ou reabertos ao longo do exercício.

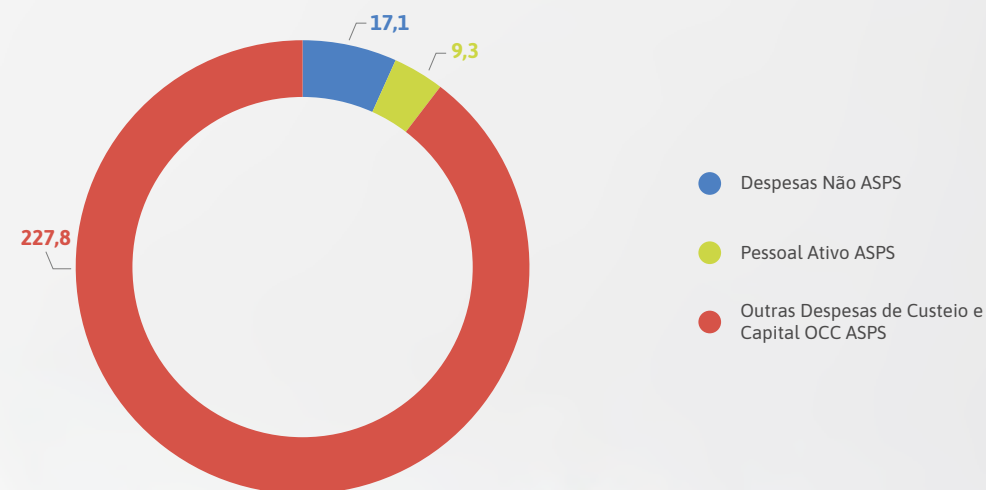
A despesa total autorizada, ao final do exercício, no Orçamento da Seguridade Social para o Ministério da Saúde, foi de R\$ 254,1 bilhões. Esse número contempla a Administração direta e também a indireta, inclusive a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (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 artigos 2º e 3º da Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, identificadas na LOA 2025 com o identificador de uso 6 (IU 6); e b) demais despesas consignadas ao Ministério da Saúde – Administração direta e unidades vinculadas.

Do valor total de R\$ 254,1 bilhões autorizados, R\$ 237,0 bilhões eram relativos a despesas consideradas como ASPS, e R\$ 17,1 bilhões para outras despesas, como pagamento de inativos e o funcionamento da Anvisa e da ANS.

Dos R\$ 237,0 bilhões de despesas ASPS, R\$ 9,3 bilhões eram relativos a pessoal ativo, incluindo benefícios e sentenças judiciais, e R\$ 227,8 bilhões correspondiam às despesas ordinárias de custeio e capital da saúde, conforme ilustrado no gráfico a seguir.

Gráfico 100 – Dotação Autorizada do Ministério da Saúde no Orçamento da Seguridade Social (em R\$ bilhões) – 2025



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, também estabeleceu que a saúde deve ser financiada com recursos do Orçamento da Seguridade Social, organizada por meio do SUS e garantida com a aplicação de percentuais mínimos de recursos em ASPS por cada ente federativo.

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, conforme o disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição.

Vale ressaltar, contudo, que a forma de cálculo desses limites mínimos já sofreu alterações ao longo do tempo. Desde 2023, 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 95/2016 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.

Para a saúde, a dotação orçamentária aprovada na LOA 2025, especificamente para ASPS, foi de R\$ 232,5 bilhões, sendo o limite mínimo

estimado, até aquele momento, de 232,3 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 é conhecido definitivamente somente após o encerramento do exercício.

A Tabela 75, a seguir, agrega informações sobre a aplicação mínima em saúde ao longo dos últimos anos e demonstra que, desde 2017, essa aplicação foi superior ao piso constitucional.

Tabela 75 – Histórico do Cálculo da Aplicação Mínima Constitucional em Saúde (em R\$ bilhões) – 2017 a 2025

Metodologia de Cálculo do Piso	Regramento Constitucional	Piso Apurado (a)	Aplicação em ASPS (b)	Despesas ASPS Não Computadas para o Piso (c)	Aplicação ASPS Computada Acima do Piso (d) = b-a-c
Piso 2017 (15% da RCL realizada ⁱ⁾)	EC n.º 95/2016	109,1	115,3	0,6	5,6
Piso 2018 (Piso 2017 + IPCA 3,0% ⁱⁱ⁾)	EC n.º 95/2016	112,4	117,4	0,6	4,4
Piso 2019 (Piso 2018 + IPCA 4,39% ⁱⁱⁱ⁾)	EC n.º 95/2016	117,3	123,8	1,5	5,0
Piso 2020 (Piso 2019 + IPCA 3,37% ^{iv)})	EC n.º 95/2016	121,3	162,4	0,8	40,3
Piso 2021 (Piso 2020 + IPCA 4,52% ^{v)})	EC n.º 95/2016 e EC n.º 113/2021	127,0	180,0	1,0	52,0
Piso 2022 (Piso 2021 + IPCA 10,06% ^{vi)})	EC n.º 95/2016 e EC n.º 113/2021	139,8	153,1	1,3	12,0
Piso 2023 (15% da RCL estimada LOA ^{vii)})	EC n.º 86/2015	172,8	182,4	2,6	7,0
Piso 2024 (15% da RCL realizada ^{ix)})	EC n.º 86/2015	214,5	218,4	2,5	1,4
Piso 2025 (15% da RCL realizada ^{x)})	EC n.º 86/2015	227,6	236,0	1,5	6,9

Fonte: Tesouro Gerencial e Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) do governo federal.

ⁱ Reposição de Restos a Pagar Cancelados, conforme § 2º do art. 24 da LC n.º 141/2012 (incluindo os royalties do petróleo somente até 2021).

ⁱⁱ RCL realizada em 2017: R\$ 727,3.

ⁱⁱⁱ IPCA acumulado de julho de 2016 a junho de 2017.

^{iv} IPCA acumulado de julho de 2017 a junho de 2018.

^v IPCA acumulado de julho de 2018 a junho de 2019. RREO republicado: <https://thot-arquivos.tesouro.gov.br/publicacao/37123>.

^{vi} IPCA acumulado de janeiro a dezembro de 2020 (EC n.º 113, de 8 de dezembro de 2021). RREO republicado: <https://thot-arquivos.tesouro.gov.br/publicacao/42574>.

^{vii} IPCA acumulado de janeiro a dezembro de 2021.

^{viii} Considerado o art. 15 da Lei Complementar n.º 201, de 24 de outubro de 2023, conforme definido pelo TCU por meio do item 5.2 do Acórdão 2.338/2023.

^{ix} RCL realizada em 2024: R\$ 1.430,0.

^x RCL realizada em 2025: R\$ 1.517,7.

Em 2025, a dotação em ASPS foi estabelecida pela Lei Orçamentária no início do exercício e evoluiu para R\$ 237,0 bilhões, em decorrência dos créditos orçamentários realizados ao longo do ano.

A apuração do montante aplicado em ASPS ocorre a partir das despesas empenhadas, de acordo com o disposto no art. 24 da Lei Complementar n.º 141/2012. Dos R\$ 237,0 bilhões disponíveis em 2025, a União aplicou R\$ 236,0 bilhões em ASPS, dos quais R\$ 1,5 bilhão era relativo à reposição de Restos a Pagar (RAP), os quais são desconsiderados para fins de apuração da aplicação mínima em saúde.

Sendo assim, uma vez findado 2025, seguindo o parâmetro estabelecido na Constituição e considerando a RCL efetivamente apurada no exercício, conforme o disposto na Portaria STN/MF n.º 137, de 16 de janeiro de 2026, e descontado R\$ 1,5 bilhão da reposição de Restos a Pagar, o total aplicado em ASPS considerado para fins de cumprimento do piso de 2025 foi de R\$ 234,5 bilhões, superando em R\$ 6,9 bilhões o limite mínimo obrigatório. A Tabela 76 demonstra esses valores em sequência.

Tabela 76 – Análise do Cumprimento do Piso em Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS (em R\$) – 2025

ITEM		R\$
(A)	Receita Corrente Líquida (RCL) 2025	1.517.735.497.000
(B)	Piso Mínimo ASPS 15% RCL	227.660.324.550
(C)	Dotação Final 2025	237.053.962.700
(D)	Total Empenhado 2025	236.096.564.484
(E)	Reposição de RAP Cancelado	1.548.749.000
(F) = (D) – (E)	Despesas Empenhadas Computadas para o Mínimo em 2025	234.547.815.484
(G) = (F) – (B)	SITUAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO PISO	6.887.490.934

Fonte: Tesouro Gerencial.

3.1.2 Execução Orçamentária

Em 2025, o Ministério da Saúde manteve o histórico de elevadas taxas de execução orçamentária. Da dotação atualizada total (ASPS e não ASPS) de R\$ 254,1 bilhões, foram empenhados R\$ 253,1 bilhões, resultando em um alcance 99,6% de execução.

Consideradas apenas as despesas com ASPS, a dotação total foi de R\$ 237,0 bilhões, com o empenho de R\$ 236,0 bilhões, ou seja, 99,6%.

A Tabela 77, a seguir, mostra um panorama geral dessa 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 do exercício.

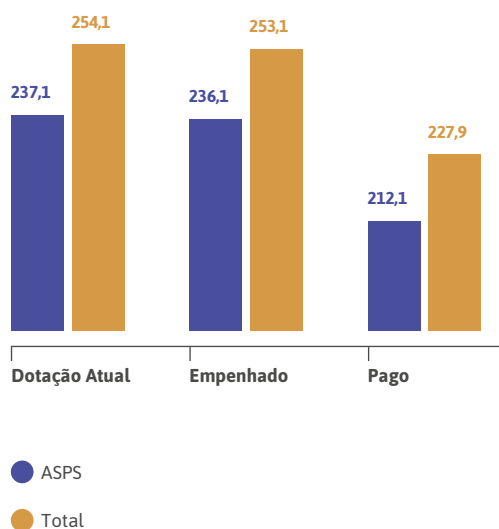
Tabela 77 – Demonstrativo Geral de Execução – Todas as Unidades do Ministério da Saúde (em R\$) – 2025

ITEM	DOTAÇÃO ATUALIZADA	EMPENHADO	PAGO	SALDO A EMPENHAR
	(A)	(B)	(C)	D = (A - B)
TOTAL ASPS	237.053.962.700	236.096.564.484	212.102.160.197	957.398.216
PESSOAL, BENEFÍCIOS E ENCARGOS SOCIAIS – ASPS	9.294.663.522	9.281.371.598	8.534.361.558	13.291.924
SUBTOTAL – OCC – ASPS	227.759.299.178	226.815.192.886	203.567.798.640	944.106.292
Programação Própria (Exclusive Emendas e Sentenças)	200.949.702.985	200.717.592.369	180.703.107.772	232.110.616
Emendas ASPS	26.355.400.499	25.646.871.980	22.413.962.330	708.528.519
RP 6 – EIND – Emendas Individuais	13.555.752.704	13.372.693.285	11.613.017.949	183.059.419
RP 7 – EBAN – Emendas Bancadas	6.932.814.462	6.523.234.429	5.583.714.478	409.580.033
RP 8 – ECOM – Emenda de Comissão	5.866.833.333	5.750.944.267	5.217.229.903	115.889.066
Reserva de Contingência	-	-	-	0
Sentenças Judiciais	454.195.694	450.728.537	450.728.537	3.467.157
Inversões Financeiras	-	-	-	0
TOTAL NÃO ASPS	17.095.586.384	17.018.576.688	15.831.145.647	77.009.696
PESSOAL, BENEFÍCIOS E ENCARGOS SOCIAIS – NÃO ASPS	13.531.434.553	13.515.207.635	12.431.464.497	16.226.918
SUBTOTAL – OCC – NÃO ASPS	3.564.151.831	3.503.369.053	3.399.681.149	60.782.778
Programação Própria (Exclusive Emendas e Sentenças)	3.301.299.987	3.280.198.784	3.177.206.336	21.101.203
Emendas não ASPS	351.000	351.000	-	0
RP 6 – EIND – Emendas Individuais	351.000	351.000	-	0
Sentenças Judiciais	68.965.387	68.965.381	68.965.381	6
Reserva de Contingência Financeira	38.900.005	0	-	38.900.005
Inversões Financeiras	154.635.452	153.853.889	153.509.433	781.563
TOTAL MINISTÉRIO DA SAÚDE	254.149.549.084	253.115.141.173	227.933.305.844	1.034.407.911

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 101 – Dotação ASPS em Comparação à Dotação Total na Execução Orçamentária (em R\$ bilhões) – 2025



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 –, seguido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e o Grupo Hospitalar Conceição (GHC). A tabela a seguir apresenta a demonstração completa do quadro orçamentário de 2025, por unidade orçamentária.

Tabela 78 – Demonstrativo Geral de Execução do Ministério da Saúde por Unidade Orçamentária (em R\$ mil) – 2025

ORÇAMENTO 2025 – LEI N.º 15.121, DE 10 DE ABRIL DE 2025				
UNIDADE	DOTAÇÃO ATUAL	EMPENHADO	LIQUIDADO	PAGO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ	10.488.670	10.484.586	9.438.815	8.776.720
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO	2.707.689	2.701.244	2.669.936	2.591.110
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE	2.713.409	2.707.912	2.328.298	2.188.652
AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	1.032.026	1.013.480	978.278	889.750
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	471.999	420.224	397.468	366.781
FUNDO NACIONAL DE SAÚDE	236.732.256	235.784.977	215.680.171	213.117.918
RECURSOS SOB SUPERVISÃO DA ANS	3.500	2.718	2.415	2.374
TOTAL	254.149.549	253.115.141	231.495.380	227.933.306

Fonte: Tesouro Gerencial.

Quando consideradas as principais ações orçamentárias finalísticas, destacam-se:

- > **Ação 8585** – Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade, que teve empenhados R\$ 84,4 bilhões, ou seja, 33% do total executado pelo Ministério da Saúde (órgão 36000) em 2025.
- > **Ação 219A** – Piso de Atenção Básica em Saúde, com montante empenhado de R\$ 27,9 bilhões, correspondendo a 11% de todos os recursos empenhados do órgão.

> **Ações 4705** – Promoção da Assistência Farmacêutica por meio da Disponibilização de Medicamentos do Componente Especializado; 4370 – Atendimento à População para Prevenção, Controle e Tratamento de Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; 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 disponibilização de medicamentos

e insumos em saúde do Componente Estratégico. Todas essas ações associadas à Assistência Farmacêutica empenharam, juntas, R\$ 35,8 bilhões, o equivalente a 14% do montante total empenhado no Ministério da Saúde.

No recorte de relevância, a tabela a seguir apresenta, de modo mais completo, a relação geral das ações orçamentárias da saúde, ordenadas por magnitude de valor, todas com execução superior a R\$ 1 bilhão anual.

Tabela 79 – Principais Despesas do Ministério da Saúde (em R\$ mil) – 2025

ORÇAMENTO 2025 — LEI N.º 15.121, DE 10 DE ABRIL DE 2025			
UNIDADE	DOTAÇÃO ATUAL	EMPENHADO	PAGO
8585 – ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS EM MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	84.444.173	84.443.771	78.976.187
219A – PISO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	27.928.456	27.928.423	27.338.908
4705 – PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA POR MEIO DA DISPONIBILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO	15.489.430	15.489.239	12.854.725
0181 – APOSENTADORIAS E PENSÕES CIVIS DA UNIÃO	12.387.595	12.384.213	11.430.619
2E90 – INCREMENTO TEMPORÁRIO AO CUSTEIO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL PARA CUMPRIMENTO DE METAS	12.083.306	11.771.181	10.505.890
2E89 – INCREMENTO TEMPORÁRIO AO CUSTEIO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA CUMPRIMENTO DE METAS	11.770.833	11.566.025	11.019.553
00UC – TRANSFERÊNCIA AOS ENTES FEDERATIVOS PARA O PAGAMENTO DOS VENCIMENTOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	10.731.131	10.731.131	10.731.131
00UW – ASSISTÊNCIA FINANCEIRA COMPLEMENTAR AOS ESTADOS, AO DISTRITO FEDERAL E AOS MUNICÍPIOS PARA O PAGAMENTO DO PISO SALARIAL DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM	10.287.474	10.287.474	10.287.474
20YE – AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE IMUNOBIOLÓGICOS E INSUMOS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS	8.926.419	8.926.419	6.214.319
20TP – ATIVOS CIVIS DA UNIÃO	8.104.178	8.091.448	7.399.830
20YR – MANUTENÇÃO E FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL PELO SISTEMA DE GRATUIDADE	5.924.525	5.924.525	4.721.692
21BG – FORMAÇÃO E PROVISÃO DE PROFISSIONAIS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	4.148.039	4.147.967	3.777.989
8581 – ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SAÚDE BUCAL	4.113.570	4.084.793	3.361.781
8535 – ESTRUTURAÇÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE	3.755.469	3.483.231	827.200
20AE – PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	3.008.516	3.008.516	2.806.451
21DX – MANUTENÇÃO DE CONTRATOS DE GESTÃO COM A AGÊNCIA BRASILEIRA DE APOIO À GESTÃO DO SUS (AGSUS)	2.913.055	2.886.377	2.048.997
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	2.737.690	2.737.690	2.443.675
00UB – TRANSFERÊNCIA AOS ENTES FEDERATIVOS PARA O PAGAMENTO DOS VENCIMENTOS DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS	2.678.966	2.678.966	2.678.966
20YD – EDUCAÇÃO E TRABALHO NA SAÚDE	2.521.215	2.521.211	2.043.053
20YP – PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA	2.257.131	2.256.487	2.049.544
20AL – APOIO AOS ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS PARA A VIGILÂNCIA EM SAÚDE	2.035.108	2.035.108	1.971.581
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	1.499.402	1.499.402	1.467.900
4295 – ATENÇÃO AOS PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS HEMATOLÓGICAS	1.479.788	1.479.788	1.193.617
6217 – ATENÇÃO À SAÚDE NOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	1.174.189	1.173.298	1.056.470
09HB – CONTRIBUIÇÃO DA UNIÃO, DE SUAS AUTARQUIAS E FUNDAÇÕES PARA O CUSTEIO DO REGIME DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS	1.124.197	1.115.584	1.027.266
2000 – ADMINISTRAÇÃO DA UNIDADE	1.026.620	1.016.122	814.060
DEMAIS	9.599.077	9.446.752	6.884.427
TOTAL	254.149.552	253.115.141	227.933.306

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 fundos dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Do total de R\$ 236,0 bilhões empenhados pelo Ministério da Saúde, R\$ 165,0 bilhões são transferências fundo a fundo aos demais entes federativos para despesas ASPS, e R\$ 962 milhões foram transferidos por meio de convênios ou instrumentos congêneres.

Tabela 80 – Execução Orçamentária, por Modalidade de Aplicação (em R\$), Excetuadas as Emendas Parlamentares – 2025

MODALIDADE DE APLICAÇÃO		DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESAS EMPENHADAS	DESPESAS PAGAS
TOTAL ASPS		164.988.677.192	164.161.696.497	155.385.224.419
TOTAL TRANSFERIDO POR CONVÊNIO/SIMILAR		962.306.444	782.182.077	22.154.459
30	TRANSFER. A ESTADOS E AO DISTRITO FEDERAL	377.081.239	232.795.980	17.782.195
40	TRANSFERÊNCIAS A MUNICÍPIOS	585.225.205	549.386.097	4.372.264
TOTAL TRANSFERIDO FUNDO A FUNDO		162.477.621.725	161.830.765.397	153.814.320.937
31	TRANSFER. A ESTADOS E AO DF – FUNDO A FUNDO	37.961.163.118	37.740.871.020	35.240.447.817
41	TRANSFERÊNCIAS A MUNICÍPIOS – FUNDO A FUNDO	124.516.458.607	124.089.894.377	118.573.873.120
TOTAL TRANSFERÊNCIAS A MUNICÍPIOS ART.24 LC N.º 141/2012		1.548.749.023	1.548.749.023	1.548.749.023
35	TRANSFERÊNCIAS A MUNICÍPIOS, ART.24, LC N.º 141/2012	398.370.927	398.370.927	398.370.927
45	TRANSFERÊNCIAS A MUNICÍPIOS, ART.24, LC N.º 141/2012	1.150.378.096	1.150.378.096	1.150.378.096
TOTAL NÃO ASPS		2.855.734.996	2.855.734.983	2.813.929.266
TOTAL TRANSFERIDO POR CONVÊNIO/SIMILAR		46.454.524	46.454.513	4.999.797
30	TRANSFER. A ESTADOS E AO DISTRITO FEDERAL	1.009.215	1.009.215	0
40	TRANSFERÊNCIAS A MUNICÍPIOS	45.445.309	45.445.298	4.999.797
TOTAL TRANSFERIDO FUNDO A FUNDO		2.809.280.472	2.809.280.469	2.808.929.469
31	TRANSFER. A ESTADOS E AO DF – FUNDO A FUNDO	3.473.001	3.473.000	3.473.000
41	TRANSFERÊNCIAS A MUNICÍPIOS – FUNDO A FUNDO	2.805.807.471	2.805.807.469	2.805.456.469
TOTAL GERAL		167.844.412.189	167.017.431.480	158.199.153.685

Fonte: Tesouro Gerencial.

As aplicações realizadas diretamente pelo Ministério da Saúde¹ alcançaram R\$ 79,4 bilhões em 2025, já incluídas as despesas com pessoal e encargos sociais².

Desse total, R\$ 13,6 bilhões foram destinados para aquisição de medicamentos de alto custo³, e R\$ 8,5 bilhões para aquisição de vacinas⁴.

A tabela a seguir apresenta os montantes mais relevantes executados de forma direta pelo Ministério.

Tabela 81 – Execução Orçamentária, por Aplicação Direta (em R\$ mil) – 2025

AÇÃO	DOTAÇÃO ATUAL	EMPENHADO	PAGO
4705 – PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA POR MEIO DA DISPONIBILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO	13.641.684	13.641.493	11.007.085
0181 – APOSENTADORIAS E PENSÕES CIVIS DA UNIÃO	12.387.595	12.384.213	11.430.619
20YR – MANUTENÇÃO E FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL PELO SISTEMA DE GRATUIDADE	5.924.525	5.924.525	4.721.692
20YE – AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE IMUNOBIOLÓGICOS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS	8.529.878	8.529.878	5.819.495
20TP – ATIVOS CIVIS DA UNIÃO	8.104.178	8.091.448	7.399.830
21BG – FORMAÇÃO E PROVISÃO DE PROFISSIONAIS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAUDE – MAIS MÉDICOS	4.148.039	4.147.967	3.777.989
DEMAIS AÇÕES	26.738.357	26.655.548	20.384.088
TOTAL	79.474.256	79.375.073	64.540.797

Fonte: Tesouro Gerencial.

Considerando a classificação orçamentária por grupo de natureza de despesa, do montante total de R\$ 253,1 bilhões empenhados pelo Ministério da Saúde em 2025, R\$ 221,3 bilhões foram relativos a outras despesas correntes, para o custeio de serviços (GND 3); R\$ 22,0 bilhões foram executados para pagamento de despesas com pessoal e encargos sociais (GND 1); R\$ 9,7 bilhões para despesas com investimentos (GND 4); e R\$ 154 milhões foram destinados para inversões financeiras (GND 5), dos quais R\$ 150 milhões se referem à constituição de capital social da União na Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás).

A Tabela 82 apresenta os valores spendidos em 2025, segundo sua natureza em cada um dos estágios de execução da despesa.

Tabela 82 – Perfil das Despesas do Ministério da Saúde (em R\$ mil) – 2025

GRUPO DE NATUREZA DE DESPESA	DOTAÇÃO ATUAL	EMPENHADO	PAGO
1 – Pessoal e Encargos Sociais	22.050.903	22.023.668	20.290.077
3 – Outras Despesas Correntes	221.876.530	221.263.997	202.992.169
4 – Investimentos	10.028.581	9.673.623	4.497.550
5 – Inversões Financeiras	154.635	153.854	153.509
9 – Reserva de Contingência	38.900	0	0
TOTAL	254.149.549	253.115.141	227.933.306

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.



Transferências Fundo a Fundo

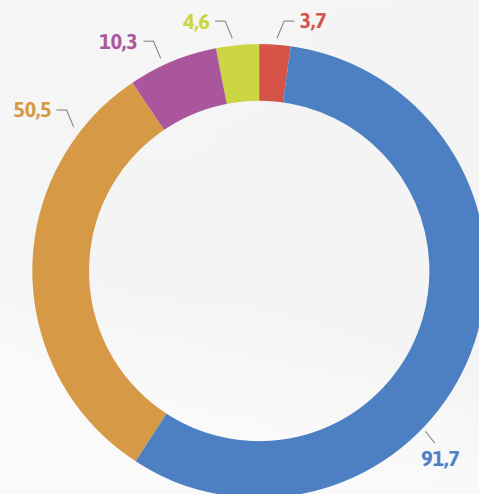
A parcela mais expressiva das despesas pagas pelo Fundo Nacional de Saúde é relativa às transferências aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. As transferências fundo a fundo são organizadas e repassadas aos entes em blocos de financiamento, regulamentados pela Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, de 28 de setembro de 2017, alterada pelas Portarias n.º 3.992, de 28 de dezembro de 2017, n.º 885, de 4 de maio de 2021, e n.º 1.063, de 8 de agosto de 2023. Ao todo, as transferências fundo a fundo somaram R\$ 166,2 bilhões em 2025.

Desse valor, R\$ 128 bilhões (77%) foram repassados aos municípios, e R\$ 38,2 bilhões (23%) aos estados e ao Distrito Federal.

Na distribuição por bloco, R\$ 161,2 bilhões dos recursos transferidos foram relativos ao de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (97%), e R\$ 5 bilhões ao de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (3%).

Dos valores repassados por meio do Bloco de Manutenção, R\$ 91,7 bilhões (57%) foram destinados a despesas da Média e Alta Complexidade, R\$ 50,5 bilhões (31%) a despesas da Atenção Primária, R\$ 10,3 bilhões (7%) a despesas de Gestão do Trabalho, R\$ 4,6 bilhões (3%) a despesas de Vigilância em Saúde, e R\$ 3,7 bilhões (2%) a despesas de Ciência e Tecnologia.

Gráfico 102 – Transferências “Fundo a Fundo” do Bloco de Manutenção por Componente (em R\$ bilhões)



- Atenção de Média e Alta Complexidade
- Atenção Primária
- Gestão Sus
- Vigilância em Saúde
- Assistência Farmacêutica

Fonte: Sispag/FNS.

Restos a Pagar

Em 2025, os Restos a Pagar inscritos e reinscritos de outros exercícios alcançaram o montante de R\$ 36,5 bilhões. Ao longo do exercício, foram pagos R\$ 23,8 bilhões e cancelados R\$ 0,8 bilhão. Em decorrência disso, o saldo de Restos a Pagar, ao final do exercício de 2025, reinscrito em 2026, foi de R\$ 11,9 bilhões.



Tabela 83 – Restos a Pagar Executados em 2025 (em R\$ mil)

GRUPO DE NATUREZA DE DESPESA	RAP INSCRITO E REINSCRITO	RAP CANCELADO	RAP PAGO	RAP A PAGAR
	(Processados e Não Processados)	(Processados e Não Processados)	(Processados e Não Processados)	(Processados e Não Processados)
1 PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	1.484,61	4,56	1.478,51	1,53
3 OUTRAS DESPESAS CORRENTES	20.681,66	433,19	17.129,26	3.119,22
4 INVESTIMENTOS	14.382,50	358,23	5.214,21	8.810,06
TOTAL	36.548,78	795,98	23.821,98	11.930,81

Fonte: Tesouro Gerencial.

Para 2026, além das despesas a serem reinscritas, as despesas empenhadas e não pagas em 2025 também foram inscritas em Restos a Pagar.

RAP Inscrito e Reinscrito em 2026

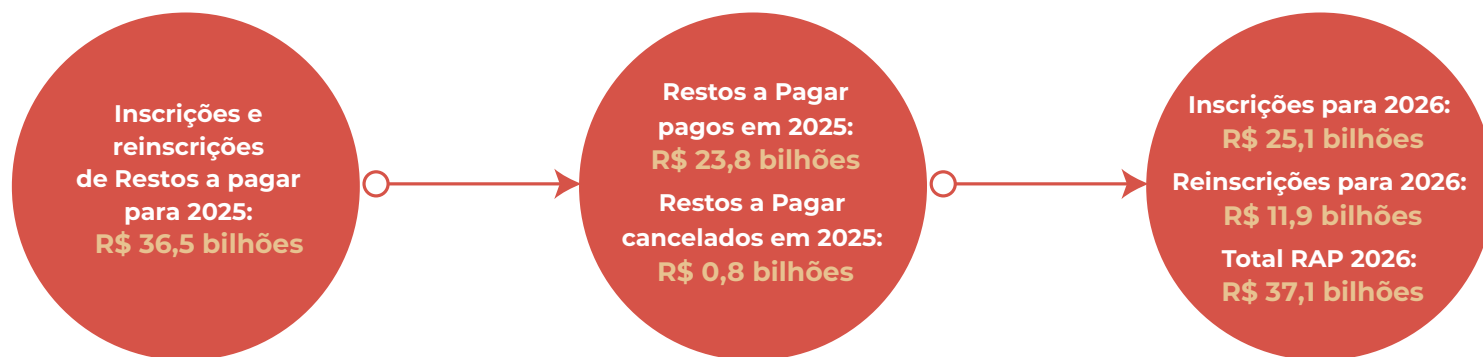


Tabela 84 – Detalhamento dos Restos a Pagar Inscritos e Reinscritos (em R\$ mil) – 2022 a 2026

GND/AÇÃO	RESTOS A PAGAR INSCRITOS E REINSCRITOS				
	(PROCESSADOS E NÃO PROCESSADOS)				
	2022	2023	2024	2025	2026
PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS (GND 1)	1.252,0	1.205,2	1.337,2	1.400,1	1.735,1
OUTRAS DESPESAS CORRENTES E CAPITAL (GND 3, 4 E 5)	27.607,4	26.343,9	31.084,2	35.036,9	35.377,4
4705 – PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA POR MEIO DA DISPONIBILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO	1.930,3	2.237,5	5.102,0	3.966,5	972,1
8535 – ESTRUTURAÇÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE	4.031,6	3.702,1	4.482,4	8.094,2	7.719,8
2E90 – INCREMENTO TEMPORÁRIO AO CUSTEIO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL PARA CUMPRIMENTO DE METAS	542,2	237,9	3.418,5	1.033,0	1.270,9
8585 – ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS EM MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	2.158,5	1.511,6	3.089,0	4.455,2	5.808,9
20YE – AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS E INSUMOS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS	4.578,3	7.339,9	2.875,7	1.946,3	2.318,5
8581 – ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE	1.286,1	1.426,5	1.487,2	2.551,6	1.868,3
2E89 – INCREMENTO TEMPORÁRIO AO CUSTEIO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA CUMPRIMENTO DE METAS	1.055,0	275,3	1.027,2	624,5	548,7
21C9 – SANEAMENTO EM PEQUENAS COMUNIDADES RURAIS	234,5	576,1	526,2	668,6	822,0
10GE – SISTEMAS PÚBLICOS DE ESGOTAMENTO SANITÁRIO	552,0	455,9	427,9	390,1	335,2
20AE – FARMÁCIA BÁSICA	451,1	481,5	385,8	347,1	272,2
DEMAIS AÇÕES	10.787,6	8.099,5	8.262,2	10.959,8	13.440,8
TOTAL MINISTÉRIO DA SAÚDE	28.859,4	27.549,1	32.421,5	36.436,9	37.112,5

Fonte: Tesouro Gerencial.

Observando a tabela, nota-se que R\$ 1,7 bilhão em Restos a Pagar, inscrito em 2026, é relativo a despesas de pessoal, em decorrência da rotina de processamento dos pagamentos adotada pela Secretaria do Tesouro Nacional (STN), na qual a folha de pessoal de dezembro é inscrita em Restos a Pagar.

Para as demais despesas – outros custeios e capital –, observa-se pequeno aumento dos valores inscritos e reinscritos em Restos a Pagar, que passam de R\$ 35,0 bilhões, em 2025, para R\$ 35,4 bilhões, em 2026. Ao todo, os Restos a Pagar inscritos e reinscritos para 2026 somaram R\$ 37,1 bilhões.

Com 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.

3.1.3 Execução Financeira

No decorrer de 2025, 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 de 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 12.448, de 30 de abril de 2025, 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 e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, uma vez que, com a Lei n.º 13.848/2019, essas agências passaram a constituir “órgãos setoriais”. Diante desse contexto, optou-se por detalhar, a seguir, os limites de pagamento estipulados ao Ministério da Saúde, sem considerar a ANS e a Anvisa.

Em 2025, para pagamentos do orçamento do exercício corrente e dos restos a pagar do Ministério da Saúde, foi autorizado o montante de R\$ 32,63 bilhões⁶ para as despesas discricionárias (Anexos II, II-A, II-B, III e III-A do referido Decreto), e previsto o Fluxo de Pagamentos no montante de R\$ 172,09 bilhões para as Despesas Obrigatórias (Anexos VI e VII do referido Decreto e alterações).

Os pagamentos foram de R\$ 32,13 bilhões em despesas discricionárias e de R\$ 171,74 bilhões nas despesas obrigatórias com controle de fluxo.

Cabe registrar que, em emendas individuais (RP6), foram pagos R\$ 13,83 bilhões. Já nas emendas de bancada (RP7), foram pagos R\$ 6,05 bilhões, e nas emendas de comissão (RP 8), R\$ 5,61 bilhões em 2025.

Na sequência, é apresentada tabela com os limites de pagamentos e valores pagos em 2025 pelo Ministério da Saúde e suas unidades vinculadas (FNS, Funasa, Fiocruz e GHC).

⁵ Créditos extraordinários não são considerados nos limites estabelecidos pelos Decretos de Programação Financeira.

⁶ Não considera limite para emendas individuais e de bancada, de execução obrigatória, e de emendas de comissão.



Tabela 85 – Limite de Pagamento e Valores Pagos (R\$ em mil) – 2025

Discriminação	Limite Pagamento	Valor Pago	% Pago
Anexo II – Discricionárias (RP 2) – Fontes Tesouro	26.135.811	26.037.604	99,62
Anexo II-A – Discricionárias Ressalvadas (RP 2) – Fontes Tesouro	475.423	466.050	98,03
Anexo II-B – Discricionárias PAC (RP 3) – Fontes Tesouro	5.989.296	5.595.774	93,43
Anexo III – Discricionárias (RP 2) – Fontes Próprias	20.187	20.132	99,73
Anexo III-A – Discricionárias Ressalvadas (RP 2) – Fontes Próprias	8.125	8.080	99,44
Anexo VI – Obrigatórias (RP 1) – Fontes Tesouro	171.789.623	171.442.241	99,80
Anexo VII – Obrigatórias (RP 1) – Fontes Próprias	295.978	294.264	99,42
Emendas Individuais (RP 6)	13.833.984	13.833.984	100,00
Emendas de Bancadas (RP 7)	6.047.405	6.047.405	100,00
Emendas de Relatoria (RP 8)	5.612.967	5.612.967	100,00
TOTAL	230.208.799	229.358.501	99,63

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 à limitação financeira, foram pagos, em 2025, R\$ 250,36 bilhões, dos quais R\$ 226,67 bilhões estão relacionados à LOA 2025, e R\$ 23,69 bilhões à execução de restos a pagar.

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 86 – Despesas Pagas por Unidade Orçamentária – Despesas Ordinárias (em R\$ mil) – 2025

Unidade	Exercício Corrente	Restos a Pagar	Total
Fundo Nacional de Saúde (FNS)	213.117.918	21.206.471	234.324.390
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)	8.776.720	1.911.936	10.688.656
Fundação Nacional de Saúde (Funasa)	2.188.652	443.768	2.632.419
Grupo Hospitalar N. S. Conceição S.A. (GHC)	2.591.110	123.564	2.714.674
TOTAL MINISTÉRIO DA SAÚDE	226.674.401	23.685.739	250.360.139

Fonte: Siafi.

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) do Ministério da Saúde observa o conjunto de regras e diretrizes estabelecidas pelo Órgão Central do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (Sipec) e 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

O Ministério da Saúde 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 e os 5 institutos federais.

Tabela 87 – Média de Homologações Efetivadas por Mês – 2019 a 2025

ANO	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Média Anual	37	37	35	35	37	36	36

Fonte: Planilha de Controle Interna – 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 Upag esteja apta a homologar a folha de pagamento do mês.

Tabela 88 – Monitoramento do Líquido Negativo – 2019 a 2025

ANO	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Total	326	385	471	331	369	252	244
Regularizados	179	241	113	289	288	201	147

Fonte: Planilha de Controle Interna – Cogep.

c. Monitoramento das demandas dos órgãos de controle (CGU/TCU)

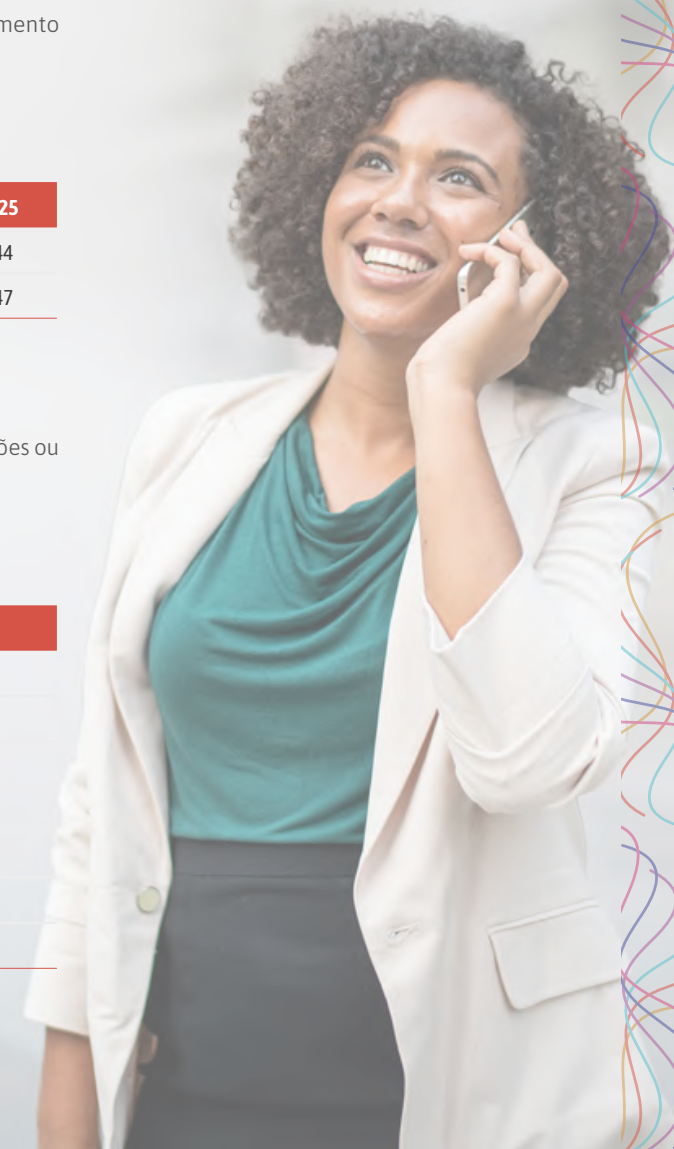
Gerenciamento e monitoramento das demandas de órgãos de controle relacionadas à gestão de pessoas junto às Unidades Pagadoras deste MS, no intuito

do atendimento tempestivo das determinações ou recomendações em sua integralidade.

Tabela 89 – Demandas de Órgãos de Controle – 2019 a 2025

ANO	RECEBIDAS	TRATADAS
2019	44	24
2020	37	25
2021	127	127
2022	241	241
2023	214	214
2024	202	202
2025	192	158

Fonte: Redmine e Planilha de Controle Interna – Cogep.



3.2.1.2 Cadastramento dos Atos Administrativos de Pessoal no Sistema e-Pessoal

Visando à melhoria contínua, em especial, na forma de supervisionar e monitorar o cadastro de novos atos praticados nesta Pasta ministerial, junto à base de dados do Sistema do TCU, foram identificados, conforme a tabela a seguir:

Tabela 90 – Supervisão e Controle de Folha de Pagamento para os Atos de Aposentadorias e Pensões Concedidas

ANO	APOSENTADORIAS CONCEDIDAS	PENSÕES CONCEDIDAS
2023	266	99
2024	279	86
2025	247	160

Fonte: Planilha de Controle Interna – Cogep.

3.2.1.3 Trilhas Internas

Como ação de gestão de riscos, são realizadas trilhas preventivas na busca de indícios que demonstram inconformidades no sistema cadastral e financeiro dos servidores (ativos, aposentados, pensionistas etc.) do Ministério da Saúde. A trilha interna objetiva a prevenção de possíveis inconformidades na gestão e na execução da folha de pagamento dos servidores, atrelando as ações à melhoria dos processos de trabalho, bem como evitar que os órgãos de controle como a Controladoria-Geral da União (CGU), o Tribunal de Contas da União (TCU) ou o Ministério da Gestão e Inovação (MGI) apontem/detectem irregularidades em tais aspectos, que podem estar relacionadas à inserção e à tabulação de dados manualmente, a capacitações, desconhecimentos dos normativos,

força de trabalho reduzida, processos pouco estruturados e não atendimento aos normativos. No exercício de 2025, a partir de inconsistências (cadastral e financeiras) de pagamentos em relação ao ordenamento legal, foram identificadas 26 trilhas na folha de pagamento do Ministério da Saúde, a partir de evidências resultantes dos cruzamentos de dados da base do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape).

3.2.1.4 Ouvidoria – Consolidação do Sistema de Ouvidoria

Os Sistemas de Ouvidoria foram unificados para apenas um canal direto de comunicação e resposta ao cidadão. A Cogep trata os questionamentos referentes a demandas de Gestão de Pessoas ou demandas vinculadas via Lei de Acesso à Informação (LAI) e Sistema OuvidorSUS. No ano de 2025, foram tratadas 199 demandas via LAI; e, no Sistema OuvidorSUS, foram tratadas 564 demandas.

Tabela 91 – Ouvidoria – Consolidação do Sistema de Ouvidoria

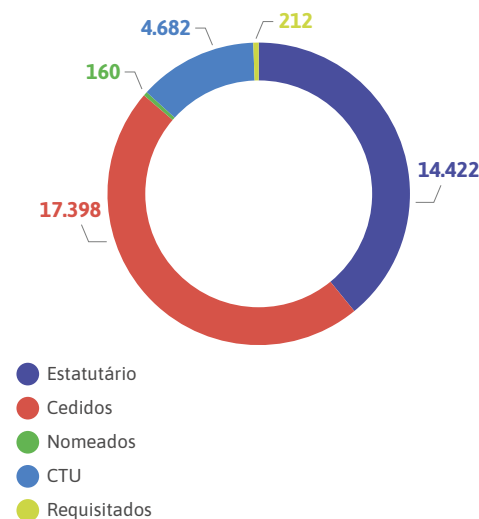
ANO	DEMANDAS	CONCLUÍDAS	EM ANDAMENTO
2022	3.376	63,41%	36,59%
2023	3.839	79%	21%
2024	654	93%	7%
2025	763	100%	0%

Fonte: Serviço de Informação ao Cidadão (SIC).

3.2.2 Força de Trabalho do Ministério da Saúde

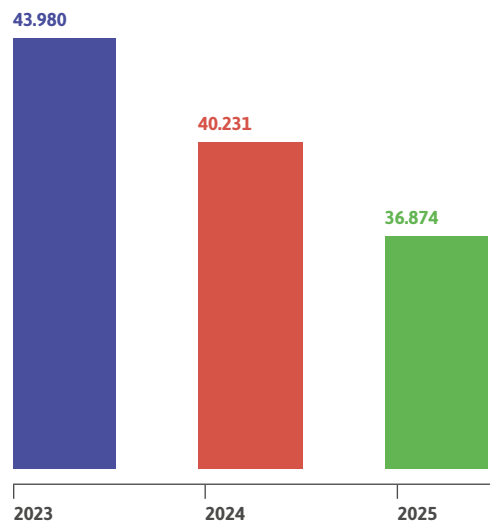
A força de trabalho do Ministério da Saúde é composta por 36.874 agentes públicos, divididos conforme os gráficos a seguir:

Gráfico 103 – Composição da Força de Trabalho



Fonte: Siape.

Gráfico 104 – Força de Trabalho do Ministério da Saúde – 2023 a 2025

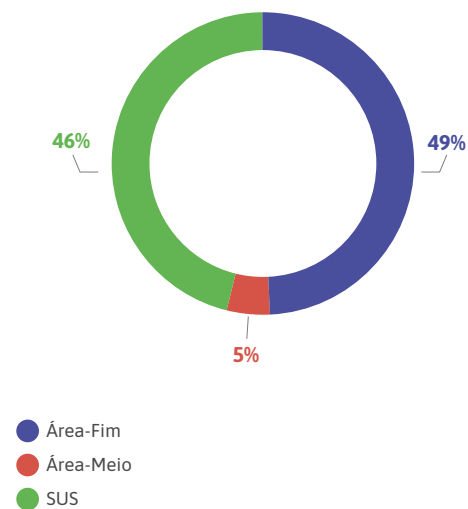


Fonte: Siape.

A redução expressiva da força de trabalho do Ministério da Saúde, no período de 2023 a 2025, conforme apresentado no gráfico anterior, para além das vacâncias mais comuns, demanda considerar também as seguintes situações:

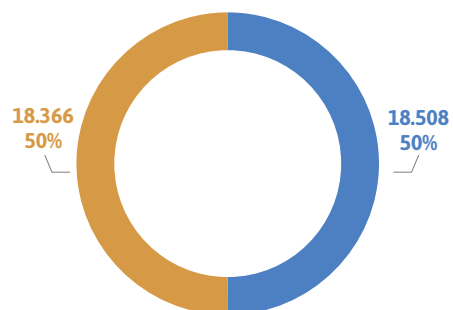
- Em 2024, o cargo de analista técnico de políticas sociais (ATPS) foi centralizado no MGI, conforme art. 42 da Lei n.º 14.875, de 31 de maio de 2024, deixando de integrar o quadro efetivo do Ministério da Saúde.
- Em 2025, os cargos de administrador, contador, técnico de nível superior e analista técnico-administrativo foram centralizados no MGI, conforme art. 214 da Lei n.º 15.141, de 2 de junho de 2025, deixando de integrar o quadro efetivo do Ministério da Saúde.

Gráfico 105 – Distribuição da Força de Trabalho do Ministério da Saúde por Área – 2025



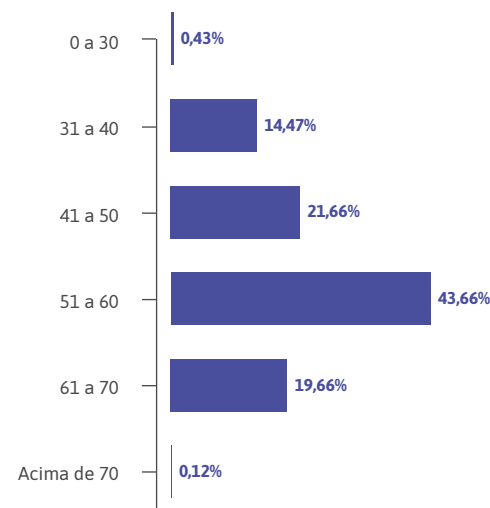
Fonte: Siape.

Gráfico 106 – Distribuição da Força de Trabalho por Sexo – 2025



Fonte: Siape.

Gráfico 107 – Distribuição da Força de Trabalho por Faixa Etária – 2025



Fonte: Siape.

Resultados Relacionados à Gestão de Pessoas do Ministério da Saúde em 2025

- > Entrada em exercício de 201 novos servidores advindos do Concurso Público Nacional Unificado (CPNU).
- > Levantamento anual das necessidades de desenvolvimento dos servidores, conforme estabelecido pelo Decreto n.º 9.991, de 28 de agosto de 2019, dando origem ao Plano de Desenvolvimento de Pessoas (PDP).

- > Certificação de 2.744 servidores em ações de desenvolvimento, por meio da ação orçamentária específica do MS, além de 3.088 servidores, por meio da Escola Virtual de Governo (EVG/Enap), sem ônus para o Ministério.
- > Apoio a 57 processos seletivos para composição da força de trabalho, por meio do módulo de oportunidades do SouGOV, garantindo transparência no acesso a novas oportunidades de atuação no órgão.
- > Por meio do Programa de Estágios e Residências, foram contratados 39 estagiários de nível médio e superior.
- > Mediante o projeto Da Raiz às Folhas, foram realizadas 81 escutas psicossociais, oferecendo encaminhamento para atendimentos odontológico, nutricional e psicológico, além de apoio alimentar.

3.2.3 Programa de Gestão e Desempenho

O Programa de Gestão e Desempenho (PGD) foi autorizado, no âmbito do Ministério da Saúde, em 2022, por meio da Portaria GM/MS n.º 3.699, de 30 de setembro de 2022, com alterações posteriores dadas pela Portaria GM/MS n.º 3.882, de 26 de outubro de 2022, e pela Portaria GM/MS n.º 5.359, de 13 de setembro de 2024.

Em 2025, foram consolidadas ações voltadas à transição para o PGD 2.0, por meio da implantação de nova solução tecnológica, base informatizada do PGD, com a hospedagem da Plataforma de Trabalho Remoto e Visão Sistêmica (PETRVS) na infraestrutura do próprio Ministério.

Cabe ressaltar que o PGD está implementado em todas as secretarias do Ministério da Saúde, conforme dados do Painel de Pessoas em PGD na Administração Pública Federal (Painel de Pessoas em PGD na APF — Portal do Servidor).

 https://www.gov.br/servidor/pt-br/assuntos/programa-de-gestao/painel_pessoas_em_PGD_APF

Atualmente, 43,56% dos agentes do órgão estão em PGD, dos quais 6,99% estão em regime presencial, 30,83% em regime parcial, 5,65% em regime integral e 0,08% em teletrabalho no exterior.

3.3 Gestão de Licitações e Contratos

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/MS) 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.

Ao longo de 2025, o enfoque evoluiu da simples formalização de demandas para uma abordagem analítica, estruturada e de caráter preditivo, orientada à mitigação de riscos e à otimização dos recursos públicos. Nesse contexto, a emissão de 602 pareceres técnicos ao longo do exercício evidencia o elevado nível de rigor aplicado à fase de planejamento das contratações, contribuindo

para maior segurança nas etapas subsequentes. No que se refere ao Plano de Contratações Anual (PCA 2026), a consolidação de 799 itens reflete um processo de planejamento robusto, alinhado às necessidades operacionais da Rede SUS e às diretrizes de racionalização do gasto.

3.3.1 Gestão de Aquisições

Em 2025, foi conduzido um portfólio de contratações de elevada complexidade e impacto estratégico, assegurando a tempestividade dos processos e a continuidade do abastecimento da Rede SUS. O volume financeiro contratado, superior a R\$ 19,2 bilhões, evidencia a dimensão das operações logísticas.

Tabela 92 – Pregões Eletrônicos e Atas de Registro de Preços – 2025

Modalidade	Quantidade
Pregões sem sistema de registro de preços	142
Pregões com sistema de registro de preços	8
Total de pregões eletrônicos realizados	150
Atas de registro de preços firmadas	229

Fonte: Coordenação-Geral de Licitações e Contratos de Insumos Estratégicos para Saúde (CGLIS) e Sistema de Contratos.

A estratégia de aquisição adotada ao longo do exercício combinou o fortalecimento do mercado nacional com a incorporação de tecnologias e terapias de alto custo oriundas do mercado internacional, conforme o panorama a seguir.

Tabela 93 – Panorama das Contratações por Modalidade – 2025

Modalidade	Instrumentos	Volume Financeiro (R\$)
Pregões eletrônicos	280	5.147.016.268,41
Dispensa de licitação	13	3.142.137.523,78
Inexigibilidade de licitação	62	10.920.862.529,01
TOTAL	355	19.210.016.321,20

Fonte: CGLIS e Sistema de Contratos.

Detalhamento das Grandes Contratações

As tabelas a seguir apresentam os principais contratos celebrados em 2025, com destaque para medicamentos de alto custo, terapias avançadas e imunobiológicos estratégicos para o SUS.

Tabela 94 – Dez Maiores Contratações Gerais – 2025

N.º do Instrumento	Contratada	Objeto (Resumo)	Valor Global (R\$)	Modalidade
00236/2025	Novartis Biociências	Onasemnogene (Zolgensma)	2.388.234.267,65	Inexigibilidade
00193/2025	Multicare Pharma	Elexacftor + Tezacftor	1.322.969.795,28	Inexigibilidade
00336/2025	Fundação Butantan	Vacina VSR	1.173.019.776,00	Dispensa
00098/2025	Multicare Pharma	Eculizumabe	978.410.205,80	Inexigibilidade
00207/2025	Pfizer Brasil Ltda.	Vacina Covid-19	556.984.166,40	Pregão
00115/2025	PTC Farmacêutica	Atalureno	486.224.713,80	Inexigibilidade
00364/2025	Produtos Roche	Emicizumabe	457.333.156,80	Inexigibilidade
00249/2025	Hemobrás	Hemoderivados	447.717.145,00	Dispensa
00228/2025	Biomarin International	Vosoritida	420.385.860,00	Inexigibilidade
00011/2025	Ultragenyx Brasil	Burosumabe	417.490.503,04	Inexigibilidade

Fonte: Sistema de Contratos (compras.gov.br/contratos).

Tabela 95 – Cinco Maiores Contratos por Pregão Eletrônico – 2025

N.º do Instrumento	Contratada	Objeto	Valor Global (R\$)
00207/2025	Pfizer Brasil Ltda.	Vacina Covid-19	556.984.166,40
00361/2025	Renault do Brasil	Ambulâncias Samu	370.720.880,00
00123/2025	Pfizer Brasil Ltda.	Vacina Covid-19	369.308.823,55
00131/2025	GlobalX Tecnologia	Insulina Humana	285.380.056,80
00162/2025	CSL Behring	Imunoglobulina	258.889.050,00

Fonte: Sistema de Contratos.

Tabela 96 – Cinco Maiores Contratos por Inexigibilidade – 2025

N.º do Instrumento	Contratada	Objeto	Valor Global (R\$)
00236/2025	Novartis Biociências	Onasemnogene	2.388.234.267,65
00193/2025	Multicare Pharma	Elexacftor	1.322.969.795,28
00098/2025	Multicare Pharma	Eculizumabe	978.410.205,80
00115/2025	PTC Farmacêutica	Atalureno	486.224.713,80
00364/2025	Produtos Roche	Emicizumabe	457.333.156,80

Fonte: Sistema de Contratos.

Tabela 97 – Cinco Maiores Contratos por Dispensa de Licitação – 2025

N.º do Instrumento	Contratada	Objeto	Valor Global (R\$)
00336/2025	Fundação Butantan	Vacina VSR	1.173.019.776,00
00249/2025	Hemobrás	Hemoderivados	447.717.145,00
00371/2025	Fundação Butantan	Vacina Dengue	367.965.000,00
00078/2025	Funed	Vacina Meningo	281.446.875,00
00102/2025	Fundação Butantan	Adalimumabe	262.740.734,58

Fonte: Sistema de Contratos.

Fomento ao Complexo Econômico-Industrial da Saúde

Em consonância com a estratégia nacional de fortalecimento da soberania sanitária e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis), foram celebrados instrumentos que perfazem o montante, em 2025, de R\$ 3,14 bilhões para aquisições de laboratórios oficiais, assegurando a produção nacional de medicamentos e insumos estratégicos para o SUS.

Essas contratações contribuíram para a redução da dependência externa, a ampliação da capacidade produtiva pública e a garantia de fornecimento contínuo de itens essenciais.

Cabe ressaltar que os dados aqui destacados tratam apenas dos contratos que são celebrados pelo Dlog, não incluindo outros instrumentos, tais como Acordos de Cooperação e Termos de Execução Descentralizada.

Tabela 98 – Aquisições nos Laboratórios Oficiais – 2025

Laboratório	Objeto Principal	Valor Total (R\$)
Butantan	Adalimumabe, Vacina VSR, Vacina Dengue	1.803.725.510,58
Funed	Talidomida, Vacina Meningo, Insulinas, Entecavir	472.516.121,40
Hemobrás	Hemoderivados (Albumina, Imunoglobulina, Fatores de Coagulação)	447.717.145,00
Lafepe	Benznidazol, Darunavir, Clozapina, Quetiapina	418.178.746,80
TOTAL GERAL		3.142.137.523,78

Fonte: Sistema de Contratos.

Contratações Internacionais

Ao longo do exercício, foram formalizados 18 contratos com fornecedores estrangeiros, totalizando R\$ 2.996.992.564,81. Essas aquisições tiveram como finalidade predominante o

atendimento a demandas judiciais, tratamentos de doenças raras e incorporação de terapias inovadoras ainda não produzidas no País.

Tabela 99 – Contratos com Empresas Estrangeiras – 2025

N.º do Instrumento	Fornecedor	Objeto	Valor Global (R\$)
00193/2025	Multicare Pharma	Elexacftor + Tezacftor	1.322.969.795,28
00228/2025	Biomarin International	Vosoritida	420.385.860,00
00348/2025	Sanofi Winthrop	Nirsevimabe	381.000.000,00
00263/2025	Organon International	Etonogestrel (Implante)	244.854.000,00
00105/2025	Pfizer Export	Tafamidis 20 mg	179.391.380,40
00308/2025	GBT – Grupo Bio	Anfotericina B Lipossomal	170.177.000,00
00202/2025	Specialty Pharma	Patisirana Sódica	54.056.361,42
00085/2025	PTC Therapeutics	Eladocagene	43.906.100,00
00031/2025	Biomarin International	Cerliponase Alfa	40.728.501,54
00180/2025	Specialty Pharma	Vutrisirana	35.418.709,36
00251/2025	Specialty Pharma	Lumasirana Sódica	34.897.816,91
00195/2025	Multicare Pharma	Sebelipase Alfa	23.312.936,76
00149/2025	Multicare Pharma	Ravulizumabe	17.153.442,38
00345/2025	Multicare Pharma	Alfavelmanase	13.087.664,36
00235/2025	Pint Pharma	Migalastate	8.760.158,40
00217/2025	Multicare Pharma	Ivacaftor + Tezacftor	5.139.684,48
00360/2025	GlaxoSmithKline	Tafenoquina	964.818,00
00230/2025	Multicare Pharma	Ivacaftor + Lumacaftor	788.335,52

Fonte: Sistema de Contratos.

Contratações Estratégicas

Além dos dados apresentados, é importante também mencionar a atuação do Dlog em diversos processos de contratação de grande vulto e impacto no SUS, que foram conduzidos com prioridade em 2025, tais como aquisição de ambulâncias tipo A (R\$ 824.931.000), ambulância Samu (R\$ 775.588.954), equipamentos médico-hospitalares (R\$ 494.585.710), tomógrafos computadorizados (previsão para finalização em 2026 – orçamento estimado: R\$ 182.720.000), entre outros.

3.3.2 Economicidade e Eficiência do Gasto

A economicidade consolidou-se como um dos principais indicadores de desempenho da gestão no exercício de 2025. Por meio da adoção de negociações técnicas estruturadas, da realização de revisões contratuais sistemáticas e da implementação de estratégias de otimização dos instrumentos de contratação, o Ministério da Saúde evitou o dispêndio de R\$ 655 milhões ao longo do período. Destaca-se, nesse contexto, o fortalecimento das práticas de negociação, especialmente nos processos de renovação de contratos plurianuais, nos quais, mediante atuação técnica precisa e análise dos impactos financeiros, foi possível pactuar, em diversos casos, a não aplicação dos índices de reajuste previstos, ampliando os ganhos de economicidade sem prejuízo à continuidade dos serviços.

Tabela 100 – Economia Gerada nas Negociações – 2025

Tipo de Ação	Valor Total Economizado (R\$)
Negociações em inexigibilidade de licitação	274.759.660,10
Negociações em dispensa de licitação	103.840.453,88
Prorrogações contratuais	181.941.571,58
Renúncia de reajuste	94.652.400,00
TOTAL	655.194.085,56

Fonte: Coordenação-Geral de Insumos Estratégicos para Saúde (Cgies).

3.3.3 Logística e Distribuição Estratégica

Em 2025, foram movimentados R\$ 21,4 bilhões em insumos estratégicos, atendendo a mais de 42 mil solicitações das áreas do MS. A atuação teve como foco a ampliação da capilaridade da distribuição e a garantia da integridade da cadeia de frio, assegurando o abastecimento contínuo em todo o território nacional.

Tabela 101 – Solicitações Atendidas para Distribuição de Insumos – 2025

Área	N.º de Pedidos	% de Pedidos	Valor dos Insumos (R\$)	% Valor
SCTIE	18.530	43,90%	7.750.410.486,19	36,14%
SVSA	14.760	34,97%	10.737.641.113,53	50,07%
Djud	6.785	16,07%	1.990.541.301,75	9,28%
Saes	1.690	4,00%	907.725.467,48	4,23%
Covid	224	0,53%	49.693.623,78	0,23%
Sesai	223	0,53%	10.888.651,66	0,05%
TOTAL	42.212	100%	21.446.900.666,13	100%

Fonte: Coordenação-Geral de Logística de Insumos Estratégicos para Saúde (CGLOG/Dlog/SE/MS) – Sistema de Administração de Material (Sismat).

A análise da matriz de transporte evidencia o equilíbrio adotado entre eficiência de custos e tempestividade das entregas. Embora o modal rodoviário tenha concentrado o maior volume de carga transportada, o modal aéreo mostrou-se

essencial para o atendimento de demandas urgentes e para o transporte de insumos termolábeis, assegurando a integridade dos produtos distribuídos.

Tabela 102 – Movimentação de Carga por Modal de Transporte – 2025

Modal	Peso (kg)	Valor do Frete (R\$)
Aéreo	5.066.045	220.545.665,40
Rodoviário	16.480.800	109.428.948,71
TOTAL	21.546.845	329.974.614,11

Fonte: CGLOG/Dlog/SE/MS – Sismat.

Tabela 103 – Insumos Mais Distribuídos por Quantidade – 2025

Insumo	Percentual em Relação ao Total
Agulha – 32 g x 4 mm – conector <i>luer lock</i> ou <i>slip</i> – protetor com lacre, estéril	24%
Dolutegravir 50 mg – comprimido	9%
Fumarato de tenofovir desopoxila 300 mg + lamivudina 300 mg – comp. rev.	8%
Preservativo masculino 52 mm +/- 3 mm – texturizado	5%
Preservativo masculino 52 mm sensi.	5%
Dolutegravir 50 mg + lamivudina 300 mg – comprimido	3%
Insulina humana tipo NPH 100 ui/ml injetável – carpule/tubete 3 ml	3%
Gel lubrificante	3%
Tenofovir 300 mg + entricitabina 200 mg – comprimido	2%
Preservativo masculino 52 mm +/- 2 mm	2%

Fonte: CGLOG/Dlog/SE/MS – Sismat.

Tabela 104 – Insumos com Maior Valor Distribuído – 2025

Insumo	Valor Distribuído
Vacina contra gripe – 10 doses	R\$ 1.378.821.350,46
Elexacaftor 100 mg + tezacaftor 50 mg + ivacaftor 75 mg com ivacaftor 150 mg	R\$ 948.781.771,99
Eculizumabe 300 mg	R\$ 893.997.352,30
Imunoglobulina IV sol. inj. c/ 5,0 gr	R\$ 842.800.207,10
Dolutegravir 50 mg comprimido	R\$ 737.980.435,20
Insulina humana tipo NPH 100 ui/ml injetável – carpule/tubete 3 ml	R\$ 587.287.227,27
Vacina dengue 1, 2, 3 e 4 – atenuada	R\$ 540.825.151,74
Vacina meningocócica ACWY conjugada injetável – 1 dose	R\$ 530.766.077,60
Vacina contra SARS-CoV-2 adulto e adolescente a partir de 12 anos – 6 doses, 30 mcg/dose	R\$ 458.667.854,10
Vacina pneumocócica 10 valente – 4 doses	R\$ 427.874.127,70

Fonte: CGLOG/Dlog/SE/MS – Sismat.



3.4 Gestão Patrimonial e Infraestrutura

Tabela 105 – Inventário Anual de Bens Móveis – 2025

Quantidade de Unidades Organizacionais (Uorg) Cadastradas		386
Quantidade de Bens Cadastrados		68.529
Valor Total – Conta Siafi de Bens Móveis		R\$ 276.957.064,73
Depreciação Total Acumulada		R\$ 189.117.211,99

Fonte: Cgof/SAA/MS.

Desfazimento de Bens Móveis

Em 2025, foi realizado um processo de desfazimento de equipamentos de informática, por meio da doação de 1.100 equipamentos de informática inservíveis, com valor depreciado total de R\$ 263.259,00.

Quadro 8 – Recebimento de Doações no Ministério da Saúde

OBJETO	PROCESSO SEI	DOADOR
Eletrodomésticos	25000.180485/2024-12	Particular
Eletrodomésticos	25000.180442/2024-37	Particular
Equipamentos de informática	25000.086288/2025-99	Receita Federal do Brasil
Equipamentos de informática	25000.060747/2025-12	Presidência da República
Equipamentos de informática	25000.044745/2025-78	Receita Federal do Brasil
Equipamentos de informática	25000.042688/2025-92	Fiocruz

Fonte: Cgof/SAA/MS.

Quadro 9 – Processos de Aquisição de Bens

NÚMERO DO DFD	PROCESSO	OBJETO
315/2025	25000.085234/2025-14	Totens e suportes para TV
287/2025	25000.068624/2025-11	Máquina de gelo, powerbank e rádios de comunicação
632/2024	25000.026494/2025-40	Fitas para impressão de etiquetas patrimoniais
215/2024	25000.026752/2025-98	Aquisição de eletrodomésticos (televisores, geladeiras, frigobares, fragmentadoras de papel, ventiladores etc.)
198/2024	25000.026701/2025-66	Aquisição de mobiliários (cadeiras, sofás, longarinas etc.)
450/2024	25000.026684/2025-67	Móveis planejados para o bloco O
449/2024	25000.026625/2025-99	Móveis planejados para o Centro Cultural do MS/RJ
221/2024	25000.026575/2025-40	Aquisição de bandeiras do SUS e do Brasil
219/2024	25000.152337/2024-16	Material para uso da área de arquitetura
287/2023	25000.008090/2024-93	Mobiliário geral (quadros, cadeiras de obesos etc.)
404/2024	25000.144651/2024-17	Mobiliário para o restaurante do bloco O
68/2025	25000.017054/2024-11	Equipamentos de áudio e vídeo

Fonte: Cgof/SAA/MS.



Memorial da Pandemia

Em 2023, foi criada a comissão para elaboração de projeto e consequente implantação do Memorial da Pandemia de Covid-19, por meio da Portaria GM/MS n.º 1.819, de 31 de outubro de 2023.

No mesmo ano, foram iniciadas as obras de restauração da sede do Centro Cultural do Ministério da Saúde (CCMS) e foi decidido que o prédio abrigaria ações relacionadas ao Memorial da Pandemia de Covid-19, integrando o Novo Programa de Aceleração do Crescimento (Novo PAC) no eixo Preparação para Emergências Sanitárias.

Como parte do processo de construção conceitual e coletiva do Memorial, em março de 2024, foi realizado o seminário que reuniu profissionais de diversas áreas — médicos, historiadores, museólogos, enfermeiros, lideranças de movimentos da sociedade civil e representantes políticos — para discutir os impactos da pandemia de covid-19, no Brasil e no mundo, e refletir sobre o papel do Memorial enquanto espaço de memória, cultura, justiça e reparação.

As ações do Memorial homenagearão as mais de 715 mil vidas perdidas no Brasil, lembrando, também, das vítimas que sobreviveram, mas sofrem com a pós-covid, e representarão um espaço de reflexão sobre as experiências vividas durante esse período, reconhecendo o esforço dos trabalhadores – em especial, dos profissionais de saúde que atuaram na linha de frente –, assim como a importância da ciência e das boas práticas de informação.

Foram propostas algumas ações para integrar o Memorial, quais sejam: i) exposição de longa duração, com suas respectivas ações educativas e de mediação; ii) monumento “Lembrar para Aprender”; iii) parquinho do Zé Gotinha; iv) monumento do Zé Gotinha; e v) ações de itinerâncias pelo Brasil.

A materialização de um espaço de memória é um passo fundamental para o processo de reconhecimento do impacto dessa tragédia sem precedentes em nossa sociedade, oportunizando uma cura coletiva, por meio da arte e da cultura.

No fim de 2025, a obra estava em fase final de implantação e em processo de fiscalização, por meio de check-list dos serviços contratados.



3.5 Programas e Projetos de Cooperação Técnica Nacionais e Internacionais no Âmbito do Ministério da Saúde

3.5.1 Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS)

O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS) 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 art. 195, § 7º, da Constituição, deixam de ser recolhidas diretamente aos cofres públicos pelas Esre 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, o presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), responsável por deliberar sobre projetos e diretrizes do Programa, com apoio das áreas técnicas do Ministério da Saúde e entidades vinculadas.

Projetos do Proadi-SUS

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, sete Esre estão habilitadas para apresentar e executar projetos no Proadi-SUS, a saber: o Einstein Hospital Israelita (EHI); a Sociedade Beneficente de Senhoras – Hospital Sírio-Libanês (HSL); a Associação Hospitalar Moinhos de Vento (AHMV); o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (Haoc); a Associação Beneficente Síria – Hospital do Coração (Hcor); a Real e Benemerita Associação Portuguesa de Beneficência (BP); e, em 2025, além da renovação das seis entidades que integram o Proadi-SUS, foi formalizada a entrada da Fundação Antônio Prudente (A.C. Camargo Cancer Center) no Programa.

Tabela 106 – Imunidade das Entidades sem Fins Lucrativos Participantes do Proadi-SUS – 2009 a 2026

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*	181	2.369.866.517,17	2.260.292.246,33
6º	2024-2026*	198	3.548.679.601,49	899.693.825,45
TOTAL		958	11.534.201.024,72	8.609.264.034,31

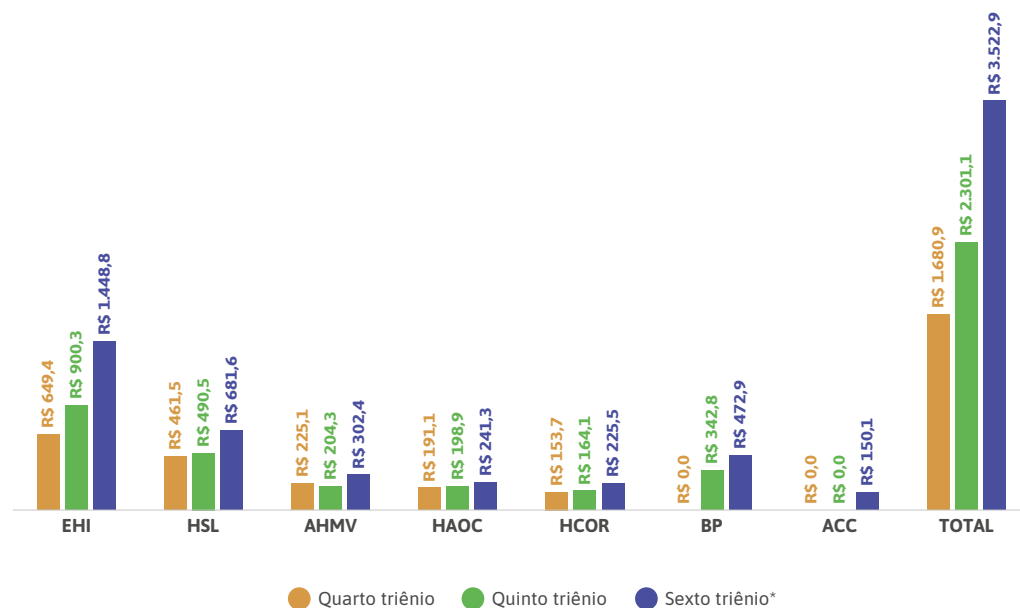
Fonte: Departamento de Cooperação Técnica e Desenvolvimento em Saúde (Decoop/SE/MS), janeiro de 2026.

*Para o sexto triênio, as prestações de contas de 2024 encontram-se em finalização de análise; para 2025, o prazo para prestações de contas é 30 de abril de 2026.



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.

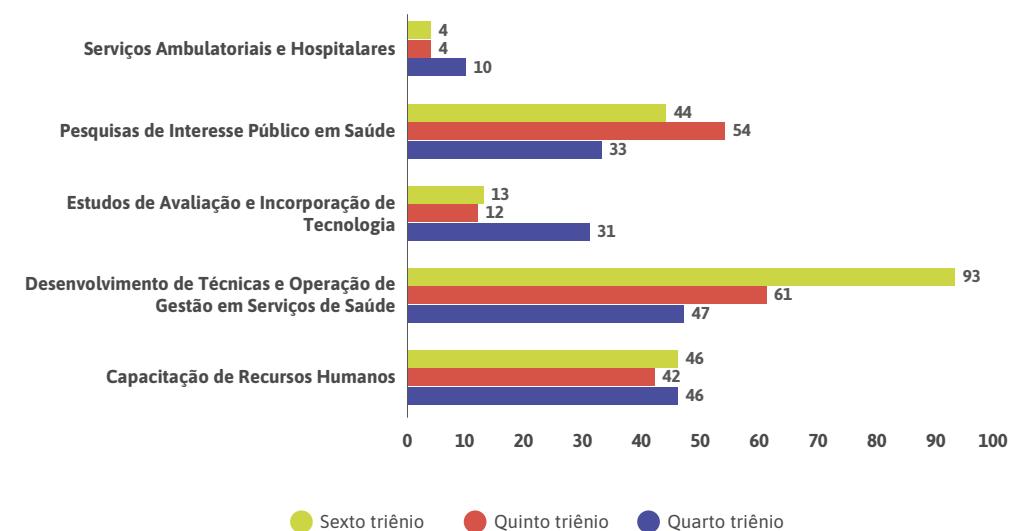
Gráfico 108 – Valores dos Gastos Tributários das Esre no Quarto, Quinto e Sexto Triênio do Proadi-SUS



Fonte: Decoop/SE/MS, janeiro de 2026.

*Valores previstos, que podem ser alterados após apostilamentos.

Gráfico 109 – Projetos Aprovados por Área de Atuação, no Quarto, Quinto e Sexto Triênio do Proadi-SUS



Fonte: Decoop/SE/MS, em janeiro de 2026.

Nesse exercício, destaca-se a crescente diretriz para que os projetos estivessem voltados para as necessidades de saúde pública, em alinhamento com o Programa Agora Tem Especialistas, com foco na redução de filas e do tempo de espera para consultas, cirurgias e exames especializados; na ampliação do diagnóstico e do tratamento oportuno do câncer; na recuperação e manutenção de altas coberturas vacinais; na qualificação do cuidado integral à saúde da mulher, com destaque para a redução da mortalidade materna; e na expansão do acesso a medicamentos, inovação e tecnologias, com fortalecimento da produção nacional. Essa agenda reafirma o Proadi-SUS como instrumento estratégico para a modernização e a qualificação do SUS, com potencial de impacto direto na saúde pública brasileira.

O movimento de reorientação da carteira de projetos foi acompanhado por avanços na maturidade da gestão do Proadi-SUS, com o fortalecimento de práticas de planejamento, governança, monitoramento e avaliação. O Programa passou a incorporar, de forma mais sistemática, abordagens voltadas à estruturação de portfólios estratégicos, favorecendo a coerência entre projetos, a priorização de iniciativas com maior potencial de impacto e o alinhamento às agendas estruturantes do SUS. Esse processo tem orientado a preparação do planejamento do sétimo triênio (2027-2029), com foco na adoção de metodologias capazes de lidar com problemas públicos complexos, ampliar a efetividade do uso dos recursos e reforçar o papel do Proadi-SUS como instrumento de desenvolvimento institucional e inovação no sistema de saúde.

3.5.2 Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD)

O Ministério da Saúde, por meio do Pronon e do 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 estimular 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 os projetos de pesquisa e inovação.

Financiamento e Sustentabilidade

Com a edição da Portaria Interministerial MF/MS n.º 39, de 17 de dezembro de 2024, foi fixado em R\$ 704,7 milhões o limite global de deduções do imposto sobre a renda para o exercício de 2025, representando incremento superior a 40% em relação ao limite anteriormente vigente. O novo limite estabeleceu uma base fiscal mais robusta para o Pronon e o Pronas/PCD no exercício de 2025, fortalecendo a capacidade de financiamento dos

projetos aprovados. À luz desse novo patamar, os dados observados no ciclo de 2024, para captação de recursos pelas instituições em 2025, permitem analisar, de forma mais objetiva, a relação entre demanda, aprovação de projetos e efetiva utilização do limite global autorizado. Nesse ciclo, os programas Pronon e Pronas/PCD receberam 478 projetos, dos quais 201 foram aprovados. No âmbito do Pronas/PCD, não houve indeferimento de projetos por limitação do teto orçamentário.

No entanto, com relação ao Pronon, foram apresentados 156 projetos, correspondendo a um valor total de aproximadamente R\$ 725 milhões, sendo aprovados 90, que corresponderam a um valor de cerca de R\$ 380 milhões. Com a captação de recursos encerrada em 30 de novembro de 2025, verificou-se que, no âmbito do Pronon, foi captado o equivalente a 93% do valor total aprovado. Já no Pronas/PCD, a captação alcançou 113% do valor aprovado para os projetos, evidenciando a superação do montante previsto inicialmente.

Tabela 107 – Ciclo de 2024 – Pronon e Pronas/PCD

CICLO 2024 (CAPTAÇÃO 2025)					
Programa	N.º de projetos apresentados	Valor total solicitado	N.º de projetos aprovados	Valor total dos projetos aprovados	Valor total captado (até 30/11/25)
Pronon	156	R\$ 725.253.290,61	90	R\$ 379.661.789,62	R\$ 351.624.577,20
Pronas/PCD	322	R\$ 482.916.290,83	111	R\$ 160.980.233,73	R\$ 181.196.803,85
	478	R\$ 1.208.169.581,44	201	R\$ 540.642.023,35	R\$ 532.821.381,05

Fonte: Decoop/SE/MS, janeiro de 2026.
Nota: captação de recursos de 23de dezembro de 2024 a 30 de novembro de 2025.



Conforme evidenciado na tabela, para o Pronon, a aprovação de projetos, quanto ao mérito, não alcançou o limite global de deduções do imposto sobre a renda fixado para o exercício de 2025. Com

isso, foi identificado saldo remanescente de R\$ 142 milhões, demandando a adoção de estratégias para sua adequada utilização.

Tabela 108 – Saldo Remanescente do Ciclo 2024 – Pronon e Pronas/PCD

CICLO 2024 – SALDO REMANESCENTE			
Programa	Valor máx. das deduções (PIM MF/MS n.º 39/2024)	Valor total dos projetos aprovados	Saldo remanescente (PIM MF/MS n.º 39/2024)
Pronon	R\$ 522.011.515,00 (PF + PJ)	R\$ 379.661.789,62	R\$ 142.349.725,38
Pronas/PCD	R\$ 182.706.935,00 (PF + PJ)	R\$ 160.980.233,73	R\$ 21.726.701,27*

Fonte: Decoop/SE/MS.
*Saldo reservado para a readequação de plano de trabalho de projetos que captaram recursos maiores aos aprovados pelo Ministério da Saúde.

Como forma de assegurar a plena utilização do saldo remanescente apurado em relação ao limite global de deduções fixado pela Portaria Interministerial MF/MS n.º 39/2024, para o exercício de 2025, para o Pronon, foi instituído um ciclo extraordinário para a apresentação de projetos, por meio da Portaria SE/MS n.º 819, de 23 de maio de 2025, com divulgação dos resultados pela Portaria SE/MS n.º 859, de 28 de agosto de 2025. Esse ciclo foi orientado exclusivamente à submissão de projetos de prestação de serviços médico-assistenciais no âmbito do Pronon, com o objetivo de ampliar a oferta e a cobertura de serviços oncológicos no SUS, com ênfase nas Regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste. A iniciativa encontra-se alinhada à Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) e ao Programa Agora Tem Especialistas, o qual prevê a aquisição de 121 novos aceleradores lineares até 2026, beneficiando mais de 84 mil pacientes/ano.

No ciclo extraordinário, foram recebidas 98 propostas de projetos, das quais aproximadamente 16% foram aprovadas. Com os recursos aprovados, foram planejadas aquisições de 13 aceleradores lineares e 3 tomógrafos, que contribuirão para o fortalecimento da rede de diagnóstico e tratamento do câncer no âmbito do SUS. Ressalta-se que a maior parte das reprovações decorreu da insuficiência de saldo financeiro disponível para contemplar todos os projetos considerados aptos quanto ao mérito técnico pelas áreas competentes do Ministério da Saúde.

Tabela 109 – Quantitativo de Projetos Apresentados no Ciclo Extraordinário/2025 no Âmbito do Pronon

CICLO 2025 – PRONON (EXTRAORDINÁRIO)		
Projetos aprovados	16	R\$ 142.339.988,45
Valor total captado (até 30/11/25)	16	R\$ 80.824.417,88

Fonte: Decoop/SE/MS, janeiro de 2026.

Com base nos resultados consolidados dos ciclos de 2024 e do ciclo extraordinário de 2025, estimou-se a eficácia do financiamento em 37,72% para o Pronon e 33,34% para o Pronas/PCD, considerando-se que a utilização ideal dos recursos corresponderia à aprovação integral dos projetos apresentados, equivalente a 100%.

Esse resultado sugere uma gestão técnica criteriosa dos recursos, pautada pelo equilíbrio entre a alocação orçamentária e a seleção qualificada de projetos. Entretanto, a baixa taxa de aprovação, especialmente no âmbito do Pronas/PCD, revela um desafio estrutural persistente: parcela significativa das propostas apresentadas não atende aos critérios mínimos de elegibilidade e mérito técnico, o que compromete a efetividade do financiamento. Nesse contexto, destaca-se a relevância de ampliar ações de capacitação e orientação às instituições proponentes, com vistas ao aprimoramento da qualidade das propostas submetidas.

Para o exercício de 2026 (ciclo ordinário de 2025), foi aprovado o limite global de financiamento no valor de R\$ 639,80 milhões.

O ciclo ordinário de 2025 foi publicado por meio do Edital de Chamamento Público n.º 2/2025, no âmbito do Pronas/PCD, e do Edital de Chamamento Público n.º 3/2025, no âmbito do Pronon, tendo seus resultados divulgados, respectivamente, nas Portarias SE/MS n.º 909 e n.º 910, ambas de 19 de dezembro de 2025. Foram registradas, na plataforma TransfereGov, 661 propostas de projetos, num valor

solicitado total acima de R\$ 2 bilhões, das quais 188 foram aprovadas para captação de recursos, com valor de aproximadamente R\$ 651 milhões.

Adicionalmente, registra-se que no exercício foram habilitadas 121 novas entidades no âmbito do Pronon e do Pronas/PCD, alcançando o total de 2.478 instituições aptas à apresentação de projetos.

Tabela 110 – Ciclo Ordinário de 2025 – Pronon e Pronas/PCD

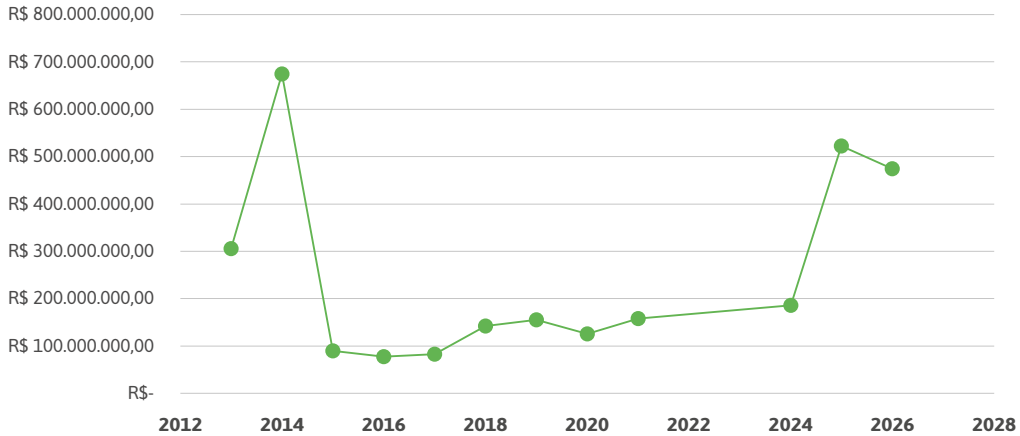
CICLO 2025 (CAPTAÇÃO 2026)				
Programa	Projetos apresentados	Valor solicitado	Projetos aprovados	Valor aprovado
Pronon	204	R\$ 1.250.436.144,06	85	R\$ 473.780.313,15
Pronas/PCD	457	R\$ 792.494.200,09	103	R\$ 177.685.934,06
TOTAL	661	R\$ 2.042.930.344,15	188	R\$ 651.466.247,21

Fonte: Decoop/SE/MS, janeiro de 2026.

No âmbito do Pronon, conforme previsto no edital de 2025, destacaram-se os projetos voltados à aquisição de equipamentos de alta tecnologia e elevado custo, os quais compunham critérios relevantes de julgamento no campo de atuação de prestação de serviços médico-assistenciais. Entre os equipamentos contemplados, destacam-se CyberKnife®, mesa Affirm®, sistema Faxitron®, tomógrafo por emissão de pósitrons (PET-CT), bem como projetos destinados à substituição de aceleradores lineares. Em razão desse perfil, os projetos aprovados no Pronon concentraram mais de 70% do valor total destinado ao custeio dos programas.

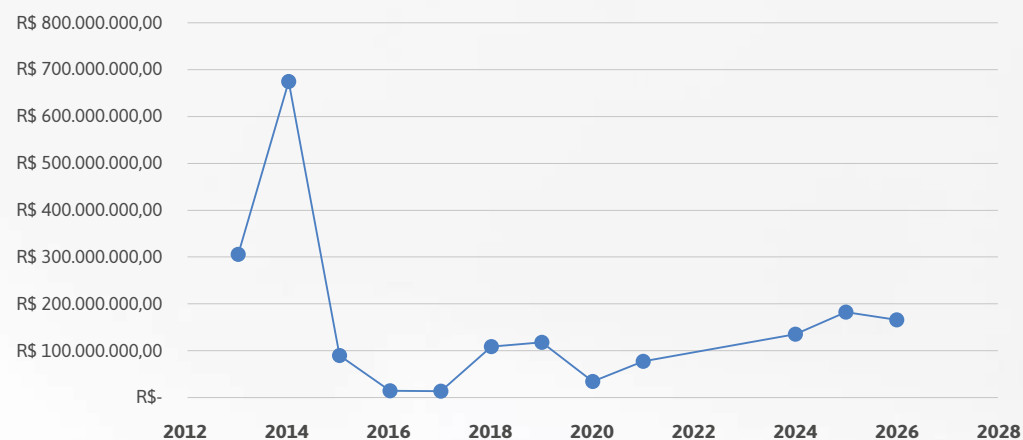
Nos gráficos a seguir, são apresentados os históricos dos valores de limites de incentivos fiscais do Pronon e do Pronas/PCD.

Gráfico 110 – Valores de Limites de Incentivos Fiscais do Pronon para Pessoa Física (PF) e Pessoa Jurídica (PJ) – 2013 a 2026



Fonte: Decoop/SE/MS.

Gráfico 111 – Valores de Limites de Incentivos Fiscais do Pronas/PCD para PF e PJ – 2013 a 2026



Fonte: Decoop/SE/MS.

Nota: em 2026, os valores são referentes apenas às doações de pessoas jurídicas

3.5.3 Cooperação Técnica Internacional

Em 2024, havia em execução 42 Termos de Cooperação (TCs) contendo 143 Termos de Ajustes (TAs) Centralizados (firmados entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde – Opas/OMS), no valor total de R\$ 18,4 bilhões; 35 TCs contendo 103 TAs Descentralizados (firmados entre o Ministério da Saúde, a Opas/OMS e governos subnacionais – estados ou municípios, ou outras instituições), no valor total de R\$ 872 milhões; e 3 Projetos de Cooperação Internacional (Prodocs), que representaram R\$ 90,7 milhões. O montante total foi de R\$ 19,3 bilhões.

Incluídos nesse montante de R\$ 19,3 bilhões, destaca-se que o Ministério da Saúde possuía, no ano de 2025, quatro 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/OMS. Esses três instrumentos têm o valor total pactuado, de 2014 a 2025, no montante de R\$ 6,6 bilhões.

Ademais, ao longo do ano de 2025, foram recebidas 93 propostas de instrumentos de Cooperação Técnica Internacional com a Opas/OMS (Termo de Cooperação – TC / Termo de Ajuste – TA / Termo de Rerratificação – TRR / Termo Simplificado – TS), sendo 49 centralizados, 44 descentralizados, totalizando R\$ 3,97 bilhões, 1 Prodoc no valor de R\$ 14,84 milhões, e 1 Acordo de Empréstimo com o Novo Banco de Desenvolvimento (NDB) no valor de US\$ 320 milhões.



3.6 Relacionamento com a Sociedade

3.6.1 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, são recebidas 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, bem como atendimentos presenciais. 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/MS 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, possuindo finalidades e procedimentos distintos do registro de manifestações. Entre os

temas mais divulgados, destacam-se aqueles que, a cada momento, geram maior quantidade de manifestações e campanhas realizadas anualmente, entre elas o Programa Agora Tem Especialistas, a vacina do HPV e outras campanhas de vacinação.

Tabela 111 – Quantidade de Informações Disseminadas pela Central OuvSUS 136 – 2025

Tipo de Atendimento	Quantidade	%
Eletrônico (Unidade de Resposta Audível – URA)	1.013.371	52,48
Humano	917.760	47,52
TOTAL	1.931.131	100,0

Fonte: Plataforma CUBE/BrBPO.

Durante o ano de 2025, a Central OuvSUS 136 recebeu 1.127.115 ligações de pessoas usuárias do SUS. Do total de ligações produtivas recebidas, a Central disseminou 1.931.131 orientações de saúde via atendimento eletrônico e também humanizado, desempenhando seu papel na promoção da educação em saúde e na difusão de informações qualificadas sobre programas e serviços do Ministério da Saúde, orientando a população sobre prevenção de doenças, acesso a serviços e direitos no SUS.

Desde 2024, a OuvSUS/MS utiliza, em seus canais de comunicação, um chatbot, com um assistente virtual disponível no WhatsApp. Esse recurso foi desenvolvido para fornecer informações abrangentes sobre políticas e programas como



Agora Tem Especialistas, 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, o chatbot tem como objetivo valorizar a ciência e disseminar informações confiáveis, promovendo ações educativas e de conscientização. Além do chatbot, a OuvSUS/MS aderiu a outros canais ativos de disseminação de informações, como WhatsApp, Short Messages Service (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 ações do Ministério da Saúde (por exemplo, campanhas de vacinação).

Os canais ativos de disseminação de informações são utilizados nas ações estratégicas do Ministério da Saúde para uma comunicação direta com a população em geral. Em alguns casos, campanhas são direcionadas para alguma localidade específica, como foi a da malária, destinada somente para a Região Norte do País. Além das ações e dos programas prioritários do Ministério, assuntos específicos das áreas técnicas também são conteúdos utilizados para as campanhas ativas. Os principais assuntos disseminados nesses canais foram: Programa Agora Tem Especialistas, Pesquisa Vigitel – edição 2025, Pesquisa Nacional de Saúde, vacinação contra HPV e influenza, HIV, cartão SUS, arboviroses, campanha sobre jogos e apostas, Programa Mais Saúde com Agente e Projeto Mais Médicos Especialistas.

Tabela 112 – Canais de Disseminação de Informações da OuvSUS – 2025

Canais de Disseminação OuvSUS	Quantidade	%
SMS	11.151.156	94,62
Mensagens de voz	592.275	5,03
WhatsApp	38.718	0,33
Chatbot	3.128	0,03
TOTAL	11.785.277	100,0

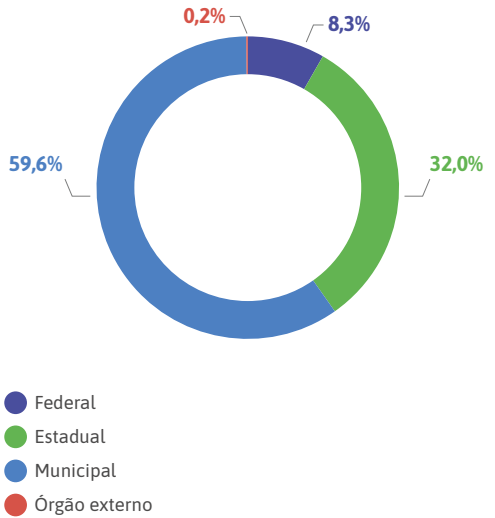
Fonte: Plataforma CUBE/BrBPO.

A OuvSUS/MS inicia as atividades de tratamento e encaminhamento das manifestações recebidas assim que o registro é feito. A Ouvidoria envia as manifestações para os pontos de resposta que, após análise e resposta da manifestação, encaminha a resposta ao usuário e encerra a referida manifestação. Por meio do protocolo recebido, a OuvSUS/MS garante ao manifestante a possibilidade de acompanhar o andamento do processo.

Os dados do Sistema OuvidorSUS mostram que, no ano de 2025, a OuvSUS/MS recebeu 128.718 manifestações. As manifestações cuja competência seja da gestão federal do SUS são encaminhadas às unidades do Ministério da Saúde e às entidades vinculadas, 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/MS realiza o encaminhamento ao órgão competente.

Gráfico 112 – Distribuição das Manifestações de Acordo com a Esfera de Gestão do SUS – 2025



Fonte: Sistema OuvidorSUS/OuvSUS/MS.
Nota: excluídas 2.116 duplicatas de protocolos gerados devido a erro de integração com a plataforma Fala.BR.

As iniciativas da OuvSUS/MS, em 2025, reafirmam o compromisso com a qualificação e o fortalecimento das Ouvidorias do SUS. Os avanços conquistados pavimentam o caminho para 2026, consolidando as ouvidorias como ferramentas essenciais de gestão pública e participação social no SUS.

3.6.2 Transparência Passiva

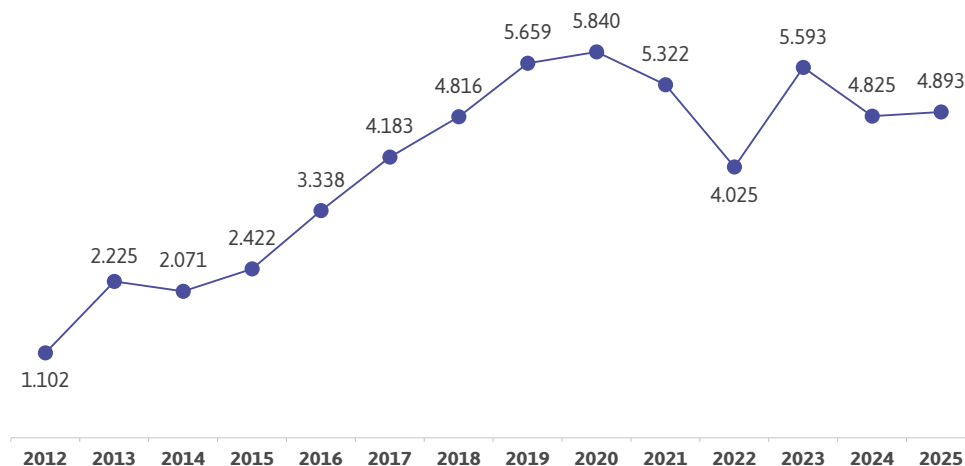
O Serviço de Informação ao Cidadão do Ministério da Saúde (SIC/MS), instituído em 2012, permite que o cidadão solicite acesso à informação por meio do registro de pedido na Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação do Poder Executivo Federal – Fala.BR, disponível no endereço eletrônico

 <https://falabr.cgu.gov.br/>,

ou de forma presencial. Os pedidos registrados na Plataforma Fala.BR são analisados pela Coordenação de Transparência e Acesso à Informação (Ctai/OuvSUS) e encaminhados, no prazo de até 24 horas, às unidades administrativas competentes para tratamento da demanda, por meio do Sistema Eletrônico de Informações (SEI).

Com o advento da Lei de Acesso à Informação, em 2012, o número de pedidos de acesso à informação ao MS aumentou significativamente. Em 2025, o Ministério da Saúde recebeu 4.893 pedidos de acesso à informação por meio da Plataforma Fala.BR, posicionando-se como o quarto órgão mais demandado da Administração Pública Federal, com tempo médio de resposta de 21,3 dias.

Gráfico 113 – Pedidos de Acesso à Informação – 2012 a 2025



Fonte: Painel da Lei de Acesso à Informação, disponível em: <https://centralpaineis.cgu.gov.br/visualizar/lai>.

3.7 Sustentabilidade Ambiental

Plano Diretor de Logística Sustentável

O Plano de Logística Sustentável (PLS) do Ministério da Saúde (MS) – 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.

O PLS do Ministério da Saúde está disponível no site:

 <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/licitacoes-e-contratos/pls>

Encontra-se em fase de conclusão o Relatório de Avaliação Anual, elaborado pela Comissão Gestora do PLS, com base nas diretrizes do *Caderno de Logística: Plano Diretor de Logística Sustentável*, da Secretaria de Gestão e Inovação do Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos (Seges/MGI), o qual formaliza a primeira avaliação intermediária da implantação do Plano de Logística Sustentável no Ministério da Saúde.

A elaboração do Relatório permitiu comparar os resultados alcançados até o momento com as metas inicialmente estabelecidas, além de identificar os principais desafios, as soluções adotadas e as lições aprendidas ao longo do processo.

Destacam-se duas metas de impacto relevante: a Meta 6 e a Meta 12.

A Meta 6 é elaborar um plano de comunicação sobre o uso responsável da rede elétrica do MS, com a redução no consumo de energia elétrica, comparado aos anos de 2024 e 2025.

Para o cumprimento dessa meta, o Ministério da Saúde elaborou um plano de comunicação interna e, em fevereiro de 2025, foi realizada uma campanha de conscientização sobre o consumo de energia elétrica.



Tabela 113 – Consumo de Energia no Ministério da Saúde – 2024 e 2025

Edifício	Ano	Consumo (em KWh)	Resultado
Sede	2024	1.502.464	Redução de 3,61%
	2025	1.448.140	
Anexo	2024	3.757.068	Redução de 9,19%
	2025	3.411.646	
SIA	2024	56.374	Aumento de 7,74%
	2025	60.742	
Casai	2024	106.232	Redução de 1,28%
	2025	104.864	
Bloco O	2024	-	-
	2025	1.316.525	

Fonte: Coordenação-Geral de Infraestrutura Predial e Patrimonial (Cginfra/SAA/SE/MS).

Quanto ao consumo de energia do bloco O, não houve o cálculo da diferença porque não houve medição em 2024, devido à Neoenergia não encaminhar as faturas com medição.

Ressalta-se que, para efeitos dessa redução no consumo, além das ações de comunicação sobre o uso consciente de energia, outras iniciativas foram implementadas, tais como:

- > No Edifício Sede (bloco G), instalação de aparelhos de ar condicionado do tipo *split*, com tecnologia inverter e Selo Procel A, que proporcionam economia significativa e reduzem o desperdício de energia.
- > Nos Edifícios Anexos A e B, a manutenção periódica dos aparelhos de ar condicionado contribuiu para a otimização do consumo energético.

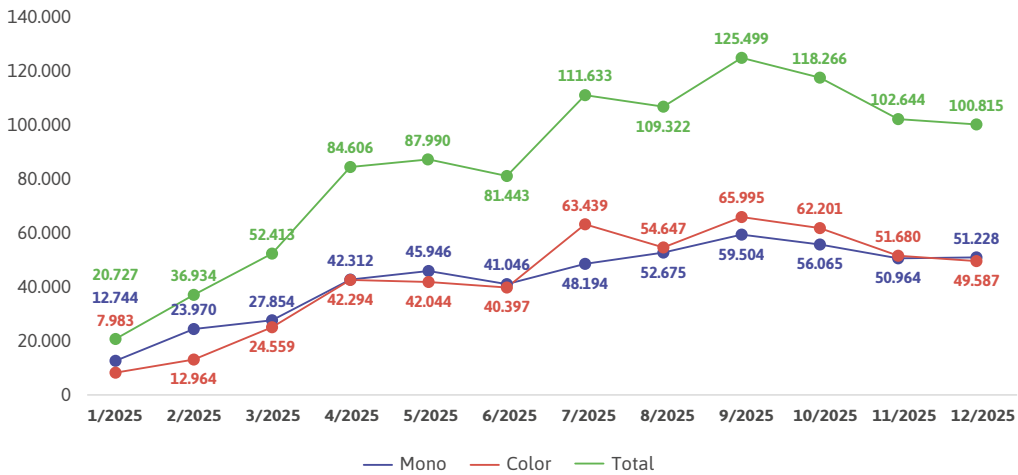
> Implantação de uma rotina de desligamento de computadores em todas as edificações, o que também resultou em redução do consumo de energia.

Persistem alguns desafios para a consolidação de práticas de consumo consciente, como o hábito de manter computadores e aparelhos de ar condicionado ligados em ambientes vazios, o que exige ações permanentes de conscientização. No período analisado, não foram identificados novos riscos nem alterações nos responsáveis pela execução das ações.

Outro exemplo de sucesso é a Meta 12: substituir 100% das impressoras do MS. Em 2025, consolidou-se o monitoramento do serviço de impressão no atual formato de *outsourcing*, por meio de solução de gestão que permite acompanhar o volume de impressões por usuário, por equipamento e por tipo de trabalho, além de funcionalidades de controle e auditoria do uso.

Em 2025, registraram-se 1.030.292 páginas impressas, sendo 1.000.400 referentes a impressões e 29.892 a cópias.

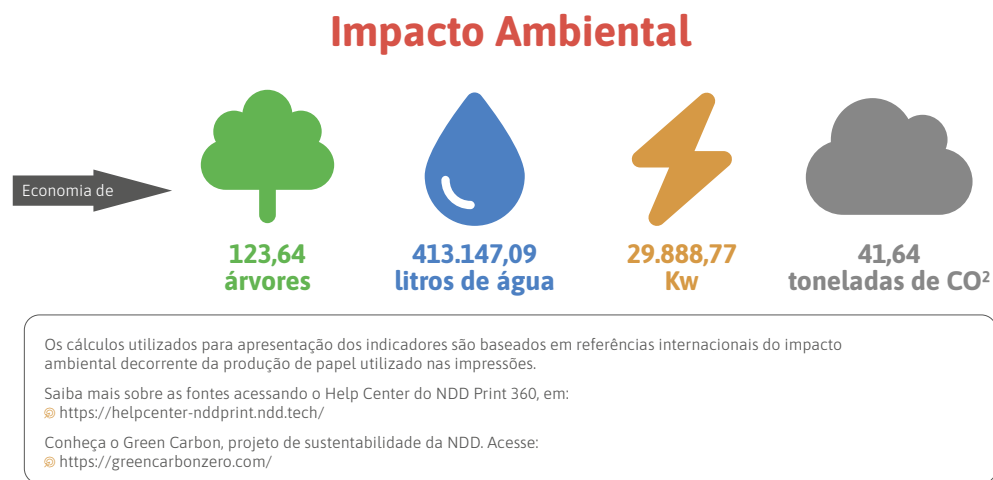
Gráfico 114 – Volume de Impressão de Páginas – 2025



Fonte: Coordenação-Geral de Gestão, Qualificação e Fiscalização de Contratos Administrativos (CGFISC/SAA/SEMS).

Infere-se que o impacto ambiental com essa energia elétrica economizados e 41,64 toneladas de CO² deixados de emitir no meio ambiente.

Figura 36 – Impacto Ambiental Referente ao Serviço de Impressões do Atual Formato de Outsourcing de Impressão – 2025



Fonte: CGFISC/SAA/SE/MS.

Durante o biênio 2024-2025, foram executadas 71,43% das ações previstas no Plano de Logística Sustentável, conforme o planejamento inicial. Os resultados evidenciam avanços relevantes, apesar dos desafios enfrentados ao longo do período.

As ações não concluídas correspondem a 28,57% do total e deverão ser reestruturadas e repactuadas para o próximo ciclo do PLS, com o objetivo de ampliar a aderência às prioridades institucionais e assegurar a efetividade das metas.

Por se tratar do primeiro ciclo do PLS, os indicadores adotados cumpriram o papel de estabelecer uma linha de base. Entretanto, faz-se necessário fortalecer a estrutura institucional e a organização das bases de dados, de modo a viabilizar o monitoramento adequado e contínuo desses indicadores nos ciclos seguintes.