



SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

RELATÓRIO DE GESTÃO

2016

BRASILIA
Março 2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

RELATÓRIO DE GESTÃO – EXERCÍCIO DE 2016

Relatório de Gestão do exercício de 2016 apresentado aos órgãos de controle interno e externo como prestação de contas anual a que esta Unidade está obrigada nos termos do art. 70 da Constituição Federal, elaborado de acordo com as disposições da IN TCU nº 63, de 1º de setembro de 2010, da DN TCU nº 154, de 19 de outubro de 2016, da DN TCU nº 156, de 30 de novembro de 2016, bem como com a Portaria-TCU nº 59, de 17 de janeiro de 2017.

1 ELEMENTOS PRÉ-TEXTUAIS

Lista de Siglas e abreviações

AASI - Aparelho de Amplificação Sonora Individual
AB - Atenção Básica
ABESO - Associação Brasileira para estudo da obesidade
AC - Acre
ACS - Agentes Comunitários de Saúde
AD – Atenção Domiciliar
AL - Alagoas
AM - Amazonas
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP - Amapá
ASCOM - Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde
ASSHOP - Operações de Assistência Hospitalar
BA - Bahia
BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CAB - Caderno da Atenção Básica
CDS - Coleta de Dados Simplificados
CE - Ceará
CEBAS – Certificado de Entidades Beneficentes de Assistência Social na área da Saúde
CGAD – Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar
CGAGPS – Coordenação Geral de Análise e Gestão de Processos e Sistemas
CGAN - Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição
CGAPDC - Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas
CGCER – Coordenação Geral de Certificação
CGDANT – Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
CGFN-SUS - Coordenação-Geral da Força Nacional do Sistema Único de Saúde
CGHOSP - Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar
CGMAC – Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade
CGMAP/SAA/SE/MS – Coordenação-Geral de Material e Patrimônio da Subsecretaria de Assuntos Administrativos da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde
CGSI – Coordenação-Geral de Sistemas de Informação
CGU – Controladoria-Geral da União
CIHA – Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial
CIOCS - Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde
CIR - Comissão Intergestora Regional
CIT - Comissão Intergestora Tripartite
CMB – Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas
CME - Comitê de Monitoramento de Eventos
CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ - Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
CNRAC – Central Nacional de Regulação, Avaliação e Controle
CNS – Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços.
CNSH - Coordenação Nacional de Saúde do Homem
COES - Centro de Operações de Emergência em Saúde
COESP - Cooperação Emergencial para a Segurança do Paciente
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
 CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
 CONJUR/MS – Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde
 COSAPI – Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa
 COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde
 CRU - Centrais de Regulação das Urgências
 DAB – Departamento de Atenção Básica
 DAET - Departamento de Atenção Especializada e Temática
 DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica
 DAPES - Departamento de Programas Estratégicos
 DATASUS – Departamento de Informática do SUS
 DBF - Declaração de Benefício Fiscal
 DCEBAS – Departamento de Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social em Saúde.
 DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
 DESID/SE/MS - Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde
 DEVDANTPS/SVS/MS - Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde
 DF – Distrito Federal
 DGITS - Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde
 DIVAD – Divisão de Apoio Administrativo
 DMI - Dispositivos Médicos Implantáveis
 DOGES - Departamento de Ouvidoria Geral do SUS
 DOGES/SGEP/MS - Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde
 DOU – Diário Oficial da União
 DRAC - Departamento de Regulação Avaliação e Controle
 DRC – Doença Renal Crônica
 EaD - Educação a Distância
 EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
 EMAP - Equipe Multiprofissional de Apoio
 EMTN - Equipes Multiprofissionais de Terapia Nutricional
 ERR - Equipes de Resposta Rápida
 ES - Espírito Santo
 ESF - Estratégia Saúde da Família
 ESPIN - Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
 ETAC - Entrevista Telefônica Assistida por Computador
 FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
 FaF - Fundo a Fundo
 FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
 FNS – Fundo Nacional de Saúde
 FN-SUS - Força Nacional do SUS
 GAR - Gestação de Alto Risco
 GESCON - Sistema de Gestão Financeira e de Convênios
 GHC - Grupo Hospitalar Conceição
 GM/MS – Gabinete do Ministro da Saúde
 GO - Goiás
 HAOC - Hospital Alemão Oswaldo Cruz
 HCAMP - Hospital de Campanha
 HCor - Hospital do Coração

HCP - Hospital em Cuidados Prolongados
 HE - Hospital de Ensino
 HF - Hospital Filantrópico
 HPP - Hospital de Pequeno Porte
 HU - Hospital Universitário
 IAC - Incentivo de Adesão à Contratualização
 ICICT – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
 IGH - Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar
 ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos
 IQTN - Indicadores de Qualidade em Terapia Nutricional
 LCSO - Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade
 MA - Maranhão
 MEC - Ministério da Educação
 MG - Minas Gerais
 MS - Mato Grosso do Sul
 MS - Ministério da Saúde
 NAQH - Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar
 NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família
 NAsH - Navios de Assistência Hospitalar
 NSP - Núcleo de Segurança do Paciente
 NUCOM/SAS - Núcleo de Comunicação da Secretaria de Atenção à Saúde
 OMS – Organização Mundial de Saúde
 OPAS – Organização Pan Americana de Saúde
 PA - Pará
 PAA - Posto de Atendimento Avançado
 PAR - Plano de Ação Regional
 PB - Paraíba
 PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
 PE - Pernambuco
 PEC - Prontuário Eletrônico do Cidadão
 PGFN/MF - Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional do Ministério da Fazenda
 PI - Piauí
 PLOA - Projeto de Lei Orçamentária
 PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
 PNASS - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
 PNH - Política Nacional de Humanização
 PNHOSP - Política Nacional de Atenção Hospitalar
 PNQH - Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede
 PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente
 PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
 PPA – Plano Plurianual
 PR - Paraná
 PRF - Polícia Rodoviária Federal
 PROADI/SUS – Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
 PROSUS - Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e Entidades Sem Fins Lucrativos que atuam na área da Saúde e Participam de Forma Complementar do Sistema Único de Saúde.
 RAG – Relatório Anual de Gestão
 RAS – Rede de Atenção à Saúde
 RC - Rede Cegonha
 RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

REHUF – Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários
 REHUF - Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários
 RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
 RJ - Rio de Janeiro
 RN - Rio Grande do Norte
 RNI – Registro Nacional de Implantes
 RO - Rondônia
 RR - Roraima
 RS - Rio Grande do Sul
 RUE - Rede de Atenção às Urgências
 RUE - Rede de Atenção às Urgências e Emergências
 SAD – Serviço de Atenção Domiciliar
 SAIPS - Sistema de Apoio a Implementação de Políticas de Saúde
 SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
 SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
 SBCBM – Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
 SBCC – Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular
 SC - Santa Catarina
 SCTIE – Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos
 SE - Sergipe
 SE/MS – Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde
 SENAT - Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte
 SEP - Secretaria de Portos
 SES – Secretaria Estadual de Saúde
 SEST - Serviço Social do Transporte
 SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
 SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
 SIA - Sistema de Informação Ambulatorial
 SICONV - Sistema de Gestão de Convênios
 SIH - Sistema de Informação Hospitalar
 SISCEBAS – Sistema de Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social
 SISMAL - Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade
 SISPAG - Sistema de Pagamentos
 SP - São Paulo
 SPO - Sistema de Pesquisa da Ouvidoria
 SRFB – Secretaria da Receita Federal do Brasil
 SUS - Sistema Único de Saúde
 SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde
 TABWIN – Programa Tab para Windows
 TCU – Tribunal de Contas da União
 TED - Termo de Execução Descentralizada
 TN – Terapia Nutricional
 TO - Tocantins
 TRS – Terapia Renal Substitutiva
 UCINCa - Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
 UCINCo - Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
 UCO - Unidade Coronariana
 UCP - Unidade de Cuidados Prolongados
 UF – Unidade Federada
 UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais
 UFPEL - Universidade Federal de Pelotas
 UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UNASUS - Universidade Aberta do SUS
UPA - Unidades de Pronto Atendimento
UPA 24 h – Unidade de Pronto Atendimento 24 horas
USA - Unidade de Suporte Avançado
USA - Unidades de Suporte Avançado
USB – Unidade de Suporte Básico
USP – Universidade de São Paulo
UTI - Unidade de Terapia Intensiva
UTI - Unidades de Terapia Intensiva
VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

Lista de Tabelas

Tabela I - Valor do incentivo financeiro repassado por componente
Tabela II - Número e valor financeiro de propostas habilitadas, canceladas e vigentes
Tabela III - Número de obras habilitadas e concluídas com recurso de programa e emenda parlamentar
Tabela IV - Quadro de indicadores
Tabela V - Número de Adesão PMAQ 1º e 2º Ciclos
Tabela VI - Percentual de equipes aptas para a adesão ao 3º Ciclo e equipes que realizaram a adesão ao programa
Tabela VII - Transferência mensal de recursos PMAQ por Estado execução janeiro a dezembro/2016
Tabela VIII - Percentual de UBS segundo dados de informatização e tipos de ambientes nos anos de 2012 e 2014.
Tabela IX - Panorama nacional de implantação de Prontuário Eletrônico nas UBS, conforme os meses do ano de 2016 e meta pactuada no PPA
Tabela X - Percentual de UBS segundo acesso (funcionamento e marcação de consulta) nos anos de 2012 e 2014
Tabela XI - Percentual de equipes segundo abrangência das ações ofertadas (procedimentos disponíveis) nos anos de 2012 e 2014
Tabela XII - Percentual de equipes segundo abrangência das ações ofertadas (ações das Equipes de Saúde Bucal e NASF) nos anos de 2012 e 2014
Tabela XIII - Percentual de equipes segundo satisfação e participação do usuário nos anos de 2012 e 2014
Tabela XIV - Nº de equipes/serviços que receberam recursos federais ao longo do ano de 2016
Tabela XV - Execução do Orçamento 2016
Tabela XVI - Número de Transportes Realizados e Itens Transportados pela Central Nacional de Transplantes - 2016
Tabela XVII - Número de transportes realizados e itens transportados por meio do Termo de Cooperação -2016
Tabela XVIII - Número de órgãos transportados pela FAB por intermédio da Central Nacional de Transplantes - 2016
Tabela XIX - Distribuição do Apoio Descentralizado nos territórios em julho de 2016
Tabela XX - Consolidado da Distribuição do Apoio Descentralizado nos territórios
Tabela XXI - Categorização das Ações nos Territórios
Tabela XXII - Número de Núcleos de Segurança de Paciente Cadastrados -Brasil
Tabela XXIII - Número Total de Leitos Habilitados em UTI e Impacto Financeiro, por Unidade Federada - 2016

Tabela XXIV - Número Total de Leitos Habilitados em UCI e Impacto Financeiro, por Unidade Federada - 2016

Tabela XXV - Número Total de Leitos de UTI Reclassificados e Impacto Financeiro, por Unidade Federada - 2016

Tabela XXVI - Leitos de UTI Habilitados por ano, período de 2012 a 2016

Tabela XXVII - Total de Leitos de UCINCo e UCINCa Habilitados - 2012 a 2016

Tabela XXVIII - Percentual de Ampliação dos Leitos de UTI, 2014 a 2016

Tabela XXIX - Total de Hospitais Habilitados como Referência em Gestão de Alto Risco (GAR)-maio de 2013 a agosto de 2016

Tabela XXX - Habilitação de Casas de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) - maio/2013 a outubro/2016

Tabela XXXI - Habilitações de Cuidados Prolongados de 2013 a 2016

Tabela XXXII - Habilitações de Hospital-DIA por UF - 2002 a 2016

Tabela XXXIII - Número de Estabelecimentos com Leitos Existentes no Brasil/2016, por Natureza Jurídica e Especialidade

Tabela XXXIV - Número de Estabelecimentos com Leitos SUS no Brasil/2016, por Natureza Jurídica e Especialidade

Tabela XXXV - Número de Estabelecimentos com Leitos SUS e População por Unidade Federada - 2016

Tabela XXXVI - Número de Estabelecimentos SUS por Especialidade e por Unidade Federada 2016

Tabela XXXVII - Valores Aprovados de Janeiro a Novembro de 2016 - SIH e SAI

Tabela XXXVIII - Número de Hospitais e Número de Leitos - Brasil/2016 segundo Classificação por Faixa de Leitos

Tabela XXXIX - Relação dos Hospitais e Projetos PROADI - Triênio 2015-2017

Tabela XL - Incentivo de Adesão à Contratualização por Região/UF e Hospitais Consolidado - 2013 a 2016

Tabela XLI - Total de Hospitais que Recebem o Incentivo Financeiro 100% SUS por UF

Tabela XLII - Adesão ao incentivo Financeiro 100% SUS por UF - Brasil - 2012 a 2016

Tabela XLIII - Total de Hospitais que Receberam Reajuste do Incentivo 100% SUS por Ano e UF

Tabela XLIV - Hospitais que foram excluídos do recebimento do Incentivo 100% SUS por UF e Ano

Tabela XLV - Unidades da Federação contemplados com recurso financeiro de custeio no ano de 2016, conforme critérios de Habilitação da Portaria GM/MS nº 1792/2012

Tabela XLVI - Implementação da Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde, valores empenhados em 2016

Tabela XLVII - Número de CAPS por tipo de 2002 a 31/12/2016 (Brasil)

Tabela XLVIII - Valor repassado para implantação de CAPS, SRT, UA e Leitos

Tabela XLIX - Valor da 3ª parcela repassado para construção de CAPS ad III e UA

Tabela L - Valor da 2ª parcela repassado para construção de CAPSad III e UA

Tabela LI - Valor de terceira parcela repassado de 2016 para construção de CAPSad III e UA

Tabela LII - Quantidade de laboratórios habilitados, por estado

Tabela LIII - Resumo dos recursos imediatos repassados a estados e municípios (incorporados ao teto MAC) em função dos PAR da RUE - 2011-2016

Tabela LIV - Portas de Entradas Hospitalares de Urgência aprovadas em cada ano desde 2011 até dezembro de 2016

Tabela LV - Incentivo de Investimento e Custeio - UPA 24H Nova

Tabela LVI - Incentivo de Investimento e de Custeio - UPA 24h Ampliada

Tabela LVII - Dados diversos - UPA 24h

Tabela LVIII - Ambulâncias doadas em 2016 por UF

Tabela LIX - Finalidade do veículo em 2015

Tabela LX - Número de Profissionais Capacitados por categoria profissional em 2016
 Tabela LXI - Número de Equipamentos de Telemedicina ativos em 2016
 Tabela LXII - Profissionais capacitados por curso em 2016
 Tabela LXIII - Estágio das obras vigentes
 Tabela LXIV - Produção Hospitalar e Ambulatorial, Média e Alta complexidade, por Unidade Federada - janeiro a novembro de 2016
 Tabela LXV - Execução Orçamentária dos Planos Orçamentários da Ação 8585
 Tabela LXVI - Execução Orçamentária e Financeira das Emendas de Bancadas da ação 8585
 Tabela LXVII - Execução Orçamentária e Financeira das Emendas de Comissão da ação 8585
 Tabela LXVIII - Execução Orçamentária e Financeira das Emendas de Relator da ação 8585
 Tabela LXIX - Percentual de cada bloco de Incentivos, em relação ao Limite Financeiro MAC dos Estados, Dezembro de 2016
 Tabela LXX - Percentual de ampliação do Limite Financeiro MAC com a inclusão dos incentivos, Novembro de 2015 a outubro de 2016
 Tabela LXXI - Recursos Incorporados ao Limite Financeiro MAC dos Estados, DF e Municípios em 2016
 Tabela LXXII - Recursos FAEC 2016
 Tabela LXXIII - Quantidade de Autorizações de Internação Hospitalar no SUS, por Região Brasileira, de 2012 a 2016
 Tabela LXXIV - Quantidade de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade registrados pelo SUS de 2012 a 2016
 Tabela LXXV - Quantidade de consultas médicas especializadas e de urgência realizadas no SUS de 2012 a 2016
 Tabela LXXVI - Reajuste dos procedimentos existentes de diálise peritoneal na Tabela de procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, entre os anos de 2008 e 2017
 Tabela LXXVII - Comparativo do número de cirurgias eletivas realizadas nos períodos de janeiro a novembro de 2015 e 2016 por tipo de financiamento.
 Tabela LXXVIII - Recursos disponibilizados/autorizados, por UF, por município, por Universidade - REHUF - 2016
 Tabela LXXIX - Gestão dos Recursos do REHUF, 2016
 Tabela LXXX - Relação das Unidades Registradas no CNES
 Tabela LXXXI - Atividades Médicas e de Reabilitação de 2014 a 2016
 Tabela LXXXII - Atendimentos a Pacientes e Atividades Realizadas
 Tabela LXXXIII - Indicador Qualitativo de Assistência Hospitalar da Rede Sarah

Lista de Quadros

Quadro I - Identificação da SAS
 Quadro II - Identificação da Ação 12L5 - Construção e Ampliação de Unidades Básicas de Saúde - UBS
 Quadro III - Identificação da Ação 20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família
 Quadro IV - 20AD PO - 0000 - Metas físicas realizadas na competência dezembro/2016
 Quadro V - Quadro comparativo: competência dezembro/2015 x competência dezembro/2016
 Quadro VI - Identificação da Ação 4324 - Atenção à Saúde das Populações Ribeirinhas da Região Amazônica, mediante Cooperação com a Marinha do Brasil
 Quadro VII - Identificação da Ação 8573 - Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família
 Quadro VIII - Identificação da Ação 8577: Piso de Atenção Básica Fixo

Quadro IX - Identificação da Ação: 8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde

Quadro X - Identificação da Ação: 8730 - Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada

Quadro XI - Identificação da ação: 20B1 - Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

Quadro XII - Termo de Execução Descentralizada e valores devolvidos 2016

Quadro XIII - Valor descentralizado com saldo na UG da Instituição - 2016

Quadro XIV - Identificação da Ação 4295 - Atenção aos Pacientes Portadores de Doenças Hematológicas

Quadro XV - Elenco de produtos pró-coagulantes adquiridos pelo Ministério da Saúde e disponibilizados pelo SUS, indicação e quantidades distribuídas em 2016, para o tratamento dos pacientes com coagulopatias

Quadro XVI - Etapas de aquisição do medicamento Fenoximetilpenicilina

Quadro XVII - Distribuição realizada, em 2016, para o medicamento Fenoximetilpenicilina

Quadro XVIII - Identificação da Ação: 7690 - Estruturação dos Serviços de Hematologia e Hemoterapia

Quadro XIX - Identificação da Ação: 6516 - Aperfeiçoamento e Avaliação dos Serviços de Hematologia e Hemoterapia

Quadro XX - Descrição do quantitativo de postagens, alcance, compartilhamentos, curtidas e comentários referentes às ações desenvolvidas em mídias sociais com foco na Promoção da Doação Voluntária de Sangue no período de jogos Olímpicos e Paralímpicos 2016, Brasil.

Quadro XXI - Identificação da Ação: 20SP - Operacionalização do Sistema Nacional de Transplantes

Quadro XXII - Identificação da Ação 9LP - Participação da União no Capital Social - Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia - HEMOBRÁS

Quadro XXIII - Identificação da Ação 8739 corresponde a Implementação da Política Nacional de Humanização

Quadro XXIV - Identificação da Ação: 8721 - Implementação da Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde

Quadro XXV - Identificação da ação 20YI Implementação de Políticas de Atenção à Saúde

Quadro XXVI - 20YI - PO 0003 - Implementação de políticas de atenção integral à saúde da criança

Quadro XXVII - 20YI - PO 0004 - Implementação de Política de Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem

Quadro XXVIII - 20YI PO 000C - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde do Homem

Quadro XXIX - Identificação da Ação: 8762 - Implementação de Ações e Serviços às Populações em Localidades Estratégicas e Vulneráveis de Agravos

Quadro XXX - Identificação da Ação: 6175 - Implantação e Implementação de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Quadro XXXI - Identificação da Ação: 6178 - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

Quadro XXXII - Identificação da Ação: 8735-Alimentação e Nutrição para a Saúde

Quadro XXXIII - Adesões à Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em Pó - NutriSUS

Quadro XXXIV - Identificação da ação 20R4 - implantação e Implementação da Rede Cegonha

Quadro XXXV - Identificação da ação: 20B0 - Atenção Especializada em Saúde Mental

Quadro XXXVI - Identificação da ação: 6233 - Implantação e Implementação de Políticas de Atenção à Saúde Mental

Quadro XXXVII - Identificação da ação: 20AI - Auxílio Reabilitação Psicossocial aos Egressos de Longas Internações Psiquiátricas no Sistema Único de Saúde (De Volta Pra Casa)

Quadro XXXVIII - Identificação da ação: 20YI PO0006 - Implementação de Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência

Quadro XXXIX - Identificação da ação 8535 PO 0004-Viver Sem Limite

Quadro XL - Identificação da Ação:8585 PO 0006 - Viver sem Limites

Quadro XLI - Ação 8535 PO000A - Doenças Crônicas

Quadro XLII - Ação 20YI PO 000E - Implementação da Política de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

Quadro XLIII - Estabelecimentos de saúde habilitados e com alteração de habilitação em alta complexidade em oncologia,2016

Quadro XLIV - Ação 8535 PO 0007 - Controle do Câncer

Quadro XLV - Ação 8585 PO 0008 - Controle de Câncer

Quadro XLVI - Estabelecimentos habilitados como Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM),2016

Quadro XLVII - Estabelecimentos habilitados Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC),2016

Quadro XLVIII - Identificação da Ação: 8933 - Serviço de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Hospitalar

Quadro XLIX - Planos aprovados em 2011 a 2016

Quadro L - Componentes hospitalares da RUE que estão implantados e recebendo recursos de incentivo de custeio - 2011,2012,2013,2014,2015 e 2016.

Quadro LI - ATENÇÃO DOMICILIAR – AÇÃO 8585 PO 000G

Quadro LII - Identificação da Ação: 12L4 - Implantação, Construção e Ampliação de Unidades de Pronto Atendimento - UPA

Quadro LIII - Identificação da ação: 8761 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu 192

Quadro LIV - Identificação da ação: 20QI - Implantação e Manutenção da Força Nacional de Saúde

Quadro LV - Capacitações técnicas para atuação e resposta do setor saúde em situações de Emergência em Saúde Pública

Quadro LVI - Identificação da Ação 8535- Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde

Quadro LVII - Identificação da Ação 20YL - Implantação das Academias da Saúde

Quadro LVIII - Identificação da Ação 8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade

Quadro LIX - Quantidade de Serviços de nefrologia habilitados no país, até dezembro de 2016

Quadro LX - Produção de procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais no ano de 2016

Quadro LXI - Gastos realizados

Quadro LXII - Hospitais Habilitados

Quadro LXIII - Comparação da produção realizada nos anos 2015 e 2016

Quadro LXIV - Hospitais habilitados em Alta Complexidade Cardiovascular

Quadro LXV - Análise comparativa da Produção dos anos de 2015 e 2016 -Queimados

Quadro LXVI - Estabelecimentos Habilitados em 2016 (Centros de Trauma - Linha de Cuidado do Trauma)

Quadro LXVII - Identificação da Ação 20G8: Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares Prestados pelos Hospitais Universitários

Quadro LXVIII - Identificação da Ação 6148 - Assistência Médica Qualificada e Gratuita a Todos os Níveis da População e Desenvolvimento de Atividades Educacionais e de

Pesquisa no Campo da Saúde - Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais

Quadro LXXIX - Identificação da Ação: 20QH - Implementação da Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde

Quadro LXX - 20YQ - Apoio Institucional para Aprimoramento do SUS

Quadro LXXIII - Despesas realizadas por meio da conta tipo "b" e por meio do cartão de crédito corporativo (série histórica)

Quadro LXXIV - Força de Trabalho da UJ

Quadro LXXV - Distribuição da Lotação Efetiva

Quadro LXXVI - Detalhamento da estrutura de cargos em comissão e funções gratificadas da UJ

Quadro LXXVII - Custos do pessoal

Quadro LXXVIII - Distribuição das demandas da LAI recebidas pela SAS segundo Departamentos. Brasília, 2016

Quadro LXXIX - Distribuição dos recursos de 1º instância da LAI recebidos segundo Departamentos da SAS. Brasília 2016

Quadro LXXX - Distribuição dos recursos de 2º instância da LAI recebidos segundo Departamentos da SAS Brasília 2016

Quadro LXXXI - Distribuição das demandas recebidas segundo perfil do cidadão e Departamentos da SAS. Brasília, 2016

Quadro LXXXII - Distribuição do número e percentual das demandas recebidas pelo Ministério da Saúde e pela SAS no período de 2012 - 2016.

Quadro LXXXIII - Requerimentos de Concessão/Renovação

Quadro LXXXIV - Total de Processos de Representação publicados no D.O.U

Quadro LXXXV - Total de Requerimento de Concessão e Renovação publicados no D.O.U

Lista de Gráficos

Gráfico I - Estágio das obras vigentes por componente

Gráfico II - Evolução da implantação das eSF de 2001 a 2016 (número de equipes)

Gráfico III - Evolução da implantação do NASF de 2008 a 2016

Gráfico IV - Evolução da implantação do NASF por modalidade

Gráfico V - Número de eCnaR beneficiadas com o repasse de recursos federais

Gráfico VI - Unidades de Saúde (UBS) que possuem acesso à Internet - 2º ciclo

Gráfico VII - Comparativo entre o número de ACS com vínculo direto e número de ACS com vínculo direto e número de ACS com vínculo não direto

Gráfico VIII - Número de teleconsultorias por mês via canal 0800

Gráfico IX - Distribuição das coagulopatias por diagnóstico no Brasil em 2016

Gráfico X - Doadores cadastrados totais

Gráfico XI - Transplantes de Medula Óssea - Série Histórica

Gráfico XII - Evolução de investimentos no REDOME em milhões

Gráfico XIII - Total de Equipes cadastradas por região

Gráfico XIV - Total de Estabelecimentos autorizados por região

Gráfico XV - Banco de tecidos Oculares 2001-2016

Gráfico XVI - Itens transportados em 2016

Gráfico XVII - Número Total de Leitos de UTI Neonatal Reabilitados por UF - 2016

Gráfico XVIII - Número de Leitos de UTI Descredenciados em 2016

Gráfico XIX - Números de Estabelecimentos com Leitos Existentes e com Leitos SUS por Região Geográfica - 2016

Gráfico XX - Números de Leitos Existentes e Leitos SUS por Região Geográfica - 2016

Gráfico XXI - Hospitais de Pequeno Porte que aderiram à Portaria nº 1.044 MS/GM, de 01/06/2004 por Unidade Federada

Gráfico XXII - Total de Hospitais Certificados de 2004 a 2016
 Gráfico XXIII - Unidades móveis por tipologia habilitadas em custeio no ano de 2016
 Gráfico XXIV - Distribuição das Propostas por Objeto e Quantitativo Total Analisado - 2016
 Gráfico XXV - Distribuição Proporcional das Propostas por Objeto e Tipo de Unidade Assistida - 2016
 Gráfico XXVI - Distribuição Proporcional das Propostas por Região Geográfica - 2016
 Gráfico XXVII - Valor Empenhado e Pago nas Ações Orçamentárias 4525 e 8535 - 2016
 Gráfico XXVIII - Variação entre os recursos de Programa autorizados pelo Congresso Nacional (dotação final) e empenhados, e os recursos disponíveis e empenhados para Emendas
 Gráfico XXIX - Comparativo entre a dotação final e empenhos dos recursos destinados no PO – 0000 da ação orçamentária 8535.
 Gráfico XXX - Produção Hospitalar e Ambulatorial, Média e Alta Complexidade, por UF janeiro a novembro de 2016
 Gráfico XXXI - Frequência de Consultas Médicas Especializadas e de Urgência: 2012 a 2016
 Gráfico XXXII - Distribuição percentual das demandas da LAI recebidas pela SAS segundo Departamentos Brasília 2016
 Gráfico XXXIII - Distribuição percentual dos recursos de 1ª instância recebidos pela SAS segundo Departamentos Brasília, 2016
 Gráfico XXXIV - Distribuição percentual dos recursos de 2ª instância recebidos pela SAS segundo Departamentos Brasília, 2016
 Gráfico XXXV - Distribuição percentual das demandas recebidas segundo perfil do cidadão e Departamento da SAS Brasília, 2016
 Gráfico XXXVI - Evolução, em número absoluto, de recebimento de demanda da LAI pelo MS e pela SAS no período de 2012-2015
 Gráfico XXXVII - Requerimentos de Concessão/Renovação do CEBAS: 2009-2016
 Gráfico XXXVIII - Situação dos Requerimentos de Concessão e /ou Renovação do CEBAS
 Gráfico XXXIX - Situação dos processos publicados no D.O.U
 Gráfico XL - Evolução por ano dos processos publicados no D.O.U

Lista de Figura

Figura I - Planejamento Governamental: relação entre o Plano Nacional de Saúde e o Plano Plurianual
 Figura II - Fases do PMAQ com eixo transversal de desenvolvimento
 Figura III - Equipes que tiveram sua adesão homologada no 3º Ciclo do PMAQ
 Figura IV - Visitas aos Serviços de Hematologia e Hemoterapia Coordenadores, referente ao 3º ciclo de visitas do PNQH, em 2016
 Figura V - Mapeamento da situação dos municípios do Brasil referente ao acesso ao SAMU 192. Período de 2004 a 2016
 Figura VI - Dinâmicas de gestão e governança na SAS

Lista de Mapa

Mapa I - Mapa das IEP que realizam a AE do PMAQ distribuídas no território nacional
 Mapa II - Mapa de Distribuição do Apoio Descentralizado nos territórios em julho de 2016
 Mapa III - Mapa de Distribuição geográfica das entidades beneficentes que prestam serviços ao SUS

Lista de Anexos e Apêndices

Anexo I Lista de Entidades Filantrópicas

Anexo II TC 49 OPAS Quadro de Consultor

Anexo III PNUD BRA 13_016 Quadro de Consultor

Anexo IV TCU Cumprido

Anexo V TCU Não Cumprido

Anexo VI PLANO DE PROVIDÊNCIAS PERMANENTE

Anexo VII - Relatório Rede Sarah - 2016

Sumário

1	ELEMENTOS PRÉ-TEXTUAIS -----	3
2	APRESENTAÇÃO-----	20
3	VISÃO GERAL DA UNIDADE PRESTADORA DE CONTAS-----	22
	<i>Quadro I - Identificação da SAS-----</i>	<i>22</i>
3.1	<i>Finalidade e competências-----</i>	<i>23</i>
3.2	<i>Normas e regulamentos de criação, alteração e funcionamento da unidade e -----</i>	<i>24</i>
3.3	<i>Breve histórico da entidade-----</i>	<i>24</i>
3.4	<i>Ambiente de atuação-----</i>	<i>25</i>
3.5	<i>Organograma-----</i>	<i>26</i>
3.6	<i>Macroprocessos finalísticos -----</i>	<i>26</i>
4	PLANEJAMENTO ORGANIZACIONAL E RESULTADOS-----	28
4.1	<i>Planejamento Organizacional-----</i>	<i>28</i>
4.1.1	<i>Descrição sintética dos objetivos do exercício-----</i>	<i>28</i>
4.1.2	<i>Vinculação dos planos da unidade com as competências institucionais e outros planos</i>	<i>40</i>
4.2	<i>Formas e instrumentos de monitoramento da execução e resultados dos planos -----</i>	<i>42</i>
4.3	<i>Desempenho orçamentário e Execução física e financeira das ações da Lei Orçamentária Anual de responsabilidade da unidade. -----</i>	<i>43</i>
4.3.1	<i>PROGRAMA: 2015 – FORTALECIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ÚNICO DE SAÚDE (SUS)-----</i>	<i>43</i>
4.3.1.1	<i>OBJETIVO: 0713 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar. -----</i>	<i>43</i>
4.3.1.1.1	<i>REDE DE ATENÇÃO BÁSICA -----</i>	<i>43</i>
	<i>Quadro II - Identificação da Ação 12L5 - Construção e Ampliação de Unidades Básicas de Saúde – UBS--</i>	<i>46</i>
	<i>Quadro III - Identificação da Ação: 20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família -----</i>	<i>49</i>
	<i>Quadro VI - Identificação da Ação: 4324 - Atenção à Saúde das Populações Ribeirinhas da Região Amazônica, mediante Cooperação com a Marinha do Brasil-----</i>	<i>76</i>
	<i>Quadro VII - Identificação da Ação: 8573 - Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família -</i>	<i>78</i>
	<i>Quadro VIII - Identificação da Ação: 8577 - Piso de Atenção Básica Fixo -----</i>	<i>82</i>
	<i>Quadro IX - Identificação da Ação: 8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde</i>	<i>86</i>
	<i>Quadro X - Identificação da Ação: 8730 - Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada -----</i>	<i>89</i>
4.3.1.1.2	<i>Política Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional -----</i>	<i>91</i>
	<i>Quadro XI - Identificação da ação: 20B1 – Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional-----</i>	<i>92</i>
4.3.1.1.3	<i>Política Nacional de Sangue e Hemoderivados-----</i>	<i>97</i>
	<i>Quadro XIV - Identificação da Ação: 4295 – Atenção aos Pacientes Portadores de Doenças Hematológicas</i>	<i>102</i>
	<i>Quadro XVIII - Identificação da Ação: 7690 – Estruturação dos Serviços de Hematologia e Hemoterapia</i>	<i>107</i>
	<i>Quadro XIX - Identificação da Ação: 6516 – Aperfeiçoamento e Avaliação dos Serviços de Hematologia e Hemoterapia -----</i>	<i>109</i>
	<i>Quadro XXI - Identificação da Ação: 20SP - Operacionalização do Sistema Nacional de Transplantes ---</i>	<i>128</i>

4.3.1.1.5 Participação da União no Capital Social - Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia – HEMOBRÁS -----	146
<i>Quadro XXII - Identificação da Ação: 09LP- Participação da União no Capital Social - Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia – HEMOBRÁS -----</i>	<i>146</i>
4.3.1.1.6 Política Nacional de Humanização-----	147
<i>Quadro XXIII - Identificação da Ação: 8739 corresponde a Implementação da Política Nacional de Humanização -----</i>	<i>148</i>
4.3.1.1.7 Política Nacional de Atenção Hospitalar -----	153
4.3.1.1.8 Política Nacional de Regulação do SUS-----	179
<i>Quadro XXIV - Identificação da Ação: 8721 - Implementação da Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde-----</i>	<i>179</i>
4.3.1.2 Objetivo: 1126 - Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.-----	181
4.3.1.2.1 Implementação de Políticas de Atenção à Saúde -----	181
<i>Quadro XXV - Identificação da ação: 20YI Implementação de Políticas de Atenção à Saúde-----</i>	<i>181</i>
4.3.1.2.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança -----	185
4.3.1.2.3 Política de Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem -----	187
<i>Quadro XXVII - Identificação da Ação: 20YI PO 0004 - Política de Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem</i>	<i>187</i>
4.3.1.2.4 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem-----	190
<i>Quadro XXVIII – 20YI PO 000C - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde do Homem-----</i>	<i>190</i>
4.3.1.2.5 Política de Atenção à Saúde para Populações em Localidades Estratégicas e Vulneráveis de Agravos	193
<i>Quadro XXIX - Identificação da Ação: 8762 - Implementação de Ações e Serviços às Populações em Localidades Estratégicas e Vulneráveis de Agravos -----</i>	<i>193</i>
4.3.1.2.6 Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher-----	194
<i>Quadro XXX - Identificação da Ação: 6175 - Implantação e Implementação de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher-----</i>	<i>194</i>
4.3.1.2.7 Políticas de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa -----	196
<i>Quadro XXXI - Identificação da Ação: 6178 - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa -----</i>	<i>196</i>
<i>Quadro XXXII - Identificação da Ação: 8735 - Alimentação e Nutrição para a Saúde-----</i>	<i>201</i>
4.3.1.3 Objetivo 1120 - Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.-----	206
4.3.1.3.1 REDE CEGONHA -----	206
<i>Quadro XXXIV - Identificação da ação: 20R4 - Implantação e Implementação da Rede Cegonha-----</i>	<i>206</i>
4.3.1.3.2 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL -----	209
<i>Quadro XXXV - Identificação da ação: 20B0 - Atenção Especializada em Saúde Mental -----</i>	<i>214</i>
<i>Quadro XXXVI - Identificação da ação: 6233 - Implantação e Implementação de Políticas de Atenção à Saúde Mental -----</i>	<i>216</i>
<i>Quadro XXXVII - Identificação da ação: 20AI - Auxílio-Reabilitação Psicossocial aos Egressos de Longas Internações Psiquiátricas no Sistema Único de Saúde (De Volta Pra Casa) -----</i>	<i>218</i>
4.3.1.3.3 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA-----	221
<i>Quadro XXXVIII - Identificação da ação: 20YI PO 0006 - Implementação de Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência -----</i>	<i>222</i>

<i>Quadro XXXIX - Identificação da ação: 8535 PO 0004 - Viver Sem Limite</i>	225
<i>Quadro XL - Identificação da Ação: 8585 PO 0006 – Viver sem Limites</i>	226
4.3.1.3.4 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS	228
4.3.1.3.5 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	236
<i>Quadro XLVIII- Identificação da Ação: 8933 - Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Hospitalar</i>	237
<i>Quadro LII - Identificação da Ação: 12L4 - Implantação, Construção e Ampliação de Unidades de Pronto Atendimento - UPA</i>	248
<i>Quadro LIII - Identificação da ação: 8761 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu 192</i>	250
<i>Quadro LIV - Identificação da ação: 20QI - Implantação e Manutenção da Força Nacional de Saúde</i>	256
4.3.1.4 AÇÕES ORÇAMENTÁRIAS TRANSVERSAIS ÀS VÁRIAS REDES E POLÍTICAS DA SAS – ESTRUTURAÇÃO DE UNIDADES	260
<i>Quadro LVI - Identificação da Ação: 8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde</i>	264
<i>Quadro LVII - Identificação da Ação: 20YL - Implantação das Academias da Saúde</i>	269
4.3.1.5 AÇÕES ORÇAMENTÁRIAS TRANSVERSAIS ÀS VÁRIAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E REDES TEMÁTICAS – MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, REDE SARAH E REHUF.	271
<i>Quadro LVIII - Identificação da Ação: 8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade</i>	272
<i>Quadro LXVII - Identificação da Ação 20G8: Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares Prestados pelos Hospitais Universitários</i>	305
<i>Quadro LXVIII - Identificação da Ação 6148 - Assistência Médica Qualificada e Gratuita a Todos os Níveis da População e Desenvolvimento de Atividades Educacionais e de Pesquisa no Campo da Saúde - Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais</i>	311
4.3.2 PROGRAMA: 2069 - SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	312
4.3.2.1 OBJETIVO: 1109 - Promover o consumo de alimentos adequados e saudáveis e controlar e prevenir as doenças decorrentes da má alimentação.	312
4.3.2.2 POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	312
<i>Quadro LXIX - Identificação da Ação: 20QH – Implementação da Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde</i>	312
4.3.3 PROGRAMA: 2115 - DE GESTÃO E MANUTENÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	319
4.3.3.1 OBJETIVO - Não Tem	319
<i>QUADRO LXX AÇÃO 20YQ - Apoio Institucional para Aprimoramento do SUS</i>	319
4.3.4 Fatores intervenientes no desempenho orçamentário	320
4.3.5 Execuções descentralizada com transferência de recursos (não se aplica)	321
4.3.5.1 Informações sobre a estrutura de pessoal para análise das prestações de contas (não se aplica)	321
4.3.6 Informações sobre a execução das despesas (não se aplica)	321
4.3.7 Suprimentos de fundos, contas bancárias tipo B e cartões de pagamento do governo federal	321
4.4 Apresentação e análise de indicadores de desempenho (não se aplica)	322
4.4.1 Indicadores específicos monitorados no PPA 2016-2019	322
1 - Proporção de partos normais	322
2 - Cobertura das equipes de saúde da família	322
3 - Cobertura das equipes de saúde bucal	323
4 - Cobertura do Programa Saúde na Escola	323
5. Cobertura da Triagem Auditiva Neonatal	324
6 - Taxa de prevalência de excesso de peso	325
7 - Proporção de estados com suficiência de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)	326

8 - Cobertura de serviços de reabilitação -----	326
9 - Percentual de óbitos em menores de 15 anos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) - Indicador proposto pelo Congresso Nacional – sem indicação de Objetivo-----	327
10 - Cobertura populacional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192-----	328
11 - Índice de transplantes de órgãos sólidos. -----	328
12 - Percentual de pacientes com câncer, atendidos no Sistema Único de Saúde, que iniciam tratamento em até 60 dias. (não teve apuração) -----	329
13 - Percentual de ampliação de campos de radioterapia realizados no país. -----	329
5 GOVERNANÇA -----	331
5.1 Descrição das estruturas de governança -----	331
5.2 Atividades de correição e apuração de ilícitos administrativos -----	333
5.3 Gestão de riscos e controles internos-----	334
5.3.1 Controle das Demandas Judiciais -----	336
6 ÁREAS ESPECIAIS DA GESTÃO -----	340
6.1 Gestão de pessoas-----	340
6.1.1 Estrutura de pessoal da unidade-----	340
Quadro LXXIV – Força de Trabalho da SAS -----	340
Quadro LXXV - Distribuição da Lotação Efetiva -----	340
Quadro LXXVI – Detalhamento da estrutura de cargos em comissão e funções gratificadas da UJ341	
6.1.2 Demonstrativo das despesas com pessoal -----	342
Quadro LXXVII – Custos do pessoal -----	342
6.1.3 Gestão de riscos relacionados ao pessoal -----	343
6.1.4 Contratação de pessoal de apoio e de estagiários -----	344
6.2 Gestão da tecnologia da informação (não se aplica)-----	344
6.2.1 Principais sistemas de informações -----	344
7 RELACIONAMENTO COM A SOCIEDADE -----	345
7.1 Canais de acesso do cidadão -----	345
7.2 Carta de Serviços ao Cidadão-----	351
7.3 Aferição do grau de satisfação dos cidadãos-usuários -----	351
7.4 Mecanismos de transparência das informações relevantes sobre a atuação da unidade-----	352
7.5 Medidas para garantir a acessibilidade aos produtos, serviços e instalações-----	352
7.6 Formas de participação cidadã nos processos decisórios-----	352
7.7 Avaliação dos produtos e serviços pelos cidadãos-usuários -----	354
8 DESEMPENHO FINANCEIRO E INFORMAÇÕES CONTÁBEIS-----	355
8.1 Tratamento contábil da depreciação, da amortização e da exaustão de itens do patrimônio e avaliação e mensuração de ativos e passivos.-----	355
8.2 Sistemática de apuração de custos no âmbito da unidade-----	355
8.3 Demonstrações contábeis exigidas pela Lei 4.320/64 e notas explicativas (não se aplica)-----	355
9 CONFORMIDADE DA GESTÃO E DEMANDAS DE ÓRGÃOS DE CONTROLE -----	356
9.1 Tratamento de determinações e recomendações do TCU-----	356
9.2 Tratamento de recomendações do Órgão de Controle Interno -----	356
9.3 Medidas administrativas para a apuração de responsabilidade por dano ao Erário-----	356
10 OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES (RELATÓRIO DO DCEBAS) -----	359
11 ANEXOS E APÊNDICES -----	368

12.	OUTROS ITENS DE INFORMAÇÃO - RELATÓRIOS, PARECERES E DECLARAÇÕES -----	369
12.1	<i>Rol de Responsáveis -----</i>	369
12.2	<i>Relatório de instância ou área de correição -----</i>	369
12.3	<i>Declarações de Integridade -----</i>	369
12.3.1	<i>Declaração de Integridade e completude das informações sobre contratos e convênios nos sistemas estruturantes da Administração Pública Federal -----</i>	369
12.3.2	<i>Declaração de Integridade e completude dos registros de informações no Sistema de Avaliação e Registro dos Atos de Admissão e Concessões (não se aplica) -----</i>	369
12.3.3	<i>Declaração de cumprimento das disposições da Lei 8.730/1993, quando à entrega das declarações de bens e rendas -----</i>	370
12.3.4	<i>Integridade dos registros das informações no Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento -----</i>	371
12.3.5	<i>Declaração sobre a conformidade contábil dos atos e fatos da gestão orçamentária, financeira e patrimonial -----</i>	371
12.3.6	<i>Declaração do contador sobre a fidedignidade dos registros contábeis no Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal -----</i>	372
13.	INFORMAÇÕES SUPLEMENTARES (não se aplica) -----	373
14.	CONCLUSÃO -----	374

2 APRESENTAÇÃO

O presente Relatório de Gestão tem o objetivo de apresentar os principais esforços da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS, bem como os resultados e as entregas à sociedade proporcionadas pelos recursos públicos a ela disponibilizados pela Lei Orçamentária. Para além de uma obrigação legal para com os órgãos de controle interno e externo ao Poder Executivo Federal, trata-se de prestar contas à sociedade, ao controle social e aos demais níveis de gestão do SUS, bem como servir como referência para estudiosos e interessados no assunto.

A construção deste Relatório envolveu todos os Departamentos da Secretaria de Atenção de Saúde, à exceção do Departamento de Gestão Hospitalar, responsável pelos hospitais federais do Rio de Janeiro, e dos Institutos Nacionais INTO, INCA e INC, que produzem seus próprios Relatórios. A metodologia empregada primou pela construção ascendente a partir das áreas técnicas, com o aval e concordância das respectivas direções dos Departamentos envolvidos, quais sejam, o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas - DRAC, o Departamento de Atenção Básica - DAB, o Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência - DAHU, o Departamento de Atenção Especializada e Técnica – DAET, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - DAPES e o Departamento de Certificação de Entidades Benéficas Assistência Social e Saúde - DCEBAS, e dos responsáveis pelas áreas técnicas do Gabinete da SAS. A consolidação das informações ficou a cargo de sua Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento – CGPO, sempre respeitando as informações elaboradas pelos departamentos e áreas técnicas da SAS.

Ainda no mês de dezembro de 2016, a SAS realizou Oficina de Trabalho com a presença de todo o seu corpo técnico, cujo objetivo foi orientar quanto à construção deste Relatório de Gestão. Para tanto, contou com a presença, na qualidade de expositores, de representantes do Tribunal de Contas da União - TCU e da Controladoria-Geral da União - CGU. A estrutura e os elementos que compõem este Relatório são regidos pela Instrução Normativa - TCU Nº 63, de 1º de setembro de 2010 e pela Portaria - TCU Nº 59, DE 17 DE JANEIRO DE 2017, e contém os seguintes tópicos para esta Unidade de Prestação de Contas - UPC:

1. Elementos Pré-Textuais onde são apresentados o conjunto de elementos úteis à identificação do relatório de gestão.

2. Apresentação compreende a parte do relatório que expressa informações consideradas relevantes do relatório de gestão.

3. Visão Geral da Unidade contempla os elementos identificadores da UPC e também algumas informações para melhor caracterizar a unidade, tais como sua estruturação, contexto de atuação, principais macroprocessos, competências, entre outras.

4. Planejamento Organizacional e Resultados. Nessa parte, trata da forma como a unidade prestadora de contas planeja sua atuação ao longo do tempo e do seu desempenho em relação aos objetivos e metas para o exercício de referência do relatório.

5. Governança, Gestão de Riscos e Controles Internos. Aqui são descritos a estrutura de governança da unidade, explicitando as atividades realizadas pelas unidades que a compõem, os mecanismos e controles internos adotados para assegurar a conformidade da gestão e garantir o alcance dos objetivos planejados, bem como a forma de remuneração dos membros de diretoria e de colegiados.

6. Relacionamento com a Sociedade demonstra a existência de estruturas que garantam canal de comunicação com o cidadão para fins de solicitações, reclamações, denúncias e sugestões.

7. Desempenho Financeiro e Informações contábeis visa demonstrar o desempenho financeiro e as informações sobre as demonstrações contábeis e financeiras elaboradas pela UPC.

8. Áreas Especiais da Gestão contempla informações sobre gestão de pessoal, infraestrutura patrimonial, entre outras informações.

9. Conformidade da Gestão e Demandas de Órgãos de Controle tem por objetivo proporcionar ao leitor do relatório melhor compreensão sobre atendimento a demandas específicas oriundas de legislação específica e dos órgãos de controle.

10. Anexos e Apêndices destina-se à organização dos quadros e tabelas que ocupem mais de uma página, dos, dos documentos digitalizados, listas e outros documentos para comprovação ou demonstração de conteúdo do desenvolvimento do relatório.

O conjunto dos tópicos elencados mostra a dimensão que toma o Relatório de Gestão da SAS para dar conta de apresentar sua atuação de modo claro, transparente e objetivo. Ainda que procure focar sempre nos resultados e entregas proporcionadas à sociedade, em muitos casos de políticas, programas e ações houve a necessidade de contextualizar e relatar o seu histórico objetivando explicitar uma melhor compreensão dos contornos das atividades da Secretaria.

3 VISÃO GERAL DA UNIDADE PRESTADORA DE CONTAS

Identificação da unidade

Quadro I - Identificação da SAS

Poder e Órgão de Vinculação			
Poder: Executivo			
Órgão de Vinculação ou Supervisão: Ministério da Saúde			Código SIORG: 304
Identificação da Unidade Jurisdicionada			
Denominação completa: Secretaria de Atenção à Saúde			
Denominação abreviada: SAS			
Código SIORG: 001989	Código LOA: Não se Aplica	Código SIAFI: 250010	
Situação: ativa			
Natureza Jurídica: Administração Direta			
Principal Atividade: Formular e implementar a política de assistência à saúde, observados os princípios e diretrizes do SUS, coordenar sistemas de redes integradas de ações e serviços de saúde, coordenar, acompanhar e avaliar, em âmbito nacional, as atividades das unidades assistenciais do Ministério da Saúde, dentre outras.			Código CNAE: 84-12-4-00
Telefones/Fax de contato:	(61) 3315.2626	Fax (61) 3226.3674	
E-mail: sas@saude.gov.br			
Página na Internet: www.saude.gov.br			
Endereço Postal: Esplanada dos Ministérios, Bloco G – Edifício Sede – 9º Andar CEP:70.058.900			
Normas relacionadas à Unidade Jurisdicionada			
Normas de criação e alteração da Unidade Jurisdicionada			
Decreto: 8.065, de 07/08/2013 e 8.901, de 10/11/2016			
Outras normas infra legais relacionadas à gestão e estrutura da Unidade Jurisdicionada			
Não se aplica			
Manuais e publicações relacionadas às atividades da Unidade Jurisdicionada			
Unidades Gestoras e Gestões relacionadas à Unidade Jurisdicionada			
Unidades Gestoras relacionadas à Unidade Jurisdicionada			
Código SIAFI	Nome		
250010	Secretaria de Atenção à Saúde		
Gestões relacionadas à Unidade Jurisdicionada			
Código SIAFI	Nome		
Não se Aplica	Não se Aplica		
Relacionamento entre Unidades Gestoras e Gestões			
Código SIAFI da Unidade Gestora		Código SIAFI da Gestão	
Não se Aplica		Não se Aplica	

3.1 Finalidade e competências

DECRETO Nº 8.901, DE 10 DE NOVEMBRO DE 2016

Segundo o Artigo 17 do Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016, que alterou o Decreto nº 8.065, de 07 de agosto de 2013, compete à Secretaria de Atenção à Saúde:

I - participar da formulação e da implementação da política de atenção à saúde, observados os princípios e as diretrizes do SUS;

II - definir e coordenar sistemas de redes integradas de ações e serviços de saúde;

III - estabelecer normas, critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade e para a avaliação da atenção à saúde;

IV - identificar os serviços de referência para o estabelecimento de padrões técnicos de atenção à saúde;

V - elaborar e propor normas para disciplinar as relações entre as instâncias gestoras do SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

VI - coordenar, acompanhar e avaliar, em âmbito nacional, as atividades das unidades assistenciais do Ministério da Saúde;

VII - prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal;

VIII - coordenar a formulação e a implementação da política de regulação assistencial do SUS;

IX - promover o desenvolvimento de ações estratégicas voltadas para a reorientação do modelo de atenção à saúde, tendo como eixo estruturador as ações de atenção básica em saúde;

X - participar da elaboração, da implantação e da implementação de normas, instrumentos e métodos que fortaleçam a capacidade de gestão do SUS nas três esferas de governo;

XI - proceder à certificação das entidades beneficentes de assistência social que prestam ou realizam ações sociais na área de saúde, nos termos da [Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009](#);

XII - normatizar, no que lhe competir, sem prejuízo das competências de outros órgãos do Ministério da Saúde, as ações e os serviços de atenção à saúde no âmbito do SUS;

XIII - promover ações de integração da atenção básica aos serviços de urgência e emergência, à atenção especializada e às ações de vigilância em saúde;

XIV - promover ações da rede de atenção à saúde;

XV - apoiar financeiramente os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na organização das ações de rede de atenção à saúde;

XVI - desenvolver sistemas, mecanismos de gestão, de controle, de monitoramento e de avaliação das ações voltadas à organização e à implementação de redes de atenção à saúde;

XVII - apoiar o desenvolvimento de mecanismos inovadores que fortaleçam a organização de sistemas de saúde e a capacidade de gestão do SUS nas três esferas de governo; e

XVIII - definir diretrizes para as ações estruturantes e emergenciais da Força Nacional do SUS.

3.2 Normas e regulamentos de criação, alteração e funcionamento da unidade e

3.3 Breve histórico da entidade

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) foi criada oficialmente em 09 de junho de 2003, com a publicação do Decreto nº 4.726, e é originária da junção das Secretarias de Assistência à Saúde e de Políticas de Saúde.

Segundo o decreto, cabe a SAS:

I - participar da formulação e implementação da política de assistência à saúde, observados os princípios e diretrizes do SUS;

II - definir e coordenar sistemas de redes integradas de ações e serviços de saúde;

III - estabelecer normas, critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade e avaliação da assistência à saúde;

IV - supervisionar e coordenar as atividades de avaliação;

V - identificar os serviços de referência para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

VI - elaborar e propor normas para disciplinar as relações entre as instâncias gestoras do SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

VII - coordenar, acompanhar e avaliar, em âmbito nacional, as atividades das unidades assistenciais do Ministério;

VIII - prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional de Estados, Municípios e do Distrito Federal;

IX - coordenar a formulação e a implantação da política de regulação assistencial do SUS;

X - promover o desenvolvimento de ações estratégicas voltadas para a reorientação do modelo de atenção à saúde, tendo como eixo estruturador as ações de atenção básica em saúde; e

XI - participar da elaboração, implantação e implementação de normas, instrumentos e métodos que fortaleçam a capacidade de gestão do SUS, nos três níveis de governo.

Com este decreto, foi definido ainda a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos comissionados e funções gratificadas da SAS. Com isso, passaram a compor a Secretaria o Departamento de Atenção Básica - DAB, o Departamento de Atenção Especializada - DAE, o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - DAPES, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas - DRAC, além do Instituto Nacional de Câncer.

Ao longo dos anos houve algumas mudanças na composição da estrutura regimental da SAS, como, a criação dos departamentos de Gestão Hospitalar - DGH, para administração dos hospitais federais no Rio de Janeiro, e de Certificação das Entidades Benéficas de Assistência Social na Área de Saúde - DCEBAS, a criação dos departamentos de Atenção Hospitalar e de Urgência - DAHU e Departamento de Atenção Especializada e Temática - DAET, com a extinção do Departamento de Atenção Especializada - DAE, e a criação e extinção do Departamento de Redes de Atenção à Saúde - DARAS.

O decreto em vigência é o 8.901, de 10 de novembro de 2016, que manteve o escopo de competências da SAS, e definiu o quadro de demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas. Com a publicação do Decreto foram efetivas algumas alterações na configuração das Coordenações vinculadas à SAS, porém a mudança mais substancial trazida com a publicação do Decreto foi a substituição dos cargos em comissão do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE no âmbito do Ministério da Saúde.

3.4 Ambiente de atuação

As mudanças ocorridas no cenário político institucional do País, bem como as dificuldades na economia provocaram várias mudanças, inclusive na gestão do Ministério da Saúde, gerando desafios para avanços de suas políticas, programas e ações.

Consequentemente, as dificuldades econômicas impactaram na execução orçamentária. Desta forma, as prioridades foram no sentido de garantir o funcionamento dos serviços de saúde e de outras entregas diretas para a população e de honrar compromissos assumidos em exercícios anteriores, visto que as dotações orçamentárias, em muitos casos, foram aquém do demandado pelas áreas técnicas da SAS, não sendo suficientes para a expansão planejada no Plano Plurianual em vigor.

O orçamento do Ministério da Saúde é definido pela Lei Orçamentária Anual (LOA) de cada exercício, que estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro subsequente. De acordo com o disposto na Emenda Constitucional 86/2015 a participação da União no financiamento setorial está vinculada à Receita Corrente Líquida, obedecendo o percentual de 13,2%, a partir de 2016, progredindo até alcançar 15% em 2020.

Ainda, o financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde. Os recursos federais destinados a essas ações são organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento, com dispõe a Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. O bloco da Atenção Básica é constituído por dois componentes:

I- Componente Piso da Atenção Básica Fixo - PAB Fixo; e

II - Componente Piso da Atenção Básica Variável – PAB Variável.

O bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar é atualmente constituído por dois componentes:

a) Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), destinado ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde e de incentivos transferidos mensalmente;

b) Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), cuja finalidade é financiar procedimentos e políticas consideradas estratégicas, bem como novos procedimentos incorporados à Tabela do SUS. Os recursos financeiros são transferidos após a apuração da produção dos estabelecimentos de saúde registrada pelos respectivos gestores nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar SIA/SIH.

Mesmo com o cenário de 2016 pode-se observar que, no âmbito da Lei Orçamentária de 2016, a SAS **teve uma dotação final de R\$ 63.036.599.748,00**, cuja despesa **total** empenhada foi de R\$ **62.345.527.452,00**, o que representou a execução de **98,90%** do total disponibilizado. Esse volume de recursos desdobrou-se em 41 ações orçamentárias sob sua responsabilidade.

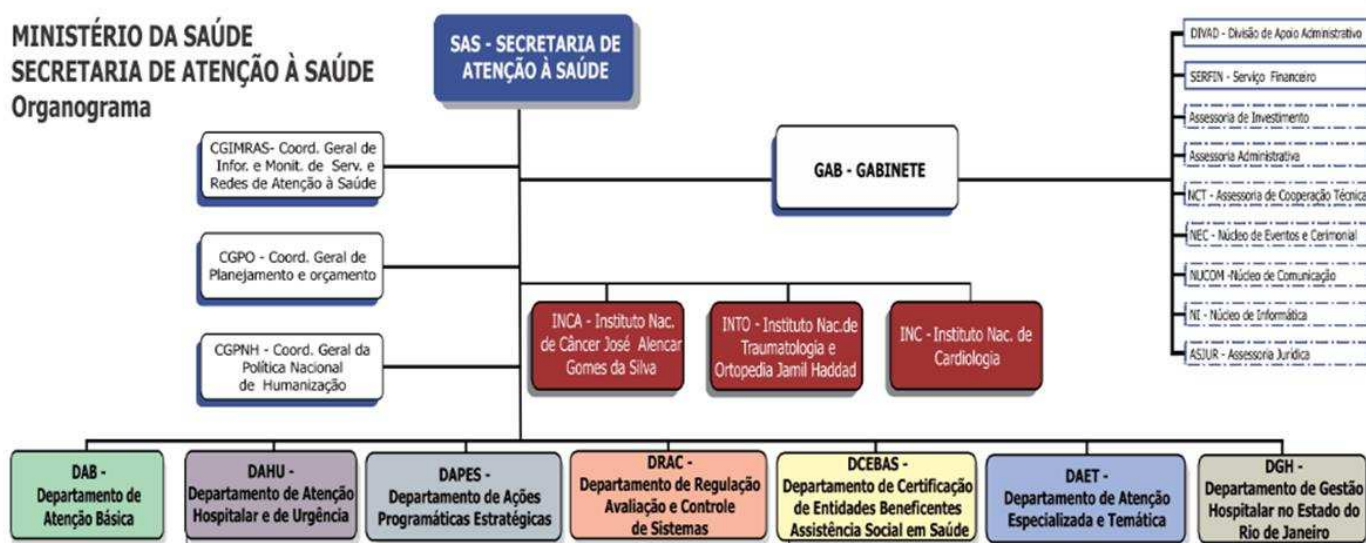
Nesse sentido, sem negligenciar os demais serviços, a SAS priorizou a garantia da participação da União, nos serviços da atenção básica e da atenção especializada. Considerando o orçamento total aprovado pela LOA, o Piso de Atenção Básica (fixo e variável) representou 25,00% tanto do valor autorizado quanto do empenhado. Já na média e alta complexidade esses valores representaram 63,83% e 64,51%, respectivamente.

Em resumo, dadas às dificuldades políticas e econômicas, revelaram-se frutíferas as ações que objetivaram a garantia do fluxo constante dos recursos necessários ao funcionamento dos serviços de atenção à saúde.

3.5 Organograma

Conforme dispõe o Decreto 8.901/2016, que revogou o Decreto 8.065/2013, os órgãos específicos singulares da Secretaria de Atenção à Saúde descentralizam-se da seguinte forma:

Seção II Dos Órgãos Específicos Singulares



3.6 Macroprocessos finalísticos

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) organiza o seu planejamento de maneira a responder às exigências constitucionais e legais, considerando, para sua elaboração, o Plano Nacional de Saúde (PNS) e o Plano Plurianual (PPA), que integra o processo orçamentário do governo, que é composto também pela Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e pela Lei do Orçamento Anual – LOA.

Para alcançar as metas propostas no âmbito do Programa 2015 - Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e consequentemente as metas consideradas tanto no PPA 2016-2019 quanto no PNS, a SAS, em consonância com o processo de planejamento do Ministério da Saúde (MS) como um todo, alinhou o seu planejamento em Objetivos Estratégicos – sendo três sob sua responsabilidade direta e, em outros dois, tendo responsabilidade indireta com duas metas. Também é importante citar que essa Unidade Gestora (UG) possui onze metas em quatro Objetivos Transversais, ou seja, aqueles Objetivos sob a responsabilidade de outro Ministério.

Não há desenho específico, no âmbito da SAS, de macroprocessos – seja finalístico, seja de apoio. A opção metodológica adotada na dinâmica de planejamento estratégico atualmente delineada pelo MS priorizou, como pilares de operacionalização de ações e de agregação de informações, objetivos estratégicos – os quais reúnem os grandes

temas capitaneados pela Secretaria, quando da implementação de políticas de saúde em todo o território brasileiro.

As categorias e definições conceituais adotados nesse planejamento, conforme o Sistema e-CAR “Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde: 2016 – 2019, compreendem:

Objetivos Estratégicos: expressam os resultados desejados para o período do plano. São definidos a partir do processamento das grandes premissas e declaram as escolhas políticas que devem orientar a Administração. Declaram e comunicam quais aspectos da realidade o plano pretende intervir diretamente. Referem-se à declaração “do que se quer” ao final do período considerado. Descrevem os grandes alvos que o Ministério da Saúde busca atingir até 2019. Estão vinculados ao Programa Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), ao PNS e PPA.

- **Metas:** expressam a medida de alcance do Objetivo, podendo ser de natureza qualitativa ou quantitativa. Representam o que se pretende fazer para modificar uma determinada realidade².

- **Iniciativas:** é o atributo do Programa que declara os meios que viabilizam os Objetivos e suas metas, explicitando o “como fazer” ou as entregas de bens e serviços resultantes da atuação do Estado ou os arranjos de gestão.³

- **Indicadores:** é um instrumento de verificação de um determinado fenômeno. Expressa uma situação a partir de uma estatística, um fato, uma medida, uma série quantitativa de dados ou uma série de evidências ou percepções postuladas sobre a realidade, que permite mensurar mudanças entre uma situação inicial e a que se pretende chegar ⁴.

- **Previsão de recursos:** projeção dos recursos (insumos) orçamentários, financeiros, materiais e humanos disponíveis para a realização das metas.

Para o PPA 2016-2019, todo objetivo declarado no plano deve ser mensurado com o uso de indicadores. Assim, o indicador é atributo indispensável, refletindo o resultado concreto da intervenção estratégica. A análise da evolução dos indicadores permite identificar se houve mudanças da situação inicial em direção ao que se pretende alcançar em um determinado período. Com isso, é possível avaliar se as escolhas de atuação do Gestor para a implementação da política estão impactando no alcance dos objetivos.

¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Planejamento no Ministério da Saúde: Metodologia, Processo e Instrumentos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2015.

² Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Planejamento no Ministério da Saúde: Metodologia, Processo e Instrumentos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2015.

³ Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Orientações para elaboração do Plano Plurianual 2016-2019/ Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégico – Brasília: MP, 2015.

4 PLANEJAMENTO ORGANIZACIONAL E RESULTADOS

4.1 Planejamento Organizacional

4.1.1 Descrição sintética dos objetivos do exercício

Os Objetivos Estratégicos sob a responsabilidade da SAS, alguns resultados alcançados e as metas do PPA 2016-2019.

- **Objetivo Estratégico no PNS - 01 (OE 01) no PPA 0713:** *“Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.”*

Esse Objetivo realiza ações para a ampliação do acesso e da qualidade da atenção primária por meio do incremento da quantidade das equipes de saúde da família, de saúde bucal, bem como, adequação da infraestrutura das unidades básicas, aprimoramento dos parâmetros de qualidade e a expansão e qualificação do sistema. Com relação à atenção especializada, é privilegiada a organização dos serviços em redes, à qualificação do acolhimento e a humanização das práticas.

Em 2011, por meio da Portaria nº 2.488, a qual aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNB) que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Nesse sentido, desenvolve-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.

Assim, a Atenção Básica é desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Especializada é um conjunto de diversos pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar, apoiando e complementando os serviços da atenção básica de forma resolutiva e em tempo oportuno: a) Ambulatorial Especializada: conjunto de serviços e ações eletivas de média e alta complexidade para continuidade do cuidado; b) Hospitalar: ponto de atenção estratégico voltado para as internações eletivas e/ou de urgência de pacientes agudos ou crônicos agudizados. c) Urgência e Emergência: conjunto de serviços e ações voltadas aos usuários que necessitam de cuidados imediatos nos diferentes pontos de atenção, inclusive de acolhimento aos pacientes que apresentam complicações nas condições crônicas.

A seguir destacamos algumas realizações de 2016, a saber:

- Atingimento de 40.097 Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF);
- Atingimento de 23.383 Equipes de Saúde Bucal (ESB);
- Implantação de 39 novos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO);
- 12.187 Unidades Básicas de Saúde utilizando prontuário eletrônico;

- 1.180 novos leitos de Unidades de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrico, Neonatal e Unidade Coronariana;
 - 858 novos leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru e Convencional;
 - 70 novos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.
- **Objetivo Estratégico 02 (OE 02) no PPA 1120:** *“Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.”*

O aprimoramento e articulação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) constitui-se em importante objetivo estratégico no aprimoramento do Sistema Único de Saúde. As Redes Temáticas consideradas prioritárias foram: Rede de Urgência e Emergência (RUE); Rede Cegonha; Rede de Atenção Psicossocial, incluindo o cuidado das pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Neste Plano, dar-se prioridade à articulação entre essas redes em seus diferentes estágios de constituição. A definição destas Redes partiu do diagnóstico da situação epidemiológica de populações específicas, e dos problemas relacionados ao cuidado materno infantil, aos transtornos mentais e uso abusivo de álcool e outras drogas, o cuidado às Pessoas com Deficiências, cuidado oncológico e as doenças crônicas, e dos graves problemas de atenção às urgências e emergências e atenção hospitalar em todas Regiões de Saúde⁵ do país.

Cabe destacar alguns resultados realizados durante 2016, no âmbito desse objetivo:

- Conclusão de cinco obras de Casas de Gestante, Bebê e Puérpera das quais quatro foram habilitadas, ou seja, consideradas implantadas;
 - As UPAs fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, que estrutura e organiza a rede de urgência e emergência no país, com o objetivo de integrar a atenção às urgências. Até 31 de dezembro, existiam 525 UPA's 24h em funcionamento, das quais, 98 entraram em funcionamento em 2016;
 - De acordo com os dados preliminares foram realizados, ao longo do ano, 5.639.780 exames citopatológicos em mulheres dentro da faixa etária preconizada, 25 a 64 anos, e 2.069.508 mamografias em mulheres dentro da faixa etária preconizada para rastreamento, 50 a 69 anos. Esses números podem sofrer alterações, pois os estados podem registrar os procedimentos realizados até três meses após sua realização, portanto, devem ser considerados como dados parciais para o período;
 - De 2013 a 2016 foram habilitados 185 Centro Especializados em Reabilitação (CER), dos quais, 52 foram habilitados em 2016.
- **Objetivo Estratégico 03 (OE 03) no PPA 1126:** *“Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e*

⁵ As Regiões de Saúde - RS foram construídas a partir da pactuação dos gestores municipais e estaduais de saúde, com apoio do Ministério da Saúde - MS. A gestão da RS é responsabilidade das Comissões Intergestores Regional - CIR, espaço de planejamento, pactuação e monitoramento das Redes.

idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.”

O SUS constituiu-se sob o princípio da equidade, assegurando que populações estratégicas e vulneráveis sejam atendidas com políticas públicas específicas para se alcançar a efetiva universalidade do acesso e a igualdade de direitos (Constituição Federal do Brasil: Artigos 1 ao 6 e 196 a 200). As populações vulneráveis são grupos populacionais que se encontram em situação de exclusão em termos de direitos humanos e de cidadania. Na interface com os ciclos de vida e questões de gênero há uma gama de processos de exclusão e dificuldades de acesso que exigem, para sua superação, políticas específicas que contribuam para garantia de acesso integral à saúde.

Nesse sentido a promoção do cuidado integral nos ciclos de vida e gênero é uma das prioridades do MS, e deve acontecer na atenção básica e no conjunto de serviços de saúde, nos municípios e nas Regiões de Saúde.

Para ampliar o número das equipes de saúde de referência no atendimento a adolescentes em conflito com a lei, passando de 65 para 110 equipes implantadas, o Ministério da Saúde está com 64 equipes de saúde de referência para unidades socioeducativas, em 33 municípios habilitados, em 11 estados da federação. Porém, não houve implantação de equipes no ano de 2016.

Em relação à implantação de 80 serviços de referência para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual em hospitais de referência do SUS, foram habilitados 4 serviços para coleta de informações e vestígios de violência sexual no SUS, em 2016, (São Bernardo do Campo/SP, Blumenau/SC, Caxias do Sul/RS, Curitiba/PR). Além disso, foram realizadas ainda as seguintes entregas: publicação da Norma Técnica Interministerial para atenção às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios; criação de procedimento de coleta de vestígios de violência sexual no SCNES; realização de seis edições do Curso Atenção Humanizada a Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios.

Para suplementar 330 mil crianças de 6 a 48 meses de idade com sachês de vitaminas e minerais, por meio da Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó – NutriSUS, nas creches participantes do Programa Saúde na Escola (PSE), como a nova portaria de adesão do PSE não foi assinada pelo Ministério da Educação, a adesão do NutriSUS ocorreu por meio do FormSUS. Nesse sentido, no final, aderiram 1.045 municípios, 6.340 creches com 304.719 crianças. No começo de julho/2016 foi disparado o novo Termo de Referência para aquisição de mais 40 milhões de sachês, que abastecerão os municípios participantes no 2º semestre de 2017 e 1º semestre de 2018, garantindo a continuidade do programa.

Objetivos Estratégicos em que a SAS participa como responsável indireta:

Objetivo 04 (OE 04) no PPA 0714: Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

Objetivo 05 (OE 05) no PPA 0726 e no PNS 06: Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS

Objetivos Estratégicos transversais no âmbito do PPA 2016-2019:

Objetivo 0374: Reforçar e qualificar o acesso com equidade das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família aos direitos sociais básicos por meio de articulação com políticas sociais, prioritariamente nas áreas de Saúde, Educação e Assistência Social (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome)

Objetivo 0984: Articular, acompanhar e fortalecer o conjunto das ações governamentais no âmbito da Agenda Social Quilombola. (Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial)

Objetivo 1045: Promover sistema penal justo e que viabilize a reintegração social. (Ministério da Justiça)

Objetivo 1072: Articular, expandir e qualificar a rede de cuidado e de reinserção social das pessoas e famílias que têm problemas com álcool e outras drogas. (Ministério da Justiça)

Objetivo 1109: Promover o consumo de alimentos adequados e saudáveis e controlar e prevenir as doenças decorrentes da má alimentação. (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome)

Cabe citar que para realizar os objetivos citados as unidades técnicas diretamente responsáveis da SAS, são: Departamento de Atenção Básica; Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas; Departamento de Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social em Saúde; Departamento de Atenção Especializada e Temática.

Os principais insumos para realização de atividades para alcançar os Objetivos Estratégicos sob a responsabilidade direta da SAS seguem elencados abaixo:

- Recursos humanos com habilidades e competências existentes;
- Recursos financeiros, materiais e equipamentos disponíveis;
- Manuais de treinamento existentes;
- Sistemas de informática implantados;
- Unidades de saúde da família previamente existentes;
- Unidades Básicas de Saúde Fluviais existentes;
- Núcleos de Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica existentes;
- Centros Especializados em Reabilitação existentes;
- Equipamentos adquiridos para Triagem Neonatal Auditiva;
- Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) existentes;
- Unidades Básicas providas com equipamentos antropométricos, balança, infantômetro, antropômetro e fita métrica;
- Protocolos de tratamento desenvolvidos, como: para atendimento em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); para tratamento de hipertensão arterial em UBS;
- Material didático e audiovisual;
- Plano de Ação definido para a RUE; ambulâncias básicas; ambulâncias avançadas; SAMU habilitado;
- Kits sorológicos para realização de testes;
- Kits para testagem rápida do HIV;
- Profissionais de saúde para trabalhar nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), UBS, Centrais de Regulação, entre outras;
- Sistema de referência para prevenção e tratamento.

Relação dos objetivos e metas do Plano Plurianual 2016 – 2019 que estiveram, em 2016, sob a responsabilidade da SAS.

Aproveitamos para esclarecer que foi considerada na análise abaixo, a meta prevista para o período de quatro anos (2016-2019), e não somente para o exercício de 2016.

Programa 2015 - Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)

	Identificação do Objetivo								
Descrição	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.								
Código	0713			Órgão	Ministério da Saúde				
Programa	Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)		Código	2015					
	METAS QUANTITATIVAS NÃO REGIONALIZADAS								
Sequencial	Descrição da Meta 2016-2019	Meta Prevista 2016-2019	Unidade de Medida	Meta Realizada					% da meta total 2016-2019 realizada
				2016	2017	2018	2019	Acumula do 2016-2019	
1	Apoiar a construção, reforma e ampliação de mais 16000 obras do Programa de Requalificação de UBS – RequalificaUBS.	16.000	Unidade	4.225					26,41
2	Ampliar o número de equipes da Estratégia Saúde da Família para 46 mil.	46000	Unidade	40.097					87,17
3	Ampliar o acesso à atenção odontológica na atenção básica, passando para 29 mil equipes de saúde bucal implantadas.	29000	Unidade	24.383					84,08
4	Aumentar em 4% ao ano o Índice de Transplantes de Órgãos Sólidos por milhão da população (pmp), passando de 37,95 pmp para 46,18 pmp.	46,18%	Índice	37,83 %					81,92
5	Aumentar de 20 para 160 as Centrais de Regulação que recebem incentivo federal de custeio para a melhoria do acesso aos serviços ambulatoriais especializados e hospitalares.	140	Unidade	51					36,43
6	Implantar 500 novos Centros de Especialidades Odontológicas - CEOs.	500	Unidade	39					7,80
7	Implantar 684 novas equipes de atenção domiciliar, sendo 432 novas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e 252 novas Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).	684	Unidade	4					0,58
8	Aumentar de 18 para 20,7 milhões o número de educandos cobertos pelo Programa Saúde na Escola (PSE).	20.700.000	Unidade	0					0,00
9	Disponibilizar teste de ácido nucléico - NAT brasileiro para HIV /	100	Percentual	86,4 %					86,40

	HCV / HBV para 100% das doações de sangue realizadas no âmbito do SUS.								
10	Aumentar em 4% ao ano o Índice de Doadores Efetivos de Órgãos por milhão da população (pmp), passando de 13,36 pmp para 16,25 pmp.	16,25%	Índice	14,48%					89,11
11	Custear a conectividade de banda larga de 25 mil Unidades Básicas de Saúde.	25.000	Unidade	0					89,11
12	Garantir 14 mil Unidades Básicas de Saúde utilizando prontuário eletrônico.	14000	Unidade	12.187					87,05
13	Avaliar e certificar a qualidade de 40 mil equipes de atenção básica no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).	40000	Unidade	0					0,00
14	Ampliar em 5.994 o número de leitos, sendo 4.080 novos leitos de UTI Adulto, Pediátrico, Neonatal e Unidade Coronariana (UCO) e 1.914 leitos de UCI Convencional e Canguru no SUS, em todas as regiões do País.	5994	Unidade	2.038					34,00
15	Implantar 732 novos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.	732	Unidade	70					9,56
16	Ampliar o número de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF para 7.000.	7000	Unidade	4.406					62,94
17	Implementar brinquedotecas em todos os hospitais federais que realizem atendimento pediátrico em regime de internação, em cumprimento da lei nº 11.104/2008.	39	Unidade	0					0,00

Identificação do Objetivo										
Descrição	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.									
Código	0714			Órgão	Ministério da Saúde					
Programa	Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)	Código	2015							
METAS QUANTITATIVAS NÃO REGIONALIZADAS					Meta Realizada					
Sequencial	Descrição da Meta 2016-2019	Instrumento	Meta Prevista 2016-2019	Unidade de Medida	2016	2017	2018	2019	Acumulado 2016-2019	% da meta total 2012-2015 realizada
1	Custear 3500 polos do Programa Academia da Saúde	PPA/PNS	3500	Unidade	635 ⁶					18,14

⁶ Até o início de dezembro/2016 havia 727 polos habilitados para o custeio. Entre estes, na competência dezembro/2016 foram pagos 635 polos do Programa Academia da Saúde.

Identificação do Objetivo											
Descrição	Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.										
Código	0726			Órgão	Ministério da Saúde						
Programa	Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)		Código	2015							
METAS QUANTITATIVAS NÃO REGIONALIZADAS											
Sequencial	Descrição da Meta 2015-2019	Instrumento	Meta Prevista 2016-2019	Unidade de Medida	Meta Realizada					% da meta total 2016-2019 realizada	OBS
					2016	2017	2018	2019	Acumula do 2016-2019		
1	Disponibilizar 3,0 UI de Fator VIII per capita (hemofilia A) e 0,8 UI de Fator IX per capita (hemofilia B), por ano, para atendimento aos pacientes portadores de doenças hemorrágicas hereditárias.	PPA/PNS	3,0 UI de Fator VIII e 0,8 UI de Fator IX	Unidade Internacional de Fator VIII e Fator IX	3,35 UI's Fator VIII 0,56 UI's Fator IX					Para fator VIII superou a meta. Para fator IX – 70%	

Identificação do Objetivo											
Descrição	Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.										
Código	1120			Órgão	Ministério da Saúde						
Programa	Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)		Código	2015							
METAS QUANTITATIVAS NÃO REGIONALIZADAS											
Sequencial	Descrição da Meta 2016-2019	Instrumento	Meta Prevista 2016-2019	Unidade de Medida	Meta Realizada					% da meta total 2016-2019 realizada	
					2016	2017	2018	2019	Acumulado 2016-2019		
1	Adequar a ambiência de 120 maternidades (reforma e aquisição de equipamentos) para a atenção humanizada ao parto e nascimento.	PPA/PNS	120	Unidade	22 ⁷						18,33
2	Habilitar 140 novos serviços como Maternidade de Referência para Atenção à Gestação de Alto Risco (GAR).	PPA/PNS	140	Unidade	0						0,00
3	Implantar 20 novas Casas de Gestante, Bebê e Puérpera - CGBP.	PPA/PNS	20	Unidade	4						20,00
4	Implantar 60 novos Centros de Parto Normal – CPN.	PPA/PNS	60	Unidade	3						5,00
5	Realizar 15 milhões de mamografias bilaterais para rastreamento do câncer de mama em mulheres de 50-69 anos.	PPA/PNS	15000.000	Unidade	2.069.508						13,80

⁷ Para ciência: no PPA foi informado 22, mas no 3º Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas/Plano Nacional de Saúde – 27.

6	Realizar 30 milhões de exames citopatológicos para rastreamento do câncer de colo do útero em mulheres de 25-64 anos.	PPA/PNS	30.000.000	Unidade	5.639.780					18,80
7	Apoiar a implantação de 175 UPA 24h.	PPA/PNS	175	Unidade	98					56,00
8	Ampliar em 2.400 o número de beneficiários do Programa de Volta para Casa - PVC, passando de 4.364 para 6.764.	PPA/PNS	2400	Unidade	359 ⁸					14,96
9	Incentivar a implantação de 480 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).	PPA/PNS	480	Unidade	102					21,25
10	Apoiar a construção de 160 Centros de Atenção Psicossocial - CAPS III - 24 horas.	PPA/PNS	160	Unidade	0					0,00
11	Incentivar a adesão de 400 Centros de Especialidades Odontológicas à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.	PPA/PNS	400	Unidade	0					0,00
12	Implantar 98 Centros Especializados em Reabilitação - CER, passando de 124 para 222 CER em funcionamento.	PPA/PNS	98	Unidade	52 ⁹					53,06
13	Implantar 50 oficinas ortopédicas no País, passando de 24 para 74 oficinas em funcionamento.	PPA/PNS	50	Unidade	9 ¹⁰					18,00
14	Ofertar 98 novos veículos adaptados acessíveis para transporte de pessoas com deficiência, passando de 103 para 201 veículos entregues.	PPA/PNS	98	Unidade	5 ¹¹					5,10
15	Ampliar o acesso à Triagem Auditiva Neonatal por meio da equipagem de 737 maternidades no país, passando de 75 para 812 maternidades equipadas em funcionamento, no âmbito do Programa Viver sem Limites.	PPA/PNS	737	Unidade	0 ¹²					0
16	Apoiar a implantação de 300 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).	PPA/PNS	300	Unidade	127					42,33
17	Elaborar e publicar 10 novas Diretrizes de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, no âmbito do Programa Viver sem Limite.	PPA/PNS	10	Unidade	2					20,00
18	Habilitar 18 unidades que realizam acompanhamento multiprofissional das pessoas com Doença Renal Crônica	PPA/PNS	18	Unidade	4					22,22

⁸ Cabe explicar que no ano de 2016 foram entraram para o Programa de Volta para Casa 359 novos beneficiados. O total de beneficiados completa 4.804 (No quantitativo pode ocorrer flutuação, devido a óbitos e/ou descredenciamento).

⁹ De 2013 a 2016 foram habilitados 185 CER, dos quais, 52 foram habilitados em 2016.

¹⁰ De 2013 a 2016 foram habilitadas 33 oficinas ortopédicas, das quais 09, foram habilitadas em 2016, sendo 02 Oficina Ortopédica Fixa e 07 Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre.

¹¹ Em 2016 foram doados cinco veículos que foram adquiridos em anos anteriores, totalizando 108 veículos doados desde 2013.

¹² Com relação a execução da meta, inicialmente, foi previsto alcançar 100 maternidades realizando a TAN em 2016, incluindo neste número, as 75 maternidades que já realizavam o exame em 2015.

	(DRC) nos estágios clínicos IV e V (pré-dialítico).								
19	Apoiar a implantação de 37 Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil - UAI.	PPA/PNS	37	Unidade	1				2,70

Identificação do Objetivo										
Descrição	Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.									
Código	1126			Órgão	Ministério da Saúde					
Programa	Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)		Código	2015						
METAS QUANTITATIVAS NÃO REGIONALIZADAS										
Sequencial	Descrição da Meta 2016-2019	Instrumento	Meta Prevista 2016-2019	Unidade de Medida	Meta Realizada					% da meta total 2016-2019 realizada
					2016	2017	2018	2019	Acumula do 2016 - 2019	
1	Ampliar o número das equipes de saúde de referência no atendimento a adolescentes em conflito com a lei, passando de 65 para 110 equipes implantadas.	PPA/PNS	45	Unidade	0 ¹³					0
2	Implantar 80 serviços de referência para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual em hospitais de referência do SUS, para a realização do registro de informações e da coleta de vestígios.	PPA/PNS	80	Unidade	4					5,00
3	Suplementar 330 mil crianças de 6 a 48 meses de idade com sachês de vitaminas e minerais, por meio da Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó – NutriSUS, nas creches participantes do Programa Saúde na Escola, anualmente.	PPA/PNS	330.000	Unidade	0					0

Identificação do Objetivo										
Descrição	Reforçar e qualificar o acesso com equidade das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família aos direitos sociais básicos por meio de articulação com políticas sociais, prioritariamente nas áreas de Saúde, Educação e Assistência Social (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome)									
Código	0374			Órgão	Ministério da Saúde					
Programa	Inclusão social por meio do Bolsa Família, do Cadastro Único e da articulação de políticas sociais. (Ministério do Desenvolvimento Social e		Código	2019						

¹³ Ministério da Saúde está com 64 equipes de saúde de referência para unidades socioeducativas, em 33 municípios habilitados, em 11 estados da federação. Portanto, não houve implantação de equipes no ano de 2016.

	Combate à fome)									
METAS QUANTITATIVAS NÃO REGIONALIZADAS										
Metas quantitativas										
Sequencial	Descrição da Meta 2016-2019	Instrumento	Meta Prevista 2016-2019	Unidade de Medida	Meta Realizada					% da meta total 2016-2019 realizada
					2016	2017	2018	2019	Acumula do 2016 - 2019	
1	Acompanhar na Atenção Básica pelo menos 73% de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com as condicionalidades de saúde	PPA/PNS	73	%	65,38%					89,56

Identificação do Objetivo										
Descrição	Articular, acompanhar e fortalecer o conjunto das ações governamentais no âmbito da Agenda Social Quilombola. (Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial)									
Código	0984			Órgão	Ministério da Saúde					
Programa	Promoção da Igualdade Racial e Superação do Racismo		Código	2034						
METAS QUANTITATIVAS NÃO REGIONALIZADAS										
Metas quantitativas										
Sequencial	Descrição da Meta 2016-2019	Instrumento	Meta Prevista 2016-2019	Unidade de Medida	Meta Realizada					% da meta total 2016-2019 realizada
					2016	2017	2018	2019	Acumula do 2016 - 2019	
1	Realizar espaços de diálogo e formação com 100 parteiras de comunidades quilombolas, incluindo a distribuição de 100 kits para parteiras tradicionais e realizar 2 seminários envolvendo comunidades quilombolas, com participação de gestores, profissionais de saúde e lideranças das comunidades.	PPA/PNS	100	Unidade	0					0

Programa 2069 - Segurança Alimentar e Nutricional

Identificação do Objetivo										
Descrição	Promover o consumo de alimentos adequados e saudáveis e controlar e prevenir as doenças decorrentes da má alimentação									
Código	1109			Órgão	Ministério da Saúde					
Programa	Segurança Alimentar e Nutricional		Código	2069						
METAS QUALITATIVAS										
Seq uen cial	Descrição da Meta 2016-2019	Instrumento	Meta	Unidade	Meta Realizada					

			Prevista 2016-2019	de Medida	2016	2017	2018	2019	% da meta total 2016-2019 realizada
1	Reduzir o consumo regular de refrigerante e suco artificial de 20,8% para 14% da população, por meio de ações articuladas no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN)	PPA/PNS	14%	Percentual	19%				1,8%
Análise Situacional (Siop)									
Na publicação do VIGITEL, em 2016, com dados referentes a 2015, informa que no conjunto das 27 cidades, a frequência do consumo de refrigerantes em cinco ou mais dias da semana foi de 19,0%, sendo mais alta entre homens (22,4%) do que entre mulheres (16,1%).									
2	Ampliar de 36,5% para 43% o percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças regularmente, por meio de ações articuladas no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN)	PPA/PNS	43	Percentual	37,6%				1,1%
Análise Situacional (Siop)									
Considerando que frutas e hortaliças são marcadores de consumo saudável, o aumento no consumo desses alimentos constitui estratégia de promoção da alimentação adequada e saudável. Desenvolvimento de ações em mídias sociais do Ministério da Saúde com base nas Diretrizes de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável nos Ambientes de Trabalho, instituída pela Portaria nº 1.274, de 7 de julho de 2016, que tem por objetivo contribuir para a promoção da saúde dos trabalhadores, contribuindo para a redução dos agravos relacionados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e dos seus fatores de risco modificáveis, especialmente sobrepeso e obesidade e alimentação inadequada. Em relação à informação quantitativa para 2016, a área técnica não tem os dados, pois o monitoramento é feito anualmente pelo VIGITEL e ainda não foi publicado. Na publicação do VIGITEL, em 2016, com dados referentes a 2015, informa que no conjunto da população adulta estudada, a frequência de consumo regular de frutas e hortaliças foi de 37,6%, sendo menor em homens (31,3%) do que em mulheres (43,1%).									
3	Deter o crescimento da obesidade na população adulta, por meio de ações articuladas no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN)	PPA/PNS	Não ultrapassar 52,5% da população adulta com excesso de peso.	Percentual	59,9%				59,9%
Análise Situacional (Siop)									
Em relação à informação quantitativa para 2016, a área técnica não tem os dados, pois o monitoramento é feito anualmente pelo VIGITEL e ainda não foi publicado. Na publicação do VIGITEL, em 2016, com dados referentes a 2015, informa que no conjunto das 27 cidades, a frequência de excesso de peso foi de 53,9%, sendo maior entre homens (57,6%) do que entre mulheres (50,8%). Entre homens, a frequência dessa condição tendeu a aumentar com a idade até os 54 anos; e entre mulheres, essa tendência de aumento foi observada até os 64 anos.									
Identificação do Objetivo									
Descrição	Promover o consumo de alimentos adequados e saudáveis e controlar e prevenir as doenças decorrentes da má alimentação								
Código	1109			Órgão	Ministério da Saúde				

Programa	Segurança Alimentar e Nutricional	Código	2069						
METAS QUALITATIVAS									
Sequencial	Descrição da Meta 2016-2019	Instrumento	Meta Prevista 2016-2019	Unidade de Medida	Meta Realizada				
					2016	2017	2018	2019	% da meta total 2016-2019 realizada
4	Reduzir em 50% o número de casos novos de beribéri notificados, por meio de ações articuladas no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN).	PPA/PNS	50%	Percentual	8,8%				8,8%
	Análise Situacional (Siop)								
	Redução de 8,8% entre os anos de 2015 e 2016 (resultado parcial) Data de Referência: 25/01/2017 (número de casos registrados até o dia 31/12/2016) – os dados são parciais pois os municípios e DSEI apresentam até o dia 15/02 para consolidar e registrar no FormSUS o encerramento dos casos.								

Programa 2081 - Justiça, Cidadania e Segurança Pública

Identificação do Objetivo									
Descrição	Promover sistema penal justo e que viabilize a reintegração social. (Ministério da Justiça)								
Código	1045			Órgão	Ministério da Saúde				
Programa	Justiça, Cidadania e Segurança Pública		Código	2081					
METAS QUANTITATIVAS NÃO REGIONALIZADAS									
Sequencial	Descrição da Meta 2016-2019	Instrumento	Meta Prevista 2016-2019	Unidade de Medida	Meta Realizada				
					2016	2017	2018	2019	% da meta total 2016-2019 realizada
1	Ampliar a cobertura da atenção básica à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional.	PPA/PNS	640	Unidade	249				38,91
	Análise Situacional (Siop)								
	Importa destacar que atualmente existem 316 serviços/equipes de assistência à saúde habilitadas no âmbito do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) e na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Dessas 316, 249 equipes estão implantadas até dezembro de 2016, ou seja, recebendo repasse do incentivo financeiro do Ministério da Saúde.								

Programa 2085 - Redução do impacto social do álcool e outras drogas: Prevenção, Cuidado e Reinserção Social.

Identificação do Objetivo									
Descrição	Articular, expandir e qualificar a rede de cuidado e de reinserção social das pessoas e famílias que têm problemas com álcool e outras drogas.								

Código				Órgão	Ministério da Saúde				
Programa	Redução do impacto social do álcool e outras drogas: Prevenção, Cuidado e Reinserção Social.		Código	2081					
METAS QUANTITATIVAS NÃO REGIONALIZADAS									
Sequencial	Descrição da Meta 2016-2019	Instrumento	Meta Prevista 2016-2019	Unidade de Medida	Meta Realizada				
					2016	2017	2018	2019	% da meta total 2016-2019 realizada
1	Apoiar a implantação de 162 novos CAPS-AD e CAPS-AD III	PPA/PNS	162	Unidade	27				16,67
2	Apoiar a implantação de 502 leitos de saúde mental em hospitais gerais	PPA/PNS	502	Unidade	155				30,88
3	Apoiar a implantação de 28 unidades de acolhimento adulto	PPA/PNS	28	Unidade	7				25,00
4	Apoiar a implantação de 200 equipes de Consultório na Rua.	PPA/PNS	200	Unidade	111				55,50

4.1.2 Vinculação dos planos da unidade com as competências institucionais e outros planos

O Planejamento do Ministério da Saúde tem buscado expressar as políticas de saúde em dois planos: Plano Nacional de Saúde (PNS) e o Plano Plurianual (PPA). Ambos estão previstos na Constituição Federal de 1988. O PPA está definido expressamente no art. 165 e presente em outros diversos dispositivos. Quanto ao PNS, corresponde ao “plano setorial”, previsto de forma genérica no art.48, IV, e referido em outros dispositivos.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) está expressamente disposto na Lei Complementar nº 141/2012 e Lei nº 8.080/90. Atualmente, é regulamentado pelo Decreto nº 7.508/2011 e Portaria nº 2.135/2013. O PNS estabelece objetivos e metas para um período de quatro anos, sendo base das atividades e programações do SUS no âmbito federal, expressas de forma anualizada por meio da Programação Anual de Saúde (PAS). É elaborado em consonância com o Plano Plurianual e serve como orientador para a proposta orçamentária.

O Plano Nacional de Saúde compatibiliza as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos, visando à promoção da equidade interestadual a partir de diretrizes definidas pelo Conselho Nacional de Saúde. Conforme definido no art. 3º, §3º da Portaria nº 2.135/2013, sua elaboração considera: (i) a análise situacional, orientada pelo Mapa da Saúde; (ii) a definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e (iii) o processo de monitoramento e avaliação.

O acompanhamento de sua execução é realizado formalmente a cada quatro meses, por meio do Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas (RQPC). A prestação de contas consolidada do exercício se dá por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG), e ambos são submetidos à apreciação do Conselho Nacional de Saúde.

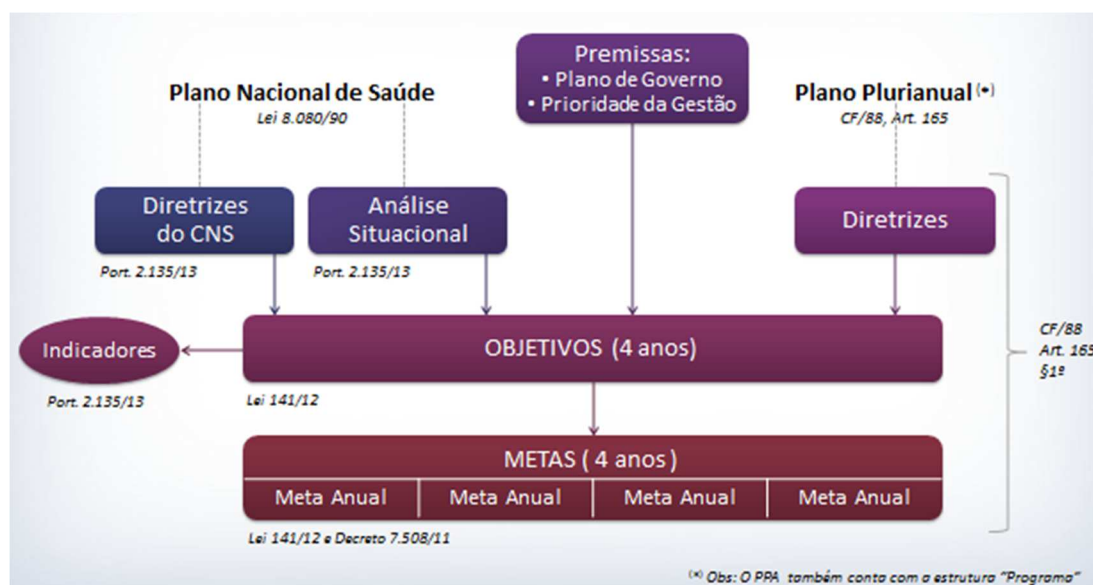
O Plano Plurianual, previsto no art. 165 da Constituição Federal de 1988, expressa o planejamento do Governo Federal de médio prazo, com vigência de quatro anos, com início no segundo ano do mandato presidencial e fim no primeiro ano do mandato subsequente. De acordo com o texto constitucional, cabe ao PPA a definição das diretrizes, objetivos e metas da Administração Pública relativas às despesas de capital e aos gastos correntes delas derivados, ou seja, o PPA sintetiza as estratégias e as operacionaliza por meio dos programas que o constituem.

Esses planos, convergentes entre si, procura orientar as escolhas orçamentárias e a gestão das políticas públicas na área da saúde. Assim, o PPA orienta a elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA), e o PNS é anualizado por meio da Programação Anual de Saúde (PAS).

Para consecução tanto os Objetivos e Metas propostos nos Planos, a SAS compatibiliza as necessidades das políticas de saúde com as competências institucionais das SAS, conforme trata o da atenção básica aos serviços de urgência e emergência, à atenção especializada Decreto em vigência é o nº 8.901, de 10 de novembro de 2016.

Nesse sentido, destacamos algumas das competências que guardam relação direta com os planos da unidade: participar da formulação e da implementação da política de atenção à saúde; definir e coordenar sistemas de redes integradas de ações e serviços de saúde; coordenar a formulação e a implementação da política de regulação assistencial do SUS; promover desenvolvimento de ações estratégicas voltadas para a reorientação do modelo de atenção à saúde, tendo como eixo estruturador as ações de atenção básica em saúde; proceder à certificação das entidades beneficentes de assistência social que prestam ou realizam ações sociais na área de saúde; promover ações de integração e às ações de vigilância em saúde; promover ações da rede de atenção à saúde; apoiar financeiramente os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na organização das ações de rede de atenção à saúde e; definir diretrizes para as ações estruturantes e emergenciais da Força Nacional do SUS.

Figura I Planejamento governamental: relação entre o Plano Nacional de Saúde e o Plano Plurianual.



Fonte: Plano Nacional de Saúde

A SAS tem como principais parceiros internos as demais Secretarias que compõem o Ministério da Saúde e suas unidades vinculadas, como: Anvisa, Fiocruz, Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás), além das Secretarias Estaduais e Municipais de saúde.

Em relação aos parceiros externos dessa UPC, podemos elencar: a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital Albert Einstein/SP, Hospital Sírio Libanês/SP, Hospital Samaritano/SP, Rede Sarah e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

4.2 Formas e instrumentos de monitoramento da execução e resultados dos planos

O Planejamento Organizacional da SAS segue o processo de planejamento, monitoramento e avaliação adotado pelo Ministério da Saúde. O Ministério tem buscado harmonizar os diferentes instrumentos de planejamento e gestão – Plano Plurianual - PPA, Plano Nacional de Saúde - PNS, Programação Anual de Saúde - PAS, Planejamento Estratégico do Governo, entre outros.

A partir de um amplo processo de discussão e formulação com as diferentes áreas do Ministério foram definidos para a gestão 2016-2019 ao todo 24 Objetivos Estratégicos vinculados ao Programa **Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)** e, que serviram como norteadores institucionais para o período.

Nesse contexto, o Ministério adotou a utilização do sistema de monitoramento Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde (PEMS) e e-CAR para acompanhamento do Planejamento que guarda coerência tanto com o PNS quanto com o PPA 2016-2019. Esse Sistema é um instrumento gerencial que tem como objetivo o controle e acompanhamento de metas e iniciativas, possibilitando assim o monitoramento e a avaliação de resultados obtidos.

A SAS assumiu como estratégica a responsabilidade de acompanhar e monitorar todo o processo de elaboração dos Objetivos Estratégicos, Metas, Iniciativas e Indicadores a ela vinculados, tendo à frente a Coordenação-Geral de Informação e Monitoramento de Redes da Atenção à Saúde – CGIMRAS para assessorar o monitoramento e avaliação dos indicadores relacionados aos Objetivos e Metas relacionados acima.

Para isso, foram realizados monitoramentos mensais ao longo do ano que envolve diversos Departamentos da SAS incluindo metas, iniciativas e indicadores. Ele faz parte de

análise crítica que os responsáveis pela Meta, Iniciativas e Indicadores fazem sobre o andamento e avança para a identificação de eventuais entraves e dificuldades. Foi realizado em 2016, o monitoramento do Plano Estratégico com todas as áreas da SAS:

- Validação dos status e identificação dos pontos críticos realizado no Colegiado da SAS;
- Acompanhamento, pela CGIMRAS, das informações alimentadas pelas áreas técnicas no PEMS/e-CAR.

Durante o processo de elaboração do Plano Plurianual do Ministério para o quadriênio 2016-2019 houve em 2015 a oportunidade de discussão e revisão do Planejamento Estratégico. Sendo apontado pela Secretaria de Atenção à Saúde como principal desafio para o setor saúde a organização da política em redes de atenção à saúde, que permaneceu como mecanismo de atenção prioritária e estratégica do Ministério da Saúde e da SAS, para a promoção de uma maior interlocução e integração entre entes federativos, serviços de saúde e gestores, estabelecendo condições e critérios claros para a efetivação dos investimentos em saúde.

Para a construção do PPA 2016-2019, em 2015, foram definidos pelo conjunto dos gestores e trabalhadores da SAS indicadores intermediários relacionados aos Objetivos. E no sentido de qualificar as metas, iniciativas e indicadores, foram realizadas oficinas e reuniões de trabalho com as equipes técnicas dos departamentos e o corpo dirigente da SAS, para formular as fichas de qualificação. Fichas estas que passaram por processo de validação da Secretária. Além disso, todas as metas também foram validadas pelo Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão – MP.

4.3 Desempenho orçamentário e Execução física e financeira das ações da Lei Orçamentária Anual de responsabilidade da unidade.

4.3.1 PROGRAMA: 2015 – FORTALECIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

4.3.1.1 OBJETIVO: 0713 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.

4.3.1.1.1 REDE DE ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica visa à resolução dos problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância para a população. É organizada como o mais alto grau de descentralização e capilaridade, atendendo às demandas do território e próxima à vida das pessoas. É compreendida como o contato preferencial dos usuários, sendo a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e define atenção básica como o conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma política que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A expansão da atenção básica, que tem a Estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção prioritário, tem sido acompanhada por investimentos financeiros, a exemplo dos investimentos empregados na melhoria da estrutura dos estabelecimentos da

atenção básica - sendo o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde uma das principais estratégias, bem como na ampliação do acesso e da qualidade, por meio Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Construção e Ampliação de Unidades Básicas de Saúde – Requalifica UBS

O Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, o Requalifica UBS, tem como objetivo principal a criação de incentivo financeiro voltado à melhoria da estrutura física das unidades básicas de saúde, por meio de construções, reformas e ampliações, de modo que a infraestrutura destinada à atuação das equipes de atenção básica e atendimento dos usuários seja melhorada.

O Requalifica UBS, como política pública, busca melhorar a situação de saúde da população brasileira ao Contribuir para estruturação e o fortalecimento da Atenção Básica e para a continuidade da mudança do modelo de atenção à saúde no País, propondo que a melhoria da estrutura física das UBS seja facilitadora para as mudanças das práticas das Equipes de Saúde; e Induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, por intermédio do aprimoramento dos processos do financiamento da Atenção Básica.

A seguir será apresentado um panorama geral do Programa de Requalificação de Unidade Básica de Saúde. Nele será abordado, além das obras de ampliação e construção da ação orçamentária 12L5, as informações concernentes ao componente reforma, cujo orçamento é disponibilizado na ação orçamentária 8577 – Plano Orçamentário - PO 0003, assim como as obras de construção, ampliação e reforma da ação orçamentária 8581.

Valores dos Incentivos Financeiros Repassados pelo Programa

Para o componente construção, o valor do incentivo financeiro é definido de acordo com o porte da UBS a ser construída; para o componente reforma, o valor a ser repassado está relacionado à metragem da UBS; e para o componente ampliação, o incentivo tem um valor mínimo e máximo a ser repassado pelo Ministério da Saúde, conforme demonstrado na Tabela I.

Tabela I – Valor do incentivo financeiro repassado por componente.

CONSTRUÇÃO		REFORMA			AMPLIAÇÃO	
Tipo de Porte	Valor (R\$)	Metragem da UBS (m²)	Valor Mínimo (R\$)	Valor Máximo (R\$)	Valor Mínimo (R\$)	Valor Máximo (R\$)
I	408.000,00	De 153,24 a 293,28	30.000,00	150.000,00	50.000,00	250.000,00
II	512.000,00					
III	659.000,00	M	30.000,00	350.000,00		
IV	773.000,00	Maior que 293,28				

Fonte: Portarias nº 339, 340 e 341, de 04/03/2013.

Propostas Aprovadas e Vigentes do Programa

O Programa Requalifica UBS aprovou **29.732** propostas em 5.191 municípios até 2016, considerando as construções financiadas por meio do Plano Nacional de Implantação de UBS (propostas habilitadas entre 2009 e 2012). Foram 11.223 obras de construção, 9.582 de ampliação e 8.927 de reforma, resultando num investimento total de R\$ 6,3 bilhões na

reestruturação da Rede de Atenção Básica. Nesse período ocorreram 3.251 cancelamentos, o que representa 10,9% do total aprovado, perfazendo **26.481** propostas vigentes, conforme descrito na Tabela II. Os cancelamentos ocorrem por solicitação do gestor, por não cumprimento do prazo estabelecido em Portaria ou por parecer não favorável.

Tabela II – Número e valor financeiro de propostas habilitadas, canceladas e vigentes.

TIPO DE OBRA	PROPOSTAS HABILITADAS		PROPOSTAS CANCELADAS		PROPOSTAS VIGENTES		
	Nº	Valor Aprovado (R\$)	Nº	%	Nº	Valor Aprovado (R\$)	Valor Repassado (R\$)
Construção	11.223	R\$ 4.212.105.999,95	1.152	10,3%	10.071	R\$ 3.770.206.333,49	R\$ 2.933.420.834,05
Ampliação	9.582	R\$ 1.070.916.667,00	1.338	14,0%	8.244	R\$ 937.268.947,20	R\$ 794.324.252,28
Reforma	8.927	R\$ 1.064.000.125,53	761	8,5%	8.166	R\$ 970.294.169,40	R\$ 846.718.547,58
TOTAL	29.732	R\$ 6.347.022.792,48	3.251	10,9%	26.481	R\$ 5.677.769.450,09	R\$ 4.574.463.633,91

Fonte: SISMOB, em 31 de dezembro de 2016.

O repasse dos recursos financeiros do Programa é realizado em parcelas, de acordo com o componente aprovado: Construção e Ampliação.

- **Construção:** 03 parcelas

Propostas habilitadas de 2009 a 2012 – 10%, 65% e 25% do valor aprovado;

Propostas habilitadas a partir de 2013 – 20%, 60% e 20% do valor aprovado;

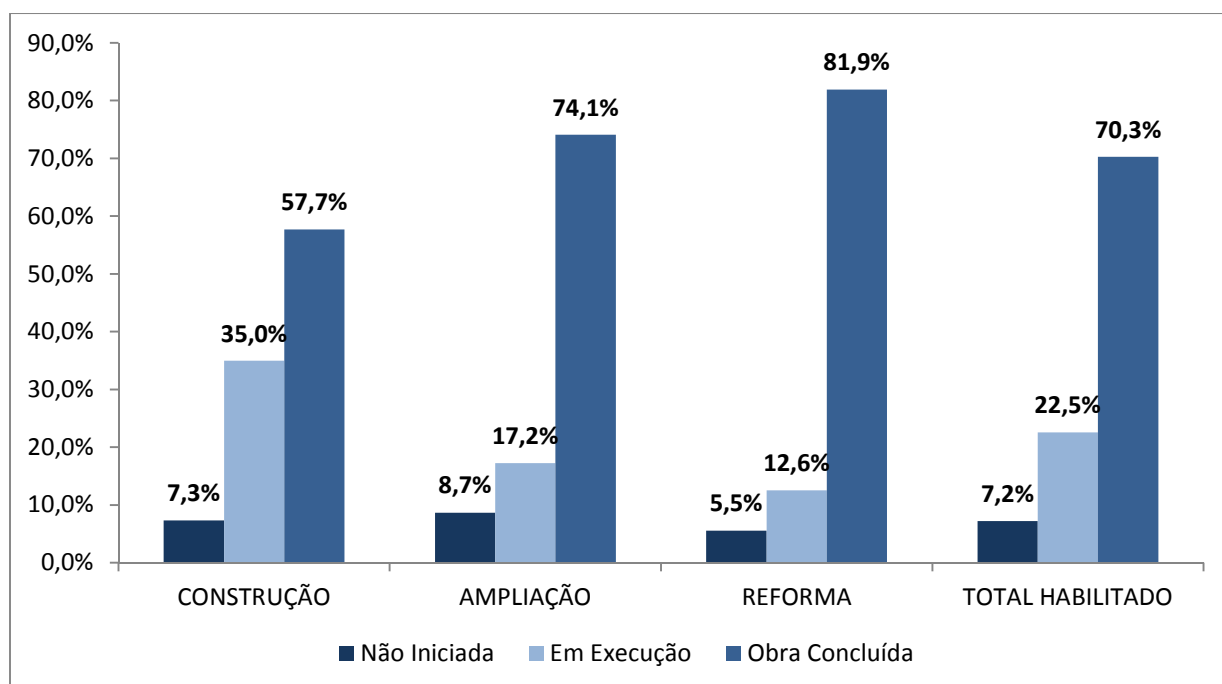
- **Reforma e Ampliação:** 02 parcelas – 20% e 80% do valor aprovado.

Até dezembro de 2016 foram repassados 74% do valor total aprovado das obras do Requalifica UBS, porém, uma parte desse recurso será devolvido de acordo com o que foi repassado para as mais de 3 mil propostas canceladas. Considerando apenas as propostas vigentes, foram repassados R\$ 4,6 bilhões, sendo R\$ 1 bilhão para primeira parcela, R\$ 3,2 bilhões para segunda parcela e R\$ 330,2 milhões para terceira parcela, representando 80,6% do valor total aprovado. Destaca-se que grande parte das propostas habilitadas em 2016 ainda não receberam o repasse da primeira parcela.

O repasse do recurso depende da inserção de documentos e do monitoramento das obras no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB). O SISMOB foi criado com o objetivo de monitorar a execução das obras financiadas com recurso do Ministério da Saúde e, consequentemente, a execução do incentivo financeiro repassado aos entes federativos. Atualmente, 98% das propostas vigentes estão sendo monitoradas no SISMOB.

A evolução das obras também é informada no SISMOB por meio do percentual de execução e fotos de cada etapa. Em dezembro, 70,3% das propostas vigentes estavam concluídas, 22,5% em execução e 7,2% ainda não iniciada. O gráfico I ilustra os estágios por componente.

Gráfico I – Estágio das obras vigentes por componente.



Fonte: SISMOB, em 31 de dezembro de 2016.

Quadro II - Identificação da Ação 12L5 - Construção e Ampliação de Unidades Básicas de Saúde – UBS

Identificação da Ação						
Código	Tipo: Projeto					
Título	12L5 - Construção e Ampliação de Unidades Básicas de Saúde UBS					
Objetivo	Código: 0713 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.					
Programa	Código: 2015 - Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) Tipo: Temático					
Unidade Orçamentária	36901 - Fundo Nacional de Saúde					
Ação Prioritária	() Sim ()Não Caso positivo: (X)PAC () Brasil sem Miséria					
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
448.767.000	420.540.561	294.966.656	293.590.266	293.590.266	0	1.376.390
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Unidade construída/ampliada			Unidade	2.027		3.325
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta		Unidade de medida	Realizada
350.128.241,78	59.477.844,27	0				

Em 2016, a ação orçamentária 12L5 - Construção e Ampliação de Unidades Básicas de Saúde - UBS teve uma dotação final de R\$ **420.540.561**, cuja despesa empenhada foi de R\$ **294.966.656**, representando **70,14%** do total disponibilizado.

Além das obras de ampliação e construção da ação orçamentária 12L5, as informações concernentes à meta física do Programa Requalifica UBS abrangem ainda o componente reforma, cujo orçamento é disponibilizado na ação orçamentária 8577 – Plano Orçamentário - PO 0003, bem como as obras de construção, ampliação e reforma da ação orçamentária 8581.¹⁴

Inicialmente, a meta física do Requalifica UBS era avaliada pelo quantitativo de novas propostas habilitadas, entretanto, por orientação da Coordenação-Geral de Planejamento (CGPL/SPO/SE/MS), a meta física passou a ser mensurada a partir da efetiva conclusão das obras no exercício, evitando, assim, distorções e descompassos entre a execução financeira e a meta física alcançada.

A adoção dessa metodologia objetiva manter coerência com a recomendação do Tribunal de Contas da União - TCU no Acórdão nº 6619/2016, considerando, por analogia, como meta cumprida para ações que visam a estruturação de serviços de atenção básica de saúde a efetiva construção e ampliação de UBS, evitando distorções e descompasso entre a execução orçamentária e o cumprimento da meta física.

Importa esclarecer que grande parte do orçamento da ação 12L5 contemplou parcelas de obras habilitadas em exercícios anteriores, tendo em vista a finalidade de conclusão das obras em andamento. No que tange à habilitação de novas obras, no ano de 2016 registrou-se a habilitação de 42 obras de construção, 6 obras de reforma e 24 obras de ampliação de UBS, **totalizando 72 obras habilitadas** com recurso de programa.

Nesse sentido, de janeiro a dezembro de 2016, registrou-se a conclusão de 2.021 obras de construção, 900 obras de reforma e 1.304 obras de ampliação de UBS, totalizando 4.225 obras concluídas em 2016 com recurso de programa. Deste total, 3.325 foram executadas com recursos da ação orçamentária 12L5, superando a meta estabelecida.

É importante destacar que o orçamento da ação 12L5 foi direcionado para obras já habilitadas em exercícios anteriores com a finalidade de concluir as obras já em andamento em detrimento de novas habilitações com recursos de programa nesta ação orçamentária. Além da priorização de repasses para as obras vigentes foram realizadas, também, ações de monitoramento e notificação aos gestores o que contribuiu para o atingimento da meta.

A tabela abaixo apresenta o número de obras habilitadas e concluídas, no exercício de 2016, com recurso de programa e emenda parlamentar.

Tabela III – Número de obras habilitadas e concluídas com recurso de programa e emenda parlamentar.

TIPO DE OBRA	PROPOSTAS HABILITADAS EM 2016			OBRAS CONCLUÍDAS EM 2016		
	Emenda	Programa	Total	Emenda	Programa	Total
Construção	316	42	358	160	2.021	2.181
Ampliação	417	24	441	115	1.304	1.419
Reforma	378	6	384	96	900	996
TOTAL	1.111	72	1.183	371	4.225	4.596

Fonte: SISMOB e SISPROFNS, em 31 de dezembro de 2016.

Emenda de Bancada da Ação 12L5

Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
0	9.555.389	0	0	0	0	0

¹⁴ A meta física do Programa Requalifica UBS considera as obras contempladas com recurso de programa.

No que tange às emendas parlamentares, na ação orçamentária 12L5 houve indicação de **Emenda** de Bancada para ampliação e construção de 50 UBS na região metropolitana de Recife. A emenda teve dotação final de **R\$ 9.555.389** e a despesa empenhada foi de **R\$ 0**, representando **0%** do total disponibilizado.

Indicadores do Programa Requalifica UBS

O Programa possui 03 indicadores intermediários pactuados no PPA 2016-2019. Esses indicadores permitem o acompanhamento da execução das obras vigentes financiadas com recurso de programa, onde se observou em dezembro que 77,4% das obras estavam concluídas, 21,2% estavam em execução e apenas 1,4% estavam não iniciadas. A Tabela IV descreve o resultado desses indicadores por componente.

Tabela IV – Quadro de indicadores.

TIPO DE OBRA	Estágio	PROPOSTAS VIGENTES		
		Total	Nº de Obras por Estágio	Percentual
CONSTRUÇÃO	Não Iniciada	8.164	131	1,6%
	Em Execução		2.861	35,0%
	Concluída		5.172	63,4%
AMPLIAÇÃO	Não Iniciada	7.030	88	1,3%
	Em Execução		1.065	15,1%
	Concluída		5.877	83,6%
REFORMA	Não Iniciada	7.388	101	1,4%
	Em Execução		855	11,6%
	Concluída		6.432	87,1%
TOTAL	Não Iniciada	22.582	320	1,4%
	Em Execução		4.781	21,2%
	Concluída		17.481	77,4%

Fonte: SISMOB, em 31 de dezembro de 2016.

Desafios, Estratégias de Superação e Perspectivas para 2017

- Desenvolver instrumentos para apoio à gestão da política de contemplação e transferência de recursos financeiros para as obras do Requalifica UBS;
- Garantir recursos orçamentários e financeiros para o Programa;
- Disponibilizar a versão 2.0 do SISMOB
- Garantir novas habilitações por meio de recursos de programa do Governo Federal; e
- Melhorar a capacidade de execução dos entes federados.

Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável

Atendendo ao objetivo de ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar, o Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) tem voltado suas ações para a ampliação do acesso e da qualidade da atenção primária por meio do incremento da quantidade das

equipes de saúde da família, equipes de saúde bucal, entre outras iniciativas. Ainda nesse nível de atenção, as prioridades estão voltadas para a adequação da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS), aprimoramento dos parâmetros de qualidade e para a expansão e qualificação do sistema.

A Atenção Básica vem ocupando cada vez mais centralidade no SUS como ordenadora dos sistemas municipais, atuando como eixo estruturante de muitos programas e projetos no âmbito federal. O reconhecimento nacional e internacional que o SUS tem conquistado com a AB justifica-se não só pela rapidez e escala da sua expansão de cobertura, como também pelos resultados associados ao modelo prioritário de organização deste nível de atenção: a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Quadro III - Identificação da Ação: 20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família

Identificação da Ação						
Código		Tipo: Atividade				
Título		20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família				
Objetivo		Código: 0713 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.				
Programa		Código: 2015 - Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) Tipo: Temático				
Unidade Orçamentária		36901 - Fundo Nacional de Saúde				
Ação Prioritária		() Sim ()Não Caso positivo: ()PAC () Brasil sem Miséria				
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
10.987.000.000	10.824.153.600	10.823.590.466	10.813.795.048	10.811.467.137	2.327.911	9.795.418
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Equipe mantida			Unidade	43.465		40.097
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta		Unidade de medida	Realizada
214.657.986,20	113.739.431,43	5.971.127,86				

No que diz respeito à ação orçamentária 20AD - Piso de Atenção Básica Variável, esta possui 4 planos orçamentários (PO). A saber:

1. PO - 0000 - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família;
2. PO - 0007 - Crack, é Possível Vencer (Consultório de Rua);
3. PO - 0008 – PMAQ; e
4. PO - 000A - Agente Comunitário de Saúde.

Em 2016, a referida ação orçamentária teve uma dotação final de R\$ 10.824.153.600, cuja despesa empenhada foi de R\$ 10.823.590.466, representando 99,99% do total disponibilizado. Além disso, a meta física programada para 2016 foi realizada em 92,22%, com várias ações efetivadas na esfera dessa temática.

Os recursos financeiros do PAB Variável são transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios ou, excepcionalmente, para os Fundos Estaduais de Saúde, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes no respectivo Plano de Saúde.

Considerando os vários componentes empregados na execução da ação 20AD, é inviável definir um único produto que englobe as metas físicas de todos os programas, políticas e estratégias alocadas nessa ação orçamentária, haja vista a sua abrangência. Deste modo, foi definido o produto “equipe mantida” para a Ação 20AD. Sua meta física é mensurada pelo quantitativo de equipes de Saúde da Família (eSF) mantidas, ou seja, aquelas beneficiadas com o repasse de recursos federais.

Nesse sentido, no tocante à execução 2016, será adotado neste Relatório de Gestão, de acordo com o recomendado pelo Tribunal de Contas da União no Acórdão 6844/2015-TCU, o acompanhamento da meta física programada e realizada para cada componente empregado na execução da Estratégia Saúde da Família, em consonância com a Portaria/MS nº 2.488/2011 e detalhada por plano orçamentário. Destarte, abaixo serão explicitadas as ações realizadas e os resultados alcançados no âmbito de cada PO.

Execução Orçamentária dos Planos Orçamentários da Ação 20AD

Plano Orçamentário (PO) - 0000 - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família

No PO 0000 - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família estão inseridos diferentes componentes. São eles:

1. Custeio e implantação das equipes de Saúde da Família (eSF);
2. Custeio das equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR);
3. Custeio e implantação das equipes de Saúde Bucal (eSB);
4. Custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF);
5. Custeio e implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF);
6. Custeio mensal e incentivo adicional para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com vínculo não direto;
7. Custeio mensal e incentivo adicional para Microscopistas;
8. Repasse de recursos financeiros para o Programa Saúde na Escola (PSE);
9. Custeio dos polos do Programa Academia da saúde¹⁵;
10. Custeio e implantação das Unidades Odontológicas Móveis (UOM); e
11. Repasse de recursos financeiros referentes aos créditos retroativos.

Ações Realizadas e Resultados Alcançados em 2016

Departamento/Ação		Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
20AD PO 0000	Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família	7.629.150.000	6.922.677.000	6.922.646.000	100,00	6.912.904.407	6.910.631.969	99,86	99,83	2.272.438	9.741.593

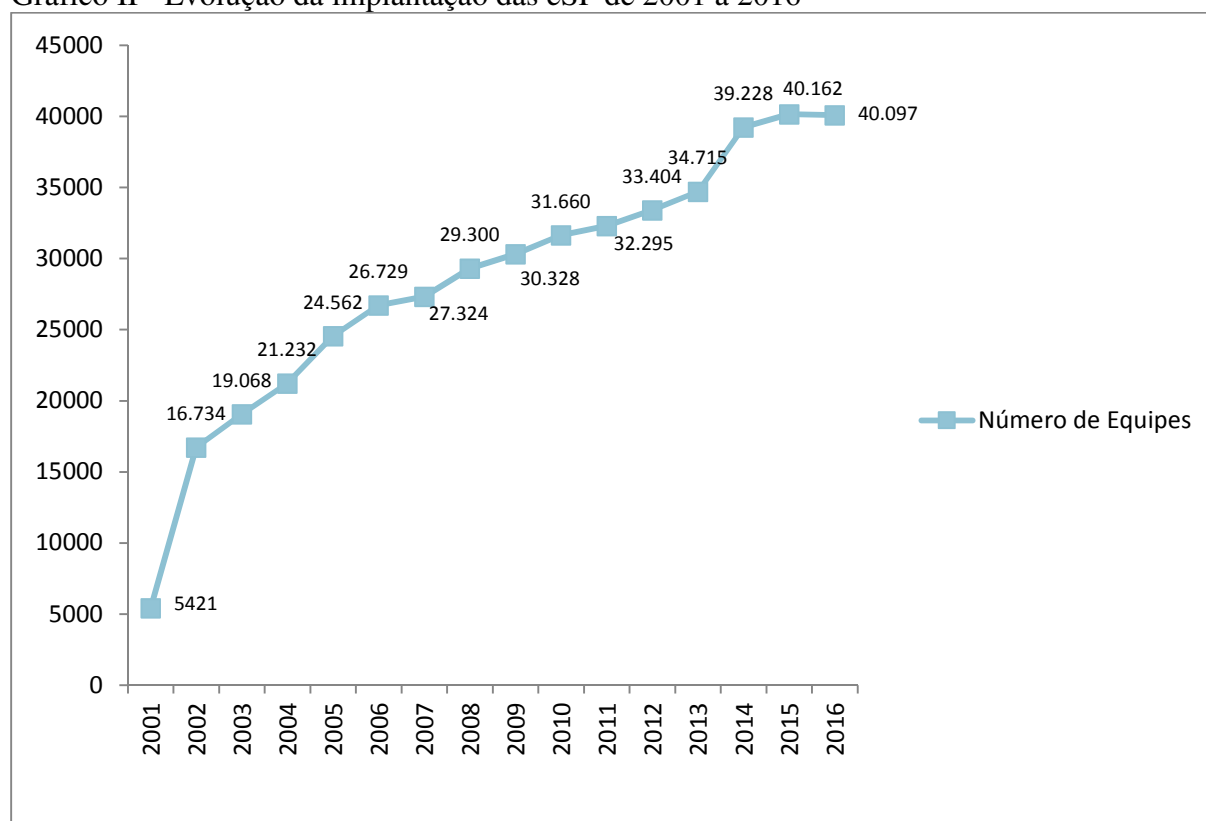
¹⁵ As informações concernentes aos polos do Programa Academia da Saúde serão detalhadas no tópico referente à ação orçamentária 20YL - Implantação das Academias da Saúde.

Em 2016, o PO - 0000 da ação 20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família teve uma dotação final de R\$ 6.922.677.000 cuja despesa empenhada foi de R\$ 6.922.646.000, representando 100% do total disponibilizado.

Entre os resultados alcançados em 2016 para a Atenção Básica (AB), destaca-se a cobertura populacional brasileira pelas equipes de Saúde da Família (eSF). Na competência dezembro/2016¹⁶, a Estratégia Saúde da Família (ESF) estava implantada em 5.382 municípios com **40.097** equipes. Neste cenário, a Atenção Básica atingiu 73,1% de cobertura e a Estratégia de Saúde da Família atingiu 63,3% de cobertura da população brasileira.

Nesse quantitativo de 40.097 eSF, estão inseridas as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR). Estas são direcionadas ao atendimento da população ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul-Mato-Grossense. Essas equipes desempenham a maior parte de suas funções nas Unidades Básicas de Saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes a regiões localizadas à beira de rios e lagos, cujo acesso se dá por meio fluvial. Na competência dezembro/2016, foram alcançadas **90** eSFR e **5** Unidades Básicas de Saúde Fluviais beneficiadas com o repasse de recursos federais.

Gráfico II - Evolução da implantação das eSF de 2001 a 2016



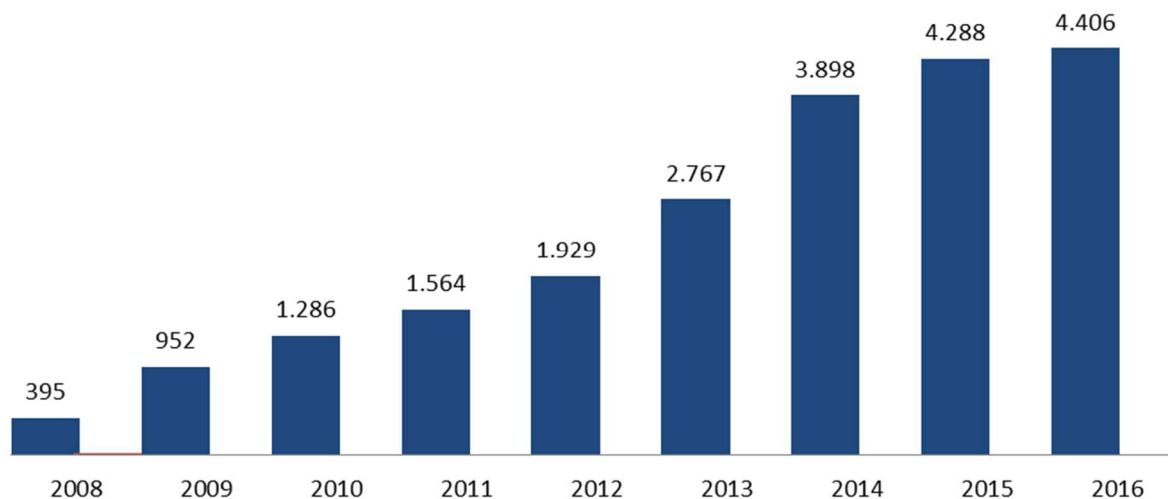
Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), atualmente regulamentado pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, se configuram como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as eSF, com as equipes de atenção básica para populações específicas (equipes de Consultórios na Rua, equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais) e com os polos do Programa Academia da Saúde.

¹⁶ Entende-se por competência financeira o período de apuração do quantitativo físico a ser pago no mês subsequente.

No que concerne à meta física, na competência dezembro/2016 registrou-se o número de **4.406** NASF implantados¹⁷. O gráfico abaixo representa o crescimento dos NASF desde a sua criação, em 2008, até o ano de 2016, apresentando um crescimento ascendente e de importância para os municípios brasileiros.

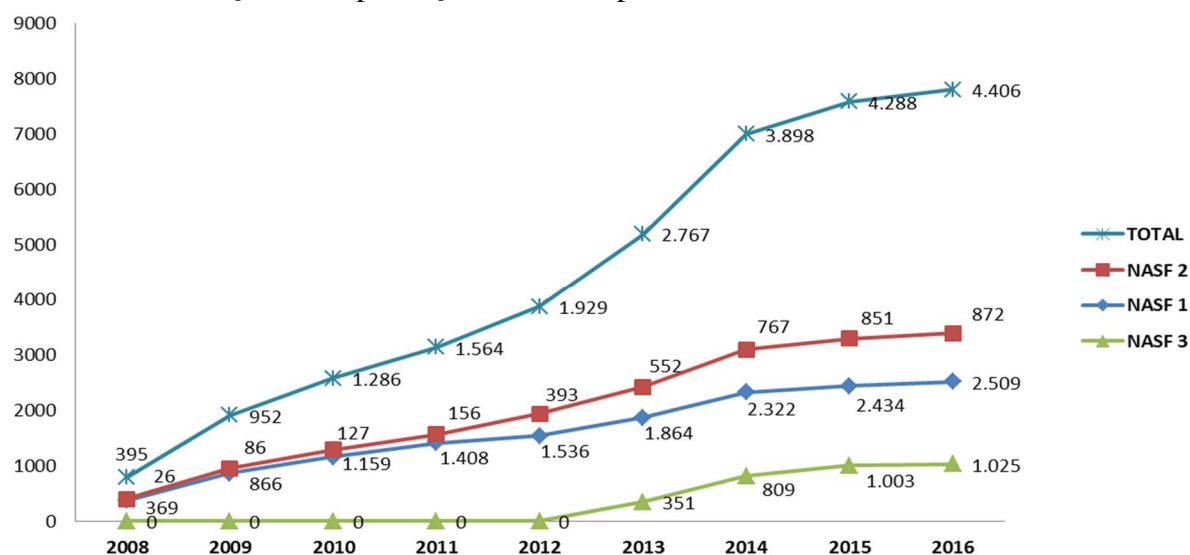
Gráfico III – Evolução da implantação do NASF de 2008 a 2016



Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS).

Já o gráfico abaixo demonstra o crescimento dos NASF ao longo dos anos por modalidade, com destaque para a evolução do NASF 3 que, após a sua criação em dezembro de 2012, representa uma estratégia de fortalecimento da atenção à saúde nos municípios com menor quantidade de eSF.

Gráfico IV – Evolução da implantação do NASF por modalidade



Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS).

Ao longo de 2016 também foram desenvolvidas ações de qualificação com foco na atuação das equipes de NASF, a exemplo do *Curso de Aperfeiçoamento em Apoio*

¹⁷ Entende-se por NASF implantado aquele beneficiado com o repasse de recursos federais.

Matricial com Ênfase no NASF, uma iniciativa do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) e do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES/MS) em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), com o objetivo de contribuir para a difusão e aprimoramento das práticas de apoio matricial na AB e fomentar intervenções contextualizadas nos territórios e a continuidade da reflexão e do debate sobre as diretrizes e processo de trabalho do NASF em âmbito local.

Igualmente, foram realizadas videoconferências com os NASF e com os gestores municipais e estaduais responsáveis, bem como foram elaborados materiais instrutivos e oferecido apoio direto aos municípios no que se refere à utilização do e-SUS AB, visando à consolidação da prática do registro, do monitoramento e da avaliação das ações realizadas por estas equipes.

Tendo em vista o número de casos registrados das doenças dengue, chikungunya e zika, e em face das sérias complicações que essas epidemias causam à população, entre elas a microcefalia, o Ministério da Saúde declarou por meio da Portaria nº 1.813/GM/MS, de 11 de novembro de 2015, Situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN). Dessa forma, fez-se necessário o fortalecimento de estratégias que contribuam para a integralidade do cuidado na rede assistencial.

Nesse contexto, mediante a alteração do padrão de ocorrências de microcefalias no Brasil, de acordo com a 13ª semana epidemiológica de 2016, foi publicada a Portaria nº 1.171, de 16 de junho de 2016, a qual credencia municípios ao recebimento de incentivos financeiros referentes aos NASF. Essa Portaria preconiza a contratação de profissional fisioterapeuta, na carga horária indicada para cada modalidade, assim como recomenda que a composição do núcleo contemple, também, os seguintes profissionais: terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo ou psicólogo, devendo dar respostas às necessidades de saúde do território incluindo o atendimento às crianças com microcefalia.

Os municípios contemplados na supracitada Portaria e que tiveram novos NASF credenciados estão distribuídos entre os estados de Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Sergipe.

Ressalta-se, ainda, a publicação do “Manual de estimulação precoce na Atenção Básica” e a “Cartilha ao cuidado às crianças em desenvolvimento: orientação para as famílias e cuidadores”, insumos importantes para o atendimento às crianças com microcefalia. Além disso, a manutenção do NASF no 3º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) ratifica o compromisso com a qualidade da atenção oferecida por estas equipes.

Quanto às equipes de Saúde Bucal, importa esclarecer que estas se constituem como a oferta de acesso ao cuidado em saúde bucal do modelo de atenção da Estratégia Saúde da Família. Recomenda-se que toda equipe de Saúde da Família conte com uma equipe de Saúde Bucal, visando ao acesso universal à saúde bucal. O trabalho integrado entre essas equipes pode potencializar o cuidado ofertado na Atenção Básica no que tange à atenção aos ciclos de vida, como a atenção ofertada às crianças e gestantes, aos usuários que possuem agravos crônicos, e ainda, aumento da possibilidade de agregar qualidade de vida à população assistida.

Na competência dezembro/2016, foram alcançadas **24.383** equipes implantadas em 4.931 municípios. Até 2019, o PPA 2016-2019 prevê o alcance de 29.000 eSB em funcionamento. Para tanto, é imprescindível que no ano de 2017 sejam fomentadas ações de indução a novas implantações de equipes de Saúde Bucal, como a garantia, pelo Ministério da Saúde, da manutenção, sem atrasos, das entregas de equipamentos odontológicos ou repasse fundo a fundo de recursos para a aquisição de equipamentos para cada nova equipe implantada, credenciamento das novas eSB solicitadas pelos gestores locais, assim como a discussão de mecanismos que facilitem a implantação de equipes de saúde bucal em conjunto com equipes de saúde da família.

A respeito do Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal – Unidade Odontológica Móvel (UOM), este foi criado com o objetivo de ofertar atenção odontológica para as populações de locais que apresentam maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, localizados predominantemente nas áreas rurais, e em comunidades em situação de elevada vulnerabilidade socioeconômica.

Não houve doação de novas UOM no ano de 2016. O objetivo para esse exercício era credenciar as UOM já doadas para o recebimento do custeio mensal, bem como qualificar aquelas que já se encontravam em funcionamento. Deste modo, na competência dezembro/2016, **76 UOM** receberam custeio mensal para a manutenção destas unidades.

Panorama Geral dos Resultados Alcançados no PO – 0000 em 2016

No que se refere às metas físicas realizadas, na competência dezembro/2016 foram alcançadas **40.097 eSF**, **100.264 ACS** com vínculo não direto¹⁸, **24.383 eSB**, **4.406 NASF**, **635 Academias da Saúde**, **76 UOM**, **5 UBSF** e **511 Microscopistas**, conforme demonstrado no quadro abaixo. Ademais, foram repassados **R\$ 13.790.629** referentes ao pagamento de créditos retroativos.

Quadro IV – 20AD PO – 0000 - Metas físicas realizadas na competência dezembro/2016

Programa/Política/ Estratégia	PO	Competência dezembro/16
Equipe de Saúde da Família (eSF)	0000	40.097
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	0000	100.264
Equipe de Saúde Bucal (eSB)	0000	24.383
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	0000	4.406
Academia da Saúde	0000	635
Unidade Odontológica Móvel (UOM)	0000	76
Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF)	0000	5
Microscopistas	0000	511

Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS).

¹⁸ O custeio mensal e incentivo adicional para os ACS com vínculo não direto são realizados por meio do PO 0000 - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família. O PO 000A – Agente Comunitário de Saúde refere-se ao custeio mensal e incentivo adicional para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com vínculo direto - Assistência Financeira Complementar (AFC - 95%) e Incentivo financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação dos ACS (5%).

Quando comparada à competência dezembro/2015, percebe-se uma redução no número eSF, ACS com vínculo não direto, eSB, UOM e Microscopistas na competência dezembro/2016, como também o aumento no número de NASF, Academias da Saúde e UBSF, conforme apresentado no quadro abaixo.

Quadro V - Quadro comparativo: competência dezembro/2015 x competência dezembro/2016

Programa/Política/ Estratégia	PO	Competência dezembro/2015	Competência dezembro/2016
Equipe de Saúde da Família	0000	40.162	40.097
Agente Comunitário de Saúde	0000	127.910	100.264
Equipe Saúde Bucal	0000	24.467	24.383
Núcleo de Apoio à Saúde da Família	0000	4.288	4.406
Academia da Saúde	0000	446	635
Unidade Odontológica Móvel	0000	91	76
Unidade Básica de Saúde Fluvial	0000	4	5
Microscopistas	0000	522	511

Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS).

A respeito dessa diminuição no número de eSF, eSB, UOM e Microscopistas, cumpre esclarecer que os quantitativos variam em todas as competências financeiras por causas multifatoriais, a exemplo das inconsistências geradas durante a alimentação de dados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, bem como pelos motivos de suspensão de recursos elencados na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como nas situações em que forem constatadas irregularidades por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS ou dos órgãos de controle competentes.

Também são suspensos recursos quando for constatada a inexistência de Unidade Básica de Saúde cadastrada para o trabalho das equipes; por ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes; por duplicidade de profissionais; por descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes; por ausência de alimentação de dados nos sistemas de informação definidos pelo Ministério da saúde. Ademais, o MS suspende o repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica aos municípios e ao Distrito Federal, quando: I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação; II - For detectada, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

No caso das equipes de Saúde Bucal, a diminuição ainda pode ser gerada pelo baixo quantitativo de entregas de equipamentos de saúde bucal pela União. Já em relação aos ACS com vínculo não direto, a redução também resulta da migração desses profissionais para o vínculo direto. Igualmente, dentre os fatores que acarretaram esse decréscimo, está a interrupção de novos credenciamentos pelo Ministério da Saúde. O orçamento do ano de 2016

não permitiu uma expansão expressiva, tendo em vista a necessidade de repasse de recursos para 13 competências financeiras¹⁹ no exercício.

Desafios, Estratégias de Superação e Perspectivas para 2017

- Garantir orçamento federal para a manutenção das equipes/serviços existentes, como também para a expansão de novas equipes/serviços;
- Garantir o credenciamento de novas equipes/serviços pelo Ministério da Saúde;
- Realizar ações voltadas à indução e implantação de novas equipes/serviços pelos gestores locais;
- Realizar ações visando à orientação dos gestores, com o desígnio de orientar a alimentação dos Sistemas de Informação da Atenção Básica;
- Qualificar o processo de trabalho das equipes por meio da publicação de materiais instrutivos e ações de Educação Permanente;
- Realizar ações voltadas à ampliação de cobertura com o reforço de iniciativas de implantação de novas equipes; e
- Fortalecer as estratégias de resolutividade da Atenção Básica por meio da elaboração da carteira de serviços.

Plano Orçamentário (PO) – 0007 - Crack, é Possível Vencer (Consultório de Rua)

Embora a responsabilidade pela atenção à saúde da população em situação de rua seja de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, em situações específicas é possível contar com a conformação das equipes dos Consultórios na Rua (eCnaR) que são compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua.

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a PNAB, traz, também, em suas diretrizes as ações das (eCnaR), no que se refere as equipes de AB para populações específicas. A Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, define as diretrizes de organização e funcionamento dessas equipes.

As atividades das equipes são realizadas de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, em unidade móvel e, também, nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde estão inseridas. Ressalta-se que as atividades e ações devem ser sempre articuladas e desenvolvidas em parceria com as demais equipes de AB do território, UBS, NASF e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social, entre outras instituições públicas e da sociedade civil.

As eCnaR podem estar vinculadas aos NASF e cada equipe será considerada como uma eSF para vinculação ao NASF, respeitando os limites para vinculação, e deverão cumprir a carga horária mínima semanal de 30 horas de acordo com o horário de funcionamento adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo então ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana.

Uma das iniciativas do PPA 2016-2019 é promover estratégias de articulação e integração entre as equipes dos serviços de abordagem social eCnaR, na perspectiva da integralidade do cuidado às pessoas usuárias de álcool e outras drogas em situação de rua. A

¹⁹ Competência novembro e dezembro/2015 somadas a 11 competências 2016 (janeiro a novembro/2016).

meta é ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde para a população em situação de rua por meio da expansão do quantitativo de eCnaR implantadas.

Ações Realizadas e Resultados Alcançados em 2016

Departamento/Ação		Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago (H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
20AD PO 0007	É Possível Vencer (Consultório de Rua)	87.000.000	36.244.400	36.114.400	99,64	36.068.381	36.012.909	99,87	99,72	55.472	46.019

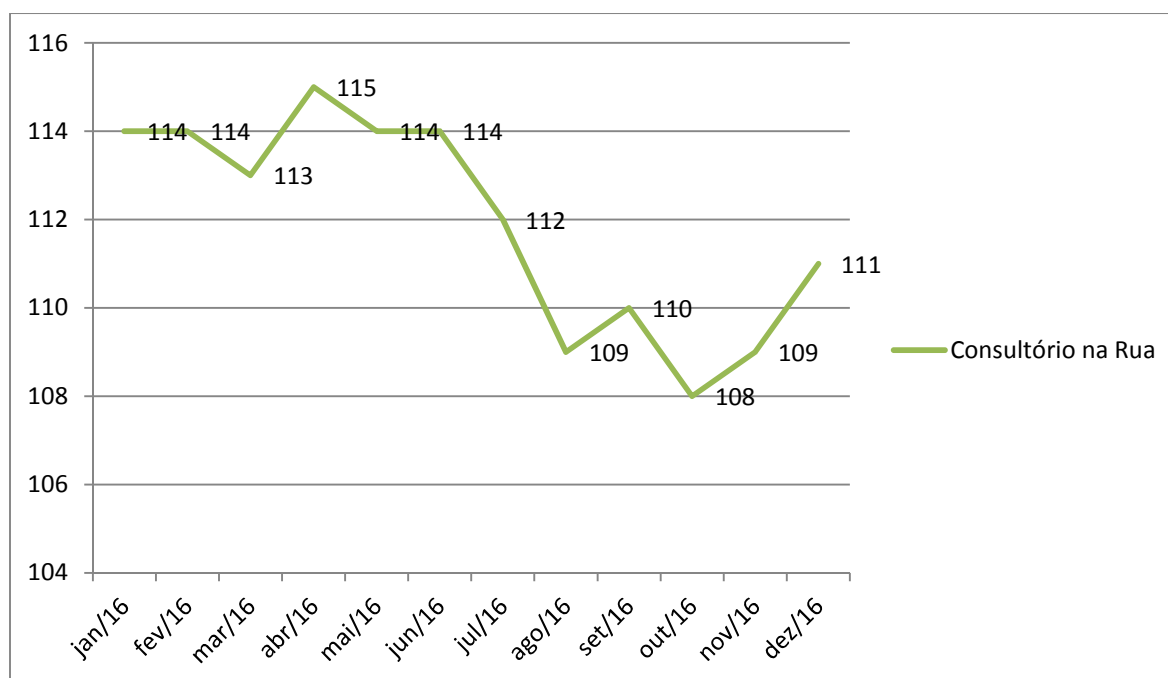
Em 2016, o **PO - 0007 da ação 20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família** teve uma dotação final de **R\$ 36.244.400** cuja despesa empenhada foi de **R\$ 36.114.400**, representando 99,64% do total disponibilizado.

Na competência dezembro/2016, foram repassados recursos federais para 111 eCnaR. Quando comparada à competência dezembro/2015, nota-se a redução de 4 eCnaR na competência dezembro/2016. A respeito dessa diminuição, cumpre esclarecer que os quantitativos variam em todas as competências financeiras por causas multifatoriais, a exemplo das inconsistências geradas durante a alimentação de dados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, bem como pelos motivos de suspensão de recursos elencados na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como nas situações em que forem constatadas irregularidades por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS ou dos órgãos de controle competentes.

Também são suspensos recursos quando for constatada a inexistência de Unidade Básica de Saúde cadastrada para o trabalho das equipes; por ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes; por duplicidade de profissionais; por descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes; por ausência de alimentação de dados nos sistemas de informação definidos pelo Ministério da saúde. Ademais, o MS suspende o repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica aos municípios e ao Distrito Federal, quando: I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação; II - For detectada, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

Outro fator que pode ocasionar a redução no quantitativo de eCnaR beneficiadas com o repasse de recursos federais é a mudança de modalidade no CNES gerada pela perda de profissional na equipe. Observa-se no gráfico abaixo essa flutuação no número de equipes no decorrer do ano.

Gráfico V – Número de eCnaR beneficiadas com o repasse de recursos federais



Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS).

Igualmente, ainda dentre os fatores que acarretaram esse decréscimo, está a interrupção de novos credenciamentos pelo Ministério da Saúde. Cabe registrar que os gestores solicitaram o credenciamento de novas equipes, contudo, o orçamento do ano de 2016 não permitiu essa expansão, tendo em vista a necessidade de repasse de recursos para 13 competências financeiras²⁰ no exercício. Pelo exposto, atualmente 43 eCnaR aguardam a publicação de Portaria de credenciamento.

Importa esclarecer que fazem jus ao recebimento do repasse mensal para custeio das eCnaR apenas as equipes credenciadas pelo Ministério da Saúde, por meio da publicação de Portarias, e que estejam regularmente cadastradas no SCNES, em conformidade com a modalidade em que foram credenciadas. Considera-se como eCnaR em funcionamento, além das equipes implantadas, as equipes municipais responsáveis pelo cuidado em saúde da população em situação de rua, as quais não estão credenciadas em Portaria pelo MS, porém estão cadastradas no CNES.

No campo da qualificação das equipes, houve a segunda edição do curso de capacitação para profissionais que atuam com a população em situação de rua com foco no Consultório na Rua. Essa é uma oferta em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) que é realizada de forma semi-presencial. A área técnica acompanhou a concepção pedagógica do curso, o conteúdo e o processo de aprendizagem.

Além disso, a área técnica participou do comitê técnico de saúde pra população em situação de rua do Ministério de Saúde que tem, também, participação de outros setores e realizou vídeoconferências e orientações para as equipes e gestores, principalmente no que se refere a capacitação dos registros no e-SUS AB voltados aos dados das eCnaR.

Desafios, Estratégias de Superação e Perspectivas para 2017

- Garantir orçamento federal para a manutenção das eCnaR existentes, como também para a expansão de novas equipes;

²⁰ Novembro e dezembro/2015 somadas a 11 competências 2016 (janeiro a novembro/2016).

- Garantir o credenciamento de novas eCnaR pelo Ministério da Saúde;
- Realizar ações para que as equipes municipais responsáveis pelo cuidado em saúde da população em situação de rua, as quais não estão credenciadas em portaria pelo Ministério da Saúde, porém que possuam cadastro no CNES, continuem a ser contabilizadas como equipes em funcionamento.
- Realizar ações visando à orientação dos gestores, com o desígnio de orientar a alimentação dos Sistemas de Informação da Atenção Básica voltados aos dados das eCnaR; e
- Qualificar o processo de trabalho das equipes por meio da publicação de materiais instrutivos e ações de Educação Permanente.

Plano Orçamentário (PO) – 0008 - PMAQ

O Incentivo Financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) compõe o Piso de Atenção Básica Variável (Portaria GM/MS nº 1645/2015). O PMAQ-AB tem como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

O Programa é dividido em ciclos com periodicidade de dois anos (24 meses). O primeiro ciclo ocorreu entre os anos de 2011/2012 e o segundo ciclo de 2013/2014, sendo ambos normatizados pela Portaria GS/MS nº 1654 de 19 de julho de 2011. Esta Portaria previa quatro fases distintas para o programa: 1- Adesão/contratualização; 2- Desenvolvimento; 3- Avaliação Externa; e 4- Recontratualização. Com relação aos números de adesões ao PMAQ-AB, comparativamente entre os períodos de 2011/2012 e 2013/2014 tem-se o seguinte cenário:

Tabela V – Número de Adesão PMAQ 1º e 2º Ciclos

1º Ciclo (2011/2012)		2º Ciclo (2013/2014)	
3.965 municípios	71,2 %	5.070 municípios	91,0 %
17.482 Equipes de Atenção Básica e Saúde Bucal	53,1 %	30.523 Equipes de Atenção Básica	88,7 %
		19.946 Equipes de Saúde Bucal	89,6%
-	-	1.813 NASF	93,0%

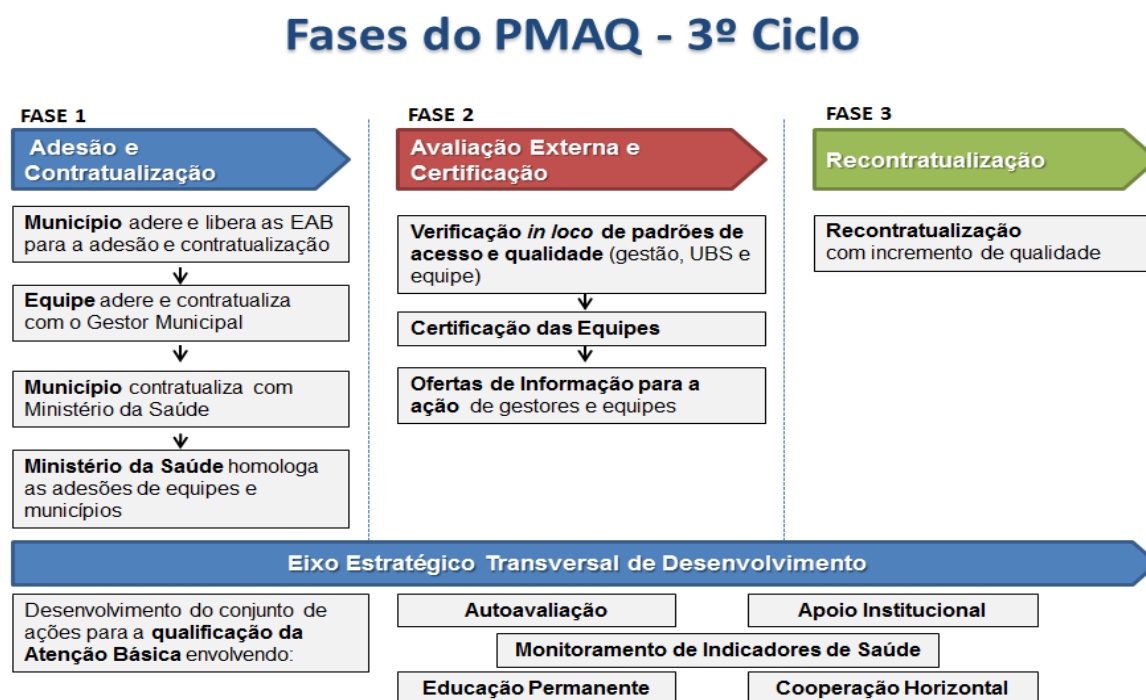
Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS).

Conforme dados apresentados na Tabela acima, constata-se um aumento no número de adesões entre os dois ciclos. Sendo que no 2º ciclo mais de 90% dos municípios estavam com equipes participantes do PMAQ-AB. Já as equipes de atenção básica partiram de uma Adesão de 53,1% para mais de 80% das equipes brasileiras participando do programa.

Outro avanço ocorrido no 2º ciclo foi a inserção dos Núcleos de Apoio à saúde da Família (NASF) como equipes elegíveis a participar do programa. A adesão dos NASF teve o número expressivo de mais de 90% do total dos núcleos existentes.

A Portaria GM/MS nº 1.645, de 02 de outubro de 2015, revoga a Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Com a Portaria nº 1.645/2015 o programa continua a ser composto pelas 3 (três) fases, a saber: 1 – Adesão e Contratualização; 2 – Certificação; e 3 – Recontratualização²¹. A fase de Desenvolvimento, prevista no 1º e 2º ciclo, passa a ser um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento²², com ações desenvolvidas durante todo o ciclo (24 meses). A figura II resume as mencionadas fases que compõem a estrutura atual do PMAQ-AB.

Figura II - Fases do PMAQ com eixo transversal de desenvolvimento



Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS).

20AD PO – 0008 - PMAQ

Departamento/Ação	Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
20AD PO 0008 PMAQ	2.220.850.000	1.707.754.688	1.707.353.914	99,98	1.707.353.731	1.707.353.731	100,00	100,00	0	183

²¹ Fase 1 **Adesão e Contratualização** fase em que todas as equipes de saúde da atenção básica, poderão aderir ao PMAQ-AB, desde que se encontrem em conformidade com os princípios da atenção básica e com os critérios a serem definidos no Manual Instrutivo. Fase 2 **Certificação** composta por: I - avaliação externa de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica, II - avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados na etapa de adesão e contratualização, conforme disposto no art. 5º; e III - verificação da realização de momento autoavaliativo pelos profissionais das equipes de atenção básica. Fase 3 **Recontratualização** será realizada pelas equipes que participaram do PMAQ-AB em ciclo anterior. As novas equipes solicitam a Adesão ao programa na fase 1 do programa (Adesão e Contratualização). (Portaria GM/MS nº. 1.645 de 02/10/2015).

²² Conforme o Art. 8º da Portaria GM/MS nº. 1.645 de 02/10/2015 o **Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento** do PMAQ-AB é composto pelos seguintes elementos: I - autoavaliação, II – monitoramento, III – educação permanente, IV - apoio institucional e V - cooperação horizontal presencial e/ou virtual, que deverá ocorrer entre equipes de atenção básica e entre gestores. Parágrafo único. O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento deve ser entendido como transversal a todas as Fases, de maneira a assegurar que as ações de promoção da melhoria da qualidade possam ser desenvolvidas em todas as etapas do ciclo do PMAQ-AB.

Em 2016, o **PO - 0008 da ação 20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família** teve uma dotação final de **R\$ 1.707.754.688** cuja despesa empenhada foi de **R\$ 1.707.754.688**, representando 99,98% do total disponibilizado.

Durante o período de janeiro/2016 a agosto/2016 transcorreu a continuidade do 2º ciclo do programa com a fase transversal de desenvolvimento. Em setembro de 2016 foi homologada a adesão das equipes ao terceiro ciclo por meio da portaria GM/MS nº 1.658/2016²³. Do total das equipes que solicitaram adesão e contratualização/recontratualização ao 3º ciclo foram homologados os seguintes números:

Tabela VI – Percentual de equipes aptas para a adesão ao 3º Ciclo e equipes que realizaram a adesão ao programa.

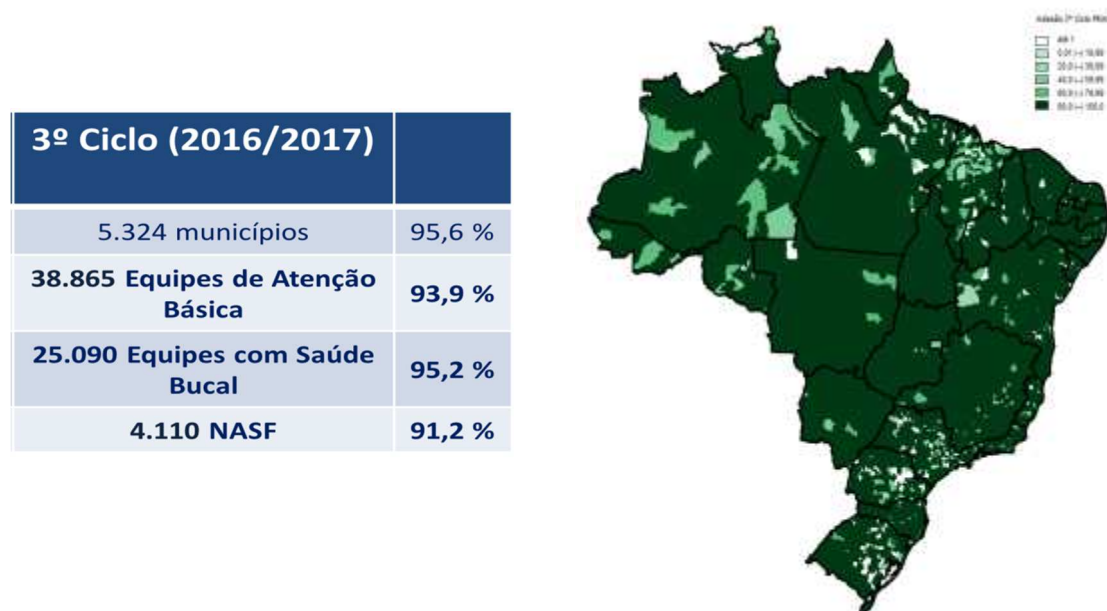
UF	Nº de equipes aptas para adesão ao 3º ciclo			Nº de equipes aderidas ao 3º ciclo			Percentual de equipes aderidas ao 3º ciclo (%)		
	EAB	EAB/SB	NASF	EAB	EAB/SB	NASF	EAB	EAB/SB	NASF
AC	217	136	21	201	130	20	92,6%	95,6%	95,2%
AL	838	691	131	833	687	126	99,4%	99,4%	96,2%
AM	733	466	56	671	431	51	91,5%	92,5%	91,1%
AP	176	92	21	170	87	18	96,6%	94,6%	85,7%
BA	3.413	2.460	373	3.241	2.354	337	95,0%	95,7%	90,3%
CE	2.457	1.700	241	2.423	1.678	230	98,6%	98,7%	95,4%
DF	252	84	4	138	43	2	54,8%	51,2%	50,0%
ES	739	472	28	701	449	24	94,9%	95,1%	85,7%
GO	1.363	1.005	198	1.353	1.000	189	99,3%	99,5%	95,5%
MA	2.056	1.311	178	1.720	1.124	134	83,7%	85,7%	75,3%
MG	5.246	3.033	755	5.128	2.983	714	97,8%	98,4%	94,6%
MS	555	530	64	533	513	59	96,0%	96,8%	92,2%
MT	653	476	64	645	470	60	98,8%	98,7%	93,8%
PA	1.345	746	103	1.182	669	86	87,9%	89,7%	83,5%
PB	1.394	1.290	275	1.382	1.281	266	99,1%	99,3%	96,7%
PE	2.224	1.656	230	2.171	1.619	214	97,6%	97,8%	93,0%
PI	1.320	1.204	242	1.071	976	229	81,1%	81,1%	94,6%
PR	2.342	1.402	251	2.179	1.308	218	93,0%	93,3%	86,9%
RJ	2.524	1.227	167	2.349	1.181	150	93,1%	96,3%	89,8%
RN	1.048	978	171	1.033	965	160	98,6%	98,7%	93,6%
RO	387	173	15	369	169	11	95,3%	97,7%	73,3%
RR	122	57	10	118	56	9	96,7%	98,2%	90,0%
RS	1.994	1.012	136	1.818	931	122	91,2%	92,0%	89,7%
SC	1.707	1.039	270	1.657	1.026	249	97,1%	98,7%	92,2%

²³ A Portaria GM/MS nº 1.658, de 12/09/2016, homologa a contratualização/recontratualização dos Municípios ao terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); define os valores referentes a adesão para as equipes contratualizadas (equipes novas que adeririam ao 3º ciclo do programa) e traz a listagem por município das equipes homologadas. O Art. 5º da referida Portaria também estabelece efeitos financeiros de repasse retroativos a partir da competência agosto de 2016.

SE	641	470	40	615	448	34	95,9%	95,3%	85,0%
SP	5.138	2.261	354	4.676	2.138	293	91,0%	94,6%	82,8%
TO	489	375	111	488	374	105	99,8%	99,7%	94,6%
Brasil	41.373	26.346	4.509	38.865	25.090	4.110	93,9%	95,2%	91,2%

Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS).

Figura III – Equipes que tiveram sua adesão homologada no 3º Ciclo do PMAQ



Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS).

A homologação da fase de adesão ao programa, realizada em setembro de 2016, deu início ao repasse financeiro do 3º ciclo, que teve efeitos retroativos a partir da competência de agosto de 2016, conforme previsto na portaria nº 1.658/2016. A tabela VII mostra o montante total de repasses ocorridos no período de janeiro a dezembro de 2016²⁴. Ressalta-se que o valor total apresentado na Tabela é a soma dos últimos repasses referentes ao 2º ciclo (janeiro/2016 a julho/2016) mais os repasses que demarcam o 3º ciclo (agosto/2016 a dezembro/2016).

Tabela VII – Transferência mensal de recursos PMAQ por Estado execução janeiro a dezembro/2016.

UF	ANO 2016
AC	4.106.205,82
AL	38.510.260,86
AM	18.201.068,84
AP	3.803.379,27
BA	161.250.132,47
CE	122.290.125,48
DF	4.057.800,00
ES	24.132.160,00

²⁴ O repasse de recursos financeiros ocorrido no exercício de 2016 refere-se às competências novembro e dezembro/2015, bem como às competências de janeiro a novembro/2016.

GO	56.521.011,59
MA	37.219.661,04
MG	277.856.653,79
MS	29.054.668,30
MT	25.101.894,07
PA	32.348.663,68
PB	73.835.160,98
PE	110.491.406,31
PI	63.487.460,66
PR	106.960.913,49
RJ	89.006.938,62
RN	67.518.915,05
RO	8.391.450,17
RR	2.354.518,73
RS	62.586.968,78
SC	120.627.025,20
SE	22.489.182,78
SP	223.214.794,67
TO	19.485.681,83
Brasil	1.804.904.102,48

Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS).

O valor repassado às equipes homologadas sofrerá ajustes com a finalização da próxima fase do programa: avaliação externa e certificação das equipes. Essa fase tem a previsão para ocorrer ao longo do primeiro semestre de 2017, iniciando com a avaliação externa em abril e concluindo com a publicação da Portaria de certificação final das equipes em dezembro/2017.

Com a publicação da portaria GM/MS nº 1.645, de 02 de outubro de 2015, ficou estabelecido que as equipes participantes do terceiro ciclo, poderão obter a Certificação de qualidade com as seguintes classificações de desempenho: I - Ótimo; II - Muito Bom; III - Bom; IV - Regular; e V - Ruim. A Certificação por desempenho, no terceiro ciclo, considera parâmetros de adequação para as equipes de atenção básica que serão medidos por meio de padrões de acesso e qualidade²⁵. Os padrões a serem considerados para a Certificação são:

- **Padrões Essenciais:** a equipe terá que alcançar um conjunto de padrões mínimos de qualidade, considerados padrões essenciais. Caso não consiga atingir os padrões mínimos, ela será automaticamente certificada com desempenho de menor faixa, ou seja, ruim.
- **Padrões Estratégicos:** para que a equipe seja classificada com o desempenho ótimo, além de obter uma nota mínima, deverá alcançar um conjunto de parâmetros estratégicos, que são os padrões considerados elevados de acesso e qualidade.
- **Padrões Gerais:** são os demais padrões que compõem a matriz de pontuação para a certificação das equipes. Na certificação a equipe que se adequa a esses padrões ganha pontos se realiza a ação.

²⁵ Esses padrões foram definidos de forma tripartite (MS, CONASS e CONASEMS) a partir da reflexão sobre os instrumentos construídos para a avaliação externa do 3º Ciclo do PMAQ, análise dos resultados das equipes nos ciclos anteriores (1º e 2º ciclos) e das prioridades atuais para atenção básica.

- **Padrões Obrigatórios:** esses padrões condicionam a permanência da equipe no Programa.

Ainda dentre as estratégias visando à qualificação da atenção básica, a seguir serão apresentadas as atividades realizadas pelo Eixo Transversal, assim como a disponibilização de ferramentas de apoio institucional à gestão local ofertadas pelo PMAQ-AB no período avaliado no presente relatório (janeiro/2016 a dezembro/2016).

Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento

O eixo estratégico de desenvolvimento é transversal a todas as fases do PMAQ-AB e assegura que as ações de promoção e da melhoria da qualidade possam ser desenvolvidas nas etapas do ciclo do programa. Integram esse eixo as atividades relacionadas à auto avaliação, ao monitoramento, à educação permanente, ao apoio institucional e à cooperação horizontal. Este eixo consiste na etapa de realização do conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes, gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica.

Auto avaliação das equipes de Atenção Básica

A auto avaliação é um dos componentes previstos no eixo transversal de desenvolvimento e tem por objetivo estimular a prática de monitoramento e avaliação das equipes de Atenção Básica. De janeiro a dezembro de 2016 esteve disponibilizado para as equipes o Sistema/Ferramenta de auto avaliação AMAQ (Auto avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade) com instrumentos de acesso *online*. Durante o período de janeiro de 2016 ao término de elaboração desse documento (janeiro 2017), foi contabilizado o número de 15.239 auto avaliações realizadas.

A ferramenta AMAQ é destinada à utilização pelos profissionais das equipes técnicas e pelos gestores da atenção básica. A ferramenta é de livre acesso a todas as equipes de atenção básica, independentemente de ter aderido ao programa.

A auto avaliação gera relatórios consolidados para os profissionais das equipes técnicas e para os gestores federais, estaduais e municipais. Esses documentos dispõem das médias das notas de cada dimensão e subdimensão avaliadas. O resultado da auto avaliação subsidia a equipe técnica e os gestores na tomada de decisão, no planejamento e/ou no apoio institucional. Essa oferta proporciona o monitoramento de maneira regular das ações voltadas à melhoria na qualidade do acesso e da oferta da atenção básica.

Mecanismos de Divulgação dos Resultados do PMAQ-AB para Gestores e Trabalhadores

Outras ofertas decorrentes do desenvolvimento do PMAQ-AB são os relatórios Descritivos e Analíticos, que trazem o retorno dos dados dos 1º e 2º ciclos do Programa. Os relatórios são instrumentos de gestão direcionados aos gestores municipais, estaduais e federais e ao conjunto de trabalhadores das equipes que participaram de cada ciclo do programa. Os dados coletados da fase de avaliação externa dão suporte para análise de fragilidades e potencialidades das equipes.

Relatórios Descritivos do 1º e 2º Ciclos

Apresentam os resultados da certificação por equipe avaliada e o consolidado do conjunto de equipes de um determinado município. Está organizado em três dimensões: Realização da Auto avaliação; Avaliação dos Indicadores contratualizados; e Resultados das 5 Dimensões e respectivas Subdimensões da Avaliação Externa. É possível comparar os resultados entre cada ciclo e a média obtida pelo conjunto de equipes que compõem o estrato e o conjunto das equipes do respectivo estado e do Brasil.

Relatórios Analíticos

O relatório analítico é uma oferta direcionada aos trabalhadores e gestores da atenção básica para refletir sobre alguns aspectos avaliados no 2º ciclo do PMAQ. Os relatórios possuem temas relevantes para a atenção básica, como: Acesso e Acolhimento, Resolutividade, Coordenação do Cuidado, Organização do Processo de Trabalho e Gestão e Infraestrutura das UBS, que podem subsidiar a discussão e reflexão sobre as práticas da atenção básica, visando o aprimoramento desses serviços. Em 2015, foi disponibilizado o relatório sobre Acesso, Acolhimento e Agenda das Equipes com acesso para os gestores municipais e profissionais de saúde das equipes participantes do programa.

Os relatórios descritivos e analíticos com os dados da avaliação externa do terceiro ciclo do programa estão previstos para serem disponibilizados no segundo semestre de 2018.

Base de Dados (Micro dados) do 2º Ciclo

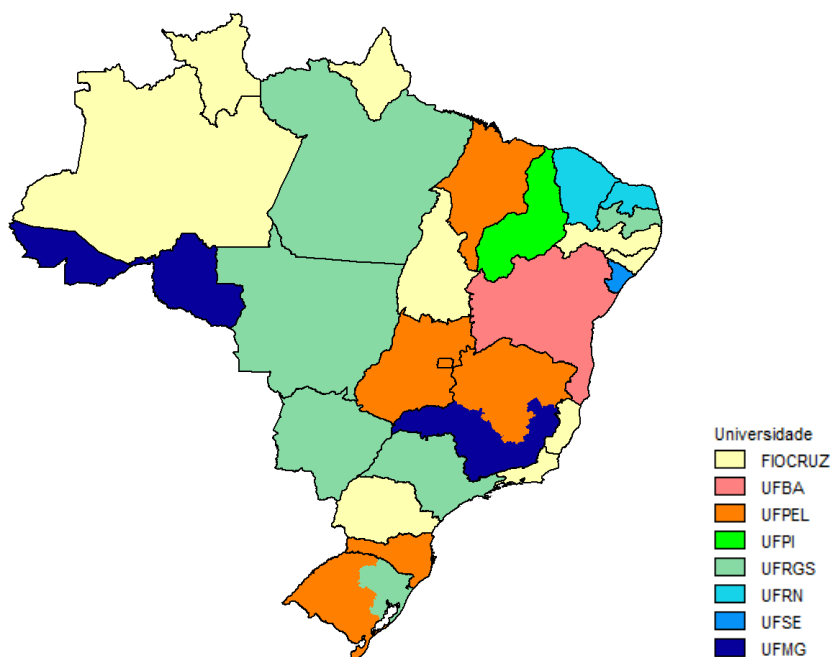
Além das ofertas de ferramentas voltadas ao monitoramento e avaliação das ações e ofertas da atenção básica, o PMAQ-AB torna público o banco de dados com os micro dados obtidos na fase de visita de campo da avaliação externa. A publicação da base de dados estimula a utilização dos dados a todos interessados em pesquisas e produção do conhecimento na atenção básica proporcionada pela experiência do PMAQ-AB. Para o ano de 2017 está previsto a implantação de um Repositório de Pesquisa específico para essa finalidade.

A base de dados com os micro dados do 2º ciclo encontra-se em fase de finalização para publicação no site do programa no primeiro semestre de 2017.

Parcerias com Instituições de Ensino e Pesquisa

Uma das principais fases do Programa, a avaliação externa (AE), é realizada pela área técnica em parceria com oito Instituições de Ensino e/ou Pesquisa (IEP), conforme mapa abaixo.

Mapa I - Mapa das IEP que realizam a AE do PMAQ distribuídas no território nacional



Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS).

O município, ao aderir ou recontratar com o programa, assume que participará da fase de avaliação externa. Nessa etapa, um grupo de entrevistadores selecionados e capacitados pelas IEP²⁶, irá aplicar instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão.

São realizadas observações por meio das visitas e entrevistas com profissionais das equipes e verificação de documentos comprobatórios das ações desempenhadas. Os módulos aplicados na avaliação externa são divididos em seis abordagens, a saber:

- Módulo I - Observação na Unidade de Saúde, objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade de Saúde.
- Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos, objetiva obter informações sobre o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.
- Módulo III - Entrevista com o usuário da atenção básica: Avaliar acesso, utilização e participação dos usuários através de entrevistas na UBS.
- Módulo IV - Entrevista com o profissional da equipe do NASF e verificação de documentos, objetiva obter informações sobre o processo de trabalho organização do serviço.
- Módulo V - Observação na Unidade de Saúde, objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade de Saúde, com foco no trabalho da Saúde Bucal.
- Módulo VI - Entrevista com o profissional da saúde bucal e verificação de documentos, objetiva obter informações sobre o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.

Desafios, Estratégias de Superação e Perspectivas para 2017

²⁶ O repasse de recursos financeiros para as IEP, com vistas à realização da avaliação externa do PMAQ,

Durante o exercício de 2016 alguns pontos críticos foram enfrentados na gestão e execução do programa. Um deles decorreu do retardamento na publicação das Portarias que instituíram o terceiro ciclo e a homologação da fase de adesão, que apenas ocorreram no último trimestre de 2015 e no segundo semestre de 2016, respectivamente. Esse fato ocasionou considerável atraso na sequência do ciclo de dois anos previsto no cronograma inicial de execução. Com isso, um novo cronograma teve que ser repactuado, culminando num intervalo de três anos entre o segundo e terceiro ciclos.

Um desafio a ser priorizado para os anos seguintes será o desenvolvimento de estratégias de mobilização, orientação e apoio institucional para as equipes técnicas e gestores como forma de estimular o uso regular das ferramentas eletrônicas que divulgam os dados obtidos pelo PMAQ-AB. É observado por meio das ligações de apoio institucional que um número considerável de profissionais ainda não conhece ou apresenta dificuldades de acesso e leitura dos relatórios e das ferramentas.

Outros resultados do PMAQ-AB

A seguir serão apresentados outros resultados e análises dos dados referentes às fases da avaliação externa do primeiro ciclo (2012) e segundo ciclo (2014), relacionados às temáticas: Infraestrutura e equipamentos das UBS; Acesso nas UBS; Abrangência das Ações Ofertadas; Coordenação do Cuidado e Integração com outros Pontos da Rede de Atenção à Saúde e Satisfação e participação do usuário.

1. Infraestrutura das UBS

a) Ambientes e equipamentos

Um alto percentual de UBS já possui ambientes próprios para a realização de vacinas (82%) e de pequenos procedimentos (78,8%), revelando um importante avanço na estruturação dos serviços para aumentar a resolutividade da atenção básica.

Tabela VIII - Percentual de UBS segundo dados de informatização e tipos de ambientes nos anos de 2012 e 2014.

	BR	BR	BR	BR
Infraestrutura das UBS	1º CICLO CENSO	2º CICLO	Equipes participantes dos 2 CICLOS/ 1º ciclo	Equipes participantes dos 2 CICLOS/ 2º ciclo
	N= 38.812	N= 24.055	N= 13.275	N= 13.275
Informatização das UBS				
Pelo menos 1 Computador na UBS	51,25%	69,59%	63,65%	75,73%
UBS com acesso à internet	35,43%	50,11%	45,15%	56,51%
Impressora	40,37%	51,49%	49,95%	57,43%
UBS que possuem os seguintes ambientes:				
Sala de Vacinas	65,58%	82,05%	79,98%	84,80%
Sala de Procedimentos	46,79%	78,85%	51,91%	81,26%
Sala de Inalação	24,45%	63,35%	30,09%	67,87%
Sala de Observação (curta duração)	15,92%	47,36%	21,27%	52,69%

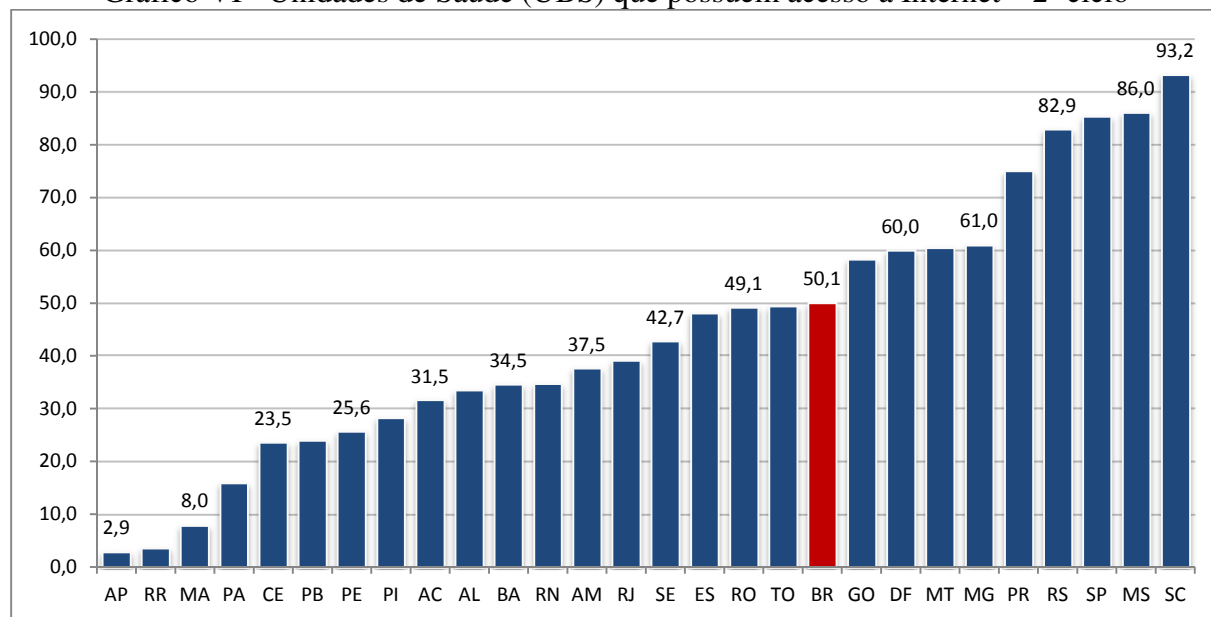
Sala de Coleta de Exames	-	37,03%	-	-

Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS).

b) Informatização das UBS

Um elevado percentual de UBS (30,4%) ainda carece de investimentos para a informatização e cerca de metade delas (49,9%) ainda não possuem acesso à internet, elementos imprescindíveis para a utilização de Prontuário Eletrônico. Todos os estados da região norte e nordeste apresentam menos de 50% de suas UBS com acesso à internet.

Gráfico VI - Unidades de Saúde (UBS) que possuem acesso à Internet – 2º ciclo



Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS).

Nesse contexto, com a reformulação do sistema de informação em saúde da Atenção Básica em nível nacional, o Departamento de Atenção Básica desenvolveu a estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), com o objetivo de informatização do processo de trabalho e qualificação da informação, organizando o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Lançado em fevereiro de 2013, a estratégia de informação contempla um conjunto de ações para qualificação das ferramentas usadas pelos profissionais da AB, tais como: individualizar o registro das informações dos cidadãos, reduzir o retrabalho na coleta de dados, integrar informações, informatizar unidades, aprimorar a gestão e coordenar o cuidado (BRASIL, 2013)²⁷.

Esta ação foi elaborada em consonância com a reestruturação geral dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, com a implantação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), bem como com a implementação de padrões de interoperabilidade e de informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do SUS, como definido na Portaria MS/GM nº 2.073, de 31 de agosto de 2011 (BRASIL, 2014)²⁸.

Um avanço conquistado com o e-SUS AB refere-se ao registro das atividades realizadas por todas as equipes da Atenção Básica, incluindo as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipe de Consultório na Rua (eCnaR), bem como as ações desempenhadas no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), no Programa Academia da Saúde e desenvolvidas pelas UBS Fluviais e Equipes de Saúde no Sistema

²⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.412, de 10 de julho de 2013.

²⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.073, de 31 de agosto de 2011.

Prisional (ESP), promovendo informações que auxiliam em estratégias para atenção, cuidado e promoção da saúde.

Assim sendo, a implantação do e-SUS AB permite gerenciar e alimentar automaticamente outros sistemas de informação, evitando a digitação dos mesmos dados em diversos sistemas, que além de gerar um retrabalho para os profissionais de saúde, tende a produzir informações distintas, comprometendo o monitoramento e avaliação de indicadores. No entanto, como em qualquer processo de transição, essa integração demanda planejamento, estudo, testes e tempo para inserção de novas funcionalidades.

A estratégia e-SUS AB contempla o software de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) que tem o objetivo de melhorar o registro das informações, uma vez que são gravadas e recuperadas de forma eletrônica, estruturadas de forma a facilitar o processo de cuidado dos cidadãos, e ainda possibilitará a partir de 2017 a realização, por meio do Registro Eletrônico de Saúde (RES), da troca de informações entre Unidades Básicas de Saúde (UBS) que estiverem com conectividade.

Existem municípios no país que utilizam softwares proprietários de prontuários eletrônicos (PE), e esses atualmente já conseguem enviar informações para o SISAB. Segundo a Resolução nº 7, de 24 de novembro de 2016, a qual define o prontuário eletrônico como modelo de informação para registro das ações de saúde, entende-se como prontuário eletrônico um repositório de informação mantida de forma eletrônica, onde todas as informações de saúde, clínicas e administrativas, ao longo da vida de um indivíduo estão armazenadas, e suas características principais são: acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais; recuperação de informações clínicas; sistemas de apoio à decisão e outros recursos (BRASIL, 2016) ²⁹.

No PPA 2016-2019 a meta de implantação do Prontuário Eletrônico para 2016 é: ampliar e garantir o uso da ferramenta por 9.500 UBS. Diversas estratégias de apoio à implantação foram desenvolvidas para alcançar a meta estabelecida, entre elas destacam-se: apoio aos municípios por meio de videoconferências, apoio in loco de consultores e-SUS AB e apoio dos Núcleos de Telessaúde. A meta foi 100% alcançada no mês de julho/2016, avançando ainda mais no segundo semestre do ano, como mostra a tabela a seguir.

Tabela IX - Panorama nacional de implantação de Prontuário Eletrônico nas UBS, conforme os meses do ano de 2016 e meta pactuada no PPA.

Competência/Ano	Total UBS com Prontuário Eletrônico (PE)	% UBS com PE (meta 2016)
Janeiro/16	7.190	75,7
Fevereiro/16	7.973	83,9
Março/16	8.386	88,3
Abril/16	8.975	94,4
Maio/16	9.130	96,1
Junho/16	9.398	98,9
Julho/16	9.774	Meta atingida
Agosto/16	10.134	Meta atingida

²⁹ BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução Nº 7, de 24 de novembro de 2016.

Setembro/16	10.583	Meta atingida
Outubro/16	10.835	Meta atingida
Novembro/16	10.942	Meta atingida
Dezembro/16	12.187	Meta atingida

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB/MS).

Desafios, Estratégias de Superação e Perspectivas para 2017

Em 06 de outubro de 2016, o Sr. Ministro de Estado da Saúde, Ricardo Barros, fez um pronunciamento informando a importância da implantação de prontuário eletrônico por todos os municípios brasileiros e estabeleceu um prazo 60 dias para que o sistema fosse adotado nos atendimentos aos cidadãos. Na mesma ocasião, fez-se o lançamento da versão 2.1 dos Sistemas de Software da Estratégia e-SUS AB. O município pode optar por implantar o PEC, disponibilizado pelo governo federal, ou utilizar software próprio. Caso este pré-requisito não seja atendido, ele terá o pagamento do Piso de Atenção Básica Variável suspenso.

Uma vez que ainda há obstáculos para a implantação de prontuário eletrônico por parte dos municípios, razão pela qual muitos ainda não utilizam a ferramenta, foram pensadas estratégias para apoiá-los na implantação. A primeira delas foi a estruturação de um formulário de justificativa para que fossem apontadas as dificuldades nesta ação. Os municípios que não concretizaram o processo de implantação até dezembro de 2016 tiveram que justificar por meio de formulário online. As respostas continham os motivos por não adotarem o Prontuário Eletrônico amplamente, bem como, a declaração do prazo para adotá-lo.

Nos 60 dias que se seguiram ao período de justificativa, 5.548 responderam ao questionário (99,61%). Mais de 53% dos municípios responderam que estão parcialmente informatizados e equipados com computadores. Apenas 17% não estão. Mais de 84% dos gestores alegaram ter insuficiência de equipamentos, 73% das unidades têm problemas de conectividade, e falta profissional de Tecnologia da Informação (TI) para cerca de 67,9%. Paralelo a isso há o baixo conhecimento de informática por parte dos profissionais de saúde que atinge 75% das UBS.

Cada justificativa apresentada está sendo analisada pelo Ministério da Saúde. Após o balanço do quadro, será desenhado um Plano Nacional de Apoio à Implantação do Prontuário Eletrônico para os próximos seis meses. Serão adotadas estratégias como: apoio à aquisição de equipamentos, conectividade e capacitação/treinamento dos trabalhadores para o uso do prontuário eletrônico.

Acesso às UBS

Quase a totalidade das UBS funciona nos turnos matutino e vespertino (97,8%), assim como durante todos os dias úteis da semana (98,8%). Contudo, apenas 2,6% funcionam em horário estendido, à noite, e somente 1,4% nos finais de semana. Os dados mostram que os serviços ainda são poucos estratégicos na organização para o acesso dos trabalhadores em horários estendidos.

Tabela X - Percentual de UBS segundo acesso (funcionamento e marcação de consulta) nos anos de 2012 e 2014.

Acesso nas UBS	BR	BR	BR	BR

	1º CICLO CENSO	2º CICLO	Equipes participantes dos 2 CICLOS/ 1º ciclo	Equipes participantes dos 2 CICLOS/ 2º ciclo
	N= 38.812	N= 24.055	N= 13.275	N= 13.275
Funcionamento da UBS				
Turnos de funcionamento (manhã e tarde)	83,98%	97,76%	94,58%	98,58%
Funcionamento no período noturno	83,98%	94,96%	4,68%	6,09%
Funcionamento de segunda a sexta	90,68%	96,91%	91,61%	97,53%
Funcionamento nos fins de semana (sábado e domingo)	2,83%	3,79%	11,74%	4,27%
Funcionamento no horário do almoço (12h às 14h)	46,37%	34,10%	48,69%	49,52%
Marcação de consulta na UBS				
UBS que agendam consultas em qualquer dia da semana, em qualquer horário	55,34%	59,99%	77,41%	61,10%
Usuários agendados com hora marcada	-	35,89%	-	-

Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS).

A respeito da marcação de consulta, 40% das UBS ainda não se organizam de maneira a garantir que usuários possam marcar consultas a qualquer momento do dia e da semana.

Abrangência das Ações Ofertadas

Tabela XI - Percentual de equipes segundo abrangência das ações ofertadas (procedimentos disponíveis) nos anos de 2012 e 2014.

	BR	BR	BR	BR
Abrangência das Ações Ofertadas	1º CICLO	2º CICLO	Equipes participantes dos 2 CICLOS/ 1º ciclo	Equipes participantes dos 2 CICLOS/ 2º ciclo
	N= 17.202	N= 29.778	N= 15.874	N= 15.874
Procedimentos				
Procedimentos realizados pelas equipes nas UBS				
Retirada de pontos	97,20%	96,93%	97,17%	95,97%
Medicações injetáveis intramuscular	97,18%	97,03%	97,21%	97,86%
Inalação/Nebulização	92,03%	89,52%	92,01%	91,81%

Medicações injetáveis endovenosas	81,96%	80,76%	81,74%	82,63%
Lavagem de ouvido	55,48%	60,44%	55,69%	63,71%
Drenagem de abscesso	53,46%	52,40%	53,42%	55,18%
Sutura de ferimentos	48,77%	42,38%	48,52%	44,46%
Extração de unha	39,50%	37,51%	39,44%	39,68%

Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS).

A realização de procedimentos, associada a outras questões estratégicas, pode revelar de maneira contundente a resolutividade de uma AB. Nesse sentido, os dados do PMAQ mostram que a rede de atenção básica ainda precisa investir fortemente na sua capacidade de ofertar e realizar procedimentos básicos. Quase 20% das eAB não realizam medicações injetáveis endovenosas. Quase 1/3 não realiza lavagem de ouvido nem fazem drenagem de abscesso. E, menos da metade, realizam pequenas suturas e extração de unha.

Tabela XII - Percentual de equipes segundo abrangência das ações ofertadas (ações das Equipes de Saúde Bucal e NASF) nos anos de 2012 e 2014.

Abrangência das Ações Ofertadas	BR	BR	BR	BR
	1º CICLO	2º CICLO	Equipes participantes dos 2 CICLOS/ 1º ciclo	Equipes participantes dos 2 CICLOS/ 2º ciclo
	N= 12.556	N= 18.114	N= 10.851	N= 10.851
Ações das Equipes de Saúde Bucal				
As equipes de Saúde Bucal realizam:				
Ações para identificação de pessoas que necessitam de prótese dentária pela equipe	36,82%	52,47%	37,29%	56,05%
Consulta de acompanhamento para avaliar a instalação da prótese pela equipe	10,24%	12,32%	10,46%	14,65%
Instalação da prótese dentária pela equipe	-	8,14%	-	-
Moldagem anatômica e funcional de prótese dentária	6,81%	8,16%	7,00%	10,00%
NASF- Atividades Realizadas		N= 1.773		
As equipes NASF realizam:				
Consultas individuais do profissional do NASF	-	80,65%	-	-
Discussão de casos que poderão gerar encaminhamentos a outros pontos de atenção	-	93,29%	-	-
Construção conjunta com os profissionais da Equipe de Atenção Básica de projetos terapêuticos	-	72,25%	-	-
Atividades de educação permanente conjuntamente com os profissionais da Equipe de Atenção Básica	-	77,78%	-	-

Saúde Bucal – O desafio para qualificação das ações de saúde bucal se revela ainda maior. Apenas 52,4% das eAB realizam ações para identificação de pessoas que necessitam de prótese dentária.

Satisfação e participação do usuário

Avaliação geral: A percepção dos usuários que conseguem superar as barreiras do acesso e utilizam os serviços de atenção básica, no que diz respeito a sua qualidade, é muito boa: 83,3% dos usuários avaliaram como bom ou muito bom o cuidado recebido; 82,3% afirmaram que não mudariam de UBS se tivessem oportunidade; e 86% deles recomendariam a UBS a um amigo ou familiar.

Tabela XIII - Percentual de equipes segundo satisfação e participação do usuário nos anos de 2012 e 2014.

Satisfação e Participação do Usuário	BR	BR	BR	BR
	1º CICLO	2º CICLO	Equipes participantes dos 2 CICLOS/ 1º ciclo	Equipes participantes dos 2 CICLOS/ 2º ciclo
	N= 17.202	N= 29.778	N= 15.874	N= 15.874
Controle Social e Participação Popular				
Segundo as equipes				
Equipes que realizam ou têm mecanismo de avaliação de satisfação do usuário	51,85%	67,22%	52,34%	73,01%
Equipes que referem existir conselho local de saúde ou outros espaços de participação popular na UBS	59,16%	56,59%	58,93%	61,03%
Avaliação do cuidado recebido	N= 65.391	N= 114.615	N= 61.454	N= 59.888
Usuários que avaliaram o cuidado recebido pela equipe como BOM ou MUITO BOM	78,84%	82,24%	78,98%	83,26%
Usuários que NÃO mudariam de UBS se tivessem oportunidade	82,43%	82,34%	82,58%	83,56%
Usuários que recomendariam a UBS a um amigo ou familiar	85,33%	86,04%	85,41%	86,92%

Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS).

Plano Orçamentário (PO) – 000A – Agente Comunitário de Saúde

No processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), destaca-se a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Atualmente são mais de 260 mil em todo o Brasil desenvolvendo ações de promoção e vigilância em saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Em 2015, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) passou por alguns ajustes em decorrência da Lei 12.994, de junho de 2014, que alterou a Lei 11.350/2006 para instituir o piso salarial profissional nacional e também as diretrizes para o plano de carreira para os profissionais Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O decreto 8.474/2015 regulamentou o disposto no § 1º do art. 9º-C e no § 1º do art. 9º-D da referida lei, para dispor sobre as atividades desses profissionais.

No que referem aos parâmetros para contratação com auxílio de recursos financeiros do governo federal a estados, Distrito Federal e municípios para cumprimento do piso salarial, o referido decreto considera para o trabalho do ACS: i) a priorização da população municipal com alto grau de vulnerabilidade social e de risco epidemiológico; ii) a atuação em ações básicas de saúde visando à integralidade do cuidado no território; e iii) a integração das ações dos ACS e dos ACE.

Para o cumprimento das legislações supracitadas, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.024/2015 com definições das formas de repasse dos seguintes recursos financeiros para os ACS com vínculo direto: Assistência Financeira Complementar (AFC – 95%), para o cumprimento do piso salarial dos ACS, e do Incentivo Financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação dos ACS (IFP – 5%), utilizando-se para estes repasses o PO 000A.

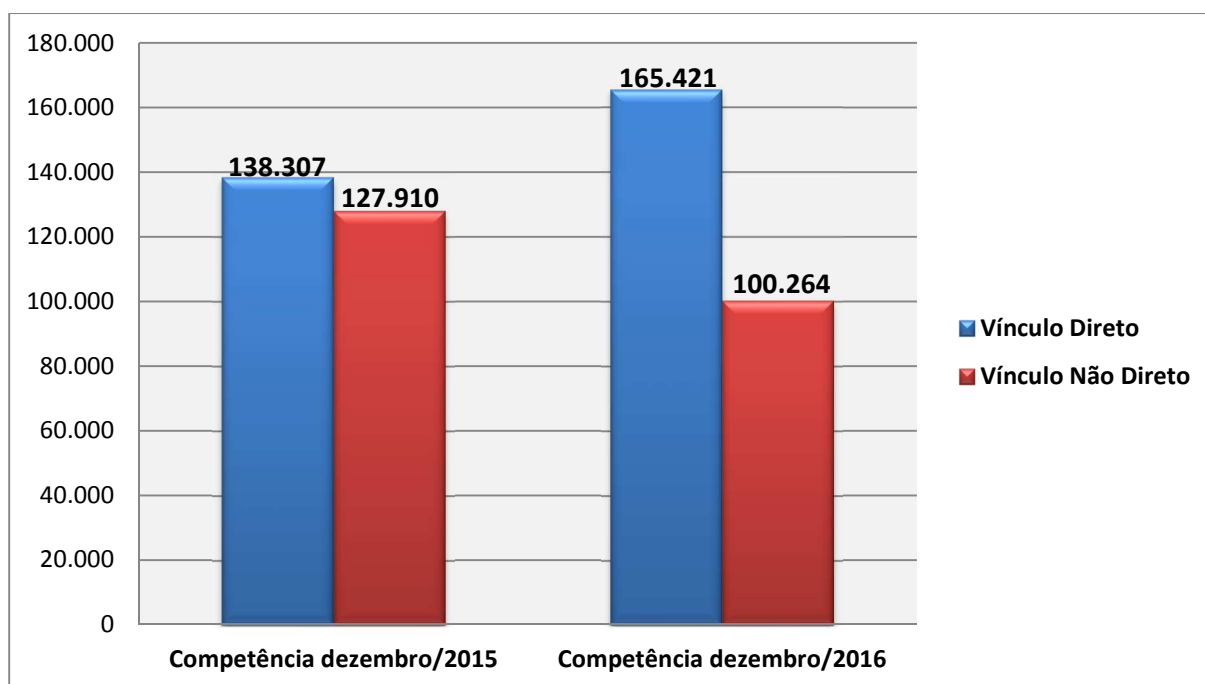
Departamento/Ação		Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
20AD PO 000A	Agentes Comunitário de Saúde	1.050.000.000	2.157.477.512	2.157.476.152	100,00	2.157.468.528	2.157.468.528	100,00	100,00	0	7.624

Em 2016, o **PO - 000A da ação 20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família** teve uma dotação final de **R\$ 2.157.477.512** cuja despesa empenhada foi de **R\$ 2.157.476.152**, representando **100%** do total disponibilizado.

Na competência dezembro/2016, foram repassados recursos federais para **165.421** ACS com vínculo direto. Conforme abordado anteriormente, o PO 000A refere-se ao custeio mensal e incentivo adicional para os ACS com vínculo direto. Já o custeio mensal e incentivo adicional para os ACS com vínculo não direto são realizados por meio do PO 0000 - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família. Nesse sentido, na competência dezembro/2016, a meta física realizada para a totalidade dos ACS abrangidos na ação orçamentária 20AD perfaz **265.685** profissionais beneficiados, alcançando 66,66% da população.

Quando comparada à competência dezembro/2015, nota-se o crescimento do número de ACS com vínculo direto, resultante também da migração dos profissionais com vínculo não direto para o vínculo direto, conforme demonstrado no gráfico abaixo.

Gráfico VII – Comparativo entre o número de ACS com vínculo direto e número de ACS com vínculo não direto.



Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS).

Todavia, quando essa comparação entre competências é feita considerando a totalidade dos ACS abrangidos na ação orçamentária 20AD, percebe-se uma redução de 532 profissionais beneficiados com o repasse de recursos federais. A respeito dessa diminuição, cumpre esclarecer que os quantitativos variam em todas as competências financeiras por causas multifatoriais, a exemplo das inconsistências geradas durante a alimentação de dados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, bem como pelos motivos de suspensão de recursos elencados na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como nas situações em que forem constatadas irregularidades por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS ou dos órgãos de controle competentes.

Também são suspensos recursos quando for constatada a ausência de alimentação de dados nos sistemas de informação definidos pelo Ministério da saúde, assim como a duplicidade de profissionais. Ademais, o MS suspende o repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica aos municípios e ao Distrito Federal, quando: I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação; II - For detectada, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

Igualmente, ainda dentre os fatores que acarretaram esse decréscimo, está a interrupção de novos credenciamentos pelo Ministério da Saúde. Cabe registrar que os gestores solicitaram o credenciamento de novos Agentes Comunitários de Saúde, contudo, o orçamento do ano de 2016 não permitiu essa expansão, tendo em vista a necessidade de repasse de recursos para 13 competências financeiras³⁰ e incentivo adicional no exercício.

Desafios, Estratégias de Superação e Perspectivas para 2017

- Garantir orçamento federal para a manutenção dos ACS existentes, como também para o credenciamento de novos ACS;

³⁰ Competência novembro e dezembro/2015 somadas a 11 competências 2016 (janeiro a novembro/2016).

- Reforçar as ações dos ACS voltadas ao controle e redução dos riscos em saúde, reiterando a atuação desses profissionais no manejo ambiental para controle de vetores.
- Seguir com avanços na perspectiva do escopo de ações que são desenvolvidas pelos ACS considerando as mudanças no perfil epidemiológico, social e econômico da população para melhor contribuir com suas necessidades.
- Qualificar o processo de trabalho dos ACS por meio da publicação de materiais instrutivos e ações de Educação Permanente.

Atenção à Saúde das Populações Ribeirinhas da Região Amazônica mediante Cooperação com a Marinha do Brasil

A Marinha do Brasil realiza o atendimento às populações ribeirinhas da região amazônica por meio dos Navios de Assistência Hospitalar (NAsH) durante as Operações de Assistência Hospitalar (ASSHOP). Em cada ASSHOP um navio atende a uma determinada região, denominada polo de saúde, em conformidade com uma programação previamente planejada. Esta antecedência é necessária em função da complexidade dos recursos logísticos empregados nessas operações.

Os recursos da ação orçamentária 4324 são executados mediante cooperação com a Marinha do Brasil para a manutenção das operações que prestam atenção à saúde das populações ribeirinhas visando ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Quadro VI - Identificação da Ação: 4324 - Atenção à Saúde das Populações Ribeirinhas da Região Amazônica, mediante Cooperação com a Marinha do Brasil

Identificação da Ação						
Código		Tipo: Atividade				
Título		4324 - Atenção à Saúde das Populações Ribeirinhas da Região Amazônica mediante Cooperação com a Marinha do Brasil				
Objetivo		Código: 0713 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.				
Programa		Código: 2015 - Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) Tipo: Temático				
Unidade Orçamentária		36901 - Fundo Nacional de Saúde				
Ação Prioritária		() Sim () Não Caso positivo: () PAC () Brasil sem Miséria				
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
14.880.000	14.880.000	12.079.965	85.239	69.275	15.964	11.994.726
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Procedimento realizado			Unidade	193.514		187.792
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada	
18.288.948.42	15.783.969.01	135.199.53				

Em 2016, a ação 4324 - Atenção à Saúde das Populações Ribeirinhas da Região Amazônica mediante Cooperação com a Marinha do Brasil teve uma dotação de **R\$ 14.880.000**, cuja despesa empenhada foi de **R\$ 12.079.965**, representando **81,18%** do total disponibilizado. Além disso, a meta física executada foi **187.792** procedimentos realizados, representando um alcance de **97,04%** da meta programada, com várias ações efetivadas no âmbito dessa temática.

Os recursos executados nesta ação orçamentária são destinados a despesas de capital e de custeio, conforme plano de trabalho anualmente negociado entre o Ministério da Saúde e a Marinha do Brasil. Sua implementação engloba a aquisição de combustível, medicamentos, material de consumo, bem como a manutenção dos NAsH.

Conforme informado pelo Ministério da Saúde, em resposta ao Acórdão nº 6844/2015, proferido pelo Tribunal de Contas da União – 1ª Câmara – sobre o Processo TC 019.862/2014-8, apesar de ter havido 81,18% de empenhos emitidos dos recursos de programa, a execução orçamentária e financeira desta ação ocasiona um elevado percentual de inscrição em Restos a Pagar não Processados, a cada ano, em virtude do procedimento adotado para a implementação das ações de assistência.

A cada exercício são firmados Termos de Execução Descentralizada (TED) com a Marinha do Brasil. Os TED de 2015 foram firmados no mês de dezembro daquele exercício, sendo executadas ao longo do ano de 2016. Dessa forma, o valor total empenhado em 2015 foi inscrito em Restos a Pagar não Processados para pagamento em 2016. Nessa mesma dinâmica, os TED de 2016 foram firmados no mês de dezembro desse exercício, com perspectiva de execução ao longo do ano de 2017.

A meta de 187.792 procedimentos realizados englobou atendimentos nos navios NAsH Dr. Montenegro (U-16) CNES 7585594, NAsH Carlos Chagas (U-19) CNES 7585497, NAsH Soares de Meirelles (U-21) CNES 7540779 e NAsH Oswaldo Cruz (U-18) CNES 7540809. As ASSHOP proporcionaram benefícios às populações ribeirinhas, como atendimentos médicos, procedimentos odontológicos, procedimentos de enfermagem, procedimentos laboratoriais, exames ginecológicos, dermatológicos e oftalmológicos, raios-x, vacinações, intervenções cirúrgicas, eletrocardiogramas, ultrassonografia, partos, entre outros atendimentos.

Deste quantitativo, destacam-se 10.878 exames laboratoriais realizados, 1.961 vacinas aplicadas, 2.687 atendimentos aos pacientes com hipertensão arterial e diabetes, 1.821 atendimentos referentes à saúde da mulher.

Emenda Individual

Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
0	1.170.000	0	0	0	0	0

Ainda, nesta ação orçamentária houve repasses através de **Emenda Individual**, com dotação final de R\$ 1.170.000 e cuja despesa empenhada foi de R\$ 0, representando 0% do total disponibilizado.

Desafios, Estratégias de Superação e Perspectivas para 2017

Para 2017, é importante garantir a continuidade das ações de atenção à saúde das populações ribeirinhas da região amazônica, realizadas pela Marinha do Brasil, tendo em vista a dificuldade de acesso a essa população específica e a lacuna existente no SUS para o seu atendimento.

Outro desafio para 2017 é firmar o TED no primeiro semestre para garantir a execução com recursos do exercício e evitar o elevado percentual de inscrição em Restos a Pagar.

Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família

No âmbito da ação orçamentária 8573, o Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF) consistiu em uma iniciativa do Ministério da Saúde, viabilizada a partir de um acordo de empréstimo celebrado com o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), com o objetivo de apoiar, por meio de transferência de recursos financeiros fundo a fundo, a expansão, qualificação e consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos municípios com população superior a 100 mil habitantes nos estados e no Distrito Federal.

O PROESF visava ao fortalecimento da capacidade técnica de gestão das Secretarias Estaduais de Saúde, por intermédio das respectivas coordenações de Atenção Básica e fortalecimento da gestão federal e apoio às gestões estaduais, do Distrito Federal e municipais da Atenção Básica à Saúde. A Fase 1 do programa teve início em dezembro de 2003 e encerrou-se em junho de 2007. Em 2009 foi novamente firmado um acordo entre o Ministério da Saúde e o BIRD para continuidade do programa, denominada Fase 2, compreendendo o período entre novembro de 2009 até março de 2013.

Em novembro de 2012, a equipe do PROESF encaminhou uma proposta de reestruturação ao BIRD, solicitando o cancelamento dos Componentes Estadual e Municipal, como também a transferência dos recursos não desembolsados para o Componente Federal, visando estruturar a implantação do novo sistema de informação em Saúde da Atenção Básica, designado de estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), nas Unidades Básicas de Saúde de nove regiões do Projeto QUALISUS Redes, e o acordo de empréstimo foi prorrogado até dezembro de 2014. Nas reuniões realizadas com o BIRD em 2014, avaliou-se que a cobertura das equipes de Saúde da Família e os indicadores acordados para medir progresso dos objetivos de desenvolvimento não só foram atingidos, como extrapolaram as expectativas para a 3ª fase.

Não ficou acordada uma nova prorrogação do programa para 2015. Nesse sentido, foi realizado o cancelamento dos recursos não utilizados e o projeto foi finalizado em 31 de dezembro de 2014. Pelo exposto, desde 2015, a execução da ação orçamentária 8573 se dá pela realização da transferência de recursos financeiros para prestação de serviços, por meio de convênios, Termos de Execução Descentralizada (TED), contratos ou instrumentos congêneres, para fomento a estudos e pesquisas, elaboração de subsídios técnicos para organização da Atenção Básica, publicação de materiais, desenvolvimento de ações de educação permanente e capacitações, apoio técnico aos estados, municípios e Distrito Federal, desenvolvimento de estratégias e atividades inerentes à implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como também por execução direta pelo Ministério da Saúde.

Quadro VII - Identificação da Ação: 8573 - Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família

Identificação da Ação	
Código	Tipo: Atividade
Título	8573 - Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família
Objetivo	Código: 0713 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.
Programa	Código: 2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) Tipo: Temático

Unidade Orçamentária		36901 - Fundo Nacional de Saúde				
Ação Prioritária		() Sim () Não Caso positivo: () PAC () Brasil sem Miséria				
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
110.000.000	98.641.400	97.539.592	77.201.959	75.159.079	2.042.880	20.337.633
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Ente federado apoiado			Unidade	256		256
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada	
37.225.282,89	27.459.266,26	2.377.636,65				

Em 2016, a ação 8573 - Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família teve uma dotação final de R\$ 98.641.400, cuja despesa empenhada foi de R\$ 97.539.592, representando 98,88% do total disponibilizado. Além disso, a meta física programada foi realizada em 100%, permitindo o apoio a 27 Unidades Federativas. Abaixo são detalhados os Termos de Execução Descentralizada que oneraram o orçamento de 2016:

- Apoio à implantação, acompanhamento e avaliação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) - Fase 02 - Fiocruz;
- PMAQ-AB 3º Ciclo – Avaliação Externa: Realizar a verificação in loco do conjunto de padrões de qualidade dos processos de trabalho das equipes de atenção básica (EAB), equipes de saúde bucal (eSB) e núcleos de apoio à saúde da família (NASF) - 8 Instituições de Ensino e Pesquisa;
- Telessaúde – 0800: Apoiar os médicos das equipes de Saúde da Família/Atenção Básica (eSF/EAB), vinculados ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) de todo o Brasil, ao prover apoio clínico-assistencial por meio da oferta de teleconsultorias síncronas, via 0800 644 6543 - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS);
- SISMOB - 2ª Fase: Manutenção evolutiva, com desenvolvimento de novas funcionalidades nos módulos de monitoramento, administração e relatórios do SISMOB - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC);
- e-SUS AB - 2ª Fase: Manutenção evolutiva, com desenvolvimento de novos módulos, no prontuário eletrônico e nas aplicações envolvidas na Estratégia e-SUS AB - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); e
- Pastoral da Criança: Realizar projeto de intervenção estratégica da União para educação em saúde das famílias pobres na prevenção da morbimortalidade infantil e materna - Convênio com a Pastoral da Criança.

Dentre esses Termos de Execução descentralizada, destacam-se os firmados com 08 Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP) para viabilizar a Avaliação Externa (AE) do 3º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), que representam o maior volume de recursos executados na ação 8573.

A avaliação externa é uma das principais fases do PMAQ-AB. O município, ao aderir ou recontratar com o programa, assume que participará da fase de avaliação externa. Nessa etapa, um grupo de entrevistadores selecionados e capacitados pelas IEP, irá aplicar instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão. São realizadas observações por meio das visitas e entrevistas com

profissionais das equipes e verificação de documentos comprobatórios das ações desempenhadas. Os módulos aplicados na avaliação externa são divididos em seis abordagens. A saber:

- Módulo I - Observação na Unidade de Saúde, objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade de Saúde.
- Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos, objetiva obter informações sobre o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.
- Módulo III - Entrevista com o usuário da atenção básica: Avaliar acesso, utilização e participação dos usuários através de entrevistas na UBS.
- Módulo IV - Entrevista com o profissional da equipe do NASF e verificação de documentos, objetiva obter informações sobre o processo de trabalho organização do serviço.
- Módulo V - Observação na Unidade de Saúde, objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade de Saúde, com foco no trabalho da Saúde Bucal.
- Módulo VI - Entrevista com o profissional da saúde bucal e verificação de documentos, objetiva obter informações sobre o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.

Outra importante ação desenvolvida no exercício de 2016 diz respeito aos Termos de Execução Descentralizada firmados com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) para manutenção evolutiva e desenvolvimento de novos módulos e funcionalidades no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB) e Estratégia e-SUS AB. Lançado em fevereiro de 2013, o e-SUS AB contempla um conjunto de ações para qualificação das ferramentas usadas pelos profissionais da Atenção Básica, tais como: individualizar o registro das informações dos cidadãos, reduzir o retrabalho na coleta de dados, integrar informações, informatizar unidades, aprimorar a gestão e coordenar o cuidado.

Esta ação foi elaborada em consonância com a reestruturação geral dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, com a implantação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), bem como com a implementação de padrões de interoperabilidade e de informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do SUS, como definido na Portaria MS/GM nº 2.073, de 31 de agosto de 2011.

Um avanço conquistado com o e-SUS AB refere-se ao registro das atividades realizadas por todas as equipes da Atenção Básica, incluindo as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipe de Consultório na Rua (eCnaR), bem como as ações desempenhadas no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), no Programa Academia da Saúde, nas UBS Fluviais e Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), promovendo informações que auxiliam em estratégias para atenção, cuidado e promoção da saúde.

Assim sendo, a implantação do e-SUS AB permite gerenciar e alimentar automaticamente outros sistemas de informação, evitando a digitação dos mesmos dados em diversos sistemas, que além de gerar um retrabalho para os profissionais de saúde, tende a produzir informações distintas, comprometendo o monitoramento e avaliação de indicadores.

A estratégia e-SUS AB contempla o software de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) que tem o objetivo de melhorar o registro das informações, uma vez que são gravadas e recuperadas de forma eletrônica, estruturadas de forma a facilitar o processo de cuidado dos cidadãos, e ainda possibilitará a partir de 2017 a realização, por meio do Registro Eletrônico de Saúde (RES), da troca de informações entre Unidades Básicas de Saúde (UBS) que estiverem com conectividade.

Apesar dos resultados alcançados, importa esclarecer que no ano de 2015 a ação 8573 teve R\$ 56,5 milhões cancelados no final do exercício, exigindo a redução dos valores de empenho pactuados para aquele ano. Esses valores deduzidos foram agregados aos anos de

2016 e 2017, impedindo a celebração de novos TED em 2016, visto que mais de 90% do orçamento autorizado já estava comprometido com os Termos celebrados em 2015.

No tocante aos elevados valores inscritos em Restos a Pagar não Processados em 2016 o Orçamento Autorizado foi de R\$ 98,64 milhões, desse total foi empenhado R\$ 97,53 milhões e inscritos em RP o valor de R\$ 20,33 milhões, equivalente a 20,8% do empenhado.

Essa ação é utilizada para transferência de recursos financeiros para prestação de serviços por meio de convênios, termos de execução descentralizada, contratos ou instrumentos congêneres, para fomento a estudos e pesquisas, elaboração de subsídios técnicos para organização da Atenção Básica, publicação de materiais, desenvolvimento de ações de educação permanente e capacitações, apoio técnico aos estados, municípios e Distrito Federal, desenvolvimento de estratégias e atividades inerentes à implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como também por execução direta.

O Departamento de Atenção Básica realiza as descentralizações orçamentárias dos instrumentos seguindo o cronograma de desembolso acordado nos Termos de Execução Descentralizada - TED. Porém, o repasse financeiro está diretamente vinculado à execução e comprovação das metas pelas instituições convenientes.

Cabe destacar que algumas pesquisas tiveram atrasos em sua execução, fato que gerou o não processamento dos pagamentos conforme o cronograma financeiro previsto com a consequente inscrição em restos a pagar não processados.

É interessante observar que 50% dos valores inscritos em restos a pagar já foi liquidado até o mês abril/2017 e o restante tem previsão para pagamento ainda no primeiro semestre deste ano.

Emenda Individual

Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
0	400.000	400.000	0	0	0	400.000

Ainda, nesta ação orçamentária houve repasses por meio de Emenda Individual, destinada à Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família no bairro Floresta - Município de Petrópolis/RJ, com dotação final de R\$ 400.000 e cuja despesa empenhada foi de R\$ 400.000, representando 100% do total disponibilizado.

Desafios, Estratégias de Superação e Perspectivas para 2017

Para 2017, é importante garantir a continuidade da transferência de recursos financeiros para os convênios e TEDs em execução, bem como garantir a celebração de novos convênios, TEDs, contratos ou instrumentos congêneres, para fomento a estudos e pesquisas, elaboração de subsídios técnicos para organização da Atenção Básica, publicação de materiais, desenvolvimento de ações de educação permanente e capacitações, apoio técnico aos entes federativos e desenvolvimento de estratégias e atividades inerentes à implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Piso de Atenção Básica Fixo – PAB Fixo

Em 2012, a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) mudou o desenho do financiamento federal para a atenção básica, passando a combinar equidade e qualidade. Em relação à equidade, o Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) diferencia o valor per capita por município, beneficiando o município mais pobre, menor, com maior percentual de população pobre e extremamente pobre e com as menores densidades demográficas.

Nesse contexto, os recursos alocados na ação orçamentária 8577 - Piso de Atenção Básica Fixo são executados por meio de dois planos orçamentários (PO). A saber:

1.1. PO – 0000 - Piso de Atenção Básica Fixo; e

1.2. PO - 0003 – UBS.

A meta física da ação orçamentária 8577 é mensurada pelo quantitativo de municípios beneficiados com recursos que são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios.

Quadro VIII - Identificação da Ação: 8577 - Piso de Atenção Básica Fixo

Identificação da Ação						
Código		Tipo: Atividade				
Título		8577 - Piso de Atenção Básica Fixo				
Objetivo		Código: 0713 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.				
Programa		Código: 2015 - Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) Tipo: Temático				
Unidade Orçamentária		36901 - Fundo Nacional de Saúde				
Ação Prioritária		() Sim ()Não Caso positivo: ()PAC () Brasil sem Miséria				
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
5.400.000.000	4.867.000.000	4.861.434.726	4.858.929.273	4.858.929.273	0	2.505.453
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Município beneficiado			Unidade	5.570		5.570
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta		Unidade de medida	Realizada
86.959.257.07	22.186.479.98	294.097.08				

Em 2016, a ação 8577 - Piso de Atenção Básica Fixo teve uma dotação final de **R\$ 4.867.000.000**, cuja despesa empenhada foi de **R\$ 4.861.434.726**, representando **99,89%** do total disponibilizado. Além disso, a meta física programada foi realizada em **100%**, com várias ações efetivadas no âmbito dessa temática. Abaixo serão evidenciadas as ações realizadas e os resultados alcançados no âmbito de cada PO.

Execução Orçamentária dos Planos Orçamentários da Ação 8577

Plano Orçamentário (PO) - 0000 - Piso de Atenção Básica Fixo

O PO 0000 é concernente ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios. Igualmente, neste PO está abrangido o recurso repassado aos núcleos do Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica.

O Programa Telessaúde, no contexto das ações desenvolvidas no âmbito da AB, constitui-se um componente do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que objetiva ampliar a resolutividade da AB e promover sua integração com o conjunto da Rede de Atenção à Saúde.

Execução Orçamentária dos Planos Orçamentários da Ação 8577

Departamento/Ação		Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
8577 PO 0000	Piso de Atenção Básica Fixo	5.311.450.000	4.838.777.929	4.838.657.933	100,00	4.838.559.923	4.838.559.923	100,00	100,00	0	98.010

Em 2016, o PO 0000 da ação 8577 - Piso de Atenção Básica Fixo teve uma dotação final de **R\$ 4.838.777.929** cuja despesa empenhada foi de **R\$ 4.838.777.929**, representando **100%** do total disponibilizado. A meta física programada foi realizada em **100%**, representando o alcance de 5.570 municípios beneficiados, permitindo ampliação do acesso da população à atenção básica, por meio da transferência de recursos federais, com base em um valor per capita, para a prestação da atenção básica para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, levando em consideração as disparidades regionais.

No que concerne ao Programa Telessaúde, segundo a Portaria nº 2.546/2011, a qual dispõe sobre a estrutura do programa, o Telessaúde fornecerá aos profissionais e trabalhadores das Redes de Atenção à Saúde no SUS os serviços de Teleconsultoria, Telediagnóstico, Tele-educação e segunda opinião formativa, tendo como objetivo aumentar a capacidade de cuidado e da resolutividade clínica das equipes de AB, diminuir o percentual de encaminhamentos desnecessários e qualificar os necessários a serviços especializados, além de possibilitar a incorporação de tecnologia no cuidado, a integração com a Regulação do SUS e a interlocução facilitada da atenção básica com outros pontos de atenção.

Para melhorar a responsividade dos temas apresentados pelos profissionais, a Teleconsultoria pode ser realizada em duas modalidades: síncrona, realizada em tempo real, e assíncrona, realizada por meio de mensagens *off-line* que deverão ser respondidas em até 72 horas pelos teleconsultores do Núcleo. Atualmente, existem 47 núcleos de Teleconsultoria e Telediagnóstico no país, sendo que desses 37 estão ligados ao Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) e 10 ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES/MS), os quais são acompanhados em conjunto ao DAB.

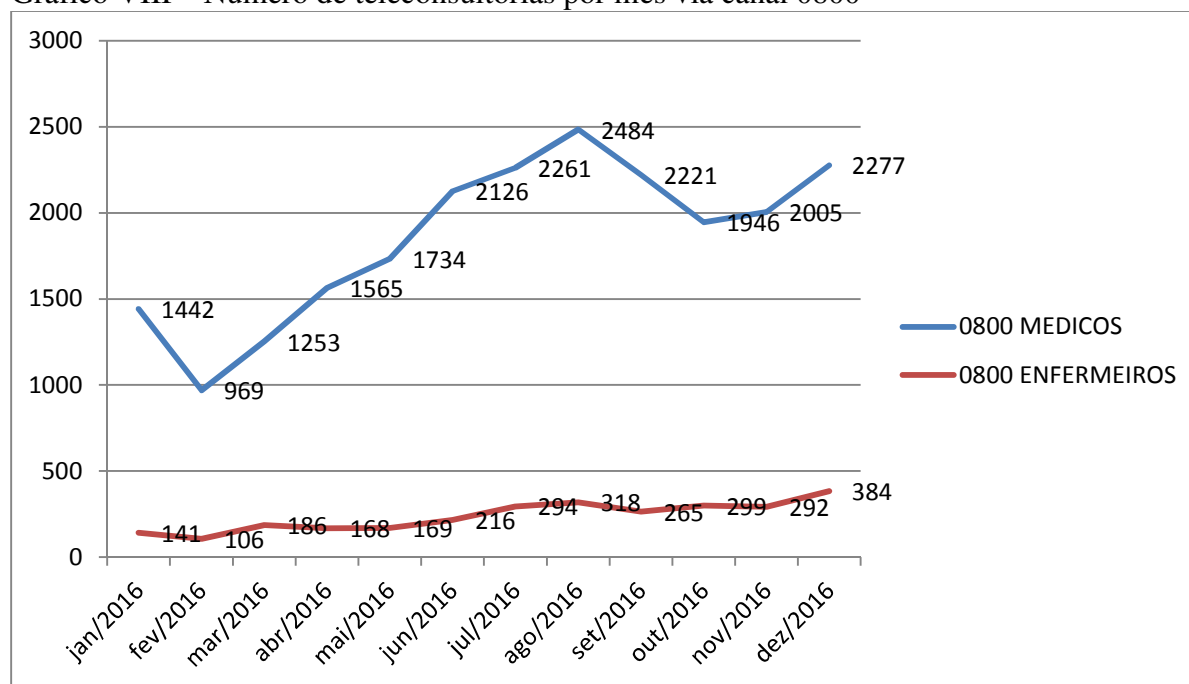
Dentre as ações realizadas ao longo do ano 2016, destaca-se o monitoramento realizado por meio do sistema de monitoramento e avaliação da Rede Telessaúde Brasil, denominado Sistema de Monitoramento e Avaliação dos Resultados do Programa Telessaúde (SMART), o qual foi desenvolvido pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Em dezembro de 2016, foram feitas revisões no SMART, culminando no lançamento da versão 3.0.

Atualmente 45 estão em funcionamento e 2 em implementação, alcançando a cobertura de 3.767 municípios, sendo 8.049 pontos ativos, os quais participaram das seguintes atividades: 61.051 teleconsultorias realizadas via síncrona e assíncrona, 535.945

telediagnósticos e 928 atividades em tele-educação, estas com 21.341 profissionais participantes.

Além dessas atividades, foi acompanhada a oferta do serviço de teleconsultoria nacional, realizado via canal 0800, em parceria com o núcleo da Universidade Federal Rio Grande do Sul (Telessaúde-RS), que busca apoiar os médicos e enfermeiros das eSF e da Atenção Básica de todo o Brasil ao prover apoio clínico-assistencial de forma síncrona. Durante o ano, foram registradas 25.121 teleconsultorias, conforme gráfico abaixo. Esse serviço foi avaliado como “ótimo/bom atendimento” por 90,9% dos solicitantes e registra-se que 64,6% dos casos de encaminhamento foram evitados.

Gráfico VIII – Número de teleconsultorias por mês via canal 0800



Fonte: Departamento de Atenção Básica - DAB/SAS/MS

Devido aos esforços do Ministério da Saúde para envolver toda a população brasileira no combate ao mosquito *Aedes aegypti* e no apoio ao cuidado e enfrentamento à microcefalia, dengue, chikungunya e zika vírus, o serviço de teleconsultoria foi expandido para o atendimento aos ACS, Agentes de Combate a Endemias (ACE) e militares, em função das ações ligadas ao Plano Nacional de Enfrentamento da Microcefalia.

Durante o ano, ocorreram 8.506 teleconsultorias relacionadas à essa temática, além de uma webpalestra com o tema “O que você sabe sobre o Zika Vírus”, realizada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que contou com 70% de profissionais participantes de nível superior e, ainda, o “Curso de Atualização no Combate Vetorial ao *Aedes aegypti*” com 18.272 profissionais matriculados.

Em outubro de 2016, foi realizado o Seminário de Telediagnóstico/Telemedicina com o objetivo de discutir diretrizes para o alinhamento da oferta nacional de Telediagnóstico/Telemedicina, com apresentação das experiências já financiadas pelo Ministério da Saúde no Programa Telessaúde Brasil Redes para incentivar medidas que promovam maior eficiência no uso de tecnologias e de comunicação ligados aos cuidados com a saúde.

Também em parceria com o Núcleo de Telessaúde do Rio Grande do Sul, o Ministério da Saúde elaborou e publicou seis protocolos de encaminhamento da AB para a atenção especializada e revisou outros dois. Os protocolos de encaminhamento são ferramentas de apoio à gestão e ao cuidado, uma vez que orientam as decisões dos profissionais médicos, assim como constituem-se em referências que subsidiam a avaliação,

pelos médicos reguladores, das solicitações de encaminhamento pela AB para outros pontos de atenção. Os protocolos revisados foram: cardiologia, endocrinologia e nefrologia, sendo este último impresso em uma tiragem de 4 mil exemplares. Os protocolos elaborados durante o ano foram: hematologia, proctologia, urologia, cirurgia torácica, pneumologia, ginecologia, reumatologia e ortopedia adulto.

Foram realizadas, ainda, ações com o intuito de aumentar a visibilidade e divulgar a oferta dos serviços de teleconsultoria, na modalidade síncrona. Para isso, foram elaboradas estratégias de comunicação via mídias sociais, bem como impressos 300 mil adesivos com o contato para acessar a teleconsultoria via 0800.

Desafios, Estratégias de Superação e Perspectivas para 2017

Em relação ao Programa Telessaúde, como providências para 2017 é essencial redesenhar o programa em parceria com a SGTES/MS, considerando a necessidade de potencializar o programa e garantir o repasse de recursos financeiros.

No que concerne ao PAB Fixo, um dos desafios observados quanto ao repasse de recursos é a necessidade de atualização da população considerada para o cálculo per capita, que atualmente considera a base populacional do IBGE referente ao ano de 2012. Nesse sentido, os municípios que tiveram aumento da população não estão recebendo os recursos de acordo com sua configuração atual, reduzindo efetivamente o financiamento da Atenção Básica.

Plano Orçamentário (PO) - 0003 – UBS

Departamento/Ação	Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
8577 PO 0003 UBS	88.550.000	28.222.071	22.776.793	80,71	20.369.350	20.369.350	89,43	89,43	0	2.407.443

Em 2016, o PO - 0003 da ação 8577 - Piso de Atenção Básica Fixo teve uma dotação final de **R\$ 28.222.071** cuja despesa empenhada foi de **R\$ 22.776.793**, representando **80,71%** do total disponibilizado.

No PO 0003 estão abarcados os recursos destinados às reformas do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS). Nesse sentido, as informações referentes ao monitoramento das obras de reforma foram abordadas juntamente com os componentes construção e ampliação de UBS, alocados na ação orçamentária 12L5, por fazerem parte do Programa Requalifica UBS.

Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde

A Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde é realizada também, por meio da ação 8581, que visa ao financiamento para implantação, aparelhamento e ampliação da rede de serviços de atenção básica de saúde (Postos, Centros de Saúde, Unidades Básicas e Unidades de Apoio à Saúde da Família); apoio técnico e financiamento para melhoria e adequação da rede de serviços caracterizada como de primeira referência para a atenção básica. A ação orçamentária é composta por recursos dirigidos à construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), construção e ampliação de UBS, bem como às demais estratégias de estruturação da Atenção Básica, sendo integrada por recursos de Programa e Emendas Parlamentares.

Sua implementação se dá de forma direta e descentralizada, abrangendo a transferências de recursos financeiros para o Distrito Federal, estados e municípios, por meio

de transferência fundo a fundo, bem como a prestação de serviços por meio de convênios, contratos ou instrumentos congêneres e a execução direta pelo Ministério da Saúde.

Quadro IX - Identificação da Ação: 8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde

Identificação da Ação						
Código		Tipo: Atividade				
Título		8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde				
Objetivo		Código: 0713 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.				
Programa		Código: 2015 - Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) Tipo: Temático				
Unidade Orçamentária		36901 - Fundo Nacional de Saúde				
Ação Prioritária		() Sim ()Não Caso positivo: ()PAC () Brasil sem Miséria				
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
38.113.246	38.113.246	36.771.911	17.796.045	17.796.045	0	18.975.866
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Serviço estruturado			Unidade	17		0
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada	
1.826.355.062,39	897.006.609,92	8.893.610,52				

Em 2016, a ação 8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde teve uma dotação final de R\$ 38.113.246, cuja despesa empenhada foi de R\$ 36.771.911, representando 96,48% do total disponibilizado. Todavia, a meta física programada para 2016 foi realizada em 0%. A respeito deste percentual, cumpre esclarecer que a meta inicialmente proposta era concernente à construção e entrega de 17 Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF), mediante Termo de Execução Descentralizada (TED) com a EMGEPRON/Marinha do Brasil.

No entanto, foi priorizada a contemplação de propostas de construção e ampliação de UBS, propostas de construção de polos do Programa Academia da Saúde, assim como a aquisição de equipamentos e material permanente para estabelecimentos de saúde.

Nesse sentido, a execução de R\$ 36,77 milhões refere-se ao empenho de obras em andamento, sendo 42 propostas de construção de UBS, 24 propostas de ampliação de UBS, 10 propostas de construção de polos do Programa Academia da Saúde, assim como 93 propostas de aquisição de equipamentos e material permanente para estabelecimentos de saúde. Destaca-se, ainda, que a construção de UBSF foi reprogramada para o exercício de 2017.

Sobre a meta, o Tribunal de Contas da União – TCU, no Acórdão nº 6619/2016, recomendou que a Secretaria de Atenção à Saúde revisasse a metodologia de apuração da meta física da ação orçamentária 8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde, considerando como meta cumprida para o produto “serviço estruturado” a efetiva construção e estruturação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), de forma a evitar distorções e descompasso entre a execução orçamentária e o cumprimento da meta física.

Quanto aos motivos dos elevados valores de Restos a pagar não Processados cumpre esclarecer **que o** orçamento da ação 8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde é composto de recursos de Programa e de Emendas Parlamentares.

Em 2016 o Orçamento Autorizado de Programa foi de R\$ 38,11 milhões. Desse total foi empenhado R\$ 36,77 milhões e inscrito em restos a pagar não processados o valor de R\$ 18,98 milhões, o equivalente a 52% do valor empenhado.

Já o orçamento empenhado de emendas parlamentares foi de R\$ 948,15 milhões. Desse montante, R\$ 662,93 milhões foram inscritos em restos a pagar, o que representa 69% da despesa empenhada.

Os recursos da ação 8581 visam o financiamento para a adequação e ampliação da rede de serviços de atenção básica de saúde; apoio técnico e financiamento para melhoria e adequação da rede de serviços caracterizada como de primeira referência para a atenção básica.

Para isso, o Ministério da Saúde realiza transferência de recursos financeiros para o Distrito Federal, Estados e Municípios por meio de transferência fundo a fundo; execução direta pelo Ministério da Saúde por meio de convênios, contratos ou instrumentos congêneres.

A execução das obras fundo a fundo, com portaria de habilitação publicada até 2017, é realizada por meio de pagamento de parcelas que ocorre conforme a superação de etapas da obra, dependendo, portanto, da gestão local.

Os convênios, por sua vez, têm cronograma de execução, sendo que o ritmo de pagamento depende do nível de execução.

Anualmente são habilitadas propostas do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – UBS (construção e ampliação de UBS), do Programa de Academia da Saúde (construção de Polos de Academia da Saúde), e propostas para aquisição de Equipamentos e Material Permanente.

Após publicação das portarias de habilitação dos componentes citados acima, os valores das propostas são empenhados em sua integralidade em consonância com as Portarias que definem cada componente. No entanto, a liberação dos recursos financeiros é realizada gradativamente após o cumprimento de critérios e etapas de execução das obras o que justifica o elevado percentual de inscrição em restos a pagar não processados inscritos em cada exercício e especialmente em 2016.

Nos casos das propostas de **Construção de UBS** e **Construção de Academia da Saúde** os valores aprovados são repassados em 3 (três) parcelas conforme estabelecido pela Portarias GM/MS nº 340, de 04 de março de 2013 e Portaria GM/MS nº 1.707, de 23 de setembro de 2016, que redefiniu os componentes estabelecendo os percentuais de 20%, 60% e 20% para pagamento das parcelas, portanto em 2016 foi liberado apenas o valor referente à primeira parcela (20% do valor da proposta), ficando o restante inscrito em restos a pagar.

Em relação ao componente **Ampliação de UBS**, redefinido pela Portaria GM/MS nº 339, de 04 de março de 2013, o repasse dos recursos é realizado em 2 (duas) parcelas, sendo 20% e 80% para a 1ª e 2ª parcelas respectivamente. Assim, a 1ª parcela foi paga em 2016 e a 2ª parcela ficou, também, inscrita em RP.

Já para as propostas de **Equipamentos** habilitadas pelos critérios da Portaria GM/MS nº 3.134, de 17 de dezembro de 2013, em sua maioria financiada com recursos de emendas parlamentares, o valor total da proposta é empenhado, em parcela única, logo após a publicação da portaria de habilitação e o pagamento realizado após a autuação dos processos e liberação de pagamento pelo Departamento de Atenção Básica.

Por fim, é importante relatar que o nível de execução financeira também é restringido pela disponibilidade de limite financeiro, concorrendo os diversos compromissos do Ministério da Saúde.

Emenda Individual da ação 8581

Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2015	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
0	1.259.805.924	948.154.490	285.225.364	285.225.364	0	662.929.126

Ainda, nesta ação orçamentária houve repasses através de **Emenda Individual**, com dotação final de R\$ 1.259.805.924 e cuja despesa empenhada foi de R\$ 948.154.490, representando 75,26% do total disponibilizado.

Emenda de Comissão da ação 8581

Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2015	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
0	2.000.000	250.000	0	0	0	250.000

Igualmente, na ação 8581 também houve repasses através de Emenda de Comissão, com dotação final de **R\$ 2.000.000** e cuja despesa empenhada foi de R\$ **250.000**, representando **12,50 %** do total disponibilizado.

Desafios, Estratégias de Superação e Perspectivas para 2017

- Garantir a construção e entrega de Unidades Básicas de Saúde Fluviais; e
- Desenvolver instrumentos para apoio à gestão;
- Promover iniciativas com vistas à melhorar a execução dos entes federados.

Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada

O Brasil Sorridente - Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) - tem mudado a Atenção da Saúde Bucal no Brasil, de modo a garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira, reunindo uma série de ações para ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Suas principais linhas de ação são:

- a) Reorganização da Atenção Básica em saúde bucal, principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família; e
- b) Ampliação e qualificação da Atenção Especializada, em especial com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD).

O programa contempla ainda o Brasil Sorridente Indígena e apresenta interface com outras ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, o que ajuda a compreender seu alcance.

A ação orçamentária 8730 - Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada é dividida em dois planos orçamentários (PO). A saber:

PO – 0000 - Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada

PO – 0003 - Programa Viver Sem Limite

Quadro X - Identificação da Ação: 8730 - Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada

Identificação da Ação						
Código		Tipo: Atividade				
Título		8730 - Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada				
Objetivo		Código: 0713 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.				
Programa		Código: 2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) Tipo: Temático				
Unidade Orçamentária		36901 - Fundo Nacional de Saúde				
Ação Prioritária		() Sim () Não Caso positivo: () PAC () Brasil sem Miséria				
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
243.484.811	220.000.000	198.591.270	196.158.576	196.021.999	136.577	2.432.694
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Unidade equipada			Unidade	1.149		1.072
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada	
25.687.875,61	6.727.563,35	4.402.904,30				

Em 2016, a ação 8730 - Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada teve uma dotação final de R\$ 220.000.000, cuja despesa empenhada foi de R\$ 198.591.270, representando 90,27% do total disponibilizado. Além disso, a meta física programada para 2016 foi realizada em 93,299%, com várias ações efetivadas no âmbito dessa temática.

Execução Orçamentária dos Planos Orçamentários da Ação 8730

Departamento/Ação		Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
8730 PO 0000	Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada	226.384.811	202.900.000	187.052.280	92,19	184.628.386	184.491.976	98,70	98,63	136.410	2.423.894

Em 2016, o PO - 0000 da ação 8730 - Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada teve uma dotação final de R\$ 202.900.000 cuja despesa empenhada foi de R\$ 187.052.280, representando 92,19 % do total disponibilizado.

Departamento/Ação		Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
8730 PO 00	Viver sem limite	17.100.000	17.100.000	11.538.990	67,48	11.530.190	11.530.023	99,92	99,92	167	8.800

Em 2016, o PO - 0003 da ação 8730 - Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada teve uma dotação final de R\$ 17.100.000 cuja despesa empenhada foi de R\$ 11.538.990, representando 67,48% do total disponibilizado.

Emenda Individual da ação 8730

Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
0	10.500.049	3.176.802	0	0	0	3.176.802

Ainda, nesta ação orçamentária houve repasses através de Emenda Individual, com dotação final de **R\$ 10.500.049** e cuja despesa empenhada foi de **R\$ 3.176.802**, representando **30,25%** do total disponibilizado.

Entre as estratégias contempladas pelo PO 0000 está a expansão e manutenção do funcionamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Em 2016, o Brasil chegou ao quantitativo de **1.072** CEO implantados, correspondendo à execução de **93%** da meta programada para o exercício, e representando 39 novos CEO em funcionamento. Esse fato evidencia que grande parte dos recursos do PO foi dedicada à manutenção do incentivo de custeio repassado aos gestores para despesas dos CEO, sendo pouco empregada para a expansão de serviços em funcionamento.

Tal panorama destaca como nó crítico no ano de 2016 a baixa expansão dos CEO, o que acarreta prejuízos à população, tais como: perdas dentárias, baixa efetividade do tratamento em saúde bucal, entre outros. Através dos serviços ofertados por esses centros é possível realizar o cuidado de modo integral, pelo fato de darem continuidade aos tratamentos iniciados na Atenção Básica e que necessitam de intervenção especializada nas áreas de periodontia, endodontia, diagnóstico bucal, cirurgia oral menor e atendimento às pessoas com deficiências.

Portanto, se o quadro de expansão dos CEO não for melhorado, pode-se ter um cenário de cobertura insuficiente dos serviços especializados em saúde bucal, o que em médio e longo prazo poderá deflagrar uma piora na qualidade de vida dos cidadãos em função da incompletude do cuidado em saúde bucal, com possível aumento do número de perdas dentárias.

Não obstante ao que foi dito, deve-se destacar os CEO aderidos ao PMAQ CEO. A adesão induz a melhoria do acesso e da qualidade da atenção ofertada pelos CEO, repercutindo em benefícios diretos para a população. Através do programa, os CEO são avaliados e certificados segundo o grau de atendimento aos padrões de qualidade e, com isso, obtêm um desempenho pelo qual passam a receber mais um incentivo de custeio proporcional a cada faixa de desempenho alcançada.

Portanto, o ano de 2016 marcou a adesão a mais um ciclo do PMAQ CEO, quando foram homologadas a adesão de 953 CEO que contratualizaram/ recontratualizaram através da publicação da Portaria GM nº 1.814, de 07 de outubro de 2016, sendo esse um ganho evidente no desenvolvimento das ações contempladas por essa ação orçamentária.

Quanto ao PO 0003, destaca-se que este plano orçamentário é destinado ao custeio dos CEO que integram a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD). Esses CEO disponibilizam 40h semanais para atendimento ambulatorial para pessoas com deficiência, ampliando o acesso potencial ao cuidado em saúde bucal para esse público. Até o final de 2016, foram 490 adesões à RCPD, o que demandou esforços no acompanhamento do funcionamento para a qualificação desses serviços, como o monitoramento da produção e apoio da gestão federal e estadual para os municípios. A meta prevista pelo PPA 2016-2019 é de 500 novos CEOs aderidos à RCPD no período, sendo que para 2017 a previsão é de aproximadamente 300 novas adesões.

As ações relativas à ampliação do acesso aos procedimentos reabilitadores se dão no âmbito das habilitações de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). O exercício de 2016 foi encerrado com 1.841 LRPD, apresentando uma pequena expansão de 71 municípios habilitados a ofertarem o serviço de próteses dentárias em relação a 2015. Em 2016 as ações foram direcionadas à qualificação dos laboratórios em funcionamento. A previsão do PPA 2016-2019 é habilitar aproximadamente 700 novos LRPD no período. Para tanto, espera-se que em 2017 pelo menos 200 novos LRPD sejam habilitados. Cabe registrar que até novembro de 2016 o quantitativo de próteses dentárias ofertadas no SUS foi de 617.569.

Além disso, outra importante ação executada no ano de 2016 foi o início da implantação do programa GraduaCEO, novo componente da PNSB desenvolvido por meio de uma parceria entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação, com ações e serviços de saúde bucal a serem desenvolvidos e prestados pelas Instituições de Ensino Superior (IES) com curso de graduação em odontologia. A estratégia permitirá que a Rede de Atenção à Saúde Bucal seja ampliada e, ainda, que haja o desenvolvimento da teoria aliada à prática para os graduandos e futuros profissionais.

Podemos destacar o aumento de ações positivas realizadas em 2016 no âmbito do Programa Brasil Sorridente que podem repercutir na ampliação do acesso à Rede de Atenção à Saúde Bucal, do contrário, há riscos de baixa qualidade dos serviços prestados, baixa resolutividade e o comprometimento da integralidade da atenção à saúde, gerando um cenário de demandas crescentes, consequentes filas de espera e agravamento dos quadros individuais e coletivos da população dos territórios.

Desafios, Estratégias de Superação e Perspectivas para 2017

O PPA prevê que até 2019 sejam implantados 500 novos CEO. Para tanto, pretende-se, em 2017, induzir a expansão de aproximadamente 100 CEO e o aperfeiçoamento do funcionamento dos mais de 1.070 CEO já implantados no Brasil. Como iniciativas voltadas para essa qualificação, pode-se citar o desenvolvimento das ações previstas no âmbito do PMAQ CEO, tais como a realização de oficinas com gestores para discussão dos pontos críticos da qualidade de atenção ofertada e a disponibilização de dispositivos que aperfeiçoem o monitoramento de indicadores; e também, para todos de um modo geral, o desenvolvimento de ferramentas que melhorem a regulação do acesso aos CEO e que apoiem a gestão do cuidado desenvolvida tanto pelas equipes de saúde bucal quanto pelos Centros Especializados, a exemplo da indução da utilização de prontuário eletrônico nessa ação.

Além disso, tem-se como perspectiva de crescimento para o ano de 2017 o aumento no quantitativo das ações, otimização dos recursos disponíveis, qualificação dos gestores e serviços existentes, aperfeiçoamento no monitoramento e avaliação das produções realizadas por estados e municípios, investimento em sistemas de informação que aperfeiçoem as atividades desenvolvidas, continuidade no compromisso de doação de equipamentos para as equipes de Saúde Bucal, investimentos de esforços para o GraduaCEO e demais ações contempladas pelo Programa.

4.3.1.1.2 Política Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) foi instituída por meio da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que disciplina os objetivos, as diretrizes, bem como as responsabilidades do Ministério da Saúde, do Ministério da Justiça, dos estados e do Distrito Federal, representados pelas secretarias de saúde, de justiça ou congêneres e dos municípios. As normas de operacionalização dessa política estão disciplinadas pela Portaria GM/MS nº

482, de 1º de abril de 2014. Adicionalmente, a Portaria nº 305, de 10 de abril de 2014, estabelece normas para cadastramento das equipes no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, a PNAISP prevê que os serviços de saúde no sistema prisional passem a ser ponto de atenção da RAS do SUS, qualificando também a Atenção Básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde pela rede.

A transferência de recursos financeiros está condicionada à habilitação de equipes de Atenção Básica Prisional (EABp) previamente cadastradas no SCNES. A EABp apresenta composição multiprofissional e com responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade, devendo realizar suas atividades nas unidades prisionais ou nas unidades básicas de saúde a que estiver vinculada. O número de pessoas custodiadas e o perfil epidemiológico dessas pessoas determinarão as modalidades de equipe, bem como suas respectivas cargas horárias. As equipes podem se organizar em cinco modalidades, o que definirá o repasse dos recursos financeiros.

Quadro XI - Identificação da ação: 20B1 – Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

Identificação da Ação							
Código		Tipo: Atividade					
Título		20B1 - Serviços de Atenção à Saúde da População do Sistema Penitenciário Nacional.					
Iniciativa		Ampliação do número de equipes de atenção básica prisional - EABP.					
Objetivo		Código: 0713 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.					
Programa		Código: 2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) Tipo: Temático					
Unidade Orçamentária		36901 - Fundo Nacional de Saúde					
Ação Prioritária		() Sim ()Não Caso positivo: ()PAC () Brasil sem Miséria					
Lei Orçamentária 2016							
Execução Orçamentária e Financeira							
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016		
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados	
48.500.000	54.633.597	53.695.875	53.695.875	52.888.175	807.700	0	
Execução Física							
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante			
				Previsto	Reprogramado	Realizado	
Equipe constituída			Unidade	421		249	
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores							
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas				
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida		Realizada	
5.623.910,02	11.951,66	7.218,36					

Em 2016, a ação orçamentária 20B1 – Serviços de Atenção à Saúde da População do Sistema Penitenciário Nacional teve uma dotação final de **R\$ 54.633.597**, cuja despesa empenhada foi de **R\$ 53.695.875** representando **98,28%** do total disponibilizado.

Importa esclarecer que as competências³¹ de setembro a dezembro de 2015 oneraram o orçamento 2016 da Ação 20B1. Nesse sentido, do orçamento aprovado na LOA nº 13.255/ 2016, R\$ 13,5 milhões refere-se às supracitadas competências, o que significou 27,8% do orçamento comprometido com reconhecimento de dívida.

Deste modo, o saldo orçamentário disponível se mostrou insuficiente para o pagamento de todas as competências do ano de 2016, dentro do exercício, o que poderia gerar prejuízos aos estados e municípios que fazem jus ao recebimento dos recursos financeiros.

Este fato motivou a solicitação de reprogramação da meta física da ação durante o 1º ciclo de monitoramento do SIOP, alterando de 421 para 300 equipes/serviços constituídos, uma vez que o orçamentário disponível seria insuficiente para a manutenção das equipes/serviços já existentes, bem como para a expansão de novas equipes. No entanto, a solicitação de reprogramação da meta física não foi acatada e a meta inicial de 421 equipes/serviços constituídos para prestação da atenção básica às pessoas privadas de liberdade foi mantida, o que gerou um descompasso entre a meta física e financeira.

Para cumprir os compromissos assumidos, foi necessário solicitar a suplementação de R\$ 6,1 milhões na ação 20B1, a fim de permitir o pagamento das competências concernentes ao ano de 2016 no exercício. Contudo, mesmo com o incremento da dotação não foi possível a habilitação de novas equipes de Atenção Básica Prisional, devido ao comprometimento do saldo orçamentário e financeiro.

Conforme demonstrado na tabela abaixo, os quantitativos de equipes/serviços que recebem recursos federais variam em todas as competências financeiras por causas multifatoriais, a exemplo das inconsistências geradas durante a alimentação de dados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, bem como pelos motivos de suspensão de recursos elencados na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como nas situações em que forem constatadas irregularidades por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS ou dos Órgãos de Controle competentes.

Tabela XIV - Nº de equipes/serviços que receberam recursos federais ao longo do ano de 2016.

Ano	Mês	Equipes de saúde prisional
2016	Janeiro	293
2016	Fevereiro	290
2016	Março	295
2016	Abril	289
2016	Maiο	288
2016	Junho	287
2016	Julho	265
2016	Agosto	260
2016	Setembro	255
2016	Outubro	260
2016	Novembro	258
2016	Dezembro	249

Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS).

³¹ Entende-se por competência financeira o período de apuração do quantitativo físico a ser pago no mês subsequente.

Também há a suspensão de recursos nos casos em que for constatado o descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes e por ausência de alimentação de dados nos sistemas de informação definidos pelo Ministério da saúde. Ainda o MS suspende o repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica aos municípios e ao Distrito Federal, quando: I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação; II - For detectada, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

Esses motivos revelam que o cumprimento dos requisitos é de responsabilidade gestores dos estados, Distrito Federal e municípios. Deste modo, o número de equipes que cumprem estes requisitos é flutuante, com diferenças significativas no decorrer dos meses. Quanto à meta física realizada, esta é mensurada pelo quantitativo de equipes/serviços beneficiados com o repasse de recursos federais. Na competência dezembro/2016 tem-se **249** equipes/serviços beneficiados com o repasse desses recursos, representando 59,14% da meta inicial.

Cumprir registrar que este quantitativo não representa o número de equipes/serviços habilitados, todavia, o repasse dos recursos está condicionado ao cumprimento de requisitos pelos municípios, estados e Distrito Federal, de acordo com a legislação específica. Ressalta-se, ainda, que em dezembro de 2016 estavam habilitadas 316 equipes/serviços, sendo 197 pertencentes ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) e 119 pertencentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

No que tange à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional, a expectativa é que a PNAISP possa garantir uma cobertura assistencial mais significativa da população que se encontra sob custódia no país, possibilitando a integração de diversas estratégias do SUS e a focalização das ações. Neste contexto, entende-se que, apesar dos números apresentados, o ano de 2016 não representou muitos avanços na transição do PNSSP para a PNAISP.

A PNAISP foi mantida e foram feitos esforços para consolidá-la com a adesão dos Estados de Roraima e Sergipe e 44 (quarenta e quatro) municípios distribuídos em 14 Unidades Federativas (BA, GO, MA, MS, PA, PI, PR, RJ, RN, RS, SC, SP e TO). Contudo, conforme abordado anteriormente, não houve novas equipes habilitadas no ano de 2016.

Importa ressaltar que a transição do PNSSP para a PNAISP representa grande incremento dos valores unitários mensais de custeio das equipes e serviços de saúde do sistema prisional, que atualmente são de R\$ 1.890,00, para até 100 pessoas privadas de liberdade e de R\$3.780,00, de 101 a 500 pessoas privadas de liberdade, passando para valores que podem chegar até R\$ 73.014,93 mensais, dependendo da composição da equipe.

Neste sentido, foi publicada a Portaria Interministerial nº 24, de 5 de janeiro de 2017, que prorrogou até o dia 31 de dezembro de 2017, o prazo do art. 21 da Portaria Interministerial 1/MS/MJ, de 2 de janeiro de 2014, conferido aos entes federativos para a adequação à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

Em virtude da dificuldade em se alcançar a meta, o MS está estudando critérios de priorização para habilitação de equipes.

O Ministério da Saúde também tem concentrado esforços no aprimoramento do sistema de coleta da produção da atenção básica por meio do e-SUS AB, que engloba a produção das equipes de saúde habilitadas para prestar a assistência à saúde da população privada de liberdade. Estas informações estão sendo monitoradas no sentido de verificar a correta alimentação dos sistemas e de apoiar as equipes que não estão produzindo ou alimentando as informações de forma correta, visando à otimização dos recursos da assistência prestada.

Neste contexto do e-SUS AB, no ano de 2016 foram realizadas webconferências com 38 municípios distribuídos em 11 Unidades Federativas, com a finalidade de apoiar o uso deste sistema por essas equipes, uma vez que a Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014, estabelece que o Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes às equipes e aos serviços que não registrarem suas ações de saúde no sistema de informação por 90 (noventa) dias consecutivos.

Outras Ações Realizadas no Âmbito da Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

Também em 2016, a população privada de liberdade foi incluída entre o público-alvo de vacinação contra a influenza, dada a condição de confinamento em que vivem os presidiários, o que aumenta o risco de difusão de vírus. O número de vacinados foi de 722,947, sendo 627,429 presos e 95.518 funcionários de presídios, visto que uma epidemia de gripe dentro de um presídio agregaria complicadores e grandes custos ao tratamento.

Como estratégia de qualificação para o cuidado em saúde das pessoas privadas de liberdade, em março de 2015 o Ministério da Saúde lançou o curso à distância em Saúde Prisional, o qual foi organizado em parceria com a UFSC. Este projeto foi finalizado no ano de 2016 com a realização de curso remanescente do cronograma dos anos anteriores que objetivou orientar metodologia para estudos permanentes de necessidades educacionais de pessoas que trabalhem no contexto da PNAISP e ofertar oportunidades concretas de educação complementar para o trabalho das equipes que atendam à população feminina encarcerada.

Vale ressaltar que os entes federados foram apoiados por meio de ações conjuntas entre Ministérios e Secretarias para ampliação dos processos de implementação e qualificação das políticas públicas relacionadas ao contexto da saúde prisional. Tal ação ocorreu por meio de visitas técnicas in loco, videoconferências, dentre outros instrumentos de comunicação.

Entre as atividades previstas para o ano de 2017, está a organização de um treinamento à distância para os serviços e equipes do Sistema Prisional, objetivando que os dados sejam alimentados de forma sistemática e com maior fidedignidade, aumentando a qualidade da informação dos bancos de dados. Assim, esses dados estarão disponíveis para análises futuras que, associadas a outras informações originadas de sistemas de monitoramento epidemiológico como SINAN e SIM, poderão fornecer um panorama preliminar do impacto da atenção atualmente prestada.

Além disso, tem-se a expectativa de publicar uma atualização da cartilha sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) com todas as orientações relativas a este segmento da saúde.

Desafios, Estratégias de Superação e Perspectivas para 2017

- Qualificar a alimentação e utilização do e-SUS AB pelas equipes de saúde no sistema prisional;
- Estabelecer critérios de priorização para habilitação de novas equipes;
- Adequar a PNAISP aos parâmetros mais próximos da Política Nacional de Atenção Básica;
- Fomentar o envolvimento da atenção básica estadual e municipal no tema de saúde prisional;
- Propor a qualificação dos dados epidemiológicos relacionados à saúde no sistema prisional pelo SINAN; e
- Expandir para 484 o total de equipes de saúde prisional implantadas, conforme disposto no PPA 2016-2019, visando viabilizar a transição das equipes pertencentes ao PNSSP para a PNAISP.

Ação 20YI PO – 0009 - Implementação da Política de Atenção Integral à Saúde Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

Departamento/Ação		Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
20YI PO 0009	Implementação da Política de Atenção Integral à Saúde Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional	1.290.000	1.290.000	0	0,00	0	0	0	0	0	0

Um dos problemas fundamentais para a efetivação de políticas públicas voltadas à saúde das pessoas privadas de liberdade é a superação das dificuldades impostas pela própria condição de confinamento, que dificulta o acesso às ações e serviços de saúde de forma integral e efetiva. A consequência econômica e social dessa desconformidade implicou, por parte do Governo Federal, a elaboração e pactuação de uma política que considerasse, primariamente, o princípio do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas privadas de liberdade.

Assim, sob essa ótica, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, com o objetivo de ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população privada de liberdade, fazendo com que cada unidade básica de saúde prisional passasse a ser visualizada como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

A PNAISP fundamenta-se em uma base legal que abrange questões de organização, metodologia e de funcionamento do SUS, destacando-se as ações de gestão, planejamento, controle e avaliação como importantes fontes de conhecimento para aperfeiçoar os processos de trabalho que apoiam a execução das ações realizadas pelas equipes de saúde prisional.

Nesse contexto estão inseridas as ações desenvolvidas por meio do plano orçamentário (PO) 0009, alocado na ação 20YI. Sua execução se dá pela transferência de recursos financeiros para prestação de serviços, por meio de convênios, Termos de Execução Descentralizada (TED), contratos ou instrumentos congêneres, para fomento a estudos e pesquisas, elaboração de subsídios técnicos, desenvolvimento de ações de educação permanente e capacitações, apoio técnico aos estados, municípios e Distrito Federal, desenvolvimento de estratégias e atividades inerentes à implementação da PNAISP, como também por execução direta pelo Ministério da Saúde.

Em 2016, o PO - 0009 da ação Implementação de Políticas de Atenção à Saúde teve uma dotação final de R\$ 1.290.000,00 cuja despesa empenhada foi de R\$ 0,00, representando 0,00% do total disponibilizado.

Importa registrar que estava em tramitação um Termo de Execução Descentralizada, que seria firmado com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O TED visava ao desenvolvimento de proposta de educação permanente para a oferta de capacitação para, no mínimo, 1.000 profissionais atuantes no âmbito da PNAISP nas 27 Unidades Federativas.

Devido aos processos inerentes à aprovação e tramitação do Termo de Execução Descentralizada, não foi possível executar a atividade prevista em 2016. Destaca-se que a atividade foi reprogramada para o exercício de 2017.

Desafios, Estratégias de Superação e Perspectivas para 2017

1. Firmar TED para o desenvolvimento de proposta de educação permanente para a oferta de capacitação para, no mínimo, 1.000 profissionais atuantes no âmbito da PNAISP nas 27 Unidades Federativas;
2. Apoiar, tecnicamente, os estados, municípios e o Distrito Federal na implementação da PNAISP em consonância com as diretrizes e princípios da Atenção Básica;
3. Garantir a atualização técnica do arcabouço legal que envolve a atenção à saúde no sistema prisional;
4. Produzir materiais educacionais de apoio didático-pedagógico sobre atenção à saúde da população privada de liberdade;
5. Criar um acervo público e colaborativo de materiais educacionais para a PNAISP.
6. Instrumentalizar processos de gestão do SUS no sistema prisional;
7. Definir as diretrizes técnicas para a expansão do uso do e-SUS AB, prontuário eletrônico e outros sistemas nacionais de informações para as equipes de saúde que atuam no sistema prisional;
8. Pactuar com os estados, municípios e Distrito Federal ações de planejamento, monitoramento e avaliação da PNAISP aplicáveis às equipes de saúde do Sistema Prisional; e
9. Definir de instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto na implementação da PNAISP no país.

4.3.1.1.3 Política Nacional de Sangue e Hemoderivados

Gestão e Estratégia de Atuação

A Área Técnica de Sangue e Hemoderivados (CGSH) é a área do Ministério da Saúde (MS) responsável pela gestão do Sistema Nacional de Sangue (SINASAN) e na sua Identidade Estratégica.

A Política de Sangue, Hemocomponentes e Hemoderivados está contemplada no Planejamento Estratégico do MS no Programa Temático - “Fortalecimento do SUS”, na Diretriz Temática “Garantia de acesso universal aos serviços de atenção básica e especializada em saúde, com foco na integralidade e qualidade do atendimento e no fortalecimento do Sistema Único de Saúde – SUS”, visando garantir a disponibilidade de hemocomponentes à atenção especializada, e à atenção integral às pessoas portadoras de doenças hematológicas”.

Desde o ano de 2010, como estratégia de gestão, a CGSH definiu a consolidação de um Sistema de Gestão da Qualidade/SGQ e buscou alternativas para o alcance de certificação externa (Norma ABNT NBR ISO 9001:2008) de vários dos seus processos de trabalho, contribuindo significativamente na qualificação da sua gestão.

Para a consecução das atividades a CGSH definiu por meio do seu Planejamento Estratégico 2016/2019, quatro eixos prioritários para a sua gestão: Fortalecimento do processo de gestão do SINASAN; Qualificação técnica e gerencial; Incorporação tecnológica e Atualizar o sistema de gestão da CGSH, com base na norma NBR ISO 9001:2015.

O financiamento para implementação e fortalecimento da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados se dá por intermédio do co-financiamento entre as instâncias federativas, prática que atende ao princípio da descentralização, no qual cada esfera

governamental tem sua parcela de contribuição para a organização e estruturação dos serviços de saúde, neste caso, os serviços de hemoterapia e hematologia.

Monitoramento, Controle e Avaliação de Resultados - E-CAR

A seguir, serão apresentados os resultados informados no sistema E-CAR, em dezembro de 2016, demonstrando a execução das metas e dos resultados propostos para a área de Sangue e Hemoderivados no PPA 2016-2019.

Objetivo 0713: Ampliar e qualificar o acesso de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimoramento a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.

Meta 04DQ: *Disponibilizar teste de ácido nucléico – NAT brasileiro para HIV, HBV e HCV para 100% das doações de sangue realizadas no âmbito do SUS* - No período de janeiro a dezembro de 2016, foram testadas 3.025.030 milhões de amostras com o NAT Brasileiro. A estimativa anual nacional é de 3.500.000 coletas no SUS (público e privado contratado).

Destaca-se que apesar da realização do Teste na triagem de doadores de sangue está previsto em Portaria, não é obrigatório à utilização do NAT Brasileiro. O gestor local pode optar por outro fornecedor do Kit NAT.

Iniciativa 02PM: Fortalecimento dos serviços no âmbito do SUS para atendimento das necessidades de saúde relacionadas à Atenção Hemoterápica e Hematológica.

Iniciativa: *Qualificar 1.161 serviços de hematologia e hemoterapia públicos, em 04 anos, por meio dos Programas Nacional e Estadual de Qualificação da Hemorrede – PNQH / PEQH, sendo: 2016 – 166 serviços; 2017 – 249 serviços; 2018 – 332 serviços e 2019 – 414 serviços* - No período de janeiro a dezembro de 2016 foram avaliados e assessorados pelo PNQH/PEQH, 366 serviços. A meta física executada superou a meta prevista devido ao importante investimento na formação *in loco* de avaliadores regionais nas hemorredes estaduais.

Assim, em 2016, o PNQH foi implantado e implementado, no âmbito nos hemocentros coordenadores e da estadualização do Programa - PEQH, em 366 serviços, ultrapassando o resultado esperado em 200 serviços, representando o alcance de 220,4% do que foi proposto.

Objetivo 0726: Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Meta 026F: *Disponibilizar 3,0 UI de Fator VIII per capita (hemofilia A) e 0,8 UI de Fator IX per capita (hemofilia B), por ano, para atendimento aos pacientes portadores de doenças hemorrágicas hereditárias* –

A CGSH disponibilizou 3,35 UI Fator VIII, considerando a distribuição dos fatores plasmático e recombinante, armazenados e distribuídos pelos CAIES/MS e Hemobrás e 0,56 UI Fator IX, considerando o Fator IX plasmático distribuído e armazenado no CAIES/MS e Hemobrás.

Metas do PPA 2016-2019, para o exercício de 2016

Atividade/Projeto: Disponibilização de medicamentos pró-coagulantes para atendimento aos pacientes com doenças hemorrágicas hereditárias.

Meta: 3 UI de Fator VIII per capita (Hemofilia A) e 0,8 UI de Fator IX per capita (Hemofilia B) distribuídos anualmente aos pacientes hemofílicos.

A CGSH disponibilizou em 2016, 3,35 UI Fator VIII, considerando a distribuição dos fatores plasmático e recombinante, armazenados e distribuídos pelos CAIES/MS e Hemobrás e 0,56 UI Fator IX, considerando o Fator IX plasmático distribuído e armazenado no CAIES/MS e Hemobrás.

No que se refere a disponibilização do Fator IX, informamos, que o não alcance da meta ocorreu por motivo do não atingimento da reestruturação do estoque de segurança desejável no programa, porém, a demanda requerida para tratamento dos pacientes pelos estados foi atendida.

Atividade/Projeto: Implantação do teste NAT para HIV, HCV e HBV para 100% das doações de sangue realizadas no âmbito do SUS.

Meta: 100% de bolsas de sangue testadas com o teste NAT para assistência e matéria prima para indústria.

Em 2016 foram testadas 3.025.030 milhões de amostras com o NAT Brasileiro. A estimativa anual nacional é de 3.500.000 coletas no SUS (público e privado contratado).

Atividade/Projeto: Qualificação dos serviços públicos que prestam atenção hematológica e hemoterápica com ênfase na infraestrutura, gestão, qualidade da produção e assistência.

Meta: Qualificar 166 serviços de hematologia e hemoterapia públicos, por meio dos Programas Nacional e Estadual de Qualificação da Hemorrede.

No Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede, no âmbito dos hemocentros coordenadores e da estadualização do Programa, implementado e/ou implementado em 366 serviços, em 2016.

O item a seguir abordará a gestão orçamentária da área, contemplando desde a descrição das ações orçamentárias no orçamento federal, a relação existente entre execução física e orçamentária, os resultados alcançados e as principais dificuldades enfrentadas até os desdobramentos da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados, com ênfase nos seus efeitos e impactos.

Gestão Orçamentária dos recursos da Área de Sangue e Hemoderivados

O financiamento dos serviços de hematologia e hemoterapia, no que concerne aos investimentos em equipamentos, materiais permanentes, qualificação da força de trabalho e dos serviços de hematologia e hemoterapia e estruturação física da rede têm como objetivo qualificar a produção de hemocomponentes, de plasma para indústria e a assistência prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa iniciativa integra o esforço governamental na implementação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados e está pautada como estratégia para o alcance das metas pactuadas no Plano Plurianual, 2016-2019.

Os recursos orçamentários constantes do PPA 2016-2019, destinados à Área de Sangue e Hemoderivados contemplam as seguintes ações:

- 2015.4295 - Atenção aos Pacientes Portadores de Doenças Hematológicas;
- 2015.7690 - Estruturação dos Serviços de Hematologia e Hemoterapia;
- 2015.6516 - Aperfeiçoamento e Avaliação dos Serviços de Hematologia e Hemoterapia.

Atividades desenvolvidas e principais resultados alcançados:

Os recursos disponibilizados para o exercício de 2016, por ação orçamentária, da ordem de R\$ 1.336.410.000,00, os dados confirmam a disponibilidade de maior volume de recursos do que os constantes do orçamento de 2015 que foram R\$ 858 milhões, representando um acréscimo de 63% em relação ao exercício anterior.

Houve um acréscimo no valor total da ação 4295 de R\$ 77.262.259,00, decorrentes da suplementação na própria ação em R\$ 73.500.000,00 pela solicitação de crédito adicional, no remanejamento da Ação 6516 de R\$ 402.259,00 e também no remanejamento da ação 7690 em R\$ 3.360.000,00.

O valor informado na tabela abaixo da ação 7690 refere-se ao recurso de programa - R\$ 16.800.000,00. O valor R\$ 29.579.177,00 referente às emendas parlamentares destinadas a área de Sangue e Hemoderivados está apresentado nos Quadros 08 e 09 que tratam especificamente dos recursos da ação 7690.

A CGSH dispôs ainda de recursos orçamentários, na ação 20YD – Apoio à Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde - SGETS, cuja finalidade destinava-se a qualificação da força de trabalho do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados – SINASAN. No entanto, por decisão da gestão estratégica desta Coordenação, relacionada ao novo contexto fiscal que passa o País, foi devolvido à SGETS, para utilização em outros fins, o valor de R\$ 2.987.500,00.

A execução dos recursos orçamentários está apresentada na Tabela abaixo demonstrando que se alcançou desempenho de 97,83%, sendo este o maior percentual de execução orçamentária dos últimos três anos, mantendo a eficiência na execução dos seus recursos e proporcionando o fomento financeiro aos serviços do Sangue para o melhor atendimento ao usuário do SUS, atingindo com eficácia a execução do gasto público. Na referida Tabela já estão contabilizadas, no saldo apresentado, as devoluções de orçamento efetuadas por instituições federais que não conseguiram viabilizar o empenho das notas de créditos encaminhadas para a execução dos Planos de Trabalho aprovados.

Tabela XV - Execução do Orçamento 2016.

EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO 2016 (em R\$)				
Código/Ação	Ação	Dotação Orçamentária Final	Empenhado	% Empenho
10.303.2015.4295.0001	Atenção aos Pacientes Portadores de Doenças Hematológicas	1.303.182.259,00	1.275.456.301,00	97,87
10.303.2015.6516.0001	Aperfeiçoamento e Avaliação dos Serviços de Hemoterapia e Hematologia	19.117.741,00	19.108.794,00	99,95
*10.303.2015.7690.0001	Estruturação dos Serviços de Hematologia e Hemoterapia	13.440.000,00	12.156.837,00	90,45
**10.128.2015.20YD.0001	Apoio à Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS (capacitação)	670.000,00	670.000,00	100,00

TOTAL	1.336.410.000,00	1.307.391,932	97,83

Fonte: Ministério da Saúde, SIAF, TESOURO, GESCON e SICONV, Janeiro/2017.

Nota: * Na Ação 20YD, a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados, executou o valor de R\$ 670.000,00 referente ao TED 70/2015.

** Planilha da Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento (CGPO/SAS/MS), Lei Orçamentária Anual nº 13.255/2016 - Retirado do Quadro de Detalhamento de Despesas.

O Quadro abaixo apresenta os Termos de Execução Descentralizada – TED, que ocorreram em 2016 no montante de R\$ 32.940.569,30, sendo na Ação Orçamentária 4295 - R\$ 14.513.217,25, na Ação Orçamentária 6516 - R\$ 17.484.038,37, na Ação Orçamentária 7690 – R\$ 273.313,68 e na Ação Orçamentária 20YD – R\$ 670.000,00.

Cabe ressaltar, que houve devolução orçamentária de 15,91% pelos proponentes sobre o valor descentralizado, do qual estes não conseguiram executar os instrumentos em sua totalidade, conforme consta o seu detalhamento do seguinte quadro.

Quadro XII – Termo de Execução Descentralizada e valores devolvidos - 2016.

Ação Orçamentária	INSTITUIÇÃO	Nº TED	Valor do TED	Valor descentralizado	Valores Devolvidos
4295	Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG	68/2015	199.541,00	99.770,50	0,00
4295	Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG	67/2015	3.200.000,00	2.963.000,00	0,00
4295	Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ	152/2015	1.000.000,00	695.712,37	304.287,63
4295	Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ	98/2015	3.500.000,00	2.450.000,00	1.050.000,00
4295	Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ	99/2015	6.000.000,00	6.000.000,00	3.352.587,38
4295	Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ	102/2015	995.000,00	995.000,00	0,00
4295	Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ	101/2015	900.000,00	900.000,00	0,00
4295	Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRS	104/2015	334.500,00	334.500,00	334.500,00
4295	Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ	351/2013	2.270.732,44	75.234,38	55.683,36
6516	Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG	65/2015	12.454.557,58	4.051.724,44	0,00
6516	Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ	69/2015	17.417.311,74	11.732.313,93	0,00
6516	Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ	154/2015	1.700.000,00	1.700.000,00	0,00
7690	Hospital Federal da Lagoa	Descentralização Direta	100.200,00	56.816,00	56.816,00
7690	Hospital Federal Cardoso fontes	Descentralização Direta	254.548,06	46.497,68	25.497,68
7690	Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro	Descentralização Direta	170.000,00	170.000,00	60.301,47
20YD	Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ	70/2015	770.000,00	670.000,00	0,00
	TOTAL		51.266.390,82	32.940.569,30	5.239.673,52

O Quadro abaixo apresenta o único Termo de Execução Descentralizada – TED, com valor de R\$ 84.206,03, executado/empenhado R\$ 75.259,38, no qual o mesmo não realizou a devolução do orçamento no valor de R\$ 8.946,65 no exercício de 2016, que se

encontra em crédito disponível na Unidade Gestora – UG da Instituição, impactando negativamente a execução da Ação 6516.

Quadro XIII - Valor descentralizado com saldo na UG da Instituição – 2016.

Ação Orçamentária	INSTITUIÇÃO	Nº TED	Valor do TED	Valor descentralizado	Saldo crédito disponível na UG proponente
6516	Fundação Universidade de Brasília - FUB	15/2014	1.949.200,00	84.206,03	8.946,65

Com foco no desempenho orçamentário e no alcance dos objetivos setoriais, a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados, conseguiu executar, no ano de 2016 - 97,83%, percentual maior do que no exercício anterior de 2015, o qual foi de 91,38%, mesmo sofrendo um bloqueio orçamentário de 20 milhões de reais e devoluções orçamentárias de alguns convênios e instrumentos congêneres, demonstrando assim, a continuidade de uma boa execução na gestão de seus recursos orçamentários.

Quadro XIV - Identificação da Ação: 4295 – Atenção aos Pacientes Portadores de Doenças Hematológicas

Identificação da Ação						
Código		Tipo: Atividade				
Título		4295 - Atenção aos Pacientes Portadores de Doenças Hematológicas				
Objetivo		Código: 0713 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.				
Programa		Código: 2015 - Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) Tipo: Temático				
Unidade Orçamentária		36901 - Fundo Nacional de Saúde				
Ação Prioritária		() Sim ()Não Caso positivo: ()PAC () Brasil sem Miséria				
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
1.225.920.000	1.303.182.259	1.275.456.301	1.097.692.993	1.096.089.307	1.603.686	177.763.308
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Paciente atendido			Unidade	22.173		24.408
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada	
219.088.653,96	200.741.729,05	14.059.121,31				

A Ação Orçamentária 4295 tem como finalidade “Garantir a disponibilidade de medicamentos pró-coagulantes e a atenção aos portadores de coagulopatias e implantar a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias em parceria com estados e municípios” e é, no âmbito do SUS, executada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

A ação de Atenção aos Pacientes Portadores de Doenças Hematológicas tem os seus recursos orçamentários destinados à aquisição de medicamentos pró-coagulantes para atender a demanda dos usuários do Programa e ao fomento à melhoria da atenção aos pacientes portadores de doenças hematológicas assistidas pela rede de serviços.

Em 2016, a ação 4295 - Atenção aos Pacientes Portadores de Doenças Hematológicas teve uma dotação final de R\$ 1.303.182.259,00, cuja despesa empenhada foi R\$ 1.275.456.301,00, representando 97,87% do total disponibilizado.

A meta física programada para 2016 foi de atender os 22.173 pacientes com coagulopatias hereditárias cadastrados no Sistema Hemovida Web Coagulopatias até o mês de dezembro de 2015. O resultado para esta meta foi de 110,08%, com 24.408 pacientes atendidos, correspondendo ao número final de pacientes cadastrados no Sistema até dezembro de 2016. Tal variação decorre do acréscimo de novos casos diagnosticados ao longo do ano pelos serviços de hematologia e hemoterapia dos estados e do Distrito Federal.

A execução orçamentária da ação de 97,87%, em 2016, apresentou resultado superior quando comparado ao do exercício de 2015 que foi 96,48%, garantindo a continuidade de sua boa execução e mantendo a distribuição dos medicamentos pró-coagulante aos pacientes usuários do Sistema.

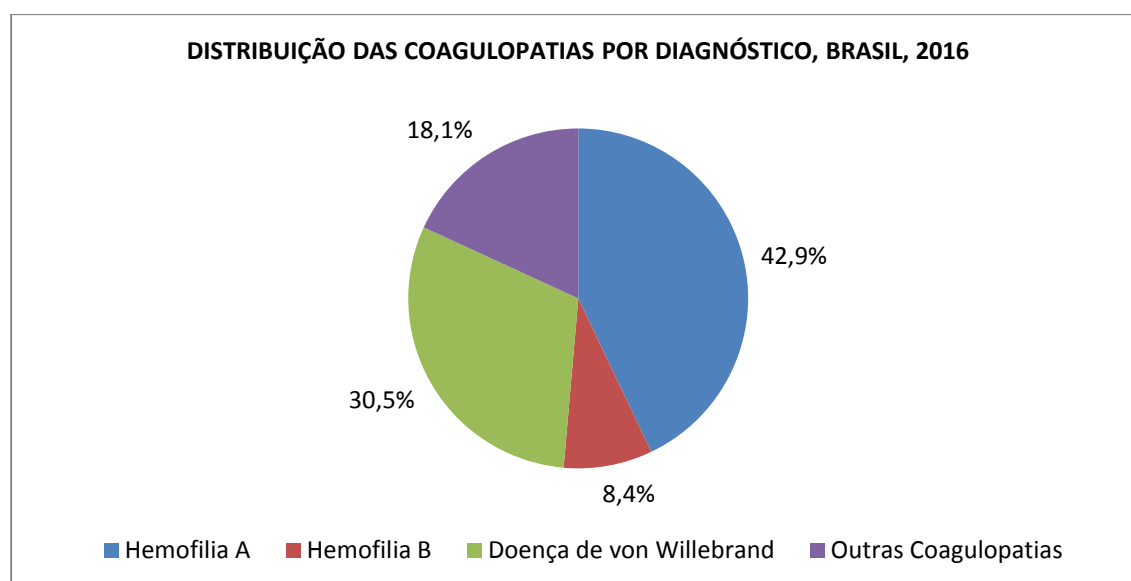
Em relação à execução orçamentária com vistas à melhoria da infraestrutura dos serviços de hematologia e hemoterapia, bem como a qualificação dos mesmos, cabe informar que foi empenhado nessa ação para convênios e instrumentos congêneres o valor R\$ 20.352.571,12.

Ações desenvolvidas e principais resultados

Política Nacional da Atenção Integral às Pessoas com Hemofilia e outras doenças hemorrágicas hereditárias

A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Hemofilia e ou doenças hemorrágicas hereditárias é executada por meio do Programa de Coagulopatias Hereditárias, que nos últimos anos vem desenvolvendo ações estratégicas que qualificam a atenção aos 24.411 pacientes registrados em 2016 no Sistema Hemovida Web Coagulopatias, conforme a distribuição dos diagnósticos apresentados no gráfico abaixo.

Gráfico IX - Distribuição das coagulopatias por diagnóstico no Brasil em 2016.



Planejamento e acompanhamento da demanda de pró-coagulantes

Os processos relativos às aquisições de pró-coagulantes acompanham a evolução da demanda. As ações de planejamento e acompanhamento das aquisições perpassam múltiplos exercícios, de forma a manter a regularidade do abastecimento do Programa de Coagulopatias Hereditárias.

Gerenciamento do fornecimento de pró-coagulantes:

Quadro XV - Elenco de produtos pró-coagulantes adquiridos pelo Ministério da Saúde e disponibilizados pelo SUS, indicação e quantidades distribuídas em 2016, para o tratamento dos pacientes com Coagulopatias hereditárias.

Produto	Indicação	Distribuição em 2016
Concentrado Plasmático de Fator VIII para doença de von Willebrand	Tratamento de doença de von Willebrand	26.003.300 UI
Complexo Protrombínico, Parcialmente Ativado	Tratamento de pacientes com hemofilia A e B, que desenvolveram inibidores ao Fator VIII e IX, respectivamente	84.928.500 UI
Complexo Protrombínico Humano	Tratamento de pacientes com deficiências dos fatores II, VII, IX e X e pacientes com hemofilia (deficiência de fator VIII ou IX) que desenvolveram inibidores	2.735.500 UI
Concentrado de Fator VII Ativado Recombinante	Tratamento de pacientes com hemofilia A e B e inibidor, deficiência de FVII e Trombastenia de Glanzmann	3.145.950 KUI
Concentrado de Fator VIII Plasmático	Tratamento de pacientes com Hemofilia A	158.739.250 UI
Concentrado de Fator VIII Recombinante	Tratamento de pacientes com Hemofilia A	515.500.000 UI
Concentrado de Fator VIII Plasmático para Imunotolerância	Tratamento de Indução de Imunotolerância	23.638.688 UI
Concentrado Plasmático de Fator IX	Tratamento de pacientes com Hemofilia B	112.526.750 UI
Concentrado de Fator XIII	Tratamento de pacientes com deficiência de Fator XIII	349.500 UI
Acetato de desmopressina	Tratamento de pacientes com doença de von Willebrand (Tipo 1 e 2A) e hemofilia A leve	9.220 mcg
Concentrado Plasmático de Fibrinogênio (Fator I)	Tratamento de pacientes com deficiência de fibrinogênio	645.000 UI
Acido Tranexâmico	Tratamento de pacientes com doença de von Willebrand	190.960 comp 250mg

Fonte: SISMAT/MS – pedidos de distribuição de 2016, extraído em 30/01/2017 - CGSH/DAET/SAS/MS.

Política Nacional de Atenção às pessoas com Talassemia

Desde 2012 a CGSH iniciou o processo de implantação de um Programa de Atenção às Pessoas com Talassemias, com participação do controle social, em parceria com municípios e estados da União para que inovem a assistência multidisciplinar prestada, assumido o caráter de integralidade nos três níveis de atenção.

Dando continuidade implantação e implementação deste Programa, no ano de 2016, as principais ações executadas foram:

- **I Simpósio Brasileiro de Talassemias** - esse Simpósio contou com a participação de cerca de 180 participantes, de todos os estados do país e promoveu oportunidades de interação e intercâmbio de experiências, discussão de casos clínicos entre profissionais de saúde das equipes multiprofissionais e multidisciplinares dos Serviços de Assistência Hematológica e Hemoterápica às pessoas com talassemia, visando aprimorar, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência a essas pessoas, em especial no diagnóstico clínico correto e precoce, essenciais para a manutenção de boa qualidade de vida.
- **Lançamento do Manual “Orientações para o Diagnóstico e Tratamento das Talassemias Beta”** - elaborado por profissionais especialistas do SUS e membros da Comissão de Assessoramento Técnico às Talassemias (CAT-Talassemias). O manual, composto por 20 capítulos, é um material inédito no país e contém orientações técnicas sobre a assistência multiprofissional aos pacientes, cuidados de enfermagem, qualidade de vida, adesão ao tratamento, ambulatório de transição e Redes de Atenção à Saúde. Esse manual tem como objetivo uniformizar as condutas clínicas e terapêuticas às pessoas com talassemia e subsidiar os profissionais de saúde na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde. O material está disponível em meio físico e na Biblioteca Virtual em Saúde e foi distribuído para todos os Serviços de Assistência Hematológica e Hemoterápica às pessoas com talassemia do país: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_diagnostico_tratamento_talassemia.beta.pdf
- **Capacitações oferecidas pelo Ministério da Saúde na temática de talassemias** - Curso Teórico-Prático para o Diagnóstico Laboratorial das Hemoglobinoopatias, no Distrito Federal e estado de Mato Grosso. Esses cursos tiveram como objetivo proporcionar os fundamentos teóricos e conceituais das alterações moleculares observadas nas hemoglobinoopatias bem como dos principais métodos diagnósticos laboratoriais. Foram capacitados, ao todo, 40 profissionais de saúde.

Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras hemoglobinoopatias

As ações integrais de cuidado estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme (DF) se baseiam na promoção de uma mudança na história natural da DF no Brasil, reduzindo a taxa de morbimortalidade, promovendo longevidade com qualidade de vida às pessoas com esta doença, orientando aquelas com traço falciforme e informando a população em geral.

Gerenciamento da aquisição e distribuição do medicamento Fenoximetilpenicilina Potássica

Esse medicamento foi incorporado ao escopo de medicamentos disponibilizados pelo MS aos estados e Distrito Federal conforme Portaria SCTIE/MS nº 45, de 10 de setembro de 2013. Em 2015, o Ministério da Saúde, adquiriu 80.000 UI/mL de Fenoximetilpenicilina Potássica, solução oral, para prevenção de infecções em crianças com até 5 anos de idade diagnosticadas com DF. A aquisição do referido medicamento foi realizada em etapas, conforme Quadro abaixo.

Quadro XVI - Etapas de aquisição do medicamento Fenoximetilpenicilina.

Medicamento	Quantitativo	Nº crianças beneficiadas	Situação de aquisição
Fenoximetilpenicilina potássica 80.000 UI/ML	690.000 frascos	6.000	1ª Parcela - 184.000 frascos – em até 60 dias após assinatura do contrato 2ª Parcela - 126.500 frascos - em até 90 dias após assinatura do contrato 3ª Parcela - 126.500 frascos – em até 120 dias após assinatura do contrato

Fonte: ATDF/CGSH/DAET/SAS/MS.

A distribuição desse medicamento é realizada trimestralmente pelo Ministério da Saúde e começou a ser executada a partir de março de 2016, para todas as Unidades Federadas do país. O Quadro abaixo apresenta a distribuição realizada no ano de 2016.

Quadro XVII - Distribuição realizada, em 2016, para o medicamento Fenoximetilpenicilina.

Mês de distribuição	Quantidade de frascos
Março	122.523
Junho	122.543
Setembro	79.233*

*No mês de setembro houve distribuição apenas para os estados de AL, AM, BA, MG, MT, PE e SP e para o Distrito Federal. Os demais estados tiveram a distribuição suspensa pelo Ministério da Saúde para reavaliação do processo.

Ausência do medicamento Hidroxiureia

O medicamento Hidroxiureia é fundamental no tratamento dos pacientes com DF, sua aquisição é realizada de maneira descentralizada pelos estados e Distrito Federal. Em 2016, houve vários problemas de desabastecimento desse medicamento no mercado, levando o Ministério da Saúde a propor que esse fármaco passe a fazer parte dos insumos produzidos pela indústria nacional. Essa proposta já apresenta dois laboratórios públicos interessados na produção: Bahiafarma e o Laboratório Químico e Farmacêutico da Aeronáutica.

Atualização do Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica em Doença Falciforme

Foi iniciado, em 2016, o processo de revisão e atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica da Doença Falciforme (PCDT/DF), aperfeiçoando-o para contemplar a atenção integral às pessoas com a doença.

Implementação da Linha de Cuidado em Doença Falciforme

As ações estratégicas para a implementação da Linha de Cuidado em DF (LC DF) nos estados deu-se com a realização das oficinas regionais (Sul/Sudeste, Norte/Centro-Oeste e Nordeste), tendo representação de todas as regiões do país, dentre elas, usuários, profissionais de saúde, gestores estaduais e federais. Além disso, foram realizadas visitas de apoio técnico e assessoria a doze estados da Federação, bem como uma Oficina de Alinhamento Intersetorial com áreas do Ministério da Saúde. O produto final dessas ações subsidiará os estados participantes na adoção de ações para organização da Linha de Cuidado em DF e a inserção nas Redes de Atenção à Saúde que envolve todos os níveis da atenção.

Cursos oferecidos na modalidade de Educação a Distância (EAD)

- **Curso de Extensão em Saúde Coletiva sobre Atenção Integral à Saúde de Pessoas com Doença Falciforme** – O objetivo deste curso é contribuir para a formação de profissionais cada vez mais comprometidos com princípios do SUS e implicados no cuidado integral às pessoas com doença falciforme. Elaborado em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA). O Curso tem carga horária de 68 horas distribuídas ao longo de dois meses. Durante o ano de 2016 foram realizadas 04 turmas, priorizando os estados do Nordeste, Norte e Centro-Oeste com média de 700 participantes por região.
- **Doença Falciforme - Conhecer para cuidar** - Elaborado em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). É voltado para profissionais de saúde de qualquer nível de formação, usuários, controle social, e para interessados em geral. Com carga horária de 30 horas e certificação, aborda temas como a origem da doença, perfil demográfico, fisiopatologia, manifestações clínicas, diagnóstico laboratorial e redes de atenção à saúde. Durante o ano de 2016, foram emitidos 3.670 certificados, sendo a maior parte deles (57%) para alunos profissionais graduados.

Ação Orçamentária 7690 – Estruturação dos Serviços de Hematologia e Hemoterapia

A ação orçamentária 7690 tem como finalidade “Garantir a estruturação dos serviços de hemoterapia e hematologia, visando à qualidade da atenção e à segurança transfusional em toda a Hemorrede Pública, por intermédio do fomento à construção e à adequação de áreas físicas e à aquisição de equipamentos técnicos especializados para os serviços de hematologia e hemoterapia no país” (Quadro abaixo).

Quadro XVIII - Identificação da Ação: 7690 – Estruturação dos Serviços de Hematologia e Hemoterapia

Identificação da Ação	
Código	Tipo: Projeto
Título	7690 - Estruturação dos Serviços de Hematologia e Hemoterapia
Objetivo	Código: 0713 – Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.
Programa	Código: 2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) Tipo: Temático
Unidade Orçamentária	36901 - Fundo Nacional de Saúde
Ação Prioritária	() Sim () Não Caso positivo: () PAC () Brasil sem Miséria
Lei Orçamentária 2016	
Execução Orçamentária e Financeira	

Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
16.800.000	13.440.000	12.156.837	7.872.992	7.872.992	0	4.283.845
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Serviço estruturado			Unidade	23		24
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada	
49.719.319,38	16.037.058,90	11.192.550,13				

A ação de Estruturação dos Serviços de Hematologia e Hemoterapia tem os seus recursos orçamentários destinados ao fortalecimento da infraestrutura da Hemorrede, bem como a atualização do parque tecnológico, das unidades móveis e materiais permanentes.

O alcance da execução orçamentária desta ação está vinculado à capacidade de apresentação de propostas de projeto pelos estados, à aprovação das mesmas pela CGSH e a execução de empenho pelo Fundo Nacional de Saúde – FNS.

Em 2016, a ação 7690 - Estruturação dos Serviços de Hematologia e Hemoterapia teve uma dotação final de R\$ 13.440.000,00, cuja despesa empenhada foi R\$ 12.156.837,00, representando 90,45% do total disponibilizado. Além disso, a meta física programada para 2016 foi realizada em 104,35% com várias ações efetivadas no âmbito dessa temática.

Foram realizados 24 serviços estruturados, contemplando 34 propostas de programas de convênios e instrumentos congêneres, esse fato não impactou na execução física porém teve impacto no alcance da meta física, ultrapassando o percentual da meta atual em 4,35%.

Em relação aos valores de Restos a pagar não processados deve-se esclarecer que havia uma expectativa de que fossem firmados Contratos de Repasse, Convênios e fossem realizados Repasses Fundo a Fundo aos Estados para Estruturação da Hemorrede Pública Nacional, contudo não foi possível a liquidação dos valores previstos em sua totalidade no exercício vigente.

Cabe esclarecer que no exercício de 2016, foi incluído no orçamento da ação 7690, o valor de R\$ 29.579.177,00, referente à Emenda Parlamentar, sendo esses repasses por meio de emenda individual, com dotação final de R\$ 8.290.852,00 e cuja despesa empenhada foi de R\$ 6.371.162,00, representando 76,85 % do total disponibilizado e repasses por emenda de bancada, com dotação final de R\$ 21.288.325,00 e cuja despesa empenhada foi de R\$ 0,00, representando 0% do total disponibilizado, conforme apresentadas nos Quadros abaixo.

Emenda Individual

Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
0	8.290.852	6.371.162	614.286	614.286	0	5.756.876

Ainda, nesta ação orçamentária, houveram repasses por meio de emenda individual, com dotação final de R\$ 8.290.852,00 e cuja despesa empenhada foi de R\$ 6.371.162,00, representando 76,85 % do total disponibilizado.

Emenda de Bancada

Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
0	21.288.325	0	0	0	0	0

Ainda, nesta ação orçamentária, houveram repasses através de emenda de bancada, com dotação final de R\$ 21.288.325,00 e cuja despesa empenhada foi de R\$ 0,00, representando 0% do total disponibilizado.

Ação Orçamentária 6516 – Aperfeiçoamento e Avaliação dos Serviços de Hemoterapia

A ação orçamentária 6516 tem como finalidade “Aperfeiçoar a gestão e consolidar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN)” e é no âmbito do SUS executada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (Quadro abaixo).

Quadro XIX - Identificação da Ação: 6516 – Aperfeiçoamento e Avaliação dos Serviços de Hematologia e Hemoterapia

Identificação da Ação						
Código	Tipo: Atividade					
Título	6516 - Aperfeiçoamento e Avaliação dos Serviços de Hemoterapia e Hematologia					
Objetivo	Código: 0713 – Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.					
Programa	Código: 2015 - Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)					
Unidade Orçamentária	Tipo: Temático					
Ação Prioritária	36901 - Fundo Nacional de Saúde					
	() Sim () Não Caso positivo: () PAC () Brasil sem Miséria					
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
19.520.000	19.117.741	19.108.794	10.920.276	10.920.276	0	8.188.518
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Serviço qualificado/avaliado			Unidade	162		366
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada	
4.752.317,13	4.350.161,60	27.925,30				

A ação de Aperfeiçoamento e Avaliação dos Serviços de Hemoterapia e Hematologia tem os seus recursos orçamentários destinados a aperfeiçoar a gestão e consolidar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados.

Em 2016, a ação 6516 - Aperfeiçoamento e Avaliação dos Serviços de Hemoterapia e Hematologia teve uma dotação final de R\$ 19.117.741,00, cuja despesa empenhada foi R\$ 19.108.794,00, representando 99,95% do total disponibilizado. Além disso,

a meta física programada para 2016 foi atingida em 225,93% com as ações efetivadas no âmbito dessa temática.

A superação da meta física em 125,93% está relacionada com a disponibilização de maior volume de recursos destinados a promover a qualificação dos serviços de hematologia e hemoterapia nesta ação, a meta física estipulada foi ultrapassada, e com isso foi possível fomentar a interiorização do Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede (PNQH) através do PEQH (Programa Estadual de Qualificação da Hemorrede) que visa implantar e implementar o processo de melhoria contínua nos Serviços de Hemoterapia e Hematologia, por meio da avaliação permanente dos processos de trabalho, dando ênfase, ao importante investimento na formação *in loco* de um maior número de avaliadores regionais nas Hemorredes Estaduais.

A execução orçamentária da ação de Aperfeiçoamento e Avaliação dos Serviços de Hemoterapia e Hematologia aponta acréscimo do índice. A execução no exercício de 2015 foi 21,7% dos recursos disponibilizados, já em 2016, sua execução foi 99,95% do valor total da ação.

Em relação à execução orçamentária com vistas à melhoria do Aperfeiçoamento e Avaliação dos Serviços de Hemoterapia e Hematologia, bem como a qualificação dos mesmos, cabe informar que foi empenhado nessa ação para convênios e instrumentos congêneres, o valor R\$ 19.108.793,75.

Em relação aos valores de Restos a pagar não processados deve-se esclarecer que havia uma expectativa de que fossem firmados Convênios e Termos de Execução Descentralizada – TEDs para aperfeiçoamento e avaliação dos Serviços da Hemorrede Pública Nacional, contudo não foi possível a liquidação dos valores previstos em sua totalidade no exercício vigente.

Ações desenvolvidas e principais resultados

Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede - PNQH

A gestão da qualidade nos Serviços de Hematologia e Hemoterapia (SHH) foi instituída legalmente visando garantir ao usuário do SUS produtos e serviços hemoterápicos com qualidade e segurança. No intuito de promover o aperfeiçoamento da segurança transfusional nos diferentes contextos em que estão situados os SHH do país, em 2008 foi criado o Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede (PNQH) com os objetivos de promover a qualificação técnica e gerencial da Hemorrede Pública Nacional; identificar áreas críticas/estratégicas para priorizar investimento de recursos na Hemorrede; implantar e implementar o processo de melhoria contínua nos SHH, por meio da avaliação permanente dos processos de trabalho; apoiar a elaboração e monitorar a evolução de Planos de Ação (PA) dos SHH, para as não conformidades e/ou recomendações apontadas no relatório de visita; promover a cooperação e a integração entre SHH públicos do país; prestar consultorias técnicas e realizar capacitações conforme necessidades apontadas nas visitas; e motivar mudanças internas nos SHH, como a implantação e/ou implementação do sistema de gestão da qualidade, a certificação e/ou acreditação da unidade, capacitação dos profissionais, enfim a busca pela excelência da qualidade dos serviços e produtos hemoterápicos e hematológicos.

Além de alcançar os Hemocentros Coordenadores, o Programa estende-se aos SHH das Hemorredes estaduais, resultado do Programa Estadual de Qualificação da Hemorrede – PEQH, que teve sua implantação iniciada em 2010. Os principais produtos esperados das visitas de avaliação do PNQH/PEQH são o diagnóstico situacional da Hemorrede e a consolidação dos dados e evidências por meio dos relatórios gerados a partir das visitas.

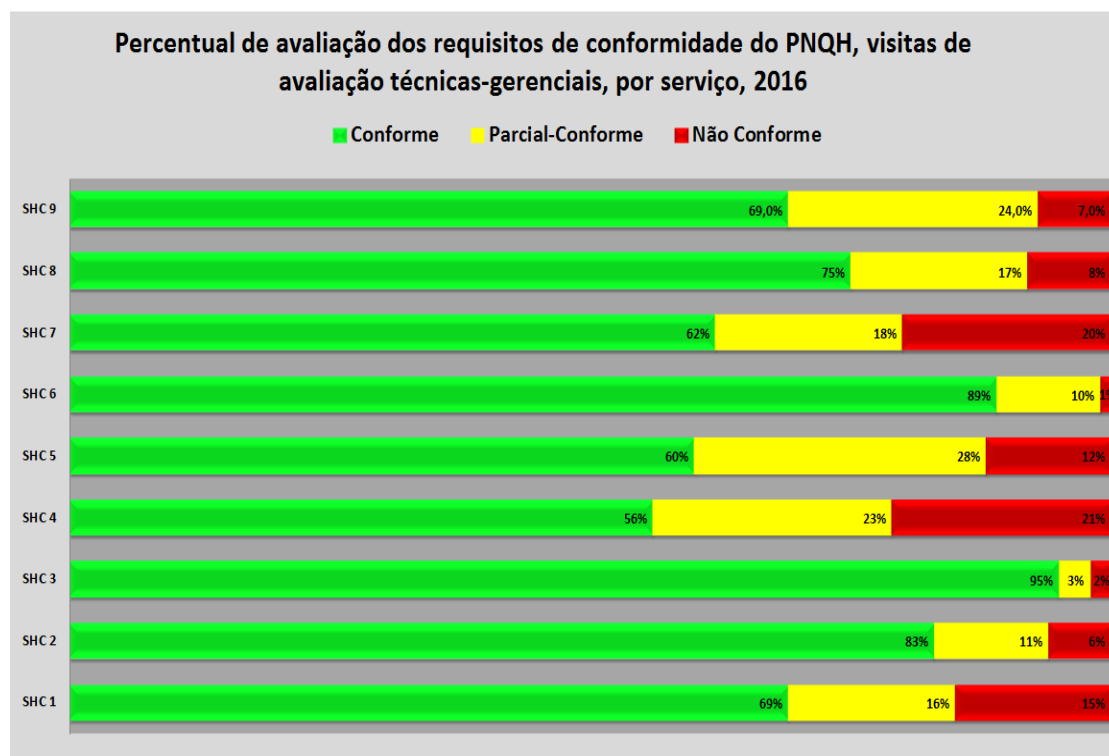
O PNQH, desde a sua implantação, no período de 2008 a 2015, considerando inclusive a estadualização do Programa, realizou 161 visitas técnicas de avaliação aos

serviços de hematologia e hemoterapia em todo país, prestando assessoria técnica gerencial nas áreas de hematologia e hemoterapia. Promoveu, ainda, a capacitação de 477 profissionais, sendo deste total, 252 profissionais capacitados pelos Cursos de Formação de Avaliadores “in loco” nos estados de PR, CE, MS, TO, PE, MT, BA e PB.

Além das visitas de avaliação técnico-gerencial à Hemorrede Pública Nacional, o PNQH vem promovendo a realização de assessorias voltadas diretamente para a verificação do plano de ação de melhorias realizado pelos serviços após pontos críticos identificados nas visitas de avaliação. Além de melhorar a efetividade do plano de ação, esta assessoria visa envolver o secretário de saúde do estado para as problemáticas da Hemorrede, a fim de promover a implicação do gestor estadual no fortalecimento das melhorias.

Abaixo, ilustra-se graficamente o resultado das avaliações aos SHH realizadas em 2016, com indicação percentual dos requisitos de conformidade, de parcial-conforme e de não-conforme (Figura abaixo).

Figura IV - Visitas aos Serviços de Hematologia e Hemoterapia Coordenadores, referente ao 3º ciclo de visitas do PNQH, em 2016.



- a) **Projeto Apadrinhamento:** Aprimoramento e continuidade do Projeto de Apadrinhamento dos Serviços de Hemoterapia e Hematologia a fim de propiciar benchmarking para melhoria dos processos, estratégia que possibilitou 14 SHH serem apadrinhados por 08 SHH de referência. Em 2016 foram realizadas 03 visitas entre padrinho e apadrinhado e duas visitas para acompanhamento de planos de ação. Cabe ressaltar que os processos críticos prioritários a serem trabalhados entre esses serviços foram acordados, desenvolvidos e em alguns casos ampliados durante as visitas, pois em alguns serviços o padrinho atuou não apenas no processo crítico, mas também em outros processos como sistema de gestão da qualidade.
- b) **Ações de melhoria:** Reunião entre o PNQH/CGSH para compartilhamento dos dados e informações referente a visitas realizadas na Hemorrede Pública

Nacional visando agilizar as ações para melhoria dos processos críticos encontrados durante as visitas.

- c) **Formação de Avaliadores:** Continuidade dos Cursos de Formação de Avaliadores Regionais “In Loco”, realizados em 2016 nos estados de Mato Grosso, Bahia e Paraíba, com o objetivo de ampliar a abrangência na formação de avaliadores, tendo em vista que o curso realizado in loco possibilitou a participação de maior número de profissionais envolvidos.
- d) **HEMOINFO:** Implementação e melhoria do HEMOINFO, sistema de informação desenvolvido para apoiar as visitas técnicas/gerenciais e as ações do Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede (PNQH) com objetivo de estruturar o roteiro de visita técnica, permitindo o registro informatizado à geração automatizada do relatório, e o fortalecimento do processo de tomada de decisão para melhoria dos serviços avaliados.

Considerando o planejamento para o ano de 2016, avalia-se um bom desempenho de execução do planejamento proposto, pois das ações previstas 82% foram executadas, um fator importante a ser considerado para que o programa não tenha alcançado 100% do planejamento proposto é o atual cenário político e econômico do país que comprometeu a execução de algumas ações, levando à diminuição das visitas aos Serviços de Hematologia e Hemoterapia, porém deve-se ressaltar o contínuo envolvimento e comprometimento da equipe de avaliadores, da equipe interna do PNQH, da Comissão de Assessoramento Técnico, do apoio da Hemorrede e da Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados.

Avalia-se como principais conquistas do PNQH a formação de avaliadores in loco, e as ações do projeto de apadrinhamento, pois ambos possibilitaram, respectivamente, o benchmarking entre os serviços e a capilarização do Programa até às Agências Transfusionais, porém em 2016 houve uma redução de 83% do apoio financeiro da CGSH/MS para que as visitas de avaliação técnico-gerencial referente ao PEQH ocorressem nos estados. Assim, esse contingenciamento vem comprometendo a execução da estadualização desse programa nos estados, o que pode elevar, por consequência, o risco transfusional, conforme dados da ANVISA referente às inspeções realizadas nos Serviços de Hemoterapia da hemorrede nacional, que classificam os serviços de acordo com o risco sanitário. Os serviços classificados como: alto risco, médio alto risco, e médio risco, necessitam de supervisão e apoio mais de perto para melhorar seus processos e assim aumentar a segurança transfusional.

Qualificação Profissional da Hemorrede Pública Nacional

A qualificação profissional voltada à força de trabalho da Hemorrede Pública Nacional é desenvolvida sistematicamente pela CGSH, como uma das estratégias estabelecidas para o alcance da qualificação técnica e gerencial da rede de serviços.

O planejamento das atividades é norteado pelas demandas identificadas pelo Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede - PNQH e os resultados de sua execução são avaliados de forma indireta pelas visitas de avaliação aplicadas aos serviços de hematologia e hemoterapia.

Projeto Planeja Sangue

A oferta de Cursos para qualificação e capacitação técnica sobre o Planejamento e a Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde com ênfase nas hemorredes estaduais - “Planeja Sangue” - é resultado da parceria e cooperação técnica do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia com a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados. Tem como objetivos, promover a capacitação de modo a sensibilizar gestores e profissionais da Hemorrede quanto à importância da institucionalização do Planejamento em Saúde,

disseminando essa cultura no contexto das Redes de Atenção à Saúde no SUS. Além disso, propõe-se a estimular o processo de planejamento em saúde de modo articulado, solidário e integrado entre os diversos serviços que compõem o SUS contemplando as necessidades regionais de cada estado. Apresenta como principal produto o Plano Diretor de Hematologia e Hemoterapia, de maneira a ser pactuado nas instâncias locais do SUS, de forma articulada a Redes de Atenção à Saúde e na perspectiva da inserção das necessidades das Hemorredes nas agendas políticas estaduais.

Em 2016, foram realizadas sete oficinas, com carga horária de 92 horas cada uma.

O processo de estruturação em rede dos serviços de hemoterapia e hematologia demanda contínuo aumento da capacidade operacional do atendimento hemoterápico e hematológico, o que justifica o desenvolvimento de estratégias metodológicas para qualificação e capacitação técnica dos gestores e profissionais de saúde envolvidos com tais serviços tanto em nível estadual quanto municipal.

Capacitação por meio da Hemorrede Virtual – RHEMO

Em 2016, foram ministradas 12 aulas abrangendo variados temas técnicos e de gestão, tanto na área de hematologia quanto na área de hemoterapia.

Também foi dada continuidade ao enfoque situacional adotado para a escolha e abordagem dos temas, aproximando os conteúdos dos aspectos críticos identificados na hemorrede por meio de ferramentas de análise da situação técnico-gerencial dos serviços, como as avaliações do PNQH, citadas anteriormente.

Os principais resultados identificados a partir das capacitações realizadas por meio da RHEMO foram a melhoria do acesso da força de trabalho da Hemorrede Nacional a atividades dessa natureza, a interação entre os profissionais da rede e entre estes com a CGSH e ainda, a redução de custos operacionais com eventos de qualificação profissional.

Qualificação da força de trabalho das Agências Transfusionais

A situação de risco das AT observada pela Anvisa entre os anos de 2010 a 2012 e pela Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados/MS por meio do Programa de Avaliação Externa da Qualidade em Imuno-hematologia (AEQ-IH) no mesmo período, desencadeou na CGSH a adoção de medidas com vistas a minimizar os riscos identificados. Nesse sentido, desde 2014 foram realizadas oficinas de 40 horas, em parceria com o HEMOSC – Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina, para os responsáveis técnicos e profissionais que executam a rotina laboratorial em AT participantes do Programa AEQ-IH.

De 2014 até 2016, foram realizadas 14 oficinas com 166 profissionais capacitados de 78 agências transfusionais. É importante destacar o número elevado de profissionais capacitados no estado de Santa Catarina, por ser sede das capacitações, e também pela restrição orçamentária no final do projeto, optou-se por direcionar a capacitação para os serviços do próprio estado indicados pelo Programa Estadual de Qualificação da Hemorrede – PEQH (Quadro abaixo).

Projeto de Qualificação do Ato Transfusional

Desenvolvido desde 2014, em parceria e sob a coordenação da Unidade de Bio e Hemovigilância-UBHEM/ANVISA, o Projeto tem como objetivo capacitar profissionais de saúde atuantes nas atividades de prescrição, instalação e acompanhamento de transfusões nas unidades de saúde, visando à qualificação do ato transfusional e à notificação de reações

transfusionais no Sistema NOTIVISA, assim como o fomento à interação entre os serviços produtores e consumidores de hemocomponentes. Em 2016, foram realizadas 02 oficinas nos estados do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul.,

Eventos de Qualificação Profissional (técnica e gerencial) promovidos pela CGSH

Foram realizados 22 eventos de capacitação e atualização sendo priorizadas as seguintes temáticas:

- *Atenção Hemoterápica* – imunohematologia, qualificação do ato transfusional, captação e fidelização de doadores voluntários de sangue, controle de qualidade em hemocomponentes.
- *Atenção Hematológica* – imunotolerância, doença falciforme, talassemias.
- *Demais temáticas abordadas nos eventos:* gestão de equipamentos, gestão da qualidade, atualização e aperfeiçoamento para avaliadores do PNQH, linha de cuidado.

Produção Hemoterápica Brasileira

As taxas de doações de sangue por 100.000 habitantes se mantiveram estáveis nos últimos três anos (2015 – 18,20 %; 2014 – 18,49 %; 2013 – 17,84%). Reconhece-se que a estabilidade nas taxas de doação indica um processo de conscientização da população em relação à doação de sangue. Ainda assim, identifica-se a necessidade de fortalecimento da doação de sangue no país, com vistas à manutenção dos estoques de sangue no país.

Consolidação da implantação e disponibilização do teste de detecção de ácidos nucleicos (NAT) HIV/HCV/HBV Bio-Manguinhos no Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque para a incorporação do parâmetro HBV

O Teste de Amplificação de Ácidos Nucleicos (NAT) introduzido na triagem laboratorial dos serviços de hemoterapia permite a detecção do material genético dos Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), da Hepatite tipo C (HCV) e da Hepatite tipo B (HBV), durante o período de janela imunológica, nas amostras dos candidatos à doação de sangue e, em conjunto com os testes sorológicos oferece maior segurança transfusional.

A Portaria que redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos foi republicada com incorporação da obrigatoriedade da realização do teste de detecção de ácidos nucleicos (NAT) para Hepatite B na triagem de candidatos à doação de sangue. Com a nova regulamentação, Portaria GM/MS nº 158, de 04 de fevereiro de 2016, a inclusão da obrigatoriedade do teste visa à manutenção da segurança transfusional, uma vez que, em conjunto com os testes sorológicos já realizados, possibilita a diminuição da janela imunológica também para o HBV.

O NAT brasileiro, produzido Bio-Manguinhos e ofertado pelo Ministério da Saúde, está disponível para atendimento a 100% dos serviços públicos e privados contratados pelo SUS.

Desde 2011, com a implantação do NAT brasileiro na rotina dos serviços de hemoterapia, até o momento, foram identificadas 104 amostras em janelas imunológicas no total de 12,6 milhões de amostras testadas. Considerando a estimativa anual nacional de 3.500.000 coletas no SUS (público e privado contratado), neste ano, dados preliminares demonstram que cerca de 76% do total de amostras coletadas foram testadas com o NAT Bio-Manguinhos e foram identificadas 35 janelas imunológicas, sendo 11 para HIV, 16 para HBV e 8 para HCV.

Programas de Avaliação Externa da Qualidade para a Hemorrede

O programa de Avaliação Externa da Qualidade (AEQ) é um programa oficial e gratuito, financiado e gerenciado pela CGSH/DAET/SAS/MS. O Programa de AEQ, caráter educativo e preventivo, promove o envio regular de amostras com fins de ensaios de proficiência, com o objetivo de analisar o desempenho dos serviços participantes, por meio do envio de avaliações práticas e teóricas, buscando a confiabilidade nos resultados dos testes laboratoriais em sorologia, imuno-hematologia, teste do ácido nucleico (NAT) e controle de qualidade de hemocomponentes, para o aumento da segurança transfusional. Além disso, possibilita aos serviços de hemoterapia participantes o cumprimento das determinações da Portaria GM/MS nº 158 de 04 de fevereiro de 2016 e demais legislações na área de sangue.

a) Programa de Avaliação Externa da Qualidade em Testes de Ácidos Nucléicos (AEQ – NAT) na Hemorrede

Em 2016, o Ministério da Saúde disponibilizou, em parceria com o laboratório da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, 03 (três) avaliações práticas e 02 (duas) teóricas. As avaliações do programa têm como objetivo o fornecimento de uma ferramenta de gestão da qualidade para verificar o desempenho dos sítios testadores na execução do NAT. Nesse ano, na avaliação prática AEQ NAT 13 foi incluída a detecção do alvo HBV, complementando todo o escopo de triagem NAT.

Os indicadores estabelecidos pela CGSH são utilizados para monitoramento dos principais pontos críticos referentes ao AEQ NAT, bem como para subsidiar as ações de melhoria visando o aprimoramento e disponibilização das avaliações aos serviços de hemoterapia participantes. Em 2016 o AEQ NAT contou com 100% de adesão dos serviços inscritos.

Com relação à participação dos serviços nas avaliações práticas, houve oscilação nos percentuais desde 2015, com diminuição de 100% da adesão dos serviços participantes na penúltima avaliação do ciclo de 2016. A última avaliação prática AEQ NAT prática 14 não foi contabilizada por estar em curso. Para estimular a participação dos serviços, foram implementadas as alterações solicitadas pelos usuários na pesquisa de satisfação do usuário realizada em 2015, como a inclusão da detecção do HBV nas avaliações práticas do AEQ NAT.

A participação dos serviços nas avaliações teóricas apresentou-se menor na primeira avaliação do ciclo de 2016 com posterior aumento na segunda avaliação, uma vez que os participantes foram estimulados quanto a importância da teoria na execução das atividades práticas de rotina e foram incluídas questões referentes a todo ciclo do sangue, relacionando os resultados do NAT com os demais laboratórios e processos dos serviços de hemoterapia.

O monitoramento da distribuição das avaliações práticas é de suma importância para o processo gerencial dos programas de Avaliação Externa da Qualidade, uma vez que por meio desse indicador é possível avaliar desde a etapa inicial de aquisição de insumos para produção das avaliações até seu envio aos serviços participantes. O AEQ NAT apresentou, em 2016, atrasos na distribuição de duas avaliações práticas, AEQ NAT 13 e AEQ NAT 14, devido a problemas apresentados pela Unidade Produtora com a confecção das embalagens das amostras e com a empresa transportadora das avaliações. Tais atrasos configuraram 66% das avaliações enviadas fora do prazo, ultrapassando a meta do indicador que é menor ou igual a 33%.

Com relação ao percentual de respostas incorretas nas avaliações práticas, a primeira avaliação de 2016 apresentou diminuição e a meta de respostas incorretas por

avaliação manteve-se menor que 5%. As respostas da avaliação AEQ NAT 13 estão em reavaliação pela Unidade Produtora uma vez que com a inclusão do parâmetro HBV, foram necessários ajustes nos programas de análise das respostas dos serviços participantes.

Em relação às expectativas dos serviços com o Programa AEQ NAT foi possível observar, em 2016, diminuição da satisfação plena e aumento no número de serviços insatisfeitos com o Programa. Tal insatisfação dos participantes pode ser interpretada pelas dificuldades da Unidade Produtora na disponibilização de um relatório de desempenho em tempo hábil e também à inclusão do parâmetro HBV nas avaliações práticas, fato que gerou algumas dúvidas em relação ao processamento das amostras e à informação dos resultados obtidos.

Considerando a importância do NAT na triagem laboratorial das infecções transmissíveis por transfusão, em 2016, a CGSH disponibilizou todas as avaliações planejadas no cronograma do AEQ NAT e incluiu o parâmetro de avaliação para detecção do HBV. Em relação à satisfação dos serviços com o Programa AEQ NAT, os resultados apresentados serão discutidos entre o grupo técnico, a Unidade Produtora e a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados com o objetivo de ajustar ações para facilitar os processos inerentes à testagem das amostras, informação dos resultados e emissão dos relatórios de desempenho, norteando as ações de gestão e de disponibilização das avaliações para o próximo ano.

b) Programa de Avaliação Externa da Qualidade em Imuno-hematologia (AEQ - IH) na Hemorrede

O Programa de Avaliação Externa da Qualidade em Imuno-hematologia (AEQ IH) tem como objetivo possibilitar a verificação do desempenho dos testes imuno-hematológicos, previstos na Portaria GM/MS nº 158, de 04 de fevereiro de 2016, dos serviços de hemoterapia brasileiros, por meio da disponibilização de avaliações práticas e teóricas com vistas à adoção de medidas corretivas e de melhoria, sempre que necessário.

A CGSH coordena as atividades do Programa AEQ IH e conta com o apoio de hemocentros coordenadores de referência na Hemorrede Pública. Os hemocentros coordenadores, também denominados Unidades Produtoras (UP), são responsáveis pela produção e distribuição das avaliações aos serviços participantes do Programa. As UP estão organizadas de forma regionalizada, cada uma delas dando suporte técnico aos serviços participantes de sua área de abrangência, permitindo que o Programa alcance todo o território brasileiro.

Segundo dados do Boletim de Serviços de Hemoterapia no Brasil/ANVISA, em 2015, estima-se que existem 1.649 serviços de hemoterapia públicos e privados contratados pelo SUS, destes, 1.285 (78%) estão inscritos no Programa AEQ IH.

A análise dos dados e indicadores de monitoramento de processos durante o ciclo de avaliação 2016 aponta para uma média de 86,5%³² de participação nas avaliações práticas, sendo a observância do prazo de resposta das avaliações uma dificuldade para os serviços.

Com relação ao número de erros, observa-se uma média de 3,5% em 2016. Essa média é semelhante à de 2015 quando foram inseridas questões sobre “Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI)” e Identificação de Anticorpos Irregulares (IAI). Essas questões demonstram, historicamente, ser uma dificuldade entre os serviços participantes do Programa e para ajudar na melhoria, pretende-se intensificar a disponibilização de conteúdo informativo sobre os temas que geraram os maiores índices de respostas incorretas.

A pesquisa de satisfação foi disponibilizada aos serviços no período de agosto/2016 a novembro/2016, com adesão voluntária e anônima de 456 serviços, o que representou 36,5% do universo de participantes do Programa AEQ IH. Em relação ao percentual de satisfação, houve um aumento da satisfação plena de 47% em 2015 para 59%

³² Dados preliminares – faltando os resultados do último ciclo de avaliação do ano de 2016.

em 2016. O Programa entende que melhorias como o envio de relatórios individuais e nacionais de desempenho, disponibilização de gabaritos comentados, notificações de envio das avaliações por e-mail e mensagem de texto do tipo SMS e ainda, estreitamento da comunicação com os serviços participantes podem ter contribuído para aumento do percentual de satisfação plena.

O desempenho dos serviços foi monitorado ao longo do ano e ações de capacitações foram propostas com foco nos serviços que apresentaram os maiores números de erros em avaliações práticas. Desta forma, foi possível proporcionar oportunidade de melhoria e aperfeiçoamento das técnicas laboratoriais desses serviços, contribuindo para diminuição dos riscos de complicações transfusionais e cumprimento da legislação técnico-sanitária, a qual determina a participação em programa de proficiência externo.

c) Programa de Avaliação Externa da Qualidade em Sorologia (AEQ Sorologia)

O Programa de AEQ Sorologia tem por objetivo possibilitar aos serviços de hemoterapia participantes a verificação do desempenho de seus laboratórios de triagem sorológica para doadores de sangue previstos na Portaria GM/MS nº 158, de 06 de fevereiro de 2016, com vistas à adoção de medidas corretivas e de melhoria, sempre que necessário.

O Programa é realizado em parceria com Bio-Manguinhos/FIOCRUZ, produtor das avaliações práticas, e com outros sete laboratórios de referência que apoiam o programa fornecendo suporte técnico para caracterização e validação das amostras.

Em 2016, o Programa contou com a participação de 80 serviços de hemoterapia, cinco a menos que em 2015. Essa queda vem ocorrendo desde 2012, e o principal fator é a centralização sorológica em algumas localidades, o que pode levar a melhor qualificação da rotina sorológica, porém, diminui o número de serviços participantes do programa. Um dos indicadores do programa é o percentual de participação pelos serviços de hemoterapia nas avaliações práticas. Em 2015, a média de participação foi de 99%, em 2016 essa média caiu para 97%, mas continua próximo da meta pretendida pelo Ministério da Saúde de 100% de participação por avaliação prática.

Com relação ao indicador participação dos serviços nas avaliações teóricas, que visam avaliar os participantes quanto aos conhecimentos teóricos relacionados aos testes e boas práticas laboratoriais houve queda de um ponto percentual da participação na primeira avaliação do ano de 2016 (AEQ12) – 94%, com relação à última de 2015 (AEQ11) – 95%. O percentual de 94% foi mantido na segunda avaliação do ano. É importante destacar que esses valores superam o mínimo esperado de 90% de participação nas avaliações teóricas do Programa.

Quanto ao indicador percentual de respostas incorretas nas avaliações práticas (resultados falso positivos, falso negativos e indeterminados), no ano de 2015 foi apresentada uma média de 0,45%. Na primeira avaliação de 2016, o percentual de erros foi de 0,55% (AEQ42) seguida de uma queda expressiva para 0,15% (AEQ43) e um aumento para 0,46% (AEQ44). Mesmo apresentando essas variações, os resultados estão dentro do esperado que é ≤ 1 .

Outro indicador do Programa é o percentual de avaliações práticas enviadas fora do prazo, no ano de 2016, todas as avaliações foram enviadas dentro do prazo estipulado pela comissão de assessoramento técnico do Programa, diferente de 2015 que contou com um atraso.

Como forma de avaliar a satisfação dos serviços participantes, o Programa conta com uma pesquisa de satisfação que é enviada anualmente para saber a opinião de todos. A pesquisa foi disponibilizada aos serviços participantes no período de outubro/2016 a novembro/2016, e contou com adesão voluntária e anônima de 46 serviços, o que representou 56% do universo de participantes do Programa AEQ Sorologia. Em relação ao percentual de

satisfação geral, houve uma queda da satisfação plena de 44% em 2015 para 36% em 2016. De acordo com as críticas e sugestões relatadas pelos participantes na pesquisa, ficou evidente que a ferramenta para lançamento dos resultados é o principal motivo da queda no nível de satisfação plena no Programa. Eles relatam dificuldade de acesso, bem como impossibilidade de gerar relatório que comprove o envio das respostas.

No que se refere às ações realizadas pelo AEQ-Sorologia, no ano de 2016 foi realizada consultoria em um serviço que apresentou baixo desempenho nas avaliações do Programa. Dois membros da comissão de assessoramento técnico foram até o serviço tratar sobre controle de qualidade interno, assunto de maior dificuldade dos profissionais do setor de sorologia.

d) Programa de Avaliação Externa da Qualidade em Hemocomponentes (AEQ Hemocomponentes)

O Programa AEQ Hemocomponentes possibilita que os serviços de hemoterapia participantes avaliem seu desempenho participando de avaliações práticas e teóricas cujo foco é o controle de qualidade na produção de hemocomponentes, essas avaliações são disponibilizadas gratuitamente pelo Ministério da Saúde. A confecção das avaliações e análise dos resultados conta com a parceria de sete Hemocentros Coordenadores denominados de Unidades Produtoras distribuídas pelo país e pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde – INCQS responsável por validar as amostras.

Em 2016, foram encaminhadas para os serviços de hemoterapia participantes do Programa duas avaliações práticas e duas avaliações teóricas. Além dos parâmetros enviados normalmente no ano de 2015, um novo foi adicionado a avaliação prática, trata-se do parâmetro: proteína residual em concentrado de hemácias.

A porcentagem de participação nas avaliações práticas teve um aumento de sete pontos percentuais na primeira avaliação de 2016 (AEQ8) em comparação com a última de 2015 (AEQ7) de 84% para 91%, respectivamente. Já na segunda avaliação do ano (AEQ8) houve uma queda de dois pontos percentuais, essa queda pode ter ocorrido devido à perda do prazo para inclusão das respostas no formulário eletrônico FORMSUS pelos serviços participantes.

As porcentagens de participação nas avaliações teóricas apresentaram quedas nas avaliações de 2016 comparadas com as avaliações de 2015. A última avaliação de 2015 (AEQ6) apresentou porcentagem de participação de 94%, seguida de queda de 10 pontos percentuais para a primeira avaliação de 2016 (AEQ7). Na segunda avaliação do ano (AEQ8) houve um aumento de cinco (5) pontos percentuais elevando para 89% a participação na avaliação teórica do Programa. A média percentual de participação está abaixo do esperado que é de no mínimo 90% de participação nas avaliações teóricas do Programa. O principal motivo de queda nas participações nessas avaliações se deve ao fato de perda dos prazos para envio das respostas.

Quanto ao indicador que monitora o envio das avaliações práticas dentro do prazo, no ano de 2016, a avaliação AEQ08 sofreu atraso de 15 dias de acordo com o cronograma estipulado pela Comissão de Assessoramento Técnico. Esse atraso ocorreu devido a dificuldades na aquisição de alguns dos insumos necessários para produção das avaliações. Mesmo assim, o indicador permaneceu na meta estipulada para atraso no envio das avaliações.

Para verificar a satisfação dos participantes do Programa, disponibilizamos anualmente pesquisa de satisfação. A pesquisa de 2016 foi disponibilizada aos serviços participantes no período de outubro/2016 a novembro/2016, com adesão voluntária e anônima de 76 serviços, o que representou 70% do universo de participantes do Programa AEQ Hemocomponentes. O percentual de satisfação plena com o programa permaneceu o mesmo de 2015, ou seja, 39%.

O desempenho dos participantes é monitorado a cada avaliação, aqueles que apresentaram resultados incorretos dentro de uma escala estabelecida pela Comissão de Assessoramento Técnico do Programa, foram convocados para participarem de oficina de capacitação. Essa oficina contou com a participação de 37 profissionais de 13 serviços de hemoterapia da hemorrede nacional. O foco da capacitação foi tratar assuntos da rotina de produção e controle de qualidade de hemocomponentes dos serviços, bem como análise de indicadores de processos e relatórios de desempenho do Programa.

Além da oficina de capacitação, consultorias foram realizadas para atender aos serviços com maiores dificuldades nos setores de produção e controle de qualidade de hemocomponentes. Para isso, duplas de consultoras foram a quatro Hemocentros Coordenadores para auxiliá-los com as rotinas do setor.

Dessa forma, foi possível proporcionar aos profissionais oportunidades de melhoria e aperfeiçoamento das técnicas de produção e controle de qualidade de hemocomponentes desses serviços, e cumprimento da legislação técnico-sanitária, que determina a participação em programa de proficiência externo.

Fortalecimento da promoção da doação voluntária de sangue

Promoção da doação voluntária de sangue - Jogos Olímpicos e Paralímpicos – Rio 2016

A Área Técnica de Sangue e Hemoderivados atenta às necessidades de manutenção dos estoques estratégicos de sangue durante os Jogos Olímpicos e Paralímpicos – Rio 2016, realizados nos períodos de 05 a 21 de agosto e 07 a 18 de setembro de 2016, respectivamente, em especial no Rio de Janeiro, intensificou as publicações de mídias sociais da página de doação de sangue do Ministério da Saúde para que os doadores fossem convocados a doar (Quadro abaixo).

Quadro XX - Descrição do quantitativo de postagens, alcance, compartilhamentos, curtidas e comentários referentes às ações desenvolvidas em mídias sociais com foco na Promoção da Doação Voluntária de Sangue no período de Jogos Olímpicos e Paralímpicos, 2016, Brasil.

Mídia Social	Número de postagens	Alcance	Número de Compartilhamentos	Número de curtidas	Número de comentários
Facebook - Oficial	15	1.396.487	7.754	19.557	743
Facebook – Doe Sangue	17	386.786	4.045	12.911	514
Twitter	43	220.851	501	716	19
Instagram	15	Não se aplica	Não se aplica	5.622	78

Fonte: Coordenação de Redes Sociais, Assessoria de Comunicação, Gabinete do Ministro, Ministério da Saúde, 2016.

Campanha Nacional de Doação de Sangue 2016

A transformação cultural no Brasil para que as pessoas adquiram o hábito da doação de sangue é um processo longo e o país vem reunindo esforços e empreendendo estratégias nesse sentido. Uma importante estratégia para fidelização de doadores regulares, agradecimento aos doadores e sensibilização de novos doadores é a Campanha Nacional de Promoção da Doação Voluntária de Sangue do Ministério da Saúde.

Em 2016, em decorrência do dia 25/11, Dia Nacional do Doador de Sangue, a semana de 20 a 25/11/2016 foi considerada a Semana Nacional do Doador de Sangue. Durante o período foi replicada a mesma Campanha Nacional de 2015, cujo mote traz a

mensagem “Doar sangue é compartilhar vidas”. As peças da campanha valorizam, ainda, a população que já faz do ato de doar, um hábito em suas vidas.

Monitoramento da situação epidemiológica de novas doenças e doenças re-emergentes de impacto transfusional

A Área Técnica de Sangue e Hemoderivados, atenta ao comportamento das doenças emergentes e re-emergentes no território nacional, emitiu, desde 2014, Notas Técnicas de orientação aos serviços de hemoterapia do país para adequação dos critérios de triagem clínica de candidatos à doação de sangue frente às doenças de impacto transfusional. Assim, foram emitidas as seguintes orientações técnicas:

- NOTA TÉCNICA Nº 059/2014/CGSH/DAHU/SAS/MS, de 05/08/2014 - Critérios sobre triagem para os vírus do Oeste do Nilo e chikungunya em candidatos à doação de sangue no Brasil;
- NOTA TÉCNICA Nº 005/2015/CGSH/DAHU/SAS/MS, de 15/01/2015 - Critérios técnicos, não previstos na Portaria nº 2.712/2013, para triagem clínica das doenças infecciosas nos candidatos à doação de sangue;
- NOTA TÉCNICA Nº 094/2015/CGSH/DAET/SAS/MS, de 10/12/2015 - Critérios técnicos para triagem clínica de dengue, chikungunya e zika nos candidatos à doação de sangue;
- NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 001/2015/CGSH/GGPBS/GGMON, de 22/12/2015 – Critérios técnicos para gerenciamento do risco sanitário no uso de hemocomponentes em procedimentos transfusionais frente à situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional por casos de infecção por Vírus Zika no Brasil.

A Portaria GM/MS nº 158, de 04 de fevereiro de 2016, considera critérios de inaptidão o descolamento, nacional ou internacional, dos candidatos à doação de sangue de áreas endêmicas ou de epidemias confirmadas de doenças infecciosas que não sejam prevalentes na região da doação. Para os vírus Zika e Chikungunya está também em vigor a Nota Técnica Conjunta ANVISA/SAS/MS Nº 002/2016, de 19/08/2016 - Critérios técnicos para triagem clínica de candidatos à doação de sangue para os vírus Zika e Chikungunya. A referida NT nº 002/2016 poderá sofrer alterações se novas evidências científicas surgirem sobre os vírus Zika e Chikungunya.

Estratégias para atendimento às demandas de sangue raro

O objetivo dos bancos de sangue raro é atender à população usuária do SUS, como estratégia de suporte a eventos de grande porte e possíveis situações de epidemias e catástrofes, além de dar suporte a pacientes portadores de sangue raro, tais como: presença de múltiplos anticorpos, fenótipos eritrocitários ou plaquetários raros ou pacientes com deficiência de IgA necessitando de transfusão.

Estão estruturados no país quatro centros de referência para genotipagem eritrocitária e plaquetária e criopreservação de hemocomponentes (bancos de sangue raros). Esses bancos estão localizados nos Hemocentros Coordenadores do Amazonas, do Rio de Janeiro, de Santa Catarina e de Campinas, que contam hoje, com infraestrutura, equipamentos, profissionais capacitados e procedimentos padronizados.

A CGSH disponibiliza consulta ao Cadastro Nacional de Sangue Raro para os serviços de hemoterapia. Essa atividade é operacionalizada pelo Hemocentro da Unicamp, que centraliza as informações dos doadores de sangue considerados raros de todo o país. A CGSH, ao receber uma solicitação de consulta ao Cadastro, encaminha para o Hemocentro da

Unicamp, que fica responsável por verificar no banco de dados se existe no Brasil doador cadastrado com fenótipo compatível, além de discutir e opinar sobre possíveis alternativas à transfusão de sangue. Após a identificação do doador, o mesmo é convocado para doação. Em se efetivando a coleta do sangue, a bolsa é transportada até o serviço de hemoterapia que dá suporte ao serviço de saúde em que o paciente recebe o tratamento.

Entre 2015 e 2016, a CGSH recebeu 16 (dezesesseis) solicitações de consulta ao Cadastro Nacional de Sangue Raro. Só em 2016 foram 10 (dez) solicitações. Destas, 100% foram atendidas e os serviços de hemoterapia solicitantes obtiveram retorno com a indicação dos hemocentros que possuíam doadores compatíveis. Para seis (06) desses serviços, o transporte das bolsas de sangue raro coletadas foi disponibilizado pela CGSH. Os demais serviços não solicitaram o transporte.

Qualificação do plasma excedente do uso terapêutico para beneficiamento industrial

Com a finalidade de alcançar a autossuficiência do país no setor de hemoderivados, foi criada a empresa pública para produção de tais medicamentos. A Lei nº. 10.972, de 02 de dezembro de 2004 autorizou a criação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás), a qual visa atender a demanda interna de produtos hemoderivados ao SUS mediante o fracionamento industrial do plasma excedente das necessidades transfusionais captado no Brasil.

A Hemobrás é a empresa pública responsável pelo recolhimento, o transporte e o armazenamento das bolsas do plasma captado nos centros fornecedores nacionais para fins de fracionamento industrial, e de todas as demais atividades envolvidas no fracionamento plasma e produção de hemoderivados, conforme regulamentação trazida pela Portaria nº 1.854, de 12/06/2010.

Entre 2010 a 2016 foram disponibilizados 678.648 litros de plasma excedente para a indústria de hemoderivados, sendo apenas em 2016, aproximadamente 65.836 litros plasma disponibilizados para a indústria.

A utilização do plasma excedente das necessidades transfusionais no Brasil, que é coletado e armazenado pela Hemobrás, assegura a produção de hemoderivados, os quais são imprescindíveis às políticas de saúde pública executadas pelo Ministério da Saúde.

Projetos de Cooperação Técnica Internacional

O Ministério da Saúde prioriza o estabelecimento de projetos de cooperação técnica no eixo Sul-Sul (países em desenvolvimento) que visam a propor atividades para a redução das desigualdades, a equalização das oportunidades e a correção de iniquidades entre os países da América Latina e África. No ano de 2016, no âmbito da Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH), estiveram em andamento as cooperações técnicas com Honduras, Angola e República Dominicana. Cabe destacar ainda a Cooperação Brasil X França, entre o estabelecimento Francês do Sangue e a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados.

As parcerias possibilitam fortalecer o intercâmbio de experiências entre as instituições públicas do Brasil e países parceiros no sentido de qualificar os diversos processos inerentes à política de sangue de cada país. Exemplo disso é o processo de gestão da hemoterapia e de toda a cadeia produtiva do sangue, até sua distribuição e o modelo de atenção em doença falciforme, cuja exitosa experiência brasileira pôde ser apresentada como sugestão a países parceiros durante a realização de visitas técnicas a tais países. Nos projetos, são valorizados encontros, capacitações, visitas e missões técnicas.

Considerando a sequência das Cooperações na CGSH no ano de 2016 foram realizadas as atividades seguintes:

- **Honduras** - O projeto de cooperação técnica nesse país pretende o apoio ao fortalecimento e desenvolvimento do sistema nacional de sangue e hemoderivados de Honduras. A atividade empreendida no âmbito deste projeto, em 2016, foi a realização de Oficina de trabalho para elaboração de modelo de infraestrutura de serviço de hematologia e hemoterapia.

- **Angola** - Fruto do ajuste complementar ao Acordo de Cooperação Econômica, Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Popular de Angola para a implementação do “Projeto Piloto em Doença Falciforme”, firmado em 23 de junho de 2010, a cooperação Brasil-Angola em Sangue e Hemoderivados tem como objetivo principal apoiar a redução da taxa de morbimortalidade por doença falciforme em Angola, por meio de capacitações de profissionais de saúde de em tratamento básico, diagnóstico laboratorial e por imagem da doença falciforme, triagem neonatal e restauração de lesões ósseas, visando atender ao desejo comum de prover a cooperação para o desenvolvimento, baseado no benefício mútuo e reciprocidade, bem como, considerando que a cooperação técnica na área de saúde se reveste de especial interesse para as Partes. Em 2016 foi realizada Missão à Luanda para realização de avaliação final do projeto. No ano que se seguirá, pretende-se o início de uma segunda fase do projeto, cujo pedido já foi formalizado pela parte angolana junto à Embaixada do Brasil em Angola.

- **República Dominicana** - Foi assinado, em 2016, o projeto de cooperação técnica para o fortalecimento do sistema hemoterápico dominicano e em doação de sangue. A agenda de atividades será definida e implementada a partir de 2017.

Cooperação Internacional Franco - Brasileira

O início da Cooperação França - Brasil na área do sangue, na década de 60, caracterizou-se pela estruturação da rede de serviços brasileira, no modelo regional, espelhado no modelo de organização da rede francesa. Após o momento de organização, implantação e qualificação técnico-gerencial da Hemorrede Pública Nacional, deu-se ênfase nesta Cooperação, a partir de 2004, ao aperfeiçoamento e consolidação do Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados – SINASAN.

Para o fortalecimento do SINASAN, as principais atividades realizadas no âmbito da Cooperação são: a edição bienal do Simpósio Franco Brasileiro de Hematologia e Hemoterapia; visitas técnicas anuais ao Estabelecimento Francês do Sangue – EFS; realização de eventos de capacitação contando com a presença de especialistas do EFS no Brasil e estágios de profissionais da Hemorrede Pública Nacional no EFS em processos de trabalho, definidos segundo a necessidade nacional.

Neste contexto, a seguir são apresentadas as ações executadas em 2016 no âmbito desta Cooperação.

Realização do Encontro Nacional de Hematologia e Hemoterapia – XIV Franco Brasileiro

A Área Técnica de Sangue e Hemoderivados/DAET/SAS/MS, em parceria com a Embaixada da França realizou, nos dias 26 e 27 de setembro de 2016, em Belo Horizonte/MG, o “Encontro Nacional de Hematologia e Hemoterapia – XIV Franco Brasileiro”. Estiveram presentes no evento as seguintes instituições: Estabelecimento Francês

do Sangue – EFS; as Coordenações Estaduais da Hemorrede Pública Nacional; o Instituto Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, representado por Bio-Manguinhos e pelo Instituto de Biologia Molecular do Paraná – IBMP e a Embaixada Francesa, além do Ministério da Saúde, representado pela Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados – CGSH e pela Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde – AISA.

O evento teve como objetivo promover a discussão, por especialistas franceses e brasileiros, de temas de interesse da Hemorrede Pública Nacional, dentre eles: modelo de gestão da rede de serviços, gestão de custos e modelo de financiamento para hemoterapia, sangue raro, produção nacional de reagentes utilizados em serviços de hemoterapia e doenças emergentes e seu risco transfusional.

Cabe destacar que no que se refere às estratégias voltadas para o atendimento de demanda de sangue raro, temos ações semelhantes às da França, porém ainda existe uma grande demanda a esse serviço, indicando a necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de oferta e gestão desse processo junto à Hemorrede Nacional.

A experiência francesa para a produção de reagentes de imuno-hematologia, além de desenvolver expertise nos serviços de hemoterapia, gerou autonomia dos serviços nesse setor, reduzindo custos e, até, gerando receitas.

Após o XIV Franco Brasileiro, no dia 28 de setembro de 2016, foi realizada reunião com os dirigentes do Estabelecimento Francês do Sangue e da Diagast para o alinhamento sobre as expectativas de viabilidade para transferência de tecnologia para produção de reagentes de imuno-hematologia da França para o Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos - Bio-Manguinhos / FIOCRUZ e para o Instituto de Biologia Molecular do Paraná – IBMP / FIOCRUZ.

Avaliação da Produção de Reagentes de Imuno-Hematologia na França

Para o ano de 2016, um dos focos principais das temáticas propostas para serem executadas no âmbito da Cooperação foi o fortalecimento das discussões relacionadas ao processo de transferência de tecnologia de produção de reagentes de imuno-hematologia para Bio-Manguinhos e o Instituto de Biologia Molecular do Paraná – IBMP. A produção nacional desses reagentes e a distribuição pelo Ministério da Saúde visam à redução dos custos na aquisição desses insumos pelos serviços, que são comprados de multinacionais. Isto permitiria o redirecionamento dos recursos para outras atividades hemoterápicas com o ressarcimento defasado na tabela de procedimentos do SUS. Cabe destacar que o Brasil atingiu um grau elevado de qualidade na área imuno-hematologia, fenotipando e genotipando seus doadores de sangue, mas não detém tecnologia para produzir os insumos que usam nos testes realizados.

Assim, com o objetivo de proporcionar aos pesquisadores do IBMP e Bio-Manguinhos/Fiocruz conhecer o processo industrial da produção de reagentes de imuno-hematologia na França foi realizada missão ao país no período de 28 a 30 de novembro de 2016. A visita teve por objetivo apresentar aos pesquisadores brasileiros o processo industrial da produção de reagentes de imuno-hematologia nas unidades do Estabelecimento Francês do Sangue e na Diagast.

Após a visita com o corpo de pesquisadores brasileiros para conhecer o processo produtivo dos reagentes na França, no período de 05 a 09 de dezembro 2016 foi realizada visita técnica com objetivo de avançar as discussões sobre o processo de transferência de tecnologia para produção de reagentes de imuno-hematologia com representantes da AISA/GM/MS, do DGITS/SCTIE/MS, do Estabelecimento Francês do Sangue e Diagast. Além disso, foi possível conhecer os processos de gestão para atendimento de sangue raro e de investigação de casos imuno-hematológicos complexos (rede de laboratórios de referência), bem como automação em imuno-hematologia de doadores.

A Cooperação com a França vem se aperfeiçoando, permitindo, subsidiar o Brasil na perspectiva de desenvolvimento de estratégias de gestão pública e de tecnologias, na busca da eficiência da utilização dos recursos, bem como na autossuficiência da produção de componentes sanguíneos e de insumos hemoterápicos críticos, fortalecendo a segurança dos processos transfusionais.

1. Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN)

O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) foi instituído pela Portaria GM/MS nº 822, de 06 de junho de 2001 com o objetivo de organizar a triagem neonatal brasileira que, naquele momento, estava sendo realizada de forma não uniforme e não sistematizada, tanto em relação ao painel de doenças rastreadas, quanto na disponibilidade de serviços ofertados à população.

A triagem neonatal detecta doenças genéticas e/ou congênitas em fase pré-sintomática, permitindo o tratamento precoce e o acompanhamento multidisciplinar dos doentes, evitando graves distúrbios mentais, neuromotores e funcionais, próprios da evolução clínica das doenças.

No ano de 2016 várias ações foram executadas, sempre contando com a parceria dos estados e do Distrito Federal na implementação e qualificação do PNTN, valendo destacar:

Homologação do Centralizador de dados da Triagem Neonatal SISNEO/DATASUS

Este aplicativo tem como objetivo receber os dados da triagem neonatal dos estados e Distrito Federal, para compor o Banco de Dados e os Indicadores Nacionais do PNTN, no ambiente do DATASUS. A homologação do SISNEO centralizador foi realizada em junho de 2016, com dados provenientes do estado de Minas Gerais.

A próxima etapa é a realização de piloto para o aplicativo “SISNEO centralizador” com os estados de Pernambuco e Goiás, prevista para 2017.

Novo Marco Normativo do PNTN

O novo marco normativo do Programa Nacional de Triagem Neonatal - PNTN prevê a inclusão de mais dois componentes, triagem auditiva e triagem ocular, constituindo assim, a Triagem Neonatal Integrada.

Em 2015, com a participação de novos atores no processo de análise para a publicação do novo marco normativo do Programa Nacional de Triagem Neonatal foram realizadas articulações entre os Departamentos envolvidos, DAET e DAPES, no realinhamento desta proposta e as principais ações foram o alinhamento do financiamento com o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC/SAS/MS); com a Direção do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET); com o gabinete da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), para pactuação das metas no Plano Viver Sem Limite 2 da Casa Civil da Presidência da República (CC/PR).

Com esses alinhamentos, em 2016, a proposta do novo marco normativo, foi inserida no monitoramento da CC/PR (PE2016-2019) no objetivo estratégico 02-1120, Iniciativa IO9-05S3 e está prevista para publicação em 2017.

Incorporação do medicamento Tobramicina ao SUS

O medicamento Tobramicina inalatória foi incorporado ao SUS, pela Portaria SCTIE/MS nº 36 de outubro de 2016, para uso em pacientes com Fibrose Cística, conforme protocolo do Ministério da Saúde.

Projeto com a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos - ECT: “logística de envio das amostras do “teste do pezinho” da rede de atenção básica até o laboratório especializado em triagem neonatal, por SEDEX”.

O projeto teve início em janeiro 2014 e tem como objetivo a redução do tempo entre a coleta da amostra nos pontos de coleta e sua chegada ao laboratório especializado em triagem neonatal. Esta ação impacta positivamente o indicador “idade do recém-nascido detectado na data da primeira consulta com especialista”, sabendo-se que a precocidade do início do tratamento é a condição prioritária do PNTN. As amostras são postadas, nas agências dos Correios, na modalidade SEDEX, de acordo com o contrato entre o Ministério da Saúde (MS) e a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos – EBCT e conta, ainda, com envelopes padronizados para esta finalidade.

Em 2016, a proposta de expansão deste Projeto foi aceita e incorporada ao novo contrato do Ministério da Saúde com os Correios. Participam deste projeto os oito estados que participaram do piloto: AL, CE, MG, PA, PB, PE, RS e SE e os estados de: AP, MA, MT, PI, RN e TO que foram inseridos em dezembro de 2016. Os demais estados estão programados para serem inseridos até dezembro de 2017.

Publicação do novo Manual Técnico da Triagem Neonatal

Foi lançado, em 2016, o novo manual técnico do PNTN “Triagem Neonatal Biológica: Manual Técnico”, elaborado pela equipe que conduz o Programa Nacional de Triagem Neonatal no Ministério da Saúde. Essa edição do Manual traz como novidade o capítulo “Coletas especiais: recém-nascidos pré-termo, de baixo peso ao nascer e gravemente enfermos”, demanda antiga dos profissionais envolvidos com a triagem neonatal. Este manual está disponível no endereço eletrônico:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal_biologica_manual_tecnico.pdf

Ministério da Saúde realiza campanha de divulgação do Teste do Pezinho

A campanha foi organizada pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal tendo como objetivo a divulgação da importância da realização da coleta do teste do pezinho do 3º ao 5º dia de vida do recém-nascido.

Essa campanha foi veiculada por ocasião das comemorações do Dia das Crianças, com várias mídias envolvidas, com publicações no *Facebook* e no Blog da Saúde.

Perspectivas para 2017

Considerando-se a implementação do planejamento estratégico da CGSH referente ao período 2016-2019 e as novas perspectivas para atuação das instituições que compõem o SINASAN, têm-se como objetivos e desafios prioritários para 2017 os seguintes pontos:

Atenção Hematológica

Coagulopatias Hereditárias

- A normatização do Programa de Coagulopatias Hereditárias, com a definição de linhas de cuidado, regimento da distribuição, dispensação e assistência farmacêutica às coagulopatias, e pactuação do marco legal que nortearão

diretrizes e metas para o Programa de Coagulopatias e sua relação de atenção aos usuários junto às unidades federadas.

- A estruturação da “Linha de Cuidado” no programa, que teve o objetivo de estabelecer o fluxo do paciente até o cuidado multidisciplinar que deverá ser similar em todos os CTH públicos Brasileiros.
- Publicação e distribuição de material informativo do tratamento na modalidade profilaxia primária, com o objetivo de disseminar e popularizar estes conceitos de tratamento também para o usuário.
- Ampliar as parceiras com a UNICAMP e WFH (Federação Internacional de Hemofilia) para fomento à estruturação do programa de avaliação externa da qualidade (AEQ ou CQE) de laboratórios de hemostasia dos CTH públicos no país.
- A continuidade de treinamentos em várias áreas como ação de educação contínua é outro desafio a ser enfrentado, com a formação de pessoas que se dediquem a multiplicar e disseminar treinamentos tanto nas áreas laboratoriais como nos tratamentos dedicados a esta população.

Talassemias

- Publicação e distribuição do Manual “Diagnóstico Laboratorial das Hemoglobinopatias”.
- Desenvolvimento do Cadastro Nacional Sistema Web Hemoglobinopatias.
- Discussão sobre aquisição de bombas de infusão domiciliar de uso pessoal para as pessoas com talassemia maior e intermediária dependentes de transfusões sanguíneas e que não respondem ao tratamento com a terapia quelante por via oral.
- Desenvolver o Projeto Linha de Cuidado na Atenção Hematológica e Hemoterápica às pessoas com talassemias,
- Realizar Oficinas Regionais para capacitação de médicos hematologistas, cardiologistas e/ou radiologistas no procedimento RNM T2*, visando à mensuração de ferro orgânico no coração e fígado.
- Inclusão do CID Talassemia/Tabela SUS e elaboração de protocolo dos medicamentos de segunda linha para tratamento da Osteoporose.
- Elaborar e publicar o Manual Talassemias Alfa.

Doença Falciforme

As ações estarão centradas na inclusão da Política da Atenção às pessoas com Doença Falciforme nas Redes de Atenção à Saúde – RAS. Sendo necessário:

- Promover Cursos a Distância nas temáticas de Saúde Bucal em DF, Saúde Integral da Mulher com DF – Rede Cegonha, e Eventos Agudos em DF – Rede de Urgência.
- Apoiar a realização do IX Simpósio Brasileiro de Doença Falciforme.
- Capacitações de atualização em DF para os especialistas dos serviços de referência em DF.
- Realizar oficinas sobre Herança Genética em DF.
- Acompanhar o desenvolvimento da produção da HU por laboratório público brasileiro.

- Aquisição e acompanhamento da distribuição do medicamento Fenoximetilpenicilina, Potássica, 80.000UI/ML, solução oral para garantia do acesso às crianças.
- Prestar assessoria técnica aos estados para implantação da Linha de Cuidado em DF nas redes de atenção à saúde.
- Monitorar e avaliar os produtos das oficinas de implantação da Linha de Cuidado em DF realizadas em 2016.

Atenção Hemoterápica

Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede

- Aperfeiçoar os indicadores do PNQH para melhorar a mensuração da efetividade do PNQH e PEQH.
- Sistematizar o acompanhamento das ações das áreas da CGSH, decorrentes da análise crítica dos dados e relatórios de avaliação do PNQH.
- Implementar as correções e melhorias do HEMOINFO, permitindo o registro informatizado e a agilidade na análise dos dados por meio de gráficos fortalecendo o processo de tomada de decisão para melhoria dos serviços avaliados.

Hemoterapia

- Desenvolvimento de lote piloto do 4º alvo - malária do Kit NAT brasileiro para realização de estudo em Manaus e no Pará.
- Aperfeiçoamento tecnológico do Kit NAT HIV/HCV/HBV Bio-Manguinhos e do parque de equipamentos.
- Início do estudo multicêntrico na hemorrede para substituição da metodologia NAT, visando o aperfeiçoamento contínuo do Kit NAT brasileiro, produzido por Bio-Manguinhos.
- Nacionalizar as sondas e *primers* do Kit NAT brasileiro.
- Aperfeiçoar o AEQ NAT, AEQ IH, AEQ Hemocomponentes e AEQ Sorologia.
- Disponibilizar o Sistema Informatizado de Gerenciamento do Programa AEQ IH
- Solicitar acreditação da ABNT ISO/IEC 17043:2011 na divisão de produção de painéis sorológicos Bio-Manguinhos/Fiocruz.
- Finalizar o guia para laboratórios de triagem de doadores para infecções transmissíveis pelo sangue e distribuir para a Hemorrede.
- Disponibilizar Sistema Informatizado de Gerenciamento de Dados do Programa AEQ Hemocomponentes.

Programa Nacional de Triagem Neonatal

- Disponibilização do SISNEO Centralizador no DATASUS para recebimento das informações da triagem neonatal de todos os estados.
- Planejamento para implantação do Sistema de Informação em Triagem Neonatal - DESKTOP (SISNEO desktop) nos estados que aderirem ao sistema.
- Finalizar a expansão do projeto de logística de transporte de amostras do teste do pezinho para os estados remanescentes.

- Visitas de apoio técnico aos estados com dificuldades na temática de triagem neonatal.
- Elaboração das diretrizes das Linhas de Cuidado das doenças do escopo do PNTN.
- Acompanhamento da disponibilização da biotina nacional para pacientes com deficiência de biotinidase, diagnosticados no PNTN, no SUS.
- Acompanhamento da disponibilização do Cipionato de Hidrocortisona em comprimidos para o tratamento de Hiperplasia Adrenal Congênita, no âmbito do SUS, incorporada pela CONITEC em 2015.

4.3.1.1.4 Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos

O Sistema Nacional de Transplantes (SNT), constituído por meio do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, é responsável por desenvolver o processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes do corpo humano para fins terapêuticos e os procedimentos de transplantes no Brasil. Integram o SNT o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal ou órgãos equivalentes, as Secretarias de Saúde dos Municípios ou órgãos equivalentes, os estabelecimentos hospitalares autorizados e toda a rede de serviços auxiliares necessários à realização de transplantes. Toda e qualquer atividade relacionada ao processo de doação/transplante de células, tecidos, órgãos ou partes do corpo humano no Brasil deve observar ao disposto no atual Regulamento Técnico do SNT, definido pela Portaria GM/MS nº 2.600/2009.

As atribuições da coordenação incluem ações de promoção da doação, logística, autorização de equipes e estabelecimentos para a realização de transplantes, credenciamento de Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) e Organização de Procura de Órgãos (OPO), idealização de estratégias referentes ao financiamento da Política além da elaboração de portarias que regulamentam todo o processo (desde a captação de órgãos até o acompanhamento dos pacientes transplantados).

Também a área técnica é responsável pela normatização e regulamentação das atividades relativas ao processo de doação/transplante como um todo incluindo a articulação com todos os integrantes do SNT, sejam órgãos Estaduais e Municipais ou prestadores de serviços, a análise das demandas da sociedade sobre o tema, o planejamento estratégico das atividades do sistema e a identificação e correção de intercorrências verificadas em seu funcionamento.

Os recursos previstos na ação orçamentária 20SP - Operacionalização do Sistema Nacional de Transplantes são aplicados, entre outras iniciativas, para aprimoramento de atividades desenvolvidas no processo de doação e transplantes.

Quadro XXI - Identificação da Ação: 20SP - Operacionalização do Sistema Nacional de Transplantes

Identificação da Ação	
Código	Tipo: Atividade
Título	20SP - Operacionalização do Sistema Nacional de Transplantes
Objetivo	Código: 0713 – Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.
Programa	Código: 2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) Tipo: Temático
Unidade Orçamentária	36901 - Fundo Nacional de Saúde
Ação Prioritária	() Sim () Não Caso positivo: () PAC () Brasil sem Miséria
Lei Orçamentária 2016	
Execução Orçamentária e Financeira	

Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
34.280.000	34.280.000	23.560.891	19.313.066	18.167.518	1.145.548	4.247.825
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Transplante realizado			Unidade	23.408		24.359
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada	
28.864.712,66	8.002.299,21	2.566.935,77				

Em 2016, a ação 20SP - Operacionalização do Sistema Nacional de Transplantes teve uma dotação final de R\$ 34.280.000, cuja despesa empenhada foi de R\$ 23.560.891, representando 68,73% do total disponibilizado. Além disso, a meta física programada para 2016 foi realizada em 104,06 %, com várias ações efetivadas no âmbito dessa temática.

A execução orçamentária em 2016 da Ação 20SP teve um resultado significativamente melhor, se comparado com o exercício passado, e correspondeu a 68,73% em relação à dotação inicial (em 2015 a execução orçamentária foi de 46,78%), o resultado demonstrado no exercício de 2016 foi melhor em relação ao exercício anterior, apesar da não concretização dos convênios destinados à ampliação dos leitos de medula e bancos de multitecidos, que não foram empenhados devido a não concretização de propostas de projeto.

Em que pese o fato da execução orçamentária não ter sido total, a meta física alcançada foi de 104,06% em relação à meta programada, conforme demonstrado no **Quadro XXI**.

Ressalta-se que o descompasso entre a execução orçamentária e o alcance da meta física em 104,06% tem por consequência o fato de as ações de doação e transplantes serem custeadas com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) que oneram a Ação 8585 (Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade).

Cumprir mencionar que, em 2016, os gastos com transplantes no país (sem contemplar os gastos com medicamentos) foram na ordem de R\$ 942.229.230,00 (fonte: TABWIN/DATASUS janeiro/2016 a dezembro/2016 - Produção Ambulatorial de Procedimentos da Tabela Unificada + Movimento de AIH).

Ressalta-se que o saldo orçamentário residual da Ação 20SP em 2016 (R\$ 10.719.109) se deveu ao fato de que não houve a indicação de novas propostas para celebração de convênios no exercício.

Cabe ressaltar que a Ação 20SP tem uma grande relevância na operacionalização de atividades de apoio à doação e transplantes, como por exemplo: qualificação de profissionais, reforma e/ou ampliação de estabelecimentos, aquisição de equipamentos, apoio às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), formação de parcerias para o desenvolvimento da política, entre outras atividades, ou seja, se trata de uma Ação de apoio à Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos tendo em vista que os procedimentos relacionados diretamente aos transplantes são financiados por outra Ação Orçamentária (Ação 8585 Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade) pertencente ao Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), dessa forma, considerando o aumento do número de transplantes de coração, fígado, rim, medula e córneas, a meta de transplantes realizados foi alcançada mesmo sem a execução completa da Ação 20SP, no entanto, algumas atividades importantes para a qualificação e aprimoramento do Sistema Nacional de Transplantes (aportadas pela Ação 20SP) não foram executadas devido ao exposto acima o que evidencia a necessidade da inserção dessas

atividades para os exercícios subsequentes com vistas à realização de projetos não contemplados no orçamento de 2016 e que irão subsidiar o desempenho da Política.

Em 2016 foram realizadas diversas atividades que contribuíram para a execução orçamentária, por meio das iniciativas listadas abaixo:

- Repasse mensal referente ao Plano Nacional de Apoio às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (PNA-CNCDO) – Em 2016, foram repassados aos Fundos Estaduais de Saúde por intermédio do componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) o montante de R\$ 13.240.000,00. O Plano tem a prerrogativa de estabelecer apoio financeiro de custeio para as CNCDO conforme as diretrizes da Portaria GM/MS nº 2.922, de 28 de novembro de 2013. Atualmente, a área técnica está realizando a verificação da aplicação dos recursos repassados com o intuito de analisar a sua efetividade nas CNCDO;
- 2º Termo Aditivo ao Termo de Execução Descentralizada (TED) nº 378/2013 com o Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA) – O presente projeto tem como objetivo geral a implantação de um Centro de Referência para Reabilitação Intestinal de Crianças e Adolescentes no HCPA. A instituição apresentou pleito para a inclusão de dois novos objetivos ao projeto, o que possibilitou a entrada de 4 (quatro) pacientes não regulados pela Secretaria de Saúde do município de Porto Alegre ou do Estado do Rio Grande do Sul, visto que a procedência destes pacientes e o enquadramento do procedimento de internação na média complexidade atualmente inviabiliza o faturamento destas contas hospitalares por meio da contratualização do HCPA com o Sistema Único de Saúde (SUS), além desses 4 pacientes, o projeto conta com o atendimento de 6 pacientes naturais do Rio Grande do Sul. O valor total desse Termo foi de R\$ 1.272.050,25;
- 3º Termo Aditivo ao TED nº 378/2013 com o Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA) – A instituição solicitou aditivo para viabilizar a disponibilização de serviços hospitalares para internação de pacientes não regulados pelo município de Porto Alegre e/ou pelo estado do Rio Grande do Sul, sendo 360 dias para tratamento com nutrição parenteral prolongada em pacientes com falência intestinal, nesse aditivo há previsão do encaminhamento de 5 novos casos de pacientes que necessitam de reabilitação intestinal provenientes de outros estados. O valor do aditivo foi de R\$ 4.387.803,79 (quatro milhões, trezentos e oitenta e sete mil, oitocentos e três mil e setenta e nove centavos) e prevê atividades de Assistência médico hospitalar e assistência em enfermagem domiciliar, para pacientes desospitalizados, serviços hospitalares para internação de pacientes com falência intestinal para avaliação e reabilitação por 90 dias, entre outras;
- 2ª Parcela de desembolso do TED nº 51/2015 celebrado com a FIOCRUZ - Projeto de qualificação e aprimoramento do SNT e monitoramento dos seus resultados. Houve o desembolso de R\$ 2.509.537,50 para pagamento da segunda parcela do projeto que atualmente está sendo desenvolvido e engloba atividades de padronização do processo de trabalho nos estados, sistematização de processos de monitoramento das ações executadas pelo SNT na implementação da Política, além de auxiliar as instâncias do SNT sobre atualizações e questionamentos relacionados ao sistema informatizado de gerenciamento do processo de doação e transplantes;
- Termo Aditivo ao TED nº 172/2012 celebrado com a Universidade Federal da Bahia (UFBA) para a migração dos dados da plataforma tecnológica de transplantes para a nova plataforma desenvolvida e desenvolvimento de um

protótipo de análise de informações – O valor global do aditivo é de R\$ 1.803.377,72, no entanto, em 2016, foi repassado à UFBA o montante de R\$ 731.499,14;

- Formalização de TED com a Força Aérea Brasileira (FAB) para o atendimento das disposições constantes no Decreto Nº 8.783, de 6 de junho 2016, onde é requisitado o apoio da FAB para o transporte de órgãos, tecidos e partes do corpo humano, bem como das equipes de retirada ou de transplantes, no atendimento das solicitações a serem realizadas pelo Ministério da Saúde (através da Central Nacional de Transplantes) com a manutenção permanente de, no mínimo, uma aeronave exclusiva para essa finalidade. O valor repassado à FAB em 2016 foi de R\$ 1.200.000,00;
- Cooperação Técnica Internacional com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para o fortalecimento do Sistema Nacional de Transplantes no desenvolvimento da modalidade de transplante de intestino delgado e multivisceral. – Em dezembro de 2016, houve o comprometimento orçamentário de R\$ 220.000,00 para subsidiar o início dos trabalhos em 2017.

METAS NO PLANO PLURIANUAL (PPA) E PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS EM 2016

No PPA 2016-2019 existem duas metas estabelecidas no Objetivo 0713 (Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar) que possuem relação direta com a Política de Doação e Transplantes, quais sejam:

- Aumentar em 4% ao ano o Índice de Transplantes de Órgãos Sólidos por milhão da população (pmp), passando de 37,95 pmp para 46,18 pmp;
- Aumentar em 4% ao ano o Índice de Doadores Efetivos de Órgãos por milhão da população (pmp), passando de 13,36 pmp para 16,25 pmp.

Para 2016, a meta do índice de transplantes de órgãos sólidos foi de 41,05 pmp (ou seja, a meta era realizar 8.393 transplantes de órgãos sólidos), no entanto, foram realizados 7.955 transplantes desse tipo, o que corresponde a 38,90 pmp. Alguns esclarecimentos são necessários para justificar o não alcance da meta, para isso, estão listados abaixo os desempenhos por modalidade de transplantes em 2016 (com base em dados preliminares):

- Coração: em 2016, foram realizados 357 transplantes de coração, sendo, portanto, o maior número de transplantes de coração realizados na série histórica, o que reafirma a curva de crescimento sustentada nos últimos anos. O bom desempenho nacional foi garantido pelo Distrito Federal (43% de crescimento), Rio Grande do Sul (47% de aumento), Ceará (33% de aumento), Espírito Santo (realizou 8 transplantes de coração em 2016 frente a 1 transplante em 2015, o que representa 700% de aumento) e Santa Catarina (realizou 8 transplantes frente a 2 transplantes em 2015, o que representa 300% de aumento). Os estados que apresentaram as maiores reduções no número de transplantes cardíacos foram: São Paulo (11% de retração), Paraná (29% a menos) e Pernambuco (17% de queda). No Brasil, a mortalidade em lista de espera, em 2016, foi de 119 óbitos, e os inscritos em lista de espera em dezembro de 2016 totalizou em 341 pacientes.
- Pulmão: assim como aconteceu com coração em 2016, o número de transplantes de pulmão foi o maior de toda a série histórica. São Paulo realizou 51

transplantes, Rio Grande do Sul 35 e Ceará 6, totalizando 92 transplantes (24% a mais que em 2015). O crescimento foi fortemente impulsionado por São Paulo, que teve 55% de aumento em relação ao número de transplantes de pulmão do ano anterior. Em âmbito nacional, a mortalidade em lista de espera em 2016 foi de 44 óbitos, e os inscritos em lista de espera em dezembro de 2016 totalizou em 199 pacientes.

- **Pâncreas:** tanto o número de transplantes de pâncreas isolado (26 transplantes) quanto o de pâncreas-rim (108 transplantes), cresceram em 2016 se comparados com o ano de 2015. Os estados que transplantaram pâncreas em 2016 foram: Paraná (8 transplantes), Minas Gerais (2 transplantes) e São Paulo (16 transplantes). Os maiores transplantadores de pâncreas-rim foram: São Paulo (47 transplantes) e Paraná, que em 2015 havia realizado 18 transplantes de pâncreas-rim e em 2016 realizou 36 (aumento de 100%). Minas Gerais (com 44% de queda), Santa Catarina (56% de queda) e Ceará (que não transplantou em 2016) tiveram declínio no número de transplantes dessa modalidade. Em dezembro de 2015, 77 pacientes aguardavam por um transplante de pâncreas e 646 por um transplante de pâncreas-rim no Brasil, no mesmo mês de 2016, eram 66 pacientes na lista de pâncreas e 728 na de pâncreas-rim, o que evidencia um aumento de 13% na lista de espera de pâncreas-rim em relação a 2015. A mortalidade em lista de espera dos pacientes que aguardavam transplante de pâncreas em 2016 foi de 3 óbitos, já para os quais aguardavam transplante de pâncreas-rim foi de 61 óbitos.

- **Fígado:** em 2016, o Brasil manteve a curva de crescimento no número de transplantes de fígado, alcançando o melhor resultado da série histórica, tanto com doadores vivos (157 transplantes) quanto com doadores falecidos (1.723 transplantes). O crescimento em relação a 2015 foi de 4%, passando de 1.816 transplantes hepáticos para 1.880. O crescimento foi sustentado, basicamente, pelo Paraná (crescimento de 60%), Santa Catarina (42% de crescimento), Distrito Federal (25% de crescimento) e Minas Gerais (10% de crescimento). Os piores desempenhos foram registrados no Rio de Janeiro e em São Paulo, que diminuíram, respectivamente, 17% e 6% do número de transplantes, no caso de São Paulo essa queda é ainda maior, se forem considerados apenas transplantes com doador falecido (9%). A lista de espera nacional, que em dezembro de 2015 era de 2.193, caiu para 1.939 em dezembro de 2016 (queda de 12%). Ainda em âmbito nacional, a mortalidade em lista de espera em 2016 foi de 750 óbitos.

- **Rim:** em 2016, foram realizados 5.492 transplantes (cerca de 2% a mais que em 2015, quando foram realizados 5.409), se considerarmos apenas transplantes com doador vivo, o desempenho melhorou em 18%, passando de 1.017 transplantes em 2015 para 1.200 em 2016. Acre e Alagoas, que tiveram ocorrências de transplante de rim com doador vivo em 2015 (3 e 1 respectivamente), não tiveram a mesma ocorrência em 2016. O Distrito Federal foi o estado que apresentou o maior aumento no número de transplantes com doador vivo (450% a mais que em 2015, passando de 2 para 11 transplantes), Rondônia registrou o maior crescimento em transplante com doador falecido (67% de aumento, passando de 6 transplantes realizados para 10). Nos estados do Rio de Janeiro, Alagoas, Acre, Pernambuco, Amazonas, Maranhão e Minas Gerais registraram, respectivamente, 123 (26%), 4 (40%), 10 (63%), 57 (16%), 34 (68%), 28 (46%) e 11 (2%) transplantes renais a menos que em 2015. Rondônia, Bahia, Espírito Santo, Paraná, Distrito federal e São Paulo registraram os maiores crescimentos no número de transplantes renais, 64%, 27%, 15%, 18%, 38% e 10%, respectivamente. No Brasil, a mortalidade em lista de espera em 2016 foi de 1.181 óbitos, e a lista de espera em dezembro de 2016 totalizou em 24.914 pacientes.

Foram realizados 2.362 transplantes de medula óssea em 2016 (260 a mais que em 2015, crescimento de 12%). O crescimento deve ser atribuído aos transplantes alogênicos não aparentados (NAP), que passaram de 299 para 380 transplantes (São Paulo, Minas Gerais e Paraná registraram, respectivamente, 31, 14 e 12 TMO NAP a mais que em 2015) e aos transplantes autólogos, passando de 1.273 para 1.502 (São Paulo, Distrito Federal e Paraná registraram, respectivamente, 146, 52 e 45 TMO autólogos a mais que em 2015). O número de transplantes alogênicos aparentados caiu, passando de 530 para 480. O Rio de Janeiro reduziu em 51% o número de autólogos e 86% o número de alogênicos aparentados; Pernambuco reduziu em 20% e 28%, respectivamente.

Com relação à meta constante no PPA de aumentar em 4% ao ano o Índice de Doadores Efetivos de Órgãos por milhão da população (pmp), passando de 13,36 pmp para 16,25 pmp, os resultados de 2016 foram satisfatórios, tendo em vista que a meta para o fechamento do ano era de 14,45 pmp (2.978 doadores efetivos), e ao final do exercício foram efetivados 2.981 doadores (o que corresponde a 14,58 pmp). Com isso, o Brasil registrou o maior número de doadores efetivos de sua história, tanto em números absolutos quanto por milhão da população.

No entanto, o crescimento de 5%, em relação a 2015, não refletiu uma melhora no percentual de efetivação do potencial doador, que permanece na faixa de 29%. Os estados com maior percentual de efetivação são respectivamente: Santa Catarina (47%), Rio Grande do Sul (41%), Minas Gerais (38%), Ceará (38%) e Paraná (36%). Na contramão do restante do país, Minas Gerais, que possui um percentual de efetivação interessante, apresenta suas maiores dificuldades na identificação/notificação dos potenciais doadores, enquanto o Brasil identificou em média 49,68 potenciais doadores pmp, Minas Gerais identificou 27,36 potenciais doadores pmp.

As quedas mais preocupantes no número de doadores efetivos ocorreram no Rio de Janeiro (25%), em Pernambuco (18%), Minas Gerais (5%), Piauí (26%) e Distrito Federal (5%). Santa Catarina continua liderando o ranking de doadores efetivos, com 36,81 doadores efetivos pmp, seguido pelo Paraná (30,91 doadores efetivos pmp), que em 2016 aumentou em 43% o número de doadores efetivos em relação ao ano anterior, passando de 241 doadores efetivos para 345. Os estados com pior desempenho neste sentido são: Alagoas (1,50 doadores efetivos pmp), Maranhão (2,32 pmp), Paraíba (2,77 pmp), Sergipe (3,12 pmp) e Pará (3,55 pmp). Mato Grosso, Tocantins e Roraima que, apesar de terem notificado respectivamente 42, 22 e 12 potenciais doadores, não lograram evoluir nenhum à condição de efetivo; Tocantins e Roraima vivem momento de estruturação de seu incipiente programa de transplantes e ainda não conseguiram registrar nenhum doador efetivo, já o Mato Grosso, que em 2011 chegou a efetivar 11 doadores, tem apresentado especiais dificuldades para fechar seus protocolos de morte encefálica.

Estratégia de qualificação e de ampliação do acesso aos transplantes de órgãos e de medula óssea – IFTDO – portaria GM/MS nº 845/2012

A Portaria GM/MS nº 845, de 02 de maio de 2012, foi criada com o objetivo de implementar a estratégia de qualificação e ampliação do acesso aos transplantes de órgãos e de medula óssea, por meio da criação de novos procedimentos e de custeio diferenciado para a realização de procedimentos de transplantes e processo de doação de órgãos.

O custeio diferenciado corresponde ao Incremento Financeiro Para a Realização de Procedimentos de Transplantes e o Processo de Doação de Órgãos (IFTDO). Esse incremento é concedido na forma de um percentual que incide sobre o valor dos procedimentos apresentados nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) e Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APACs).

Os estabelecimentos podem ser classificados do Nível A ao Nível D, variando de acordo com o número e modalidades diferentes de transplantes que realizam, e com a

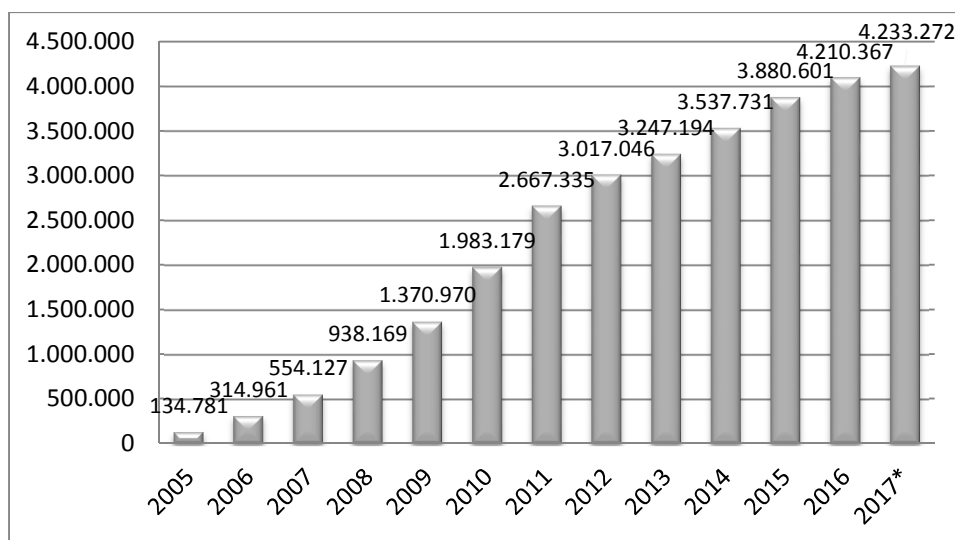
complexidade dos mesmos. Estabelecimentos classificados em Nível A fazem jus a 60% de incremento, Nível B a 50% de incremento, Nível C a 40% e Nível D recebem 30% de incremento.

Em 2016, 79 estabelecimentos estavam recebendo o incremento financeiro, desse total, 36 estabelecimentos tiveram algum tipo de avaliação, sendo 12 (33,33%) da região Sul, 19 (52,77%) da região Sudeste, 3 (8,33%) da região Nordeste e 2 (5,55%) da região centro oeste, os quais solicitaram a classificação e encaminharam os dados referentes à produção dos transplantes realizados no ano de 2015. Desses 36 estabelecimentos, 05 tiveram sua primeira classificação, sendo três como Nível D e dois como Nível C. Dois estabelecimentos foram reclassificados com mudança de nível, um de Nível B para Nível A e o outro de Nível A para Nível C. Dos 29 estabelecimentos que tiveram sua classificação renovada, 11 (37,93%) foram classificados no Nível A, dois (6,89%) em Nível B, 6 em nível C (20,68%) e 10 (34,5%) foram classificados no Nível D.

Gerenciamento de cadastros de doadores voluntários de medula óssea no REDOME – Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea

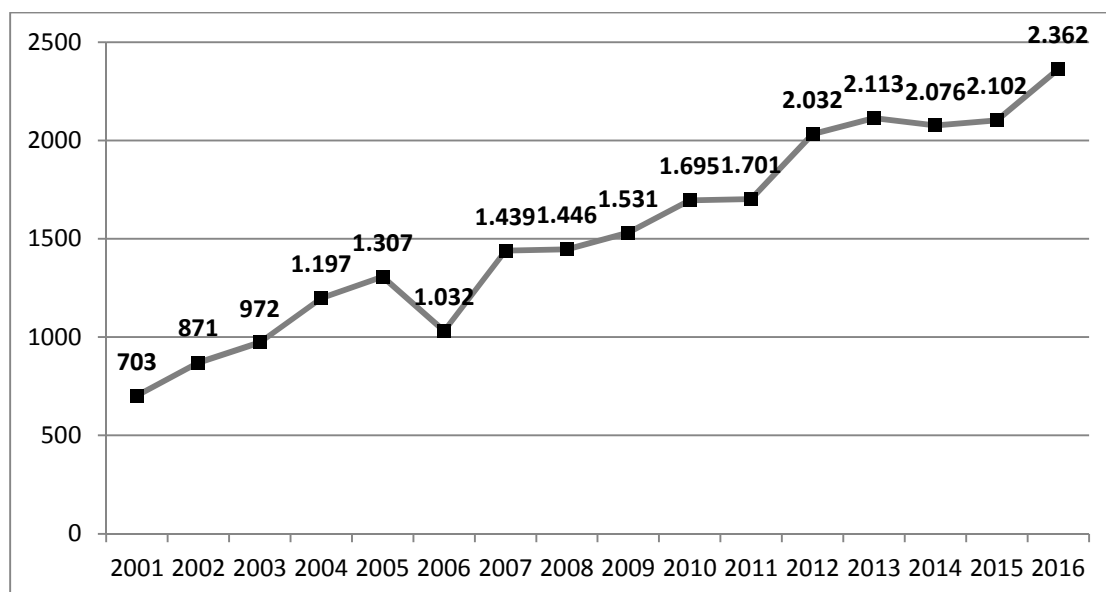
O REDOME foi estabelecido em 1993 e até o ano de 2000 existiam pouco mais de 12.000 doadores inscritos. Os investimentos na organização e na criação de procedimentos financiados pelo SUS possibilitaram o REDOME crescer e alterar a lógica das buscas internacionais para buscas nacionais. O gráfico a seguir demonstra o crescimento do registro de 2005 até 2017. Àquela época, os transplantes de medula eram realizados apenas com 10% dos doadores brasileiros localizados pelo REDOME e atualmente mais de 70% dos doadores são localizados em território nacional. Existem hoje 4.233.272 milhões de doadores inscritos e o Brasil tornou-se o terceiro maior registro do gênero no mundo, ficando atrás apenas dos registros dos Estados Unidos (8,1 milhões de doadores) e da Alemanha (6,7 milhões de doadores).

Gráfico X : Doadores cadastrados totais



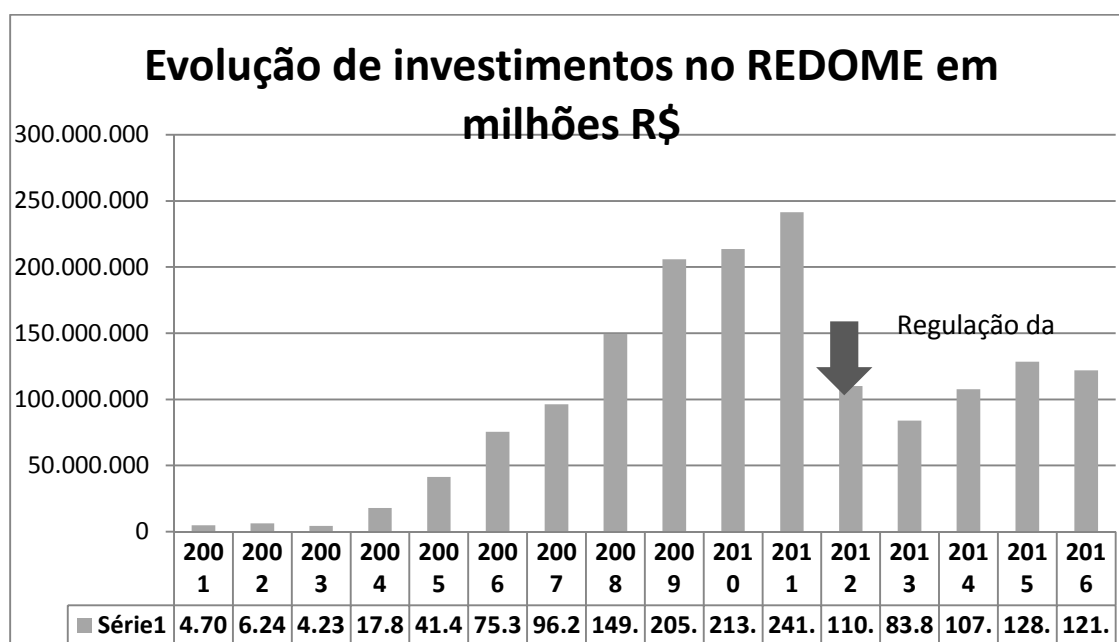
Fonte: REDOME web *até janeiro/2017

Gráfico XI : Transplantes de Medula Óssea - Série Histórica



Fonte: CGSNT/DAET/SAS/MS

Gráfico XII : Evolução de investimentos no REDOME em milhões



Fonte: TABWIN/DATASUS

Em 2012, a Portaria GM/MS nº 844 estabeleceu tetos diferenciados para o cadastro de doadores em cada estado. No ano seguinte, após análise de dados do REDOME, verificou-se disparidade entre os Estados com relação ao número de doadores já cadastrados e, conseqüentemente, a representação da diversidade genética da população brasileira no REDOME restaria prejudicada. Em atenção a isso, foram realizados cálculos para estabelecer quais estados deveriam receber revisão de cotas a fim de melhorar a representatividade do patrimônio genético de sua população, visando ampliar as chances de pacientes das diversas regiões para encontrar um doador. Assim, a portaria GM/MS nº 2.132/2013 estabeleceu novas cotas e os quantitativos estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 844/2012 foram significativamente aumentados em vários estados onde era necessário. Estas Portarias do Ministério da Saúde têm como objetivo promover o crescimento do REDOME de maneira

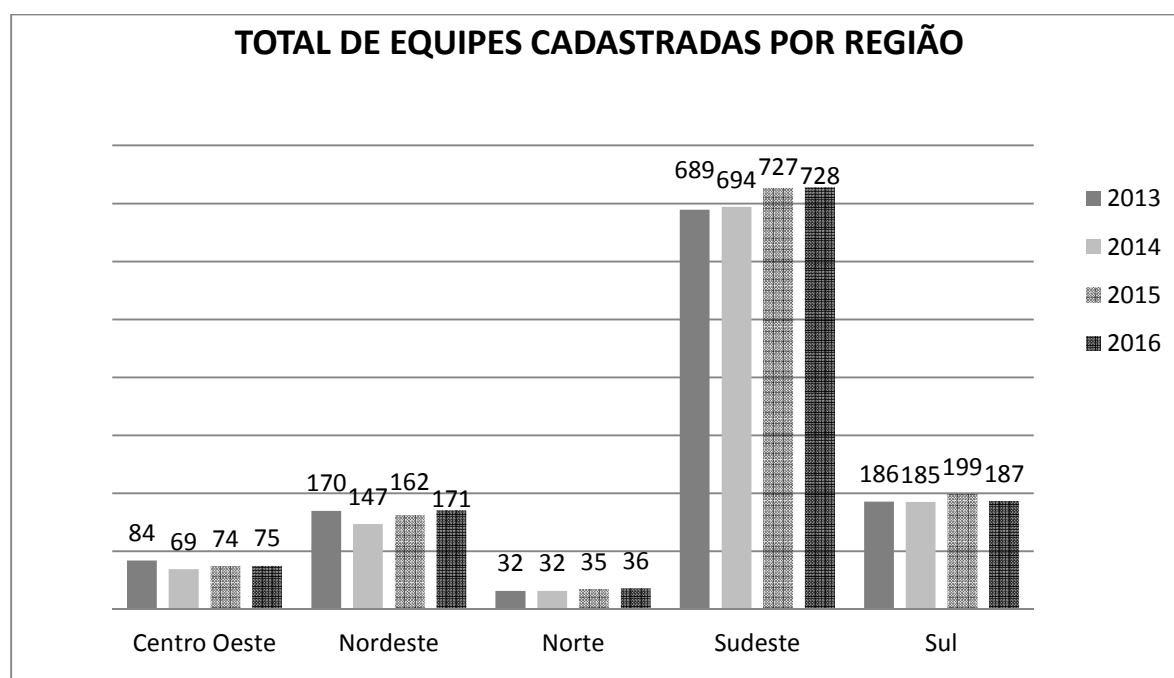
regulada, gerenciando a entrada de novos doadores de forma a garantir seu crescimento líquido, a adequada representação da diversidade genética da população brasileira, a fidelização dos doadores e ao mesmo tempo assegurar a utilização racional dos recursos financeiros disponíveis.

Autorização e renovações de autorização de estabelecimentos e equipes

A Portaria 2.600/2009, capítulo IV, Seção I, Art. 18, § 1º, estabelece que “O transplante de tecidos, órgãos, células ou partes do corpo só poderá ser realizado por estabelecimento de saúde e equipes especializadas de retirada e transplante previamente autorizados pela CGSNT”.

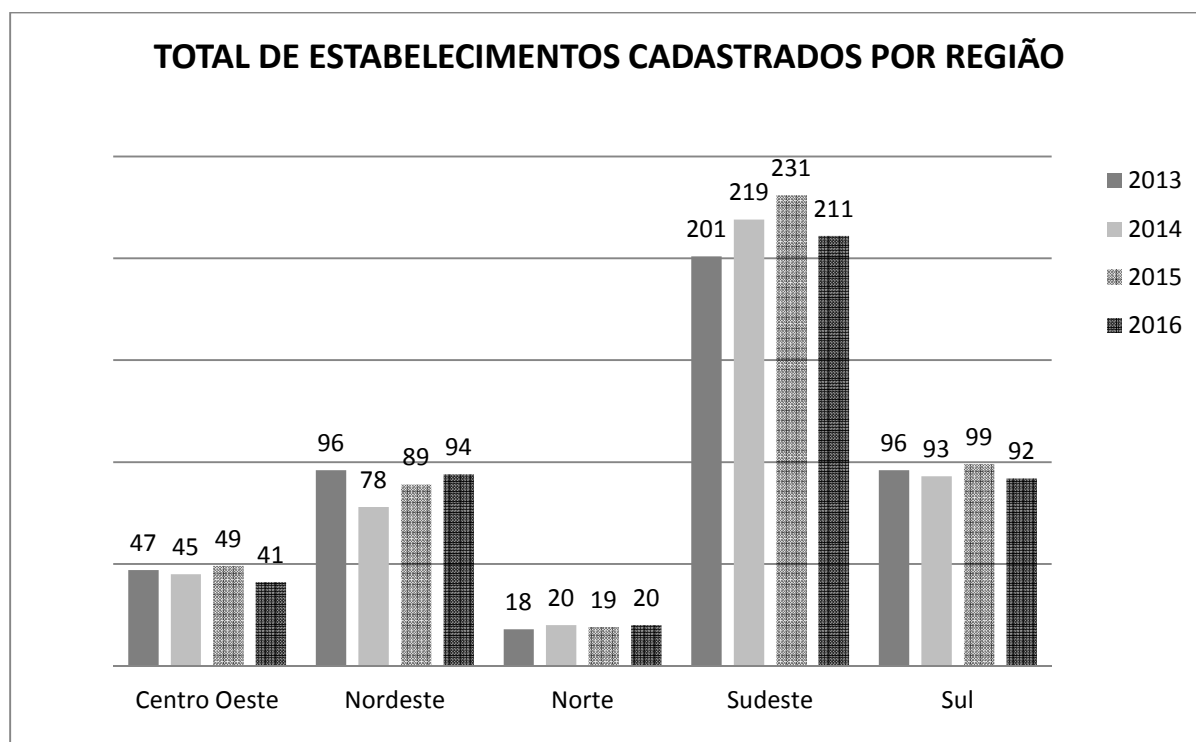
Em 2016, conforme se verifica nos Gráficos abaixo, estavam autorizadas 1.197 equipes e 458 estabelecimentos, o que representa um cenário de estabilidade em relação ao ano de 2015, no quantitativo de equipes (1.197) e uma leve queda no número de centros autorizados (487).

Gráfico XIII: Total de Equipes cadastradas por região



Fonte: CGSNT/DAET/SAS/MS

Gráfico XIV: Total de Estabelecimentos autorizados por região



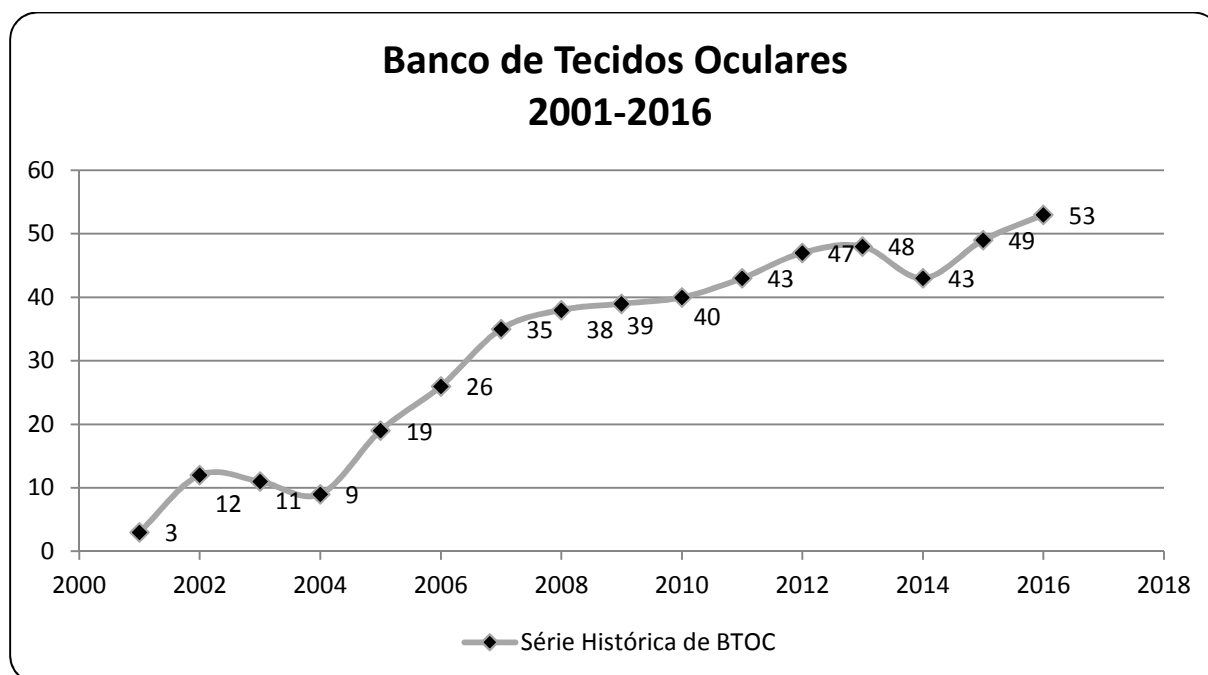
Fonte: CGSNT/DAET/SAS/MS

Pode-se considerar que existem equipes em todas as regiões do país, mas não em todos os estados da Federação. O estado do Amapá, por exemplo, não possui equipes autorizadas nem centros para a realização de retirada e transplantes.

Importante destacar, também, as autorizações e renovações para funcionamento dos bancos de tecidos: em 2016, 63 bancos de tecidos estavam em funcionamento, sendo três de pele (BP), um de valva (BTCV), seis de tecidos musculoesqueléticos (BTME) e 53 de tecidos oculares (BTOC); dos 63 bancos que estavam ativos, 5 são considerados multitecidos (por processarem mais de um tipo de tecido) e estão localizados nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul, restando vazios assistenciais em relação a bancos multitecidos nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte.

Os bancos de tecidos oculares estão presentes em quase todo território nacional. Apenas os estados de Roraima, Amapá e Acre ainda não possuem nenhum tipo de banco. A presença de bancos de tecidos oculares (vide GráficoXV) aliado ao esforço das equipes de procura de tecidos, vem garantindo que alguns estados como Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Mato Grosso do Sul, Acre, Espírito Santo, Amazonas e o Distrito Federal mantenham suas listas de espera praticamente zeradas ou reduzidas em 2016.

Gráfico XV: Banco de tecidos Oculares 2001 - 2016



Fonte: CGSNT/DAET/SAS/MS

Com relação à produção dos BTOC, em 2016, foram realizadas 15.101 captações. A região Sudeste captou 44% do potencial de 10% dos óbitos hospitalares entre indivíduos de 05 a 70 anos de idade (nº óbitos de 2015), no entanto, o Rio de Janeiro captou apenas 5% desse potencial, sendo o estado que teve o pior desempenho nesse quesito se comparado aos outros estados, que contam com pelo menos um BTOC. Os estados que tiveram o melhor desempenho foram: Distrito Federal, São Paulo, Ceará e Espírito Santo (86%, 70%, 68% e 66% de captação em relação aos seus potenciais, respectivamente).

Levando em consideração os doadores com o coração parado 71,4% dos doadores no país são provenientes de instituições hospitalares, 9,3% de Institutos Médicos Legais (IML) e Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) e 14% são provenientes de funerárias. Dessa forma, o índice de doadores viáveis foi maior nas captações realizadas em IML/SVO (67,3%), seguido pelos doadores hospitalares (55%), sendo o menor índice observado nos doadores provenientes das funerárias (45,4%).

Cabe salientar que em 2016 foram realizados 16.636 transplantes de córnea no país (informações preliminares), sendo o maior número de transplantes desde 2012.

Central Nacional de Transplantes (CNT)

A CNT foi instituída pela portaria ministerial nº 901, de 16 de agosto de 2000. Responsável pela distribuição dos órgãos e tecidos ofertados para a lista nacional de receptores e pelo auxílio na logística de transporte aéreo de órgãos, tecidos e equipes de retirada e transplantes (na tabela abaixo estão listados os quantitativos de transportes e itens transportados em 2016).

Tabela XVI: Número de Transportes Realizados e Itens Transportados pela Central Nacional de Transplantes - 2016

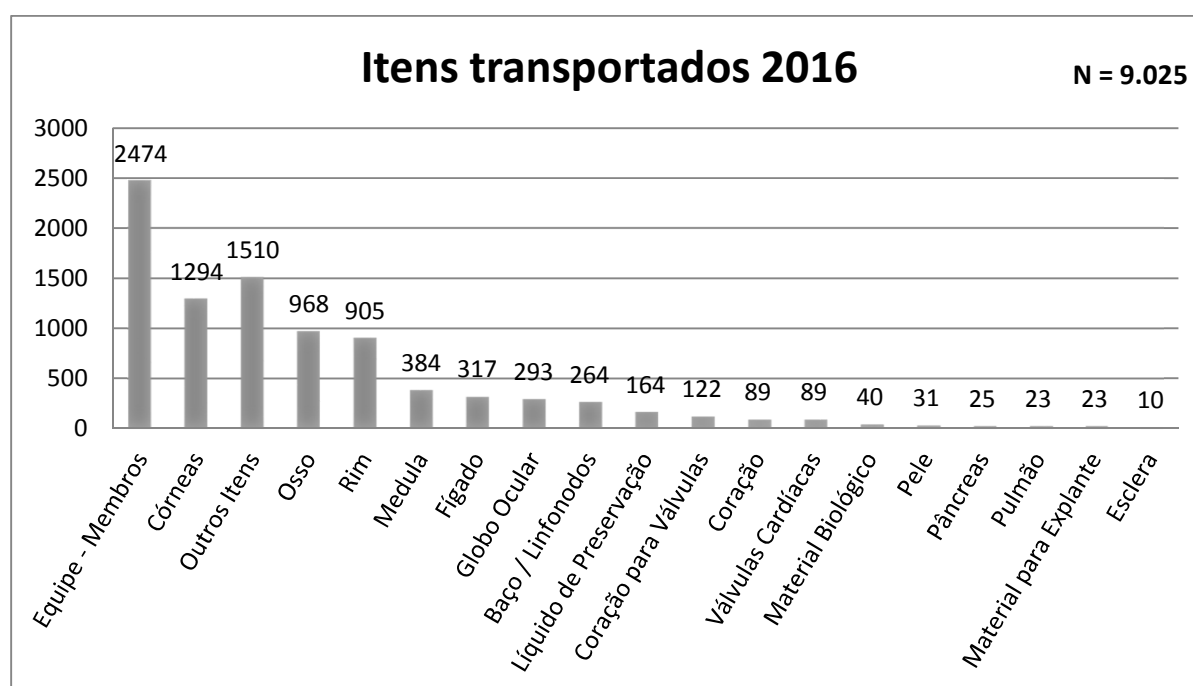
Meio de Transporte	Transportes Realizados	Itens Transportados

Aéreo	4.299	8.215
Particular	116	564
Terrestre	78	162
Correios	19	84
Total	4.512	9.025

Fonte: CNT/CGSNT/DAET/SAS/MS

Os itens mais transportados em 2016 foram: equipes de retirada e transplante e córneas, conforme se verifica no Gráfico XVI abaixo:

Gráfico XVI : Itens transportados em 2016



Fonte: CNT/CGSNT/DAET/SAS/MS

Para aprimoramento das atividades da CNT e com vistas a conferir maior eficiência e efetividade à logística de transporte de órgãos, foi celebrado em dezembro de 2015 um novo Acordo de Cooperação Técnica entre o Ministério da Saúde, companhias aéreas, operadoras aeroportuárias, Associação Brasileira das Companhias Aéreas, Secretaria de Aviação Civil da Presidência da República e Ministério da Defesa, com validade até dezembro de 2017. Após a assinatura do termo de cooperação e por meio de uma série de medidas de melhoria de processos, foi possível identificar os voos mais adequados para que o órgão e/ou as equipes de captação fossem transportados com maior agilidade, além de ser concedida priorização para pousos e decolagens de aeronaves que estejam transportando órgãos para transplante, diminuindo assim o tempo de isquemia o que possibilita um maior aproveitamento dos órgãos e aumento do número de transplantes. A quantidade de transportes aéreos realizados em 2016 está representada na Tabela XVII abaixo.

Tabela XVII: Número de transportes realizados e itens transportados por meio do Termo de Cooperação - 2016

Operador	Transportes Realizados	Itens Transportados
Latam	904	1.463
Gol	1.154	1.913
Avianca	373	1.001
Azul	1.491	2.480
Passaredo	32	62
FAB	141	888
Cias Internacionais	204	408
Total	4.299	8.215

Fonte: CNT/CGSNT/DAET/SAS/MS

Em junho de 2016, por meio do Decreto nº 8.783 de 2016 que determinou a Força Aérea Brasileira – FAB manter pelo menos uma aeronave à disposição do Ministério da Saúde. Nesse sentido foi possível ampliar o número de voos disponíveis para o transporte de órgãos e produzir um efeito de redução das distâncias com impacto significativo nos processos de doação gerenciados pela CNT, bem como pelos estados. Após esse decreto, os números aumentaram de forma exponencial (de 5 transportes realizados para 136 transportes realizados levando 172 órgãos/tecidos/equipes), beneficiando um número significativo de pessoas que aguardavam em lista de espera por um órgão. Na tabela XVIII é possível identificar a diferença da quantidade de transportes de órgãos realizados antes e a após a publicação do Decreto.

Tabela XVIII: Número de órgãos transportados pela FAB por intermédio da Central Nacional de Transplantes - 2016

Órgãos	Antes do Decreto	Pós Decreto
Coração	2	46
Pulmão	0	5
Fígado	3	74
Pâncreas	0	7
Rim	0	40
Total	5	172

Fonte: CNT/CGSNT/DAET/SAS/MS

Sistema Informatizado de Gerenciamento do Sistema Nacional de Transplantes (SIG/SNT) e novo sistema “e-SNT”

Em 2016, a área técnica realizou a implantação de uma nova versão do sistema informatizado atual SIG/SNT. Versão esta que disponibilizou atualizações com intuito de atender necessidades de melhorias mapeadas desde o ano de 2014 e atender determinações da auditoria realizada pelo TCU, expressas nos Acórdãos 1.137/2012-TCU-2ª Câmara e 1.691/2013-TCU-Plenário. Para tanto, disponibilizou-se a versão 2.1.32 em produção desde 12/12/2016.

Também foi iniciado um canal direto com os usuários no fluxo de atendimento de demandas, onde os próprios técnicos da área realizam a triagem da solicitação e atuam com

soluções e orientações aos demandantes. Essa alteração visa substituir o *Service Desk Manager* que opera com profissionais terceirizados e sem experiência no processo de doação e transplantes. Importante ressaltar que essa alteração era uma solicitação recorrente das Centrais Estaduais de Transplantes, sendo apontadas em diversas reuniões. Inicialmente já é possível observar uma economia pela não necessidade da contratação dos técnicos de nível I e II, e uma ótima resposta de satisfação manifestada pelos usuários da nova formatação de atendimento.

Diante da necessidade da criação de um sistema que atenda plenamente a atual capacidade operacional do processo de doação e transplantes no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, o Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade Federal da Bahia (UFBA) desenvolve o novo software e-SNT com as seguintes melhorias em relação ao sistema anterior:

➤ **Adequação aos padrões do Ministério da Saúde**

- Identidade Visual;
- Maior segurança, controle das ações realizadas, controle de log receptor e doador;
- Integração com outros sistemas do Ministério
- Integração com sistema informatizado da Secretaria de Saúde do estado de São Paulo;
- Conformidade com a Legislação de Transplantes

➤ **Avanços na Usabilidade**

- Baseados em ações, gerenciamento de pendências, acompanhamento rápido do doador e seus enxertos, possibilidade de configuração dos usuários;
 - Alertas aos usuários através de *e-mails*.
 - Maior transparência nas informações
 - Cálculo de Pontuação;
 - Informação direta ao paciente.
 - Adequação a revisão do regulamento técnico com a implantação de novos módulos;
 - Ampliação de acesso a outros atores do sistema (Banco de Tecidos, OPO, CIHDOTT);
 - Terminologia adequada aos padrões internacionais.
- Como perspectivas para 2017 elencam-se:
- Entrega do e-SNT (Novo sistema informatizado do SNT).
 - Treinamento com todas as Centrais de Transplantes sobre as funcionalidades do e-SNT.
 - Redução de solicitações de manutenções evolutivas.
 - Implantação do mapa de indicadores de doação e transplantes.

Judicializações

Apesar do bem sucedido programa de transplantes brasileiro, o SNT tem sido constantemente demandado judicialmente por inúmeros pacientes com pleitos diversos, o que torna a judicialização um dos maiores riscos para o MS, tendo em vista os altos custos envolvidos e a quebra no fluxo de acesso. Entre estas judicializações podemos destacar quatro situações que são as mais recorrentes, quais sejam:

- Realização de transplantes de intestino e multivisceral nos Estados Unidos da América: De 2012 até o momento foram 20 demandas judiciais com este

pleito, sendo que 6 pacientes foram encaminhados por imposição judicial (custo aproximado de R\$ 19.000.000,00); 8 ainda sem decisão judicial definitiva e 6 óbitos antes do desfecho da ação;

- Aplicação de células tronco no exterior (Tailândia, China e Paraguai): 3 solicitações em 2016, sem notícias de decisão judicial;
- Realização de transplantes em cidadão estrangeiros: em 2016 o MS não recebeu nenhuma solicitação judicialmente, apenas administrativa;
- Inconstitucionalidade das Portarias GM/MS nº 844, de 2 de maio de 2012 e nº 2.132, de 25 de setembro de 2013, para que sejam cadastrados todos os doadores no Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula óssea, independente das cotas estabelecidas nas Portarias, o que aumentaria significativamente o custo do MS com o pagamento de exames de histocompatibilidade: 5 ações com este pleito (1 em Goiás, 1 no DF e 3 de São Paulo), ainda sem decisão definitiva do Poder Judiciário.

Importante salientar que o MS tem despendido recursos técnicos para buscar, por meio do diálogo com as instâncias jurídicas, uma saída viável para a resolução das judicializações sem, no entanto, cercear qualquer direito dos cidadãos em requerer vista de qualquer que seja sua necessidade. Dessa forma, magistrados e demais profissionais jurídicos envolvidos estão trazendo à tona problemáticas e maneiras alternativas para possibilitar a garantia de atendimento dentro dos princípios de razoabilidade e economicidade que permeiam os gastos públicos em saúde.

Além disso, cabe considerar o desafio organizacional da coordenação se apresenta como a necessidade de criação e consolidação de um processo de doação/transplante completo e receptivo às demandas, dando respostas resolutivas e eficazes. Os números destacados em todas as tabelas e gráficos, salvo situações específicas, demonstram crescimento em todas as áreas, como demonstrativo de ações acertadas e pensadas em suas particularidades.

Apesar da estruturação, do crescimento e de novas ações estabelecidas pela gestão atual para a melhoria da assistência à saúde na área de transplantes, ainda há muito a ser considerado no que diz respeito:

- À melhoria no cuidado aos potenciais doadores visando a diminuição de paradas cardiorrespiratórias, por meio da definição de diretrizes de capacitação abrangentes e especializadas e adesão de todos as Unidades de Terapia Intensiva com perfil de manutenção de potenciais doadores viáveis;
- Às desigualdades regionais com relação ao acesso a serviços de transplantes;
- À revisão de diretrizes técnicas que norteiam vários procedimentos;
- À sistematização da informação para a tomada de decisões;
- Às diretrizes e aos protocolos diagnósticos e terapêuticos com interface com a área de transplantes;
- À atualização e à revisão da tabela de procedimentos, notadamente na área de tecidos, de exames e de transplantes ainda não contemplados;
- À otimização dos recursos da ação orçamentária, e
- Aos programas de capacitação e educação permanente dos profissionais da saúde, visando principalmente a redução do número de recusas familiares.

Transplante de Intestino Delgado e Multivisceral

Os transplantes de intestino delgado e multivisceral são procedimentos que ainda não constam na tabela de procedimentos do SUS. Estudos de custo estão sendo realizados para que o procedimento seja incorporado em tabela, contudo, a terapia vem sendo financiada por outros meios, como: Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS

(PROADI/SUS) e por meio de transferências voluntárias (convênios, TED) celebrados com instituições autorizadas.

Atualmente, o Brasil possui três instituições e três equipes autorizadas pelo Ministério da Saúde para realizar transplante de intestino isolado e/ou multivisceral: Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), Hospital Sírio Libanês e o Hospital das Clínicas da Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC/USP). De 2011 até 2016 foram realizados 7 transplantes multiviscerais (1 em 2012; 4 em 2014, e 1 em 2016) e 1 transplante de intestino isolado em 2015.

O Ministério da Saúde tem buscado estratégias para aperfeiçoar a modalidade de transplante de intestino e multivisceral no SUS, evitando, em alguns casos, que existam judicializações favoráveis para a saída de pacientes para os Estados Unidos, dentre essas estratégias pode-se citar:

- Aproximadamente 15 (quinze) pacientes em acompanhamento no Hospital Albert Einstein (custeados via PROADI/SUS), alguns com indicação para transplante multivisceral ou intestino isolado;
- Aproximadamente 14 pacientes no HC/USP participando do programa de reabilitação intestinal (custeados via convênio com o MS), sendo que 4 possuem indicação para transplante;
- 10 pacientes (pediátricos) no Centro de Reabilitação Intestinal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (custeados via TED), alguns com indicação de transplante.
- 4 pacientes pediátricos foram encaminhados ao Hospital Sírio Libanês (custeados via PROADI/SUS) para acompanhamento, reabilitação intestinal e/ou confirmação de indicação para transplante (3 judicializados e 1 encaminhamentos administrativos).

Essas parcerias representam para os cofres públicos uma economia de aproximadamente R\$ 25.000.00,00 (que seria o valor a ser gasto caso os pacientes fossem encaminhados para os Estados Unidos). Contudo, com referência aos pacientes judicializados, os processos ainda estão em andamento, podendo haver decisão judicial determinando o encaminhamento para o exterior.

Com vistas a promover o crescimento da política brasileira em transplante de intestino e multivisceral, nos últimos anos o MS promoveu várias ações para aperfeiçoar a assistência para os pacientes em falência intestinal, quais sejam:

- Credenciou instituições de excelência, com *know-how* e experiência, para realizar transplantes de intestino e multivisceral, em que os pacientes podem realizar o procedimento pelo SUS;
- Tem buscado o financiamento para a criação de centros de reabilitação intestinal (tratamento prévio ao transplante);
- Providenciou o encaminhamento administrativo de 8 (sendo 5 em 2016) pacientes para serem tratados em centros de excelência, de modo a fortalecer o fluxo de assistência a nível nacional e evitar as judicializações;
- Criou um grupo de trabalho, formado por hospitais de excelência e experts no tema, com vistas a estudar o aperfeiçoar o programa, aumentar as doações e sanar as demais dificuldades pertinentes a toda política de transplante em qualquer lugar do mundo.
- Celebrou Termo de Cooperação Técnica com a Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde com vistas a possibilitar que profissionais brasileiros participem de treinamentos em centros de referências internacionais de modo a aperfeiçoar os serviços existentes.

Ainda são necessárias medidas por parte do Ministério da Saúde para aperfeiçoar o programa, tais como: inclusão de módulos específicos referentes a transplantes de intestino/multivisceral no Regulamento Técnico do SNT (Portaria GM/MS nº 2.600, de 21 de outubro de 2009), além de adequações no sistema de gerenciamento da lista única de espera e ampliação da capacidade e do número de centros de reabilitação intestinal.

Projetos no âmbito do PROADI/SUS

Para o triênio 2015/2017, estão em desenvolvimento onze projetos com quatro hospitais de excelência: Hospital Israelita Albert Einstein/SP (HIAE), Hospital Sírio Libanês/SP, Hospital Samaritano/SP e Hospital Moinhos de Vento/RS. Esses projetos permitem a transferência de conhecimento de entidades de saúde de reconhecida excelência, contribuindo para a ampliação e a qualificação dos serviços de transplante e de doação no Brasil. As principais ações executadas por meio dos projetos são:

➤ **Hospital Israelita Albert Einstein:** atualmente existem três projetos em execução na respectiva instituição, quais sejam:

- **Banco público de sangue de cordão umbilical – BRASILCORD:** visa manter a coleta e congelamento de unidades de sangue de cordão umbilical e placentário (SCUP) no banco de sangue de cordão umbilical do Hospital Israelita Albert Einstein de modo a oferecer unidades de sangue de cordão umbilical a qualquer cidadão brasileiro que necessite de transplante de medula óssea e não tenha doador familiar HLA – compatível. Até o final do primeiro semestre de 2016 a meta proposta para os 3 primeiros semestres foi cumprida e foram realizadas 622 triagens, 434 unidades de SCUP coletadas, 214 unidades congeladas, 660 unidades liberadas ao Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (REDOME) e 3 unidades enviadas para transplante. Segundo o último relatório enviado pelo hospital, atualmente há em estoque 6.157 unidades congeladas e liberadas para o REDOME.
- **Capacitação em transplantes de medula óssea em tecnologia de inovação:** ampliar a capacidade de realização de transplante de medula óssea alogênico não-aparentado no país visando a melhoria da qualificação de equipes de atendimento, aquisição de equipamentos e materiais e permitir a reforma e/ou construção de Centros de Transplantes, que hoje somam 34 unidades. Até novembro de 2016 foram realizados 14 transplantes de medula óssea alogênico não aparentado, 8 capacitações em TMO iniciadas no ano e a capacitação de 95 profissionais em Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro (GVHD).
- **Apoio à gestão e desenvolvimento da doação, captação e transplante de órgãos e tecidos no Brasil:** continuar realizando transplantes de órgãos sólidos para que sejam mantidas as atividades de assistência, capacitação e apoio à rede de saúde no atendimento, na pesquisa, na incorporação de novas tecnologias (máquina de perfusão e perfusão pulmonar *ex vivo*), na realização de novas modalidades de transplante imprescindíveis para sobrevivência de alguns indivíduos (como transplante multivisceral, transplantes combinados, transplantes em pacientes hipersensibilizados, pediátricos, etc) e na promoção de captação e doação de órgãos (por meio da participação do HIAE nas CIHDOTT e das Capacitações). Em 2016, foram realizados 196 transplantes (85 de fígado, 84 de rim, 18 de coração, 8 de pulmão e 1 transplante multivisceral), 17.256 consultas médicas do programa de transplantes, 4.884

atendimentos multiprofissionais, 166.451 exames e procedimentos ambulatoriais realizados.

➤ **Hospital Sírio Libanês:** A instituição possui dois projetos em desenvolvimento no âmbito do PROADI/SUS, quais sejam:

- **Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (BSCUP-RH):** o projeto Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário é um projeto de continuidade que teve seu início de capacitação no triênio 2012 e 2014 e visa promover o treinamento para profissionais que irão trabalhar em procedimentos técnicos de coleta, processamento e criopreservação de sangue de cordão umbilical e placentário, além de realizar visitas exploratórias a outros bancos públicos de cordão e auxiliá-los na organização e processos envolvidos e dar continuidade à coleta e armazenamento de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário em parceria com a maternidade Amparo Maternal.
- **Escola de Transplantes da Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês:** o Projeto Escola de Transplantes, cujas ações são continuidade do triênio anterior, que têm como objetivo desenvolver o constante aprimoramento técnico profissional, promovendo treinamento e capacitação de novos profissionais que se dediquem à área da transplantação, incluindo a doação de órgãos, por meio da avaliação e da preparação dos candidatos ao transplante, da realização do transplante e do acompanhamento dos transplantados e das suas complicações, com foco em qualidade e segurança da assistência, otimização dos recursos, controle orçamentário e geração de conhecimento, além do auxílio e do suporte à rede de comunicação entre as Centrais Estaduais de transplantes. Até o primeiro semestre de 2016, foram realizados 20 transplantes hepáticos pediátricos, sendo 18 (90%) com doadores vivos, 2 profissionais continuaram a capacitação em transplante de fígado pediátrico iniciada em 2015 e 3 profissionais iniciaram essa capacitação em 2016. Também foram realizadas 1.930 consultas ambulatoriais pré e pós transplantes, 2 transplantes cardíacos e 2 implantes de dispositivo de assistência circulatória mecânica de curta permanência, 1 profissional iniciou a capacitação em transplante de coração e houve a conclusão do estudo de viabilidade de implantação de Centro de reabilitação Intestinal e Transplante de Múltiplos Órgãos Pediátrico, com a apresentação dos seguintes resultados: Implantação do Programa de Reabilitação Intestinal e Transplantes Intestinais/Multiviscerais em pacientes pediátricos do SUS no Hospital Sírio-Libanês e realização de 7 transplantes intestinais e/ou multiviscerais até dezembro de 2017.

➤ **Hospital Samaritano:** A instituição possui 3 projetos no âmbito do PROADI/SUS:

- **Transplante Renal como Terapia Substitutiva de escolha na Doença Renal Crônica Terminal na Infância - Desafios e Propostas:** tem o objetivo de elaborar um score clínico para a identificação precoce de crianças e adolescentes com doença renal crônica, investigar os fatores de risco mais importantes para a progressão da doença renal crônica em crianças por meio do estabelecimento de um protocolo de vinculação de dados clínicos dos serviços de nefrologia pediátrica com os bancos de dados disponíveis no SUS, além de oferecer tratamento adequado para acelerar o transplante renal em crianças menores de 15 kg. Além disso, visa também, preparar o trato urinário de crianças, identificar os custos do transplante em crianças com peso inferior a 15 kg e avaliar a eficácia do cloridrato de sevelamer no tratamento da

hiperfosfatemia na faixa etária pediátrica em paciente com doença renal crônica em hemodiálise. Até o 1º semestre de 2016, foram incluídos 28 novos pacientes com menos de 15 kg para o preparo do transplante renal, bem como, realizados 8 transplantes em crianças de baixo peso e 17 cirurgias tutoradas para o preparo do trato urinário.

- **Programa de aprimoramento em Transplante Renal Pediátrico:** oferece a capacitação em transplante renal pediátrico para 12 profissionais ao ano. Até o primeiro semestre de 2016 estavam sendo capacitados 12 profissionais (4 enfermeiros, 4 nefrologistas e 4 cirurgiões), sob a ótica assistencial, os profissionais acompanharam um total de 402 crianças, sendo 115 do pré-transplante e 287 do pós-transplante, foram realizados no período 22 transplantes (2 com doadores vivos e 20 com doadores falecidos), 1.810 consultas ambulatoriais pediátricas, 310 internações e 121 cirurgias (78 vasculares, 33 urológicas e 10 intercorrências cirúrgicas em pacientes pós-transplante).
- **Transplante Renal com incompatibilidade ABO e HLA:** visa viabilizar o transplante de pacientes considerados intransplantáveis por apresentarem altos títulos de anticorpos anti-HLA e anti-ABO contra todos os doadores, além de investigar, sob a perspectiva econômica, a escolha e a oferta de diferentes procedimentos de transplante renal em pacientes com incompatibilidade ABO e HLA (pacientes considerados não transplantáveis. Até o 1º semestre de 2016, foram realizadas 3 inclusões de pacientes no estudo HLA e 2 inclusões no estudo ABO, como também, realizados 8 transplantes, desses 5 do projeto HLA, sendo 1 com doador falecido e 4 com doadores vivos além de 3 transplantes do projeto ABO em que todos os transplantes ocorreram com doadores vivos. Além disso, está sendo realizada a coleta de dados de custos associados ao transplante renal e intercorrências em pacientes com a incompatibilidade ABO e HLA e o levantamento de metodologias econométricas adaptáveis à modelagem dos custos nos diferentes estágios do tratamento.

4.3.1.1.5 Participação da União no Capital Social - Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia – HEMOBRÁS

Quadro XXII - Identificação da Ação: 09LP- Participação da União no Capital Social - Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia – HEMOBRÁS

Identificação da Ação						
Código		Tipo: Operações Especiais - Participação da União no capital de empresas nacionais ou internacionais, e operações relativas à subscrição de ações.				
Título		09LP - Participação da União no Capital Social - Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia - HEMOBRÁS				
Objetivo						
Programa		Código: 0909 Operações Especiais : Outros Encargos Especiais				
Unidade Orçamentária		36901 - Fundo Nacional de Saúde				
Ação Prioritária		() Sim () Não Caso positivo: () PAC () Brasil sem Miséria				
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados

180.048.646	180.048.646	180.048.646	52.934.199	52.934.199	0	127.114.447
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Não se aplica			Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada	
130.000.000,00	130.000.000,00	0,00				

Em 2016, a ação 09LP - Participação da União no Capital Social - Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia - HEMOBRÁS teve uma dotação final de R\$ 180.048.646,00, cuja despesa empenhada foi de R\$ 180.048.646,00, representando 100% do total disponibilizado.

Cabe esclarecer, que o recurso dessa ação é transferido integralmente à Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia – HEMOBRÁS, entre outras atribuições, visa garantir a disponibilidade de hemocomponentes à atenção especializada e a atenção integral às pessoas portadoras de doenças hematológicas.

4.3.1.1.6 Política Nacional de Humanização

Criada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) tem por objetivo desenvolver e difundir estratégias de humanização da atenção e da gestão no SUS, na relação interfederativa, no que diz respeito ao Acolhimento, à Clínica Ampliada, Cogestão, Produção de Redes e Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde. Humanizar se traduz como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho.

Em 2016, foram apoiadas 26 Unidades Federativas, por meio da estratégia de apoio, que é constituída por apoiadores institucionais da Política Nacional de Humanização somada aos apoiadores temáticos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) da SAS, faltando apenas o Estado de Rondônia, que não têm apoiadores. O núcleo técnico é sediado em Brasília e organizado por macrorregiões (sul-sudeste, nordeste e centro-norte).

A estratégia é fortalecer as relações interfederativas e a RAS a partir das regiões de saúde, com vistas à qualificação do cuidado em saúde. Cabe elencar algumas iniciativas realizadas durante 2016, quais sejam: i) Identificou-se o total e a localização desses apoiadores, bem como as áreas estratégicas em que atuavam em seus Estados (ênfase à microcefalia) e como poderiam atuar nas regiões de saúde; ii) Foi elaborado um instrumento de monitoramento e avaliação da RAS para aplicação nas regiões de saúde pelos apoiadores, para padronização da estratégia junto a esse coletivo de apoiadores; iii) O referido instrumento visa orientar um diagnóstico do estágio em que se encontrava a implementação da RAS nos territórios de saúde, apontar fragilidades e distorções para a construção de um plano estratégico para superá-las; iv) Foi solicitado um ‘diário de campo’ para avaliação das atividades desses apoiadores.

Quadro XXIII - Identificação da Ação: 8739 corresponde a Implementação da Política Nacional de Humanização

Identificação da Ação						
Código		Tipo: Atividade				
Título		8739 - Implementação da Política Nacional de Humanização - PNH				
Objetivo		Código: 0713 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.				
Programa		Código: 2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) Tipo: Temático				
Unidade Orçamentária		36901 - Fundo Nacional de Saúde				
Ação Prioritária		() Sim ()Não Caso positivo: ()PAC () Brasil sem Miséria				
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
5.000.000	5.000.000	500.000	500.000	0	500.000	0
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Ente federativo apoiado			Unidade	27	27	26
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada	
1.532.450,60	54.431,57	1.478.019,03				

Em 2016, a ação 8739 - Implementação da Política Nacional de Humanização - PNH teve uma dotação final de R\$ 5.000.000,00, cuja despesa empenhada foi de R\$ 500.000,00, relativa ao Termo de Execução Descentralizada nº 62, executado entre o Ministério da Saúde (MS) e a Universidade Federal de Goiás (UFG), para a sustentabilidade e viabilização da Rede HumanizaSUS (TED 62/2016 MS/UFG), representando 10,00% do total disponibilizado. Além disso, a meta física programada para 2016 foi realizada em 96,30%.

As demais ações previstas para 2016 foram executadas por meio de instrumentos vigentes que não tinham necessidade de reforço orçamentário, fato que motivou a baixa execução orçamentária. Para o próximo exercício estão sendo pensadas estratégias para que não haja descompasso entre atividades realizadas e execução orçamentária.

Outro fator que contribuiu para a baixa execução refere-se ao não reforço dos empenhos previstos para o exercício de 2016, que dependiam de outras áreas, o valor orçamentário para apoiar as 27 Unidades Federadas, por meio de Termos de Execução Descentralizada (TED), previa reforço a esses TEDs, que estavam em diversas fases de execução: a serem concluídos, prorrogados ou implantação de novos Termos, conforme segue: reforço orçamentário ao novo TED da área (que substituirá o TED 31), no valor de R\$ 2.000.000,00; reforço orçamentário ao novo TED para a sustentabilidade e viabilização da Rede de Humanização em Saúde (RHS), no valor de R\$ 1.200.000,00; reforço orçamentário ao TED de "Qualificação das redes e serviços do SUS na perspectiva da inclusão das tecnologias de humanização da gestão e da atenção à saúde", em execução, no valor de R\$ 1.000.000,00; e mais a publicação, a difusão de materiais institucionais e a realização de eventos em humanização, no valor de R\$ 800.000,00; totalizando R\$ 5.000.000,00.

Por fim, cabe destacar que a execução desta política passa por termos de execução descentralizada destinados à execução de ações para qualificação dos processos de gestão e cuidado.

Estruturação da área em 2016

A estratégia de apoio do Ministério passou a atuar como forma de fortalecer as relações interfederativas e a RAS a partir das regiões de saúde, com vistas à qualificação do cuidado em saúde.

Foi preciso, então, identificar o total nas tabelas abaixo e a localização desses apoiadores (Figura x), bem como as respectivas áreas estratégicas de atuação nos seus estados e como poderiam atuar, a partir de então, nas regiões de saúde, conforme demonstrado na Tabela XIX abaixo. Entretanto, observa-se, conforme as Tabelas XIX e XX, a não existência de apoiadores temáticos da RAS no Estado de Rondônia, o que inviabilizou a Estratégia de Apoio neste Estado.

Além disso, era preciso avaliar o resultado da ação desses apoiadores nas regiões de saúde de seus estados e também o resultado de suas próprias ações enquanto profissional da área.

Tabela XIX – Distribuição do Apoio Descentralizado nos territórios em julho de 2016

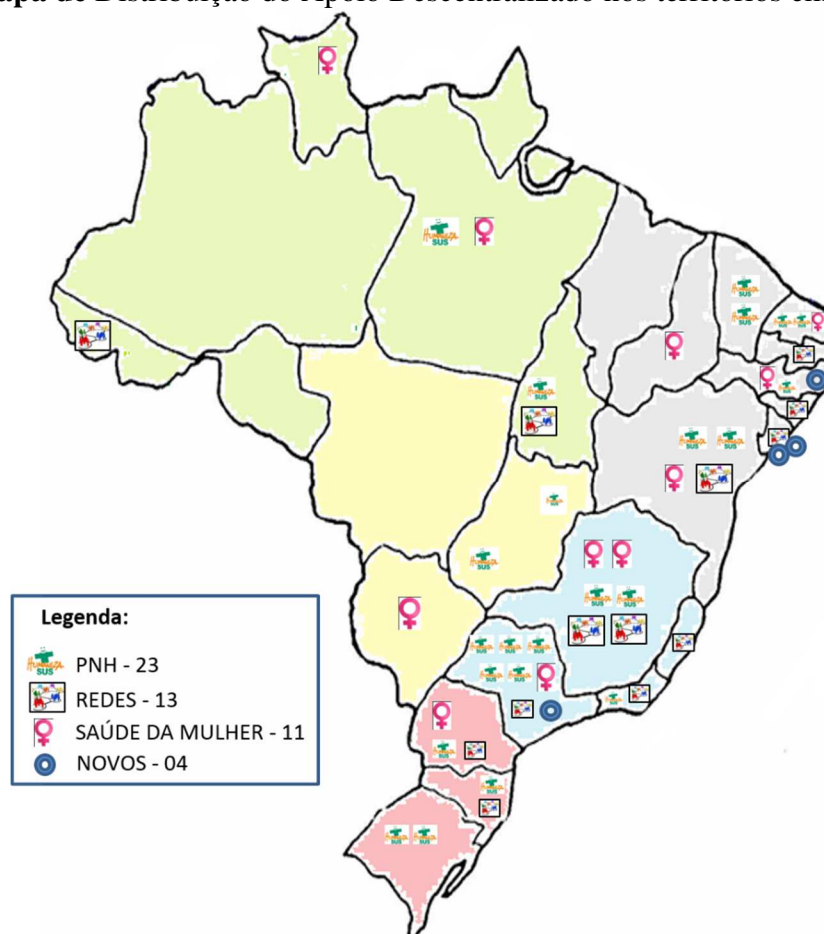
DISTRIBUIÇÃO DO APOIO DESCENTRALIZADO NOS TERRITÓRIOS EM JULHO DE 2016						
ÁREA DE ATUAÇÃO	PNH	REDES	GAB SAS	SAÚDE MULHER	SAÚDE CRIANÇA	TOTAL
TOTAL NORTE						9
AC		1			1	2
AP					1	1
AM					1	1
PA	1			1		2
RO						
RR				1		1
TO	1	1				2
TOTAL CENTRO-OESTE						5
DF	1					1
GO	1				1	2
MT					1	1
MS				1		1
TOTAL NORDESTE						19
AL		1				1
BA	2	1		1		4
CE	2					2
MA					1	1
PB		1				1
PE	1		1	1		3
PI				1		1
RN	2			1		3
SE		1	2			3
TOTAL SUDESTE						17
ES		1				1
MG	2	2		2		6
RJ	1	1				2
SP	5	1	1	1		8
TOTAL SUL						7
PR	1	1		1		3
RS	2					2
SC	1	1				2
TOTAL POR ÁREA DE ATUAÇÃO	PNH	REDES	GAB SAS	SAÚDE DA MULHER	SAÚDE DA CRIANÇA	
	23	13	4	11	6	57
	COORDENAÇÃO					1
	REFERÊNCIAS ESTADUAIS					13
	ADMINISTRATIVOS					3
						74

Tabela XX – Consolidado da Distribuição do Apoio Descentralizado nos territórios

CONSOLIDADO DA DISTRIBUIÇÃO DO APOIO DESCENTRALIZADO NOS TERRITÓRIOS

0 APOIADOR	1 ESTADO (RO)	-
1 APOIADOR	4 ESTADOS (AP, AM, MA, MT)	4
1 APOIADOR	7 ESTADOS (RR, MS, DF, PI, PB, AL, ES)	7
2 APOIADORES	8 ESTADOS (AC, PA, TO, GO, CE, RJ, SC, RS)	16
3 APOIADORES	4 ESTADOS (RN, PE, SE, PR)	12
4 APOIADORES	1 ESTADO (BA)	4
6 APOIADORES	1 ESTADO (MG)	6
8 APOIADORES	1 ESTADO (SP)	8
TOTAL		57

Mapa II – Mapa de Distribuição do Apoio Descentralizado nos territórios em julho de 2016



Concomitantemente ao levantamento do quantitativo e localização dos apoiadores, o MS se deparou com o enfrentamento da Microcefalia, organizando propostas e estratégias, cuja atuação dos apoiadores nos estados foi de extrema importância, conforme a Tabela XXI, abaixo:

Tabela XXI – Categorização das Ações nos Territórios

REGIÃO	UF	AÇÕES POR CATEGORIA								
NORTE	AC	RAS					Microcefalia	AB		
	AP		Rede Cegonha		Regionalização		Microcefalia			
	AM									
	PA	RAS	Rede Cegonha		Regionalização		Microcefalia			
	RO									
	RR	RAS	Rede Cegonha	RUE	Regionalização	PGASS	Microcefalia	AB	Vigilância	Políticas Públicas
	TO	RAS	Rede Cegonha	RUE	Regionalização	PGASS	Microcefalia	AB	Vigilância	
CENTRO-OESTE	DF	RAS	Rede Cegonha	RUE			Microcefalia			Políticas Públicas
	GO	RAS	Rede				Microcefalia			Políticas

	MT	RAS	Cegonha Rede Cegonha				Microcefalia			Públicas Políticas Públicas
	MS	RAS	Rede Cegonha	RUE			Microcefalia	AB		
NORDESTE	AL									
	BA	RAS				PGASS	Microcefalia			
	CE						Microcefalia			
	MA	RAS					Microcefalia			
	PB	RAS	Rede Cegonha	RUE		PGASS	Microcefalia			
	PE									
	PI	RAS	Rede Cegonha	RUE			Microcefalia			
	RN									
	SE	RAS	Rede Cegonha		Regionalização	PGASS	Microcefalia	AB		
SUDESTE	ES	RAS	Rede Cegonha	RUE	Regionalização	PGASS	Microcefalia		Vigilância	
	MG	RAS		RUE			Microcefalia			Políticas Públicas
	RJ	RAS		RUE			Microcefalia			
	SP	RAS	Rede Cegonha	RUE	Regionalização		Microcefalia	AB		Políticas Públicas
SUL	PR	RAS	Rede Cegonha	RUE			Microcefalia	AB	Vigilância	Políticas Públicas
	RS	RAS	Rede Cegonha	RUE	Regionalização		Microcefalia			
	SC	RAS		RUE	Regionalização		Microcefalia	AB		

Principais resultados alcançados

Foi elaborado o instrumento de monitoramento e avaliação da RAS para aplicação nas regiões de saúde pelos apoiadores para padronização da estratégia. O referido instrumento pretende orientar um diagnóstico do estágio em que se encontrava a implementação da RAS nos territórios de saúde e apontar fragilidades e distorções para a construção de um plano estratégico para superá-las.

As questões foram organizadas de acordo com os 14 atributos apresentados e deveriam ser disparadoras para outras reflexões e análises, com possibilidades de serem incluídas novas questões:

✓ ATRIBUTO 1 – População-território.

✓ ATRIBUTO 2 – Extensa gama de estabelecimentos de saúde que prestam serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integram os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos.

✓ ATRIBUTO 3 – Atenção básica em saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde.

✓ ATRIBUTO 4 – Prestação de serviços especializados em lugar adequado (acesso aos especialistas desregulado e concentrado no ambiente hospital ou regulado e com predomínio hospitalar ou lugar apropriado e preferencialmente em ambientes extra hospitalares).

✓ ATRIBUTO 5 – Mecanismos de coordenação assistencial (prontuário clínico unificado para todos os níveis assistenciais, trajetórias clínicas, protocolos clínicos, linhas de cuidado, sistemas de referência e contra referência efetivos, realização de Inter consultas, relatórios de alta hospitalar, sessões clínicas integradas entre níveis assistenciais, rotatividade de pessoal entre diferentes níveis assistenciais, uso de ferramentas da gestão da clínica).

✓ ATRIBUTO 6 – Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população.

✓ ATRIBUTO 7 – Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações (governança da RAS é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede. Uma governança solidária nas regiões de saúde implica o compartilhamento de estruturas administrativas, de recursos, sistema logístico e apoio e de um processo contínuo de monitoramento e avaliação da Rede de Atenção à Saúde/ Portaria 4279).

✓ ATRIBUTO 8 – Participação social ampla.

✓ ATRIBUTO 9 – Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico (Sistemas de Apoio: São os lugares institucionais da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. São constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outros); pelo sistema de assistência farmacêutica que envolve a organização dessa assistência em todas as suas etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos; e pelos sistemas de informação em saúde. Os principais sistemas logísticos da rede de atenção à saúde são: os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários; as centrais de regulação, registro eletrônico em saúde e os sistemas de transportes sanitários/portaria 4279).

✓ ATRIBUTO 10 – Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede.

✓ ATRIBUTO 11 – Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes.

✓ ATRIBUTO 12 – Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede.

✓ ATRIBUTO 13 – Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde.

✓ ATRIBUTO 14 – Gestão baseada em resultado.

I. Perspectivas para 2017

Elaborada nova proposta de trabalho para 2017, a partir dos direcionamentos postos pelo Gabinete do Ministro, que passa a afirmar alguns pontos prioritários para a gestão, destacando:

- ✓ Gestão da Informação.
- ✓ Promoção e Prevenção em saúde.
- ✓ Formação, capacitação e educação permanente em Saúde.
- ✓ Revisão de Protocolos e Diretrizes existentes, especialmente na área clínica.
- ✓ Revisão e recomposição de parque tecnológico.

Partindo dos pressupostos sustentadores da Humanização e do contexto de prioridades atuais do MS, a área técnica propõe a articulação de 3 eixos capazes de refletir os princípios essenciais da Política de Humanização, os quais abrangem: 1) a acessibilidade tanto em termos da capacidade operacional de inclusão da população por parte do Sistema quanto ao seu modo de inclusão, valorizando a acolhida respeitosa aos usuários em toda sua

diversidade; 2) a estruturação de ações que efetivamente garantam integralidade do cuidado, interligando práticas preventivas, promocionais, assistenciais e de reabilitação; e 3) a adoção de dispositivos e articulações institucionais capazes de promover esses tipos de interações (mais) respeitosas, integrais, eficientes e resolutivas, envolvendo os usuários e os serviços:

- ✓ **Acolhimento e cuidado:** qualificação do acolhimento ao usuário, das práticas de atenção e articulação de ações de promoção e prevenção no cuidado à saúde, reconhecendo a diversidade da população brasileira, sem distinção de idade, raça, cor, gênero e orientação sexual.

- ✓ **Gestão e organização do trabalho:** qualificação das práticas e ferramentas de gestão e trabalho em equipe, garantindo gestão participativa aos trabalhadores e usuários.

- ✓ **Articulação intra e interinstitucional:** fortalecimento da capilarização e pactuação das propostas e dispositivos de humanização com as áreas técnicas do MS e junto aos estados e municípios.

O arranjo organizativo da equipe para desenvolvimento das ações ora sintetizado leva em conta o desafio da gestão federal na construção de uma política nacional num país de dimensões continentais e, propõe-se uma equipe no nível central (Brasília), responsável pela condução/coordenação e como referência para a interlocução com as instâncias gestoras estaduais e municipais, composta por técnicos e administrativos. Os técnicos, além de sua divisão por temas, também estarão organizados como referências para as regiões do país. O matriciamento se dará nas seguintes temáticas:

- ✓ Acolhimento, Acolhimento com Classificação de Risco, Avaliação de Risco e Vulnerabilidade: 1

- ✓ Ambiência: 1

- ✓ Dispositivos de gestão humanizada: 1

- ✓ Saúde e Trabalho: 1

- ✓ Formação: 1

A finalidade maior da Humanização como política do SUS é a de contribuir para que os serviços prestados resultem de maneira eficaz e efetiva, tornando-se adequados às necessidades e expectativas de quem está envolvido no SUS (usuários, trabalhadores e gestores).

Desde o surgimento da Humanização como política, o campo do monitoramento e avaliação compõe os seus desafios, com a perspectiva de contribuir com a busca (e visibilidade) não somente dos efeitos ou repercussões de suas ações diretas, mas também fomentando os serviços/equipes a se qualificarem também nas suas capacidades de planejar e avaliar.

Dado ao exposto, conclui-se que a ação da PNH para 2017 está centrada na qualificação das portas de entrada do SUS, à luz das diretrizes da PNH, a ser negociada com os Estados, por adesão, conforme interesse do gestor.

4.3.1.1.7 Política Nacional de Atenção Hospitalar

Este relatório descreve as atividades desenvolvidas no ano de 2016 e os resultados alcançados neste período. As informações ora apresentadas estão organizadas a partir dos principais eixos da Política Nacional de Atenção Hospitalar, a saber: Assistência Hospitalar; Gestão Hospitalar; Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho; Financiamento; Contratualização.

Eixo da Assistência Hospitalar

Dentro do Eixo da Assistência Hospitalar, o Ministério da Saúde desenvolve as seguintes ações:

- Implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).
- Habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, Coronariana (UCO), Neonatal e Pediátrica.
- Habilitação de Leitos de Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional e Canguru (UCINCo e UCINCa).
- Habilitação de Leitos de Cuidados Prolongados – Hospital de Cuidados Prolongados e Unidade de Cuidados Prolongados.
- Habilitação de Estabelecimentos de Gestação de Alto Risco (GAR).
- Habilitação de procedimentos em Regime de Hospital-Dia nas unidades integrantes do SUS.

Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) contribui para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. O Programa apresenta alguns protocolos básicos visando à implantação de práticas de segurança, de maneira a prevenir danos ao paciente e promover avanços na qualidade da assistência prestada.

Uma das formas de promover e apoiar a implantação de iniciativas voltadas à segurança do paciente é a implantação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos diversos estabelecimentos de saúde. Os NSP são instâncias criadas para promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente.

Resultados Alcançados

Em 2016 foram implantados 652 Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), totalizando 1.980 núcleos existentes no país (Tabela XXII). De 2014 a 2016 verificou-se um crescimento expressivo do número de núcleos implantados, representando um incremento de 152,55 %.

Tabela XXII: Número de Núcleos de Segurança de Paciente Cadastrados – Brasil

Ano 2014	Ano 2015	Ano 2016
784	1.328	1.980

Fonte: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/2961608/NSP+CADASTRADOS+NA+ANVISA+12+09+2016.PDF/457a2396-2241-41d4-aaf9-e56bc02b9888>.

Uma das ações iniciadas em 2016 refere-se à discussão com relação à formalização de inserção dos dados sobre os Núcleos de Segurança do Paciente existentes nos hospitais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em parceria com o Departamento de Regulação Avaliação e Controle (DRAC).

O Ministério da Saúde gerencia 04 (quatro) projetos, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (PROADI/SUS), visando disseminar e desenvolver a cultura de segurança do paciente no país. São eles:

- Projeto QUALITI desenvolvido pelo Hospital do Coração (SP) - abrange 12 hospitais na região Nordeste.

1	Hospital Especializado Octávio Mangabeira - BA
2	Hospital Geral Ernesto Simões Filho - BA
3	Maternidade Tsylla Balbino - BA
4	Hospital Geral do Estado - BA

5	Hospital São José de Doenças Infecciosa - CE
6	Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana - CE
7	Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes - CE
8	Hospital Infantil Albert Sabin - CE
9	Hospital Geral do Estado Prof. Osvaldo Brandão Vilela - AL
10	Maternidade Escola Santa Mônica - AL
11	Hospital Escola Dr. Hêlvio Auto - AL
12	Hospital Daniel Uoly - AL

- Projeto Reestruturação dos Hospitais Públicos executado pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz (SP) - envolve 21 estabelecimentos de saúde no Norte e Nordeste.

1	CEMETRON Porto Velho - RO
2	Hospital Cosme e Damião Porto Velho - RO
3	Hospital Maternidade Mãe Esperança - RO
4	Hospital de Base de Porto Velho - RO
5	Hospital de Clínicas Gaspar Viana - PA
6	Hospital Ophir Loyola - PA
7	Hospital Pronto Socorro Municipal Mário Pinotti - PA
8	Santa Casa de Misericórdia do Pará - PA
9	Maternidade Carmosina Coutinho - MA
10	Maternidade Dona Evangelina Rosa - PI
11	HGV - PI
12	Hospital Otávio de Freitas - PE
13	Hospital Oswaldo Cruz - PE
14	PROCAPE - PE
15	Hospital Pelopidas Silveira - PE
16	HGV - PE
17	HBDF - DF
18	Hospital Infantil Lucídio Portela - PI
19	Hospital Militar Dirceu Arcorverde - PI
20	Hospital Regional de Cacoal/HRC - RO
21	Hospital de Emergência e Urgência Regional de Cacoal/HEURO - RO

- Projeto “Implantação do Programa de Segurança do Paciente e Desenvolvimento de Ferramentas de Gestão, Educação e Práticas Compartilhadas” realizado pelo Hospital Moinhos de Vento (RS) - foram selecionados 15 hospitais nas 5 regiões do Brasil.

Região	Hospitais
Norte	Fundação Hospital Adriano Jorge - Manaus/AM
	Hospital Geral de Roraima - Boa Viagem/RR
	Hospital Regional do Baixo Amazonas do Pará - Santarém/PA
Nordeste	Hospital Getúlio Vargas - Teresina/PI

	Hospital Agamenon Magalhães - Recife/PE
	Huol - Hospital Universitário Onofre Lopes - Natal/RN
Centro-Oeste	Hospital Regional da Asa Norte - Brasília/DF
	Hospital Universitário Grande Dourados - Dourados/MS
Sul	Hospital Infantil Joana de Gusmão - Florianópolis/SC
	Hospital Nossa Senhora da Conceição - Porto Alegre/RS
	Hospital Universitário Cajuru - Curitiba/PR
Sudeste	Hospital Estadual Mário Covas de Santo André - Santo André/SP
	Hospital Universitário Pedro Ernesto/RJ
	Hospital Santa Casa de Vitória - Vitória/ES
	Maternidade Odete Valadares - Belo Horizonte/MG

- Projeto “Estratégias para Segurança e Qualificação do Cuidado do Paciente Crítico - Visita Ampliada e Continuidade do Cuidado Pós-Alta Hospitalar”, desenvolvido pelo Hospital Moinhos de Vento (RS) – com o objetivo de testar a visitação estendida e segura em aproximadamente 35 hospitais, com a perspectiva de acompanhar 1.500 pacientes que tiveram internação em UTI.

Os projetos fornecem apoio à temática de qualidade e segurança do paciente com finalidade de implantação dos NSP; à construção dos planos de segurança; à capacitação/qualificação de profissionais; além de estímulo à promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional; ao engajamento dos profissionais na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros; e à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente.

No ano de 2016 iniciou-se o diagnóstico das instâncias estaduais de Segurança do Paciente existentes visando conhecer as estratégias de implementação do Programa nos estados, bem como compreender como estão estruturadas as instâncias estaduais de segurança do paciente dentro e fora da Secretaria Estadual de Saúde. Foram realizadas visitas no Distrito Federal, nos estados do Paraná e do Rio de Janeiro.

Também em 2016 a equipe técnica do PNSP integrou o fórum para a elaboração do Plano Nacional de Prevenção e Controle da Resistência aos Antimicrobianos, recomendação expressa da Organização Mundial de Saúde (OMS) - Resolução WHA68.7. Genebra: OMS, disponível em: *WHA68.7 - Global Action Plan on Antimicrobial Resistance. WHA Resolution; Sixty-eighth World Health Assembly, 2015*. A resistência bacteriana aos antimicrobianos, especialmente para as infecções associadas aos cuidados à saúde, tem despertado atenção da OMS. Em 2017, o Brasil e outros países apresentarão um Plano Nacional de Enfretamento da Resistência aos Antimicrobianos. A apresentação do plano está prevista para o mês de abril/2017.

As principais dificuldades encontradas no ano de 2016 foram:

- Alternância de gestores no âmbito do Ministério da Saúde e a instabilidade política do Brasil ocasionou a falta de continuidade das ações do Programa e dificultou a execução do Planejamento Estratégico do PNSP realizado em 2015.
- Ausência de indicadores para o PNSP que permitam monitorar os NSP, a elaboração dos Planos de Segurança do Paciente e a implantação dos Protocolos de Segurança.
- Fragilidade de articulação com as três instâncias de governo para priorizar as ações de segurança do paciente, a fim de garantir a sustentabilidade do Programa.

Desafios para 2017

- Definição de indicadores e monitoramento das ações de qualidade e segurança dos Núcleos de Segurança dos Pacientes (NSP).
- Implantação e monitoramento dos Protocolos de Segurança.
- Implementação de sistemática de acompanhamento de incidentes na assistência à saúde, por meio da disponibilização de informações do prontuário do paciente.
- Desenvolvimento da comunicação social com finalidade de envolver e aproximar os pacientes no cuidado.
- Construção de parcerias transversais dentro de áreas estratégicas do Ministério da Saúde para inserir o PNSP nas políticas existentes.

Estruturação e Ampliação do Acesso aos Leitos de UTI e UCI

O Ministério da Saúde, desde 2003, tem-se dedicado à implementação da Política de Terapia Intensiva, estimulando a habilitação de novos leitos de UTI por meio do repasse de recurso para custeio e investimento.

Atualmente, segundo informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), existem 20.320 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) habilitados ao SUS, sendo 13.248 Adultos, 2.347 Pediátricos, 210 Unidades Coronarianas e 4.515 leitos de UTI Neonatal. Constam, ainda, 1.781 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e 523 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) habilitados ao SUS (CNES, tabulação em 10/01/2017 – competência out./2016).

Leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Adulto, Pediátrico, Neonatal e Unidade Coronariana.

Resultados Alcançados

No período de janeiro a dezembro de 2016 foram habilitados 1.180 novos leitos de UTI em todo o país - Adulto, Pediátrico, Neonatal e Unidade Coronariana (UCO), conforme Tabela 2. Tal ampliação no número de leitos representou um impacto financeiro anual para o Ministério da Saúde de R\$ 171.912.244,48. As habilitações vêm melhorando a cobertura global de leitos de UTI em nível nacional. Tabela abaixo.

Tabela XXIII: Número Total de Leitos Habilitados em UTI e Impacto Financeiro, por Unidade Federada - 2016

UF	2016					
	UTI Adulto	UTI Pediátrica	UTI Neonatal	Unidade Coronariana	Total Nº de Leitos	Total Impacto Financeiro/ Ano
AC	0	0	0	0	0	R\$ -
AL	10	0	0	0	10	R\$ 1.397.862,40
AM	7	20	0	0	27	R\$ 3.774.257,80
AP	0	0	0	0	0	R\$ -
BA	9	2	10	0	21	R\$ 2.935.506,04
CE	24	0	11	3	38	R\$ 5.680.918,40
DF	0	0	0	0	0	R\$ -
ES	57	5	0	0	62	R\$ 8.789.760,64
GO	87	13	0	0	100	R\$ 10.293.864,32
MA	0	0	0	0	0	R\$ -

MG	60	5	23	5	93	R\$ 14.168.380,20
MS	10	0	0	0	10	R\$ 1.397.862,40
MT	8	0	8	0	16	R\$ 2.236.579,84
PA	26	18	25	0	69	R\$ 8.858.935,44
PB	37	0	5	0	42	R\$ 7.224.173,44
PE	68	14	0	0	82	R\$ 13.430.691,84
PI	5	0	0	0	5	R\$ -
PR	99	12	29	0	140	R\$ 22.178.822,04
RJ	133	20	38	10	201	R\$ 29.449.443,92
RN	13	0	0	0	13	R\$ 1.817.221,12
RO	0	0	0	0	0	R\$ -
RR	0	0	0	0	0	R\$ -
RS	17	14	5	0	36	R\$ 5.576.762,00
SC	15	0	0	0	15	R\$ 2.149.195,92
SE	0	0	0	0	0	R\$ -
SP	129	14	55	2	200	R\$ 30.552.006,72
TO	0	0	0	0	0	R\$ -
Tota l	814	137	209	20	1.180	R\$ 171.912.244,48

Fonte: CGHOSP/DAHU/SAS, consulta em 10/01/2017.

Leitos de Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e de Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)

Resultados Alcançados

Em 2016 foram habilitados 858 leitos, representando um impacto financeiro de R\$ 30.988.500,00/ano, conforme apresentado na Tabela abaixo.

Tabela XXIV: Número Total de Leitos Habilitados em UCI e Impacto Financeiro, por Unidade Federada - 2016

UF	2016			
	UCINCo	UCINCa	Total N° de Leitos	Total Impacto Financeiro/Ano
AC	6	1	7	R\$ 49.275,00
AL	22	0	22	R\$ 420.480,00
AM	0	6	6	R\$ 295.650,00
AP	18	0	18	R\$ -
BA	6	0	6	R\$ 551.880,00
CE	11	0	11	R\$ 578.160,00
DF	8	0	8	R\$ -
ES	29	8	37	R\$ 1.918.440,00
GO	10	5	15	R\$ 744.600,00
MA	0	0	0	R\$ -
MG	30	11	41	R\$ 2.118.825,00
MS	0	0	0	R\$ -
MT	13	9	22	R\$ 811.395,00
PA	140	16	156	R\$ 2.049.840,00

PB	10	6	16	R\$ 755.550,00
PE	5	8	13	R\$ 657.000,00
PI	0	0	0	R\$ -
PR	42	0	42	R\$ 893.520,00
RJ	53	8	61	R\$ 1.497.960,00
RN	0	2	2	R\$ 98.550,00
RO	0	0	0	R\$ -
RR	18	6	24	R\$ 1.951.290,00
RS	10	5	15	R\$ 771.975,00
SC	14	4	18	R\$ 197.100,00
SE	0	0	0	R\$ -
SP	229	76	305	R\$ 13.950.300,00
TO	11	2	13	R\$ 676.710,00
Total	685	173	858	R\$ 30.988.500,00

Fonte: CGHOSP/DAHU/SAS, consulta em 10/01/2017.

Ressalta-se que os leitos habilitados sem impacto financeiro foram qualificados pela Rede Cegonha com a publicação do respectivo Plano de Ação Regional dos Estados e o valor de repasse de custeio já se encontrava incorporado ao teto financeiro do respectivo Estado. Cabe informar que a Rede Cegonha é uma rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada durante a gravidez, parto e puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro, e também, ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Adulto, Pediátrico e Neonatal Reclassificados

Resultados Alcançados

Os leitos de UTI podem ser reclassificados de Tipo I para Tipo II, Tipo I para Tipo III e Tipo II para Tipo III. No ano de 2016 foram reclassificados um total de 71 leitos com impacto financeiro de R\$ 4.486.346,40/ano, em quatro Estados, conforme Tabela abaixo.

Tabela XXV: Número Total de Leitos de UTI Reclassificados e Impacto Financeiro, por Unidade Federada – 2016

UF	2016									Impacto Financeiro Ano
	Tipo I para Tipo II			Tipo I para Tipo III			Tipo II para Tipo III			
	UTI Adulto	UTI Pediátrica	UTI Neonatal	UTI Adulto	UTI Pediátrica	UTI Neonatal	UTI Adulto	UTI Pediátrica	UTI Neonatal	
PB	0	0	0	0	0	0	10	0	0	R\$ 87.337,20
PR	0	0	0	0	0	0	10	0	0	R\$ 87.337,20
RS	7	0	0	0	0	0	10	0	0	R\$ 781.724,88
SP	16	0	0	18	0	0	0	0	0	R\$ 3.529.947,12
Total	23	0	0	18	0	0	30	0	0	R\$ 4.486.346,40

Fonte: CGHOSP/DAHU/SAS, consulta em 11/01/2017.

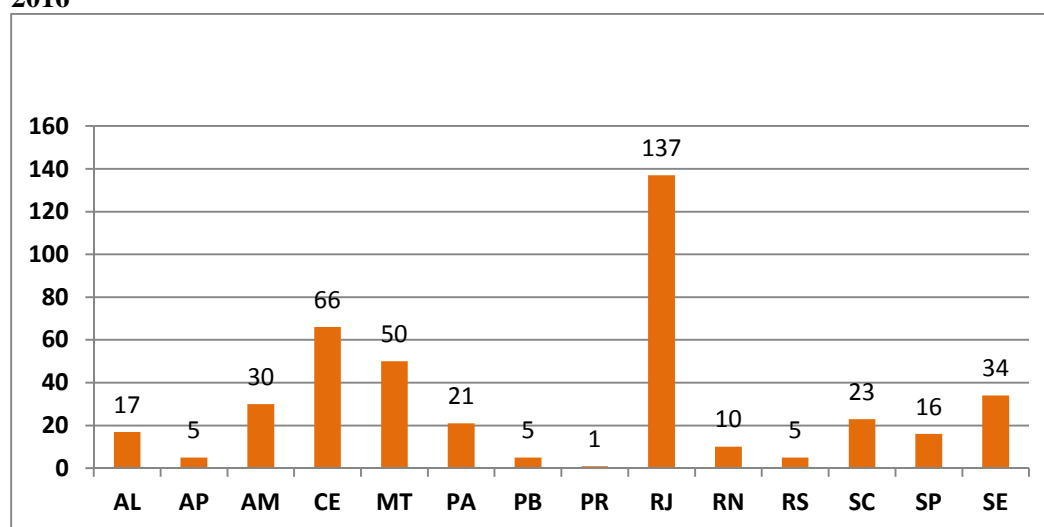
Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Reabilitados

A Portaria nº 930 MS/GM, de 10 de maio de 2012, estabelece que todos os estabelecimentos de saúde que tenham UTI Neonatal em conformidade com as normatizações anteriores devem-se adequar ao estabelecido nesta Portaria. De acordo com a Portaria nº 930 MS/GM/2012, os leitos de UTI Neonatal devem ser reabilitados, buscando atender a nova adequação de códigos – alterar o Código 26.02 para o 26.10 (Tipo II) e o Código 26.05 para o 26.11 (Tipo III). Destaca-se que esses leitos não têm impacto financeiro, uma vez que o custeio já se encontra incorporado ao teto dos Estados/Municípios.

Resultados Alcançados

No ano de 2016 foram reabilitados 420 leitos de UTI Neonatal em quatorze estados. Desses estados, o Rio de Janeiro foi o que mais teve leitos reabilitados, perfazendo um total de 137 leitos, conforme Gráfico abaixo:

Gráfico XVII: Número Total de Leitos de UTI Neonatal Reabilitados, por UF - 2016



Fonte: CGHOSP/DAHU/SAS/MS, consulta em 11/01/2017.

Evolução dos Leitos de UTI Adulto, Pediátrica, Neonatal e UCO, no Período de 2010 a 2016

Resultados Alcançados

Considerando uma série histórica de 7 anos, de 2010 a 2016, foram habilitados um total de 7.058 leitos de UTI, representando um impacto financeiro de R\$ 1.058.161.507,84 ano, conforme Tabela abaixo.

Tabela XXVI: Leitos de UTI Habilitados por ano, período de 2012 a 2016

Ano	Ampliação de Leitos de UTI				Total de Leitos de UTI Ampliados	Impacto Financeiro/Ano Custeio
	Brasil					
	Adulto	Pediátrico	Neonatal	UCO		
2010	532	74	232	0	838	R\$ 94.924.362,24
2011	784	164	348	0	1.296	R\$ 167.315.163,84
2012	793	69	135	0	997	R\$ 144.091.382,40
2013	959	114	206	120	1.399	R\$ 243.165.867,48
2014	573	57	257	65	952	R\$ 169.661.595,96

2015	285	6	87	18	396	R\$ 67.090.886,52
2016	814	137	209	20	1.180	R\$ 171.912.249,40
Total	4.740	621	1.474	223	7.058	R\$ 1.058.161.507,84

Fonte: CGHOSP/DAHU/SAS, consulta em 11/01/2017.

Evolução dos Leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo) e de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa), período de 2013 a 2016.

Resultados Alcançados

Considerando uma série histórica de 4 anos, de 2013 a 2016, foram habilitados um total de 2.768 leitos de UCI – Unidades de Cuidados Intermediários, representando um impacto financeiro de R\$ 99.122.742,60 ano.

Tabela XXVII: Total de Leitos de UCINCo e UCINCa Habilitados - 2012 a 2016

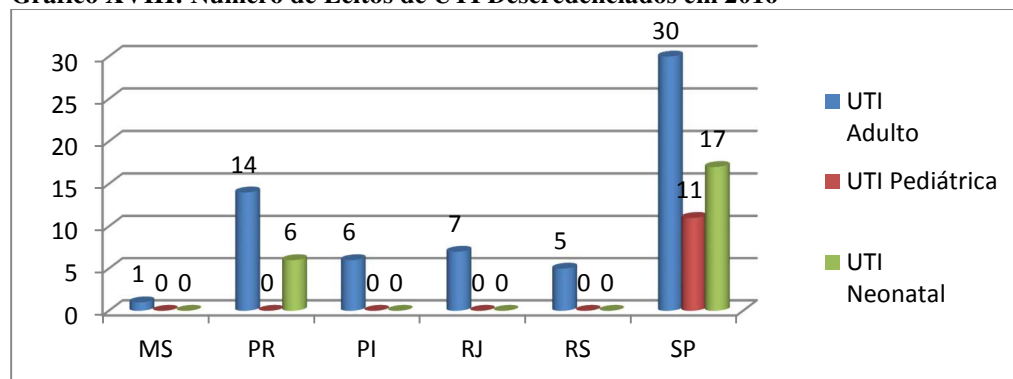
Ano	Total UCINCo Habilitadas	Impacto Financeiro Ano UCINCo	Total UCINCa Habilitadas	Impacto Financeiro Ano UCINCa	Total UCINCo e UCINCa Habilitadas	Total Impacto Financeiro Ano UCINCo e UCINCa
2013	240	R\$ 10.908.360,00	82	R\$ 4.040.550,00	322	R\$ 14.948.910,00
2014	958	R\$ 30.997.260,00	271	R\$ 11.577.522,60	1.229	R\$ 42.574.782,60
2015	252	R\$ 6.885.360,00	107	R\$ 3.725.190,00	359	R\$ 10.610.550,00
2016	685	R\$ 22.491.300,00	173	R\$ 8.497.200,00	858	R\$ 30.988.500,00
Total	2.135	R\$ 71.282.280,00	633	R\$ 27.840.462,60	2.768	R\$ 99.122.742,60

Fonte: CGHOSP/DAHU/SAS, consulta em 11/01/2017.

No ano de 2016 foram descredenciados 97 leitos de UTI, conforme o Gráfico xx. O estado que mais descredenciou leitos foi São Paulo e o que menos descredenciou foi Mato Grosso do Sul.

No ano de 2016 foram descredenciados 97 leitos de UTI, conforme demonstrado no Gráfico 02. O descredenciamento é solicitado pelo gestor local de acordo com a sua demanda e reorganização dos serviços de saúde. Destaca-se que o estado que mais descredenciou leitos foi São Paulo.

Gráfico XVIII: Número de Leitos de UTI Descredenciados em 2016



Fonte: CGHOSP/DAHU/SAS/MS.

Os principais motivos de descredenciamento de leitos, segundo informações repassadas pelos gestores, são: falta de profissionais especializados na área de terapia intensiva e o não interesse do prestador em ofertar serviços ao SUS.

Ampliação do Número de Leitos de UTI Adulto, Pediátrica, Neonatal e Unidade Coronariana, no Período de 2014 a 2016, Habilitados ao SUS

A Tabela abaixo apresenta o percentual de leitos ampliados de 2014 a 2016 comparado ao acumulado de leitos habilitados no país. Em 2014 houve uma ampliação de 4,80% de leitos de UTI, em 2015 de 1,96%, e, em 2016 de 5,80%.

Tabela XXVIII: Percentual de Ampliação dos Leitos de UTI, 2014 a 2016

Ano	Total de Leitos de UTI/SUS Habilitados – Adulto, Pediátrica, Neonatal e Unidade Coronariana	Número de leitos de UTI ampliados - Adulto, Pediátrico, Neonatal e Unidade Coronariana	% Ampliado no Período
2014	19.785	952	4,80%
2015	20.184	396	1,96%
2016	20.320	1180	5,80%

Cuidado Progressivo Ao Paciente Crítico ou Grave

A Minuta da "Portaria de Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico ou Grave" propõe instituir o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave; os critérios de elegibilidade para admissão e alta; de classificação e de habilitação de leitos de UTI, e UCI adulto e pediátrico; bem como leitos de queimados.

Esse documento foi disponibilizado para consulta pública (Consulta Pública 07/2014), por meio do site do Ministério da Saúde - link da consulta pública: <http://portalsaude.saude.gov.br/>, do dia 01/07/2014 a 30/07/2014, e atualmente se encontra em fase de adequações para futura pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e, posterior, publicação do documento final.

Meta Plano Plurianual - PPA

Definiu-se como meta a ser monitorada no quadriênio, de 2016 a 2019, ampliação do número de leitos no Brasil. A meta estabelecida para esses quatro anos é ampliar em 5.994 o número de leitos, sendo 4.080 novos leitos de UTI Adulto, Pediátrico, Neonatal e Unidade Coronariana (UCO) e 1.914 leitos de UCI Convencional e Canguru no SUS, em todas as regiões do país.

A meta estimada para 2016 era de habilitar 1.369 leitos de UTI/UCI, cabe informar que a meta foi superada em 49%. De janeiro ao dezembro de 2016 credenciou-se um total de 2.038 leitos de UTI/UCI, gerando um impacto financeiro anual de R\$ 202.900.739,32.

As principais dificuldades enfrentadas pela CGHOSP/DAHU/SAS/MS com relação à habilitação de leitos de UTI e Unidades Intermediárias referem-se à:

- Falta de normas para credenciamento dos leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Adulto e Pediátrico.
- Ausência de ações de monitoramento dos leitos habilitados, principalmente dos leitos pactuados pela Rede Cegonha e Rede de Urgência e Emergência.
- Carência de indicadores específicos para leitos de Terapia Intensiva.
- Falta de critérios para priorização de habilitações de leitos de UTI, em regiões com maior déficit de leitos.
- Ausência de uma nova norma para habilitação de leitos de UTI Adulto e Pediátrico, baseada em estudos recentes, que apresentem critérios de internação e alta.

- Atraso na publicação das portarias que habilitam leitos de UTI, devido à indisponibilidade de recurso financeiro.
- Morosidade na regularização das pendências pelos gestores locais.

Desafios para 2017

Implementação da política específica de atenção ao paciente crítico ou grave. No aspecto da qualificação dos serviços entende-se como necessidade fundamental o desenvolvimento e a implementação de uma nova, estruturante e mais qualificada, política específica de atenção ao paciente crítico ou grave. É preciso mais Unidades de Tratamento Intensivo redimensionadas e qualificadas do ponto de vista técnico e tecnológico, sendo mais integradas ao próprio hospital e ao sistema de saúde como um todo, bem como incorporadoras dos princípios e diretrizes da humanização assistencial. Atualmente, encontra-se em processo de revisão a portaria que instituirá o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave, com critérios de elegibilidade para admissão e alta, classificação e habilitação para os leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulta e Pediátrica, e Cuidados Intermediários Adulto e Pediátrico.

Adequação das habilitações tipo I remanescentes, conforme definido na portaria atualmente vigente, ou seja, como tipo II ou tipo III, com as devidas alterações no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Constam ainda no CNES, 697 leitos de UTI Adulto e Pediátrico Tipo I, este tipo de classificação não é mais habilitada pelo Ministério da Saúde desde 1998, no entanto, continuam em funcionamento, porém estuda-se a possibilidade dos respectivos leitos serem credenciados como leitos de Cuidados Intermediários Adulto e Pediátrico com a publicação da portaria que instituirá o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave.

Habilitação em Gestação de Alto Risco (GAR)

Durante o período de maio de 2013 a agosto de 2016 o pedido de habilitação relativo   Gestação de Alto Risco e de Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) esteve sob a responsabilidade da Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar (CGHOSP/DAHU/SAS). A partir da publicação da Portaria n  1.536 GM/MS, de 18 de agosto de 2016, ficou definido que a solicitação de habilitação como referência em Gestação de Alto Risco e de Casa da Gestante, Bebê e Puérpera deve ser encaminhada à Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres (CGSM/DAPES/SAS/MS) e caberá a essa Coordenação emitir parecer conclusivo sobre a solicitação de habilitação dos estabelecimentos.

Resultados Alcançados

No período em que o processo de habilitação em Gestão de Alto Risco esteve sob responsabilidade da Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar, maio/2013 a agosto/2016, foram habilitados 66 estabelecimentos de Gestação de Alto Risco – GAR Tipo I e Tipo II, conforme apresentado na Tabela XXIX.

Tabela XXIX: Total de Hospitais Habilitados como Referência em Gestação de Alto Risco (GAR) – maio de 2013 a agosto de 2016

UF	2013		2014		2015		2016		Total		Total Geral
	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 1	Tipo 2	
AC	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	2
AL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AM	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2	3

AP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BA	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	2
CE	0	0	0	0	0	2	0	1	0	3	3
DF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MA	0	0	0	2	0	1	0	0	0	3	3
MG	1	0	0	3	0	2	0	0	1	5	6
MS	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
MT	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
PA	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	2
PB	0	0	0	1	0	2	0	0	0	3	3
PE	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
PI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PR	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	2
RJ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RN	0	0	0	1	0	2	0	0	0	3	3
RO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
RR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RS	0	0	0	5	0	0	0	0	0	5	5
SC	0	0	0	0	1	2	0	0	1	2	3
SE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SP	0	0	3	4	2	15	0	0	5	19	24
TO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Total	2	3	4	21	4	30	0	2	10	56	66

Fonte: CGHOSP/DAHU/SAS/MS – dezembro/2016.

De setembro/2016 a outubro/2016 foram habilitadas duas Casas de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) – Hospital e Maternidade Jesus Maria José e Hospital Dom Orione, como demonstrado na Tabela abaixo. No período de setembro/2013 a outubro/2016 foram habilitados 9 CGBP. Cabe ressaltar que a habilitação da CGBP depende de recursos vinculados ao Plano de Ação Regional da Rede Cegonha.

Tabela XXX: Habilitação de Casas de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) – maio/2013 a outubro/2016

UF	CNES	Estabelecimento	Competência Inicial
MG	2761041	Hospital Regional do Sul de Minas	Set./13
PE	2712008	Hospital Joao Murilo e Policlínica de Vitória	Ago./13
TO	2755157	Hospital e Maternidade Dona Regina Siqueira Campos de Palmas	Set./13
MA	2309254	Maternidade da Cohab Maternidade Marly Sarney	Mai./14
PB	2362287	Instituto de Saúde Elpidio de Almeida	Jan./14
RN	2473380	Hosp. Maternidade Dr. Sadi Mendes Maternidade do Divino Amor	Set./15
SC	2302101	Hospital Hélio Anjos Ortiz	Set./15
CE	2328399	Hospital e Maternidade Jesus Maria José	Set./16
TO	2755165	Hospital Dom Orione	Out./16

Fonte: CNES – dezembro/2016.

Cuidados Prolongados

A Portaria nº 2.809 MS/GM, de 07 de dezembro de 2012, e a Portaria nº 2.042 MS/GM, de 18 de setembro de 2013, estabelecem a organização, o funcionamento e o financiamento dos Cuidados Prolongados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os cuidados prolongados são organizados como:

- ✓ Unidades de Internação em Cuidados Prolongados (UCP), como serviços dentro de um Hospital Geral ou Especializado.
- ✓ Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP).

Resultados Alcançados

No ano de 2016 foram habilitados 152 leitos de cuidados prolongados (UCP), representando um impacto financeiro anual de R\$ 10.846.340,00. A habilitação desses leitos concentra-se nos estados de Paraíba, São Paulo, Minas Gerais, Paraná, conforme demonstrado na Tabela abaixo.

Tabela XXXI: Habilitações de Cuidados Prolongados de 2013 a 2016

UF	2013			2014			2015				2016			De 2013 a 2016		
	Nº de Hosp.	Nº de Leitos UCP	Valor	Nº de Hosp.	Nº de Leitos UCP	Valor	Nº de Hosp.	Nº de Leitos UCP	Nº de Leitos HCP	Valor	Nº de Hosp.	Nº de Leitos UCP	Valor	Total de Nº Hosp.	Total Nº de Leitos UCP e HCP	Total Valor
MG	0	0	0	1	65	(*)	1	0	80 (**)	R\$ 927.647,50	2	40	R\$ 2.854.300,00	4	185	R\$ 3.781.947,50
MS	2	68	R\$ 6.823.771,67	0	0	0	1	22	0	R\$ 1.569.865,00	0	0	0	3	90	R\$ 8.393.636,67
PB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	R\$ 3.567.875,00	1	50	R\$ 3.567.875,00
PR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	22	R\$ 1.569.865,00	1	22	R\$ 1.569.865,00
RJ	0	0	0	0	0	0	1	0	40	R\$ 2.854.300,00	0	0	0	1	40	R\$ 2.854.300,00
RO	0	0	0	1	15	R\$ 1.070.362,50	0	0	0	0	0	0	0	1	15	R\$ 1.070.362,50
SC	0	0	0	3	55	R\$ 3.924.662,50	0	0	0	0	0	0	0	3	55	R\$ 3.924.662,50
SP	1	20	R\$ 1.642.200,00	1	22	R\$ 1.569.865,00	0	0	0	0	1	40	2.854.300,00	3	82	R\$ 6.066.365,00
Total Geral	3	88	R\$ 8.465.971,67	6	157	R\$ 6.564.890,00	3	22	120	R\$ 5.351.812,50	5	152	R\$ 10.846.340,00	17	539	R\$ 31.229.014,17

Fonte: CGHOSP/DAHU/SAS/MS, dezembro de 2016.

(*) Habilitação de Leitos sem Impacto Financeiro.

(**) Do total de 80 leitos habilitados foram repassados recursos apenas para 13.

Uma das dificuldades enfrentadas ao longo do ano de 2016 refere-se às documentações incompletas encaminhadas ao Ministério da Saúde impedindo o prosseguimento de habilitação de novos leitos.

Desafios para 2017

Habilitar novos leitos de cuidados prolongados e monitoramento dos leitos existentes.

Hospital-Dia

O Regime de Hospital-Dia foi implantado por meio da Portaria nº 44 MS/GM, de 10 de janeiro de 2001, e consiste na assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período máximo de 12 horas. Em alguns casos, os hospitais são espaços de realização de mutirões de cirurgias eletivas.

A habilitação do serviço não gera impacto financeiro e alteração no teto financeiro do estado/município.

Resultados alcançados

A Tabela abaixo informa o número de habilitações em serviço de Hospital-Dia durante o período de 2002 a 2016. Destaca-se que no ano de 2016 foram habilitados 3 serviços.

Tabela XXXII: Habilitações de Hospital-Dia por UF – 2002 a 2016

UF	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total Geral
AM			1													1
BA	2	2	1			1				1				1		8
CE	1	1						2	1							5
ES					1											1
MA														1		1
MG			1		2	3	4	5	2	3	1		1	1	1	24
MS									1	1						2
MT														1		1
PE	2					1		1			1		2	1		8
PI								1						1		2
PR					2											2
RJ	1				1				1	1				2		6
RN								2	1	1		1				5
RS	5	3	3			2	4		1							18
SC	2					2	2			3			1	1		11
SP	13	17	5	1	2	4	8	5	10	8	8	5	2	13	2	103
Total	26	23	11	1	8	13	18	16	17	18	10	6	6	22	3	198

Fonte: CNES – dezembro/2016.

Desafios para 2017

Revisão da Portaria GM/MS nº 44/2001, visando adequar os serviços em regime de Hospital-Dia à realidade atual, considerando que a portaria foi publicada em 2001, quinze anos atrás, necessitando de uma readequação.

EIXO DA GESTÃO HOSPITALAR

Dentre as atividades de governabilidade da CGHOSP/DAHU/SAS/MS para implementação do Eixo da Gestão Hospitalar estão:

- Avaliação da Rede Hospitalar (caracterização e desempenho por produção e regional) e cobertura de leitos.
- Os Hospitais de Pequeno Porte (HPP)

REDE HOSPITALAR: CARACTERIZAÇÃO E COBERTURA DE LEITOS

A Tabela abaixo apresenta o número de hospitais com leitos no Brasil, classificados por natureza jurídica e especialidade. Observa-se que em 2016 a Rede Hospitalar no Brasil contava com 7.522 hospitais. Com relação à natureza jurídica, os hospitais públicos constituem a maioria (41,39%), seguido pelos hospitais privados com fins lucrativos (33,10%) e privados sem fins lucrativos (25,51%).

Tabela XXXIII: Número de Estabelecimentos com Leitos Existentes no Brasil/2016, por Natureza Jurídica e Especialidade

Natureza Jurídica	Hospital Especializado	Hospital Geral	Hospital-Dia	Pronto Atendimento	Pronto Socorro Especializado	Pronto Socorro Geral	Unidade Mista	Total Geral	%
Privado sem Fins Lucrativos	199	1.640	30		2	7	41	1.919	25,51
Privado com Fins Lucrativos	564	1.382	456	2	31	22	33	2.490	33,10

Público	261	2.074	55	49	16	62	596	3.113	41,39
Total Geral	1.024	5.096	541	51	49	91	670	7.522	100,00

Fonte: CNES – Competência outubro/2016 - Extração em 02/01/2017 - NIT/DAHU/SAS/MS.

Do total de estabelecimentos com leitos existentes (7.522) em 2016, 5.536 possuem leitos SUS. Ainda com relação ao número de hospitais com leitos SUS, é possível verificar que a maioria dos hospitais é geral (4.030). Existem 591 hospitais especializados e as outras especialidades totalizam 915. Do total de especialidades, a rede pública representa mais que a metade (55,22%) enquanto os privados sem fins lucrativos correspondem a 31,90%. (Tabela abaixo).

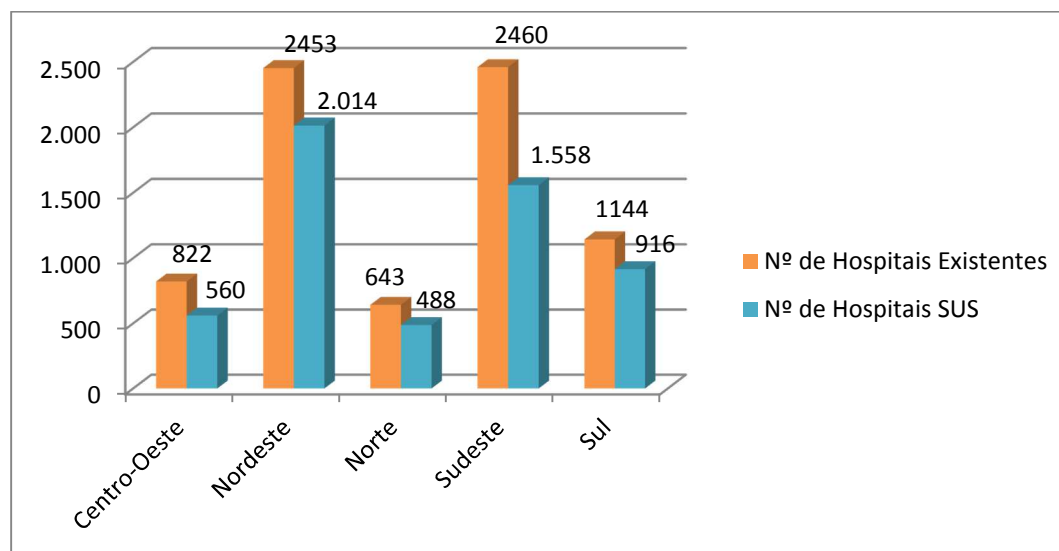
Tabela XXXIV: Número de Estabelecimentos com Leitos SUS no Brasil/2016, por Natureza Jurídica e Especialidade

Natureza Jurídica	Hospital Especializado	Hospital Geral	Hospital-Dia	Pronto Atendimento	Pronto Socorro Especializado	Pronto Socorro Geral	Unidade Mista	Total Geral	%
Privado sem Fins Lucrativos	170	1.541	16		1	7	31	1.766	31,90
Privado com Fins Lucrativos	163	456	80		5	1	8	713	12,88
Público	258	2.033	53	48	16	60	589	3.057	55,22
Total Geral	591	4.030	149	48	22	68	628	5.536	100,00

Fonte: CNES – Competência outubro/2016 - Extração em 02/01/2017 - NIT/DAHU/SAS/MS.

Quando se analisa a distribuição de estabelecimentos – existentes e SUS -, por região geográfica, observa-se uma maior concentração de estabelecimentos de saúde com leitos existentes e com leitos SUS no Nordeste e Sudeste, sendo a menor concentração na região Norte (Gráfico XIX).

Gráfico XIX: Números de Estabelecimentos com Leitos Existentes e com Leitos SUS, por Região Geográfica – 2016



Fonte: CNES – Competência outubro/2016 - Extração em 02/01/2017 - NIT/DAHU/SAS/MS.

A Tabela abaixo revela que as regiões de maior concentração de estabelecimentos de saúde com leitos SUS (Nordeste e Sudeste) são as que apresentam uma maior população. Não obstante, são as que apresentam mais habitantes por estabelecimentos SUS. A região que apresenta o menor número de habitantes por estabelecimento SUS é a região Centro-Oeste, seguida pelo Nordeste. A região Sudeste, embora concentre maior número de estabelecimentos tem o maior número de habitantes por estabelecimento SUS.

Tabela XXXV: Número de Estabelecimentos com Leitos SUS e População por Unidade Federada – 2016

Brasil e UF	Estimativa População 2016	Número Estabelecimentos com Leitos SUS	Habitantes/Estabelecimento
Região Norte	17.707.783	488	36.286
Região Nordeste	56.915.936	2.014	28.260
Região Sudeste	86.356.952	1.558	55.428
Região Sul	29.439.773	916	32.139
Região Centro-Oeste	15.660.988	560	27.966
Brasil	206.081.432	5.536	37.226

Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS (Estimativa População 2016) e CNES – Competência outubro/2016 - Extração em 02/01/2017 - NIT/DAHU/SAS/MS.

A Tabela XXXVI apresenta o número de estabelecimentos SUS por especialidade e por Unidade da Federação em 2016. Ela apresenta a distribuição dos hospitais pelo país, que é relativamente concentrada em alguns estados como Bahia, Minas Gerais e São Paulo.

Tabela XXXVI: Número de Estabelecimentos SUS por Especialidade e por Unidade Federada – 2016

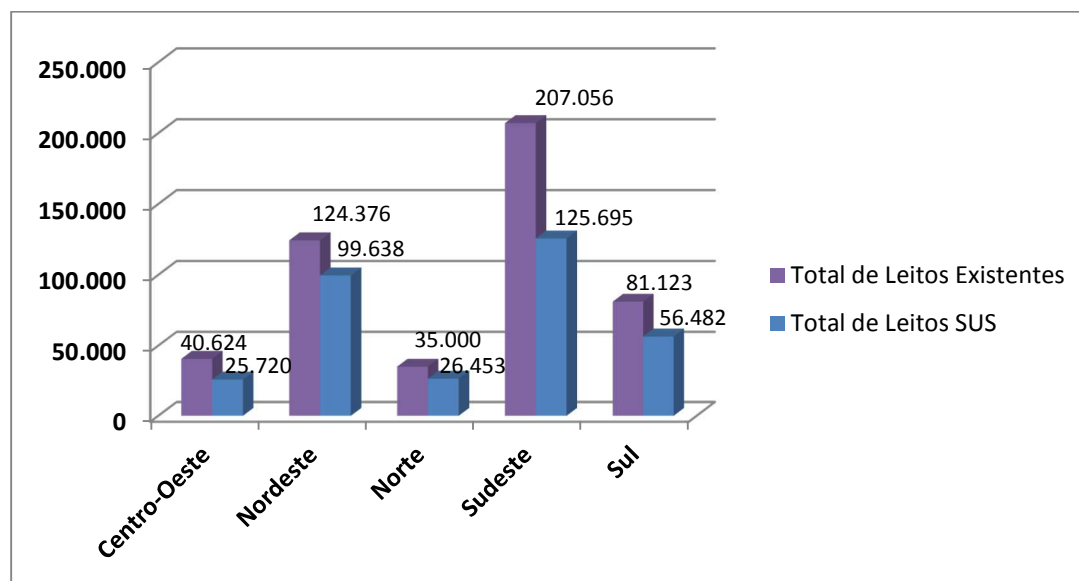
UF	Hospital Especializado	Hospital Geral	Hospital-Dia	Pronto Atendimento	Pronto Socorro Especializado	Pronto Socorro Geral	Unidade Mista	Total Geral
AC	4	13	0	0	0	0	10	27
AL	17	39	0	1	0	1	28	86
AM	18	73	2	0	0	1	2	96
AP	2	6	0	0	0	1	8	17
BA	47	402	27	5	1	0	37	519
CE	32	184	0	8	7	1	32	264
DF	6	16	1	1	0	0	0	24
ES	9	70	0	0	0	1	5	85
GO	35	258	5	1	0	5	9	313
MA	22	190	2	2	2	0	47	265
MG	27	465	6	0	0	4	22	524
MS	6	73	3	0	0	0	8	90
MT	8	110	0	6	0	5	4	133
PA	21	146	5	1	3	1	32	209
PB	23	94	8	3	0	1	32	161
PE	24	166	4	1	0	1	91	287
PI	14	89	2	1	1	1	81	189
PR	33	335	9	2	0	4	7	390
RJ	82	174	3	1	2	9	8	279
RN	17	68	6	1	1	4	88	185
RO	5	39	4	0	0	1	23	72
RR	2	8	0	0	0	0	7	17
RS	14	291	2	1	0	4	17	329
SC	13	178	3	0	0	0	3	197
SE	8	28	11	0	0	5	6	58

SP	100	469	46	13	5	18	19	670
TO	2	46	0	0	0	0	2	50
Total Geral	591	4.030	149	48	22	68	628	5.536

Fonte: CNES – Competência outubro/2016 - Extração em 02/01/2017 - NIT/DAHU/SAS/MS.

O Gráfico abaixo apresenta o número de leitos existentes e leitos SUS por região geográfica em 2016, o mesmo revela que as regiões Sudeste e Nordeste são as que mais concentram leitos existentes e leitos SUS.

Gráfico XX: Números de Leitos Existentes e Leitos SUS por Região Geográfica – 2016



Fonte: CNES – Competência outubro/2016 - Extração em 02/01/2017 - NIT/DAHU/SAS/MS.

Em 2016, de janeiro a novembro, houve a aprovação do valor R\$ 18.764.280.981,09 referentes aos procedimentos executados pelos estabelecimentos hospitalares que compõem a Rede SUS (Tabela 16). Para os hospitais privados sem fins lucrativos foram aprovados 48% (R\$ 9.020.514.506,71) dos recursos e para os públicos 43,94% (R\$ 8.245.716.551,59).

Em 2016, de janeiro a novembro, foi apresentado no sistema SIA/SUS e SIH/SUS o quantitativo de 634.503.898 procedimentos assistenciais executados pelos estabelecimentos hospitalares que compõem a Rede SUS, correspondendo ao valor total de R\$ 18.764.280.981,09 (Tabela XXXVII).

Os hospitais privados sem fins lucrativos que compõem a Rede SUS realizaram 179.763.443 procedimentos assistenciais, representando 48% (R\$ 9.020.514.506,71) dos valores apresentados. Por sua vez, os hospitais públicos executaram o quantitativo de 435.653.095 procedimentos assistenciais, correspondendo 43,94% (R\$ 8.245.716.551,59) dos valores apresentados.

Analisando, ainda, os dados da Tabela abaixo, observa-se que os hospitais públicos respondem pela maior parcela do número total das internações, seguido pelos hospitais sem fins lucrativos e hospitais com fins lucrativos, respectivamente. Quando se considera o valor da internação, os hospitais sem fins lucrativos respondem pela maior parcela do valor 48,52% (R\$ 5.583.757.590,45) e os hospitais públicos por 43,15 % (R\$ 4.965.543.555,87).

Tabela XXXVII: Valores Aprovados de Janeiro a Novembro de 2016 – SIH e SAI

Natureza Jurídica	Hospitalar		Ambulatorial		AIH + SIA	AIH + SIA (valores)
	AIH	Valor AIH	SIA	Valor Atendimentos		
Privados sem fins lucrativos	3.971.697	R\$ 5.583.757.590,45	175.791.746	R\$ 3.436.756.916,26	179.763.443	R\$ 9.020.514.506,71
Privados com fins lucrativos	705.268	R\$ 957.677.339,49	18.382.092	R\$ 540.372.583,30	19.087.360	R\$ 1.498.049.922,79
Públicos	4.784.159	R\$ 4.965.543.555,87	430.868.936	R\$ 3.280.172.995,72	435.653.095	R\$ 8.245.716.551,59
Total Geral	9.461.124	R\$ 11.506.978.485,81	625.042.774	R\$ 7.257.302.495,28	634.503.898	R\$ 18.764.280.981,09

Fonte: SIA e SIH/SUS - Competência jan. a nov./2016 - Extração em 13/12/2016 - NIT/DAHU/SAS/MS.

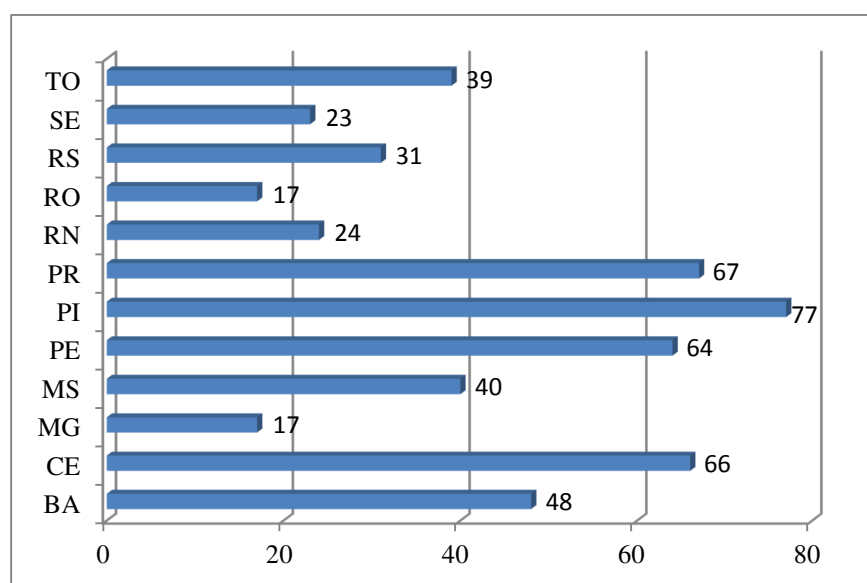
A Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte

A Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (HPP), instituída pela Portaria MS/GM nº 1.044 de 01/06/2004, tem como principal objetivo incrementar um novo modelo de organização e financiamento para pequenos hospitais públicos e filantrópicos brasileiros, redefinindo o seu papel assistencial no Sistema Único de Saúde para conferir maior resolutividade às suas ações.

Resultados Alcançados

Ao todo 513 hospitais aderiram à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, representando um impacto financeiro geral anual de R\$ 25.985.235,87 (Gráfico abaixo).

Gráfico XXI: Hospitais de Pequeno Porte que aderiram à Portaria nº 1.044 MS/GM, de 01/06/2004 por Unidade Federada.



Fonte: CGHOSP/DAHU/SAS/MS - Dezembro/2016.

Atualmente, 20,58% (100.480) dos leitos hospitalares existentes estão localizados em estabelecimentos de saúde de 1 a 49 leitos que, por sua vez, representam 61,01% (4.589) dos estabelecimentos da Rede Hospitalar Brasileira (Tabela abaixo). Em 2016, 69,70% dos leitos existentes nesses hospitais estavam disponíveis ao SUS.

Tabela XXXVIII: Número de Hospitais e Número de Leitos – Brasil/2016, segundo Classificação por Faixa de Leitos

Classificação por Faixa de Leito Existente	Nº de Hospitais Com leitos Existentes	%	Nº de Hospitais Com leitos SUS	%	Total de Leitos Existentes	%	Total de Leitos SUS	%
1 a 49	4.589	61,01	3.182	57,48	100.480	20,58	70.036	20,96
50 a 100	1.536	20,42	1.198	21,64	105.463	21,60	68.459	20,49
101 a 250	1.115	14,82	898	16,22	170.839	35,00	111.697	33,43
251 a 500	236	3,14	213	3,85	77.416	15,86	56.626	16,95
Acima 501	46	0,61	45	0,81	33.981	6,96	27.310	8,17
Total Geral	7.522	100,00	5.536	100,00	488.179	100,00	334.128	100,00

Fonte: CNES – Competência outubro/2016 - Extração em 02/01/2017 - NIT/DAHU/SAS/MS.

Desafios para 2017

Revisão da política dos Hospitais de Pequeno Porte visando repensar a participação dos HPP no SUS, enfatizando as redes prioritárias (Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência), de forma a rever a lógica de financiamento do Ministério da Saúde e promover mudanças no perfil assistencial desses hospitais.

EIXO FORMAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DA FORÇA DE TRABALHO

Este eixo envolve as seguintes ações:

- Certificação de Hospitais de Ensino.
- Acompanhamento de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI/SUS).

Certificação de Hospitais de Ensino

O processo de Certificação dos Hospitais de Ensino iniciou-se em 2004, com a publicação da primeira portaria que definiu o Programa de Certificação dos Hospitais de Ensino, a Portaria Interministerial nº 1.000 MS/MEC, de 15 de abril de 2004 e, posteriormente, com a Portaria Interministerial nº 2.400 MS/MEC, de 02 de outubro de 2007.

Após um amplo debate por meio de grupos de discussão e diálogos entre as entidades afins foi publicada a Portaria Interministerial nº 285 MEC/MS, de 24 de março de 2015, que redefiniu o Programa Interministerial de Certificação dos Hospitais de Ensino. A publicação da Portaria Interministerial nº 285/2015 MEC/MS, foi um passo fundamental no enfrentamento do desafio de qualificação e evolução do Programa de Certificação de Hospitais de Ensino. Além de aprimorar os requisitos exigidos para a Certificação dos Hospitais de Ensino em relação à Portaria anterior, trouxe inovações ao processo de avaliação dos Hospitais de Ensino e ao Programa em si.

A operacionalização e instrumentalização do que foi estabelecido na Portaria nº 285 MS/GM, de 24 de março de 2015, foi iniciada logo após a sua publicação.

No entanto, o andamento das ações de operacionalização relatadas não teve a permanência e continuidade necessárias durante o ano de 2016, em virtude do contexto de restrição orçamentária e mudanças de gestão pelos quais passaram os Ministérios da Saúde e da Educação. Uma importante ação, a ser mencionada, é a descontinuidade das reuniões da

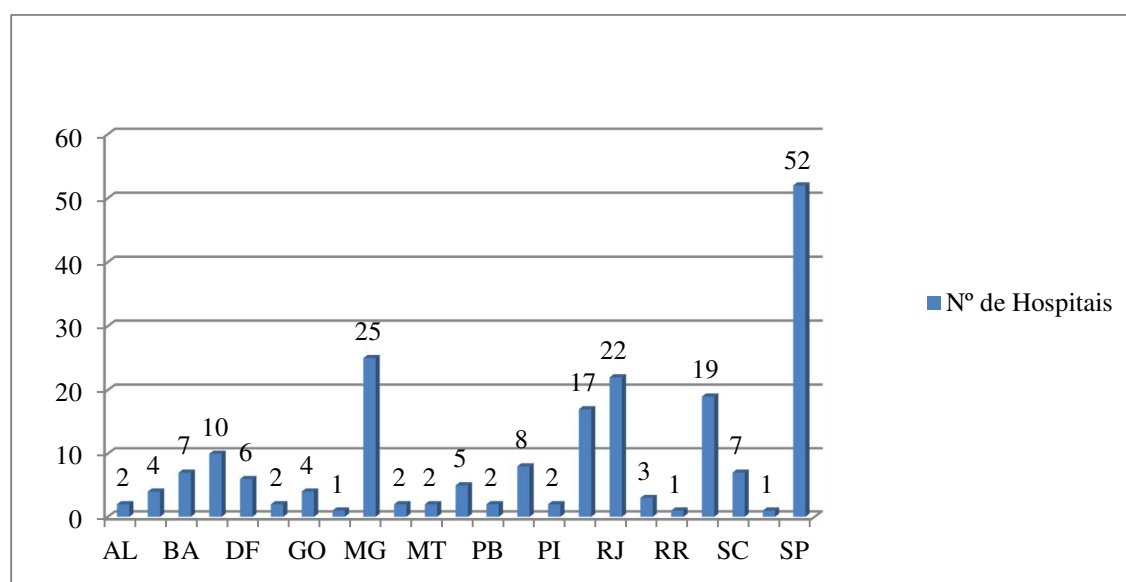
Comissão Interministerial de Hospitais de Ensino, formada por membros residentes em estados diferentes do Distrito Federal, sendo o último a sede das reuniões da Comissão.

Os aprimoramentos que se fazem necessários para o alcance dos objetivos do Programa têm sido um grande desafio. Trata-se de um debate presente nas agendas de saúde dos três níveis de governo e que repercute de forma concreta na (re) organização do sistema de saúde, da formação na área da saúde e do incremento da pesquisa em saúde.

Resultados Alcançados

Hoje são 204 Hospitais de Ensino certificados pelo MEC e MS, atendidas as prerrogativas da Portaria Interministerial nº 2.400 MS/MEC, de 02 de outubro de 2007. Os Hospitais de Ensino estão distribuídos em 23 Unidades Federadas e 82 municípios (Gráfico abaixo).

Gráfico XXII: Total de Hospitais Certificados de 2004 a 2016



Fonte: CGHOSP/DAHU/SAS/MS/dezembro/2016.

Desafios para 2017

- Finalização do Manual Técnico da Certificação dos Hospitais.
- Construção do Sistema Informatizado de Certificação de Hospitais de Ensino, em parceria com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).
- Apoio ao monitoramento dos indicadores de acompanhamento do processo de certificação do hospital.
- Definição de um banco de certificadores, possibilitando a formação de um cadastro de profissionais responsáveis pelas visitas de certificação.

PROGRAMA DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DO SUS – PROADI/SUS

O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema único de Saúde (PROADI-SUS) é regulamentado por meio da Lei Federal nº 12.101, de 27/11/2009, e usa recursos oriundos da isenção de contribuições para a seguridade social, desenvolvendo

projetos em áreas definidas pelo Ministério da Saúde. O Programa tem como objetivo contribuir para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde - SUS, com projetos, desenvolvidos em parceria com as entidades beneficentes sem fins lucrativos, de reconhecida excelência, detentoras do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde - CEBAS-SAÚDE e com comprovada atuação nas áreas de capacitação, pesquisa, avaliação de tecnologia e de tecnologia de gestão que possam ser aportadas no SUS.

No ano de 2016, estiveram sob a responsabilidade da Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar 13 projetos, distribuídos entre os 06 hospitais reconhecidos como de excelência³³. O prazo para execução dos projetos abrange um período de três anos, Triênio 2015-2017, gerando um impacto financeiro no triênio de R\$ 340.586.362,21 (Tabela abaixo).

Tabela XXXIX: Relação dos Hospitais e Projetos PROADI – Triênio 2015-2017

Hospital	Projeto	Valor do Projeto
Associação do Sanatório Sório-Hospital do Coração	Plano Diretor - Apoio para Elaboração das Bases para um Plano Diretor de Hospitais do Brasil, com Capítulos por Estado.	R\$ 3.400.000,00
	Desenvolvimento Gerencial Integrado da Linha de Atenção às Urgências no Ambiente Intra-hospitalar.	R\$ 3.200.000,00
	QUALITI/HOSPITALAR - Qualificação da Atenção e Gestão Hospitalar, com foco nas Ferramentas de Segurança do Paciente/Gestão da Clínica.	R\$ 3.900.000,00
Hospital Alemão Osvaldo Cruz	Reestruturação de Hospitais Públicos.	R\$ 13.000.000,00
Associação Hospitalar Moinhos de Vento	Projeto Desenvolvimento de Técnicas de Operação e Gestão de Serviços de Saúde em uma Região Intramunicipal de Porto Alegre- Distritos de Saúde Restinga e Extremo-Sul.	R\$ 34.758.465,99
	Implantação do Programa de Segurança do Paciente e Desenvolvimento de Ferramentas de Gestão, Educação e Práticas Compartilhadas.	R\$ 13.180.557,40
	Programa de Apoio à Gestão Hospitalar do Sistema Único de Saúde.	R\$ 5.043.943,08
	Estratégias para Segurança e Qualificação do Cuidado do Paciente Crítico-Visita Ampliada e Continuidade do Cuidado Pós-Alta Hospitalar.	R\$ 6.929.481,23
Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sório Libanês	Apoio as Ações Estratégicas do SUS (Desenvolvimento de Competências Gerenciais dos Hospitais Universitários Federais, Especialização em Atenção ao Paciente Crítico) EBSEH.	R\$ 34.796.263,51
Sociedade Hospital Samaritano	Programa de Desenvolvimento Organizacional e de Apoio à Gestão e Assistência com Ênfase em Unidades Neonatais (UTIN, UCINCO, UCINCA) e de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica	R\$ 4.503.445,00
	CCI - Cuidados Continuados Integrados	R\$ 4.891.005,00
	Programa de Auxílio à Gestão de Hospitais Filantrópicos	R\$ 3.883.201,00

³³ O Hospital Samaritano mesmo não detendo mais o CEBAS-SAÚDE, terminará de executar os projetos contratados no Triênio 2015-2017.

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira – Hospital Albert Einstein	Estudo de Custos e Desfechos Clínicos de Pacientes Internados em um Hospital Municipal de São Paulo	R\$ 210.000.000,00
Total		R\$ 341.486.362,21

Fonte: CGHOSP/DAHU/SAS/MS – Janeiro/2017.

Resultados alcançados

- Maior envolvimento do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência (DAHU) no acompanhamento e monitoramento dos projetos.
- Qualificação na implementação da Política Nacional de Atenção Hospitalar.
- Formação de 110 pessoas no Curso de Pós-Graduação Lato-Sensu – Especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS pelo Hospital Sírio Libanês.
- Todos os centros de custo, das diferentes áreas do Hospital Santa Catarina, foram abertos e entraram em operação. Dessa forma, os custos de cada paciente internado, passaram a ser detalhados e segregados.
- Início de dois Projetos visando à implementação do Programa de Segurança do paciente: “Implantação do Programa de Segurança do Paciente e Desenvolvimento de Ferramentas de Gestão, educação e práticas Compartilhadas” e “Estratégias para Segurança e Qualificação do Cuidado do Paciente Crítico-Visita Ampliada e Continuidade do Cuidado Pós-Alta Hospitalar”.
- Implantação de 13 Núcleos de Segurança do Paciente em hospitais do Projeto Reestruturação de Hospitais Públicos, com foco nas Ferramentas de Segurança do Paciente/Gestão da Clínica.
- Implantação de 13 Gerências de Risco nos hospitais do Projeto Reestruturação de Hospitais Públicos, com foco nas Ferramentas de Segurança do Paciente/Gestão da Clínica.
- Formação de multiplicadores em Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV) para capacitar os profissionais da assistência da Urgência e Emergência de 13 hospitais.

Desafios para 2017

- Apropriação dos resultados dos Projetos PROADI pelo SUS, de forma fortalecer a Política Nacional de Atenção Hospitalar.
- Revisão dos marcos legais de modo a dar maior segurança jurídica aos processos de execução, monitoramento e avaliação dos projetos.
- Qualificar os técnicos do Ministério da Saúde para melhor acompanhar, monitorar e avaliar a execução dos projetos PROADI.

•

Eixo Contratualização

A Contratualização consiste na formalização da relação pactuada entre o gestor do SUS e o prestador de serviços de saúde, com a finalidade de melhorar a qualidade da atenção hospitalar e apoiar o fortalecimento da gestão dos hospitais.

A experiência do Ministério da Saúde (MS) com o processo de contratualização iniciou-se em 2004, com a implantação das políticas de reestruturação dos hospitais de ensino e dos hospitais filantrópicos. Ao adotar essas políticas o MS implantou um novo modelo de financiamento para esses hospitais, baseado no repasse de incentivos financeiros calculados a partir da série histórica da produção hospitalar de cada estabelecimento. Neste contexto,

instituiu-se o Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC), permitindo o repasse de recursos aos estabelecimentos hospitalares mediante publicação de portarias.

Em 2013 foi publicada a Portaria nº 3.410 MS/GM/2013, que definiu as diretrizes para a contratualização de hospitais no SUS, em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar. E, em 27 de janeiro de 2014, publicou-se a Portaria nº 142 MS/GM, que instituiu o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), em substituição ao IAC.

Resultados Alcançados

Atualmente existem 1.057 hospitais contratualizados (hospitais certificados como de ensino e sem fins lucrativos) que recebem o IAC, correspondendo a um impacto financeiro anual de R\$ 2.371.521.702,58 (dois bilhões e trezentos e setenta e um milhões, quinhentos e vinte e um mil e setecentos e dois reais e cinquenta e oito centavos) - Tabela abaixo.

Tabela XL: Incentivo de Adesão à Contratualização por Região/UF e Hospitais Consolidado – 2013 a 2016

Região	UF	Número de Hospitais	% nº de Hospitais por UF x nº de hospitais Brasil	Total do Valor dos Recursos	% do valor por UF x valor total Brasil
Centro-Oeste	MT	14	1,32	R\$ 27.455.457,03	1,16
	DF	5	0,47	R\$ 18.035.189,44	0,76
	GO	19	1,80	R\$ 37.038.878,98	1,56
	MS	22	2,08	R\$ 40.468.038,59	1,71
	Subtotal	60	5,68	R\$ 122.997.564,04	5,19
Nordeste	MA	7	0,66	R\$ 12.373.233,20	0,52
	AL	10	0,95	R\$ 26.312.577,04	1,11
	RN	8	0,76	R\$ 11.790.681,10	0,50
	PI	5	0,47	R\$ 2.305.398,39	0,10
	PE	25	2,37	R\$ 77.851.131,13	3,28
	PB	11	1,04	R\$ 16.184.313,56	0,68
	BA	59	5,58	R\$ 93.630.410,77	3,95
	CE	49	4,64	R\$ 89.154.718,35	3,76
	SE	9	0,85	R\$ 17.669.311,23	0,75
	Subtotal	183	17,31	R\$ 347.271.774,77	14,64
Norte	AM	4	0,38	R\$ 3.996.378,22	0,17
	AP	1	0,09	R\$ 2.030.726,24	0,09
	PA	14	1,32	R\$ 30.327.606,68	1,28
	AC	1	0,09	R\$ 2.813.736,23	0,12
	TO	1	0,09	R\$ 4.316.361,60	0,18
	RO	2	0,19	R\$ 1.292.410,95	0,05
	Subtotal	23	2,18	R\$ 44.777.219,92	1,89
Sudeste	ES	37	3,50	R\$ 58.081.278,51	2,45
	SP	251	23,75	R\$ 728.450.230,61	30,72
	RJ	59	5,58	R\$ 94.718.922,30	3,99
	MG	190	17,98	R\$ 386.531.201,20	16,30
	Subtotal	537	50,80	R\$ 1.267.781.632,62	53,46
Sul	RS	133	12,58	R\$ 283.668.194,96	11,96
	SC	55	5,20	R\$ 121.233.576,87	5,11
	PR	66	6,24	R\$ 183.791.739,40	7,75
	Subtotal	254	24,03	R\$ 588.693.511,23	24,82
Total		1.057	100,00	R\$ 2.371.521.702,58	100,00

Fonte: Ferramenta INOVAR/CGHOSP/DAHU/SAS/MS – dezembro/2016, consolidando os dados das portarias publicadas.

Desde a publicação da Portaria GM/MS nº 142/2014, que institui o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), vários gestores municipais ou estaduais de saúde encaminharam ao Ministério da Saúde solicitação de adesão ao incentivo, aproximadamente 142 solicitações até dezembro de 2016. Entretanto, diante da ausência de disponibilidade orçamentária e financeira não foi possível o repasse do IGH aos hospitais.

Apesar do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência realizar um levantamento sobre a projeção do impacto financeiro do referido incentivo no ano de 2016, o mesmo foi compelido a aguardar a sinalização de disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde para a efetivação do mesmo. Mas, vale destacar que, mantiveram-se os repasses do IAC para os 1.057 hospitais já contratualizados no país.

A Secretaria de Atenção à Saúde continua aguardando as definições políticas e estratégicas do Ministério da Saúde para a viabilização desse incentivo, para a partir de aí

proceder a análise dos processos relativos à solicitação do IGH. Pesa-se, ainda, neste contexto, uma avaliação tripartite sobre a aplicabilidade da Portaria ou sua revogação, caso não se vislumbre a possibilidade do financiamento para os hospitais.

Definiu-se como iniciativa no Plano Plurianual 2016-2019, a ser monitorada no quadriênio, a implementação do Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH) em 1.000 hospitais vinculados ao SUS (públicos e privados sem fins lucrativos), em todas as regiões do país, priorizando os hospitais públicos.

Apesar da iniciativa prevista no PPA 2016-2019 para acompanhamento e monitoramento, até o momento, não foi possível avançar na implementação da iniciativa por conta da ausência de disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde.

Alguns problemas enfrentados, no âmbito do Ministério da Saúde, com relação ao processo de contratualização dos hospitais:

- Falta de disponibilidade financeira para repasse do IGH e para repasse dos valores retroativos referentes ao IAC para hospitais.
- Ausência de um sistema de monitoramento para o processo de contratualização.
- Carência de um estudo aprofundado sobre os custos de implantação de um hospital e dos custos dos procedimentos hospitalares.
- Ausência de avaliação do processo de contratualização.

Desafios para 2017

- Desenvolver o sistema de acompanhamento e monitoramento do processo de contratualização.
- Publicar o manual de orientação do processo de contratualização para os gestores e hospitais.
- Monitorar os hospitais contratualizados.
- Realizar cooperação técnica com os Estados, Distrito Federal e Municípios.

Eixo Financiamento

Faz parte do eixo do financiamento as seguintes ações:

- Adesão ao Incentivo 100% SUS.
- Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF).

Avaliação técnica de propostas de investimento (envolvendo recurso orçamentário do Ministério da Saúde e recursos de emendas parlamentares) para equipamentos/reforma/construção/ampliação e material de uso único.

INCENTIVO FINANCEIRO 100% SUS

O Incentivo Financeiro 100% SUS é destinado às unidades hospitalares que se caracterizem como pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos e que destinem 100% (cem por cento) de seus serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme estabelecido na Portaria nº 929 MS/GM, de 10 de maio de 2012.

O cálculo do Incentivo Financeiro 100% SUS é feito a partir da produção hospitalar do estabelecimento de saúde, correspondendo a 20% (vinte por cento) do valor anual contratualizado na média complexidade entre o hospital e o gestor local.

Resultados Alcançados

Cabe informar que, de 2012 a 2016, 97 hospitais aderiram ao incentivo, correspondendo a um impacto financeiro anual de R\$ 135.493.747,47, conforme demonstrado na Tabela abaixo.

Tabela XLI: Total de Hospitais que Recebem o Incentivo Financeiro 100% SUS por UF

UF	Número de Hospitais	Valor Total com os Reajustes - Ano
AL	1	R\$ 1.067.042,56
AM	1	R\$ 301.525,70
BA	20	R\$ 18.432.129,31
CE	4	R\$ 7.064.871,62
GO	1	R\$ 2.190.048,53
MA	1	R\$ 425.785,58
MG	13	R\$ 16.973.572,98
MS	1	R\$ 184.840,56
MT	3	R\$ 2.300.739,56
PA	2	R\$ 556.086,30
PB	1	R\$ 291.725,69
PE	14	R\$ 26.364.780,50
PR	3	R\$ 8.034.195,71
RJ	2	R\$ 1.263.704,34
RN	4	R\$ 1.314.207,69
RS	5	R\$ 10.088.895,69
SP	21	R\$ 38.639.595,15
Total Geral	97	R\$ 135.493.747,47

Fonte: CGHOSP/DAHU/SAS/MS – dezembro/2016, consolidando os dados das portarias publicadas.

No ano de 2016, sete hospitais aderiram ao incentivo financeiro (Tabela abaixo).

Tabela XLII: Adesão ao Incentivo Financeiro 100% SUS por UF – Brasil – 2012 a 2016

UF	2012		2013		2014		2015		2016	
	Nº de hosp.	Valor Anual	Nº de hosp.	Valor Anual	Nº de hosp.	Valor Anual	Nº de hosp.	Valor Anual	Nº de hosp.	Valor Anual
AL			1	R\$ 1.067.042,56						
AM			1	R\$ 301.525,70						
BA	16	R\$ 13.218.785,30					1	R\$ 2.763.656,33	3	R\$ 2.137.413,72
CE	3	R\$ 6.390.957,63	1	R\$ 673.913,99						
GO			1	R\$ 2.190.048,53						
MA	1	R\$ 425.785,58								
MG	7	R\$ 10.874.613,39	4	R\$ 2.137.398,95	2	R\$ 3.562.414,34			1	R\$ 485.856,72
MS					1	R\$ 184.840,56				
MT	2	R\$ 2.176.807,43	1	R\$ 123.932,13						
PA			1	R\$ 363.512,12					1	R\$ 192.574,18
PB			1	R\$ 291.725,69						
PE	11	R\$ 15.956.826,81	2	R\$ 1.678.402,92			1	R\$ 203.508,50		
PR	1	R\$ 1.210.219,00	2	R\$ 5.075.310,56						
RJ			1	R\$ 808.770,96			1	R\$ 454.933,38		
RN	2	R\$ 1.435.494,68	3	R\$ 853.135,11						
RS	2	R\$ 3.347.432,90	1	R\$ 1.497.887,45			2	R\$ 2.771.811,98		
SP	10	R\$ 29.217.799,82	7	R\$ 4.051.166,42	2	R\$ 2.333.039,80			2	R\$ 3.037.589,11
Total Geral	55	R\$ 84.254.722,54	27	R\$ 21.113.773,09	5	R\$ 6.080.294,70	5	R\$ 6.193.910,19	7	R\$ 5.853.433,73

Fonte: CGHOSP/DAHU/SAS/MS – dezembro/2016, consolidando os dados das portarias publicadas.

Ressalta-se que de 2014 a 2016, sete hospitais receberam o reajuste do Incentivo Financeiro 100% SUS (Tabela abaixo).

Tabela XLIII: Total de Hospitais que Receberam Reajuste do Incentivo 100% SUS por Ano e UF

UF	2014		2015		2016		Total	Total Valor Anual
	Nº de hosp.	Valor Anual	Nº de hosp.	Valor Anual	Nº de hosp.	Valor Anual		
BA					1	R\$ 312.273,96	1	R\$ 312.273,96
PE			3	R\$ 8.526.042,27			3	R\$ 8.526.042,27
PR	1	R\$ 1.351.694,33			1	R\$ 396.971,82	2	R\$ 1.748.666,15
RS	1	R\$ 2.471.763,36					1	R\$ 2.471.763,36
Total Geral	2	R\$ 3.823.457,69	3	R\$ 8.526.042,27	2	R\$ 709.245,78	7	R\$ 13.058.745,74

Fonte: CGHOSP/DAHU/SAS/MS – dezembro/2016, consolidando os dados das portarias publicadas.

E, em 2013, foi suspenso o repasse do Incentivo Financeiro 100% SUS para dois hospitais, no valor anual de R\$ 1.061.132,52, em virtude de exclusão dos mesmos ao recebimento do incentivo (Tabela abaixo) – de acordo com os seguintes normativos: Portaria GM/MS nº 3.106, 16 de dezembro de 2013 e Portaria GM/MS nº 2.939, 4 de dezembro de 2013.

Tabela XLIV: Hospitais que foram excluídos do recebimento do Incentivo 100% SUS por UF e Ano

UF	Município	Unidade Hospitalar	CNES	Ano de Exclusão	Valor Anual do Incentivo 100% SUS
MG	Pavão	Hospital Nossa Senhora das Neves	2186292	2013	R\$ 86.710,42
RN	Natal	Hospital Infantil Varella Santiago	2409151	2013	R\$ 974.422,10
Total					R\$ 1.061.132,52

Fonte: CGHOSP/DAHU/SAS/MS – dezembro/2016, consolidando os dados das portarias publicadas.

Desafios para 2017

Acompanhamento e monitoramento dos processos de adesão, reajuste e exclusão do Incentivo Financeiro 100% SUS.

4.3.1.1.8 Política Nacional de Regulação do SUS

Quadro XXIV - Identificação da Ação: 8721 - Implementação da Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde

Identificação da Ação	
Código	Tipo: Atividade
Título	8721 - Implementação da Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde
Objetivo	Código: 0713 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.
Programa	Código: 2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)

		Tipo: Temático				
Unidade Orçamentária		36901 - Fundo Nacional de Saúde				
Ação Prioritária		() Sim () Não Caso positivo: () PAC () Brasil sem Miséria				
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
80.000.000	64.836.700	53.649.386	48.582.889	48.582.889	0	5.066.497
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Central de Regulação Implantada			Unidade	40		31
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada	
61.797.567,52	11.962.753,51	436.805,89				

A ação 8721 - Implementação da Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde destina-se ao investimento e custeio de centrais de regulação. Em 2016 sua dotação final foi de R\$ 64.836.700 (sessenta e quatro milhões, oitocentos e trinta e seis mil e setecentos reais), cuja despesa empenhada foi de R\$ 53.649.386 (cinquenta e três milhões, seiscentos e quarenta e nove mil, trezentos e oitenta e seis reais), representando 82,75 % do total disponibilizado.

Além disso, a meta física programada para 2016 foi realizada em 77,50 %, com várias ações efetivadas no âmbito dessa temática.

Implementação da Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde - Recursos de Custeio das Centrais de Regulação.

Em 2016, O recurso financeiro destinado ao custeio das Centrais de Regulação Ambulatorial e/ou Hospitalar, foi autorizado conforme critérios de habilitação estabelecidos na Portaria GM/MS nº1.792, de 22 de agosto de 2012.

Tabela XLV - Unidades da Federação contemplados com recurso financeiro de custeio no ano de 2016, conforme critérios de Habilitação da Portaria GM/MS nº1792/2012.

UF	Nº de Centrais Habilitadas	Valor (R\$)
AL	2	1.393.200
BA	4	3.148.200
CE	2	1.895.400
DF	1	334.800
GO	4	2.535.300
MG	16	11.507.400
PB	2	1.252.800
PE	4	2.467.800
PI	2	1.134.000
PR	1	939.600
RN	2	1.393.200
RO	2	388.800
SC	1	453.600
SP	4	2.284.200

TO	2	432.000
TOTAL	49	31.560.300

Fonte: CGRA/DRAC/SAS/MS, 10/02/2017.

A tabela abaixo apresenta recursos empenhados em 2016 em ações de fortalecimento da Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde:

Tabela XLVI - Implementação da Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde, valores empenhados em 2016

Projeto	Objetivo	Valor Empenho 2016 (R\$)
TED 44/2014	Implementação de ações de controle, regulação e avaliação dos serviços de saúde.	88.031,31
TED 48/2014	Incorporação de Novas Fontes de Dados. (CNES por competência) Mineração de Dados Foco nos ciclos por linhas de : Relação de produtividade. Equipamentos como Tomógrafos, Mamógrafos, Aparelhos de Ultrassonografia e Cintilografia. O mesmo acontece col leitos cirurgicos ou ainda com equipes de profissionais. Correlação entre procedimentos Consultas cardiológicas sejam encaminhadas para testes de esforço, dos que fazem estes testes, outra fração é encaminhada para exames de cintilografias.	670.605,54
TC/42/2015	Elaborar proposições de critérios e parâmetros de planejamento e programação para as diversas dimensões relacionadas à estimativa de demanda de atenção especializada, complementando os desenvolvimentos existentes nesse campo no âmbito do SUS.	1.252.961,06
TED 66/2015	1. Identificar e mapear trajetórias dos usuários do SUS na rede de atenção especializada, por estabelecimento de saúde. 2. Qualificar equipes de profissionais de estados e municípios, em uma perspectiva multidisciplinar, com vistas a gerar novos conhecimentos e potencialização das práticas de avaliação e controle de serviços prestados à população.	1.450.000,00
TED 47/2015	Desenvolver estudos e pesquisas com vistas ao desenvolvimento institucional da Secretaria de Atenção à Saúde por meio do aperfeiçoamento de métodos e técnicas de regulação, programação, gestão da Informação, Controle e Avaliação, no âmbito do SUS. voltados para a qualificação do DRAC no desempenho de suas funções gestoras à concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde.	14.910.461,10
TOTAL		18.372.059,01

Fonte: Gescon

4.3.1.2 Objetivo: 1126 - Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.

4.3.1.2.1 Implementação de Políticas de Atenção à Saúde

Quadro XXV - Identificação da ação: 20YI Implementação de Políticas de Atenção à Saúde

Identificação da Ação						
Código		Tipo: Atividade				
Título		20YI - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde				
Objetivo		Código: 1126 Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.				
Programa		Código: 2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) Tipo: Temático				
Unidade Orçamentária		36901 - Fundo Nacional de Saúde				
Ação Prioritária		() Sim ()Não Caso positivo: ()PAC () Brasil sem Miséria				
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
56.906.000	56.906.000	35.330.303	25.353.455	24.984.803	368.652	9.976.848
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de	Montante		

			medida	Previsto	Reprogramado	Realizado
Ente Federado Apoiado			Unidade	27	0	27
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada	
8.752.736,56	5.935.490,12	1.274.654,54				

Em 2016 a ação **20YI – Implementação de Políticas de Atenção à Saúde** teve uma dotação final de **R\$ 56.906.000,00** cuja despesa empenhada foi de R\$ **35.330.303,00** representando 62,09 % do total disponibilizado. Além disso, a meta física programada para 2016 foi realizada em 100,00%, com várias ações efetivadas no âmbito dessa temática.

A ação orçamentária 20YI é composta por 7 planos orçamentários. Os planos que não alcançaram um nível mínimo de execução de 93%, considerado regular pelo Conselho Nacional de Saúde foram:

20YI - PO 0004 - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde do Jovem e do Adolescente – teve baixa execução (79,95%) visto que foi elaborado Termo de Referência para licitação de gráfica para a impressão de Cadernetas de Saúde de Adolescentes (CSA) por meio de pregão eletrônico, porém, o processo não foi concluído a tempo para que fosse possível empenhar o recurso ainda em 2016.

20YI – PO 0006 - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência – (73,14%) – estavam previstas licitações de equipamentos acessíveis nas Unidades de Saúde para mulheres com deficiência, aquisição de veículos adaptados acessíveis para transporte sanitário de Pessoa Com Deficiência, aquisição de equipamentos para Triagem Auditiva Neonatal (TAN), mas não foi possível concluir os termos de referência por necessidades de alinhamento com conselhos profissionais e de gestão tripartite.

20YI – PO 000D - Implementação de Política Nacional de Atenção Hospitalar (59,33%) – a baixa execução ocorreu devido à não efetivação da definição sobre a política para o setor.

20YI - PO 0009 - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da População Penitenciária - (0%) – a atividade prevista era a habilitação de equipes de saúde prisional, entretanto a previsão de migração para financiamento nos termos da Política publicada por meio da Portaria Interministerial GM/MS 1 de 2014 não se efetivou, ensejando a prorrogação do prazo através da Portaria GM/MS de 05 janeiro de 2017.

20YI - PO 000C - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas – (0%) – o plano orçamentário teve baixa execução tendo em vista a não finalização de nova estratégia/linha de ação para reforço das atividades já realizadas para atenção às condições crônicas que não apenas o câncer.

20YI - PO 0003 - Implementação de Políticas de Integral à Saúde da Criança – (61,5%) – a atividade prevista era a contratação de impressão de materiais de apoio à política, mas não se efetivou tendo em vista a não realização da licitação de impressão do Ministério da Saúde.

20YI - PO 000C - Implementação de Políticas de Atenção Integral à Saúde do Homem – (39,17%) – a atividade prevista de encontro dos coordenadores de saúde do homem não foi realizada, como previsto, nesta ação, além disso as atividades previstas de impressão do Guia para os Profissionais do Neonatal do Parceiro e Guia para Agente Comunitário de Saúde do Homem não se efetivou tendo em vista a não realização da licitação de impressão do Ministério da Saúde.

A meta física programada para 2016 foi realizada em 100%, uma vez que se considera que todos os 27 entes federativos foram apoiados por meio de iniciativas de capacitações, materiais de divulgação e assessoria técnica. Mas, vale ressaltar que, parte das ações planejadas não foram desenvolvidas e agora fazem parte do planejamento de 2017.

O Ministério da Saúde tem pautado a redefinição dos produtos da ação orçamentária a fim de alinhar a mesa física com a execução financeira, destacando os avanços na implantação da política de saúde.

No tocante aos elevados valores de Restos a Pagar não Processados referem-se aos seguintes planos orçamentários da Ação 20YI: PO 0003, PO 0004, PO 000D e PO 0006.

Plano Orçamentário 0003 – Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da Criança e Aleitamento Materno, o valor de Restos a Pagar totaliza R\$ 1.671.097,00, que representa aproximadamente 30% do valor empenhado equivalente a R\$ 5.658.078,00, parte desse quantitativo, ou seja, R\$ 1.107.580,25 se refere ao que foi aprovado e programado no cronograma de desembolso das propostas dos Termos de Execução Programáticas de números 46/2016, 50/2016 e 120/2016 para ocorrer em 2017.

Para os demais Planos Orçamentários o valor de Restos a Pagar refere-se ao atraso inicial na execução de Projeto o que levou à inscrição de apenas uma parcela do Termo Cooperação, mas cabe informar que o valor está comprometido e será pago até agosto de 2017.

Plano Orçamentário da Ação 20YI:

Departamento/Ação		Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
20YI PO 0003	Implementação de políticas de atenção integral à saúde da criança	9.200.000	9.200.000	5.658.077	61,50	3.986.980	3.618.328	70,47	63,95	368.652	1.671.097

Em 2016, o PO- 0003 da ação **Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da Criança** teve uma dotação final de R\$ 9.200.000,00 cuja despesa empenhada foi de R\$ 5.658.077,00, representando 61,50 % do total disponibilizado.

Departamento/Ação		Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
20YI PO 0004	Implementação de políticas de atenção à saúde do adolescente e jovem	8.500.000	8.500.000	6.795.341	79,95	3.744.062	3.744.062	55,10	55,10	0	3.051.279

Em 2016, o **PO- 0004 da ação Implementação de Políticas de Atenção à Saúde de adolescentes e Jovens** teve uma dotação final de **R\$ 8.500.000,00** cuja despesa empenhada foi de **R\$ 6.795.341,00**, representando **79,95 %** do total disponibilizado.

Departamento/Ação		Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)

20YI PO 0006	Implementação de políticas de atenção à saúde da pessoa com deficiência.	21.376.000	21.376.000	15.634.628	73,14	14.243.738	14.243.738	91,10	91,10	0	1.390.890

Em 2016, o **PO- 0006** da ação **Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência** teve uma dotação final de **R\$ 21.376.000,00** cuja despesa empenhada foi de **R\$ 15.634.628,00**, representando **73,14%** do total disponibilizado.

Departamento/Ação		Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
20YI PO 0009	Implementação de políticas de atenção à saúde da população penitenciária	1.290.000	1.290.000	0	0,00	0	0	0	0	0	0

Em 2016, o **PO- 0009** da ação **Implementação de Políticas de Atenção à Saúde das Pessoas privadas de Liberdade no Sistema Prisional** teve uma dotação final de **R\$ 1.290.000,00** cuja despesa empenhada foi de **R\$ 0,00**, representando **0,00%** do total disponibilizado.

Departamento/Ação		Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
20YI PO 000C	Implementação de Políticas de Atenção à Saúde do Homem	4.100.000	4.100.000	1.605.839	39,17	1.605.839	1.605.839	100,00	100,00	0	0

Em 2016, o **PO- 000C** da ação **Implementação de Políticas de Atenção à Saúde** teve uma dotação final de **R\$ 4.100.000,00** cuja despesa empenhada foi de **R\$ 1.605.839,00** representando **39,17%** do total disponibilizado.

Departamento/Ação		Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
20YI PO 000D	Implementação da Política Nacional de Atenção Hospitalar	9.500.000	9.500.000	5.636.418	59,33	1.772.836	1.772.836	31,45	31,45	0	3.863.582

Em 2016, o **PO- 000D** da ação **Implementação da Política Nacional de Atenção Hospitalar** teve uma dotação final de **R\$ 9.500.000,00** cuja despesa empenhada foi de **R\$ 5.636.418,00** representando **59,33 %** do total disponibilizado.

Departamento/Ação		Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
20YI PO 000E	Implementação da Política de Atenção à Saúde Das Pessoas Com Doenças Crônicas	2.940.000	2.940.000	0	0,00	0	0	0	0	0	0

Em 2016, o **PO- 000E da ação Implementação de Políticas de Atenção à Saúde** teve uma dotação final de **R\$ 2.940.000,00** cuja despesa empenhada foi de **R\$ 0,00** representando **0,00%** do total disponibilizado

Emenda Individual

Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
0	1.500.000	586.500	0	0	0	586.500

Ainda, nesta ação orçamentária houve repasses por meio de **emenda individual**, com dotação final de R\$ **1.500.000,00** e cuja despesa empenhada foi de R\$ **586.500,00**, representando **39,10%** do total disponibilizado.

4.3.1.2.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

A área técnica de Saúde da Criança tem como função essencial a coordenação e a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), Portaria nº 1.030, de 5 de agosto de 2015. Tal Política se estrutura em sete eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território.

A mortalidade infantil tem sido, ao longo do tempo, utilizada como bom indicador das condições de vida, refletindo o estado de saúde da parcela mais vulnerável da população: os menores de 1 ano. A taxa de mortalidade em menores de 5 anos (TM<5), ou taxa de mortalidade na infância, é um indicador importante para o acompanhamento das condições de saúde de uma população. Valores altos refletem, em geral, níveis precários de saúde, condições de vida e desenvolvimento socioeconômico.

Esses indicadores são de suma importância para comparações internacionais, assim como para o monitoramento de políticas de atenção à saúde da criança no País, justificam os esforços empreendidos na avaliação da qualidade da assistência e do desenvolvimento socioeconômico.

Mortalidade na Infância (<5 anos): 16,7 óbitos por 1000 nascidos vivos

Mortalidade Infantil (<1 ano): 14,4 óbitos por 1000 nascidos vivos

Mortalidade Neonatal (< de 28 dias): 9,9 óbitos por 1000 nascidos vivos

QUADRO XXVI - 20YI - PO 0003 - Implementação de políticas de atenção integral à saúde da criança

Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago (H) = (F/C)	RP Processado (I) = (E - F)	RP Não Processado (J) = (C - E)
9.200.000	9.200.000	5.658.078.	61,50%	3.986.980.				0	1.671.098

Em 2016, o PO- 0003 da ação **Implementação de Políticas de Atenção à Saúde** teve uma dotação final de R\$ 9.200.000,00 cuja despesa empenhada foi de R\$ 5.658.077,00, representando 61,50 % do total disponibilizado.

O ano de 2016 foi marcado pela liberação tardia do Sistema para cadastramento de projetos, ocorreu também a **Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – Microcefalia e alterações causadas pelo vírus Zika**, em que os esforços tiveram voltados para as ações das crianças com Microcefalia. Frente a isso, a área técnica planejou a Execução de 73,54% deste orçamento, em sua meta física, sendo possível a execução de 61,50%.

20R4 PO 001, 8585 PO 004, 8535 PO 008 – **Referentes à implantação da Rede Cegonha**: Vide Relatório de Gestão da Rede Cegonha.

➤ PRINCIPAIS AÇÕES DESENVOLVIDAS

1- MEDIDAS LEGISLATIVAS E ATOS NORMATIVOS PUBLICADOS

a) Decretos e Portarias

- Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia (EAR) - Portaria interministerial n. 405, de 15/03/2016.
- Instrução operacional conjunta nº 2 – MS-MDS, de 31 de março de 2016. Orientar os gestores do SUS e do SUAS para desenvolvimento das ações necessárias para a implementação da EAR
- PORTARIA Nº 779, DE 20 DE ABRIL DE 2016: Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia.
- Lei 13.257 de 8 de março de 2016, de que trata o Marco Legal da Primeira Infância.
- Decreto nº 8869 de 5 de outubro de 2016, institui o Programa Criança Feliz.

b) Publicações de Habilitações/Credenciamentos Hospitalares: 15 Hospitais habilitados na Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC com o cuidado amigo da mulher (Portaria 3.215 e 3.306 de 29 de dez de 2016). São eles: 13 hospitais de PERNAMBUCO 2 hospitais de SÃO PAULO. Atualmente 27% das crianças no Brasil nascem em hospitais habilitados na Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC.

Foram criados, no período de 2016, **1.091** novos leitos neonatais sendo, **209** leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), 709 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e 173 Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

PRODUÇÃO E PUBLICAÇÃO DE DOCUMENTOS TÉCNICOS

a) Elaboração e/ou publicação de documentos:

Várias normativas foram elaboradas e pactuadas com estados e municípios no sentido de regulamentar e incentivar a ampliação e qualificação dos serviços, assim como capacitações, seminários e oficinas locais.

Em resposta a Emergência da Síndrome Congênita do Vírus Zika foram elaborados os seguintes materiais técnicos:

- Orientações Integradas de Vigilância e Atenção à Saúde no âmbito da emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII) -;
- Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia (2ª edição);
- Diretrizes de Estimulação Precoce - Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor decorrente de microcefalia- (participação da CGSCAM)

Para auxiliar na assistência ao recém-nascido de risco, atendimento as doenças prevalentes na infância e contribuir para redução da mortalidade infantil destacamos:

- 3ª edição do Manual Técnico do Método Canguru, revisada e ampliada.

- Disponibilizado por meio eletrônico o Manual AIDPI Criança, Manual de Quadros AIDPI Criança, Caderno do participante e do facilitador.

4.3.1.2.3 Política de Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem

Quadro XXVII - Identificação da Ação: 20YI PO 0004 - Política de Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem

Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
8.500.000	8.500.000	6.795.341	79,95	3.744.062	3.744.062	55,10	55,10	0	3.051.279

Em 2016, o PO- 0004 da ação Implementação de Políticas de Atenção à Saúde teve uma dotação final de R\$ 8.500.000,00 cuja despesa empenhada foi de R\$ 6.795.341,00, representando 79,95 % do total disponibilizado.

O recurso não foi executado em 100%, visto que a área técnica possuía o limite orçamentário, mas não o limite financeiro para a transferência de recursos referentes às portarias de habilitação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI). No que diz respeito à execução física, considera-se como objetivo o atendimento ao total da população de adolescentes e jovens brasileira. Nesse sentido não é possível quantificar a meta alcançada, visto que os sistemas apenas apresentavam as informações referentes a procedimentos executados e, o novo sistema e-SUS ainda está em processo de implantação. População atendida, segundo as estimativas populacionais enviadas para o Tribunal de Contas da União (TCU) pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de 52.294.456 de habitantes, conforme a distribuição abaixo:

Faixa Etária	População 2012*
10 a 14 anos	17.463.169
15 a 19 anos	17.282.045
20 a 24 anos	17.549.242
Total	52.294.456

*Fonte: IBGE - estimativas populacionais enviadas para o TCU.

PPA 2016-2019:

04G6 - Ampliar o número das equipes de saúde de referência no atendimento a adolescentes em conflito com a lei, passando de 65 para 110 equipes implantadas.

Atualmente são 64 equipes de saúde de referência para unidades socioeducativas, em 33 municípios habilitados, em 11 estados da federação, o que equivale ao atendimento de 15% do universo de cerca de 23 mil adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.

Em que pese os esforços da área técnica no processo de indução junto aos estados e municípios, encontra-se dificuldades por parte dos gestores de saúde em dar prioridade a

esta população. Outro fator foi a alteração da Portaria nº 647/SAS/MS para atender a **Lei nº 12.594/2012**, que instituiu o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo.

Dessa forma, a maioria dos estados que estavam na fase de elaboração de seus planos, decidiram aguardar a publicação da portaria para concluir o processo de habilitação.

Outras Atividades:

Além disso, a área técnica vem trabalhando em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde e do sistema socioeducativo no desenvolvimento, implementação e validação de indicadores de monitoramento e avaliação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) com foco no acesso, na qualificação dos processos de trabalho e nos resultados em saúde. De 2014 a 2016, houve aumento na adesão ao monitoramento e avaliação da política, passando de 67% para 80% das unidades socioeducativas (USE) habilitadas enviando as informações à SAS. Mas, cabe ressaltar que a partir de 2016, várias USE não habilitadas na PNAISARI participaram do monitoramento, correspondendo a 63% das informações enviadas.

O Guia de Avaliação da Qualidade foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliar como está a qualidade da atenção à saúde de adolescentes nos serviços de saúde. O Brasil foi o primeiro país do projeto a iniciar as ações com os serviços de saúde da Atenção Básica em 2015/2016. Além disso, a construção e a utilização desse guia pelo Brasil estão inseridas na Agenda Proteger e Cuidar de Adolescentes, estratégia para ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde de adolescentes visando à atenção integral e à garantia de direitos na Atenção Básica.

Participantes da Aplicação do Guia de Avaliação da Qualidade, segundo perfil – Brasil, 2016		Nº Participantes
Adolescentes	Nas UBS	528
	Nas Comunidades	666
Profissionais de Saúde	Médicos	169
	Enfermeiros	188
	Auxiliares de Enfermagem	291
	Outros Profissionais de Saúde	221
Gestores		48
Profissionais de Apoio	Recepcionistas	50
	Seguranças	41
	Limpeza	95
Agentes Comunitários de Saúde		464
Membros da Comunidade		608
TOTAL		3.369

Os seguintes convênios foram firmados:

- Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) - desenvolvimento de estratégias que facilitem o aperfeiçoamento das equipes de saúde, visando a melhoria dos serviços direcionados a adolescentes. O convênio visa o levantamento do panorama brasileiro da gravidez na adolescência nos últimos 10 anos, a capacitação de profissionais de saúde, a videoaulas de 15 h e a manutenção da plataforma BVS/Adolec;

- Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz/ENSP – visa a pesquisa sobre a situação da medicalização dos adolescentes em USE, além da construção de indicadores de monitoramento da PNAISARI.

- Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - como apoio ao projeto de “Inclusão e integração das populações estratégicas e/ou vulneráveis nas redes de atenção à saúde”, para

desenvolver ações/estratégias de apoio à implantação, fortalecimento e qualificação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e Políticas que compõem o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPES, com foco na atenção à saúde para as populações estratégicas e vulneráveis e na construção da RAS.

Resultados de 2016:

O ano foi marcado como importante momento de pactuações de agendas estratégicas para a atenção à saúde de adolescentes e jovens, em consonância com os Objetivos Estratégicos do Ministério da Saúde e agendas prioritárias do Governo Federal. A partir das atividades descritas, podemos citar como resultados:

- ✓ Maior visibilidade dessa população com a inserção dos adolescentes e jovens nas pautas prioritárias do MS tais como: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, GT sobre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua, Vacinação da Hepatite B e IST/Aids

- ✓ Fortalecimento da estratégia “Agenda Proteger e Cuidar de Adolescentes” que visa a ampliação do acesso e a qualificação da atenção integral à saúde de adolescentes, com a construção de planos de ação junto com os coordenadores estaduais e municipais de saúde de adolescentes e jovens.

- ✓ Ampliação das USE participantes do processo de monitoramento e avaliação da PNAISARI, de **29** em 2014 para **136** em 2016.

- ✓ Parceria com a OMS para a adaptação do Guia de Avaliação da Qualidade da Atenção à Saúde de Adolescentes, em cinco municípios e 45 UBS.

- ✓ Publicação do capítulo “Descrição da atenção recebida durante o período gravídico-puerperal (2012-2013) e do perfil de fecundidade e mortalidade dos adolescentes brasileiros (2004-2014)”, no livro Saúde Brasil 2015/2016.

- ✓ Participação na elaboração do guia de “Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional - Procedimentos para o monitoramento das alterações no crescimento e desenvolvimento a partir da gestação até a 1ª infância, relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas dentro da capacidade operacional do SUS”

- ✓ Parceria com o UNFPA - Execução do I Seminário Intersetorial, em Moçambique, com a capacitação de 45 profissionais de saúde, na rede de atenção às crianças, adolescentes e mulheres vítimas de violência baseada no gênero e promoção de saúde.

- ✓ Parceria com a OMS - Adaptação do Guia de Qualidade de Serviços de Saúde para Adolescentes na Atenção Básica.

Ressalta-se a importância do desenvolvimento de ações intersetoriais:

- ✓ Fortalecimento da articulação para a implementação das Diretrizes de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens com o CONANDA/SDH, Conselho Nacional e Secretaria Nacional de Juventude, Comissão Intersetorial de elaboração do Plano Nacional de Juventude, Secretaria de Políticas para as Mulheres;

- ✓ Participação na Comissão Intersetorial de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, que tem por objetivo o enfrentamento dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes.

- ✓ Participação na elaboração do Relatório Avaliativo dos 25 anos de publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em conjunto com Ministério da Educação, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos e o Conanda.

Principais dificuldades e desafios

Um dos principais desafios é o fortalecimento de parcerias estratégicas com outras áreas deste Ministério, outros ministérios, CONASS, CONASEMS e grupos de jovens, a elaboração de estratégias de comunicação, difusão de informação e de consensos.

Perspectivas para 2017

Dar continuidade às atividades e ações em andamento, uma vez que grande parte das atividades iniciadas necessita de continuidade para sua plena efetivação:

1. Ampliar em 20% o atendimento de adolescentes em situação de privação de liberdade, através da qualificação de equipes de referência.
2. Produção de materiais:
 - Implementação da Estratégia “Proteger e Cuidar de adolescentes e jovens”
 - Documento orientador para Gestores Estaduais e Municipais de Juventude sobre saúde e juventude, com dicas e orientações para implementar as ações para alcançar a saúde integral para adolescentes e jovens em seus territórios;
 - Publicação dos resultados do Laboratório de Inovação sobre Boas Práticas na Atenção de Adolescentes e Jovens, 2016.
3. Ampliação da estratégia Proteger e Cuidar de Adolescentes e da aplicação do Guia de Avaliação da Qualidade da Atenção à Saúde de Adolescentes para 22 municípios e 134 UBS.
4. Realização da 2ª oficina “Construindo a Equidade no SUS: Adolescência e Juventude”, com objetivo de fortalecer estratégias e ações relacionadas à qualificação da atenção à saúde de adolescentes.

4.3.1.2.4 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) - instituída por meio da Portaria GM/MS nº 1944, de 27 de agosto de 2009, tem como objetivo facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina, na faixa etária de 20 a 59 anos, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS, mediante a atuação nos aspectos socioculturais, sob a perspectiva relacional de gênero e na lógica da concepção de linhas de cuidado que respeitem a integralidade da atenção, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbimortalidade e melhores condições de saúde desta população.

Quadro XXVIII – 20YI PO 000C - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde do Homem

Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
4.100.000	4.100.000	1.605.839	39,17	1.605.839	1.605.839	100,00	100,00	0	0

Em 2016, o PO- 000C da ação Implementação de Políticas de Atenção à Saúde teve uma dotação final de R\$ 4.100.000,00 cuja despesa empenhada foi de R\$ 1.605.839,00 representando 39,17% do total disponibilizado.

Resultados alcançados em 2016

Várias ações foram desenvolvidas pela área técnica, contribuindo para a implementação da PNAISH, entre elas, destacamos:

- Duas publicações com enfoque na população masculina foram lançadas e distribuídas: **105.000** exemplares do Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde e **137.500** exemplares do Guia da Saúde do Homem para o Agente Comunitário de Saúde. Impressão e distribuição de **60.000** cartazes - Fluxo do pré-natal do parceiro e da gestante para todas UFs. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde** voltado para inserção dos homens no pré-natal de suas parceiras. Ele orienta e incentiva os profissionais de saúde envolverem o homem a exercer a paternidade desde o planejamento reprodutivo, passando pela fase do pré-natal, parto, pós parto e cuidados com a criança. E o **Guia de saúde do homem para o Agente Comunitário de Saúde**, que tem o propósito de sensibilizar os ACS's no sentido de incentivar o homem procurarem às unidades básicas de saúde para trabalhar a prevenção. A intenção é educar o homem para que ele entenda as unidades de saúde como um espaço de cuidado masculino também.

Realização de Oficinas de lançamento e capacitação do Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde e do Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde, nas UFs de: SP, MA, PE, AL, ES, DF, MS, AP, RO, MT, Goiânia, PI, RR e no município de Salvador. **1.191** gestores e profissionais da saúde com perfil de multiplicadores capacitados.

- Continuação do curso Promoção do Envolvimento dos Homens na Paternidade e no Cuidado, em parceria com o Instituto Promundo, no Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS/AVASUS, para **1.939** pessoas realizaram o curso. Esse curso tem o objetivo de discutir questões relacionadas ao exercício da paternidade e do cuidado como gênero, sexualidade, diversidade sexual, masculinidades e violência, com foco na área da saúde. A ideia é que o educando possa entrar em contato com alguns conceitos e debates que contribuam para sua prática nos serviços de saúde e que ajudem o aluno a olhar para seu cotidiano com atenção especial para envolver homens nas práticas de saúde e de cuidado.

- Curso de Capacitação de Atenção Integral a Saúde do Homem, realizado em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC, para capacitar 3.500 profissionais de nível superior da atenção básica em todo o território nacional, **213** profissionais concluíram de 623 inscritos até dez de 2016. Esse curso foi pensado a partir da necessidade de fomentar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), em todo o território nacional, para a abordagem das especificidades relacionadas à saúde da população masculina.

- Continuação da Pesquisa com a Ouvidoria o SUS sobre participação paterna no pré-natal, parto e puerpério e desenvolvimento do filho. Mais de **4.100 homens** que tiveram seus filhos em maternidades públicas do país, nos anos de 2014, já responderam à pesquisa. Observa-se nos dados preliminares uma participação dos pais/parceiros nas consultas de pré-natal e um envolvimento na divisão nas atividades de cuidados dos filhos com suas parceiras. Essa pesquisa tem como objetivo fazer um levantamento sobre o atendimento prestado pelos profissionais de saúde para esses pais durante o pré-natal, parto e pós-parto e questões relacionadas ao exercício da paternidade ativa e consciente, o que contribui significativamente para qualificação dos vínculos entre pai, mãe e filhos e ao mesmo tempo pode estimular o autocuidado na população masculina.

- Lançamento do curso Pai Presente - cuidado e compromisso, em parceria com o Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS/AVASUS, com objetivo atender pais e ou futuros pais sobre como se envolver em todo o processo de planejamento reprodutivo, Pré-natal, Parto e Pós-parto de sua parceira e nos cuidados no desenvolvimento da criança. concluíram o curso 852 pessoas de um total de 1.730. Este curso foi pensado para atender à crescente demanda de pais e ou futuros pais sobre como se envolver em todo o processo de planejamento reprodutivo, Pré-natal, Parto e Pós-parto de sua parceira e nos cuidados no desenvolvimento da criança. Tem como objetivo aumentar os vínculos dos homens com a

suas parceiras e com seu filho e, ao mesmo tempo, estimular o seu autocuidado com a saúde, promovendo uma paternidade ativa e consciente.

Principais dificuldades para implantação/implementação da PNAISH

- Invisibilidade dentro das prioridades da gestão do MS impedindo uma maior articulação intrasetorial e uma maior participação nas redes estratégicas;
- Escassez de recursos humanos e precarização dos vínculos em âmbito federal, estadual e municipal, com alta rotatividade dos trabalhadores na CNSH;
- Inexistência de um sistema de informação com indicadores de Saúde do Homem, bem como fragilidade nos modelos de monitoramento e avaliação disponíveis;
- Política ainda não universalizada e priorizada como uma Política de Estado altamente estratégica e necessária.

Desafios, Estratégias de superação e Perspectivas para 2017

Dado o panorama da política, em 2016, nosso desafio principal é desenvolver os eixos prioritários da PNAISH que são: acesso e acolhimento, saúde sexual e saúde reprodutiva, paternidade e cuidado, doenças prevalentes e violências e acidentes, priorizando também a ampliação e a disseminação da PNAISH na Atenção Básica. Neste sentido, a área técnica elencou estratégias para que os desafios possam ser superados a médio e longo prazo.

- Potencializar a articulação, criando interfaces, debates e agenda positiva para a disseminação da PNAISH de forma intra e intersetorial;
- Elaborar e validar com a implantação do E-SUS AB, os indicadores de saúde do homem para fins de monitoramento e avaliação das ações e serviços nos estados e municípios;
- Inserir a PNAISH nos instrumentos da gestão compartilhada nos territórios de saúde com a criação de indicadores.
- Revisar, publicar e distribuir a PNAISH;
- Publicar o Caderno de Atenção Básica de Saúde do Homem voltado para subsidiar os trabalhadores de saúde;
- Publicar o glossário temático de Saúde do Homem;
- Reimprimir e distribuir 130.000 Guias de Saúde do Homem para o Agente Comunitário de Saúde;
- Imprimir 1.500.000 materiais gráficos com temas da Saúde do Homem em seus diferentes eixos;
- Fazer um levantamento estatísticos de assuntos, problemas, doenças e agravos relacionados a saúde do homem.
- Pesquisar e analisar dados (DATASUS) sobre morbimortalidade de homens.
- Continuar pesquisa de Saúde do Homem – Paternidade e Cuidado com a Ouvidoria do SUS (3º etapa).
- Mapear serviços existentes e serviços governamentais e não governamentais que trabalham com autores de violência no período entre 2014 e 2017.
- Elaborar Plano de Formação/Educação Permanente com foco na Saúde do Homem, destacando seus eixos prioritários.

Desdobramentos da PNAISH e Considerações Finais

Com a implementação da PNAISH e sua efetiva operacionalização, por meio da organização de ações e estratégias, em todos os níveis de atenção, voltadas para a população

masculina de 20 a 59 anos, espera-se reduzir a morbimortalidade masculina, buscando promover saúde, compreender doenças e agravos e a complexidade e peculiaridade dos estilos de vida, pautadas pela diversidade cultural e sexual. A PNAISH vem atuando na proposta de uma educação em saúde com novos sentidos em termos de avanços políticos e valores simbólicos, bem como na ambiência dos serviços.

4.3.1.2.5 Política de Atenção à Saúde para Populações em Localidades Estratégicas e Vulneráveis de Agravos

A Política de Atenção à Saúde para Populações em Localidades Estratégicas e Vulneráveis de Agravos apoia o desenvolvimento de atividades que tomam a saúde de populações estratégicas e vulneráveis como objeto central. Assim, reforça e se consorcia no esforço de ampliar a inclusão dessas populações, quer do ponto de vista efetivo (desenvolvimento de ações de saúde), quer do ponto de vista da geração de informações, conhecimentos e metodologias as quais melhoram a capacidade das políticas públicas em perceber e acolher em suas dinâmicas as necessidades de saúde de populações ditas estratégicas e, entre essas, as mais vulneráveis. A ação orçamentária responsável pela implementação de ações e serviços a essas populações.

Quadro XXIX - Identificação da Ação: 8762 - Implementação de Ações e Serviços às Populações em Localidades Estratégicas e Vulneráveis de Agravos

Identificação da Ação						
Código		Tipo: Atividade				
Título		8762 - Implementação de Ações e Serviços às Populações em Localidades Estratégicas e Vulneráveis de Agravos				
Objetivo		Código: 1126 Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.				
Programa		Código: 2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) Tipo: Temático				
Unidade Orçamentária		36901 - Fundo Nacional de Saúde				
Ação Prioritária		() Sim ()Não Caso positivo: ()PAC () Brasil sem Miséria				
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2015	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000	0	0
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Ente federativo apoiado			Unidade	27		27
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada	
188.872.013,62	187.291.695,31	1.086.556,68				

Em 2016, a ação 8762 - Implementação de Ações e Serviços às Populações em Localidades Estratégicas e Vulneráveis de Agravos teve uma dotação final de R\$ 2.000.000,00, cuja despesa empenhada foi de R\$ 2.000.000,00, representando 100% do total disponibilizado. Além disso, a meta física programada para 2016 foi realizada em 100% com várias ações efetivadas no âmbito dessa temática.

4.3.1.2.6 Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Quadro XXX - Identificação da Ação: 6175 - Implantação e Implementação de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Identificação da Ação						
Código	Tipo: Atividade					
Título	6175 - Implantação e Implementação de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher					
Objetivo	Código: 1126 Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.					
Programa	Código: 2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) Tipo: Temático					
Unidade Orçamentária	36901 - Fundo Nacional de Saúde					
Ação Prioritária	() Sim () Não Caso positivo: () PAC () Brasil sem Miséria					
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
12.593.000	12.593.000	2.416.225	2.416.225	2.416.225	0	0
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Mulher beneficiada			Unidade	90.372.000	0	66.000.000
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada	
4.256.308,09	1.576.540,79	1.024.249,25				

Em 2016, na ação **6175 - Implantação e Implementação de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher** teve uma dotação final de **R\$ 12.593.000,00**, cuja despesa empenhada foi de R\$ **2.416.225,00** representando **19,19%** do total disponibilizado. Além disso, a meta física programada para 2016 foi realizada em **73,03%**, com várias ações efetivadas no âmbito dessa temática.

A baixa execução orçamentária se deve a não efetivação das ações de distribuição das publicações, bem como a não realização dos eventos para mobilização técnica e social, que foram previstas para o exercício.

O descompasso entre a execução da meta física e financeira reflete as atividades desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, pois por meio dessa ação orçamentária são realizadas capacitações, apoio aos estados e municípios, disponibilização de insumos estratégicos para a saúde da mulher, publicações e realização de eventos para mobilização técnico-social, todas as atividades e ações realizadas beneficiam 100% das mulheres que acessam o SUS.

As atividades executadas por meio da Ação 6175 dialogam também com a qualificação dos serviços, dos profissionais de saúde e do trabalho em rede. Sendo assim, são várias ações que corroboram para o cumprimento da meta, que é o número de mulheres SUS dependente. A meta pressupõe que as atividades realizadas afetarão as mulheres que acessam o SUS e colaborarão para o alcance ou mesmo para a superação da meta proposta, o que muitas vezes não está relacionado à alocação dos recursos. Pretende-se para o próximo exercício solicitar a revisão da meta, a fim de equacionar o problema entre dotação alocada e atividades previstas e realizadas.

A definição da meta enquanto pessoas beneficiadas (66 milhões de mulheres beneficiadas) engloba um conjunto de ações e atividades que não puderam ser contempladas em sua totalidade. Nesse sentido, cabe explicitar a realização do TED 50/2014 do Departamento de Ação Programáticas e Estratégicas (DAPES) com Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Instituto Fernandes Figueira (JU) o qual permitiu às áreas técnicas de saúde da mulher e da criança a realizar, no âmbito da RC, o apoio institucional às secretarias estaduais e de capitais de saúde, aos serviços estratégicos na mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento, assim como produção de conhecimento, por meio de documentos de referência às boas práticas de atenção ao parto e nascimento e qualificação do quadro estratégico do SUS.

Como também foram realizados a Publicação Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) que visa orientar as mulheres brasileiras, os profissionais de saúde e os gestores, nos âmbitos público ou privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e condutas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis.

Além disso, o Ministério da Saúde publicou Portaria SAS/MS nº 306, de 28 de março de 2016, aprovando o PCDT da Cesariana. O documento tem publicação *online*, podendo ser acessado no link: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>.

Referente ao parto normal o PCDT tem um importante objetivo de sintetizar e avaliar sistematicamente a informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento fornecendo subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal.

Por outro lado, a publicação do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia (AC&R) pode proporcionar alguns resultados com a sua efetiva implementação como: apoio às Maternidades e Serviços de Obstetrícia no Brasil, melhoria no atendimento à saúde das mulheres garantindo acesso com qualidade nos serviços de Urgência Obstétrica, melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal.

Atinente à violência contra as mulheres foram realizadas algumas iniciativas, tais como: elaboradas e pactuadas normativas com estados e municípios no sentido de regulamentar e incentivar a ampliação e qualificação dos serviços, assim como capacitações, seminários e oficinas em regiões prioritárias. Essas normativas dispõem sobre a organização, o funcionamento e o cadastramento em sistema de informação de sua abrangência nacional (SCNES) dos Serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual e Serviços de Referência para Interrupção da Gravidez nos Casos Previstos em Lei no âmbito do SUS.

Atualmente, 759 estabelecimentos de saúde no país cadastraram a oferta do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no SCNES (Serviço 165 e suas classificações). Sendo 220 serviços de referência para atenção às pessoas em situação de violência sexual, 76 serviços de referência para interrupção da gestação nos casos previstos em lei e 469 serviços ambulatoriais.

Com o objetivo de qualificar a atenção e fomentar redes de atenção às mulheres em situação de violência sexual e interrupção da gestação prevista em lei encontra-se o projeto *“Para Elas, por elas, por eles, por nós”* desenvolvido em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) que tem foco no fortalecimento e ampliação da rede de atenção às mulheres em situação de violência com ênfase em municípios prioritários do Campo, da Floresta e das Águas em Territórios de Cidadania, com os seguintes resultados: i) 5 encontros macrorregionais realizados nas 5 regiões do país, envolvendo 500 profissionais; ii) 10 oficinas realizadas em territórios do Campo, Floresta e Águas envolvendo 700 profissionais.

No âmbito de outra parceria, com a Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, foram realizadas 15 oficinas sobre a atenção integral a mulheres em situação de violência sexual e a interrupção legal da gestação em 34 hospitais universitários e de ensino,

envolvendo 600 profissionais, o que permitiu a ampliação e qualificação de serviços especializados na atenção integral às mulheres em situação de violência sexual.

Ainda, com o objetivo de integrar e fortalecer as redes de atenção às mulheres em situação de violência sexual e contribuir para desmistificar o relacionamento com a mídia e para encontrar formas eficazes para enfrentar o desafio de se dirigir ao público utilizando os meios de comunicação de massa, foi realizada parceria com o Instituto Patrícia Galvão para a realização de 25 oficinas de Mídia e Comunicação envolvendo 600 profissionais, que atuam em serviços de atenção à violência sexual e interrupção da gestação prevista em lei. Por fim, uma parceria entre Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Secretaria de Políticas para as Mulheres possibilitou a realização do curso atenção humanizada com registro de informações e coleta de vestígios. Foram realizadas seis edições do Curso Atenção Humanizada a Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios, envolvendo 26 estados do país e o Distrito Federal e 64 estabelecimentos de saúde com 478 profissionais qualificados.

4.3.1.2.7 Políticas de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

O MS por meio da área técnica tem desenvolvido ações que contribuam para a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (Portaria nº 2.528/2006), que possui a finalidade primordial de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência das pessoas idosas, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Quadro XXXI - Identificação da Ação: 6178 - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

Identificação da Ação						
Código		Tipo: Atividade				
Título		6178 - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa				
Objetivo		Código: 1126 Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.				
Programa		Código: 2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) Tipo: Temático				
Unidade Orçamentária		36901 - Fundo Nacional de Saúde				
Ação Prioritária		() Sim ()Não Caso positivo: ()PAC () Brasil sem Miséria				
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
10.000.000	10.000.000	4.064.572	3.300.865	3.300.865	0	763.707
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Ente federativo apoiado			Unidade	27		27
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada	
4.932.314,83	3.345.917,28	105.490,62				

Em 2016 a ação 6178 - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa teve uma dotação final de R\$ 10.000.000,00, cuja despesa empenhada foi de R\$ 4.064.572,00, representando 40,65% do total disponibilizado.

O saldo restante do orçamento que representa 59,35%, seria utilizado na impressão da caderneta, entretanto, não foi executado devido à indisponibilidade de gráfica ou outro instrumento para impressão. Foi elaborado Termo de Referência para licitação de gráfica por meio de pregão eletrônico, porém, o processo não foi concluído a tempo para que fosse possível empenhar o recurso ainda em 2016.

A baixa execução orçamentária da ação 6178 se deu, como dito acima, principalmente pela não impressão da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, porém várias outras ações foram efetivadas no âmbito dessa temática, dentre elas capacitações, envio de outros materiais gráficos e de um quantitativo mínimo de cadernetas que haviam sido impressas em anos anteriores e que faziam parte da reserva técnica da área, todas essas atividades foram executadas com sucesso, e contribuíram para a qualificação do cuidado das pessoas idosas no SUS em todas as unidades da federação, além da realização de 100% da meta física programada para 2016.

A não impressão da caderneta de saúde da pessoa idosa deixou uma lacuna no processo de qualificação do cuidado para este público, sendo assim imprescindível que seja realizada em 2017.

A área técnica de saúde da pessoa idosa possui 3 iniciativas no PPA: 05 QQ Formação e capacitação de 6.000 profissionais de saúde em temas sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa, 05 QR Distribuição de 6 milhões de Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa e 06J6 Formulação do componente saúde para a construção de uma política intersetorial de cuidados à pessoa idosa, cujas execuções descrevemos abaixo:

Formação e capacitação de 6.000 profissionais de saúde em temas sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa: Neste ano em parceria com a UNA-SUS, **4.609** profissionais concluíram o Curso livre, EAD, em Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, módulo I e **1.133** pessoas concluíram o Módulo II.

O Curso de Aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, realizado na modalidade à distância em parceria com a ENSP/FIOCRUZ, qualificou mais **384** profissionais de saúde. Em Oficinas de Prevenção de Violência e de Quedas, em parceria com a Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT/SVS/MS) foram capacitados **81** profissionais; sobre a Caderneta da Saúde da Pessoa Idosa: **29** profissionais capacitados e mais **24** profissionais foram qualificados por meio de Oficinas sobre Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa e sobre o Enfrentamento da Demência em Idoso.

Considerando as capacitações realizadas em 2016, foram **6.260** profissionais, o que supera a meta planejada de 2.000 profissionais capacitados, sendo alcançados 313%.

Distribuição de 6 milhões de Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa: para 2016 estava previsto a distribuição de 1 milhão de cadernetas, porém 2016 não foi cumprido em função do encerramento do contrato do Ministério da Saúde - MS com a gráfica e não disponibilidade de outros instrumentos para realização da impressão. Sendo assim a execução desta meta foi zero, o que produziu a baixa execução orçamentária da área.

Formulação do componente saúde para a construção de uma política intersetorial de cuidados à pessoa idosa: Em consonância com esta iniciativa, a área técnica está trabalhando na construção de estratégias de organização da atenção aos idosos na RAS, por meio de uma linha de cuidado específica. Sendo assim esta meta foi parcialmente alcançada, considerando que está em processo de execução.

Vale destacar que as iniciativas previstas no PPA em 2016 representam parte das ações realizadas neste Ministério sobre a Saúde da Pessoa Idosa. Além das iniciativas, destacamos algumas das ações estratégicas realizadas que se articulam e se complementam no processo de execução desta Política. São elas: (i) Implementação da 3ª Edição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, (ii) Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde da Pessoa Idosa (iii) Mapeamento de Experiências Exitosas de Gestão na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, (iv) Mapeamento de Experiências de Excelência no Cuidado à Pessoa Idosa no Contexto Domiciliar, (v) Qualificação da atenção, Capacitação/Formação de profissionais de

saúde e elaboração e distribuição de material educativo, (vi) Qualificação da gestão da informação e comunicação, (vii) Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, (viii) Articulações intersetoriais, (ix) Parcerias com o Controle Social.

Implementação da 3ª Edição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: Tem por objetivo contribuir para a organização do processo de trabalho das equipes de saúde e para a otimização de ações que possibilitem uma avaliação integral da saúde da pessoa idosa, identificando suas principais vulnerabilidades e oferecendo orientações de autocuidado. Instrumento proposto para auxiliar no bom manejo da saúde da pessoa idosa, usada tanto pelas equipes de saúde, quanto pelos idosos, seus familiares e cuidadores. A adesão dos municípios é feita via formulário eletrônico FormSUS (http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=28007).

Colegiado Nacional de Coordenadores Estaduais e Municipais de Saúde da Pessoa Idosa: O Colegiado tem importante função na articulação e qualificação dos gestores do SUS. A sua XI reunião ordinária (dez/2016) teve por objetivo articular e alinhar agendas estratégicas com os coordenadores estaduais e municipais visando à implementação e o fortalecimento da PNSI. Contou também com a participação de convidados, CONASS, CONASEMS e representantes de parcerias intra e intersetoriais. Esta atividade contribuiu para a qualificação do processo de gestão e implementação da PNSPI nos territórios.

Mapeamento de Experiências Exitosas de Gestão na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa: Realizada a 4ª edição do mapeamento sendo que, nesta edição, a seleção de experiências dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIS) foi incluída. De um total de 178 experiências inscritas, 14 foram selecionadas e premiadas no Seminário Nacional do IV Mapeamento de Experiências Exitosas de Gestão Pública no Campo de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Todas as experiências das diferentes edições podem ser acessadas no site <http://saudedapessoaidosa.fiocruz.br>. Este mapeamento tem possibilitado o conhecimento, visibilidade e disseminação de boas práticas no campo da saúde da pessoa idosa, fomentando os gestores e profissionais a desenvolverem boas práticas, estratégias e ações que contribuam para qualificar o cuidado à pessoa idosa no Sistema Único de Saúde.

Mapeamento de Experiências de Excelência no Cuidado à Pessoa Idosa no Contexto Domiciliar: o Ministério da Saúde inovou com a realização da 1ª Edição do Mapeamento de Experiências de Excelência no Cuidado à Pessoa Idosa no Contexto Domiciliar, realizado em parceria com a Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar e a OPAS (Organização PanAmericana de Saúde). O objetivo deste mapeamento foi conhecer e dar visibilidade a experiências e práticas bem sucedidas no SUS, no cuidado a pessoa idosa no âmbito domiciliar, buscando seu potencial de inovação e indicando resultados alcançados e caminhos para sua ampliação. Foram inscritas 39 experiências (11 estados brasileiros das 5 regiões do país), destas foram selecionadas 11 e premiadas no I Seminário Nacional do I Mapeamento de Experiências de Excelência no Cuidado à Pessoa Idosa no Contexto Domiciliar

Qualificação da atenção, Capacitação/Formação de profissionais de saúde e elaboração e distribuição de material educativo: Este Ministério, por meio da Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa, iniciou em 2016, grupo de trabalho para a elaboração de proposta que contribua com a organização e operacionalização da atenção à saúde às pessoas idosas na RAS, definindo as competências e apontando as articulações necessárias entre os diferentes níveis da atenção, desde a Atenção Básica à Especializada, através de uma linha de cuidado específica.

A distribuição de material educativo é um recurso importante para apoiar a qualificação dos profissionais do SUS e de outros setores, das ações e serviços de atenção as pessoas idosa e para orientação dos usuários e familiares, para isso em 2016, foram disponibilizados para as secretarias estaduais e municipais de saúde, conselhos municipais do idoso, escolas, universidade, parceiros e para a população em geral, de todas as UFs os seguintes quantitativos: **13.712** Estatuto do Idoso, **4.600** Folder - Prevenção de Quedas da

Pessoa Idosa, **400.925** Folder de Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas – Cair não é normal, **4.700** Folder de Prevenção de Violência Contra as Pessoas Idosas, **448.861** Folder - Dia Mundial de Conscientização da Violência Contra Pessoa Idosa e **214.657** Folder de Saúde Auditiva da Pessoa Idosa, no total de **1.087.455** folders distribuídos.

Qualificação da gestão da informação e comunicação: Em 2016, este Ministério avançou na qualificação da gestão da informação e na comunicação com os gestores estaduais e municipais de saúde da pessoa idosa, com a instituição de novas formas de comunicação através do “Informe COSAPI” e CORPSUS (rede corporativa). Foram criados instrumentos no FORMSUS para captação de dados e informações dos estados e municípios e também foi atualizado e aperfeiçoado o SISAP - Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (<http://sisapidoso.icict.fiocruz.br/>).

Estes estão possibilitando melhor dialogo e apoio para as gestões estaduais e municipais para a implementação da política, assim como subsidiando a atualização das informações sobre as diferentes formas de organização da atenção ofertada à saúde das pessoas idosas nos territórios e também contribuindo para a construção da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS

Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas:

Os estudos e pesquisas realizadas pelo Ministério são ações continuadas e tem o potencial de fornecer subsídios e comprovações científicas para a gestão da implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, identificação de novos rumos e potencialidades. Atualmente estão sendo acompanhados dois projetos: **Levantamento Censitário nas Instituições de Longa Permanência para Idosos e o Estudo Longitudinal da Saúde e Bem Estar dos Idosos Brasileiros.**

Os resultados dessas pesquisas produzirão informações estratégicas para a elaboração de políticas para a promoção do envelhecimento ativo e para melhorar a qualidade da atenção à saúde para as pessoas idosas. A homepage do estudo pode ser acessada por meio do endereço: <http://elsi.cpqrr.fiocruz.br/>

Articulações intersetoriais: A articulação intersetorial é uma das diretrizes da PNSPI que visa potencializar a atenção à população referida nos territórios. Em 2016 os principais parceiros da COSAPI são: Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, Ministério da Justiça e Cidadania (Secretaria Especial de Direitos Humanos, Secretária Especial de Políticas para as Mulheres e Secretária de Políticas de Promoção da Igualdade Racial), Ministério da Educação, Ministério dos Esportes, Congresso Nacional, Organização PanAmericana da Saúde - OPAS e outros.

Parcerias com o Controle Social: A Coordenação de saúde da pessoa idosa representou o MS, no ano de 2016, no Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), na Comissão de Ciclos de Vida do Conselho Nacional de Saúde, na 12ª Conferência Nacional de Direitos Humanos e na 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. Essas parcerias têm permitido a aproximação com as demandas do Controle Social e produzido resultados importantes no sentido de orientar o planejamento e desenvolvimento de ações para e implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Em relação a **execução orçamentária e principais investimentos**, destacamos que para a realização das ações descritas foram investidos os recursos orçamentários previsto no PPA, sendo realizado o seguinte repasse financeiro em 2016:

Para a continuidade do desenvolvimento do Programa de Qualificação em Saúde da Pessoa Idosa (Curso Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa – EAD/UNA-SUS), contou-se com o Termo de Execução Descentralizada nº 46 (TED 46), celebrado em 2015 com a Fiocruz/UNA-SUS no valor total de R\$ 600.000,00, tendo sido empenhado no final de 2015 somente 10% do valor total (R\$ 60.000,00), ficando o restante para ser empenhado em 2016. Em 2016 foi pago os 10% que havia sido empenhado em 2015 e foi empenhado o restante do

recurso (R\$ 540.000,00), porém ainda não pago. Através da parceria com a UNA-SUS foi possível concluir a qualificação de 5.742 profissionais de nível superior e de outros graus de escolaridade.

Este programa de qualificação terá suas ações continuadas através de novo Termo de Execução Descentralizada - TED 107/2016, que foi celebrado no final de 2016 com a UNA-SUS/Fiocruz, quando teve provisionado o valor total de seu projeto de R\$ 1.000.000,00. Através deste TED serão produzidos mais dois módulos educacionais para formação e educação permanente à distância em saúde da pessoa idosa, de acordo com as diretrizes e padrões técnicos do Sistema UNA-SUS; bem como será atualizado o material dos módulos já produzidos em relação ao conteúdo, estratégias educacionais e tecnologias utilizadas. Desta forma, pretende-se oferecer 10.000 vagas em cursos online abertos. Além disso, será realizada pesquisa avaliativa do programa educacional para qualificação em saúde da pessoa idosa do UNA-SUS.

A realização do Colegiado Nacional de Coordenadores Estaduais e Municipais de Saúde da Pessoa Idosa, do Mapeamento de Experiências Exitosas de Gestão na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, do Mapeamento de Experiências de Excelência no Cuidado à Pessoa Idosa no Contexto Domiciliar e a manutenção e revisão do SISAP - Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso foi viabilizado por meio do TED/39 celebrado com o ICICT/Fiocruz e por meio de parceria com a OPAS Brasil (a qual utilizou recursos próprios). Este TED está vigente desde 2015 e seu valor total foi de R\$ 650.000,00, sendo que em 2015 foi empenhado 10%, porém não pago e em 2016 foi empenhado e pago o restante do recurso (R\$ 585.000,00), suas atividades foram concluídas e todas as metas previstas foram alcançadas.

Em ação conjunta com o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/DAPES, foi investido R\$ 2.739.572,49 para desenvolvimento das ações/estratégias de apoio à implantação, fortalecimento e qualificação das Redes Temáticas/Linhas de Cuidado, à Rede de Atenção à Saúde e Políticas voltadas para a saúde nos diferentes ciclos de vida e questões de gênero, com foco na atenção à saúde para as populações estratégicas e vulneráveis em especial à pessoa idosa, através da cooperação técnica e científica com o Instituto Fernandes Figueiras/FIOCRUZ, que permitiu a realização das ações da Coordenação de qualificação de trabalhadores e gestores do SUS, produção e disseminação de conhecimentos, desenvolvimento de oficinas técnicas/Grupo de Trabalho, capacitações, atividades de avaliação e monitoramento.

O saldo restante do orçamento (R\$ 5.935.428,00), representando 59%, estava previsto para ser utilizado na impressão da caderneta de saúde da pessoa idosa, entretanto, não foi executado devido a indisponibilidade de gráfica ou outro instrumento para impressão. Foi elaborado Termo de Referência para licitação de gráfica por meio de pregão eletrônico, porém, o processo não foi concluído no ano de 2016.

Em relação às **perspectivas e desafios** para 2016, prevista no Relatório de Gestão-RG de 2015, podemos concluir que conseguimos atingir, quase na totalidade, as expectativas e/ou dar continuidade as ações e atividades pretendidas, com exceção da impressão e distribuição da 3ª Edição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conclusão das Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa Idosa e da revisão do Caderno de Atenção Básica nº 19. Dentre estas perspectivas e desafios, vale destacar que está sendo trabalhada a elaboração da Linha de Cuidado, com a definição de fluxos, a identificação de vazios assistenciais e necessidade de adequação dos serviços existentes, assim como a identificação de novos serviços e arranjos institucionais necessários.

No ano de 2016, o principal desafio foi a implementação da caderneta no território brasileiro, devido à ausência do instrumento impresso não foi possível qualificar o cuidado por meio do uso da caderneta em 804 municípios que aderiram ao instrumento. Para a resolução da questão está em andamento processo para realização de pregão eletrônico para

contratação de uma gráfica. A efetivação deste pregão, a distribuição e a qualificação dos profissionais para uso deste instrumento se mantêm como desafio para 2017.

Continua sendo um grande **desafio para 2017**, e próximos anos, a preparação do SUS para o atendimento das novas demandas apresentadas pelo processo de envelhecimento da população, considerando as projeções de que em 2030, o nº de brasileiros com 60 anos ou mais ultrapassará o de crianças de 0 a 14 anos de idade. Para tanto, a **perspectiva de 2017** é dar continuidade à implementação da PNSPI, concluir a Linha de Cuidados para a Atenção Integral à Saúde das Pessoas Idosas, ampliar e qualificar o acesso e serviços de cuidado a esta população. Nesse sentido, é necessário dar prosseguimento às ações em desenvolvimento, ou seja, impressão, distribuição e implementação da 3ª Edição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; Colegiado Nacional de Coordenadores Estaduais e Municipais de Saúde da Pessoa Idosa; mapeamento de Experiências Exitosas de Gestão na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa; mapeamento de Experiências de Excelência no Cuidado à Pessoa Idosa no Contexto Domiciliar; qualificação da atenção, capacitação/formação de profissionais de saúde e elaboração e distribuição de material educativo; qualificação da gestão da informação e comunicação; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas; articulações intersetoriais e parcerias com o Controle Social.

Além da continuidade das ações já citadas e realizadas em 2016, em 2017, está programado o desenvolvimento de estratégias de monitoramento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa junto aos estados e municípios, elaboração de publicações digitais com histórico das experiências exitosas desde sua 1ª edição e indicadores de apoio a gestão de saúde da pessoa idosa. Para alcançar essas metas no final de 2016 foi celebrado o TED 106/2016, com a ICICT/Fiocruz, quando foi empenhado R\$ 200.000,00, o que representa 10% do investimento no projeto.

Todas as ações executadas pela área técnica estão alinhadas com o PPA 2016-2019, Plano de uso, e planejamento estratégico do ano, bem como estão adequadas às metas físicas e orçamentárias. Os resultados alcançados possibilitaram a qualificação de gestores e profissionais de saúde em todas as unidades federativas, o que permite uma atenção mais oportuna e de qualidade para a população idosa assistida pelo SUS.

4.3.1.2.8 Alimentação e Nutrição para a Saúde

Ampliação e qualificação do acesso a uma alimentação saudável

A Gestão Federal da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), do Programa Academia da Saúde e do Programa Saúde na Escola estão sob responsabilidade da Secretaria de Atenção à Saúde. A PNAN integra os esforços do Estado brasileiro que por meio de um conjunto de políticas públicas, propõe-se a respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação. Aliados a essa Política, o Programa Academia da Saúde e o Programa Saúde na Escola promovem ações de promoção da saúde, práticas corporais e atividade física, promoção da alimentação saudável e educação em saúde no âmbito da atenção básica.

Para o desenvolvimento de ações e programas relacionados no âmbito das nove diretrizes da PNAN, a área técnica responsável conta com os recursos das ações orçamentárias 8735 e 20QH (será tratada no Programa 2069).

Quadro XXXII - Identificação da Ação: 8735 - Alimentação e Nutrição para a Saúde

Identificação da Ação	
Código	Tipo: Atividade

Título	8735 - Alimentação e Nutrição para a Saúde					
Iniciativa	Ampliação e qualificação do acesso a uma alimentação saudável					
Objetivo	Código: Objetivo: 1126 - Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.					
Programa	Código: 2015 - Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) Tipo: Temático					
Unidade Orçamentária	36901 - Fundo Nacional de Saúde					
Ação Prioritária	() Sim () Não Caso positivo: () PAC () Brasil sem Miséria					
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
32.500.000	26.211.803	4.989.175	3.234.545	3.234.545	0	1.754.630
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Unidade da Federação apoiada			Unidade	3.561		3.721
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada	
6.789.757,98	4.328.514,53	1.875.900,45				

Em 2016, a ação 8735 - Alimentação e Nutrição para a Saúde teve uma dotação final de **R\$ 26.211.803**, cuja despesa empenhada foi de **R\$ 4.989.175**, representando **19,11%** do total disponibilizado.

Apesar dos esforços da área técnica para a execução do orçamento diversas atividades planejadas para o exercício de 2016 não foram executadas em tempo hábil, logo, sua execução foi reprogramada para o exercício de 2017, trata-se dos termos de execução descentralizada listados abaixo:

- a) **Termo de Execução Descentralizada (TED) para elaboração de um curso de EAD com vistas ao aperfeiçoamento de profissionais para implementação do Programa Academia da Saúde:** O objetivo do TED é a instrumentalização dos gestores e trabalhadores para garantir a efetividade dos serviços e ações a serem desenvolvidos e, futuramente, termos expressos em indicadores epidemiológicos resultados como a redução da prevalência de DCNT no país. Em maio de 2016 iniciou-se o processo do referido TED com o Centro de Pesquisa Ageu Magalhães da Fiocruz/Recife, no valor total de R\$ 3.000.000,00, todavia, devido aos processos inerentes à aprovação e tramitação do TED, não foi possível executar a atividade prevista em 2016.
- b) **Termo de Execução Descentralizada (TED) para realização de estudo de efetividade do Programa Saúde na Escola (PSE):** O objetivo do TED é a realização de um estudo para identificar a contribuição efetiva do PSE para a saúde e a educação integral dos estudantes cobertos pelo programa. Assim, em maio de 2016 iniciou-se o processo do referido TED com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no valor total de R\$ 3.825.261,10, entretanto, devido aos processos inerentes à aprovação e tramitação do TED, não foi possível executar a atividade prevista em 2016.

c) **Termo de Cooperação (TC) com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS):** O objetivo do TC é o aprimoramento da Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde, assim como o apoio a implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e outras políticas e programas rumo ao acesso universal à Saúde e à cobertura universal de saúde no Brasil. Esse Termo de Cooperação será coordenado pela Secretaria de Atenção à Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica, entretanto, tendo em vista alguns objetivos centrados na agenda de alimentação e nutrição, seriam aportados no TC R\$ 20.000.000,00 por meio da ação 8735. Os documentos para formalização do Termo de Cooperação foram encaminhados, contudo, devido aos processos inerentes à aprovação e tramitação do TC, não foi possível executar a atividade prevista em 2016.

Em relação à meta física programada, inicialmente eram 3.561 Entidades Federativas apoiadas por meio de distribuição de cápsulas referentes ao Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA). No decorrer do ano 2016, optou-se por ampliar a meta física para representar o alcance aos municípios do NutriSUS. Assim, foram contemplados 3.719 municípios (3.594 municípios do PNSVA + 1.045 municípios do NutriSUS – 920 valores duplicados), correspondendo a **104,49%** de alcance da meta.

Apesar de a execução orçamentária ter sido de 19,11%, foram desenvolvidas ações relacionadas ao enfrentamento das carências nutricionais específicas e promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável, como a aquisição dos suplementos de vitamina A para o ano de 2016, realizada por meio do Termo de Execução Descentralizada nº 116/2015, firmado com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no valor de R\$ 1.385.960,00, para contemplar 3.594 municípios; aquisição internacional dos sachês com micronutrientes em pó, no valor de R\$ 1.953.214,24, para atender 1.045 municípios, os quais foram suficientes para o alcance da meta física estabelecida.

No tocante aos valores inscritos em Restos a Pagar não Processados o orçamento empenhado relativo à ação 8735 foi de R\$ 4,99 milhões, desse total foram inscritos R\$ 1,75 milhão, que equivale a 35% do total empenhado.

Os valores inscritos em restos a pagar são referentes à compra de **Sachês de Poli Vitamínicos NUTRISUS** e à aquisição dos **Suplementos de Vitamina A**. No tocante à compra dos Sachês NUTRISUS todos os trâmites internos para a execução da despesa foram realizados pela área técnica. Os empenhos foram realizados na totalidade de R\$ 1,95 milhão para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) restando, apenas o valor de R\$ 369,7 mil inscritos em RP não processados.

Já em relação aos Suplementos de Vitamina A, a aquisição no valor de R\$ 1,39 milhão, foi realizada, e contemplou 3.594 municípios. Contudo, este valor ficou inscrito em RP não processados devido aos trâmites do processo de inexigibilidade da compra que até dezembro de 2016 não estava apto para liquidação e pagamento.

O pagamento está previsto para ocorrer no início de 2017 e também a distribuição dos suplementos aos municípios.

Em 2016 houve o remanejamento de crédito para a ação orçamentária 20B1 - Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, no valor de R\$ 1.133.597. O remanejamento justificou-se pela necessidade de suplementação da ação 20B1, tendo em vista que o saldo orçamentário disponível era insuficiente para o pagamento de todas as competências do ano de 2016 dentro do exercício, podendo gerar prejuízo grave e risco existencial das Equipes de Atenção Básica Prisional, e remanejamento de crédito para a ação orçamentária 20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família no valor de R\$ 5.253.600. O remanejamento foi realizado para viabilizar a

disponibilidade de recurso para a Portaria que habilitou Municípios ao recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao Programa Saúde na Escola 2014/2015.

O cancelamento total na ação orçamentária 8735 somou R\$ 6.387.197 e não ocasionou impactos negativos sobre a execução da programação prevista, visto que as atividades foram reprogramadas para o exercício de 2017.

Ainda no exercício foram realizadas importantes ações no âmbito da ação 8735, conforme destacado seguir.

Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A – PNSVita

O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA) foi instituído oficialmente por meio da Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005, cujo objetivo é reduzir e controlar a hipovitaminose A, a mortalidade e morbidade em crianças de 6 a 59 meses de idade.

A aquisição dos suplementos de vitamina A no ano de 2016 foi realizada por meio do Termo de Execução Descentralizada (TED) nº 116/2015 com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no valor de R\$ 1.385.960, para contemplar 3.594 municípios. Foram pagas 1.800.000 cápsulas de 100.000 UI e 4.600.000 cápsulas de 200.000UI, contudo, apenas 1.260.000 cápsulas de 200.000 UI foram distribuídas (não houve distribuição de cápsulas de 100.000 UI). Esse saldo remanescente de 2016 será empregado em 2017.

No final de 2016, considerando o atraso no cumprimento do TED e a mudança da modalidade de aquisição, foi feito um Aditamento de Contrato com a Fiocruz de 25% (450.000 cápsulas de 100.000 UI e 1.150.000 cápsulas de 200.000 UI) para garantir o abastecimento dos municípios em 2017. Também em 2016 foi iniciado o processo de pregão (TR 3427 no Silos), a partir de 2017 a aquisição será feita por meio de pregão.

As suplementações realizadas em 2016 foram informadas no Sistema de Gestão do PNSVA até o dia 31/01/2017. Os dados parciais de 26/01/2017 mostram que, em 2016, 2.918 municípios inseriram dados no Sistema, gerando uma cobertura nacional de suplementação de Vitamina A em crianças de 6 a 11 meses de idade de 61,90%, que representa 946.455 crianças suplementadas, e em crianças de 12 a 59 meses de 50,67% (1ª dose), 2.431.587 crianças, e de 30,60% (2ª dose), 852.180 crianças. Importa registrar que, devido ao atraso na distribuição, a cobertura foi prejudicada pelo não envio das cápsulas aos municípios.

Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó – NutriSUS

Meta PPA M03 - *Suplementar 330 mil crianças de 6 a 48 meses de idade com sachês de vitaminas e minerais, por meio da Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó – NutriSUS, nas creches participantes do Programa Saúde na Escola, anualmente.*

Em 2015, foi cancelado o processo de Parceria para Desenvolvimento Produtivo (PDP) entre Ministério da Saúde e o Laboratório Farmacêutico da Marinha, devido a problemas de adequação do referido processo à Portaria nº 2.531/2014, que orienta as PDP. Por essa razão, somente em 2016, por meio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), ocorreu a aquisição internacional dos sachês com micronutrientes em pó, o que demandou diversos processos ao longo do ano. Essa aquisição foi realizada por meio do TC OPAS nº 84 junto à empresa Piramal, cujo valor final foi de US\$ 488.304, ou R\$ 1.953.214.

São 1.045 municípios aderidos, 6.340 creches participantes do Programa Saúde na Escola (PSE) com 304.719 crianças, conforme quadro abaixo. Em novembro de 2016 chegou ao Brasil a nova remessa de 20 milhões de sachês, possibilitando a retomada da suplementação a partir de 2017. Muitos estados já receberam os sachês e os que ainda não

receberam estão com a entrega agendada para janeiro de 2017. Ainda em 2016, foi iniciado um processo de repactuação para retomada da estratégia para execução no ano de 2017.

Quadro XXXIII – Adesões à Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em Pó – NutriSUS

UF	Municípios	Nº de creches	Nº crianças
AC	9	22	2.634
AL	53	294	15.051
AM	7	17	2.108
AP	5	10	665
BA	185	918	41.919
CE	106	1.387	52.891
DF	1	2	53
ES	3	9	670
GO	35	124	9.918
MA	79	783	25.160
MG	88	411	28.871
MS	6	25	2.588
MT	33	85	9.551
PA	18	80	4.852

UF	Municípios	Nº de creches	Nº crianças
PB	66	266	14.266
PE	62	376	12.746
PI	48	383	6.636
PR	42	168	11.691
RJ	20	179	11.995
RN	61	331	13.030
RO	11	20	1.723
RR	5	9	869
RS	8	45	2.305
SC	18	86	6.996
SE	18	72	2.527
SP	34	186	18.504
TO	24	52	4.500
Brasil	1.045	6.340	304.719

Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS).

Já se iniciou um novo Termo de Referência para aquisição de mais 40 milhões de sachês, que abastecerão os municípios participantes no 2º semestre de 2017 e 1º semestre de 2018, garantindo a continuidade do programa. Há uma cotação, via OPAS, no valor de US\$ 920.425. O processo já está em andamento para prosseguimento da aquisição.

4.3.1.3 Objetivo 1120 - Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

4.3.1.3.1 REDE CEGONHA

A área técnica é responsável, juntamente com coordenações estaduais e municipais de saúde da mulher, pela implementação das ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004). De modo geral, essas ações estão relacionadas ao enfrentamento da violência contra a mulher, ao planejamento reprodutivo, à assistência ao climatério, à assistência às mulheres negras, às mulheres do campo e da floresta, à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais (LGBT), ao pré-natal humanizado e de qualidade, à qualidade de atenção ao parto e nascimento, ao incentivo ao parto natural e à redução do número de cesáreas desnecessárias, à redução da mortalidade materna e controle do câncer de colo e de mama.

Quadro XXXIV - Identificação da ação: 20R4 - Implantação e Implementação da Rede Cegonha

Identificação da Ação						
Código		Tipo: Atividade				
Título		20R4 - Apoio à Implementação da Rede Cegonha				
Objetivo		Código: 1120 - Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.				
Programa		Código: 2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) Tipo: Temático				
Unidade Orçamentária		36901 - Fundo Nacional de Saúde				
Ação Prioritária		() Sim ()Não Caso positivo: ()PAC () Brasil sem Miséria				
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
116.000.000	89.140.000	25.387.754	18.110.946	17.195.338	915.608	7.276.808
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Pessoa beneficiada			Unidade	1.845.455	1.845.455	1.280.271
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada	
98.579.246,15	27.207.121,45	8.796.533,65				

Em 2016 na ação 20R4 – Apoio à Implementação da Rede Cegonha teve uma dotação final de R\$ **89.140.000,00**, cuja despesa empenhada foi de R\$ **25.387.754,00**, representando 28,48 % do total disponibilizado. Além disso, a meta física programada para 2016 foi realizada em 69,37%, com várias ações efetivadas no âmbito dessa temática.

A execução de obras aloca grande parte da dotação disponível na ação orçamentária. Uma vez que o ritmo de execução das obras não ensejou a necessidade de

alocação de orçamento para viabilizar o pagamento de novas parcelas, resultando na baixa execução orçamentária (28,48%).

O quantitativo da meta é referente a mulheres cadastradas no SISPRENATAL, sendo que o dado é preliminar. Verifica-se que mesmo com o número de gestantes estimadas segundo SINASC/SUS (PT GM/MS Nº 1.459/2011), ainda há dificuldades de atualização no sistema (a atualização pode ser realizada até 6 meses após a competência). Além disso, foram realizados empenhos e pagamentos para construção de unidades de atenção especializada em saúde, construção e adequação de ambiência de Centro de Parto Normal, bem como para compra de equipamentos (Fonte: SIGA BRASIL 12/01/2017). Também foi realizado apoio ao projeto de Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica no âmbito da Rede Cegonha.

Considerando o produto definido como pessoa beneficiada e sendo o número de gestantes estimadas e contempladas com ações de qualificação da atenção no âmbito da Rede Cegonha (RC), esta meta possui um conjunto de submetas físicas e financeiras para seu alcance na qualificação da atenção às mulheres no período gravídico puerperal, que tiveram dificuldades para execução financeira, a saber:

Meta Física: Gestantes atendidas (1.845.455) X Gestantes estimadas (2.100.000) pelos municípios durante o pré-natal, parto e nascimento.

Fonte da meta alcançada: nº de gestantes cadastradas no SISPRENATALWEB no ano de referência.

1.1 Meta Financeira:

1.1.1 Repasse anual de recursos do MS para realização dos novos exames do pré-natal de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.459 de 2011. A portaria GM/MS de repasse de recursos não foi publicada e, portanto, a autorização do repasse não foi efetivada.

1.1.2 Repasse de recursos para obras de reforma e/ou ampliação e compra de equipamentos para adequação da ambiência das maternidades de acordo com a RDC 36 de 2008 e as diretrizes da RC de 2011. Nos anos de 2015 e 2016 não foi autorizada a abertura de sistema para análise de novas propostas/programa para obras e equipamentos. Por isto, a coordenação priorizou o acompanhamento das obras em execução, com realização de visitas técnicas e monitoramento a distância, e nas propostas de obras via Emenda Parlamentar, o que será detalhado no item Ambiência da RC.

1.1.3 Repasse de recursos para qualificação da atenção obstétrica e neonatal nas maternidades vinculadas às Planos de Ação da RC (PAR-RC). Esses recursos são autorizados mediante publicação de portaria GM/MS de aprovação do PAR-RC de acordo com a normativa da Portaria GM/MS nº 1.459/2011. Em 2016 não foi possível priorizar 100% dos PAR-RC analisados e com parecer técnico de mérito aprovados. Foram publicadas em 2016 portarias de repasse financeiro contemplando 18 PAR-RC e outros PAR-RC (11) foram analisados pela CGSM/DAPES com necessidade de complementações das SES e SMS.

Cursos e eventos para qualificação da assistência com foco no processo de trabalho da equipe da obstetrícia e neonatologia. Realizados convênios para parcerias interinstitucionais com o objetivo de realizar cursos de Residência, Especialização e Aprimoramento da Enfermagem Obstétrica; Qualidade e Segurança no Parto – uso de simulação realística em Urgências e Emergências Obstétrica, Curso ALSO, Parto Adequado, Seminários e oficinas estaduais para elaboração e monitoramento dos planos de trabalho das maternidades para implementação das Boas práticas de atenção ao parto, nascimento e abortamento.

O elevado percentual de inscrição em Restos a Pagar não Processados da Ação 20R4 - Apoio à Implementação da Rede Cegonha se deu em virtude da conjuntura abaixo detalhada no que se refere à implementação das ações. A cada exercício são firmados Termos de Execução Descentralizada – TED que visam à manutenção da Política e à aquisição de equipamento para apoio às atividades da Política.

Os TED's de 2016 foram firmados no mês de novembro/dezembro para execução ao longo de 2017. Dessa forma, foram realizados apenas os empenhos no exercício de 2016 e

os respectivos pagamentos no decorrer do ano de 2017, estavam em execução os TED's firmados em 2015, procedimento que se repete a cada novo orçamento autorizado.

A ação também possui execução de obras fundo a fundo, cujo pagamento depende da superação de etapas, efetivada por meio de gestão local da execução da obra. Restrição também ocorre devido ao fato de que as obras que conseguem solicitar a superação de etapa e tem liberação de pagamento autorizada ficam à espera de limite financeiro, concorrendo os diversos compromissos do Ministério da Saúde.

Emenda Individual da ação 20R4 - APOIO A IMPLEMENTAÇÃO DA REDE CEGONHA

Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
1.000.000,00	1.000.000,00	699.150,00	199.275,00	199.275,00	0	499.875,00

Ainda, nesta ação orçamentária houve repasses por meio de emenda individual, com dotação final de R\$ 1.000.000,00 cuja despesa empenhada foi de R\$699.150,00, representando 69,92% do total disponibilizado.

Ambiência: mudança de estrutura física das unidades de atendimento obstétrico e neonatal

Em 2016, a execução das ações relacionadas à mudança de estrutura física das unidades de atendimento obstétrico se efetivou por meio da análise e aprovação de propostas dos Planos de Ação Regionais (PAR) da Rede Cegonha. No pleito de 2016 não houve proposta aprovada na ação 20R4.

Observa-se que, em relação às Casas de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) foi estabelecida meta no PPA 2016-2019, de implantação de 20 novas unidades nos 4 anos de vigência do PPA. No que se refere aos Centros de Parto Normal (CPN), tem-se uma meta do PPA 2016-2019 de implantação de 60 novas unidades.

Até 2016, estão vigentes 309 propostas de obras com recursos de programa e emendas parlamentares nos componentes: Centro de Parto Normal (CPN), Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), Ambiência dos Serviços de Parto, Construções e Ampliações de Novas Maternidades e Estruturação de Atenção Especializada em Saúde.

Em relação ao componente Ambiência existem 139 propostas de obras, das quais 37 são ampliações e 102 reformas. Desse total das propostas de ambiência, 81 estão em ação preparatória, 22 estão concluídas e 36 em andamento.

Até 2016, estão vigentes **227** propostas para aquisição de equipamentos e materiais permanentes, no total de **R\$ 68.540.356,33**. Dessas **105** foram para Ambiência dos Serviços que realizam partos, no valor de **R\$ 29.689.728,66**.

Em 2016, a execução das ações relacionadas à mudança de estrutura física das unidades de atendimento obstétrico se efetivou por meio da análise e aprovação de propostas dos PAR da Rede Cegonha. No âmbito da PO 8535 foram aprovadas 16 propostas, sendo: 4 Construções de Estruturação de Unidade de Atenção à Saúde – o recurso de duas dessas propostas serão utilizados pra construção de nova maternidade, 4 ampliações de estruturação de unidade de atenção à saúde, 1 ampliação de CPN, 1 reforma de ambiência, 1 proposta de reforma de maternidade e 5 reformas de estruturação de unidade de atenção à saúde. Cabe ressaltar que essas propostas não foram empenhadas em 2016.

Foram habilitados 3 novos CPN em 2016. Há atualmente 15 CPN habilitados, conforme Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e 15 solicitações de novos CPN para habilitação no SUS. As solicitações de novos CPN sem habilitação não tem

impacto imediato para a população, pois somente após a habilitação entram em funcionamento.

No âmbito da Rede Cegonha foram realizadas, entre outras iniciativas, publicações da caderneta de gestante, instrumento fundamental para o registro das informações de acompanhamento da gestação que deve ser parte importante do processo de trabalho no SUS, mediante sua utilização em todas as consultas do pré-natal. De janeiro a novembro de 2016 foram distribuídas 3.244.617 cadernetas para todos os municípios. Além do convênio com a Universidade Federal da Bahia para estudo e pesquisa que visa o apoio a implementação da Rede Cegonha (RC), bem como pesquisar o seu grau de implantação na região de saúde de Salvador com vistas a reduzir o número de óbitos de mulheres e crianças, por meio de análise dos fatores relacionados à estrutura.

Ação Orçamentária 8585 – PO – 0004 - Rede Cegonha

Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
820.170.000	895.788.124	894.515.387	99,86	885.081.386	880.506.013	98,95	98,43	4.575.373	9.434.001

Em 2016, o PO 0004 – Rede Cegonha que faz parte da ação Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade teve uma dotação final de R\$ 895.788.124 cuja despesa empenhada foi de R\$ 894.515.387, representando 99,96% do total disponibilizado.

Implantação de Novos Leitos e Qualificação de Leitos Existentes

As Coordenações da Mulher e da Criança juntamente com o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas atualizaram a Portaria MS/GM nº 1.101/ 2002, que tratava de parâmetros para implantação de leitos necessários a atenção à saúde de determinada população, em cada território. Os leitos passaram a ter financiamento diferenciado. Atualmente esse financiamento ocorre de duas formas: (i) qualificação de leitos já existentes, (ii) criação de novos leitos. No que se refere à RC, e de acordo com a Portaria MS/GM nº 1459/2001, são priorizadas as qualificações dos seguintes tipos: leitos obstétricos para gestação de alto risco (GAR), Unidade de Terapia Intensiva adulto (UTI), UTI neonatal e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e UCINeonatal Canguru (UCINCa).

Em 2016, foram habilitados 614 leitos GAR em 09 estados e 61 maternidades (BA (2), ES (3), GO (2), MG (19), PA (6), PE (1), PR (21), RS (2), SP(5)). Considerando que cada leito GAR pode atender 72 mulheres a cada ano, estima-se que mais 44.208 brasileiras terão acesso a esses leitos nos próximos anos.

4.3.1.3.2 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Rede de Atenção à Saúde Mental busca ofertar atenção psicossocial para todas as pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, bem como apoiar suas famílias. O modelo adotado propõe-se a tratar dos agravos mentais e promover a cidadania dos usuários para uma vida pró-ativa e participativa nas comunidades, ampliando e promovendo o acesso aos pontos de atenção nos territórios.

Para dar suporte a essa proposição, o SUS conta com uma rede de serviços e equipamentos variados, tais como os **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**, os **Serviços**

Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III).

No âmbito do SUS foi consolidado em 2011 as Redes de Atenção à Saúde – RAS. A Rede de Atenção Psicossocial – RAPS é uma das redes prioritárias instituída pela Portaria 3.088, 23 de dezembro de 2011, que concretizou os princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Para dar suporte à Rede de Atenção à Saúde Mental, o SUS conta com uma rede de serviços e equipamentos variados; neste Relatório, apresentaremos o cenário da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas de forma sistematizada, por meio da execução das ações orçamentárias ao longo do ano de 2016, bem como apresentar as atividades que dão sustentabilidade às intervenções vinculadas a RAPS. A estruturação de seus sete componentes é:

- I. Atenção Básica:** Unidades Básicas de Saúde, NASF e Consultórios na Rua;
- II. Atenção Psicossocial Especializada:** Centros de Atenção Psicossocial;
- III. Atenção de Urgência e Emergência:** SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, Portas Hospitalares;
- IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório:** Serviços de Atenção em Regime Residencial;
- V. Atenção Hospitalar:** Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais;
- VI. Estratégias de Desinstitucionalização:** Serviços Residenciais Terapêuticos;
- VII. Reabilitação Psicossocial**

Atenção Especializada em Saúde Mental

Programas de Prevenção do Uso e Abuso de Álcool e Outras Drogas em Escolas e Comunidades

Desde 2013, o Ministério da Saúde assumiu a responsabilidade ética de buscar programas internacionais testados e monitorados. A partir de um portfólio oferecido pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC), que apresenta uma compilação de intervenções preventivas do uso e abuso de drogas, foram escolhidos três programas voltados especificamente para crianças, adolescentes e suas famílias. Os três selecionados foram: *Strengthening Families Program* 10-14 destinado a famílias e adolescentes, que foi adaptado para o **Programa Famílias Fortes**, o *Good Behavior Game - GBG* dirigido para crianças de 6 a 10 anos, adaptado para o **Programa Elos** e o *Unplugged*, focado em educandos de 11 a 14 anos, adaptado para o **Programa #Tamojunto**.

Como resultado imediato, os programas apresentaram efeitos na promoção de interações, habilidades de vida e fortalecimento de vínculos entre os (as) participantes e dos(as) participantes com os profissionais e serviços que ofertam os programas.

Os principais parceiros na implementação dos programas são as Secretarias Municipais e Estaduais, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (SENAD/MJ). Em 2016, foram alcançados na implementação dos programas:

	ELOS	#TAMOJUNTO		FAMÍLIAS FORTES
Municípios	8	9	Municípios	11
	Florianópolis e Tubarão (SC) São Paulo, São Bernardo do Campo e Taboão	Florianópolis e Tubarão (SC) São Paulo, São Bernardo do Campo e Taboão da Serra (SP) Curitiba (PR) Rio Branco e		São Paulo e São Bernardo do Campo(SP) Rio Branco, Feijó, Marechal

	da Serra (SP) Curitiba (PR) Rio Branco e Cruzeiro do Sul (AC)	Cruzeiro do Sul (AC)João Pessoa (PB)		Thaumaturgo, Rodrigues Alves, Porto Walter, Tarauacá e Cruzeiro do Sul (AC) Guajará (AM) Brasília (DF)
Escolas	59	178	Serviços de saúde e assistência social e outros participantes	119
Turmas	236	410	Grupos de famílias	65
Educandos	6.236	13.394	Famílias	212
Profissionais de saúde envolvidos na realização das Oficinas de Pais e Responsáveis	68	365	Profissionais formados	603
Multiplicadores Locais: Saúde + Educação	121	142	Multiplicadores: Locais Saúde + Assistência	196

Além disso, em 2016, este Ministério capacitou a equipe da SENAD – MJ, possibilitando a transferência da tecnologia dos 3 Programas para outro órgão do Governo Federal. Atualmente os 3 programas são implementados pelas equipes do MS e do MJ em diferentes municípios, para promover o alcance dos programas em âmbito nacional.

Principais Resultados, Desafios e Estratégias de Superação

Em 2016, foram desenvolvidas diversas atividades com resultados significativos para a Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Dentre estas atividades, destacam-se:

Atenção Psicossocial Especializada: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

A rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) aumentou em 2016. Em 2015, havia 2.328 CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde. Ao final de 2016, foram habilitados novos **129 CAPS** totalizando 2.457, o que indica o fortalecimento do modelo de atenção aos usuários, conforme tabela abaixo:

Tabela XLVII - Número de CAPS por tipo de 2002 a 31/12/2016 (Brasil)

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total
2002 a 2015	8.706	5.093	707	1.583	2.732	220	19.041
2016	1192	506	100	229	324	106	2457

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD)/DAPES/SAS

Atenção Residencial de Caráter Transitório: Serviços de Atenção em Regime Residencial:

As Unidades de Acolhimento – UA se dividem em dois pontos de atenção: (adulto e infante-juvenil). Até o final de 2016 foram habilitadas 07 UAA e 01 UAI, totalizando 59 Unidades de Acolhimento:

UF	Quantidade	Tipologia
AC	01	UAA
AL	01	UAI
BA	02	UAI
CE	09	UAA/UAI
DF	01	UAA
MG	07	UAA/UAI
MS	01	UAA
PB	03	UAA/UAI
PE	02	UAA
PI	01	UAI
PR	07	UAA/UAI
RR	01	UAA
RS	04	UAA/UAI
SC	01	UAA
SE	03	UAA
SP	15	UAA/UAI
Total Geral	59	

Em 2016, alguns municípios dos quais receberam recurso referentes ao Edital 003/2010/GSIPR/SENAD/MS apresentaram execução das Casas de Acolhimento Transitório (CAT). Esses equipamentos apresentam propostas de transformação em Unidades de Acolhimento. Segue abaixo as 19 CATs em execução:

UF	Quantidade
CE	02
ES	02
GO	02
MG	02
PB	01
PE	01
PR	01
RJ	03
RS	01
SC	01
SP	03
Total Geral	19

Atenção Hospitalar: Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais

Os leitos destinados a atender pessoas com transtornos mentais e usuárias de drogas, com previsão de curtas internações e durante períodos de crise. De 2012 a dezembro de 2016 foram financiados pelo Governo Federal 1.163 leitos de saúde mental em Hospitais Gerais de Estados, Municípios e DF, com o repasse anual de cerca de R\$ 67 mil por leito por ano.

Estratégias de Desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos

Os Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs são moradias ou casas destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência e que não possuam suporte social e laços familiares. Houve ligeiro crescimento

da quantidade de SRTs habilitados. Em 2015, havia 362 residências, aumentando para 489 ao final de 2016. Além disso, foram incentivadas 42 SRT em 2016.

Compondo ainda as estratégias de desinstitucionalização, em 2016 por meio da Portaria nº 1.727 de 24/11/2016 foi divulgado o resultado final Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria 2012/2014, no qual 27 Hospitais Psiquiátricos – HP foram indicados para descredenciamento pois obtiveram percentual da pontuação inferior a 61% nos estados de: Alagoas(01), Bahia(03), Ceará(01), Espírito Santo(01), Goiás(03), Maranhão(03), Minas Gerais(01), Mato Grosso(01), Pará(01), Pernambuco(02), Rio Grande do Sul(01), São Paulo(09). Importante destacar a progressiva redução do número de Leitos em HP e a implantação de serviços territoriais, comunitários e substitutivos que colabora para o avanço da RAPS. De 2014 a 2016 foram fechados aproximadamente **5.203 leitos** em hospitais psiquiátricos.

Reabilitação Psicossocial

Em 2015, foi lançada a “Chamada de Seleção de Projetos de Reabilitação Psicossocial: fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares, trabalho, cultura e inclusão social da Rede de Atenção Psicossocial – 2015”, recurso instituído pela Portaria GM 132, de 26 de janeiro de 2012. No exercício de 2016, com base no SISPAF foi repassado o valor de R\$3.470.000,00 (Três Milhões, Quatrocentos e setenta mil reais), referente a 133 projetos em 102 municípios de 21 estados.

Outras ações com temas transversais

Além dos componentes acima citados, outros temas transversais são acompanhados:

Álcool e Outras Drogas– AD: Em 2016, as ações voltadas para este tema incluíram:

- a) Interface com a Política Nacional de Promoção da Saúde;
- b) Finalização e publicação do “Guia estratégico de cuidado em Álcool e Outras Drogas”;
- c) Interface com a Secretaria de Vigilância em Saúde para elaboração do documento Tuberculose: Álcool e outras Drogas;
- d) Publicação do Livro Álcool e outras Drogas: Da coerção à Coesão referente ao curso EAD AD em parceria com a SGTES e UFSC;
- e) Acompanhamento das ações da etapa engrenagens do projeto Percursos Formativos na RAPS na linha AD;
- f) Interface com o projeto Redes Intersetoriais SENAD/FIOCRUZ.

Formação e Educação Permanente: Em 2016, trabalhou-se especificamente na 4ª e última fase do Projeto Percursos Formativos na RAPS: “Engrenagens em Educação Permanente” com a seleção de 15 (quinze) profissionais para desenvolver a função de tutores e de 91 ativadores que exerceram a função de ativadores de redes intra e intersetoriais para potencializar o desenvolvimento e execução dos Planos Municipais de Educação Permanentes produzidos durante o intercâmbio e oficinas de integração dos Percursos Formativos seguindo a organização por módulos e linhas de ação.

Em parceria com a UFSC a SGTES/MS deu-se continuidade a 02 edições do curso EAD “Álcool e outras drogas: da coerção a coesão” formando **3.000** trabalhadores.

No âmbito da formação foi realizado o acompanhamento do projeto Engrenagens da Educação Permanente de forma próxima e sistemática em 12 municípios: Ouro Preto-MG,

Recife- PE, Uberlândia-MG, Coronel Fabriciano- MG, Ipatinga-MG, Barbacena-MG, Boa Vista- RR, Iguatu- CE, Campo Grande- MS, Salvador- BA, Belém- PA, São José do Rio Preto- SP envolvidas no Projeto Engrenagens- eixo de saúde mental da infância e adolescência.

A equipe trabalhou uma proposta de Adaptação do Quality Rights para os equipamentos que atendem ao público Infantojuvenil.

A iniciativa referente ao **Vírus Zika**, em 2016, realizou a adaptação cultural da publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS), intitulada *Apoio Psicossocial para mulheres grávidas e famílias com microcefalia e outras complicações neurológicas no contexto do vírus Zika*. Essa adaptação foi necessária para contemplar as especificidades do contexto brasileiro de organização das redes de serviços de saúde e das práticas de suas equipes. O documento, nomeado: **Apoio Psicossocial para Gestantes e Famílias no Contexto do Vírus Zika e Outras Complicações - Guia de práticas para Profissionais e equipes de saúde**.

Ainda no ano de 2016, a área técnica habilitou 14 novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diversas modalidades, em municípios prioritários que possuem 5 ou mais casos notificados de bebês nascidos com microcefalia no enfrentamento ao Vírus Zika.

4.3.1.3.2.1 Atenção Especializada em Saúde Mental

Quadro XXXV - Identificação da ação: 20B0 - Atenção Especializada em Saúde Mental

Identificação da Ação						
Código		Tipo: Atividade				
Título		20B0 – Estruturação da Atenção Especializada em Saúde Mental				
Objetivo		Código: 1120 - Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.				
Programa		Código: 2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) Tipo: Temático				
Unidade Orçamentária		36901 - Fundo Nacional de Saúde				
Ação Prioritária		() Sim ()Não Caso positivo: ()PAC () Brasil sem Miséria				
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
60.000.000	48.000.000	19.342.000	11.347.000	11.347.000	0	7.995.000
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Ente federativo apoiado			Unidade	27		22
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada	
41.711.216,25	16.194.430,63	428.477,60				

Em 2016 a ação 20B0 – Estruturação da Atenção Especializada em Saúde Mental teve uma dotação final de R\$ 48.000.000,00, cuja despesa empenhada foi de R\$ 19.342.000,00, representando 40,30% do total disponibilizado. Além disso, a meta física

programada (UF apoiada) para 2016 foi realizada em 81,48% (equivalente a 23 UFs). Embora 81,48% das UFs tenham sido apoiadas nem todas ações previstas para essas UFs foram atendidas gerando assim o descompasso entre a execução das metas físicas e financeiras.

Ocorreu baixa execução dos recursos devido à necessidade de remanejamento para cumprir compromissos assumidos em exercícios anteriores a 2016. O Fundo Nacional de Saúde instruiu a necessidade de Publicação de Portaria habilitando os estados e municípios a receberem em parcela única o incentivo de implantação de CAPS, Unidade de Acolhimento – UA, Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT e Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais. Com a nova orientação, somente foram publicadas 03 portarias habilitando os estados e municípios a receberem os recursos (Portaria nº 1.653 e Portaria nº 1.654 ambas de 09/09/2016, Portaria nº 2.408 de 11/11/2016). Nesse sentido, cabe explicar que 22 estados foram habilitados, portanto tiveram as propostas analisadas e aprovadas no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde – SAIPS, conforme as referidas Portarias.

Quanto ao valor de R\$ 16.194.430,63 equivalente aos Restos a Pagar não processados, deve-se esclarecer que havia uma expectativa de atender as solicitações dos municípios em repassar incentivos para implantação de novos serviços ou qualificação de CAPS, UAs, SRTs e Leitos em hospital geral, analisados e aprovados tecnicamente. Porém, as efetivações do pagamento das solicitações já aprovadas também são condicionadas pelo limite financeiro liberado para o Ministério da Saúde.

PO 0000 - Estruturação da Atenção Especializada em Saúde Mental

Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago (H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
38.000.000	26.000.000	6.650.000	25,58	6.310.000	6.310.000	94,89	94,89	0	340.000

Em 2016, no PO 0000 – Estruturação da Atenção Especializada em Saúde Mental (ação 20B0) teve uma dotação final de R\$ 26.000.000,00, cuja despesa empenhada foi de R\$ 6.650.000,00, representando 25,58% do total disponibilizado.

PO 0002 - Crack. É Possível Vencer

Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago (H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
22.000.000	22.000.000	12.692.000	57,69	5.037.000	5.037.000	39,69	39,69	0	7.655.000

Em 2016, o PO 0002 - Crack, É Possível Vencer (ação 20B0) teve uma dotação final de R\$ 22.000.000,00, cuja despesa empenhada foi de R\$ 12.692.000,00, representando 57,69% do total disponibilizado.

Emenda Individual

Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
0	10.859.155	7.078.200	1.719.890	1.719.890	0	5.358.310

Ainda, nesta ação orçamentária, houveram repasses através de emenda individual, com dotação final de R\$ 10.859.155,00, e cuja despesa empenhada foi de R\$ 7.078.200,00, representando 65,18 % do total disponibilizado.

Emenda de Bancada

Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
0	11.183.728	0	0	0	0	0

Ainda, nesta ação orçamentária, houveram repasses através de emenda de bancada, com dotação final de R\$ 11.183.728,00, e cuja despesa empenhada foi de R\$ 0,00, representando 0 % do total disponibilizado.

Além disso, também, foram repassados incentivos para implantação de novos serviços ou qualificação de CAPs, UAs, SRTs e Leitos totalizando R\$4.893.000,00, conforme tabela XLVIII:

Tabela XLVIII - Valor repassado para implantação de CAPs, SRT, UA e Leitos:

UF	Quantidade	Valor repassado
AM	9	R\$ 132.000,00
BA	20	R\$ 178.000,00
CE	3	R\$ 100.000,00
ES	6	R\$ 40.000,00
GO	20	R\$ 345.000,00
MA	25	R\$ 250.000,00
MG	9	R\$ 298.000,00
PA	3	R\$ 160.000,00
PB	1	R\$ 20.000,00
PE	45	R\$ 362.000,00
PR	7	R\$ 266.000,00
RJ	6	R\$ 180.000,00
RS	2	R\$ 50.000,00
SC	20	R\$ 112.000,00
SE	1	R\$ 70.000,00
SP	121	R\$ 2.246.000,00
TO	21	R\$ 84.000,00
Total	319	R\$ 4.893.000,00

Fonte: (CGMAD)/DAPES/SAS e SISPAG (Coordenação Geral de Execução Orçamentária, Financeira e Contábil do FNS/SE/MS)

4.3.1.3.2.2 Políticas de Atenção à Saúde Mental

Quadro XXXVI - Identificação da ação: 6233 - Implantação e Implementação de Políticas de Atenção à Saúde Mental

Identificação da Ação	
Código	Tipo: Atividade
Título	6233 - Implantação e Implementação de Políticas de Atenção à Saúde Mental
Objetivo	Código: 1120 - Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.
Programa	Código: 2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) Tipo: Temático
Unidade Orçamentária	36901 - Fundo Nacional de Saúde

Ação Prioritária		() Sim () Não Caso positivo: () PAC () Brasil sem Miséria				
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
9.000.000	9.000.000	4.531.478	4.331.558	3.215.558	1.116.000	199.920
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Ente federativo apoiado			Unidade	27		27
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira				Execução Física - Metas		
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada	
4.519.481,43	3.487.232,66	425.772,51				

Em 2016, na ação 6233 - Implantação e Implementação de Políticas de Atenção à Saúde Mental teve uma dotação final de R\$ 9.000.000,00, cuja despesa empenhada foi de R\$ 4.531.478,00, representando 50,35% do total disponibilizado. Além disso, a meta física programada para 2016 foi realizada em 100% com várias ações efetivadas no âmbito dessa temática.

A meta física foi alcançada em 100% devido ao apoio proporcionado aos estados e municípios para qualificação dos serviços, dos gestores e das equipes de saúde, direcionados à implementação dos princípios, diretrizes e dispositivos da política de atenção à saúde mental, bem como para ampliar a rede de cuidados às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental.

Para esta ação orçamentária estavam previstas as realizações de 02 termos de cooperação técnica, 01 evento e 06 publicações. Entretanto, só foram efetivamente aprovados o repasse para os TEDs 64/2015 e 83/2015, o restante das atividades propostas não foram aprovadas pelos gestores do Ministério, o que impactou na baixa execução orçamentária e financeira.

4.3.1.3.2.3 Programa De Volta Pra Casa

A Política Nacional de Saúde Mental tem como marco legal a promulgação da Lei nº 10.216, de 06/04/2001. O art. 5º da mencionada lei afirma que:

“O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.”

A Lei nº 10.708, de 31/07/2003, instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de usuários acometidos de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longa permanência. A instituição do Programa “De Volta Para Casa” consiste em uma ação, dentre outras, articulada aos processos de Reabilitação Psicossocial que favorecem os percursos de produção de autonomia e da contratualidade social, assim como de construção de novas possibilidades para projetos de vida, com vistas a garantir a efetiva participação e inclusão social. A Lei nº 10.708/2003 e Portaria GM/MS nº 2.077, de 31/10/2003, a qual regulamenta a Lei, estabelecem que sejam considerados possíveis beneficiários do PVC.

“Todas as pessoas portadoras de transtorno mental que estejam comprovadamente internadas em hospital psiquiátrico por período ininterrupto igual ou superior a dois anos”.

O acesso ao benefício do PVC é uma medida que atende a um segmento da população brasileira quase integralmente desprovido de meios de amparo social e dos benefícios assegurados na legislação que dispõe sobre o bem-estar social e proteção do trabalho. De um modo geral, são pessoas cuja trajetória de vida é marcada pela perda de vínculos ou dificuldades sócio-econômicas de suas famílias de origem. Ademais, o benefício é um direito adquirido, instituído em lei desde 2003, além de ser parte integrante do programa de Reabilitação Psicossocial desses beneficiários, é medida indissociável de uma política responsável e humana de desinstitucionalização.

Quadro XXXVII - Identificação da ação: 20AI - Auxílio-Reabilitação Psicossocial aos Egressos de Longas Internações Psiquiátricas no Sistema Único de Saúde (De Volta Pra Casa)

Identificação da Ação						
Código		Tipo: Atividade				
Título		20AI - Auxílio-Reabilitação Psicossocial aos Egressos de Longas Internações Psiquiátricas no Sistema Único de Saúde (De Volta Pra Casa)				
Objetivo		Código: 1126 Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.				
Programa		Código: 2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) Tipo: Temático				
Unidade Orçamentária		36901 - Fundo Nacional de Saúde				
Ação Prioritária		() Sim ()Não Caso positivo: ()PAC () Brasil sem Miséria				
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
24.700.000	24.700.000	23.287.408	21.938.904	21.938.904	0	1.348.504
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Pessoa beneficiada			Unidade	5.780		4.445
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada	
41.377,29	39.583,06	0,00				

Em 2016, a ação 20AI - Auxílio-Reabilitação Psicossocial aos Egressos de Longas Internações Psiquiátricas no Sistema Único de Saúde (De Volta Pra Casa) teve uma dotação final de R\$ 24.700.000,00, cuja despesa empenhada foi de R\$ 23.287.408,00, representando 94,28% do total disponibilizado. Além disso, a meta física programada para 2016 foi realizada em 76,90% com várias ações efetivadas no âmbito dessa temática.

Para receber o auxílio, o beneficiário deve ser egresso de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, além da indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social. Graças a um convênio entre Ministério da Saúde e Caixa Econômica Federal, o pagamento é feito diretamente aos beneficiários, que recebem um cartão magnético com o qual podem sacar e movimentar estes recursos, mensalmente.

No ciclo de dezembro de 2016, conforme consulta ao sistema do PVC, desde o dia subsequente à data de apuração do número de beneficiários (maio/2015) que foi considerada como linha de base para a meta (PPA) até a data de 22/12/2016, foram acrescidos 359 novos beneficiários. Este número inclui o passivo de maio de 2015 até dezembro de 2016, pois o número de base (4.445) foi considerado em maio. O valor financeiro executado foi de R\$21.972.271,72 (SISPAG).

As principais dificuldades identificadas durante o período de 2016, se relacionam ao Sistema e a Gestão do Programa; necessidade de qualificação das Referências Técnicas (RT's) dos municípios e; redução do quadro de profissionais da área técnica.

Além disso, a conta do PVC sofreu 3 (três) bloqueios judiciais que incidiram entre os meses de junho e julho de 2016 o que acarretou no atraso do pagamento dos benefícios dos meses de junho, julho e agosto de 2016, causando inúmeros transtornos e prejuízo social. No mês de dezembro/2016 incidiu novo bloqueio judicial na conta do PVC, no entanto, este não acarretou em atraso no pagamento do benefício. Informa-se que em 23/12/2016 foi realizado o cadastro de 14 novos beneficiários, os quais não constaram na Folha de Dezembro/2016 e sim na de Janeiro/2017. Foram realizadas, antes da emissão da Folha de Dezembro/2016 várias suspensões de cadastros considerando a devolutiva da CEF de contas bancárias bloqueadas ou inválidas.

Os desafios para 2017 são: atingir a meta de 50 novos cadastramentos/mês; organização das solicitações de novos cadastros que apresentavam pendências; realização de levantamento e priorização das necessidades de evolução do sistema; elaboração de novos fluxos para recebimento das fichas de cadastro; realizar controle mais sistemático das informações de óbito e seu lançamento no sistema; atualização da versão do site, pelo DATASUS e inclusão da solicitação de benefício do PVC por meio de sistema eletrônico a exemplo do SAIPS; aprimorar o processamento/transmissão dos dados da Folha de Pagamento (a Caixa Econômica Federal (CEF), DAPES e DATASUS); constituir uma Comissão Gestora do Programa, composta por um grupo de profissionais da Coordenação, para deliberar sobre a aplicação das normas de concessão do benefício em casos específicos, extraindo também procedimentos gerais; realizar videoconferência com os coordenadores estaduais e municipais de Saúde Mental, bem como RT's municipais do PVC enquanto uma ação para qualificação da atuação das RT's do PVC; enfim, criar instrumentos que impeçam o bloqueio judicial da conta do PVC.

Identificação da ação: 8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade.

8585 PO 000F - Rede de Atenção Psicossocial – RAPS/Crack

Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago (H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
982.508.000	1.092.562.800	1.092.413.189	99,99%	1.086.702.487	1.086.573.365	99,48%	99,47%	129,122	0

Em 2016, a PO 000F ação de Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade - Saúde Mental (8585 PO 000F) teve uma dotação final de R\$ 1.092.562.800,00, cuja despesa empenhada foi de R\$ 1.092.413.189,00, representando 99,99% do total disponibilizado.

8585 PO 0002 - Crack, É Possível Vencer

Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
119.350.569	161.555.569	161.504.701	99,97%	161.504.701	159.329.183	100%	98,65%	2.175.518	0

Em 2016, a PO 0002 da ação de Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade teve uma dotação final de R\$ 161.555.569,00, cuja despesa empenhada foi de R\$161.504.701,00, representando 99,97 % do total disponibilizado.

8535 PO 0009 - Crack, é Possível Vencer

Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
23.390.028	38.095.028	35.392.995	92,91%	31.300.000	31.300.000	88,44%	88,44%	0	4.092.995

Em 2016, a PO 0009 da ação Estruturação de Unidades de Atenção Especializada teve uma dotação final de R\$38.095.028,00, cuja despesa empenhada foi de R\$35.392.995,00 representando 92,91% do total disponibilizado.

As propostas de construção via programa são repassadas em três parcelas, sendo 20% do valor total na primeira parcela, 60% na segunda e os restantes 20% na terceira. Em 2016, foram repassadas as segundas e terceiras parcelas de diversas propostas de CAPSad III e UA, distribuídas da seguinte forma:

Tabela XLIX - Valor da 3ª parcela repassado para construção de CAPSad III e UA

UF	CAPS AD	CAPS I	UAA	UAI	Total Geral
PI	R\$ 160.000,00	R\$ 160.000,00			R\$ 320.000,00
TO	R\$ 200.000,00				R\$ 200.000,00
Total Geral	R\$ 3600.000,00	R\$ 160.000,00			R\$ 520.000,00

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD)/DAPES/SAS, Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), SISPAG (Coordenação Geral de Execução Orçamentária, Financeira e Contábil do Fundo Nacional de Saúde – FNS/SE/MS)

Tabela L - Valor da 2ª parcela repassado para construção de CAPSad III e UA

UF	CAPS AD III	CAPS III	UAA	UAI	Total Geral
AL	R\$ 2.400.000,00		R\$ 1.800.000,00	R\$ 1.200.000,00	R\$ 5.400.000,00
AP				R\$ 300.000,00	R\$ 300.000,00
BA	R\$ 2.400.000,00		R\$ 300.000,00	R\$ 300.000,00	R\$ 3.000.000,00
CE	R\$ 600.000,00		R\$ 600.000,00	R\$ 300.000,00	R\$ 1.500.000,00
GO	R\$ 2.400.000,00			R\$ 1.200.000,00	R\$ 3.600.000,00
MA				R\$ 300.000,00	R\$ 300.000,00

MG	R\$ 3.600.000,00		R\$ 1.200.000,00	R\$ 1.500.000,00	R\$ 6.300.000,00
MS	R\$ 600.000,00				R\$ 600.000,00
MT	R\$ 600.000,00		R\$ 300.000,00		R\$ 900.000,00
PA			R\$ 300.000,00	R\$ 300.000,00	R\$ 600.000,00
PB	R\$ 1.800.000,00		R\$ 300.000,00	R\$ 300.000,00	R\$ 2.400.000,00
PE	R\$ 600.000,00			R\$ 300.000,00	R\$ 900.000,00
PI				R\$ 300.000,00	R\$ 300.000,00
PR	R\$ 600.000,00				R\$ 600.000,00
RN	R\$ 600.000,00				R\$ 600.000,00
SC			R\$ 300.000,00		R\$ 300.000,00
SE	R\$ 1.200.000,00		R\$ 300.000,00		R\$ 1.500.000,00
SP	R\$ 1.800.000,00		R\$ 300.000,00		R\$2.100.000,00
TO	R\$ 1.200.000,00				R\$1.200.000,00
Total Geral	R\$ 20.400.000,00		R\$ 5.700.000,00	R\$ 6.300.000,00	R\$ 32.400.000,00

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD)/DAPES/SAS, Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), SISPAG (Coordenação Geral de Execução Orçamentária, Financeira e Contábil do Fundo Nacional de Saúde – FNS/SE/MS)

Tabela LI - Valor de terceira parcela repassado de 2016 para construção de CAPSad III e UA

UF	CAPS AD III	CAPS III	UAA	UAI	Total Geral
PE			R\$100.000,00		R\$ 100.000,00
PI				R\$100.000,00	R\$ 100.000,00
SP	R\$ 200.000,00				R\$ 200.000,00
Total Geral	R\$ 200.000,00		R\$ 100.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 400.000,00

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD)/DAPES/SAS, Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), SISPAG (Coordenação Geral de Execução Orçamentária, Financeira e Contábil do Fundo Nacional de Saúde – FNS/SE/MS)

4.3.1.3.3 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A área técnica tem como principal foco a formulação das políticas públicas de saúde no campo das deficiências, bem como o financiamento e o apoio técnico aos Estados e Municípios.

Com o lançamento do **Viver Sem Limite: Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência**, a área técnica coordenou o eixo da saúde, instituindo a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2012. A partir daí, a área técnica estabeleceu o eixo da saúde do Viver Sem Limite como agenda estratégica, desenvolvendo ações intra e intersetoriais, envolvendo diversas áreas técnicas, secretarias e ministérios.

População com Deficiência no Brasil: 45.606.048 (Fonte: IBGE 2010).

População com Deficiência no Brasil Categoria “não consegue de modo algum”: 4.196.539 (Fonte: IBGE 2010). **População Total Beneficiada pela Rede:** 3.297.325 milhões de pessoas beneficiadas³⁴ anualmente.

³⁴ O número de pessoas assistidas pela implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi calculado a partir dos dados do IBGE, com o recorte do número de pessoas com deficiência da categoria IBGE "não conseguem de modo algum" subtraindo 25% dessa população, uma vez que considera-se 75% da população de pessoas com deficiência na categoria IBGE "não consegue de modo algum" como SUS dependentes. Considerando como pessoas beneficiadas aquelas naqueles estados contemplados com habilitação/em funcionamento de Centros Especializado em Reabilitação e Oficinas Ortopédicas. A meta foi atingida com a implementação da Rede em 27 Estados.

Ações da Rede em 2016:

- **134** Centros Especializados em Reabilitação (CERs) monitorados. **52** CERs habilitados, totalizando **186** estabelecimentos habilitados em 27 estados e 132 municípios: **9.449.087** procedimentos de reabilitação realizados; (Fonte: SIASUS Jan a Out 2016) **24** Oficinas Ortopédicas monitoradas. **9 Oficinas Ortopédicas** habilitadas, totalizando **33** estabelecimentos habilitados em 17 estados e 24 municípios: **97.763** procedimentos de dispensação, de confecção, de adaptação e de manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM); (Fonte: SIASUS Jan a Out 2016)

Em 2016, foram realizadas **4.237.059** concessões de OPMs não cirúrgicas nas modalidades de reabilitação visual, física, auditiva e gastroentereológica no Brasil; (Fonte: SIASUS Jan a Out 2016)

- Novas incorporações de OPM: **37.409** procedimentos realizados, sendo **2.168** concessões de Sistema de Frequência Modular para estudantes com deficiência auditiva e **11.380** concessões de cadeiras de rodas; (Fonte: SIASUS Jan a Out 2016).

- Cobertura de Triagem Neonatal Auditiva (teste da orelhinha): **30,37%** dos recém nascidos vivos triados; (Fonte: SIA/SINASC 2015).

- **75** equipamentos adquiridos para Triagem Neonatal Auditiva nas Maternidades: 50 adquiridos, 5 em fase de aquisição e 20 solicitações em fase de licitação (Fonte: Planilha interna da Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPES/SAS/MS – Out 2016)

- Cobertura de Triagem Neonatal Biológica (teste do pezinho): 83,57%. dos recém nascidos vivos triados; (Fonte: SIA/SINASC 2015)

Quadro XXXVIII - Identificação da ação: 20YI PO 0006 - Implementação de Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência

Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago (H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
21.376.000	21.376.000	15.634.628	73,14	14.243.738	14.243.738	91,10	91,10	0	1.390.890

No exercício de 2016, a ação de Implementação de políticas de atenção à saúde da pessoa com deficiência teve uma dotação inicial de R\$ 21.376.000,00 cuja despesa empenhada foi de R\$ 15.634.628,00, representando 73,14% do total disponibilizado. Para cada uma das atividades previstas nessa funcional programática foram programadas as metas físicas descritas a seguir:

➤ Equipamentos de Centros Especializados em Reabilitação

Em 2016, foram empenhadas e pagas nove solicitações cadastradas nos exercícios de 2014 e 2015 que tratam de ações iniciadas em exercícios anteriores e são destinadas para estabelecimentos de saúde construídos com financiamento federal com previsão de início de funcionamento no 1º semestre de 2017.

➤ Aquisição de equipamentos acessíveis nas Unidades de Saúde para mulheres com deficiência

Em 2016, tentou-se sem êxito criar o Plano Orçamentário para aquisição dos equipamentos acessíveis para as Unidades Básicas de Saúde. Em 2017, a estratégia será rediscutida com o Departamento de Atenção Básica.

➤ **Aquisição de veículos adaptados acessíveis para transporte sanitário de Pessoa Com Deficiência**

Em 2016, iniciou-se a elaboração da Ata de Registro de preço para aquisição dos veículos adaptados. A previsão é que seja concluída em 2017.

➤ **Elaboração e Publicação de duas Diretrizes de Atenção à Saúde da PCD**

Foram publicadas em 2016 duas diretrizes para o cuidado, sendo que sua distribuição está prevista para o ano de 2017:

- “*Diretriz de Atenção à Pessoa com Síndrome Pós-Poliomielite*”;
- “*Diretrizes de Estimulação Precoce - Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor*”.

➤ **Triagem Neonatal – Componente Auditivo (Teste da Orelhinha)**

Das 75 solicitações de equipamento monitoradas para o teste da orelhinha em maternidades, que foram aprovadas em 2012, 50 equipamentos foram adquiridos, cinco equipamentos estão em fase de aquisição e 20 solicitações de equipamento estão em fase de licitação.

Ainda em 2016, deu-se continuidade à elaboração do novo Termo de Referência para os equipamentos da Triagem Auditiva Neonatal (TAN). No entanto, foi interrompido por causa do dissenso entre as Sociedades e Conselhos Profissionais na discussão da proposta do Ministério da Saúde para aproximar dos 100% de cobertura, quanto às categorias profissionais que poderiam realizar o teste. Em 2017, será retomada a discussão da TAN com as Sociedades e Conselhos Profissionais e finalizada a proposta do Ministério da Saúde.

➤ **Oficinas ortopédicas Itinerantes**

Em 2016, foi iniciado estudo técnico a fim de reavaliar a aquisição prevista no Termo de Referência diante do fracasso nas duas licitações para aquisição das Oficinas Ortopédicas Fluviais realizadas em 2014 e 2015, revisando inclusive a viabilidade técnica deste serviço itinerante na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Ainda em 2016, foram doadas e entregues aos gestores quatro Oficinas Ortopédicas Terrestres que haviam sido adquiridas em 2015.

➤ **Formação de profissionais ortesistas e protesistas**

Em 2016, foi aprovada pela CGSPCD a proposta de firmar o Termo de Execução Descentralizada (TED) com o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/FIOCRUZ) para formação técnica dos profissionais que atuam nas Oficinas Ortopédicas. No entanto, a proposta não foi empenhada. Em 2017, a estratégia para viabilizar a formação técnica dos profissionais ortesistas e protesistas será rediscutida com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde (SGTES), visando apoiar os gestores locais com obras a serem concluídas em 2017 que não dispõem desses profissionais para iniciar o funcionamento do serviço.

➤ **Capacitação de profissionais de saúde para atendimentos das pessoas com deficiência**

No âmbito do “**Plano Nacional de Combate ao Aedes Aegypti e suas consequências**”, 3 cursos por Educação a Distância (EaD) foram elaborados e disponibilizados a fim de capacitar os profissionais de saúde da RAS para atender pessoas com deficiência:

- “*Qualificação em triagem ocular*” para qualificação dos médicos para triagem ocular neonatal ou teste do olhinho: **1.204** profissionais matriculados (**904** concluíram e **300** em curso). (dados do relatório AVASUS)
- “*Estimulação Precoce*” para instrumentalização dos profissionais das Redes de Atenção à Saúde do SUS, contribuindo no atendimento por meio da estimulação precoce de crianças de 0 a 3 anos de idade com alterações do desenvolvimento neuropsicomotor: **14.238** matriculados (**3.366** concluíram e **10.872** em curso). (dados do relatório AVASUS)
- “*A importância do brincar e da participação familiar para o desenvolvimento infantil*” para discutir a importância do brincar e da participação da família para o processo de estimulação precoce das crianças com Síndrome Congênita do Vírus Zika e/ou outras condições, agravos de saúde que interfiram no desenvolvimento neuropsicomotor: foram **2.316** matriculados (**1.524** concluíram e **792** em curso). Disponibilizado para a população geral, além dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde. (dados do relatório AVASUS)

Perspectivas para 2017

Conforme PPA, para o ano de 2017 estão previstas, no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, as seguintes ações:

- Habilitação de 29 novos CER e de 21 novas Oficinas Ortopédicas;
- Aprovação de 57 propostas de equipamentos para CER, 10 propostas de equipamentos para Oficina Ortopédica Fixa;
- Aquisição de 5 Oficinas Itinerantes Terrestres e 2 Oficinas Itinerantes Fluviais;
- Reforço de empenho e pagamento de parcelas de 123 obras de CER e Oficina Ortopédica Fixa aprovadas em anos anteriores;
- Aquisições de 44 veículos adaptados acessíveis para transporte sanitário de PCD;
- Equipar 100 maternidades para realizar Triagem Auditiva Neonatal (TAN);
- Publicação de três novas diretrizes, a saber:
 - “*Diretrizes de Atenção à Saúde da Mulher com Deficiência e Mobilidade Reduzida*”;
 - “*Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa Idosa*”;
 - “*Diretrizes de Atenção à Pessoa Ostomizada*”.
- Elaboração e disponibilização dos módulos da TAN e da Triagem Ocular Neonatal (TON) no SISNEO;
- Pactuação do novo Marco Normativo do Programa Nacional de Triagem Neonatal;
- Formação de 400 profissionais ortesistas e protesistas para atuar nas Oficinas Ortopédicas na concessão, confecção, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção;
- Aquisição de 109 equipamentos acessíveis para equipar Unidades de Saúde para o atendimento a mulheres com deficiência;
- Promover espaços de apoio técnico e debates sobre o Programa BPC na Escola junto aos gestores da saúde locais, visando ampliar o acesso dos beneficiários do BPC Escola aos Centros de Reabilitação e à concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.

Quadro XXXIX - Identificação da ação: 8535 PO 0004 - Viver Sem Limite

Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago (H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
127.775.093	107.875.093	100.522.443	93,18	84.460.922	84.422.072	84,02	83,98	38.850	16.061.521

Execução Física				
Descrição da meta	Unidade de medida	Montante		
		Previsto	Reprogramado	Realizado
Unidade Estruturada ³⁵	Unidade	20	-	12

Em 2016, a PO 0004 da ação Estruturação de Unidades de Atenção Especializada teve uma dotação final de R\$ 107.875.093 cuja despesa empenhada foi de R\$ 100.522.443, representando 93,18% do total disponibilizado.

No tocante ao elevado valor de Restos a Pagar não Processados a ação 8535 financia obras realizadas por meio de contratos de repasse e transferências fundo a fundo, assim como convênios e transferências fundo a fundo para aquisição de equipamentos que interferem no nível de pagamento dos empenhos realizados em exercícios anteriores.

Para cada uma das atividades previstas nesta funcional programática foram programadas as metas físicas descritas a seguir:

➤ Centros Especializados em Reabilitação (CER) - Construção/Reforma/Ampliação

Em 2016, 16 propostas de construções de CER foram aprovadas, com pagamento da 1ª parcela (10%). 74 construções, 16 reformas e 20 ampliações de CERs, que foram aprovadas entre os anos de 2012 a 2015, foram monitoradas. Foram totalizadas 90 construções de CER aprovadas (74 aprovadas entre 2012 e 2015 e 20 aprovadas em 2016). Dessas propostas, no exercício de 2016, foram pagas a primeira parcela de 19 obras, a segunda parcela de 29 obras e a terceira parcela de seis obras. Ainda em relação às obras, foram canceladas 21 propostas no Sistema de Monitoramento de Obras - SISMOB (15 obras por decurso de prazo e seis obras por solicitação do gestor), interferindo no alcance da meta física.

Das 45 obras de CER em andamento, a previsão é que sejam concluídas em 2017, sendo 12 propostas no Sistema de Convênios (SICONV) e 33 propostas no SISMOB. Um dos fatores que dificultou a finalização dessas obras no exercício de 2016 foi a demora no pagamento das parcelas pelo Ministério da Saúde, influenciando no tempo de execução da obra cadastrada no SISMOB. Além disso, gestores locais enfrentaram outras dificuldades em cumprir o prazo para inserção da ordem de serviço e o atestado de conclusão, tais como: problemas no terreno, curto intervalo entre a inserção da ordem de serviço no SISMOB e o prazo para conclusão da obra, a dificuldades no processo licitatório, dificuldades técnicas de

³⁵ O produto unidade estruturada se refere à conclusão da obra no âmbito da Rede de Cuidados da Pessoa Com Deficiência: 2 propostas SICONV e 10 propostas SISMOB, totalizando 12 obras concluídas.

execução da obra e necessidade de interrupção da obra de ampliação do CER durante horários de atendimento aos usuários do serviço. Por fim, essas dificuldades, resultaram na prorrogação do prazo por meio da Portaria GM/MS nº 19, de 07 de janeiro de 2016. Apesar de a CGSPCD ter tramitado a prorrogação de prazo em julho de 2016, sua publicação ocorreu apenas em dezembro por meio da Portaria GM/MS nº 2.777, provocando paralisação de obras e atrasos nas entregas de serviços.

➤ **Oficinas Ortopédicas – Construção/Reforma**

Em 2016, foram monitoradas 1 (uma) reforma e 36 construções de Oficinas Ortopédicas Fixas aprovadas entre os anos de 2012 a 2014. Dessas propostas, em 2016, seis obras receberam 2ª parcela e uma obra a 3ª parcela. 17 propostas foram canceladas no Sistema de Monitoramento de Obras - SISMOB (11 obras por decurso de prazo e seis obras por solicitação do gestor), interferindo no alcance da meta física.

Das oito obras de Oficina em andamento, a previsão é que sejam concluídas em 2017, sendo uma proposta no Sistema de Convênios (SICONV) e sete propostas no SISMOB. Um dos fatores que dificultou a finalização dessas obras no exercício de 2016 foi a demora no pagamento das parcelas pelo Ministério da Saúde, influenciando no tempo de execução da obra cadastrada no SISMOB. Além disso, gestores locais enfrentaram outras dificuldades em cumprir o prazo para inserção da ordem de serviço e o atestado de conclusão, tais como: problemas no terreno, curto intervalo entre a inserção da ordem de serviço no SISMOB e o prazo para conclusão da obra, a dificuldades no processo licitatório, dificuldades técnicas de execução da obra e problemas na complementação de recursos para executar a obra. Por fim, essas dificuldades, resultaram na prorrogação do prazo por meio da Portaria GM/MS nº 19, de 07 de janeiro de 2016. Apesar de a CGSPCD ter tramitado a prorrogação de prazo em julho de 2016, sua publicação ocorreu apenas em dezembro por meio da Portaria GM/MS nº 2.777, provocando paralisação de obras e atrasos nas entregas de serviços.

➤ **Equipamentos de Centros Especializados em Reabilitação e Oficinas Ortopédicas Fixas**

Em 2016, foram empenhadas 26 solicitações de equipamentos cadastradas em 2015 e 2016 para CER e Oficina, sendo que 25 delas se referem de ações iniciadas em exercícios anteriores e são destinadas para estabelecimentos de saúde construídos com financiamento federal com previsão de início de funcionamento em 2017.

a) Atividades desenvolvidas na funcional programática 8585 – PO 0006,

Quadro XL - Identificação da Ação: 8585 PO 0006 – Viver sem Limites

Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
230.200.799	405.352.799	405.027.420	99,92	399.481.681	399.374.458	98,63	98,60	107.223	5.545.739

Execução Física				
Descrição da meta	Unidade de medida	Montante		
		Previsto	Reprogramado	Realizado

Procedimento Realizado³⁶	Unidade	11.329.640	-	9.546.850

Em 2016, a ação de Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade no âmbito do Viver sem Limite teve uma dotação inicial de R\$ 230.200.799,00. Recebeu suplementação de R\$ 175.152.000,00, totalizando um orçamento de R\$ 405.352.799,00. Foram executados 99,92% da funcional programática 8585 – PO 0006. Para cada uma das atividades previstas nesta funcional programática foram programadas as metas físicas descritas a seguir:

➤ **Triagem Neonatal Auditiva - Teste da Orelhinha**

No ano de 2016, foi realizado o monitoramento da produção dos serviços. A previsão é que novo marco normativo do Programa Nacional de Triagem Neonatal seja validado e pactuado em 2017.

➤ **Órteses, Próteses e Materiais Especiais – ambulatoriais – não relacionados ao ato cirúrgico.**

No ano de 2016, foram monitorados 22 novos procedimentos incorporados à tabela de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção (OPM), por meio das Portarias GM/MS 1.272, GM/MS 1.274/2013 e GM/MS 2723/2014. Nesse monitoramento, identificou-se que foram registrados **37.409** procedimentos dessas novas incorporações de OPM, ainda em Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

Destaca-se que esta produção é ainda aquém do esperado para a necessidade e demanda de usuários do SUS, uma vez que os gestores municipais e estaduais tiveram dificuldades para a aquisição e concessão das novas incorporações. Diante disso, a CGSPCD/DAPES/SAS/MS está discutindo internamente a prorrogação das portarias.

➤ **Custeio de Oficinas Ortopédicas Fixas, Itinerantes Fluviais e Terrestres**

Em 2016, foram habilitadas, ou seja, estão funcionando nove Oficinas Ortopédicas, sendo duas Fixas e sete Itinerantes Terrestres. Ainda em 2016, foram monitoradas 24 oficinas ortopédicas fixas habilitadas entre os anos 2013 a 2014, totalizando 33 Oficinas Ortopédicas habilitadas que atendem pessoas com deficiência.

➤ **Custeio de Centros Especializados em Reabilitação**

Em 2016, 52 CERs foram habilitados, ou seja, iniciaram o funcionamento e 136 CER, habilitados entre os anos 2013 a 2015, monitorados. Sendo que dois CERs foram desabilitados, ou seja, deixaram de funcionar e dois CERs ampliaram as modalidades de deficiência atendidas. Por fim, totalizaram-se **186** CERs habilitados que atendem pessoas com deficiência. Vale informar que foram aprovados, ainda em 2016, seis CERs, mas que aguardam a publicação das portarias de habilitação.

4.3.1.3.4 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

A implementação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas se dá por meio da organização e operacionalização de linhas de cuidado específicas, considerando os agravos de maior magnitude de cada região de saúde ou estado.

Durante o ano de 2016 realizou-se apoio aos estados brasileiros com o intuito de fortalecer e implementar a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, principalmente no que diz respeito à Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. As ações realizadas visaram à organização da rede, à garantia e a qualificação do acesso às ações e serviços de saúde para os pacientes com câncer.

Ações orçamentárias relacionadas:

Quadro XLI- Ação 8535 PO 000A – Doenças Crônicas

Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
5.000.000	5.000.000	4.128.472	82,57	0	0	0,00	0,00	0	4.128.472

Em 2016, o PO 000A da ação Estruturação de Unidades de Atenção Especializada teve uma dotação final de R\$ 5.000.000,00 cuja despesa empenhada foi de R\$ 4.128.472,00 representando 82,57% do total disponibilizado.

No tocante ao elevado valor de Restos a Pagar não Processados a ação 8535 financia obras realizadas por meio de contratos de repasse e transferências fundo a fundo, assim como convênios e transferências fundo a fundo para aquisição de equipamentos que interferem no nível de pagamento dos empenhos realizados em exercícios anteriores.

Quadro XLII- Ação 20YI PO 000E – Implementação da Política de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
2.940.000	2.940.000	0	0,00	0	0	0	0	0	0

Em 2016, o PO 000E da ação Implementação de Políticas de Atenção à Saúde teve uma dotação final de R\$ 2.940.000,00 cuja despesa empenhada foi de R\$ 0,00 representando 0,00% do total disponibilizado.

Apesar da não execução orçamentária dessa ação, as metas previstas foram alcançadas. A área técnica desenvolveu diversas ações de apoio aos estados: reuniões por meio de videoconferências, envio de ofícios para monitoramento das ações. As atividades desenvolvidas não implicaram custos diretos para a referida ação orçamentária. O apoio aos estados para implantação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas se deu por meio da realização de visitas técnicas às secretarias, a hospitais e/ou serviços a serem habilitados.

Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer

A atenção oncológica deve ocorrer de forma integrada envolvendo ações de saúde preventiva, associada à atenção básica, a alta densidade tecnológica aplicada ao diagnóstico e ao tratamento do câncer, sendo o tratamento relacionado à assistência de alta complexidade que inclui a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia. Especificamente em relação ao tratamento do câncer, existem atualmente 296 (duzentos e noventa e seis) estabelecimentos habilitados em alta complexidade em oncologia pelo Ministério da Saúde, que realizam os procedimentos necessários ao diagnóstico e tratamento dos diversos tipos de câncer. No ano de 2016 foram habilitados 15 novos hospitais e realizadas nove alterações de habilitação de hospitais, conforme pode ser observado no Quadro abaixo:

Quadro XLIII – Estabelecimentos de saúde habilitados e com alteração de habilitação em alta complexidade em oncologia, 2016.

UF	Município	Estabelecimento	Habilitação	Situação
AM	Manaus	Instituto de Mama do Amazonas - Sensumed e Hospital Universitário Getúlio Vargas. Formação de complexo com a FCECON	Unacon com Serviços de Radioterapia, de Hematologia e de Oncologia Pediátrica	Nova Habilitação
BA	Vitória da Conquista	Serviço de Assistência Médica de Urgência - SAMUR	UNACOM com Serviço de Radioterapia	Nova Habilitação
BA	Salvador	Hospital Santo Antonio	Unacon com Serviço de Radioterapia	Alteração
DF	Brasília	Hospital Regional de Taguatinga	UNACON	Alteração
ES	Colatina	Hospital Maternidade São José	Unacon	Nova Habilitação
ES	Linhares	Hospital Rio Doce	Unacon	Nova Habilitação
MA	Imperatriz	Hospital São Rafael e Oncoradium	Unacon com Serviço de Radioterapia	Alteração
MG	Itabira	Hospital Nossa Senhora das Dores	Unacon	Nova Habilitação
MG	Teófilo Otoni	Hospital Bom Samaritano	Unacon	Nova Habilitação
MG	Alfenas	Santa Casa de Alfenas	Unacon com Serviços de Radioterapia e Hematologia	Alteração
PI	Parnaíba	Maternidade Dr. Marques Bastos e Hospital Infantil Dr. Mirócles Vêras	Unacon	Nova Habilitação
PR	Campo Largo	Hospital do Rocio	Unacon	Nova Habilitação
PR	Umuarama	UOPECCAN	Unacon com Serviço de Hematologia	Nova Habilitação
PR	Arapongas	Hospital Regional São João de Freitas	Unacon com Serviço de Hematologia	Alteração
RJ	Barra Mansa	Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa	Unacon com Serviços de Radioterapia e Hematologia	Nova Habilitação
RJ	Rio de Janeiro	Hospital Estadual Transplante Câncer e Cirurgia Infantil	Unacon Exclusiva de Oncologia Pediátrica	Nova Habilitação
RJ	Campos do Goytacazes	Hospital Escola Álvaro Alvim	Unacon com Serviço de Radioterapia	Alteração
RJ	Volta Redonda	Hospital Jardim Amália	Unacon com Serviço de Radioterapia	Alteração
RN	Mossoró	Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer - LMECC	Unacon com Serviço de Radioterapia	Nova Habilitação
RS	Taquara	Hospital Bom Jesus	UNACON	Nova Habilitação
RS	Caxias do Sul	Hospital Geral do Município de Caxias do Sul	Unacon com Serviços de Hematologia, Oncologia Pediátrica e Radioterapia	Alteração
SC	Lages	Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos	Unacon com Serviço de Radioterapia	Alteração

SP	Guaratinguetá	Santa Casa de Guaratinguetá	Unacon	Nova Habilitação
SP	Jales	Fundação PIO XII	Unacon com Serviço de Radioterapia	Nova Habilitação

Fonte: CGAE/DAET/SAS/MS, fevereiro de 2017.

De acordo com dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), extraídos em janeiro de 2017, no decorrer do ano de 2016, foram realizadas 266.963 cirurgias para câncer, 2.692.494 procedimentos quimioterápicos e 9.452.820 procedimentos radioterápicos. Esses procedimentos de tratamento representaram um valor de R\$ 2.708.684.801,17.

Ações orçamentárias relacionadas:

Quadro XLIV - Ação 8535 PO 0007 – Controle do Câncer

Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
16.436.236	42.569.236	29.165.045	68,51	10.064.374	10.064.374	34,51	34,51	0	19.100.671

Em 2016, o PO 0007 da ação Estruturação de Unidades de Atenção Especializada teve uma dotação final de R\$ 42.569.236,00 cuja despesa empenhada foi de R\$ 29.165.045,00 representando 68,51% do total disponibilizado.

Os valores alocados no referido PO foram previstos para serem empregados no Plano de Expansão de Radioterapia do SUS e na celebração de convênios.

No tocante ao elevado valor de Restos a Pagar não Processados a ação 8535 financia obras realizadas por meio de contratos de repasse e transferências fundo a fundo, assim como convênios e transferências fundo a fundo para aquisição de equipamentos que interferem no nível de pagamento dos empenhos realizados em exercícios anteriores.

Quadro XLV - Ação 8585 PO 0008 – Controle de Câncer (atualizar tabela)

Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
276.240.959	442.889.959	442.775.345	99,97	436.660.890	436.143.759	98,62	98,50	517.131	6.114.455

Em 2016, o PO 0008 da ação Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade teve uma dotação final de R\$ 442.889.959,00 cuja despesa empenhada foi de R\$ 442.775.345,00 representando 99,97% do total disponibilizado. Informa-se que os valores empenhados nesse PO contemplam as ações de diagnóstico e tratamento para os diversos tipos de câncer.

No tocante ao elevado valor de Restos a Pagar não Processados a ação 8535 financia obras realizadas por meio de contratos de repasse e transferências fundo a fundo, assim como convênios e transferências fundo a fundo para aquisição de equipamentos que interferem no nível de pagamento dos empenhos realizados em exercícios anteriores.

Câncer de Mama

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 25 a 30% das mortes por câncer de mama na população entre 50 a 69 anos podem ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional que garantam alta cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado. De acordo com dados extraídos em janeiro de 2017 do SIA, no ano de 2016 foram realizadas 3.346.428 mamografias bilateral para rastreamento. Dessas, 2.299.169 mamografias foram realizadas na população de 50 a 69 anos. A quantidade total de mamografias bilateral para rastreamento realizadas representou um montante gasto de R\$ 152.123.321,25.

O Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) compõe o Componente Atenção Especializada da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e tem como objetivo fortalecer as ações voltadas ao diagnóstico precoce, à confirmação diagnóstica e ao tratamento especializado do câncer de mama. Esse serviço pode, ainda, integrar a Linha de Cuidado do Câncer de Mama. Os estabelecimentos habilitados como SDM fazem jus ao percentual de incremento financeiro dos procedimentos listados em portaria. Além do percentual de incremento no custeio dos procedimentos, a portaria institui incentivo financeiro de investimento para a aquisição de equipamentos e materiais permanentes e/ou para a ampliação dos estabelecimentos públicos de saúde onde funcionarão os serviços habilitados como SDM. Em 2016, foram habilitados dez estabelecimentos de saúde como SDM, conforme observado no quadro abaixo.

Quadro XLVI – Estabelecimentos habilitados como Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM), 2016.

UF	Município	CNES	Estabelecimento
CE	Fortaleza	6047696	GEEON
MA	Presidente Dutra	2455145	Hospital Municipal Dr Eligio Abath
MA	Imperatriz	2456672	HMI Hospital Municipal de Imperatriz
SP	Tupã	6607330	AME Ambulatório de Especialidades Médicas de Tupã
SP	Pariquera-Açu	2077434	Hospital Regional Dr Leopoldo Bevilacqua
SP	Fernandópolis	7451229	Fundação Pio XII
SP	Araraquara	2082527	Santa Casa de Araraquara
SP	São José do Rio Preto	7010028	Centro de Atendimento Especializado na Saúde da Mulher
SP	São Paulo	2079186	Hosp Mun Mat Esc Dr Mário de Moraes a Silva
SP	Ribeirão Preto	2082187	Hospital das Clínicas Faepa Ribeirao Preto

Fonte: CGAE/SAS/MS, fevereiro de 2017.

Atualmente, existem 10 unidades habilitadas como Unidades de Mamografia Móvel no Brasil. Essas unidades tem o intuito de aumentar a cobertura do exame de mamografia de rastreamento em mulheres na faixa etária alvo de 50 a 69 anos. No ano de 2016, foram desabilitadas três unidades e houve habilitações de novos serviços.

Câncer do colo do útero

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a experiência de alguns países desenvolvidos mostra que a incidência de câncer do colo do útero foi reduzida em torno de 80% onde o rastreamento citológico foi implantado com qualidade, cobertura e seguimento das mulheres. O Ministério da Saúde fomenta o aumento de cobertura do exame

citopatológico em mulheres na faixa etária alvo, de 25 a 64 anos. De acordo com dados extraídos em janeiro de 2017 do SIA, no ano de 2016 foram realizados 7.155.476 exames citopatológicos. Destes, 6.248.201 exames foram realizados na população de 25 a 64 anos. A quantidade total de exames citopatológicos realizados representou um montante gasto de R\$ 51.018.413,74.

O Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC) compõe o Componente Atenção Especializada da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e tem como objetivo fortalecer as ações voltadas ao diagnóstico precoce, à confirmação diagnóstica e ao tratamento especializado do câncer do colo do útero. Os estabelecimentos habilitados como SRC podem integrar a Linha de Cuidado do Câncer de Colo do Útero e fazem jus ao percentual de incremento financeiro dos procedimentos listados em portaria. Da mesma forma que para o SDM, a portaria instituiu incentivo financeiro de investimento para a aquisição de equipamentos e materiais permanentes e/ou para a ampliação dos estabelecimentos públicos de saúde onde funcionarão os serviços habilitados como SRC. Atualmente, existem quinze serviços habilitados como SRC. No ano de 2016 foram habilitados 13 novos serviços, conforme quadro abaixo.

Quadro XLVII – Estabelecimentos habilitados Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), 2016.

UF	Município	CNES	Estabelecimento
AM	Manaus	2017644	Hospital Universitário Getúlio Vargas
AM	Manaus	2018756	Policlínica Codajás
AM	Manaus	3500179	Policlínica Nova Cidade João dos Santos Braga
AM	Manaus	2011832	Poli Castelo Branco
AM	Manaus	2017865	Poli Dr Antonio Comte Telles
AM	Manaus	2018748	Policlínica Governador Gilberto Mestrinho
MA	São Luís	5446546	Hospital da Mulher
MA	Presidente Dutra	2455145	Hospital Municipal Dr Eligio Abath
MA	Imperatriz	3341224	Divisão Municipal de Saúde da Mulher
MS	Campo Grande	0024392	Ceam Centro de Atendimento a Saúde da Mulher
SP	Tupã	2080672	Hospital São Francisco Tupã
SP	Fernandópolis	7451229	Fundação Pio XII
SP	Araraquara	2082527	Santa Casa de Araraquara
TO	Araguaína	2600536	Hospital Regional de Araguaína
TO	Palmas	2786117	Hospital Geral de Palmas Dr Francisco Ayres

Fonte: CGAE/SAS/MS, fevereiro de 2017.

A fim de promover a qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero ofertados à população e considerando a Qualificação Nacional em Citopatologia na Prevenção do Câncer do Colo do Útero (QUALICITO), em 2016, foram habilitados 8 novos laboratórios, todos como Tipo I, ou seja, aqueles que prestam serviço ao SUS, e que realizam exames citopatológicos do colo do útero. A pedido dos gestores locais, 52 laboratórios foram desabilitados.

Atualmente existem 804 laboratórios habilitados sendo:

- Tipo I: 774 laboratórios;
- Tipo II: 13 laboratórios; e
- Tipo I e II: 17 laboratórios.

A quantidade de laboratórios habilitados, por estado, e seus respectivos tipos pode ser observado na tabela abaixo.

Tabela LII – Quantidade de laboratórios habilitados, por estado.

UF	TIPO I	TIPO I e II	TIPO II	Total
AC	1			1
AL	20	2		22
AM	8	2		10
AP	1			1
BA	83		1	84
CE	34	1	2	37
ES	15		1	16
GO	47	1	1	49
MA	26		1	27
MG	88	1	1	90
MS	9		1	10
MT	27		1	28
PA	20	1		21
PB	18		1	19
PE	46	1		47
PI	4			4
PR	55			55
RJ	15	1		16
RN	17			17
RO	6		1	7
RR	2			2
RS	59	4		63
SC	49	1		50
SE	19		1	20
SP	98	2		100
TO	7		1	8
Total	774	17	13	804

Fonte: CGAE/DAET/SAS/MS, fevereiro de 2017.

Investimentos

Convênios

Durante o ano de 2016, foram empenhadas 233 propostas de convênios, representando um investimento de R\$ 225.746.621,00, destas 31 propostas foram pagas representando um montante de R\$ 11.397.402,00. O tipo de recurso aplicado aos convênios aprovados em 2016 foi emenda parlamentar.

Plano de Expansão da Radioterapia do SUS

Para fortalecer e ampliar os serviços destinados à oferta de procedimentos de radioterapia no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu o Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde por meio da Portaria GM/MS nº 931, de 10 de maio de 2012, que tem como objetivo a execução de projetos de ampliação e qualificação de hospitais habilitados em alta complexidade em oncologia.

Até o final de 2016, dez instituições estavam com obra iniciada no Plano de Expansão, seis em processo licitatório, sete com projeto executivo em análise, 41 com os Projetos Básicos em análise ou reanálise e quatro com Projetos em adequação.

Apoio a outras ações

PRONON

O Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica - PRONON tem a finalidade de captar e canalizar recursos para a prevenção e o combate ao câncer e será implementado mediante incentivo fiscal a ações e serviços de atenção oncológica, desenvolvidos por instituições filantrópicas de prevenção e combate ao câncer.

Em 2016, a Portaria Interministerial que fixa o valor global para o PRONON foi publicada com valor fixado de R\$ 77.447.735,00. Excepcionalmente, a captação de recursos disponíveis para dedução fiscal, em 2016, foi autorizada para as instituições que tiveram seus projetos aprovados em 2015, porém, não realizaram a captação no ano de aprovação. Os critérios foram definidos na Portaria nº 2.671, de 7 de dezembro de 2016. Do recurso disponível para 2016, foram destinados para os projetos aprovados em 2015 o valor de R\$ 55.890.720,71. Contudo, devido aos prazos estabelecidos na Portaria GM/MS nº 1.550/2014, que define as regras e critérios para apresentação de projetos, não houve tempo hábil para análise de projetos em 2016 e, portanto, nenhum projeto foi aprovado.

Indicadores

1) Percentual (%) de alcance da meta de realização dos exames citopatológicos na faixa etária preconizada

Forma de cálculo:

$$\frac{\text{número de exames citopatológicos realizados na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde}}{((\text{população feminina brasileira na faixa etária de 25 a 64 anos} - \text{população atendida pela ANS na faixa etária de 25 a 64 anos}) \times 0,3) \times 0,75}} \times 100$$

Unidade de medida: %

Data de criação do indicador: Dezembro de 2013.

Data de apuração: Fevereiro de 2017.

Índice de apuração ano de apuração:

$$\frac{6.248.201}{((55.018.487 - 15.773.350) \times 0,3) \times 0,75}} \times 100 = 70,8\%$$

Unidade responsável: CGAE/DAET

Fonte: SIA/SUS (numerador), Projeção da população das unidades da federação por sexo e grupos de idade: 2000-2030 – <http://tabnet.datasus.gov.br/>, e ANS – http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_br.def (denominador).

Departamento responsável: DAET/SAS

Análise do Indicador: Para este indicador considera-se como meta a cobertura de 75% das mulheres, SUS-dependentes, entre 25 a 64 anos, que realizaram o exame citopatológico uma vez a cada três anos. O percentual

obtido demonstrará o acesso a este exame, contudo a análise do indicador apresenta como limitação a não individualização dos exames realizados por mulher.

Observações:

1. A quantidade de exames citopatológicos realizados no ano de 2016 é parcial.

2) Percentual (%) de alcance da meta de realização de mamografias para rastreamento na faixa etária preconizada.

Forma de cálculo

$$\frac{\text{número de mamografias para rastreamento realizadas na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde}}{((\text{população feminina brasileira na faixa etária de 50 a 69 anos} - \text{população atendida pela ANS na faixa etária de 50 a 69 anos}) \times 0,5) \times 0,65} \times 100$$

Unidade de medida: %

Data de criação do indicador: Dezembro de 2013.

Data de apuração: Fevereiro de 2017.

Índice de apuração ano de apuração:

$$\frac{2.299.169}{((19.032.656 - 4.760.417) \times 0,5) \times 0,65} \times 100 = 49,6\%$$

Unidade responsável: CGAE/DAET

Fonte: SIA/SUS (numerador), Projeção da população das unidades da federação por sexo e grupos de idade: 2000-2030 – <http://tabnet.datasus.gov.br/>, e ANS – http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_br.def (denominador).

Departamento responsável: DAET/SAS

Análise do Indicador: Para este indicador considera-se como meta a cobertura de 65% das mulheres, SUS-dependentes, entre 50 a 69 anos, que realizaram a mamografia para rastreamento uma vez a cada dois anos. O percentual obtido demonstrará o acesso a este exame, contudo a análise do indicador apresenta como limitação a não individualização dos exames realizados por mulher.

Observações:

1. A quantidade de mamografias realizadas no ano de 2016 é parcial.

3) Percentual (%) de aumento do número de hospitais habilitados em Oncologia

Forma de cálculo:

$$\frac{(\text{quantidade de hospitais habilitados até 2016}) - (\text{quantidade de hospitais habilitados até 2015})}{\text{quantidade de hospitais habilitados até 2015}} \times 100$$

Data de criação do indicador: Dezembro de 2013.

Data de apuração: Fevereiro de 2017.

Índice de apuração ano de apuração:

$$\frac{(296 - 283)}{283} \times 100 = 4,6\%$$

Unidade responsável: CGAE/DAET

Fonte: CGAE/DAET/SAS

Departamento responsável: DAET/SAS

Análise do Indicador: O indicador retrata o % de aumento de hospitais habilitados para tratamento em Oncologia, o que demonstra a ampliação do acesso.

4) Percentual (%) de aumento do número de hospitais habilitados em Oncologia que realizam tratamento em radioterapia

Forma de cálculo:

$$\frac{(\text{quantidade de hospitais habilitados até 2016 que realizam tratamento em radioterapia}) - (\text{quantidade de hospitais habilitados até 2015 que realizam tratamento em radioterapia})}{\text{quantidade de hospitais habilitados até 2015 que realizam tratamento em radioterapia}} \times 100$$

Data de criação do indicador: Dezembro de 2013.

Data de apuração: Fevereiro de 2017.

Índice de apuração ano de apuração:

$$\frac{(155 - 147)}{147} \times 100 = 5,4\%$$

Unidade responsável: CGAE/DAET

Fonte: CGAE/DAET/SAS

Departamento responsável: DAET/SAS

Análise do Indicador: O indicador retrata o % de aumento de hospitais habilitados em Oncologia que realizam tratamento em radioterapia, o que demonstra a ampliação do acesso para este tipo de tratamento.

4.3.1.3.5 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências foi reformulada pela Portaria nº 1.600 MS/GM, de 07 de julho de 2011, que instituiu a Rede de Atenção às Urgências e Emergências- RUE no Sistema Único de Saúde (SUS). A RUE é constituída pelos seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Salas de Estabilização; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h); Componente Hospitalar; Atenção Domiciliar; e Força Nacional de Saúde do SUS.

O componente hospitalar da RUE normatizado pela Portaria MS/GM nº 2.395/2011 é estruturada pelas portas de entrada hospitalares de urgência, as enfermarias clínicas de retaguarda, os leitos de cuidados intensivos, os serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório, as linhas de cuidados prioritárias e os leitos de cuidados prolongados. O financiamento da RUE abrange incentivos de investimentos para reforma, ampliação e aquisição de equipamentos e incentivos de custeio.

O incentivo de investimento tem por objetivo a renovação do parque tecnológico e melhor adequar a estrutura física dos serviços hospitalares, especificamente das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), de acordo com as necessidades loco-regionais dos serviços de saúde. Esse incentivo está previsto na Ação 8933 – Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Assistencial (Quadro XX).

Quadro XLVIII- Identificação da Ação: 8933 - Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Hospitalar

Identificação da Ação						
Código		Tipo: Atividade				
Título		8933 - Estruturação de Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Assistencial.				
Objetivo		Código: 1120 - Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.				
Programa		Código: 2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) Tipo: Temático				
Unidade Orçamentária		36901 - Fundo Nacional de Saúde				
Ação Prioritária		() Sim ()Não Caso positivo: ()PAC () Brasil sem Miséria				
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
107.167.899	117.100.000	23.401.443	22.532.957	22.532.957	0	868.486
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Unidade estruturada			Unidade	11		3
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada	
248.929.714	98.683.666	20.788.406				

Em 2016, na ação 8933 - Estruturação de Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Assistencial teve uma dotação final de R\$ 117.100.000, cuja despesa empenhada foi de R\$ 23.401.443, representando 19,98% do total disponibilizado. Além disso, a meta física programada para 2016 foi realizada em 27,27%, com várias ações efetivadas no âmbito dessa temática. Cabe destacar que a execução compreendeu investimentos em equipamentos que possibilitaram estruturar unidades hospitalares de urgência.

Execução Orçamentária dos Planos Orçamentários da Ação 8933

Departamento/Ação		Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago (H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
8933 PO 0000	Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Hospitalar	35.167.899	23.990.000	8.809.796	36,72	7.941.309,73	7.941.310	90,14	90,14	0	868.486

Em 2016, a PO 0000 da ação Estruturação de Unidades de Atenção Especializada teve uma dotação final de R\$ 23.990.000 cuja despesa empenhada foi de R\$ 8.809.796, representando 36,72% do total disponibilizado. Esta execução compreendeu recursos de investimentos aplicados em construção, ampliação e reforma em unidades hospitalares de urgência.

Departamento/Ação		Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
8933 PO 0001	SOS Emergências	6.400.000	17.900.000	0	0,00	0	0	0!	0	0	0

Em 2016, a PO 0001 da ação Estruturação de Unidades de Atenção Especializada teve uma dotação final de R\$ 17.900.000 cuja despesa empenhada foi de R\$ 0, representando 0% do total disponibilizado. Esta execução refletiu a descontinuidade dessas ações no presente exercício.

Departamento/Ação		Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
8933 PO 0004	UPA	20.800.000	20.800.000	2.579.040	12,40	2.579.040	2.579.040	100,00	100,00	0	0

Em 2016, a PO 0004 da ação Estruturação de Unidades de Atenção Especializada teve uma dotação final de R\$ 20.800.000 cuja despesa empenhada foi de R\$ 2.579.040, representando 12,40% do total disponibilizado. Esta execução está relacionada aos recursos de investimento transferidos aos entes federados por meio de repasse de parcelas para a conclusão das unidades, bem como de investimento em equipamentos para a estruturação das respectivas unidades de pronto atendimento.

Departamento/Ação		Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
8933 PO 0005	SAMU	44.800.000	54.410.000	12.012.607	22,08	12.012.607	12.012.607	100,00	100,00	0	0

Em 2016, a PO 0005 da ação Estruturação de Unidades de Atenção Especializada teve uma dotação final de R\$ 54.410.000 cuja despesa empenhada foi de R\$ 12.012.607, representando 22,08% do total disponibilizado. Essa ação orçamentária 8933 – PO 0005 tem por natureza atender as necessidades de investimento do SAMU 192, que em sua maioria é direcionada para aquisição de ambulâncias. No exercício a baixa execução orçamentária justifica-se pelo fato de que o Ministério da Saúde não possuía uma ata de registro de preço ativa, ou seja, não era possível adquirir ambulâncias em 2016 o que inviabilizou a grande maioria do recurso da ação em questão.

Emenda Individual da ação 8933

Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
0	43.842.918	27.103.164	9.428.092	9.428.092	0	17.675.072

Ainda, nesta ação orçamentária houve repasses por meio de emenda de bancada, com dotação final de R\$ 43.842.918 e cuja despesa empenhada foi de R\$ 27.103.164,

representando 61,82% do total disponibilizado. Conforme relatório emitido do Sistema de Propostas do Fundo Nacional de Saúde - SISPROFNS, 45 propostas foram empenhadas na ação 8933 com recurso de emendas parlamentares individuais. Desse total, 20 propostas são referentes ao componente Porta de Entrada Hospitalar, 15 são referentes às Unidades de Pronto Atendimento – UPA24h, 6 referentes ao componente Leito de Unidade de Terapia Intensiva e 4 propostas referentes às unidades móveis e Centrais de Regulação do SAMU 192.

Sobre os objetos das propostas aprovadas, foram empenhadas 35 propostas para aquisição de equipamento e material permanente e 10 propostas para obras - 2 propostas para Ampliação de Unidade de Atenção Especializada (intervenção com acréscimo de área) e 8 propostas para Reforma de Unidade de Atenção Especializada (intervenção em área existente, sem acréscimo de área), conforme quadro descrito a seguir.

	OBJETO			Total Geral
COMPONENTE	EQUIPAMENTO	AMPLIAÇÃO	REFORMA	
LEITO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI	5	0	1	6
PORTA DE ENTRADA HOSPITALAR	11	2	7	20
SAMU 192 - CENTRAL DE REGULAÇÃO / USA / USB	4	0	0	4
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA	15	0	0	15
Total Geral	35	2	8	45
Valor Total Geral	14.829.270,00	2.903.400,00	8.679.494,00	26.412.164,00

Fonte: CGUE/DAHU/SAS

Incentivo de Custeio

O incentivo de custeio tem por objetivo a qualificação do componente da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (Portas de Entrada Hospitalares de Urgências) - de acordo com os critérios previstos nas Portarias nº 1.600 MS/GM de 2011 e nº 2.395 MS/GM de 2011 – com a oferta de aporte financeiro superior ao previsto atualmente pela tabela SUS no caso de leitos novos e com complementação ao valor atual da tabela SUS para os leitos já existentes.

Em relação à execução dos incentivos de custeio, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências aprovou, de 2011 até dezembro de 2016, 76 Planos de Ação Regional da RUE, sendo 01 plano no ano de 2011, 25 no ano de 2012, 14 no ano de 2013, 20 no ano de 2014, 06 no ano de 2015 e 10 no ano de 2016. No ano de 2015, já havia sido superada a meta estabelecida em 2011, de acordo com o Quadro XX. Até dezembro de 2016 a cobertura populacional dos 76 planos atingiu 137.717.490 habitantes, em aproximadamente 2.986 municípios em 27 Unidades da Federação.

Quadro XLIX - Planos aprovados em 2011 a 2016.

01 Plano de Ação publicados em 2011:	MG (Macro Centro)
25 Planos de Ação publicados em 2012:	AL (Região de Maceió e Arapiraca) AM (Região Metropolitana Manaus Ampliada e Região Alto Solimões) AP (Amapá)

	BA (Região Metropolitana de Salvador) CE (RM Fortaleza Ampliada) ES (RM Vitória) GO (RM Goiânia) MA (RM São Luís) MG (Macro norte) MS (Região de Campo Grande e Corumbá) MT (Baixada Cuiabana) PA (Pará) PE (RM Recife) PI (Região Entre Rios) PR (RM Curitiba) RN (RM Natal) RO (Região de Saúde Porto Velho e Vilhena) RR (Roraima) RS (RM Porto Alegre Ampliada) SC (RM Florianópolis, Região Norte e Nordeste) SP (RRAS 1 ABC, RRAS 7 Campinas e RRAS 15 Baixada Santista e Vale do Ribeira)
14 Planos de Ação publicados em 2013:	AC (Acre) CE (Sobral) MA (Codó, Imperatriz) MG (Macro Centro) MS (Macrorregião Dourados e Três Lagoas) PB (RM João Pessoa) PE (Petrolina) PR (Região Norte) RJ (Região Metropolitana METRO I e II) SC (Serra Catarinense, Grande Oeste, Meio Oeste, Vale do Rio Itajaí Sul, Foz do Rio Itajaí) SP (RRAS 2 Guarulhos e RRAS 6 São Paulo) TO (Capim Dourado)
20 Planos de Ação publicados em 2014:	AL (II Etapa AL) BA (Macrorregião Sul da Bahia); BA (Teixeira de Freitas). ES (Região Central, Sul e Norte); GO (Macro Centro Norte); MA (Açailândia); MG (Centro-Sul); MG (Nordeste-Jequitinhonha); MG (Sudeste); PE (Caruaru);

	RO (Ariquemes); RS (Região 3ª e 7ª Pelotas e Bagé); SE (Sergipe); SP (RRAS 9 Bauru); SP (RRAS 4 Mananciais); SP (RRAS 13 de Ribeirão Preto); TO (Amor Perfeito); TO (Cantão); TO (Cerrado Tocantins Araguaia); TO (Ilha do Bananal);
06 Planos de Ação publicados em 2015:	DF (Distrito Federal) PI (Planície Litorânea); PI (Vale dos Rios Piauí, Itaueira e Tabuleiro Alto do Rio Parnaíba) RJ (Região Médio Paraíba) RJ (Região Centro-Sul Fluminense) TO (Médio Norte Araguaia);
10 Planos de Ação publicados em 2016:	CE (Macro Região Cariri); MA (Região Caxias); MA (Região Presidente Dutra); MA (Região de Pinheiro); MA (Santa Inês); MG (Região Macro Sul); SP (RRAS 12); SP (RRAS 5); RJ (Região Norte); PR (Região Macro Oeste).

Fonte: CGUE/DAHU/SAS

O valor de repasse referente ao componente hospitalar diz respeito à qualificação de Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e à qualificação das diversas enfermarias de retaguarda³⁷, de acordo com a Portaria nº 2.395 MS/GM de 2011. Ao longo do ano são somados ao montante do repasse imediato, aqueles valores referentes à abertura gradativa de leitos. Em 2016, o montante total de recursos que foram repassados, considerando os recursos imediatos e os recursos referentes aos leitos abertos no decorrer do ano, foi de R\$ 117.505.459,34, de acordo com a Tabela LIII.

Tabela LIII - Resumo dos recursos imediatos repassados a estados e municípios (incorporados ao teto MAC) em função dos PAR da RUE- 2011-2016.

Recursos imediatos repassados a estados e municípios	Valor
PAR 2011 - Imediato	R\$ 44.504.279,03
PAR 2012 - Imediato	R\$ 1.095.144.704,28

³⁷ Leitos de Enfermaria Clínica, Leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI, Leitos de Unidades de Cuidados Prolongados-UCP, Leitos de Unidades de Acidente Vascular Cerebral-UAVC e Leitos de Unidades Coronarianas-UCO.

PAR 2013 - Imediato	R\$ 323.732.920,42
PAR 2014 - Imediato	R\$ 649.743.761,06
PAR 2015 - Imediato	R\$ 132.780.545,90
PAR 2016 - Imediato	R\$ 117.505.459,34
TOTAL	R\$ 2.363.411.670,03

Fonte: CGUE/DAHU/SAS

Tabela LIV - Portas de Entradas Hospitalares de Urgência aprovadas em cada ano desde 2011 até dezembro de 2016.

Ano	Portas de Entrada
2011	15
2012	64
2013	71
2014	97
2015	28
2016	63
TOTAL	338

Fonte: CGUE/DAHU/SAS

Leitos clínicos e leitos de UTI: A ampliação de leitos refere-se à abertura de novos leitos de acordo com a necessidade regional calculada pelos parâmetros previstos na Portaria nº 1.101 MS/GM, de 12 de junho de 2002. A qualificação de leitos clínicos de retaguarda e de leitos de UTI, por sua vez, refere-se ao atendimento dos critérios previstos nos artigos 14 e 25 da Portaria nº 2.395 MS/GM de 2011 pelos leitos clínicos e de UTI já existentes nos estabelecimentos hospitalares que fazem parte da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

Unidade de Cuidados Prolongados: A ampliação de leitos de cuidados prolongados (UCP) é normatizada pela Portaria nº 2.809 MS/GM de 2012.

Leitos de Unidade Coronariana e Leitos de Unidade de Cuidado ao Acidente Vascular Cerebral – AVC: Além dos leitos clínicos, de UTI, e de UCP, os Planos de Ação preveem, ainda, a ampliação de Leitos UCO e AVC. Esses leitos estão normatizados pela Portaria nº 2.994 MS/GM, de 13 de dezembro de 2011, e pela Portaria nº 665 MS/GM, de 12 de abril de 2012. O total de leitos aprovados que foram implantados até 2016 está no Quadro XX:

Quadro L - Componentes hospitalares da RUE que estão implantados e recebendo recursos de incentivo de custeio - 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016.

COMPONENTE	PAR 2011	PAR 2012	PAR 2013	PAR 2014	PAR 2015	PAR 2016	TOTAL	Descrição
Portas de entrada	15	64	71	97	28	63	342	Já recebem recurso de incentivo
Leitos clínicos novos	343	3.369	1.002	375	381	960	6430	Leitos Pactuados
Leitos clínicos qualificados	83	2.285	725	324	215	550	4182	Leitos Pactuados
Leitos de UTI adulto novos	16	10	30	46	69	73	244	Leitos Pactuados e Habilitados, recebendo incentivo
Leitos de UTI adulto qualificados	253	1.715	1.046	255	132	636	4037	Leitos que já recebem incentivo
Leitos de UTI pediátricos novos	0	0	0	0	0	4	4	Leitos Pactuados e Habilitados, recebendo incentivo
Leitos de UTI pediátricos qualificados	49	297	293	38	25	47	749	Leitos que já recebem incentivo
Leitos de cuidado continuado	0	0	88	0	0	0	88	Leitos que já recebem incentivo
Leitos de UCO	0	0	0	0	10	0	10	Leitos que já recebem incentivo
Leitos de AVC	0	165	0	0	19	0	184	Leitos que já recebem incentivo

Fonte: CGUE/DAHU/SAS

Quadro LI – Atenção Domiciliar – AÇÃO 8585 PO 000G

POS	Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
8585 PO 000G <i>Melhor em Casa</i>	245.547.519	426.447.519	426.421.334	99,99	422.682.159	422.095.898	99,12	98,99	586.261	3.739.175

Em 2016, a PO 000G da ação Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade teve uma dotação final de R\$ 426.447.519, sendo que a despesa empenhada foi de R\$ 426.421.334, representando 99,99% do total disponibilizado.

A Atenção Domiciliar (AD) constitui-se modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. Foi lançada, em agosto de 2011, por meio da portaria GM/MS 2.029, regulamentando a Atenção Domiciliar no SUS e instituindo o Serviço de Atenção Domiciliar (Programa Melhor em Casa). Atualmente é regulamentada pela Portaria GM/MS 825, de 25 de abril de 2016.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Programa Melhor em Casa, tem como objetivos a redução da demanda por atendimento hospitalar ou redução do período de permanência de usuários internados; a humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários, a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde (RAS). É organizado por meio das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), devendo atuar de forma complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência e substitutivo ou complementar à internação hospitalar.

Conforme Plano Plurianual (PPA) 2016 a 2019, não havia previsão de aumento de equipes para o ano de 2016, havendo apenas previsão de ampliação de 228 equipes, entre EMAD e EMAP, nos anos seguintes. Entretanto, houve liberação para habilitação de 98 equipes (58 EMAD e 40 EMAP) ao final de 2016, totalizando atualmente 1023 equipes habilitadas, sendo 657 EMAD e 366 EMAP. Destas, estão implantadas (em funcionamento) 602 EMAD e 324 EMAP, totalizando 926 equipes, considerando CNES de dezembro de 2016. O Programa está disponível a cerca de 26% da população brasileira e atendeu mais de

172 mil usuários diferentes (estimativa), atendendo, em média, cerca de 32 mil pacientes por mês, no ano de 2016.

Os repasses de custeio feitos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais e Estaduais de Saúde no ano de 2016 atingiram mais de R\$ 426 milhões totalizando aproximadamente R\$ 1,2 bilhão desde o início do programa.

Por ser um programa ainda recente, o Melhor em Casa vem passando por uma série de modificações normativas, no sentido de se adequar às necessidades e diversidades locais. Em 2011, abrangia somente os municípios com população maior que 100 mil habitantes. Como forma de efetivar o programa nos Estados e Municípios, ainda neste ano, possibilitou-se a inclusão dos municípios com população superior a 40 mil habitantes, desde que estivessem em regiões metropolitanas. Em 2012, o programa passou a beneficiar todos os municípios com população superior a 40 mil habitantes. Em maio de 2013, foi aberta a possibilidade de todos os municípios brasileiros solicitarem adesão ao programa, desde que contemplem os critérios técnicos, seja por intermédio de agrupamentos com outros municípios quando menores de 20 mil habitantes, ou isoladamente, em caso de população superior a 20 mil habitantes. Ainda em 2013, além da ampliação no escopo dos municípios que podem aderir ao programa, outras mudanças foram propostas: flexibilização do formato das equipes constituindo uma nova tipologia de equipe - equipe multiprofissional de atenção domiciliar tipo II, para municípios com população inferior a 40 mil habitantes; aumento no valor de custeio da EMAD, que passou de R\$ 34.560,00 por equipe mensalmente para R\$ 50.000,00, um aumento de 44,6%. A portaria regulamentadora publicada em 2016, além de apresentar revisões nos conceitos envolvidos no campo da Atenção Domiciliar, definiu mudanças nos fluxos de habilitação de novas equipes, incluindo um prazo para o início de funcionamento após a habilitação.

Ações Realizadas em 2016

Expansão do Programa Melhor em Casa

Em meio a um contexto geral desfavorável, devido ao ano anormalmente conturbado, política e economicamente, a mudanças internas no MS, além da mudança de Departamento, a CGAD teve como objetivo, no ano de 2016, a consolidação do Programa Melhor em Casa, focando na qualificação do programa, contando ainda com pequena ampliação da cobertura populacional de SAD.

Cursos e capacitações

Em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS) e 8 Universidades foi mantido o **Programa Multicêntrico de Qualificação à Distância em Atenção Domiciliar**, nas modalidades Educação à Distância (EaD) e semipresencial. Já atingiu mais de 83,8 mil matrículas e 22,2 mil conclusões entre profissionais de saúde de todas as UF e de diversas profissões, por meio das seguintes ofertas:

- Conclusão de duas turmas de especialização, com mais de 600 matrículas e formação de 364 especialistas em Atenção Domiciliar;
- Manutenção de 11 módulos de extensão já lançados anteriormente, atingindo 32% de concluintes entre os matriculados nesta modalidade, considerando que cursos na modalidade à distância geralmente atingem apenas 10% de concluintes;
- Lançamento de módulo: Microcefalia e infecção por vírus Zika: abordagem para a estimulação precoce na atenção domiciliar, na modalidade EaD, com carga horária de 30 horas.

Publicação de Manual sobre Segurança do Paciente no Domicílio

Elaboração de documento orientador sobre as peculiaridades da segurança do paciente no domicílio, juntamente com a equipe do Programa de Segurança do Paciente.

Realização de Seminário e mostra “Experiências de Excelência no Cuidado à Pessoa Idosa no Contexto Domiciliar”

Realização de seminário e mostra com apresentação de experiências selecionadas sobre cuidado ao idoso no contexto domiciliar, organizado em parceria com a Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

AÇÕES EM CURSO

As seguintes atividades foram iniciadas em anos anteriores e serão continuadas em 2017:

Caderno de Atenção Básica com a temática da Atenção Domiciliar

Elaboração do **Caderno de Atenção Básica com a temática da Atenção Domiciliar na Rede Básica**, por meio de grupo de trabalho, com coordenação compartilhada entre CGAD e Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica/DAB, contando com participação de especialistas no tema.

Programa Multicêntrico de Formação à Distância em Atenção Domiciliar

Elaboração e validação de três cursos na modalidade EaD para lançamento em 2017: módulo de Monitoramento e Avaliação dos SAD (30h), aperfeiçoamento em Cuidados Paliativos (180h) e aperfeiçoamento em Gestão dos Serviços de Atenção Domiciliar (180h).

Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI)

Diante da necessidade de que o SAD possa cada vez mais ampliar o escopo de atuação, no que tange aos cuidados intensivos no domicílio, foram elaborados dois projetos por meio do PROADI:

a) Ventilação Mecânica Invasiva do Domicílio, com previsão de execução entre 01.01.2016 e 31.12.2017, no valor de R\$ 3.499.202,00. Este projeto tem como objetivo fornecer subsídios ao Ministério da Saúde para a incorporação da ventilação mecânica invasiva no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), por meio de Avaliação de Tecnologia em Saúde com relação à incorporação da ventilação mecânica invasiva no domicílio (VMID), bem com capacitação de parte das equipes dos SAD para sua realização, no caso de avaliação positiva para a incorporação. Promoverá análise de custo/efetividade e custo/benefício de prática antes impossibilitada pela regulamentação dos Serviços de Atenção domiciliar, sendo que há grande demanda de usuários que poderiam estar sendo atendidos no domicílio e acabam permanecendo hospitalizados por conta da VMI.

b) Complexidade do Cuidado na Atenção Domiciliar, com previsão de execução entre 01.01.2016 e 31.12.2017, no valor de R\$ 3.278.168,00. Este projeto tem como objetivo capacitar profissionais representantes da totalidade das equipes para a realização de procedimentos mais complexos no domicílio, desta forma ampliando a abrangência da atuação dos Serviços de Atenção Domiciliar e aumento sua potência de atuação tanto na desospitalização, quanto na abordagem para evitar hospitalizações desnecessárias. Sendo a previsão inicial de 540 vagas (quantitativo que deve aumentar até o final da execução), o custo médio por participante é de R\$ 6.070,68. O projeto ainda prevê visitas aos serviços para captação de dados sobre os procedimentos realizados e as especificidades de fazê-lo no domicílio, visitas de verificação da efetividade do curso em auxiliar na mudança de práticas e material de orientação para os cuidadores. Até o momento, já foram realizadas 07 turmas, atingindo aproximadamente 216 profissionais de 210 EMADs.

Desafios e Perspectivas para 2017

Desde o princípio do funcionamento do Programa um indiscutível desafio é o financiamento, não somente quanto aos valores repassados serem ou não adequados e pertinentes à proposta de atuação dos Serviços, mas também quanto à garantia do repasse regular aos municípios e Estados implantados. Conforme meta do Plano Plurianual (PPA) 2016 a 2019, não havia previsão de aumento de equipes para o ano de 2016, mas há previsão de ampliação de 228 equipes, entre EMAD e EMAP, nos anos seguintes. Entretanto, considerando o valor aprovado pela SOF para o programa em 2017, aproximadamente R\$ 345 milhões, o orçamento é deficitário até mesmo para a manutenção das equipes existentes atualmente (aproximadamente R\$ 366 milhões, sem considerar as habilitações ocorridas ao final do ano).

Além disso, seguem como desafios importantes na expansão, qualificação e consolidação da atenção domiciliar no SUS, a qualificação do sistema de informação, o apoio ao gestor na implementação dos serviços e na sistematização dos processos de educação permanente, e, centralmente, na integração dos SAD às Redes de Atenção à Saúde em todos os níveis de governo.

A disseminação de uso do novo sistema de informação aos SAD permanece como tarefa de grande demanda no ano de 2017. Além disso, buscar melhorias no uso dos sistemas de informação, tornando-os cada vez mais adequados à realidade dos serviços de saúde, bem como às necessidades de informações para a qualificação do monitoramento e avaliação do programa, deve ter caráter privilegiado e permanente.

Implantação, Construção e Ampliação de Unidades de Pronto Atendimento - UPA

O Ministério da Saúde redefine por meio da Portaria GM/MS nº 342/2013, as diretrizes para a implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h), assim como dispõe sobre os incentivos de investimento e de custeio, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

Entende-se por UPA 24h como um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária situado entre a Atenção Básica de Saúde e a Atenção Hospitalar; juntos, deve compor uma rede organizada de atenção às urgências (RUE), sendo necessária a sua implantação com a lógica de acolhimento e de classificação de risco. A UPA 24h deve prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e presta o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica, e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade

A UPA 24h é classificada por porte I, II e III, segundo a população da área de abrangência e a capacidade instalada. Para cada porte da UPA 24h, foi instituído um valor de incentivo financeiro de investimento para a implantação, além de incentivo de custeio mensal. Após a entrada em serviço, as UPA 24h habilitadas em custeio poderão ser qualificadas e com isso, habilitadas a receber um valor adicional no incentivo de custeio

Em 2016, os objetivos para o programa foram: dar continuidade às propostas das unidades em andamento, garantir o funcionamento de novas unidades, assim como sua plena execução e repassar o incentivo de custeio para as Unidades em funcionamento.

O Programa UPA 24h é financiado pelas seguintes funcionais programáticas:

- **10.302.2015.12L4.0001** - Implantação, Construção e Ampliação de Unidade de Pronto Atendimento–UPA 24h - Funcional programática destinada para investimento – PAC2

- **10.302.2015.8933 - PO 0004** - Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Hospitalar - Funcional programática destinada para investimento – Pré-PAC
- **10.302.2015.8585 - PO 0009** - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade–MAC - Funcional programática destinada para incentivo de custeio – Teto MAC

Valores Orçamentários

As Tabelas abaixo apresentam os dados gerais sobre UPA; População da Região de cobertura, Área Física, capacidade de atendimento por dia, número de médicos e leitos de observação, todos por porte de UPA.

Tabela LV: Incentivo de Investimento e Custeio - UPA 24h Nova

Parâmetros Estabelecidos na Portaria nº342/GM, de 04/03/2013.			
UPA NOVA HABILITADA E/OU QUALIFICADA			
	UPA PORTE I	UPA PORTE II	UPA PORTE III
Incentivo de Investimento para Construção e equipamentos	R\$ 2.200.000	R\$ 3.100.000	R\$ 4.000.000
Incentivo de Custeio mensal	R\$ 100.000	R\$ 175.000	R\$ 250.000
Incentivo de Custeio Anual	R\$ 1.200.000	R\$ 2.600.000	R\$ 3.000.000
Valor do Incentivo de Custeio + qualificação mensal	R\$ 170.000	R\$ 300.000	R\$ 500.000
Valor do Incentivo de Custeio + qualificação anual	R\$ 2.040.000	R\$ 3.600.000	R\$ 6.000.000

Fonte: CGUE/DAHU/SAS/MS

Tabela LVI: Incentivo de Investimento e de Custeio– UPA 24h Ampliada

Parâmetros Estabelecidos na Portaria nº342/GM, de 04/03/2013.			
UPA AMPLIADA HABILITADA E QUALIFICADA			
	UPA PORTE I	UPA PORTE II	UPA PORTE III
Incentivo de Investimento*	R\$ 1.500.000	R\$ 2.500.000	R\$ 3.500.000
Incentivo de Custeio qualificado mensal	R\$ 100.000	R\$ 175.000	R\$ 300.000
Incentivo de Custeio e qualificado anual	R\$ 1.200.000	R\$ 2.100.000	R\$ 3.600.000
Fonte: CGUE/DAHU/SAS/MS *Valor Máximo Permitido			

Tabela LVII: Dados diversos - UPA 24 h

DEFINIÇÃO DOS PORTES APLICÁVEIS ÀS UPAS 24H	POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPA	ÁREA FÍSICA MÍNIMA	NÚMERO DE ATENDIMENTOS MÉDICOS EM 24 HORAS	NÚMERO MÍNIMO DE MÉDICOS DAS 7HS ÀS 7HS	NÚMERO MÍNIMO DE MÉDICOS DAS 19HS ÀS 7HS	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO

				19HS		
PORTE I	50.000 a 100.000 habitantes	700 m²	Média de 150 pacientes	2 médicos	2 médicos	7 leitos
PORTE II	100.001 a 200.000 habitantes	1.000 m²	Média de 250 pacientes	4 médicos	2 médicos	11 leitos
PORTE III	200.001 a 300.000 habitantes	1.300 m²	Média de 350 pacientes	6 médicos	3 médicos	15 leitos

Fonte: CGUE/DAHU/SAS/MS

Quadro LII - Identificação da Ação: 12L4 - Implantação, Construção e Ampliação de Unidades de Pronto Atendimento - UPA

Identificação da Ação						
Código		Tipo: Projeto				
Título		12L4 - Implantação, Construção e Ampliação de Unidades de Pronto Atendimento - UPA				
Objetivo		Código: 1120 - Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.				
Programa		Código: 2015 - Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) Tipo: Temático				
Unidade Orçamentária		36901 - Fundo Nacional de Saúde				
Ação Prioritária		() Sim ()Não Caso positivo: (X)PAC () Brasil sem Miséria				
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
91.800.000	85.282.413	11.677.323	11.677.323	11.677.323	0	0
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Unidade construída/ampliada			Unidade	50		97
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada	
280.447.341	55.694.799	107.198.817				

Em 2016, na ação 12L4 - Implantação, Construção e Ampliação de Unidades de Pronto Atendimento – UPA24h, de acordo com o quadro de identificação da ação orçamentária, teve uma dotação final de R\$ 85.282.413, cuja despesa empenhada foi de R\$ 11.677.323, representando 13,69% do total disponibilizado.

Além disso, a meta física “unidade construída/ampliada” programada para 2016 foi realizada em 194,00%, e corresponde a unidades físicas de obras concluídas, no entanto foram contabilizadas na meta as unidades de pronto atendimento que entraram em funcionamento em 2016. Cabe destacar que os recursos transferidos Fundo a Fundo correspondem a parcelas de investimento para conclusão de obras já iniciadas. Em 2016, 98 novas unidades entraram em funcionamento totalizando 525 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24h. Nesse sentido, a execução orçamentária de R\$ 11.677.323 refere-se a parcelas

empenhadas de investimento de obras em andamento de anos anteriores, sendo que em 2016 102 unidades de pronto atendimento do PAC2 tiveram suas obras concluídas.

Como visto o valor previsto na funcional 12L4 para o exercício de 2016 foi apenas para cobrir parcelas de incentivo para UPA 24h de anos anteriores sem empenho, portanto, não há novos quantitativos físicos no exercício de 2016. O descompasso entre a execução da meta física e financeira se deve ao fato de que o programa vem sendo implementado com certo atraso na execução das obras civis e a finalização da execução orçamentária somente ocorre no momento de término da obra e requisição da última parcela do recurso. Outro fato que contribuiu com a baixa execução orçamentária desta funcional em 2016 foi que 77 propostas de UPA 24h foram canceladas em 2016 por descumprimento de prazos e quase a totalidade delas com o empenho de apenas a 1ª parcela, sendo que a 2ª e a 3ª parcelas a serem debitadas no orçamento de 2016 não ocorreu.

Emenda Individual

Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
0	4.042.000	0	0	0	0	0

Ainda, nesta ação orçamentária houve por meio de emenda de individual dotação final de R\$ 4.042.000 e cuja despesa empenhada foi de R\$ 0, representando 0% do total disponibilizado. Apesar da autorização de dotação orçamentária na LOA relativo à emenda individual nesta ação, não ocorreu abertura para recebimento de propostas pelo Fundo Nacional de Saúde- FNS.

A meta física do PPA 2014/2018, é de 175 novas UPA 24h entrando em funcionamento e requisitando o incentivo de custeio. Em 2016, no Programa UPA 24h entraram em funcionamento 98 novas UPA 24h, e em 31/12/2016 apresentou um saldo de 2 UPA 24h em ação preparatória, 270 Unidades em obras civis, 165 Unidades concluídas e sem funcionamento e 412 Unidades concluídas e em funcionamento. No ano de 2016, houve um repasse de R\$ 81,2 milhões referente a investimento para as UPA 24h em todo o país.

Por ser o programa de UPA 24h de financiamento em três parcelas (10% 80% e 10%) e pagas ao longo da execução das obras, o valor de restos a pagar é alto no início da execução do programa e vai sendo diluído ao longo da execução das obras para ser zerado quando da conclusão final e repasse da última parcela do recurso de investimento. Assim, mesmo com o cancelamento das 77 UPA 24h durante o ano de 2016, por descumprimento de prazo na execução das suas atividades de implantação e consequente cancelamento do valor empenhado e ainda não executado, o Programa de UPA 24h ainda carrega um valor considerável de restos a pagar.

O ano de 2016 iniciou com um comprometimento no orçamento de R\$ 1.441,0 milhões para custeio, segundo a funcional programática 8585 e, foi encerrado em dezembro com o valor de R\$ 1.643,2 milhões de empenho liquidado, portanto, um incremento de R\$ 202 milhões no teto MAC para 103 UPA 24h que passaram a contar com o incentivo de custeio no ano de 2016, Unidades estas que entraram em funcionamento no ano de 2016 ou que estivessem em funcionamento no período anterior, mas ainda sem o incentivo de custeio. Cabe esclarecer que o processo de concessão do incentivo de custeio nem sempre ocorre no mesmo ano em que a Unidade entra em funcionamento, pois conta com a preparação de documentação, registros, análises e aprovações em várias instâncias decisórias no Ministério da Saúde.

Informações sobre os resultados alcançados e desafios

O acompanhamento de obras de UPA pelo Sistema de Monitoramento de Obras-SISMOB representou um esforço que contribuiu para o alcance dos resultados, assim como as

visitas técnicas realizadas por indicação dos Órgãos de Controle também contribuíram para a detecção de ajustes necessários em tempo oportuno para o funcionamento regular das unidades.

Os principais pontos críticos na execução desta meta foram: i) atrasos na publicação de portarias de custeio e de qualificação; ii) restrições de orçamento para custeio de UPA 24h; iii) restrições de recursos para incentivo de investimento em equipamentos para UPA 24h; e o iv) descumprimento de prazos pelos gestores locais na conclusão de obras e entrada em funcionamento.

Segue algumas providências a serem tomadas para redução dos riscos identificados: parceria com o DENASUS na solução de problemas de descumprimento de prazo; disponibilização da relação de UPA em fase final de construção e concluídas e ainda sem funcionamento para a Assessoria Parlamentar para propostas de equipamentos por Emenda Parlamentar Impositiva; notificação dos gestores com prazos de implantação de UPA 24h vencidos, e cancelamento das 77 propostas de UPA 24h em ação preparatória.

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

Diante da crescente demanda por serviços de urgência, este decorrente, em grande parte, do aumento do número de acidentes e da violência urbana, acrescida das dificuldades de estruturação das redes de atenção integral às urgências, e da sobrecarga dos serviços para o atendimento da população, estruturou-se no país por meio da Portaria GM/MS nº1010/2012 a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, o SAMU 192. Nesse sentido, a Política de Atenção às Urgências definiu os sistemas de atenção às urgências, estruturando-os em cinco eixos: promoção da qualidade de vida, organização em rede, operação de centrais de regulação, capacitação e educação continuada e humanização da atenção.

Ao citar a implantação do componente pré-hospitalar móvel (SAMU 192), iniciou-se um processo de reorganização dessa assistência no país, estando, nesse momento, havendo uma estruturação gradual ao nível de secretarias estaduais e municipais para a implantação de diretrizes nacionais estabelecidas pelo nível federal. Como componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências, este tem por objetivo, chegar precocemente à vítima por meio do envio de veículos tripulados por equipes capacitadas, após a ocorrência do agravo de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, dentre outras. Referente ao SAMU 192, no ano de 2016, fechamos com a seguinte estrutura física financeira:

- 190 Centrais de Regulação das Urgências;
- Cobertura populacional de 164.838.357 – 80,67% da população Brasileira.
- 3.449 municípios com acesso ao SAMU 192 – 61,9% dos municípios do Brasil;
- 2.630 Unidades de Suporte Básico;
- 589 Unidades de Suporte Avançado;
- 255 Motos
- 13 Embarcações;
- 9 Equipes de Aeromédico;

Quadro LIII - Identificação da ação: 8761 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu 192

Identificação da Ação	
Código	Tipo: Atividade
Título	8761 - Custeio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu 192

Objetivo	Código: 1120 - Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.					
Programa	Código: 2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) Tipo: Temático					
Unidade Orçamentária	36901 - Fundo Nacional de Saúde					
Ação Prioritária	() Sim ()Não Caso positivo: ()PAC () Brasil sem Miséria					
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
1.100.000.000	1.100.000.000	1.063.323.954	987.258.196	987.258.196	0	76.065.758
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Serviço mantido			Unidade	3.335		3.496
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada	
5.486.109	0	0				

Em 2016, na ação 8761 - Custeio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 teve uma dotação final de R\$ 1.100.000.000, cuja despesa empenhada foi de R\$ 1.063.323.954, representando 96,67% do total disponibilizado. Além disso, a meta física programada para 2016 foi realizada em 104,08%, com várias ações efetivadas no âmbito dessa temática.

Desenvolvidas e Avanços

Ambulâncias doadas em 2016: No ano de 2016 realizamos a doação de 55 ambulâncias para 04 Estados da Federação. Observe a tabela LVIII.

Tabela LVIII – Ambulâncias doadas em 2016 por UF.

UF	QUANTIDADE
MT	1
RJ	37
SC	1
SP	16
TOTAL GERAL	55

Fonte: CGUE/DAHU/SAS

Estratificando por finalidade do veículo doado em 2016, temos, conforme a Tabela LIX, que a maioria dos veículos doados foi para renovação de frota. Como ponto a ser destacado nas doações de ambulâncias em 2016, seria o quantitativo de 16 unidades móveis (14 USB e 02 USA) destinadas para ampliação e expansão do SAMU 192.

Tabela LIX – Finalidade do veículo em 2015

FINALIDADE	QUANTIDADE
RENOVAÇÃO DE FROTA	39
USB	14

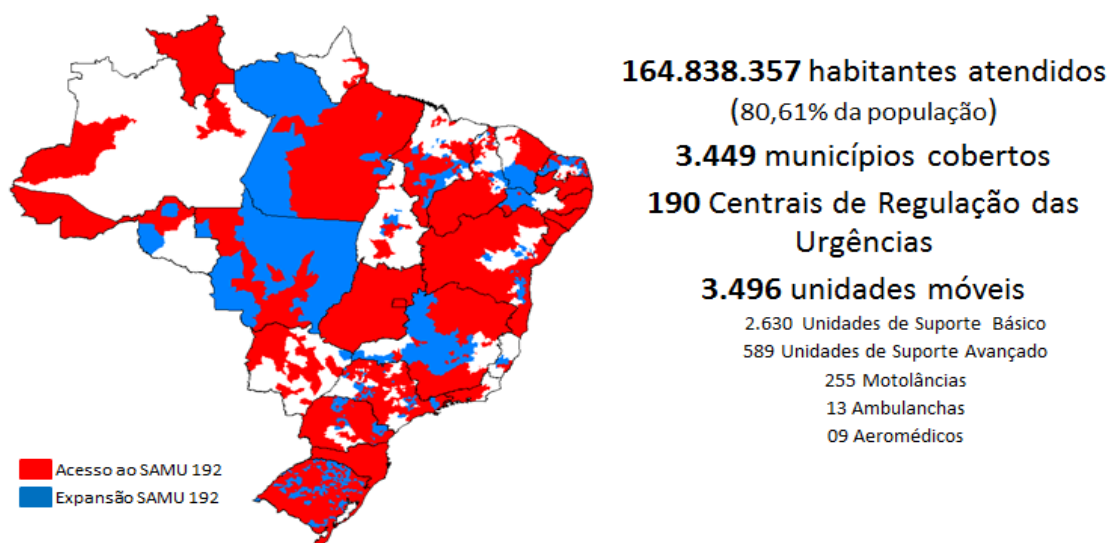
USA	02
TOTAL	55

Fonte: CGUE/DAHU/SAS

Crescimento do SAMU 192 em 2016

O SAMU 192 teve em 2016 um total de 190 Centrais de Regulação das Urgências, que fazem a regulação dos atendimentos em 3.449 municípios do território nacional, os quais representam 164,8 milhões de habitantes. Observe a figura XX.

Figura V – Mapeamento da situação dos municípios do Brasil referente ao acesso ao SAMU 192. Período de 2004 a 2016.

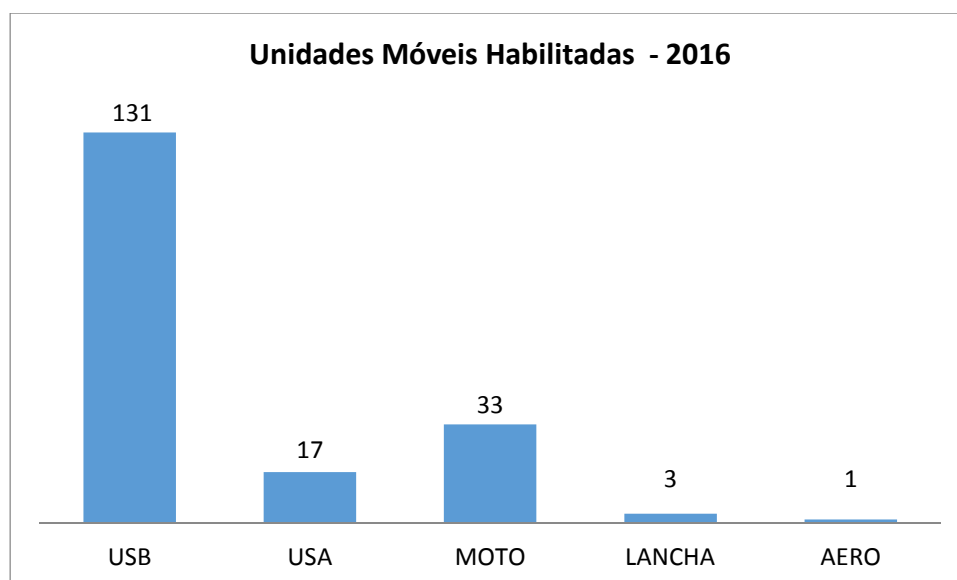


Fonte: CGUE/DAHU/SAS.

Unidades móveis habilitadas em 2016

Ao decorrer do ano de 2016, foram habilitadas em custeio o quantitativo de 185 unidades moveis, sendo a maioria para USB. Observe o Gráfico XX. Neste contexto, o quantitativo expressivo de habilitações, principalmente USB, justifica-se pelo quantitativo represado de habilitações que não ocorreram no ano de 2015.

Gráfico XXIII: Unidades móveis por tipologia habilitadas em custeio no ano de 2016.



Fonte: CGUE/DAHU/SAS

Crescimento populacional

Este contexto possui o caráter de maior destaque do ano de 2016. Conseguimos crescer 3,6% (6,6 milhões de pessoas) no quantitativo de novos habitantes com acesso ao SAMU 192 no Brasil, referente ao ano de 2015. No quantitativo de municípios com acesso ao SAMU 192, houve um aumento de 12% (398 municípios) referente ao ano de 2015.

Custeio do SAMU 192 em 2016

O ano de 2016 gerou um impacto financeiro e orçamentário significativo no custeio do SAMU 192, motivado pela habilitação e qualificação de vários processos que não tiveram portaria de incentivo de custeio no ano de 2015. Dessa forma, fechamos o ano com o custeio de R\$ 987.258.196 milhões.

Perspectivas e desafios

Dentre as perspectivas destacamos a expansão do serviço e o aprimoramento da qualidade do atendimento, monitoramento e avaliação, com enfoque para o avanço em termos de:

- Publicação revisada da Portaria nº 1010 MS/GM, de 21 de maio de 2012. Aperfeiçoamento e atualização das diretrizes com ênfase nos processos de trabalho e informação.
- Continuidade da reposição de frota e envio de Reserva Técnica- RT para manutenção de 100% do funcionamento do SAMU 192 no território nacional;
- Continuidade das qualificações;
- Habilitação de veículos não habilitados;
- Implantação do e-SUS SAMU nas CRU propiciando um aprimoramento dos sistema atual e avaliação da modalidade de atenção. Nossa atual estratégia consiste em instalar o e-SUS SAMU nas localidades que necessitam urgentemente do serviço.
- Aprimoramento do monitoramento e avaliação da produção do SAMU 192 por meio do SIA/SUS.

CAPACITAÇÕES - PROADI

O Ministério da Saúde, com o intuito de apoiar e aprimorar institucionalmente o Sistema Único de Saúde (SUS) criou o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS). O principal objetivo do Programa é contribuir para o desenvolvimento institucional do SUS, transferindo, desenvolvendo e incorporando novos conhecimentos, tecnologias e práticas a partir de parceria estratégica entre o Ministério da Saúde e os hospitais filantrópicos de excelência. Os projetos do triênio 2015-2017 acompanhados pela Coordenação-Geral de Urgência e Emergência (CGUE) são os seguintes:

PROJETO - Capacitação em Urgência e Emergência do Adulto para Profissionais do Sistema Único de Saúde com Simulação Realística.

Executor - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE).

Objetivo – Capacitar médicos e enfermeiros atuantes no SAMU 192, UPA 24h, portas de entrada hospitalares e Programa Melhor em Casa abordando temas pertinentes às urgências e emergências do adulto (trauma, cardiologia e neurovascular) por meio de simulação realística. Como consequência desta iniciativa, teremos profissionais capacitados para a prestação de assistência com maior qualidade aos usuários do SUS.

Profissionais capacitados – Em 2016 participaram do curso 587 profissionais entre médicos e enfermeiros, sendo um total de 15 turmas realizadas no decorrer do ano, conforme Tabela LX.

Tabela LX: Número de Profissionais Capacitados por categoria profissional em 2016.

Profissionais Capacitados	Ano de 2016
Médicos	201
Enfermeiros	386
Total Anual	587

Fonte: CGUE/DAHU/SAS

PROJETO – Boas práticas na Atenção à Cardiologia e Urgências Cardiovasculares

Executor - Hospital do Coração (HCor)

Objetivo – O projeto propõe a manutenção do Programa de Tele-eletrocardiografia, com a rede de Suporte Remoto em Eletrocardiografia, oferecido atualmente às Unidades de Suporte Avançado (USA) e Unidades de Suporte Básico (USB) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e às Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h, nos diversos municípios brasileiros. Objetiva-se, também, apoiar a organização da Linha de Cuidado em Cardiologia, permitindo adequado direcionamento do paciente portador de Síndrome Cardiológica Agudizada, baseado em evidências clínicas e ofertando capacitação a profissionais na temática abordada.

Manutenção dos equipamentos – O referido projeto, em 2016, procedeu com manutenção dos equipamentos instalados no triênio 2012-2014 e recolhimento dos equipamentos que não foram utilizados pelas unidades nas quais estavam instalados. Não ocorreu expansão no número de implantações no ano mencionado. A Tabela abaixo apresenta o número de equipamentos de telemedicina ativos em 2016.

Tabela LXI: Número de Equipamentos de Telemedicina ativos em 2016.

Atividade	Serviço de Saúde	2016
Equipamentos ativos	SAMU 192	95

	UPA 24 HORAS	205
	Total Anual	300

Fonte: CGUE/DAHU/SAS

Capacitações – Foram realizadas 02 (duas) capacitações por meio do referido projeto em 2016 (Tabela abaixo):

- **Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS):** oferta de 90 vagas ao estado do Piauí, distribuídas em 03 turmas de 30 participantes (médicos e enfermeiros) com carga horária total de 16 horas.

- **Capacitação em Urgências Cardiovasculares:** realizadas 03 edições do curso, tendo como público alvo, profissionais enfermeiros de UPA 24h e portas de entrada hospitalares da RUE nos estados.

- 1ª Edição: aconteceu em junho/2016 no Ceará, com a oferta de 160 vagas, contemplando 25 UPA 24h, conforme indicação do gestor

- 2ª Edição: realizada em setembro/2016, no estado do Pernambuco, com oferta de 180 vagas, contemplando 19 UPA 24h e 07 hospitais de referência, conforme indicação do gestor.

- 3ª Edição: aconteceu em dezembro/2016, no Espírito Santo. Foram ofertadas 200 vagas que contemplaram profissionais de 23 estabelecimentos de saúde indicados pelo gestor.

Tabela LXII: Profissionais capacitados por curso em 2016.

<i>Atividade</i>	<i>Total de profissionais contemplados 2016</i>
Suporte Avançado de Vida em Cardiologia	90
Capacitação em Urgências Cardiovasculares	468
Total Anual	558

Fonte: CGUE/DAHU/SAS

PROJETO – Gestão para Educação Permanente dos Profissionais da Rede de Atenção às Urgências – GEPP RAU

Executor - Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC)

Objetivo – Apoiar a qualificação dos gestores, gerentes e profissionais da atenção às urgências e da educação permanente das redes regionais de atenção às urgências.

Atividade / curso - No período de fevereiro/março de 2016 foram ofertados cursos auto instrucionais na modalidade de Ensino a Distância (EaD), cujos temas foram:

- **Regulação Médica das Urgências:** O curso foi ofertado para Médicos, Técnicos Auxiliares de Regulação Médica (TARM) e Rádio Operador (RO) atuantes no SAMU 192 e possui todo seu conteúdo baseado nas diretrizes do Manual de Regulação Médica. Carga horária: 30 h.

Curso Introdutório para Profissionais do Núcleo de Educação Permanente (NEP): todo o conteúdo ofertado por meio de Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) para profissionais médicos e enfermeiros atuantes nos NEPs, com foco em metodologias de educação continuada. Carga horária: 10h.

Profissionais capacitados – Em 2016 foram capacitados 1.334 profissionais, porém, deste total, apenas 710 foram aprovados.

Quadro LIV - Identificação da ação: 20QI - Implantação e Manutenção da Força Nacional de Saúde

Conforme PPA 2016-2019, no exercício programático de 2016, a Ação Orçamentária de Implantação e Manutenção da Força Nacional de Saúde foi responsável pelo suporte das ações do Programa Força Nacional do SUS no que compete à resposta Federal da assistência em saúde nos casos de surtos, desastres, eventos de massa ou desassistência a populações vulneráveis no âmbito das Redes de Saúde, como previsto no Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011. A estruturação da FN-SUS busca atuar em situações que demandem o emprego de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública nas situações que extrapolem a capacidade de resposta das direções estadual, distrital e municipal do SUS.

Identificação da Ação						
Código		Tipo: Atividade				
Título		20QI - Implantação e Manutenção da Força Nacional de Saúde				
Objetivo		Código: 1120 - Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.				
Programa		Código: 2015 - Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) Tipo: Temático				
Unidade Orçamentária		36901 - Fundo Nacional de Saúde				
Ação Prioritária		() Sim () Não Caso positivo: () PAC () Brasil sem Miséria				
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
2.800.00	2.800.00	2.001.549	2.001.549	2.001.549	0	0
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Profissional Capacitado			Unidade	467		767
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada	
184.655	166.241	18.413				

Em 2016, na ação 20QI - Implantação e Manutenção da Força Nacional de Saúde teve uma dotação final de R\$ 2.800.000, cuja despesa empenhada foi de R\$ 2.001.549, representando 71,48% do total disponibilizado. Além disso, a meta física programada para 2016 foi realizada em 164,24%, com várias ações efetivadas no âmbito dessa temática.

A meta “*número de profissionais capacitados*” para atuarem em ações assistenciais em casos de emergências de saúde pública foi realizada com foco no evento olímpico RIO 2016 ocorrido no Rio de Janeiro e nas cidades sedes olímpicas. A meta foi superada devido ao contingente de profissionais capacitados por solicitação dos entes federados para a preparação e a atuação em eventos de massa. Destaca-se que para a maioria das capacitações dos profissionais de saúde do SUS não foram utilizados recursos previstos na Ação Orçamentária 20QI, uma vez que as atividades foram realizadas de forma conjunta entre secretarias do Ministério da Saúde ou com os entes federados que cooperaram com essa atividade.

CURSO	CARGA HORÁRIA	PERÍODO DO CURSO		NÚMERO DE PROFISSIONAIS CERTIFICADOS	OBSERVAÇÕES
Emergência em Saúde Pública por Ameaça Química, Biológica, Radiológica e Nuclear (QBRN) no Rio de Janeiro/RJ	60h	Junho/2016		243	Curso de extensão em atendimento pré-hospitalar e intra-hospitalar a vítimas de agentes QBRN realizado em parceria com o Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
Emergência em Saúde Pública por Ameaça Química, Biológica, Radiológica e Nuclear (QBRN) em Manaus/AM	32h	Julho/2016		187	Curso de treinamento em agentes QBRN realizado em parceria com o SAMU Manaus para a preparação e resposta dos jogos olímpicos realizados na arena Amazonas.
Emergência em Saúde Pública por Ameaça Química, Biológica, Radiológica e Nuclear (QBRN) em Sergipe/SE	60h	Dezembro/2016		128	Curso com abordagem de noções básicas sobre os agentes de origem QBRN realizado em parceria com a Secretaria de Saúde de Sergipe/SE.
Especialização em Gestão de Emergência em Saúde Pública na região metropolitana de São Paulo, Maranhão, Acre, Espírito Santo, Distrito Federal, Santa Catarina, região Serrana do Rio de Janeiro, Pará, Minas Gerais e Maceió.	360h	2016		153	Curso de especialização Gestão de Emergências em Saúde Pública/PROADI visa à formação de profissionais de saúde do SUS na preparação e resposta às Emergências em Saúde Pública em parceria com o IEP/HSL com o apoio do CONASS e CONASEMS.

Profissionais do SUS certificados em Emergência em Saúde Pública em 2016 = 711

Ainda durante os Jogos Olímpicos e Paraolímpicos RIO 2016, e, de acordo com a Portaria nº1.139, de 10 de junho de 2013, a Força Nacional do SUS integrou o Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde (Ciocs), unidade operacional de caráter extraordinário e temporário, com estrutura integrada para a gestão e o monitoramento em tempo real das ações do setor saúde relacionados aos incidentes em saúde pública.

Com o objetivo de dar continuidade na estruturação do Hospital de Campanha da FN-SUS e o apoio às ações assistenciais de suporte avançado de vida, foi executada ata de registro de preços para aquisição de três cardioversores portáteis para monitorização cardíaca e realização de desfibrilação para pacientes adultos e pediátricos.

Capacitações técnicas em resposta a urgências e emergências em saúde pública

Quadro LV- Capacitações técnicas para atuação e resposta do setor saúde em situações de Emergência em Saúde Pública.

CURSO	CARGA HORÁRIA	PERÍODO DO CURSO	NÚMERO DE PROFISSIONAIS CERTIFICADOS	OBSERVAÇÕES
Emergência em Saúde Pública por Ameaça Química, Biológica, Radiológica e Nuclear (QBRN) no Rio de Janeiro/RJ	60h	Junho/2016	243	Curso de extensão em atendimento pré-hospitalar e intra-hospitalar a vítimas de agentes QBRN realizado em parceria com o Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
Emergência em Saúde Pública por Ameaça Química, Biológica, Radiológica e Nuclear (QBRN) em Manaus/AM	32h	Julho/2016	187	Curso de treinamento em agentes QBRN realizado em parceria com o SAMU Manaus para a preparação e resposta dos jogos olímpicos realizados na arena Amazonas.
Emergência em Saúde Pública por Ameaça	60h	Dezembro/2016	128	Curso com abordagem de noções básicas sobre os agentes de origem QBRN

Química, Biológica, Radiológica e Nuclear (QBRN) em Sergipe/SE				realizado em parceria com a Secretaria de Saúde de Sergipe/SE.
Especialização em Gestão de Emergência em Saúde Pública na região metropolitana de São Paulo, Maranhão, Acre, Espírito Santo, Distrito Federal, Santa Catarina, região Serrana do Rio de Janeiro, Pará, Minas Gerais e Maceió.	360h	2016	153	Curso de especialização Gestão de Emergências em Saúde Pública/PROADI visa à formação de profissionais de saúde do SUS na preparação e resposta às Emergências em Saúde Pública em parceria com o IEP/HSL com o apoio do CONASS e CONASEMS.
Profissionais do SUS certificados em Emergência em Saúde Pública em 2016 = 711				

Fonte: CGFNS/DAHU/SAS

Missões assistenciais e apoio à gestão em Emergência em Saúde Pública

- 1) Missão nº35 de apoio à gestão na saúde pública em Porto Alegre/RS em casos suspeitos de síndrome gripal na população.** Foi concedido por meio de termo de cessão de unidades modulares do hospital de campanha da FN-SUS ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC) em Porto Alegre como medida de suporte na assistência em saúde emergencial aos pacientes com casos suspeitos de síndrome gripal.
- 2) Missão nº36 de apoio à gestão na saúde pública em Altamira/PA em casos de síndrome respiratória em população indígena.** A missão compreendeu um diagnóstico exploratório sobre medidas preventivas assistenciais e recomendações técnicas acerca da rede e dos serviços de urgência e emergência, bem como um apoio especializado para um plano de comunicação de risco.

- 3) **Missão nº 37 de apoio à saúde pública no Rio de Janeiro/RJ no âmbito dos Jogos Olímpicos e Paralímpicos RIO 2016.** A Força Nacional do SUS (FN-SUS) teve como uma de suas ações durante os Jogos Olímpicos e Paralímpicos Rio 2016 o envio de 12 equipes de prontidão para o Hospital Geral do Exército do Rio de Janeiro (HGE-RJ), a fim de atuar em possíveis ameaças de natureza QBRN e ameaças com múltiplas vítimas (AMV). Dos entes federados e municípios, tiveram a disponibilidade de envio de profissionais: Sergipe, Salvador, Porto Alegre, Goiás, Fortaleza, Cuiabá, São João da Boa Vista e Rio Grande do Norte.
- 4) **Missão nº 38 de apoio à saúde pública em Pacaraima/RR pelo acometimento aos serviços de urgência e emergência municipal devido ao aumento de migração causada pelo desabastecimento no território venezuelano.** A missão exploratória diagnosticou a situação estrutural dos serviços/equipamentos e redes de atenção, bem como a necessidade de cooperação entre os agentes públicos envolvidos. O Ministério da Saúde apoiou com o envio de insumos básicos e com renovação de frota de uma ambulância do tipo SAMU 192.
- 5) **Missão nº 39 de apoio assistencial à saúde pública no Rio de Janeiro/RJ no âmbito dos Jogos Olímpicos RIO2016.** O Comitê Rio 2016 solicitou apoio do Ministério da Saúde nos serviços de saúde nos Jogos Paralímpicos, A Força Nacional do SUS atuou nos postos de atendimento de espectadores no Cluster de Copacabana localizados na Marina da Glória, no Forte Copacabana e na Lagoa, com insumos e medicamentos providos pela SMS/RJ. Com apoio do Departamento de Gestão Hospitalar do Rio de Janeiro na disponibilização de recursos humanos dos hospitais federais, foi realizado o atendimento de espectadores, voluntários e força de trabalho nos postos designados. Os atendimentos, nesse período, foram sem gravidade e na sua maioria foram clínicos. De forma sucinta foram realizados 232 atendimentos, sendo 170 clínicos (73%), 35 traumas (15%) e 27 ignorados (12%); sendo o perfil dos atendimentos 72 (32%) força de trabalho, 40 (17%) espectador, 31 (14%) voluntário, 64 (27%) atletas e 25 (10%) ignorados.
- 6) **Missão 40ª da FN-SUS em apoio ao acidente aéreo na Colômbia com o avião da Delegação do Chapecoense-SC.** A missão compreendeu o apoio à relação entre o Brasil e a Colômbia no que compete à emergência em saúde dos brasileiros e à remoção aeromédica.

4.3.1.4 AÇÕES ORÇAMENTÁRIAS TRANSVERSAIS ÀS VÁRIAS REDES E POLÍTICAS DA SAS – ESTRUTURAÇÃO DE UNIDADES

GESTÃO DE INVESTIMENTOS

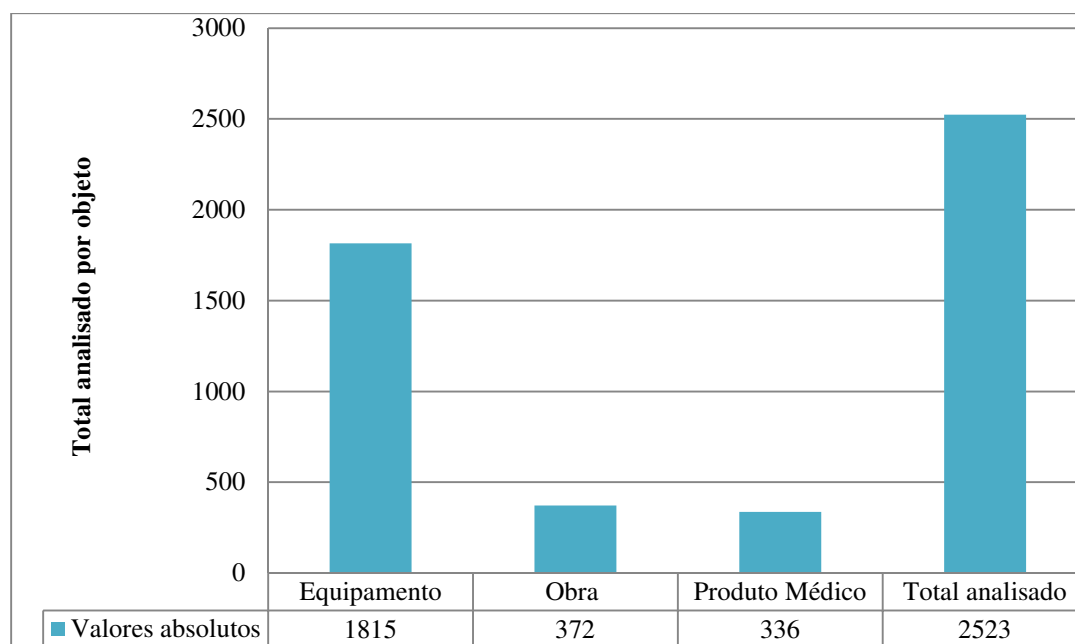
No âmbito da atenção hospitalar, os investimentos podem corresponder aos seguintes objetos: aquisição de equipamento e material permanente, aquisição de produtos médicos de uso único e realização de obra física (ampliação, construção e reforma de unidades de atenção especializada em saúde). A proposta deve ser apresentada por meio do endereço eletrônico www.fns.saude.gov.br, após serem cadastradas e analisadas quanto ao mérito e também por outras áreas do Ministério da Saúde, se forem aprovadas culminarão na transferência de repasse Fundo a Fundo (FAF), na celebração de convênios ou instrumentos congêneres.

Com o foco em sua missão institucional a CGHOSP/DAHU/SAS/MS prioriza na atenção hospitalar as ações que colaboram para ampliar a oferta e o acesso aos serviços da Rede Nacional de Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar.

Resultados Alcançados

Em 2016, o Núcleo de Investimentos da CGHOSP/DAHU/SAS/MS encarregou-se da análise de mérito de 2.523 propostas de investimentos. A subdivisão deste total dentre os três objetos possíveis, mostra que a maior parte das análises foi referente à aquisição de equipamentos e materiais permanentes, conforme apresentado no Gráfico XXIV.

Gráfico XXIV: Distribuição das Propostas por Objeto e Quantitativo Total Analisado – 2016

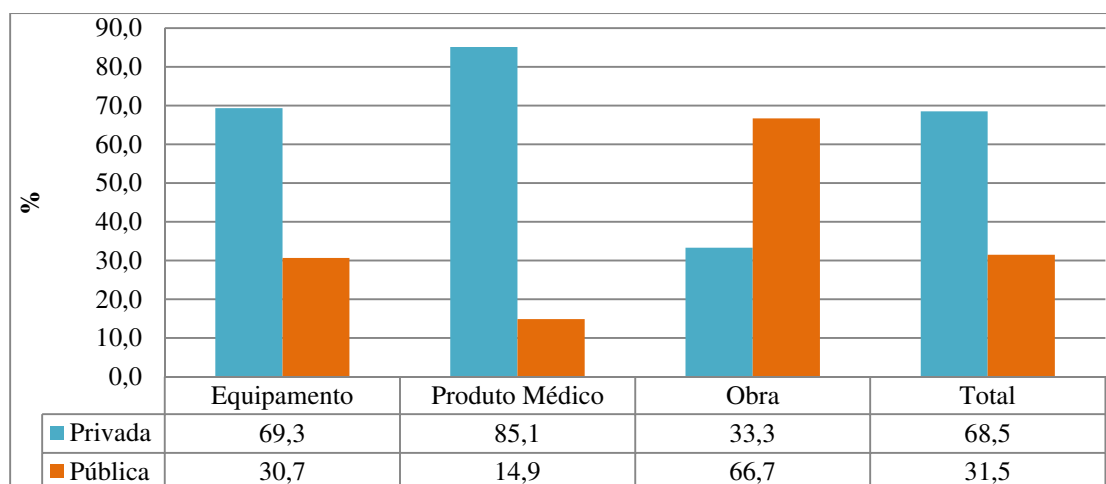


Fonte: SISPROFNS, 2ª semana de janeiro de 2017.

No que diz respeito ao tipo de recurso, 97,7% das propostas analisadas eram referentes a emendas parlamentares e apenas 2,3% corresponderam a recurso de programa (SISPROFNS, 2ª semana de janeiro de 2017).

Quanto aos tipos de unidades que pleitearam recursos para a estruturação e manutenção de unidades de atenção especializada em saúde, 68,5% foram classificadas como entidades privadas sem fins lucrativos e 31,5% como públicas. Essa constatação não se verificou com relação àquelas que tinham como finalidade a realização de ampliação, construção e reforma, haja vista que 66,7% foram destinados para unidades públicas e 33,3% para unidades privadas sem fins lucrativos, o que pode ser explicado pelo fato de que dos três objetos destinados para obras físicas, apenas a realização de reformas está acessível para entidades privadas sem fins lucrativos, conforme informação presente na cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde de 2016, disponível no site: <http://www.fns2.saude.gov.br/documentos/cartilha.pdf> - Gráfico abaixo.

Gráfico XXV: Distribuição Proporcional das Propostas por Objeto e Tipo de Unidade Assistida – 2016

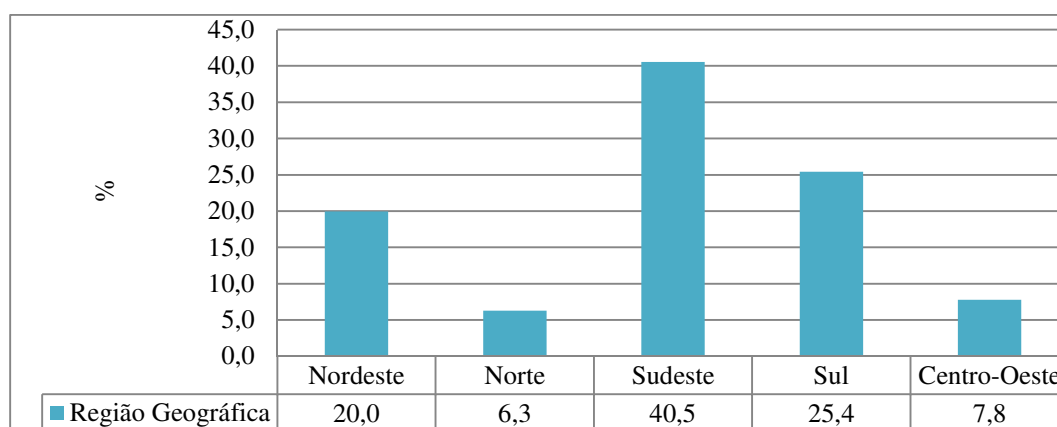


Fonte: SISPROFNS, 2ª semana de janeiro de 2017.

Do total de propostas analisadas (2.523), 95% receberam pareceres favoráveis e 5% pareceres de diligência (SISPROFNS, 2ª semana de janeiro de 2017).

A distribuição geográfica das propostas destinadas para análise de mérito pelo Núcleo de Investimentos da CGHOSP/DAHU/SAS/MS, apontou que o maior quantitativo ficou concentrado na região Sudeste do país e o menor na Norte, o percentual avaliado para estas e para as demais regiões brasileiras está demonstrado no Gráfico abaixo.

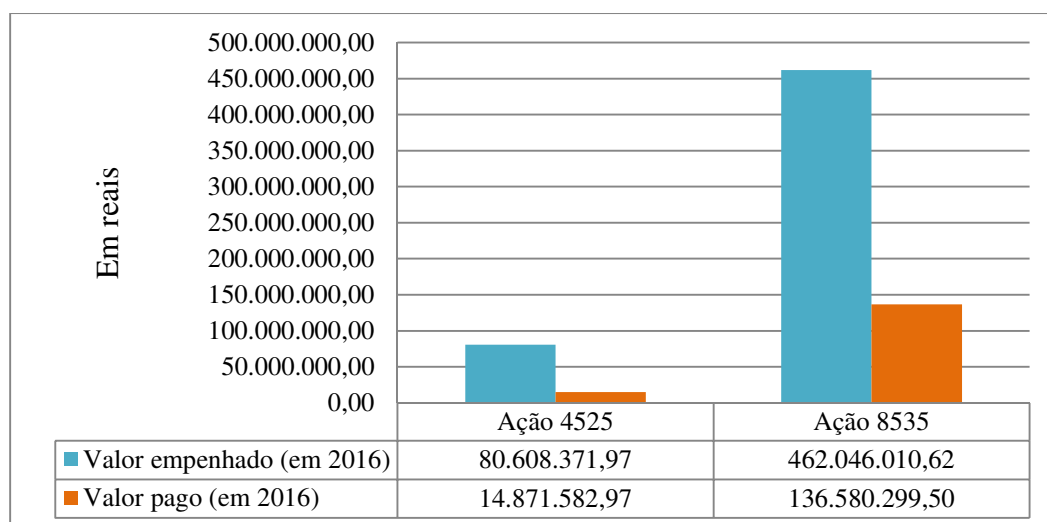
Gráfico XXVI: Distribuição Proporcional das Propostas por Região Geográfica – 2016]



Fonte: SISPROFNS, 2ª semana de janeiro de 2017.

O valor global empenhado das propostas de investimento atribuídas à CGHOSP na Ação Orçamentária 4525, referente ao Programa Apoio à Manutenção de Unidade de Saúde visando à aquisição de produtos médicos de uso único foi de R\$ 80.608.371,97. O valor pago para essa mesma ação, no que diz respeito às propostas de 2016, foi de R\$ 14.871.582,97. Quanto à Ação Orçamentária 8535, referente ao Programa Estruturação de Unidade de Atenção Especializada e que tem como objetos a aquisição de equipamentos e material permanente e a ampliação, construção ou reforma de unidades de atenção especializada em saúde, o valor global empenhado foi de R\$ 462.046.010,62 e o total pago para esta ação referente ao exercício de 2016 foi de R\$ 136.580.299,50 (Gráfico abaixo).

Gráfico XXVII: Valor Empenhado e Pago nas Ações Orçamentárias 4525 e 8535 – 2016



Fonte: SISPROFNS, 2ª semana de janeiro de 2017.

Outra atribuição do Núcleo de Investimentos da CGHOSP/DAHU/SAS/MS refere-se ao suporte técnico dado aos proponentes via atendimento telefônico, reuniões presenciais, correspondências eletrônicas, assim como a resposta a documentos físicos e análises das solicitações de reformulação de planos de trabalho de convênios e contratos de repasse. Em 2016, foram recebidos 572 documentos referentes à solicitação de recursos e demais informações por parte dos estados, municípios e entidades filantrópicas, bem como processos físicos de convênios para reformulação de planos de trabalho.

Os principais problemas identificados durante a análise das propostas de investimento foram:

- Necessidade de aprimorar o processo de indicação dos recursos de emenda parlamentar para que os mesmos sejam direcionados preferencialmente para regiões, objetos e unidades de saúde integrantes das prioridades de estruturação da Rede de Atenção à Saúde.
- Melhoria no processo de triagem das propostas por área temática. A fragilidade na triagem provoca morosidade na conclusão da análise, pois a proposta circula em mais de uma área até que tenha definido a área que assumirá a análise.
- Maior compartilhamento de informações sobre o fluxo, dúvidas dos proponentes e pareceristas sobre o fluxo completo da proposta, o que causa incerteza e perda de prazos quando se trata de ajuste de plano de trabalho, prorrogação, empenho, pagamento e execução.
- Equipe reduzida no âmbito do Núcleo de Investimentos para análise de propostas apresentadas no ano 2016.

Desafios para 2017

- Buscar maior aproximação e articulação com os parlamentares com a finalidade de direcionar as emendas prioritariamente para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde, ou seja, para as unidades com papel de relevância na Rede.
- Desenvolver método de acompanhamento da execução das propostas aprovadas no mérito, visando conhecer a efetivação do objeto na ponta.
- Capacitar a equipe do núcleo de investimentos para proporcionar um melhor desenvolvimento do trabalho de análise de mérito, conhecimentos técnicos, conhecimentos sobre a Rede de Atenção à Saúde, conhecimentos sobre acompanhamento da execução dos objetos das propostas.

- Aprimorar a ferramenta INOVAR, já existente na Coordenação para o monitoramento das propostas de investimentos, de forma que possa gerar mais relatórios balizadores da gestão.

Quadro LVI - Identificação da Ação: 8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde

Identificação da Ação						
Código	Tipo: Atividade					
Título	8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde					
Objetivo	Código: 0713 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.					
Programa	Código: 2015 - Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) Tipo: Temático					
Unidade Orçamentária	36901 - Fundo Nacional de Saúde					
Ação Prioritária	() Sim ()Não Caso positivo: ()PAC () Brasil sem Miséria					
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
256.243.354	384.195.742	351.002.347	204.216.501	204.074.119	142.382	146.785.846
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Unidade estruturada			Unidade	80		81
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada	
2.370.823.889	1.055.976.359	205.843.115				

Em 2016, na ação 8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde teve uma dotação final de R\$ 384.195.742, cuja despesa empenhada foi de R\$ 351.002.347, representando 91,36% do total disponibilizado. Além disso, a meta física programada para 2016 foi realizada em 101,25%, com várias ações efetivadas no âmbito dessa temática.

Quanto ao elevado percentual de inscrição em Restos a Pagar não Processados cabe informar que a ação 8535 financia obras realizadas por meio de contratos de repasse e transferências fundo a fundo, assim como convênios e transferências fundo a fundo para aquisição de equipamentos. A ação também possui execução de obras fundo a fundo, cujo pagamento depende da superação de etapas, efetivada por meio de gestão local da execução da obra. Restrição também ocorre devido ao fato de que as obras que conseguem solicitar a superação de etapa e tem liberação de pagamento autorizada ficam à espera de limite financeiro, concorrendo os diversos compromissos do Ministério da Saúde.

A ação orçamentária 8535 foi distribuída em 05 planos orçamentários com o objetivo de organizar e dar maior transparência à execução dos programas prioritários, a saber: Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde, Doenças Crônicas, Viver sem Limite, Controle do Câncer e Crack, é possível vencer.

Execução Orçamentária dos Planos Orçamentários da Ação 8535

PO-0000 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde

Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
83.641.997	190.656.385	181.793.392	95,35	78.391.204	78.287.673	43,12	43,06	103.531	103.402.188

O PO 0000 da ação de Estruturação de Unidades de Atenção Especializada teve uma dotação final de R\$ 190.656.385 cuja despesa empenhada foi de R\$ 181.793.392, representando 95,35% do total disponibilizado.

8535 - PO 0004 - Viver sem Limite

Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago (H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
127.775.093	107.875.093	100.522.443	93,18	84.460.922	84.422.072	84,02	83,98	38.850	16.061.521

O PO 0004 da ação de Estruturação de Unidades de Atenção Especializada teve uma dotação final de R\$ 107.875.093 cuja despesa empenhada foi de R\$ 100.522.443, representando 93,18% do total disponibilizado.

8535 PO 0007 - Controle do Câncer

Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago (H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
16.436.236	42.569.236	29.165.045	68,51	10.064.374	10.064.374	34,51	34,51	0	19.100.671

O PO 0007 da ação de Estruturação de Unidades de Atenção Especializada teve uma dotação final de R\$ 42.569.236 cuja despesa empenhada foi de R\$ 100.522.443, representando 93,18% do total disponibilizado.

8535 PO 0009 - Crack, é Possível Vencer

Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago (H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
23.390.028	38.095.028	35.392.995	92,91	31.300.000	31.300.000	88,44	88,44	0	4.092.995

O PO 0009 da ação Estruturação de Unidades de Atenção Especializada teve uma dotação final de R\$ 38.095.028 cuja despesa empenhada foi de R\$ 35.392.995, representando 92,91% do total disponibilizado.

8535 PO 000A - Doenças Crônicas

Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago (H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)

5.000.000	5.000.000	4.128.472	82,57	0	0	0,00	0,00	0	4.128.472

O PO 000A da ação de Estruturação de Unidades de Atenção Especializada teve uma dotação final de R\$ 5.000.000 cuja despesa empenhada foi de R\$ 4.128.472, representando 82,57% do total disponibilizado.

Emenda Individual da ação 8535

Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
0	1.851.756.806	1.461.338.230	333.957.349	333.402.456	554.893	1.127.380.881

Ainda, nesta ação orçamentária, houve repasses por meio de emendas individuais, com dotação final de R\$ 1.851.756.806, cuja despesa empenhada foi de R\$ 1.461.338.229, representando 79,82% do total disponibilizado.

Emenda de Bancada da ação 8535

Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
0	743.110.833	133.394.369	133.394.369	0	0	133.394.369

No que se refere às emendas de bancada, a dotação final foi de R\$ 743.110.833 e a despesa empenhada foi de R\$ 133.394.369, representando 17,95% do total disponibilizado.

Emenda de Bancada - Anexo Prioridades e Metas da ação 8535

Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
0	272.000.000	271.949.430	0	0	0	0

Houve repasse de recursos oriundos de emenda de bancada relativo ao Anexo de Prioridades e Metas, cuja dotação final foi de R\$ 272.000.000 e a despesa empenhada foi de R\$ 271.949.430, representando 100% do total disponibilizado.

Emenda Comissão da ação 8535

Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
0	58.697.776	18.050.756	0	0	0	18.050.756

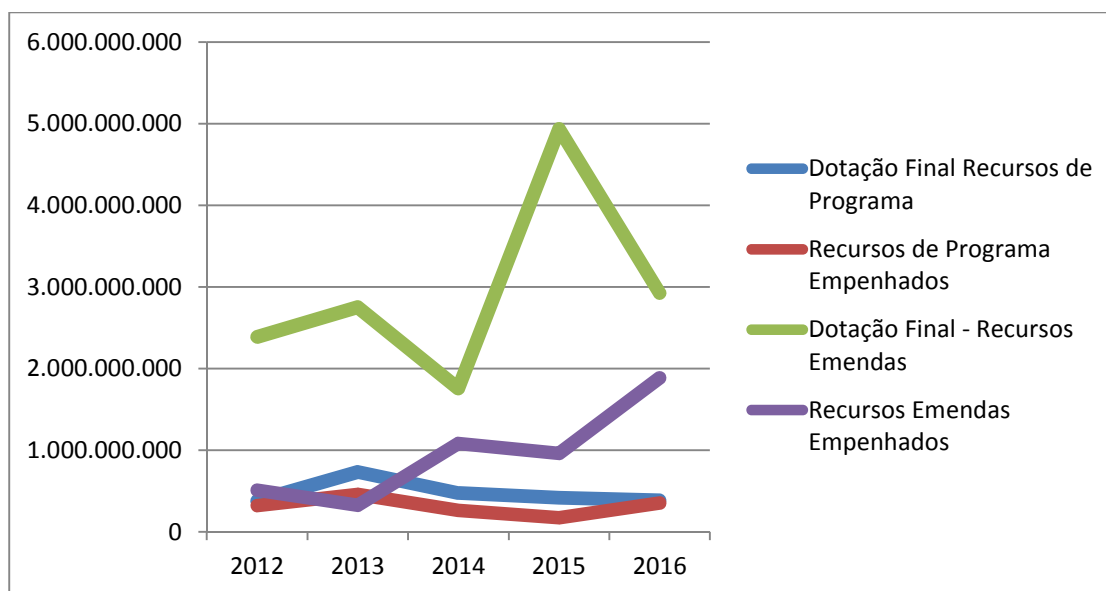
Ainda, nesta ação orçamentária, houve repasses por meio de emenda de bancada, com dotação final de R\$ 18.050.756 e cuja despesa empenhada foi de R\$ 18.050.756, representando 30,75% do total disponibilizado.

Os dados dos gráficos abaixo demonstram que a partir de 2014 houve uma redução significativa nos recursos alocados para Programa. No que se refere aos recursos de emenda, o exercício de 2015 teve incremento de 280% em comparação a 2014, no entanto, sofreu uma queda de 40% no exercício de 2016, quando comparado a 2015. Ao comparar a execução dos exercícios de 2015 e 2016, pode-se observar que houve aumento na emissão de empenhos tanto para os recursos de Programa quanto para Emendas.

Na ação orçamentária 8535, dos recursos provenientes de Emendas foram empenhados R\$ 1.884.732.785,00 que correspondem a 5.938 propostas. Desse total, foram empenhadas no PO – 0000 2.672 propostas de emendas no valor total de R\$957.077.686,98. (Fonte: SIGA BRASIL – 18/01/2017).

Ação Orçamentária 8535 (R\$)					
	2012	2013	2014	2015	2016
Dotação Final Recursos de Programa	380.549.612	734.990.000	472.576.000	415.452.388	384.195.742
Recursos de Programa Empenhados	321.582.775	457.836.543	261.859.144	171.257.430	351.002.347
Dotação Final - Recursos Emendas	2.388.676.499	2.753.590.985	1.758.673.829	4.936.843.466	2.925.565.415
Recursos Emendas Empenhados	509.724.003	325.329.366	1.082.095.876	959.106.461	1.884.732.785

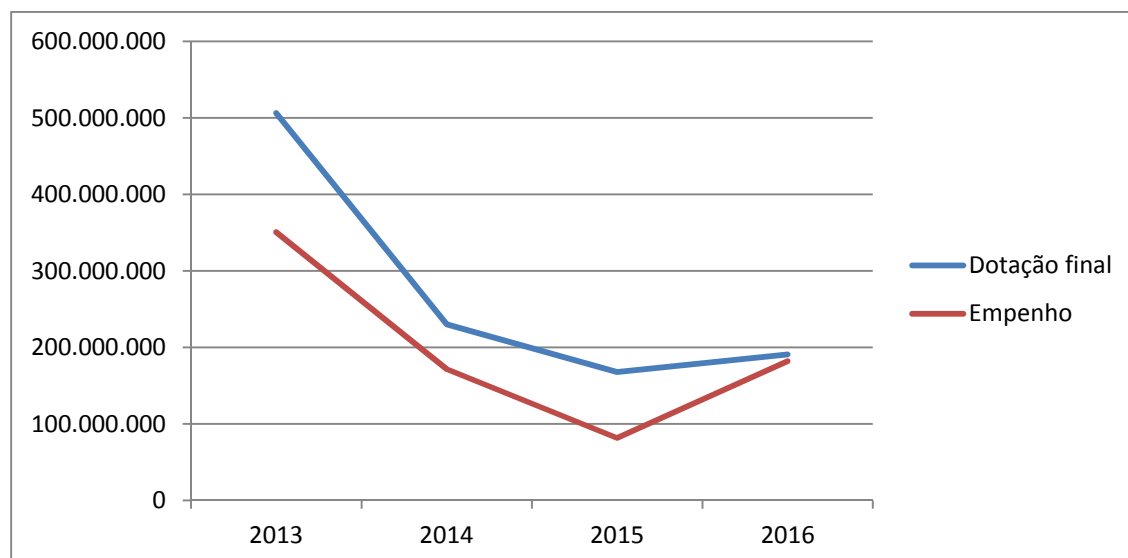
Gráfico XXVIII: Variação entre os recursos de Programa autorizados pelo Congresso Nacional (dotação final) e empenhados, e os recursos disponíveis e empenhados para Emendas



O recurso destinado ao PO 0000 teve um incremento na ordem de 13,5% quando comparado ao exercício de 2015. Em relação aos recursos empenhados, 2016 alcançou um percentual de 95%, enquanto que em 2015 o empenho foi de apenas 49%, o que representa um aumento significativo na execução deste PO.

Recursos de Programa alocados no Plano Orçamentário 0000 (0003 em 2015) (R\$)				
	2013	2014	2015	2016
Dotação final	506.502.254	229.982.024	167.900.000	190.656.385
Empenho	350.715.597	171.530.347	81.477.711	181.793.392

Gráfico XXIX: Comparativo entre a dotação final e empenhos dos recursos destinados no PO – 0000 da ação orçamentária 8535.



Os recursos no PO – 0000 foram destinados para construção, ampliação, reforma, aquisição de equipamento, material permanente e conclusão de 81 unidades. Além disso, também foram realizados pagamentos referentes a compromissos assumidos em exercícios anteriores, bem como para atender demandas processuais não monitoradas pela SAS.

Geralmente, a execução descentralizada dos recursos depende da apresentação de propostas por meio do endereço eletrônico www.fns.saude.gov.br. Após serem cadastradas e analisadas quanto ao mérito e também por outras áreas do Ministério da Saúde, se forem aprovadas culminarão na transferência de repasse Fundo a Fundo (FAF), na celebração de convênios ou instrumentos congêneres.

O repasse do recurso depende da inserção de documentos e do monitoramento das obras no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), que foi criado com o objetivo de monitorar a execução das obras financiadas com recurso do Ministério da Saúde e, consequentemente, a execução do incentivo financeiro repassado aos entes federativos.

Não obstante, reconhece-se a necessidade de que o processo de acompanhamento da execução das obras seja aprimorado. No caso dos contratos de repasse, o acompanhamento da execução é de responsabilidade da Caixa Econômica Federal, enquanto instituição mandatária.

O processo de alocação destes recursos obedece a uma lógica conjuntural. Há um processo consolidado no MS de apresentação, análise, aprovação das propostas, formalização e transferência dos recursos. É necessário fortalecer os mecanismos de planejamento e validação colegiada dos investimentos previstos no SUS, a fim de que haja uma estratégia de alocação dos recursos que não pulverize o orçamento.

Vale destacar que os recursos alocados em emendas parlamentares, principalmente as individuais, que têm caráter de execução obrigatório, estão concentrando as disponibilidades orçamentárias e financeiras do MS para investimentos.

Quadro LVII - Identificação da Ação: 20YL - Implantação das Academias da Saúde

Identificação da Ação						
Código	Tipo: Atividade					
Título	20YL – Estruturação de Academias da Saúde					
Objetivo	Código : 0713 – Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.					
Programa	Código: 2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) Tipo: Temático					
Unidade Orçamentária	36901 - Fundo Nacional de Saúde					
Ação Prioritária	() Sim () Não Caso positivo: ()PAC () Brasil sem Miséria					
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
0	0	0	0	0	0	0
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Academia de Saúde Estruturada			Unidade			
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada	
0	0	0	0	0	0	

Na ação orçamentária 20YL - Implantação das Academias da Saúde cabe considerar que para o exercício de 2016, não houve alocação de recursos de Programa.

Estruturação de Academias da Saúde

Meta: Custear 3.500 polos do Programa Academia da Saúde

O Programa Academia da Saúde foi lançado pelo Ministério da Saúde em 2011 como uma estratégia de promoção da saúde e de produção do cuidado no âmbito da Atenção Básica. Tem como público a população brasileira e como finalidade a promoção de práticas corporais e atividade física, a promoção da alimentação saudável, a educação em saúde, entre outras, além de contribuir para a produção do cuidado e de modos de vida saudáveis e sustentáveis da população.

Para tanto, o Programa dispõe da implantação de polos, que são espaços públicos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. O programa visa à redução e à prevenção de riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

O Ministério da Saúde prevê o repasse mensal de recursos de custeio para o cofinanciamento das ações do Programa Academia da Saúde. Esses recursos são oriundos do Piso Variável da Atenção Básica (PAB Variável) e são repassados de forma regular, para os Fundos Municipais de Saúde.

Na competência dezembro/2016, 635 polos estavam sendo custeados por meio do PAB Variável, entre novos polos construídos e similares. O valor unitário mensal de custeio é de R\$3.000,00, resultando no valor anual total de R\$15.993.000. O PPA 2016-2019 previa,

para 2016, o custeio de 1.334 polos, no entanto, foram custeados 635 polos, o que corresponde ao atingimento de 47,6% da meta física prevista.

Emenda Individual

Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
0	14.211.167	7.720.000	0	0	0	7.720.000

Já os recursos destinados às construções dos polos do Programa Academia da Saúde são oriundos da ação orçamentária 20YL - Emenda Individual, com dotação final de **R\$ 14.211.167** e cuja despesa empenhada foi de **R\$ 7.720.000**, representando **54,32%** do total disponibilizado.

Tabela LXIII - Estágio das obras vigentes

Ano de habilitação	Polos similares habilitados	Polos para construção - Estágio das obras				Repasse de investimentos	
		Polos habilitados	Obras em ação preparatória	Obras iniciadas	Obras concluídas	Valor empenhado	Valor pago
2011	155	1960	79	447	1369	R\$ 273.920.000,00	R\$ 243.688.000,00
2012	0	615	32	147	400	R\$ 69.100.000,00	R\$ 58.844.000,00
2013	0	859	242	408	209	R\$ 101.220.000,00	R\$ 67.524.000,00
2014	295	19	1	18	0	R\$ 7.400.000,00	R\$ 2.716.000,00
2015	0	44	40	1	0	R\$ 4.940.000,00	R\$ 1.036.000,00
2016	0	68	0	0	0	R\$ 7.720.000,00	R\$ 0,00
TOTAL	450	3565	394	1021	1978	R\$ 464.300.000,00	R\$ 373.808.000,00

Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS).

Ao observar o estágio das obras vigentes no quadro acima e analisar o cumprimento da meta prevista para o ano de 2016 no PPA, nota-se o descompasso entre a meta proposta e o ritmo de conclusão das obras dos polos, a solicitação do custeio pelos municípios e a aprovação das solicitações pelo Ministério da Saúde. Em pesquisa telefônica realizada em 2014 com municípios com obras habilitadas e que não foram iniciadas, foram apontadas como principais razões para isso: a. mudança da gestão municipal; b. Dificuldade no processo licitatório; e, c. Desconhecimento do gestor sobre como proceder em relação ao Programa Academia da Saúde.

O processo de solicitação de custeio também apresenta problemas no que se refere ao cumprimento dos critérios estabelecidos na Portaria nº 2.684/2013 para cadastramento dos profissionais no SCNES (CBO e carga horária), fotografias dos totens, cumprimento da carga horária mínima e o endereço do polo construído, nem sempre era o mesmo que havia sido informado na proposta de construção ou similaridade, o que pode retardar a habilitação de custeio. Além disso, ocorrem atrasos no repasse das parcelas para construção e no repasse dos recursos de custeio, o que também contribui para esse resultado.

Para atingir a meta do PPA, o programa Academia da Saúde necessita focar na sua implantação, ou seja, ampliar o número de polos concluídos e em funcionamento no país. Para isso, foram antecipadas as seguintes medidas: qualificação pela área técnica do Programa Academia da Saúde no SISMOB, que acompanha o processo de construção dos polos, do

Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), que permite a solicitação do polo construído e para o qual, a partir do ano de 2016, foi disponibilizada uma funcionalidade que permite aos estados visualizarem quais municípios solicitaram custeio, como também quais já recebem o incentivo de custeio do Programa Academia da Saúde; e o aperfeiçoamento do Sistema de Controle de Acesso do Fundo Nacional de Saúde (SCA) para melhorar e agilizar a análise das propostas e para reduzir o tempo de construção dos polos e para colocá-los funcionamento.

Ao longo de 2016, a equipe técnica trabalhou intensamente no apoio técnico a estados e município por telefone, e-mail e presencialmente (recebendo parlamentares, gestores e técnicos). Houve pouca participação direta nos estados e municípios. Foram realizadas, também, imersões em municípios para se conhecer/vivenciar o desenvolvimento do Programa in loco. Foi finalizada a elaboração do Caderno de Gestão do Programa Academia da Saúde, material que será utilizado no processo de formação de gestores e técnicos do Programa a nível estadual e municipal, e de apoio à implantação e implementação. Além disso, foi concluído o curso de Educação à Distância de Promoção Saúde com foco no Programa Academia da Saúde.

4.3.1.5 AÇÕES ORÇAMENTÁRIAS TRANSVERSAIS ÀS VÁRIAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E REDES TEMÁTICAS – MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, REDE SARAH E REHUF.

O financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde. Os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde são organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento.

O bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar é atualmente constituído por dois componentes:

- c) Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), destinado ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde e de incentivos transferidos mensalmente;
- d) Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), cuja finalidade é financiar procedimentos e políticas consideradas estratégicas, bem como novos procedimentos incorporados à Tabela do SUS. Os recursos financeiros são transferidos após a apuração da produção dos estabelecimentos de saúde registrada pelos respectivos gestores nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar SIA/SIH.

No que se refere aos incentivos, o Limite MAC é composto por:

- **Incentivo de Orçamento Global:** é todo incentivo que o Ministério da Saúde repassa aos estados e/ou municípios com base nos custos de cada estabelecimento.
- **Incentivo para Qualificação de Serviços:** é todo incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde que está diretamente relacionado à tipologia do serviço e à execução de metas de qualidade.
- **Incentivo para Qualificação de Leitos:** instituído pelas Redes Temáticas de Atenção à Saúde, visando à complementação do valor de diária de internação, tendo como contrapartida o cumprimento de metas de qualidade.

Quadro LVIII - Identificação da Ação: 8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade

Identificação da Ação						
Código	Tipo: Atividade					
Título	8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade					
Objetivo	Código: 0713 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.					
Programa	Código: 2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) Tipo: Temático					
Unidade Orçamentária	36901 - Fundo Nacional de Saúde					
Ação Prioritária	() Sim () Não Caso positivo: () PAC () Brasil sem Miséria					
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
39.994.659.744	40.174.128.040	40.166.786.219	39.875.260.496	39.777.627.552	97.632.944	291.525.723
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Procedimento realizado			Unidade	2.001.081.407		2.148.886.894
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada	
824.403.287,92	410.484.480,75	31.128.929,25				

A ação orçamentária 8585 – Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade assegura dotação para o financiamento das ações e serviços de média e alta complexidade, no âmbito do SUS, cuja execução compete aos Estados, Distrito Federal e Municípios, mediante a transferência de recursos federais. Essas transferências compõem o Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade, e respondem por uma parcela significativa do orçamento do Ministério da Saúde - MS.

Em 2016, a ação 8585 – Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade teve uma dotação orçamentária final de R\$ 40.174.128.040, cuja despesa empenhada foi de R\$ 40.166.786.219, representando 99,98% do total disponibilizado.

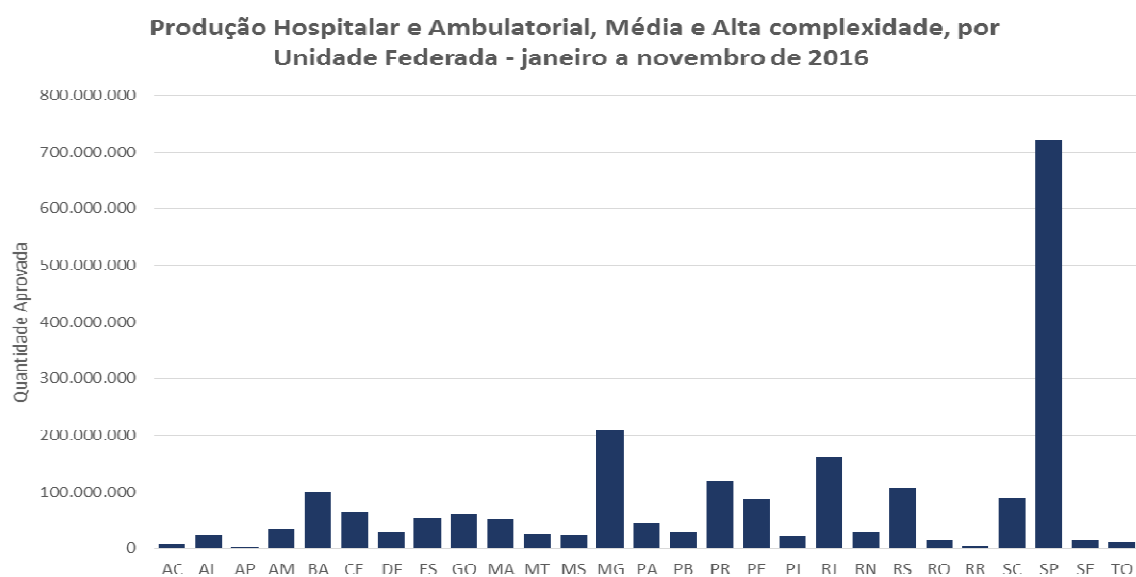
Quanto à meta física, em 2016 foi executada em 107,38%, com várias ações efetivadas no âmbito dessa temática. O detalhamento da execução física, por unidade federada, consta da tabela abaixo.

Tabela LXIV - Produção Hospitalar e Ambulatorial, Média e Alta complexidade, por Unidade Federada - janeiro a novembro de 2016

UF	SIH Qtd.aprovada	SIA Qtd.aprovada	Total jan-nov
AC Acre	44.817	7.074.805	7.119.622
AL Alagoas	162.015	24.514.108	24.676.123
AP Amapá	26.998	3.287.631	3.314.629
AM Amazonas	150.963	35.001.988	35.152.951
BA Bahia	748.392	97.868.947	98.617.339
CE Ceará	431.876	64.427.407	64.859.283
DF Distrito Federal	171.163	30.532.902	30.704.065
ES Espírito Santo	205.314	52.735.680	52.940.994
GO Goiás	304.016	61.667.785	61.971.801
MA Maranhão	373.253	50.853.228	51.226.481
MT Mato Grosso	174.616	26.227.119	26.401.735
MS Mato Grosso do Sul	149.338	23.338.269	23.487.607
MG Minas Gerais	1.090.476	206.713.212	207.803.688
PA Pará	405.143	45.366.347	45.771.490
PB Paraíba	160.915	28.787.531	28.948.446
PR Paraná	742.002	119.330.054	120.072.056
PE Pernambuco	494.780	86.677.959	87.172.739
PI Piauí	198.650	21.906.805	22.105.455
RJ Rio de Janeiro	619.359	160.410.852	161.030.211
RN Rio Grande do Norte	144.797	30.223.184	30.367.981
RS Rio Grande do Sul	691.243	107.267.660	107.958.903
RO Rondônia	96.530	17.095.901	17.192.431
RR Roraima	36.792	4.278.151	4.314.943
SC Santa Catarina	431.651	88.153.208	88.584.859
SP São Paulo	2.283.434	719.666.059	721.949.493
SE Sergipe	87.447	14.920.768	15.008.215
TO Tocantins	71.770	10.061.584	10.133.354
Total	10.497.750	2.138.389.144	2.148.886.894

Fonte: SIA/SUS e SIH/SUS - Datasus/MS. Consulta realizada em 11 de janeiro de 2017. Dados de janeiro a novembro de 2016

Gráfico XXX – Produção Hospitalar e Ambulatorial, Média e Alta Complexidade, por UF janeiro a novembro de 2016



Fonte: SIA/SUS e SIH/SUS - Datasus/MS. Consulta realizada em 11 de janeiro de 2017. Dados de janeiro a novembro de 2016

Tabela LXV - Execução Orçamentária dos Planos Orçamentários da Ação 8585

PLANOS ORÇAMENTÁRIOS		Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
8585 PO 0000	Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade	35.987.079.187	35.055.838.359	35.050.477.487	99,98%	34.796.746.187	34.705.476.375	99,28%	99,02%	91.269.812	253.731.300
8585 PO 0002	Crack, É Possível Vencer	119.350.569	161.555.569	161.504.701	99,97%	159.329.183	159.329.183	98,65%	98,65%	0	2.175.518
8585 PO 0003	SOS Emergências	108.961.711	280.804.911	280.804.809	100,00%	280.804.809	280.804.809	100,00%	100,00%	0	0
8585 PO 0004	Rede Cegonha	820.170.000	895.788.124	894.515.387	99,86%	885.081.386	880.506.013	98,95%	98,43%	4.575.373	9.434.001
8585 PO 0006	Viver sem Limite	230.200.799	405.352.799	405.027.420	99,92%	399.481.681	399.374.458	98,63%	98,60%	107.223	5.545.739
8585 PO 0008	Controle do Câncer	276.240.959	442.889.959	442.775.345	99,97%	436.660.890	436.143.759	98,62%	98,50%	517.131	6.114.455
8585 PO 0009	UPA	1.224.601.000	1.412.888.000	1.412.846.547	100,00%	1.407.771.714	1.407.323.692	99,64%	99,61%	448.022	5.074.833
8585 PO 000F	Rede de Atenção Psicossocial - RAPS	982.508.000	1.092.562.800	1.092.413.189	99,99%	1.086.702.487	1.086.573.365	99,48%	99,47%	129.122	5.710.702
8585 PO 000G	Melhor em Casa	245.547.519	426.447.519	426.421.334	99,99%	422.682.159	422.095.898	99,12%	98,99%	586.261	3.739.175
TOTAL		39.994.659.744	40.174.128.040	40.166.786.219	99,98%	39.875.260.496	39.777.627.552	99,27%	99,03%	97.632.944	291.525.723

Fonte: SIAFI

Execução Orçamentária das Emendas de Bancada da ação 8585

Ainda, para a ação orçamentária 8585 houve repasses através de emendas de bancada, emendas de comissão e de Relator (tabelas abaixo).

Tabela LXVI - Execução Orçamentária e Financeira das Emendas de Bancada da ação 8585

Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
	882.926	882.926	882.926	882.926	0	0

Fonte: SIAFI

A dotação final referente a emenda de bancada foi de R\$ 882.926 (oitocentos e oitenta e dois mil, novecentos e vinte e seis reais), com empenho de R\$ 882.926 (oitocentos e oitenta e dois mil, novecentos e vinte e seis reais), representando 100,00% do total disponibilizado.

Tabela LXVII - Execução Orçamentária e Financeira das Emendas de Comissão da ação 8585

Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
	2.648.778	0	0	0	0	0

Fonte: SIAFI

Para emendas de comissão, a dotação final foi de R\$ 2.648.778 (dois milhões, seiscentos e quarenta e oito mil, setecentos e setenta e oito reais). Não houve empenho.

Tabela LXVIII - Execução Orçamentária e Financeira das Emendas de Relator da ação 8585

Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
	2.600.000.000	2.600.000.000	2.600.000.000	2.600.000.000	0	0

Fonte: SIAFI

A despesa empenhada e paga na emenda de relator da ação 8585 representou execução de 100% da dotação final de R\$ 2.600.000.000 (Dois bilhões e seiscentos milhões de reais).

Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade

No que se refere à composição do Limite MAC, as tabelas abaixo apresentam a análise dos recursos financeiros por UF, considerando os Incentivos de Orçamentação Global, para Qualificação de Serviços e para Qualificação de Leitos:

Tabela LXIX - Percentual de cada bloco de Incentivos, em relação ao Limite Financeiro MAC dos Estados. Dezembro de 2016.

Estado	Limite Financeiro MAC sem incentivos	Incentivo de Orçamentação Global	% de Incentivo Global em relação ao Limite	Incentivo de Qualificação de	% de Incentivo de Serviço em relação ao Limite	Incentivo de Qualificação de	% de Incentivo Leitos em relação ao Limite
RONDONIA	291.513.099,60	37541554,08	12,88%	8.627.797,56	2,96%	22.070.331,96	7,57%
ACRE	163.427.200,32	17.820.229,20	10,90%	5.249.736,24	3,21%	9.541.245,84	5,84%
AMAZONAS	474.225.113,64	46.976.520,24	9,91%	17.411.912,28	3,67%	26.170.108,68	5,52%
RORAIMA	99.097.077,24	13.396.002,00	13,52%	6.000.000,00	6,05%	6.586.557,72	6,65%
PARA	913.182.394,56	101.634.202,44	11,13%	54.989.868,12	6,02%	71.702.672,28	7,85%
AMAPA	90.070.477,08	12.079.046,64	13,41%	4.945.786,92	5,49%	14.271.211,44	15,84%
TOCANTINS	305.007.307,08	31.433.492,28	10,31%	20.352.183,84	6,67%	19.243.975,20	6,31%
MARANHAO	901.765.932,24	106.068.764,52	11,76%	32.022.631,56	3,55%	54.605.841,48	6,06%
PIAUI	597.949.592,16	92.150.355,36	15,41%	8.774.562,00	1,47%	31.095.256,56	5,20%
CEARA	1.465.242.974,76	153.921.743,04	10,50%	117.109.052,52	7,99%	108.372.062,16	7,40%
RIO GRANDE DO NORTE	494.902.482,00	75.440.019,24	15,24%	23.219.973,72	4,69%	33.253.152,48	6,72%
PARAIBA	537.959.710,44	158.217.043,68	29,41%	31.822.293,96	5,92%	18.506.787,96	3,44%
PERNAMBUCO	1.658.199.917,64	183.809.216,40	11,08%	157.742.848,80	9,51%	141.662.106,00	8,54%
ALAGOAS	596.118.405,24	89.341.140,00	14,99%	43.889.831,04	7,36%	40.237.357,08	6,75%
SERGIPE	371.285.686,08	50.472.138,96	13,59%	36.232.034,40	9,76%	19.149.642,24	5,16%
BAHIA	2.332.484.479,56	295.840.325,64	12,68%	153.350.430,24	6,57%	46.105.156,44	1,98%
MINAS GERAIS	3.223.978.459,92	386.754.966,60	12,00%	483.264.455,88	14,99%	170.839.772,64	5,30%
ESPIRITO SANTO	572.592.563,76	32.187.353,88	5,62%	96.098.709,60	16,78%	64.045.182,12	11,19%
RIO DE JANEIRO	2.992.683.856,08	243.626.328,48	8,14%	148.707.609,60	4,97%	91.685.993,16	3,06%
SAO PAULO	6.548.506.866,12	752.267.080,92	11,49%	1.001.175.406,80	15,29%	313.064.933,52	4,78%
PARANA	1.991.996.607,24	200.375.081,28	10,06%	256.056.507,60	12,85%	86.131.941,12	4,32%
SANTA CATARINA	940.857.379,32	127.900.044,48	13,59%	215.296.781,88	22,88%	75.503.026,20	8,02%
RIO GRANDE DO SUL	2.051.970.934,68	200.130.831,48	9,75%	369.458.935,20	18,01%	100.105.212,96	4,88%
MATO GROSSO DO SUL	481.365.155,76	50.086.955,04	10,41%	68.474.770,80	14,23%	45.181.042,56	9,39%
MATO GROSSO	500.476.661,16	49.732.094,16	9,94%	41.070.860,76	8,21%	38.462.871,84	7,69%
GOIAS	945.615.910,08	146.984.722,56	15,54%	58.425.749,04	6,18%	53.031.720,48	5,61%
DISTRITO FEDERAL	385.381.236,84	28.887.525,96	7,50%	35.040.139,44	9,09%	29.180.986,56	7,57%

Fonte: SISMAC

Tabela LXX - Percentual de ampliação do Limite Financeiro MAC com a inclusão dos incentivos. Novembro de 2015 a outubro de 2016.

Estado	Limite Financeiro MAC sem Incentivos			Total dos Incentivos Financeiros			Limite Financeiro Total			% de Ampliação do Limite Financeiro		
							MAC com Incentivos			com os Incentivos		
	Gestão Estadual	Gestão Municipal	Total	Gestão Estadual	Gestão Municipal	Total	Gestão Estadual	Gestão Municipal	Total	Gestão Estadual	Gestão Municipal	Total
11-RONDONIA	160.495.245	106.291.215	266.786.460	31.767.980	34.604.995	66.372.975	192.263.226	140.896.210	333.159.436	19,79	32,56	24,88
12-ACRE	161.194.197	1.971.685	163.165.882	29.553.831	2.705.030	32.258.861	190.748.029	4.676.715	195.424.744	18,33	137,19	19,77
13-AMAZONAS	419.789.885	55.364.955	475.154.840	54.947.788	30.745.433	85.693.221	474.737.673	86.110.388	560.848.061	13,09	55,53	18,03
14-RORAIMA	49.739.425	25.571.345	75.310.770	17.327.154	7.976.582	25.303.736	67.066.579	33.547.927	100.614.506	34,84	31,19	33,6
15-PARA	262.241.404	604.344.699	866.586.103	38.719.926	185.851.742	224.571.668	300.961.330	790.196.441	1.091.157.771	14,76	30,75	25,91
16-AMAPA	83.915.494	6.166.420	90.081.913	27.268.575	3.871.470	31.140.045	111.184.069	10.037.890	121.221.958	32,5	62,78	34,57
17-TOCANTINS	205.551.963	84.363.904	289.915.867	48.580.581	19.710.587	68.291.168	254.132.544	104.074.491	358.207.035	23,63	23,36	23,56
21-MARANHAO	292.132.743	566.298.123	858.430.866	37.402.838	144.721.816	182.124.653	329.535.581	711.019.939	1.040.555.520	12,8	25,56	21,22
22-PIAUI	170.465.682	412.348.921	582.814.603	33.786.061	90.852.804	124.638.865	204.251.743	503.201.725	707.453.468	19,82	22,03	21,39
23-CEARA	419.216.318	985.827.026	1.405.043.344	54.182.823	308.968.668	363.151.492	473.399.141	1.294.795.695	1.768.194.836	12,92	31,34	25,85
24-RIO GRANDE DO NORTE	170.243.281	313.144.959	483.388.240	50.751.456	71.620.500	122.371.956	220.994.737	384.765.460	605.760.197	29,81	22,87	25,32
25-PARAIBA	106.585.609	418.241.668	524.827.278	14.836.982	172.032.861	186.869.843	121.422.591	590.274.529	711.697.120	13,92	41,13	35,61
26-PERNAMBUCO	973.631.893	643.421.020	1.617.052.913	240.685.645	206.494.566	447.180.211	1.214.317.538	849.915.586	2.064.233.124	24,72	32,09	27,65
27-ALAGOAS	183.844.879	395.859.295	579.704.174	34.284.198	129.368.101	163.652.299	218.129.077	525.227.396	743.356.473	18,65	32,68	28,23
28-SERGIPE	167.818.677	194.070.209	361.888.887	44.106.948	57.299.297	101.406.246	211.925.626	251.369.507	463.295.132	26,28	29,53	28,02
29-BAHIA	1.209.133.124	1.049.866.515	2.258.999.639	156.390.471	311.771.179	468.161.650	1.365.523.596	1.361.637.694	2.727.161.290	12,93	29,7	20,72
31-MINAS GERAIS	623.926.186	2.474.616.376	3.098.542.562	275.813.125	709.877.720	985.690.845	899.739.311	3.184.494.096	4.084.233.407	44,21	28,69	31,81
32-ESPIRITO SANTO	381.059.540	160.784.236	541.843.776	130.344.847	57.541.298	187.886.144	511.404.387	218.325.533	729.729.920	34,21	35,79	34,68
33-RIO DE JANEIRO	412.544.200	2.509.133.391	2.921.677.591	95.841.853	362.125.793	457.967.646	508.386.053	2.871.259.184	3.379.645.237	23,23	14,43	15,67
35-SAO PAULO	3.062.513.799	3.325.087.463	6.387.601.262	692.248.155	1.320.497.510	2.012.745.666	3.754.761.955	4.645.584.973	8.400.346.928	22,6	39,71	31,51
41-PARANA	814.698.461	1.043.370.926	1.858.069.387	114.169.087	410.471.458	524.640.545	928.867.548	1.453.842.384	2.382.709.932	14,01	39,34	28,24
42-SANTA CATARINA	285.463.166	638.473.638	923.936.804	151.638.883	254.480.087	406.118.970	437.102.049	892.953.725	1.330.055.774	53,12	39,86	43,96
43-RIO GRANDE DO SUL	613.089.278	1.390.601.366	2.003.690.644	214.139.451	446.047.158	660.186.609	827.228.729	1.836.648.524	2.663.877.253	34,93	32,08	32,95
50-MATO GROSSO DO SUL	129.183.329	337.674.962	466.858.291	8.492.734	150.428.498	158.921.233	137.676.064	488.103.460	625.779.524	6,57	44,55	34,04
51-MATO GROSSO	171.804.703	320.602.747	492.407.450	24.665.629	104.047.886	128.713.515	196.470.332	424.650.633	621.120.965	14,36	32,45	26,14
52-GOIAS	80.950.354	821.364.775	902.315.129	15.575.408	234.019.169	249.594.577	96.525.762	1.055.383.944	1.151.909.706	19,24	28,49	27,66
53-DISTRITO FEDERAL	382.522.676	0	382.522.676	94.377.272	0	94.377.272	476.899.948	0	476.899.948	24,67	0	24,67
TOTAL	11.993.755.512	18.884.861.839	30.878.617.351	2.731.899.702	5.828.132.209	8.560.031.911	14.725.655.214	24.712.994.048	39.438.649.262	22,78%	30,86%	27,72%

Fonte: SISMAC

Transferências Adicionais de Recursos de Média e Alta Complexidade aos Estados, Distrito Federal e Municípios, no Ano de 2016

Em 2016, o Bloco MAC contou com recursos adicionais da ordem de R\$ 2.052.726.319,30 (dois bilhões, cinquenta e dois milhões, setecentos e vinte e seis mil, trezentos e dezenove reais e trinta centavos).

A tabela abaixo detalha as ações e serviços responsáveis pelos incrementos dos recursos do Bloco MAC.

Tabela LXXI - Recursos Incorporados ao Limite Financeiro MAC dos Estados, DF e Municípios em 2016.

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS	UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE	VALOR ANUAL R\$
Incentivo para Qualificação de Serviços (100% SUS IAC, IAE-PI, Porta de Entrada de Urgência)	Hospital	32	16.392.906,34
Leitos Clínicos - Extra Rede	Leito	2.324	284.258.795,39
Leitos Complementares UTI - Extra Rede	Leito	1.778	200.482.115,52
Oncologia - Serviços de Radioterapia/Quimioterapia	Serviço	79	110.573.688,81
Incentivo para Qualificação de Leito - Rede de Urgência (UTI, UCO, Retaguarda, Cuidados Prolongados, AVC, Sala de Estabilização)	Leito	93	77.568.097,77
Incentivo para Qualificação de Leito (GAR, UCINCo, UCINCa, UTIn, UTI)	Leito	60	62.308.256,28
Incentivo de Qualificação de Leito (Leito de Saúde Mental)	Leito	286	91.414.348,44
Incentivo de Orçamento Global (CEO, LRPD)	Serviço	532	48.995.625,04
Incentivo de Orçamento Global (CEREST)	Serviço	6	2.280.000,00
Incentivo de Orçamento Global (CAPS, SRT, UA, UAA)	Serviço	1	134.642,64
Serviço Especializado em Alta Complexidade (Neurocirurgia, Gastroplastia, Cardiovascular, Traumatologia Ortopedia)	Serviço	165	146.777.328,87
Incentivo de Orçamento Global (CER, Oficina Ortopédica, CEO)	Serviço	62	100.336.119,03
Incentivo de Orçamento Global (Habilitação/Qualificação de UPA)	UPA	124	229.644.330,00
Expansão da Oferta de Serviços de Média e Alta Complexidade - Ambulatoriais e Hospitalares (Estados e Municípios)	UF	18	561.355.445,25
Outros Serviços	Serviço	336	120.204.619,92
TOTAL		5.896	2.052.726.319

Fonte: CGCSS/DRAC/SAS

Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC) em 2016

Quanto ao Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC) em 2016, a tabela abaixo apresenta a síntese da transferência dos recursos financeiros.

Tabela LXXII - Recursos FAEC 2016

	ESTADO	TOTAL (R\$)	
AC	Acre	10.148.316	0,2%
AL	Alagoas	70.745.183	1,6%
AP	Amapá	4.385.592	0,1%
AM	Amazonas	28.965.993	0,7%
BA	Bahia	279.774.889	6,5%
CE	Ceará	178.195.134	4,1%
DF	Distrito Federal	52.743.864	1,2%
ES	Espírito Santo	87.002.538	2,0%
GO	Goiás	160.312.046	3,7%
MA	Maranhão	75.716.821	1,7%
MT	Mato Grosso	50.206.389	1,2%
MS	Mato Grosso do Sul	55.860.783	1,3%
MG	Minas Gerais	536.809.602	12,4%
PA	Pará	64.900.134	1,5%
PB	Paraíba	61.372.695	1,4%
PR	Paraná	306.646.272	7,1%
PE	Pernambuco	226.439.973	5,2%
PI	Piauí	62.085.584	1,4%
RJ	Rio de Janeiro	323.773.282	7,5%
RN	Rio Grande do Norte	66.264.431	1,5%
RS	Rio Grande do Sul	283.537.054	6,5%
RO	Rondônia	25.500.484	0,6%
RR	Roraima	5.545.493	0,1%
SC	Santa Catarina	160.424.385	3,7%
SP	São Paulo	1.104.177.789	25,5%
SE	Sergipe	37.082.875	0,9%
TO	Tocantins	16.716.586	0,4%
	Total	4.335.334.187	100,0%

Fonte: GCGSS/DRAC/SAS

Produção de Ações e Serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade Ambulatoriais e Hospitalares no SUS no ano de 2016

Os serviços de média e alta complexidade disponibilizados pelo SUS são registrados pelos estabelecimentos de saúde e processados pelos gestores do SUS no SIA e no SIH.

Autorizações de Internação Hospitalar

O número de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) realizadas no SUS apresentou pequena variação ao longo do período de 2012 a 2016. Em 2016, até o mês de novembro, foram aprovadas cerca de 10,6 milhões de AIH, porém, esses dados ainda são preliminares.

Tabela LXXIII - Quantidade de Autorizações de Internação Hospitalar no SUS, por Região brasileira, de 2012 a 2016*

Região	2012	2013	2014	2015	2016
Norte	975.949	1.003.303	982.485	953.988	833.013
Nordeste	3.108.541	3.111.881	3.109.455	3.123.213	2.802.125
Sudeste	4.563.179	4.564.127	4.650.940	4.663.726	4.198.583
Sul	1.923.592	1.939.576	1.983.766	2.009.998	1.864.896
Centro-Oeste	868.628	901.950	885.809	887.928	799.133
Total	11.439.889	11.520.837	11.612.455	11.638.853	10.497.750

Fonte: SIH/SUS – Datasus/MS - produção aprovada por região de atendimento, ano de processamento e complexidade (Média e Alta Complexidade). Dados levantados em 12/01/2017

*Dados de 2016 sujeitos à retificação e pendentes da competência 12/2016.

Procedimentos Ambulatoriais

O quantitativo de procedimentos ambulatoriais é apresentado na tabela abaixo:

Tabela LXXIV - Quantidade de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade registrados pelo SUS de 2012 a 2016*

Região	2012	2013	2014	2015	2016
Norte	116.338.107	118.571.459	133.932.595	137.821.092	122.166.407
Nordeste	391.387.532	373.523.518	405.176.177	431.320.111	420.179.937
Sudeste	1.044.052.650	1.102.747.868	1.191.332.889	1.226.730.314	1.139.525.803
Sul	274.018.213	274.888.324	312.509.343	332.947.703	314.750.922
Centro-Oeste	123.021.666	132.050.863	145.314.238	143.901.211	141.766.075
Total Brasil	1.948.818.168	2.001.782.032	2.188.265.242	2.272.720.431	2.138.389.144

Fonte: SIA/SUS – Datasus/MS - produção aprovada por Região de atendimento, ano de processamento e complexidade (Média e Alta Complexidade). Dados levantados em 11/01/2017.

*Dados de 2016 sujeitos à retificação e pendentes a competência 12/2016.

Consultas Médicas

As consultas médicas referentes aos procedimentos financiados com recursos do bloco MAC são apresentadas na tabela abaixo corresponde ao período de 2012 a 2016 (janeiro a novembro de 2016). Destaca-se que, neste Relatório de Gestão, a tabela não considera as consultas médicas da atenção básica, uma vez que são financiadas pelo Piso da Atenção Básica (PAB).

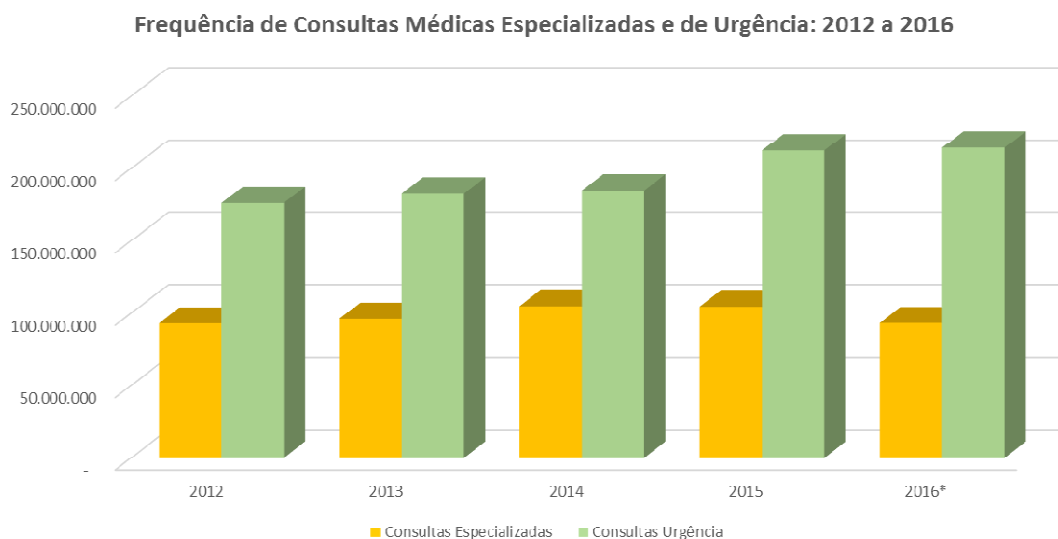
Tabela LXXV - Quantidade de consultas médicas especializadas e de urgência realizadas no SUS de 2012 a 2016*

	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	2016*	%
Consultas Especializadas	92.950.559	34,6%	96.047.515	34,5%	104.783.023	36,2%	104.483.967	33,0%	93.142.676	30,3%
Consultas Urgência	176.048.035	65,4%	182.561.700	65,5%	184.636.462	63,8%	212.388.603	67,0%	214.286.177	69,7%
Total	268.998.594	100,0%	278.609.215	100,0%	289.419.485	100,0%	316.872.570	100,0%	307.428.853	100,0%

Fonte: SIA/SUS – Datasus/MS - produção aprovada por ano de processamento. Dados levantados em 16/01/2017.

*Dados de 2016 sujeitos à retificação e pendentes da competência 12/2016

Gráfico XXXI – Frequência de Consultas Médicas Especializadas e de Urgência: 2012 a 2016



Fonte: SIA/SUS – Datasus – produção aprovada por ano de processamento. Dados levantados em 16/01/2017.
 *Dados de 2016 sujeitos à retificação e pendentes da competência 12/2016

Execução Orçamentária dos Planos Orçamentários da Ação 8585

POS		Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
8585 PO 0000	Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade	35.987.079.187	35.055.838.359	35.050.477.487	99,98	34.796.746.187	34.705.476.375	99,28	99,02	91.269.812	253.731.300

Em 2016, a PO 0000 da ação Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade teve uma dotação final de R\$ 35.055.838.359 cuja despesa empenhada foi de R\$ 35.050.477.487, representando 99,98% do total disponibilizado.

POS		Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
8585 PO 0002	Crack, É Possível Vencer	119.350.569	161.555.569	161.504.701	99,97	159.329.183	159.329.183	98,65	98,65	0	2.175.518

Em 2016, a PO 0002 da ação Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade teve uma dotação final de R\$ 161.555.569 cuja despesa empenhada foi de R\$ 161.504.701, representando 99,97% do total disponibilizado.

POS		Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
8585 PO 0003	SOS Emergências	108.961.711	280.804.911	280.804.809	100,00	280.804.809	280.804.809	100,00	100,00	0	0

Em 2016, a PO 0003 da ação Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade teve uma dotação final de R\$ 280.804.911 cuja despesa empenhada foi de R\$ 280.804.809, representando 100,00% do total disponibilizado.

POS		Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
8585 PO 0004	Rede Cegonha	820.170.000	895.788.124	894.515.387	99,86	885.081.386	880.506.013	98,95	98,43	4.575.373	9.434.001

Em 2016, a PO 0004 da ação Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade teve uma dotação final de R\$ 895.788.124 cuja despesa empenhada foi de R\$ 894.515.387, representando 99,96% do total disponibilizado.

POS		Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
8585 PO 0006	Viver sem Limite	230.200.799	405.352.799	405.027.420	99,92	399.481.681	399.374.458	98,63	98,60	107.223	5.545.739

Em 2016, a PO 0006 da ação Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade teve uma dotação final de R\$ 405.352.799 cuja despesa empenhada foi de R\$ 405.027.420, representando 99,92% do total disponibilizado.

POS		Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
8585 PO 0008	Controle do Câncer	276.240.959	442.889.959	442.775.345	99,97	436.660.890	436.143.759	98,62	98,50	517.131	6.114.455

Em 2016, a PO 0008 da ação Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade teve uma dotação final de R\$ 442.889.959 cuja despesa empenhada foi de R\$ 442.775.345, representando 99,97% do total disponibilizado.

POS		Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
8585 PO 0009	UPA	1.224.601.000	1.412.888.000	1.412.846.547	100,00	1.407.771.714	1.407.323.692	99,64	99,61	448.022	5.074.833

Em 2016, a PO 0009 da ação Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade teve uma dotação final de R\$ 1.412.888.000 cuja despesa empenhada foi de R\$ 1.412.846.547, representando 100,00% do total disponibilizado.

POS		Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
8585 PO 000F	Rede de Atenção Psicossocial - RAPS	982.508.000	1.092.562.800	1.092.413.189	99,99	1.086.702.487	1.086.573.365	99,48	99,47	129.122	5.710.702

Em 2016, a PO 000F da ação Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade teve uma dotação final de R\$ 1.092.562.800 cuja despesa empenhada foi de R\$ 1.092.413.189, representando 99,99% do total disponibilizado.

POS		Dotação Inicial (A)	Dotação Atualizada (B)	Empenhado (C)	% Empenhado (D) = (C/B)	Liquidado (E)	Pago (F)	% Liquidado (G) = (E/C)	% Pago(H) = (F/C)	Resto a Pagar Processado (I) = (E - F)	Resto a Pagar Não Processado (J) = (C - E)
8585 PO 000G	Melhor em Casa	245.547.519	426.447.519	426.421.334	99,99	422.682.159	422.095.898	99,12	98,99	586.261	3.739.175

Em 2016, a PO 000G da ação Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade teve uma dotação final de R\$ 426.447.519 cuja despesa empenhada foi de R\$ 426.421.334, representando 99,99% do total disponibilizado.

Emenda de Bancada da ação 8585

Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
0	882.926	882.926	882.926	882.926	0	0

Ainda, nesta ação orçamentária houve repasses através de emenda de bancada, com dotação final de R\$ 882.926 e cuja despesa empenhada foi de R\$ 882.926, representando 100,00% do total disponibilizado.

Emenda de Comissão da ação 8585

Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
0	2.648.778	0	0	0	0	0

Ainda, nesta ação orçamentária houve repasses através de emenda de comissão, com dotação final de R\$ 2.648.778 e cuja despesa empenhada foi de R\$ 0, representando 0% do total disponibilizado.

Emenda de Relator da Ação 8585

Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
0	2.600.000.000	2.600.000.000	2.600.000.000	2.600.000.000	0	0

Ainda, nesta ação orçamentária houve repasses através de emenda de relator, com dotação final de R\$ 2.600.000.000 e cuja despesa empenhada foi de R\$ 2.599.999.999,54, representando 100,00% do total disponibilizado.

Gestão Estratégica de Atuação na Média e Alta Complexidade

Os serviços assistenciais do Sistema Único de Saúde – SUS na Média e Alta Complexidade compõem-se na assistência ambulatorial e hospitalar de todas as especialidades. Os serviços de saúde visam atendimento à população, cuja complexidade assistencial na prática clínica demanda atenção especializada, apoio diagnóstico ao tratamento e utilização de recursos.

Estão apoiadas no cumprimento do objetivo proposto no **PPA – 2016 – 2019**:
-: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.

Recursos Federais - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC

As ações e procedimentos considerados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar constituem-se para os gestores um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão. Além disso, este componente consome em torno de 40% dos recursos da União alocados no Orçamento da Saúde (**Média e Alta Complexidade – MAC e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC**).

De modo geral, os procedimentos financiados por meio do FAEC não têm limites financeiros, sendo repassados os recursos da produção.

Alguns procedimentos FAEC estão limitados em seus valores de repasse pelo Ministério da Saúde, como os procedimentos da terapia renal substitutiva e da deficiência auditiva. O montante faturado acima do teto onera o limite financeiro de média e alta complexidade.

NÚCLEO DE CRÔNICAS

Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal

Dentre o aumento da prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT, destaca-se a Doença Renal Crônica (DRC), considerada um problema de saúde pública. No Brasil, segundo dados do DATASUS/MS e da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), a prevalência de pacientes mantidos em programa crônico de diálise vem aumentando significativamente.

Para tanto, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal em 2004, por meio da Portaria nº 1.168/GM/MS, de 15 de junho de 2014 (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm). Dando continuidade a essa Política, foi aprovada a Portaria GM/MS nº 389, de 13/03/2014 (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html), que define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com DRC e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.

Assim, o cuidado às pessoas com DRC é caracterizado como serviço de alta complexidade que se encontra vinculado à atenção básica por meio da linha de cuidado da pessoa com DRC. Adicionalmente, a Resolução RDC nº 11/2014, da ANVISA, que dispõe sobre os requisitos das Boas Práticas de Funcionamento para os serviços de diálise.

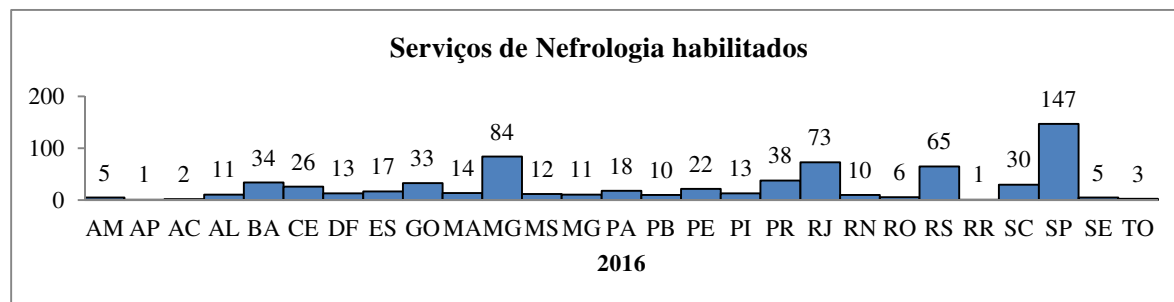
Situação Atual

Observa-se um aumento linear dos gastos com o programa de diálise no Brasil. Em 2015, entre os meses de janeiro a novembro, os investimentos alcançaram um valor de R\$

2,2 bilhões e em 2016 um valor superior a R\$ 2,3 bilhões, para o mesmo período avaliado. Os gastos não consideram os exames, as consultas, os medicamentos e os transplantes para o tratamento da pessoa com a DRC.

Atualmente, existem 704 serviços de diálise habilitados no país distribuído nos 27 estados federados, conforme demonstrado no Quadro abaixo.

Quadro LIX – Quantidade de Serviços de nefrologia habilitados no país, até dezembro de 2016.



Fonte: CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Dezembro, 2016.

Em 2016, 12 serviços novos de diálise foram habilitados para prestarem assistência ao doente renal crônico, sendo 01 no estado do Acre, 01 no Pará, 01 no Ceará, 03 no Maranhão, 01 em Sergipe, 02 em Goiás e 03 em São Paulo. O aumento do número de serviços de diálise nas regiões Norte e Nordeste do país impacta no acesso da população nesses estados, que historicamente possuem um baixo número de serviços.

Além disso, 09 serviços foram desabilitados, sendo 01 do estado do Paraná, 05 do Rio Grande do Sul e 03 em São Paulo. Ressalta-se que a desabilitação dos serviços não gerou desassistência, uma vez que os gestores locais remanejaram os pacientes para outros serviços de diálise, com o objetivo de dar continuidade ao tratamento e assistência aos pacientes.

REAJUSTE DOS VALORES DA SESSÃO DE HEMODIÁLISE E DOS INSUMOS PARA A DIÁLISE PERITONEAL NA TABELA SUS:

Dois estudos econômicos foram realizados a fim de avaliar a necessidade de reajuste dos valores dos procedimentos de sessão de hemodiálise e da diálise peritoneal, modalidades de tratamento para a DRC. Esses estudos contaram com ampla participação de representantes da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), da Associação Brasileira de Centros de Diálise e Transplante (ABCDT) e das indústrias produtoras de insumos de diálise peritoneal.

Os estudos econômicos avaliaram os custos reais de um serviço de diálise e o impacto da obrigatoriedade do descarte das linhas arteriais e venosas a partir de março de 2017, conforme previsto na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 11, de 13 de março de 2014, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Como resultado, o Ministério da Saúde reajustou os procedimentos conforme tabela abaixo:

Tabela LXXVI – Reajuste dos procedimentos existentes de diálise peritoneal na Tabela de procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, entre os anos de 2008 e 2017.

Ano do Reajuste	Procedimento - Hemodiálise (03.05.01.010-7)	Procedimento - Conjunto de troca p/ diálise peritoneal contínua (07.02.10.006-4)	Procedimento - Conjunto de troca p/ diálise peritoneal automatizada (07.02.10.004-8)
2015	R\$ 179,03	R\$ 1.791,56	R\$ 2.342,81
2016	R\$ 194,20	R\$ 1.893,68	R\$ 2.511,49
Reajuste (%)	8,47	5,7	7,2
Impacto financeiro (R\$)	197.097.918,72	11.179.937,24	

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 1.191 de 22/09/2016; Portaria GM/MS nº 1.830, de 11/10/2016; Portaria SAS/MS nº 98, de 06/01/2017; Portaria GM/MS nº 35, de 06/01/17.

INDICADORES DO PLANO PLURIANUAL (PPA) 2016-2019:

A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal é acompanhada de acordo com os objetivos e metas estabelecidas no PPA 2016-2019 do Governo Federal. Para 2016 o plano previu a habilitação de 03 serviços de diálise que realizam o acompanhamento multiprofissional das pessoas com Doença Renal Crônica (DRC) nos estádios clínicos IV e V (pé-dialítico).

Assim, a meta para 2016 foi alcançada uma vez que foram habilitados 08 serviços de diálise aptos a realizarem o acompanhamento multiprofissional dos pacientes nos estádios clínicos IV e V (pré-dialítico).

O principal desafio consiste na implementação da linha de cuidado da pessoa com DRC por parte das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, segundo critérios definidos pela Portaria GM/MS nº 389, de 13/03/2014. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html

Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade

Caracterizada por excesso de tecido adiposo, com consequente ganho de peso, e associada a diversas comorbidades como hiperlipidemias, hipertensão arterial, resistência à insulina, além de fatores psicológicos (Gomes et al., 2010; Grande et al., 2012).

A pesquisa *Vigitel* 2014¹ (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) indica que cresce o número de pessoas com excesso de peso no país, **52,5%** dos brasileiros estão acima do peso ideal e, desses, **17,9%** da população está obesa - índice era 50,8% em 2013.

O tratamento mais eficaz para o manejo da obesidade mórbida atualmente é a cirurgia bariátrica, procedimento que consiste na modificação do trato gastrointestinal para que os alimentos sejam ingeridos em menor quantidade ou menos absorvidos e também capazes de modificar o padrão de secreção de hormônios que controlam a fome e a saciedade.

O SUS oferece a cirurgia bariátrica e linha de cuidado ao obeso, que está organizada e estruturada na Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas e

inclui ações de promoção, prevenção e assistência à saúde coordenada pela atenção básica e articuladas com atendimento na alta complexidade.

Atualmente, há 78 hospitais habilitados a prestar serviço de assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade. Desses 24 hospitais, foram habilitados nos estados que possuem a Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade, prevendo ações e cuidado ao paciente obeso em todos os níveis de atenção à saúde, seguindo os critérios da portaria SAS/MS nº 425/2013. (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html)

Em 2016, foram habilitados 23 hospitais que fazem parte da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade nos estados do Acre, Maranhão, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e São Paulo.

Desvinculou a aprovação da Linha do Cuidado à habilitação dos estabelecimentos em serviço de assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade, diminuindo a burocracia para habilitação e aumentando o acesso ao serviço.

¹ <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/15/PPT-Vigitel-2014-.pdf>

Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional

No doente hospitalizado a desnutrição pode se instalar rapidamente devido ao estado de hipercatabolismo que acompanha as enfermidades, traumatismos e infecções, em resposta ao estresse metabólico que ocorre nessas condições.

A desnutrição em indivíduos internados é resultado de uma série de fatores, podendo estar associada à doença e/ou ao tratamento. Detecção e intervenção inadequadas também podem resultar no agravamento do estado nutricional durante a internação (Aquino RC, Philippi ST, 2011).

Nesses casos a Terapia Nutricional (TN) é fundamental para manter ou melhorar o estado de saúde do indivíduo. A TN pode ser oral, enteral ou parenteral.

Atualmente, existem 22 (vinte e dois) estados brasileiros que possuem estabelecimentos de saúde com serviços habilitados em TN. As regiões que não apresentam estabelecimentos habilitados são: Norte (Amapá, Amazonas, Roraima) e região Nordeste (Paraíba e Alagoas).

Em 2016, foram habilitados 58 novos estabelecimentos em Terapia Nutricional enteral/ parenteral, ampliando o acesso e investindo mais de 1,5 milhões de reais em recursos para o cuidado no âmbito do SUS, totalizando 418 hospitais habilitados, conforme os critérios estabelecidos na Portaria SAS/MS nº 120, de 14 de abril de 2009. (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0120_14_04_2009.html).

O Ministério da Saúde está oferecendo gratuitamente capacitação para mais de 250 profissionais que trabalham com TN no âmbito do SUS. Entre eles, médicos, nutricionistas, farmacêuticos e enfermeiros estão sendo qualificados. As preferências são para profissionais das regiões norte e nordeste, que ainda não possuem no estado serviço habilitado. Foi publicado e distribuído para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) o Manual de Capacitação em TN, disponível no site do Ministério da Saúde. (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_terapia_nutricional_atencao_especializada.pdf)

Política Nacional de Atenção em Oftalmologia

Em maio de 2008, foi homologada a Portaria/GM/MS nº. 957 que trata da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0957_15_05_2008.html).

Em seguida, foi publicada a Portaria SAS/MS nº. 288 que define as redes estaduais e regionais de atenção em oftalmologia (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0288_19_05_2008.html).

A instituição e implantação dessa política visa minimizar o índice de problemas oftalmológicos no país, promover o atendimento integral em oftalmologia aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada e, consequentemente, superar as desigualdades de acesso e garantir a integralidade da atenção à saúde.

O número de atendimentos em oftalmologia realizado pelo SUS, em 2016, aumentou em relação ao ano anterior. Em 2015 o número de procedimentos realizados foi de 19.512.942 e em 2016 atingiu-se 21.406.260 procedimentos realizados, ou seja, um aumento de quase 02 milhões de procedimentos.

Naquilo que se refere ao custeio, houve um aumento superior a R\$ 50 milhões nos recursos referentes ao pagamento destes procedimentos, entre os anos de 2015, se gastou em torno de R\$ 749 milhões, e o ano de 2016, o valor aproximado pago foi de R\$ 799 milhões. É relevante esclarecer que os dados do ano de 2016 referem-se ao período entre janeiro e novembro.

Ressalta-se ainda que procedimentos relativos ao cuidado de glaucoma, catarata e retinopatia diabética (quando da necessidade de intervenção cirúrgica: procedimento de vitrectomia), dentre outros, também podem ser ressarcidos pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), por meio da Política de Cirurgias Eletivas, ou seja, não onerando o limite financeiro da Média e Alta Complexidade ambulatorial e Hospitalar pertencente aos municípios, Distrito Federal e Estados.

NÚCLEO DE REABILITAÇÃO

Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no SUS

O Sistema Único de Saúde - SUS oferece diversos tratamentos clínicos, cirúrgicos e de reabilitação para pacientes, adultos e crianças, com deficiência auditiva, dentre eles o implante coclear e a prótese auditiva ancorada no osso. Tem sido considerado como um recurso efetivo, permitindo melhora significativa na maioria desses pacientes, sempre acompanhada de habilitação e/ou reabilitação auditiva.

De acordo com o novo normativo, Portaria GM/MS Nº 2.773 de 18/12/2014 (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2776_18_12_2014.html), todos os serviços habilitados pelo normativo anterior (Portaria GM/MS 1.278 de 20/10/1999), devem se adequar e solicitar nova habilitação na Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único de Saúde (SUS).

Atualmente, temos 29 Centros de Implante Coclear habilitados junto ao SUS, sendo: 8 na Região Nordeste, 1 na Região Norte, 5 na Região Sul, 2 na Região Centro Oeste e 13 na Região Sudeste.

Situação Atual

Conforme citado anteriormente existem 29 Serviços habilitados para prestar atendimento às pessoas com deficiência auditiva no SUS, sendo que desses 9 estão habilitados

de acordo com o novo normativo técnico - Portaria GM/MS nº 2.776, de 18/12/2014 (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2776_18_12_2014.html).

Grandes avanços foram conquistados com essa nova normatização, dentre eles a atualização das indicações clínicas para a realização do implante coclear (unilateral e bilateral) e para a prótese auditiva ancorada no osso (unilateral e bilateral), desde diagnóstico clínico, cirurgia, acompanhamentos periódicos e habilitação e/ou reabilitação auditiva, conforme estabelecido nas Diretrizes Gerais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no SUS. Além disso, o custeio para a manutenção do componente externo do implante coclear, e a extensão do período de garantia.

De acordo com essas diretrizes, o serviço é responsável pela reabilitação integral dos pacientes, devendo cobrir, quando necessário e dentro do período de garantia, a manutenção do implante coclear daqueles que se encontram em acompanhamento.

Ressalta-se que quando identificado, pelos serviços e ratificado pelo gestor, o mau uso do equipamento por parte do paciente, a manutenção não estará inserida na garantia, devendo a negativa constar no prontuário do paciente.

Durante 2016, foram realizadas orientações e o esclarecimento de dúvidas referentes ao novo normativo e critérios de habilitação de serviços especializados aos gestores de saúde e serviços que prestam a atenção especializada às pessoas com deficiência auditiva no SUS, e a habilitação de 9 Serviços.

Produção ³⁸

De acordo com a produção dos serviços que prestam atendimentos às pessoas com deficiência auditiva, no ano de 2016 até novembro, foram realizados **641** procedimentos cirúrgicos e **6.277** procedimentos ambulatoriais de avaliação, exames e acompanhamentos, sendo disponibilizado um montante de **R\$ 29.444.468,84**, conforme produção física e financeira apresentada na tabela abaixo:

SISTEMA	PROCEDIMENTOS REALIZADOS	VALOR REPASSADO	%
S.I.A	6.277	R\$ 395.880,33	1,30%
S.I.H	641	R\$ 29.048.588,51	98,70%
Total Geral	6.918	R\$ 29.444.468,84	100 %

Fonte: Tabwin/Datasus, tabulado em 31/01/2017.

As ações realizadas ao longo do exercício de 2016 convergem para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção às pessoas com deficiência auditiva no SUS. Com a ampliação de serviços, espera-se que mais pessoas possam ser beneficiadas, dentre elas crianças, jovens, adultos e idosos.

Reabilitação Labiopalatal

As deformidades craniofaciais são alterações congênitas que envolvem a região do crânio e da face destacando-se entre elas as lesões labiopalatais. As lesões ou fissuras labiopalatais são malformações congênitas caracterizadas por aberturas ou descontinuidade das estruturas do lábio e/ou palato, de localização e extensão variáveis (Montagnoli, 1992). Nem sempre se manifestam isoladamente, podendo estar associadas a síndromes ou outras anomalias. São comuns e notáveis porque causam alteração facial e de fala.

³⁸ Dados sujeito a alterações - Fonte: Tabwin/Datasus, tabulado em 31/01/2017.

Estima-se que a incidência no Brasil é de **um** fissurado para cada **650** nascidos vivos (1: 650). Essa incidência cresce com a presença de familiares fissurados, e quando na presença de predisposição hereditária, acredita-se que a conjugação de fatores ambientais pode precipitar o aparecimento da anomalia.

Situação Atual

Tendo em vista a grande problemática relacionada às lesões labiopalatais, da incidência e do impacto social, o Ministério da Saúde regulamentou esta área por meio da Portaria nº. 62, de 19 de abril de 1994 (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1994/prt0062_19_04_1994.html), com a finalidade de credenciar hospitais que possuam condições físicas, estruturais, de equipamentos e de recursos humanos para prestar o atendimento adequado e com qualidade aos pacientes com essas deformidades.

Esses serviços contam além da estrutura física e equipamentos, com equipes de: Anestesia, Cirurgia Plástica estético-reparadora, Otorrinolaringologia, Clínica Médica, Pediatria, Fonoaudiologia, Psicologia, Fisioterapia, Enfermagem, Serviço Social, Nutrição, Odontologia Geral, Odontopediatria, Ortodontia, Prótese e Implantologia, Cirurgia Buco-maxilo-facial e Atendimento Familiar.

O pagamento dos procedimentos relacionados às lesões labiopalatais, de acordo com a Portaria GM/MS nº. 2867, de 27 de novembro de 2008, foram transferidos recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC para o Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios.

No país, existem atualmente 28 Hospitais cadastrados no SUS para realização de procedimentos integrados para reabilitação estético-funcional dos portadores de má-formação labiopalatal.

Produção³⁹

Em consulta ao Tabwin/Datasus, em 30/01/2017, verifica-se que dos **28** centros habilitados, **27** apresentaram produção. De acordo com a produção apresentada, verificamos que **41% do total** de procedimentos correspondem a procedimentos ambulatoriais (5.916), representando apenas **13%** do total do recurso utilizado (R\$ 1.259.854,14), inversamente proporcional aos procedimentos cirúrgicos que correspondem a **59%** do número de procedimentos realizados (8.478) e **87%** do recurso repassado (R\$ 8.343.564,60), conforme quadro abaixo:

Quadro LX - Produção de procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais no ano de 2016.

PROCEDIMENTO	ATENDIMENTO REALIZADO	VALOR	PORCENTAGEM DA FREQUENCIA (%)	PORCENTAGEM DO VALOR (%)
Procedimentos realizados em ambulatório	5.916	R\$ 1.259.854,14	41%	13%
Procedimentos cirúrgicos	8.478	R\$ 8.343.564,60	59%	87%

³⁹ Dados sujeitos a alterações - Fonte: Tabwin/Datasus, tabulado em 30.01.2017.

Total	14.394	R\$ 9.603.418,74		

Fonte: Tabwin/Datasus, janeiro a novembro de 2016, tabulado em 30.01.2017

Lipodistrofia e Lipoatrofia Facial

A partir da introdução do tratamento antirretroviral de alta potência (HAART) em 1996, os portadores de HIV/AIDS (PVHA) vem apresentando diminuição da mortalidade e aumento da expectativa de vida, com maior qualidade.

Apesar deste cenário positivo, passou a ser relatada uma série de eventos adversos relacionados ao uso dos medicamentos. Diversos sinais e sintomas clínicos foram descritos desde então e agrupados como Síndrome Lipodistrófica, que se caracteriza por alterações anatômicas e metabólicas, podendo ocorrer de forma isolada ou associada. As alterações são observadas principalmente em pacientes cuja terapia antirretroviral fora iniciada em meados dos anos 1990 e nos primeiros anos da década de 2000.

As alterações metabólicas compreendem um aumento sérico de lipídeos (colesterol e triglicérides), aumento da resistência periférica a insulina, diabetes mellitus tipo I, associados ou não a alterações anatômicas. Essas, por sua vez, decorrem da redistribuição da gordura corporal, podendo ocorrer perda (lipoatrofia) ou acúmulo (lipohipertrofia). A lipoatrofia ocorre na região da face, membros superiores e inferiores e nádegas. A lipohipertrofia ocorre na região do abdome, região cervical e nas mamas.

Essas alterações do contorno corporal têm uma contundente repercussão na saúde psicossocial das pessoas vivendo com HIV/AIDS, que podem ter sua soro positividade revelada por estas características marcantes, as quais intensificam o estigma em relação à doença, fortalecendo o preconceito, impactando negativamente as relações sociais e afetivas, influenciando diretamente na adesão ao tratamento.

As ações voltadas para a lipodistrofia e lipoatrofia refletem positivamente na comunidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS, uma vez que melhora a autoestima, diminui as consequências da estigmatização da doença, evita que os indivíduos deste grupo se automediquem e realizem procedimentos não confiáveis de preenchimento de tecido, promovendo, assim, saúde e qualidade de vida às pessoas vivendo com HIV/AIDS.

No ano de 2016, não tivemos novos serviços especializados habilitados. Porém foram retomadas as discussões do Grupo de Trabalho - GT, coordenado pelo Departamento de DST/AIDS/SVS, para reformulação da portaria vigente e formulação de um plano de ação para enfrentamento das dificuldades de implementação das ações nesta área.

Atualmente a Política de Lipodistrofia conta com 17 estabelecimentos habilitados para o tratamento da lipodistrofia do portador de HIV/AIDS e 15 para o tratamento da lipoatrofia facial do portador de HIV/AIDS, totalizando 32 serviços habilitados.

De acordo com a produção dos 32 serviços habilitados para realização dos procedimentos de lipodistrofia, no ano de 2016, até novembro, foram realizados 347 procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais, sendo disponibilizado um montante de **R\$ 245.400,40**, conforme produção física e financeira apresentada no quadro abaixo:

Quadro LXI – Gastos realizados

Quadro I – Gastos realizados				
TIPO DE PROCEDIMENTO	ATENDIMENTOS REALIZADOS	VALOR	PORCENTAGEM DA FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM DO VALOR
Procedimentos Ambulatoriais	217	R\$ 104.160,00	62,50%	42,50%

Procedimentos Cirúrgicos	130	R\$ 141.240,40	37,50%	57,50%
TOTAL	347	R\$ 245.400,40		

Processo Transexualizador no SUS

O Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde foi instituído em 2008 e estava pautado na habilitação de serviços em hospitais universitários e na realização de procedimentos hospitalares.

Considerando a grande demanda dos Movimentos Sociais LGBT pela ampliação do atendimento especializado às pessoas transexuais e travestis e pelo acolhimento sem discriminação, tanto na atenção básica quanto na atenção especializada, em 19 novembro de 2013 foi, então, publicada a Portaria nº 2.803(*) que redefiniu e ampliou o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde – SUS Esta portaria está disponível no sítio eletrônico a seguir:

(http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html)

Situação Atual

Estão habilitados, pelo Ministério da Saúde, para prestar a atenção especializada no processo transexualizador nove Estabelecimentos de Saúde, sendo que cinco desses serviços estão habilitados a realizar acompanhamento ambulatorial e cirúrgico, e os outros quatro, realizam apenas acompanhamento ambulatorial, conforme quadro abaixo:

Quadro LXII – Hospitais habilitados

UF	MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO - RAZÃO SOCIAL	MODALIDADE DE HABILITAÇÃO
RS	Porto Alegre	Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ Porto Alegre (RS)	Ambulatorial e Hospital
RJ	Rio de Janeiro	Universidade Estadual do Rio de Janeiro - HUPE Hospital Universitário Pedro Ernesto/ Rio de Janeiro (RJ)	Ambulatorial e Hospital
SP	São Paulo	Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina FMUSP/Fundação Faculdade de Medicina MECMPAS – São Paulo/SP	Ambulatorial e Hospital
GO	Goiânia	Hospital das Clínicas - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás/ Goiânia (GO)	Ambulatorial e Hospital
PE	Recife	Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Pernambuco/Recife/PE	Ambulatorial e Hospital
RJ	Rio de Janeiro	Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE)	Ambulatorial

MG	Uberlândia	Hospital das Clínicas de Uberlândia	Ambulatorial
SP	São Paulo	Centro de Referência e Treinamento (CRT) DST/AIDS	Ambulatorial
PR	Curitiba	Centro de Pesquisa e Atendimento para Travestis e Transexuais (CPATT) do Centro Regional de Especialidades (CRE) Metropolitano	Ambulatorial

Esses serviços têm como responsabilidade oferecer a assistência diagnóstica e terapêutica especializada aos indivíduos com indicação para a realização do processo transexualizador no âmbito do SUS.

Além destes estabelecimentos, existem 04 serviços ambulatoriais em funcionamento que foram implantados por iniciativa local:

- Ambulatório AMTIGOS do Hospital das Clínicas de São Paulo – São Paulo/SP;
- Ambulatório para travestis e transexuais do Hospital Clementino Fraga – João Pessoa/PB;
- Ambulatório transexualizador da Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecciosas e Parasitárias Especiais (UREDIFE) – Belém/PA;
- Ambulatório de Saúde Integral Trans do Hospital Universitário da Federal de Sergipe Campus Lagarto – Lagarto/SE.

Informa-se também que os estados do Espírito Santo, Bahia e Paraíba estão em fase de habilitação junto ao Ministério da Saúde.

Além das ações para ampliar a quantidade de estabelecimentos habilitados para o processo transexualizador no SUS, o Ministério da Saúde, no ano de 2016, desenvolveu ações intraministeriais para planejamento da elaboração das Diretrizes do Acesso e do Cuidado no Processo Transexualizador; elaboração do escopo do Protocolo de Hormonioterapia do Processo Transexualizador; visitas técnicas a fim de apoiar a habilitação de serviços já existentes e fomentar a implantação de novos serviços do Processo Transexualizador e ao CFM.

Produção⁴⁰

O reflexo das ações desenvolvidas podem ser observados no aumento da produção realizada pelos estabelecimentos credenciados, ao compararmos o produzido nos anos de 2015 e 2016, como veremos no quadro abaixo:

Quadro LXIII – Comparação da produção realizada nos anos 2015 e 2016.

SISTEMA	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	2015		2016 ¹	
		ATENDIMENTO Realizado	Valor Gasto	ATENDIMENTO Realizado	Valor Gasto
SIA ²	Acompanhamento de usuário/a no processo transexualizador exclusivamente para atendimento clínico.	230	9.057,4	315	12.404,7
	Acompanhamento do usuário (a) no processo transexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório	3090	121.684,2	3887	153.070,06
	Terapia hormonal no processo transexualizador	52	2.600	149	7.450
	Tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no processo transexualizador	16	1.048,32	116	7.600,32

⁴⁰ Dados sujeito a alterações - Fonte: TabWin/DATASUS/SIA/SIH/ jan a out de 2015.

SIA TOTAL		3.388	R\$ 134.389,92	4.467	R\$ 180.525,08
SIH ³	Cirurgias complementares de redesignação sexual	15	6463,11	11	4.719,81
	Histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia em usuárias sob processo transexualizador	4	5330,03	2	2.571,78
	Mastectomia simples bilateral em usuário sob processo transexualizador	4	3407,56	4	3.239,56
	Plástica mamaria reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamaria de silicone bilateral no processo transexualizador	5	9019,6	5	9.019,6
	Redesignação sexual no sexo masculino	23	32176,91	34	46.441,05
	Tireoplastia	2	877,08	1	418,48
SIH TOTAL		53	R\$ 57.274,29	57	R\$ 66.410,28

Fonte: *datasus/tabwin, dados ao ano de 2015.* ¹Os dados são referentes até o mês de novembro e sujeitos a alteração; ²Sistema de Informação Ambulatorial; ³ Sistema de Informação Hospitalar.

Observa-se um aumento de 32% na produção ambulatorial do ano de 2015 para 2016 e dentro da produção ambulatorial há um destaque para a terapia hormonal que apresentou um aumento de 187% no mesmo período. Já na produção hospitalar teve um aumento de 48% para as cirurgias de redesignação sexual no sexo masculino. É importante ressaltar que a produção do ano de 2016 foi contabilizada até o mês de novembro, o sendo assim, estes aumentos podem ser maiores.

Com a edição da Portaria GM/MS nº 2.803/2013 pretendia-se ampliar o número de serviços habilitados, o número de procedimentos a serem realizados, além de estabelecer um cuidado integral a transexuais e travestis, garantindo acesso, acolhimento em todos os níveis de atenção, como forma de atender as necessidades de saúde destes/as usuários/as. Como resultado, em 2016, tivemos uma ampliação de 80% nas habilitações de serviços habilitados, e iniciou-se pactuação local para a habilitação em Atenção Especializada no Processo Transexualizador, nos seguintes estados: Minas Gerais, Pará, Mato Grosso do Sul, Maranhão e Piauí.

Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras

A Organização Mundial de Saúde define uma doença rara como aquela que afeta até 65 pessoas em cada 100.000 indivíduos. As Doenças Raras são caracterizadas por uma ampla diversidade de sinais e sintomas e variam não só de doença para doença, mas também de pessoa para pessoa acometida pela mesma condição.

Atualmente são conhecidas de sete a oito mil doenças raras e regularmente são descritas novas doenças na literatura médica. Cerca de 80% delas decorrem de fatores genéticos, as demais advêm de causas ambientais, infecciosas, imunológicas, dentre outras.

Em 2014, foi publicada a Portaria GM/MS nº 199, de 30 de janeiro de 2014, e republicada em 21 de maio do mesmo ano (informar o link da portaria?), que instituiu a Política de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do SUS e aprovou as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras.

Essa Política é transversal às redes temáticas prioritárias, em especial à Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial e Rede Cegonha. Com a referida política almeja-se contribuir para a redução da morbimortalidade das manifestações secundárias e a melhoria da qualidade de vida das pessoas, por meio de ações de redução de incapacidade, promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados

paliativos. Além de propiciar o cuidado integral com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, em todos os níveis de atenção, com equipe multiprofissional e atuação interdisciplinar, possibilitando assim, equacionar ou minimizar os principais problemas de saúde dessa população melhorando sua qualidade de vida.

Vale lembrar que independentemente do diagnóstico etiológico, em caso de problemas clínicos associados, os Serviços Especializados e Serviços de Referência devem providenciar os encaminhamentos dos pacientes com doenças raras, de acordo com a necessidade, dentro da Rede de Atenção à Saúde, como por exemplo, para as terapias de apoio (fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicopedagogia e outros serviços de atenção ao desenvolvimento neuropsicomotor), nos Centros Especializados em Reabilitação - CER ou nos Serviços Especializados em Geral (ambulatorial ou hospitalar).

Para a assistência às pessoas com doenças raras foram incorporados, na Tabela de procedimentos, medicamentos e órteses, próteses e materiais especiais do SUS, quatro procedimentos para diagnósticos, 15 exames e o aconselhamento genético. Esses procedimentos selecionados permitem o diagnóstico de doenças presentes nos eixos da Política que tratam de doenças genéticas.

Quanto aos processos de habilitações, ressaltamos, em 2016, foram habilitados os primeiros sete estabelecimentos de saúde como Serviço de Referência em Doenças Raras, a saber: DF – Hospital de Apoio de Brasília; GO – APAE de Anápolis; PE – AACD; PR – Hospital Pequeno Príncipe; RJ - Instituto Figueira Fernandes; RS – Hospital das Clínicas de Porto Alegre e SP – Ambulatório de Especialidades da Faculdade de Medicina - FUABC. Estes serviços ainda não apresentaram produção, uma vez que as respectivas habilitações ocorreram no final do ano de 2016.

NÚCLEO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Alta Complexidade Cardiovascular

Como resposta à necessidade de se estabelecer critérios e parâmetros mínimos de estrutura e capacidade física e humana qualificada, bem como mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos pacientes portadores de Doenças Cardiovasculares foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.169, de 15 de junho de 2004, que instituiu a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade.

A referida Política prevê a organização das Redes Estaduais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, constituídas pelas Unidades de Assistência e pelos Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular, regulamentados pela Portaria SAS/GM nº 210/2004. De acordo com as normas, as Secretarias de Estado da Saúde devem estabelecer um planejamento regional hierarquizado para formar as respectivas redes estaduais e/ou regionais de atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, com a finalidade de prestar assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovascular que necessitem ser submetidos aos procedimentos classificados como de Alta Complexidade. Após essa a Portaria SAS/MS nº 123, de 28 de fevereiro de 2005 – alterou a redação de alguns artigos da Portaria SAS/MS nº 210/04 como a inclusão de procedimentos e OPME antes não previstas, adequação de número de profissionais conforme o serviço habilitado, entre outros.

Situação Atual

Observa-se que atualmente existem 286 estabelecimentos de saúde habilitados em Alta Complexidade Cardiovasculares amplamente distribuídos pelos estados do Brasil: contamos com os serviços de alta complexidade em quase todos os estados – os que ainda não possuem todos os serviços são Acre, Amapá, Paraíba, Piauí, Rondônia, Roraima, Sergipe, Tocantins – possuem pelo menos 02 dos 07 tipos de habilitação disponíveis na área referida.

No ano de 2016, foram habilitados 13 novos estabelecimentos em serviços de Alta Complexidade Cardiovascular, conforme segue:

Quadro LXIV – Hospitais habilitados em Alta Complexidade Cardiovascular

UF	MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO	CNES	DATA DA PUBLICAÇÃO
BA	Feira de Santana	Hospital Estadual da Criança/ Feira de Santana/BA	6602533	SAS/MS 2.523, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2016
CE	Fortaleza	Hospital Messejana	2479214	SAS/MS 2.613, de 29/12/2016
GO	Catalão	Hospital Nasr Fayad/Catalão/GO	2442604	SAS/MS 2.536, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2016
MG	Belo Horizonte	Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves/Fundação Desenvolvimento da Pesquisa FUNDEP	0027863	SAS/MS 1484 DE 24/10/2016
MG	Diamantina	Santa Casa de Caridade de Diamantina	2135132	SAS/MS 1169 de 21/09/2016
MG	Montes Claros	Fundação Hospitalar Montes Claros/Hosp. Aroldo Tourinho	2219638	SAS/MS 1369 DE 06/10/2016
MT	Rondonópolis	Santa Casa de Misericórdia e Maternidade de Rondonópolis	2396866	SAS/MS 1.114, de 19/09/2016
PB	João Pessoa	Hospital São Vicente De Paulo/ Instituto Walfredo Guedes Pereira/ João Pessoa/PB	2399776	SAS/MS 2.497, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2016
PR	Campo Largo	Hospital e Maternidade Nossa Senhora do Roccio	0013846	SAS/MS 2.527, de 28/12/2016
PR	Campo Largo	Hospital Nossa Senhora do Rocio/Campo Largo/PR	0013846	SAS/MS 2.527, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2016
SP	Bauru	SES/Hospital Estadual Bauru	2790602	SAS 721, de 28/09/2006 e SAS 2.524, de 28/12/2016
SP	Santos	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos	2025752	SAS/MS 2.525, de 28/12/2016
SP	São B. Campo	Hospital de Clínicas Municipal de São Bernardo do Campo	7373465	SAS/MS 182, de 02/03/2016

FONTE: CNES/DATASUS, jan/2017.

O Monitoramento da produção dos estabelecimentos habilitados em Alta Complexidade Cardiovascular é realizado desde o ano de 2014, notificando os gestores quando o mesmo não atende o mínimo estabelecido na Portaria SAS/MS nº 210/2004.

Cirurgias Eletivas de Média Complexidade

O acesso aos procedimentos cirúrgicos não urgentes, isto é, eletivos, compunha problemática cuja resolutividade se fazia prioritária naquele momento. À propósito, compreende-se cirurgia eletiva como todo aquele procedimento cirúrgico realizado no ambulatório ou no ambiente hospitalar com base em um diagnóstico estabelecido e em uma indicação médica, com agendamento prévio, e, portanto, sem caráter de urgência ou emergência.

Foi a partir de 1999 que o Ministério da Saúde deu início aos Mutirões Nacionais de Cirurgias Eletivas em parceria com os Estados e Municípios com o propósito de reduzir as filas de espera. Na ocasião, as ações passaram a ser financiadas por um recurso adicional transferido aos gestores especificamente para a execução desse cuidado – o chamado Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). O referido recurso não onera o teto de média

e alta complexidade do gestor, conhecido como Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade, consistindo em um montante extrateto.

Os mutirões obtiveram razoável êxito na medida em que promoveram a organização gradual dos serviços, mas diante das demandas e necessidades crescentes de saúde da população, fazia-se necessária uma política pública estruturante e contínua. Foi então que, em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelo Pacto pela Saúde, foi instituída a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade, em 2006.

A Política manteve-se contínua desde então, operacionalizada mediante a publicação periódica de portarias pelo Ministério da Saúde. De maneira geral, tem como propostas a redução do tempo de espera para os diversos procedimentos cirúrgicos eletivos e a ampliação do acesso dos usuários do SUS, inclusive com a retomada ou início da oferta desses serviços em algumas localidades de forma permanente e integrada na Rede de Atenção à Saúde. O formato de repasse adicional e específico de recursos aos Estados e Municípios possibilita a contratação de um número maior de hospitais e prestadores, o que se configura em uma estratégia valiosa de captação e investimento para os gestores locais.

Situação Atual

Tendo em vista que os dados de produção de cirurgias eletivas em 2016 estão disponíveis apenas até o mês de novembro, o quadro seguinte apresenta a comparação com a produção do mesmo período em 2015:

Comparativo do número de cirurgias eletivas realizadas nos períodos de janeiro a novembro de 2015 e 2016.

Período	Cirurgias eletivas realizadas
Jan-nov/2015	1.991.129
Jan-nov/2016	1.832.873

Fonte: Ministério da Saúde – Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do SUS (SIA/SUS e SIH/SUS), janeiro/2016.

Embora os números informados sejam menores para 2016 – com uma diferença de 158.256 cirurgias – há uma perspectiva de que, no fechamento dos sistemas de informações referentes à produção realizada em 2016, prevista para o mês de agosto de 2017, os dados estejam maiores e, eventualmente, superem os números relativos a 2015.

A análise comparativa da execução de cirurgias eletivas entre 2015 e 2016 por tipo de financiamento – se com recursos do limite financeiro de Média e Alta Complexidade (teto MAC) ou com fundos adicionais do FAEC – demonstra que a falta de financiamento extrateto foi suprida por maior utilização do teto pelos gestores para a realização das cirurgias. Enquanto o FAEC correspondia a mais de 28% do recurso investido nas cirurgias eletivas em 2015, o extrateto foi responsável por menos do que 5% no último ano.

LXXVII - Comparativo do número de cirurgias eletivas realizadas nos períodos de janeiro a novembro de 2015 e 2016 por tipo de financiamento.

Período	Cirurgias eletivas realizadas		
	MAC	FAEC	Total
Jan a nov/2015	1.423.527	567.602	1.991.129
Jan a nov/2016	1.753.000	79.873	1.832.873

Fonte: Ministério da Saúde – Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do SUS (SIA/SUS e SIH/SUS), janeiro/2016.

A revisão da Política deve condicionar o repasse a contrapartidas diversas por parte dos gestores, tais como a manutenção dos recursos próprios e do teto investidos na

realização das cirurgias, a qualificação da demanda e a gestão das filas de espera. O objetivo das medidas é otimizar os recursos transferidos e ampliar o número de cirurgias realizadas e pessoas contempladas pela assistência cirúrgica.

Assistência a queimados

No ano de 2016, levantou-se a produção dos procedimentos de queimados entre janeiro a dezembro dos procedimentos hospitalares e, dos meses de janeiro a novembro dos procedimentos ambulatoriais para apresentar uma análise comparativa com o ano de 2015, conforme quadro abaixo:

Quadro LXV – Analise comparativa da Produção dos anos de 2015 e 2016 – Queimados.

Procedimentos	2015 (janeiro a outubro)		2016 (Hospitalar janeiro a dezembro e Ambulatorial janeiro a novembro)	
	Procedimentos Realizados	Valor Gasto	Procedimentos Realizados	Valor Gasto
Hospitalar	13.133	37.479.554,04	15.790	R\$ 46.067.864,66
Ambulatorial	162.421	4.502.586,55	408.126	R\$ 6.482.268,77
Total	175.554	41.982.140,59	423.916	R\$ 52.550.133,43

Linha de Cuidado do Trauma

Considerando que as causas externas constituem a terceira causa de mortalidade no Brasil, bem como a necessidade de prevenção para reduzir a mortalidade decorrente dessas, fez-se necessária a implantação de uma rede de atendimento integral ao paciente vítima de trauma. A Portaria nº 1.365/2013 aprovou e instituiu a Linha de Cuidado do Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências e, a Portaria nº 1.366/2013 estabeleceu a organização dos Centros de Trauma no âmbito do SUS, com o objetivo de implantar Centros de Trauma, Tipos I, II, ou III, para dar cobertura às regiões de saúde, com atendimento especializado ao trauma.

A Linha do Cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social. A Linha do cuidado é diferente dos processos de referência e contra referência, apesar de incluí-los também. Ela difere, pois não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços aos quais necessita.

Situação Atual

Quadro LXVI - Estabelecimentos Habilitados em 2016 (Centros de Trauma - Linha de Cuidado do Trauma)

Estabelecimentos habilitados como Centros de Trauma em 2016							
UF	Município	Estabelecimento	CNES	Tipo de Centro	Portaria de Habilitação	Portaria de Impacto Financeiro	Recurso aprovado na Habilitação
MS	Campo Grande	Santa Casa de Misericórdia de Campo Grande	9717	III	PT SAS/MS 1.227 de 26 de setembro de 2016	PT GM/MS 2460 de 16/11/2016	R\$ 3.934.576,86
PR	Ponta Grossa	Hospital Regional de Ponta Grossa	6542638	I	PT SAS/MS 2485 de 28/12/2016	PT GM/MS 3.204 de 29/12/2016	R\$ 233.700,82
PA	Belém	Clínica de Acidentados de Belém	4005775	II	PT SAS/MS 321 de 31/03/2016	PT GM/MS de 566 de 01/04/2016	R\$ 1.316.187,22
RO	Vilhena	Hospital Regional Adamastor Teixeira de Oliveira	2798484	I	PT SAS/MS 312 de 31/03/2016	PT GM/MS de 580 de 01/04/2016	R\$ 326.291,07

Atualmente, consta como quadro abaixo 27 estabelecimentos de saúde habilitados no Brasil em Centros de Traumas:

Centros de Trauma por Tipo e por Estado				
Estados	Nº de Centros			
	Tipo I	Tipo II	Tipo III	TOTAL
AM	5	1	-	6
DF	4	2	1	7
MG	3	-	-	3
MS	1	-	1	2
PA	-	1	-	1
PR	4	-	2	6
RO	1	-	-	1
SP	-	-	1	1
TOTAL	18	4	5	27

Política Nacional de Atenção a Traumatologia e Ortopedia

As afecções músculo-esqueléticas representam uns dos principais agravos à saúde no Brasil. Trata-se de distúrbios de importância crescente em vários países do mundo, com dimensões epidêmicas em diversas categorias profissionais, principalmente na Traumatologia-Ortopedia. O crescente problema da violência, das doenças ocupacionais, dos acidentes de

trânsito e causas externas, que perfazem mais de 90% dos atos médicos destinados ao tratamento das afecções do sistema músculo-esqueléticos, é de extrema preocupação, tanto do ponto de vista epidemiológico quanto da gestão, pelo elevado número de procedimentos realizados e pelo alto valor de recursos financeiros envolvidos.

A Política de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia é regimentada pela Portaria SAS/MS nº 90, publicada em 27 de março de 2009. Essa Portaria conceitua Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia e Centro de Referência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia, a qual dispõe o papel que cada uma dessas habilitações deve desempenhar na atenção à saúde e na qualificação técnica exigida para o atendimento dos usuários, e ainda, orienta o gestor quanto aos requisitos mínimos, para se habilitar um estabelecimento em alta complexidade em Ortopedia.

Tanto os Centros de Referência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia quanto às Unidades de Assistência em Alta Complexidade em Ortopedia estão aptos a realizar qualquer procedimento traumato-ortopédico, independentemente da complexidade em que este procedimento se insere. A diferença básica entre as duas habilitações está no papel de formar e qualificar novos profissionais na área desempenhada pelos Centros. Conforme estabelecido pela Portaria SAS/MS nº 90 de 2009, as habilitações em Alta Complexidade em Ortopedia podem contar com serviços de: Traumatologia e Ortopedia; Traumatologia e Ortopedia Pediátrica (até 21 anos de idade) e Traumatologia e Ortopedia de Urgência.

Situação Atual

A Rede de Assistência em Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia é composta por 310 estabelecimentos de habilitados dos quais, 11 são habilitados como Centro de Referência em Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia e 299 são habilitados como Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Ortopedia.

No ano de 2016, foram habilitadas 12 novas Unidades de Assistência em Alta Complexidade em Ortopedia e desabilitadas 2 Unidades, conforme quadros abaixo:

UNIDADES DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE EM ORTOPEDIA HABILITADAS NO ANO DE 2016				
UF	Município	Estabelecimento	CNES	PORTARIA DE HABILITAÇÃO
CE	Juazeiro do Norte	Hospital Regional do Cariri	6779522	PT SAS Nº 2522, de 28/12/2016 / Recurso Portaria nº 3069 de 28/12/16
MA	São Luís	Hospital de Câncer do Maranhão Dr. Tarquino Lopes Filho	2646536	PT SAS 375, de 13/04/2016 e PT GM 726 de 13/04/2016
MA	São Luís	Hospital de Emergência Clementino Moura - Socorrão II	2308800	PT SAS 378, DE 13/04/2016 e PT GM 725 de 13/04/2016
MG	Juiz de Fora	Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora	2218798	PT SAS 2533, DE 28/12/2016 / Recurso PT 3099 de 28/12/2016
MG	Governador Valadares	Hospital Bom Samaritano	2118661	PT SAS 1.189, 22/09/2016 e PT GM 1.947, 18/10/2016
MG	Itajuba	Associação de Integração Social de Itajuba	2208857	PT SAS 1.374 de 10/10/2016 - Recurso PT 1.962 de 18/10/2016
MT	Cuiabá	Hospital e Pronto Socorro Municipal	2495015	PT SAS/MS nº 563 de 17 de maio de 2016
PE	Jaboatão	Hospital Memorial Jaboatão	5356067	PT/SAS 1.264, de 26/09/2016 - Recurso PT 2.028 de 19/10/2016
PR	Ponta Grossa	Hospital Universitário Regional de Campos Gerais	6542638	PT SAS 2489, DE 28/12/2016 / RECURSO PT GM 3082 DE 28/12/2016
RJ	Nova Friburgo	Hospital São Lucas	2272695	PT 2629, de 29/12/2016 / Recurso PT 3334 de 29/12/2016

SC	Caçador	Sociedade Franco-Brasileira Hospital Maicé	2301830	PT SAS 326, DE 31/03/2016 - Recursos Portaria GM/MS 563 de 31/03/2016
SC	Mafra	Hospital São Vicente de Paulo	2379333	PT SAS Nº 1.125, de 19/09/2016 / RECURSO PT MS 1869 DE 17/10/2016

**UNIDADES DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE EM ORTOPEDIA
DESABILITADAS NO ANO DE 2016:**

UF	Município	Estabelecimento	CNES	PORTARIA DE HABILITAÇÃO
RS	Farroupilha	Hospital São Carlos	2240335	Desabilitado pela Portaria SAS nº 214 de 10/03/2016
RJ	Rio de Janeiro	Santa Casa de Misericórdia - Hospital Geral	2270676	Desabilitado pela Portaria • PORTARIA Nº 1.513, DE 26 DE OUTUBRO DE 2016

NÚMERO DE HABILITADOS POR ESTADO E NÚMERO DE MUNICÍPIOS COM HOSPITAIS HABILITADOS

REGIÃO	ESTADO	Nº HOSPITAIS HABILITADOS	Nº MUNICÍPIOS COM HOSPITAIS HABILITADOS
NORTE	AC	2	1
NORTE	AM	2	1
NORTE	AP	0	0
NORTE	PA	8	6
NORTE	RO	2	2
NORTE	RR	1	1
NORTE	TO	3	3
TOTAL REGIÃO NORTE		18	14
NORDESTE	AL	5	2
NORDESTE	BA	21	6
NORDESTE	CE	8	3
NORDESTE	MA	4	1
NORDESTE	PB	3	2
NORDESTE	PE	12	6
NORDESTE	PI	3	3
NORDESTE	RN	3	1
NORDESTE	SE	1	1
TOTAL REGIÃO NORDESTE		60	25
CENTRO-OESTE	DF	6	4
CENTRO-OESTE	GO	5	4
CENTRO-OESTE	MS	2	1
CENTRO-OESTE	MT	3	2
TOTAL REGIÃO CENTRO-OESTE		16	11
SUDESTE	ES	8	4
SUDESTE	MG	30	14
SUDESTE	RJ	29	14
SUDESTE	SP	80	48
TOTAL REGIÃO SUDESTE		147	80
SUL	PR	27	15
SUL	RS	25	14
SUL	SC	17	13
TOTAL REGIÃO SUL		69	42
TOTAL BRASIL		310	172

PROPORÇÃO DE HOSPITAIS HABILITADOS X POPULAÇÃO DAS REGIÕES

REGIÃO	HOSPITAIS HABILITADOS	POPULAÇÃO	PROPORÇÃO
NORTE	18	17.707.000	1 para 983.722
NORDESTE	60	56.915.000	1 para 948.583
CENTRO-OESTE	16	15.660.000	1 para 978.959
SUDESTE	147	86.356.000	1 para 587.455
SUL	69	29.439.000	1 para 426.652
BRASIL	310	206.081.000	1 para 667.741

Como pode ser percebido pelos números apresentados, existe uma grande concentração de hospitais habilitados nas Regiões Sul e Sudeste. Chegando ao dobro a proporção hospitais/população. Apesar de tentativas o Estado do Amapá ainda não dispõe de nenhum hospital habilitado.

Produção

Comparando a produção dos períodos de janeiro a outubro de 2016 e janeiro a novembro de 2016 destaca-se os seguintes resultados:

Procedimentos / OPME	Janeiro à Outubro de 2015		Janeiro à Novembro de 2016	
	Atendimentos Realizados	Valor Gasto	Atendimentos Realizados	Valor Gasto
Principais	619.029	R\$ 684.452.650,39	679.626	745.190.479,16
Múltiplos e Sequenciais	185.408	R\$ 108.819.675,97	279.636	166.357.140,46
Ambulatoriais	271.063	R\$ 10.072.252,90	289.603	10.727.899,70
OPME	544.324	R\$ 179.753.656,66	652.126	231.487.399,13
Total	1.619.824	R\$ 983.089.235,92	1.900.991	R\$ 1.153.762.918,45

Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica

As doenças neurológicas, no Brasil, têm grande importância para a saúde pública, pois a sua magnitude social, suas consequências e seu custo financeiro vêm crescendo nas últimas décadas.

O Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, por meio da Portaria GM/MS nº 1.161, em 07 de julho de 2005, organizada de forma articulada com as três esferas de gestão (Ministério da Saúde, Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais). A Política prevê ações pautadas no direito à equidade, universalidade, integralidade com estratégias de promoção de qualidade de vida, qualificando a assistência e promovendo a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da política.

Com a publicação da Portaria SAS/MS nº 756, de 27 de dezembro de 2005, foram regulamentadas e definidas as redes Estaduais e/ou Regionais de Assistência ao Paciente Neurológico na Alta Complexidade, dividindo a rede em Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia e Centros de Referência de Alta Complexidade em Neurologia.

NORMAS VIGENTES

- Portaria GM nº. 1.161, de 07 de julho de 2005 – instituiu a Política Nacional de Atenção do Doente Neurológico;
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1161_07_07_2005.html

- Portaria SAS nº. 756, de 27 de dezembro de 2005 – normatizou a formação da rede e atualizou o regulamento hierarquizado dos procedimentos; [http:// dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-756.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-756.htm)
- Portaria SAS nº. 189, de 27 de dezembro de 2011 – que alterou, excluiu e incluiu códigos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS; http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0189_27_04_2011.html
- Portaria SAS nº. 433, de 15 de maio de 2012 – suspendeu os parâmetros populacionais para habilitação; http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0433_15_05_2012.html
- Portaria SAS nº. 9, de 6 de janeiro de 2014 – incluiu na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) procedimento Sequencial em Neurocirurgia; http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0009_06_01_2014.html
- Portaria SAS nº. 914, de 19 de setembro de 2014, que altera, acresce e revoga dispositivos da Portaria nº. 9/SAS/MS, de 6 de janeiro de 2014;

Situação Atual

A rede de Atenção ao Portador de Doença Neurológica conta, hoje, com 277 hospitais habilitados na alta complexidade em Neurocirurgia/Neurologia, sendo 240 Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia e 37 Centros de Referência de Alta Complexidade em Neurologia.

No ano de 2016 foram habilitados 04 estabelecimentos como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia, sendo um estabelecimento no Estado do Maranhão (município de São Luis); 02 estabelecimentos no Estado de Rondônia (um no município de Cacoal e outro no município de Porto Velho) e 02 estabelecimentos no Estado de São Paulo (um no município de Franco da Rocha e outro no município de São Bernardo do Campo).

Essas novas habilitações resultaram em repasse financeiro no total de R\$ 3.285.722,70 (três milhões e duzentos e oitenta e cinco mil e setecentos e vinte e dois reais e setenta centavos).

Neste mesmo período foram desabilitadas 02 Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia, sendo uma no Estado do Rio de Janeiro (no município do Rio de Janeiro) e uma no Estado de São Paulo (no município de Francisco Morato).

Linha de Cuidado em AVC- Centros de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das maiores causas de morte e incapacidade adquirida em todo o mundo, e no Brasil tem havido um aumento progressivo de mortes a cada ano. Por tal razão, o Ministério da Saúde lançou um conjunto de medidas por meio de Portaria GM nº. 665, de 12 de abril de 2012, para ampliar a assistência no SUS aos pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral (AVC), dentre elas, a criação dos Centros de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC (Tipos I, II e III).

NORMAS VIGENTES

- Portaria GM nº. 665, de 12 de abril de 2012 – estabeleceu os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), instituiu o respectivo incentivo financeiro e aprovou

a Linha de Cuidados em AVC;
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html

- Portaria GM nº. 664, de 12 de abril de 2012 – aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo;
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0664_12_04_2012.html

Portaria GM nº. 800, de 17 de junho de 2015 - Altera, acresce e revoga dispositivos da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0800_17_06_2015.html

Situação Atual

Na Linha de Cuidado aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral, existem 51 hospitais habilitados em atendimento especializado ao paciente com AVC, sendo 39 Centros de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC Tipo III, 05 Centros de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC Tipo II e 07 Centros de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC Tipo I, totalizando 531 leitos especializados para o atendimento aos Pacientes com AVC.

Na Linha de Cuidado aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral, no ano de 2016, foram habilitados 13 estabelecimentos, sendo 09 Centros de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC tipo III, um no Estado do Ceará (município de Juazeiro do Norte), um no Estado de Pernambuco (município de Recife), 03 no Estado do Rio Grande do Sul (municípios de Montenegro, Passo Fundo e Três Passos), um no Estado de Santa Catarina (município de Joinville) e 03 no Estado de São Paulo (municípios de Ribeirão Preto, São José do Rio Preto e São Paulo); 02 Centros de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC tipo II, sendo um no Estado do Rio Grande do Sul (município de Caxias do Sul) e um no Estado de Santa Catarina (município de Mafra) e 02 Centros de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC tipo I no Estado de São Paulo (municípios de Piracicaba e Ourinhos). Essas novas habilitações totalizaram em repasse financeiro no valor de R\$ 14.446.576,71 (quatorze milhões e quatrocentos e quarenta e seis mil e quinhentos e setenta e seis reais e setenta e um centavos).

Nesse mesmo período foi desabilitado um Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC Tipo III no Estado de São Paulo (município de Santa Bárbara d'Oeste).

Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares Prestados pelos Hospitais Universitários

O Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, instituiu o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) e o Decreto 8.587, de 11 de dezembro de 2015, altera o Art. 4º do Decreto 7.082, de 27/01/2010, quanto ao requisito do financiamento dos Hospitais Universitários Federais partilhado, entre as áreas da saúde e educação.

De acordo com o Decreto nº 7.082/2010 o financiamento do REHUF era partilhado, paritariamente, entre o Ministério da Saúde e da Educação. O Decreto nº 8.587/2015 alterou a forma de financiamento do Programa REHUF, atualmente não existe mais a obrigatoriedade de partilha paritária. A partir do exercício financeiro de 2016, o Ministério da Saúde passou a alocar anualmente, em rubrica específica do REHUF, no

mínimo, o valor correspondente ao aplicado na mesma rubrica no exercício anterior, adicionado da variação percentual do orçamento de ações e serviços públicos de saúde, podendo esta regra ser reavaliada, a cada dois anos.

A Portaria Interministerial nº 883 MS/MEC/MP, de 5 de julho de 2010, regulamenta o Decreto nº 7.082/2010 e apresenta a relação dos hospitais integrantes do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). De acordo com a portaria, compete ao Comitê Gestor do REHUF “avaliar, aprovar e monitorar os recursos transferidos aos Hospitais Universitários (HU), no escopo do financiamento global”. O Capítulo III - “Do Financiamento”, dispõe que o financiamento dos Hospitais Universitários Federais, deverá ser partilhado paritariamente, de forma progressiva, entre as áreas de educação e saúde, devendo atingir:

I - a cobertura das despesas correntes de cada hospital, além de possibilitar aporte progressivo de recursos para investimentos na infraestrutura, com vista ao cumprimento das diretrizes do REHUF.

II - o cumprimento das metas dos Pactos Globais.

Os valores disponibilizados ao REHUF destinam-se à aquisição de equipamentos, construção, reformas, compras materiais médico-hospitalares e medicamentos, entre outras ações, conforme a necessidade e planejamento da instituição. Esses aportes de recursos financeiros anuais vêm para reforçar o orçamento dos hospitais universitários federais, com vistas a cumprirem e qualificarem os serviços assistenciais prestados, as estruturas físicas e tecnológicas, a gestão, o desenvolvimento de pesquisa e ensino e integração à rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Resultados Alcançados

De 2015 a 2016 o Programa incorporou novos hospitais. No ano de 2015 foram incorporados três hospitais: Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello, em Cajazeiras (PB); Hospital Escola Municipal Prof. Dr. Horácio Carlos Panepucci, em São Carlos (SP); HDT - Hospital de Doenças Tropicais do Tocantins, em Araguaína (TO). E, em 2016, incorporou-se um hospital: Hospital Regional de Lagarto (SE). Cabe ressaltar que, atualmente, 50 hospitais são beneficiados pelo Programa.

Quadro LXVII - Identificação da Ação 20G8: Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares Prestados pelos Hospitais Universitários

Identificação da Ação						
Código		Tipo: Atividade				
Título		20G8 - Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares Prestados pelos Hospitais Universitários. (Financiamento Partilhado – REHUF)				
Objetivo		Código: 0713 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.				
Programa		Código: 2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) Tipo: Temático				
Unidade Orçamentária		36901 - Fundo Nacional de Saúde				
Ação Prioritária		() Sim ()Não Caso positivo: ()PAC () Brasil sem Miséria				
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
452.000.000	396.000.000	379.106.441	314.563.530	295.401.629	19.161.901	64.542.911
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de	Montante		

		medida	Previsto	Reprogramado	Realizado
Hospital beneficiado		Unidade	48		50
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores					
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas		
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada
259.294.333	190.806.833	15.390.028			

A Ação Orçamentária 20G8 - Reestruturação dos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares prestados pelos Hospitais Universitários Federais – REHUF contou, em 2016, com uma dotação orçamentária final de R\$ 396.000.000 (trezentos e noventa e seis milhões de reais), cuja despesa empenhada foi da ordem de R\$ 379.106.441 (trezentos e setenta e nove milhões, cento e seis mil, quatrocentos e quarenta e um reais), correspondendo a 95,7% do total disponibilizado.

Conforme pactuação entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para o exercício de 2016, dessa dotação orçamentária foram alocados 10,6% para as despesas de investimento e 89,4% para custeio, abrangendo 27 unidades federadas e 50 estabelecimentos universitários, extrapolando em 4,17% a meta física pactuada.

As tabelas abaixo detalham a alocação dos recursos financeiros do REHUF em 2016, por Unidade da Federação, por gestão e por estabelecimento.

Tabela LXXVIII – Recursos disponibilizados/autorizados, por UF, por município, por Universidade - REHUF – 2016

	UF	MUNICIPIO	GESTÃO	ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	2016
1	AL	Maceió	MUNICIPAL	Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes	7.157.229,49
2	AM	Manaus	ESTADUAL	Hospital Universitário Getúlio Vargas	6.087.441,70
3	BA	Salvador	ESTADUAL	Hospital Universitário Prof. Edgard Santos	6.313.376,37
4	BA	Salvador	ESTADUAL	Maternidade Climério de Oliveira	5.479.531,16
5	CE	Fortaleza	MUNICIPAL	Hospital Universitário Walter Cantídio	10.108.556,49
6	CE	Fortaleza	MUNICIPAL	Maternidade Escola Assis Chateaubriand	6.099.060,09
7	DF	Brasília	ESTADUAL	Hospital Universitário	14.339.098,60
8	ES	Vitória	ESTADUAL	Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes	12.232.134,38
9	GO	Goiania	MUNICIPAL	Hospital das Clínicas	10.101.408,93
10	MA	Sao Luis	MUNICIPAL	Hospital Universitário	23.782.694,00
11	MG	Belo Horizonte	MUNICIPAL	Hospital de Clínicas	14.406.890,73
12	MG	Juiz de Fora	MUNICIPAL	Hospital Universitário	5.328.141,99
13	MG	Uberaba	MUNICIPAL	Hospital Escola	13.020.950,90
14	MG	Uberlândia	MUNICIPAL	Hospital de Clínicas	16.205.025,62
15	MS	Campo Grande	MUNICIPAL	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian	8.717.904,26
16	MS	Dourados	MUNICIPAL	Hospital Universitário	6.929.532,06
17	MT	Cuiabá	MUNICIPAL	Hospital Universitário Júlio Müller	3.935.460,36
18	PA	Belem	MUNICIPAL	Hospital Universitário João de Barros Barreto	7.186.464,48
19	PA	Belem	MUNICIPAL	Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza	2.945.297,73
20	PB	Cajazeiras	MUNICIPAL	Hospital Universitário Julio M. Bandeira de Melo	2.190.079,72
21	PB	Campina Grande	MUNICIPAL	Hospital Universitário Alcides Carneiro	6.239.918,99
22	PB	João Pessoa	MUNICIPAL	Hospital Universitário Lauro Wanderley	10.674.681,34
23	PE	Petrolina	MUNICIPAL	Hospital de Urgências e Traumas	3.722.163,50
24	PE	Recife	ESTADUAL	Hospital das Clínicas	13.830.232,89
25	PI	Teresina	MUNICIPAL	Hospital Universitário HU	6.878.646,70
26	PR	Curitiba	MUNICIPAL	Hospital de Clínicas	12.904.801,21
27	PR	Curitiba	MUNICIPAL	Maternidade Vítor Ferreira do Amaral	3.174.543,74
28	RJ	Niterói	MUNICIPAL	Hospital Universitário Antonio Pedro	7.885.281,65
29	RJ	Rio de Janeiro	MUNICIPAL	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	581.208,12
30	RJ	Rio de Janeiro	MUNICIPAL	Instituto de Neurologia Deolindo Couto	5.809.345,03
31	RJ	Rio de Janeiro	MUNICIPAL	Instituto de Ginecologia	1.737.594,47
32	RJ	Rio de Janeiro	MUNICIPAL	Instituto de Doenças do Tórax	514.931,42
33	RJ	Rio de Janeiro	MUNICIPAL	Maternidade Escola	768.875,16
34	RJ	Rio de Janeiro	MUNICIPAL	Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira	2.019.623,73
35	RJ	Rio de Janeiro	MUNICIPAL	Hospital Escola São Francisco de Assis	3.217.700,21
36	RJ	Rio de Janeiro	MUNICIPAL	Instituto de Psiquiatria	3.259.728,06
37	RJ	Rio de Janeiro	MUNICIPAL	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle	8.259.324,52
37	RN	Natal	MUNICIPAL	Hospital Universitário Onofre Lopes	7.471.173,08
39	RN	Natal	MUNICIPAL	Maternidade Escola Januário Cicco	5.709.613,71
40	RN	Santa Cruz	MUNICIPAL	Hospital Universitário Ana Bezerra	4.138.917,35
41	RS	Pelotas	MUNICIPAL	Hospital Escola	7.302.506,09
42	RS	Porto Alegre	MUNICIPAL	Hospital de Clínicas de Porto Alegre	15.253.315,48
43	RS	Rio Grande	ESTADUAL	Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Júnior	13.309.978,48
44	RS	Santa Maria	ESTADUAL	Hospital Universitário	13.157.164,97
45	SC	Florianópolis	ESTADUAL	Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago	9.089.450,96
46	SE	Aracaju	MUNICIPAL	Hospital Universitário	4.265.734,18
47	SE	Lagarto	MUNICIPAL	Hospital Universitário de Lagarto/SE	2.822.114,65
48	SP	São Paulo	MUNICIPAL	Hospital Escola de São Carlos	1.716.139,59
49	SP	São Paulo	ESTADUAL	Universidade Federal de São Paulo	17.846.396,73
50	TO	Araguaína	ESTADUAL	Hospital de Doenças Tropicais do Tocantins	3.884.935,68
VALOR TOTAL					380.012.320,75

Fonte: CGCSS/DRAC/SAS/MS

Tabela LXXIX – Gestão dos Recursos do REHUF, 2016

Gestão	Quantidade de estabelecimentos	%	Valor - R\$	%
Estadual	11	22%	115.569.742	30%
Municipal	39	78%	264.442.579	70%
Total	50	100%	380.012.321	100%

Fonte: CGCSS/DRAC/SAS/MS

Desafios para 2017

- Monitoramento e acompanhamento do Programa REHUF.
- Análise das propostas de liberação de recursos financeiros.

Assistência Médica Qualificada e Gratuita a Todos os Níveis da População e Desenvolvimento de Atividades Educacionais e de Pesquisa no Campo da Saúde - Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais

A Lei nº 8.246, de 22/10/91 institui o Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais (Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação), pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública, com o objetivo de prestar assistência médica qualificada e gratuita a todos os níveis da população e de desenvolver atividades educacionais e de pesquisa no campo da saúde, em cooperação com o Poder Público.

A Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação é composta pelas seguintes unidades de acordo com o Sistema de Cadastrado Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Ao todo a Rede Sarah disponibiliza 768 leitos no país (Tabela abaixo).

Tabela LXXX: Relação das Unidades Registradas no CNES

UF	Município	CNES	Nome Fantasia	Tipologia	Nº de Leitos
AP	Macapá	3787907	SARAH Macapá	Ambulatório	-
BA	Salvador	2497751	Hospital do Aparelho Locomotor SARAH Salvador	Hospital	153
CE	Fortaleza	2373971	SARAH Centro de Reabilitação SARAH Fortaleza	Hospital	86
DF	Brasília	2673916	SARAH Brasília	Hospital	250
MA	São Luís	2307006	SARAH São Luís	Hospital	142
MG	Belo Horizonte	3004791	SARAH Belo Horizonte	Hospital	137
PA	Belém	5660149	SARAH Pará	Ambulatório	-
RJ	Rio de Janeiro	2295210	Centro Internacional SARAH Neuroreabilitação e Neurociência	Ambulatório	-
Total de Leitos					768

Fonte: CNES - consulta em dezembro de 2016.

Instrumentos Contratuais

Em 18 de dezembro de 2015, houve a assinatura do novo Contrato de Gestão entre o Ministério da Saúde, Ministério da Fazenda e Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e a Associação das Pioneiras Sociais (Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação), com duração de 5(cinco) anos a partir de 1º de janeiro de 2016.

O Contrato de Gestão define: (1) estabelecimento de objetivos, metas e responsabilidades para atuação da Rede Sarah; (2) estabelecimento de procedimentos para acompanhamento pelo Poder Executivo; (3) prestação de serviço médico e de reabilitação, de excelência e gratuita, nas áreas de neurológica e ortopédica pela Rede Sarah; e (4) institui a Comissão de Acompanhamento e Avaliação (CAA); entre outros.

O aspecto quantitativo das metas de produção assistencial é definido pela própria Rede SARAH por meio do Plano Anual de Trabalho, apreciado e aprovado pela CAA. A execução das metas é acompanhada em um ciclo semestral (análise da execução do 1º semestre do ano corrente) e em um ciclo anual (análise da execução anual no mês de março do ano subsequente ao analisado), dos quais decorrem produtos, a saber: o relatório de execução da Rede SARAH (semestral e anual), o parecer técnico da CAA (semestral e anual) e as atas das reuniões dos ciclos (semestral e anual).

Resultados Alcançados

O quantitativo de serviços de assistência médica e de reabilitação realizados pela Rede Sarah em 2014 foi de 13.744.902, em 2015 de 14.231.885 e, em 2016 de 14.888.123, conforme demonstrado na Tabela a seguir.

Tabela LXXXI: Atividades Médicas e de Reabilitação de 2014 a 2016

Ano	2014			2015			2016		
Atividades	Meta	Execução	% de execução	Meta	Execução	% de execução	Meta	Execução	% de execução
Atividades médicas e de reabilitação									
Consultas	336.400	368.346	109,50	344.800	394.069	114,29	389.000	414.559	106,57
Outros Atendimentos de nível superior	11.546.000	12.316.149	106,67	11.792.000	12.678.550	107,52	12.450.500	13.207.071	106,08
Serviços Auxiliar de Diagnóstico e Terapia	1.023.320	1.032.618	100,91	1.007.770	1.130.469	112,18	1.116.000	1.236.302	110,78
Internações	15.930	17.839	111,98	16.415	18.512	112,77	17.970	19.032	105,91
Cirurgias	8.120	9.950	122,54	8.590	10.285	119,73	10.000	11.159	111,59
Total	12.929.770	13.744.902	106,30	13.169.575	14.231.885	108,07	13.983.470	14.888.123	106,47

Fonte: Relatório de Execução Anual – exercício de 2014, 2015 e 2016.

As atividades dispostas nos Planos de Trabalho têm sua execução informada oficialmente pela Rede Sarah por meio de Relatórios Semestrais e Anuais de Execução Contratual, que são apreciados e aprovados pela Comissão de Acompanhamento e Avaliação e a respeito dos quais a Comissão redige Parecer Técnico Conclusivo e encaminha ao TCU.

Em 2016 foram realizados 1.529.498 atendimentos a pacientes, observa-se um aumento de 101,47 % com relação ao número de atendimentos a pacientes de 2015 a 2016 e de 102,47% de 2006 para 2016 (Tabela abaixo).

Tabela LXXXII: Atendimentos a Pacientes e Atividades Realizadas

Indicadores	1996	2006	2015	2016
Atendimentos a Pacientes	623.279	1.492.576	1.507.338	1.529.498
Atividades Realizadas	8.616.641	18.468.291	19.716.054	20.523.815

Fonte: Relatório de Execução Anual 2016.

Obs.: No ano de 1996 implantou-se o prontuário eletrônico, o que possibilitou o levantamento de informações sobre atendimentos a paciente e atividades realizadas.

A Tabela abaixo apresenta um indicador de desempenho da Rede Sarah de 2014 a 2016, qual seja: taxa de infecção hospitalar.

Tabela LXXXIII : Indicador Qualitativo de Assistência Hospitalar da Rede Sarah

SARAH	Taxa de Infecção Hospitalar*		
	2014	2015	2016
Brasília	0,50	0,51	0,51
Salvador	0,24	0,30	0,26
Fortaleza	0,20	0,21	0,23
Belo Horizonte	0,22	0,18	0,20
São Luís	0,16	0,12	0,17

Fonte: Relatório de Execução Anual – 2014, 2015 e 2016.

* Meta $\leq 1,5$ por 100 paciente-dia.

Avaliação da Comissão de Acompanhamento e Avaliação

Para o exercício de 2016, considerando o Terceiro Contrato de Gestão na 17ª Cláusula, parágrafo terceiro, o funcionamento da Comissão prevê:

- I – periodicidade de reuniões da CAA, que deverá ser semestral;*
- II – avaliação dos resultados alcançados pela APS em face das metas indicadores quantitativos e qualitativos; e*
- III – competência para propor e renegociação das metas e dos indicadores, quando necessário.*

A Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Contrato de Gestão da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação foi instituída pela Portaria GM/MS nº 319, de 16/3/2001. Os membros da Comissão são designados por normativa de renovação anual, vigorando atualmente a composição definida pela Portaria GM/MS nº 1.221, de 23/06/2016, publicada no DOU de 27/06/2016, seção 2, página 31.

Cabe ao Ministério da Saúde, na condição de Coordenador da Comissão:

Emitir parecer conclusivo sobre os relatórios anuais relativos à execução deste Contrato de Gestão, comparando as metas estabelecidas com os resultados alcançados e a compatibilidade com o Plano de Trabalho, encaminhando-o ao Tribunal de Contas da União, nos termos do Inciso XIII, do artigo 3º, da Lei 8.246/91. (Terceiro Contrato de Gestão entre União e APS, 6ª Cláusula).

Cabe informar que no dia 25/07/2016 ocorreu à reunião da Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Contrato de Gestão da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, tendo como um item da pauta a apresentação da execução das metas propostas para o 1º semestre de 2016. A Comissão manifestou-se favorável à aprovação do Relatório Semestral da Rede Sarah – Execução 2016 e da Proposta de Orçamento para o Exercício de 2017. Seguem algumas deliberações da Comissão para Rede Sarah:

- Promover a regularização do número do CNES para à Secretaria de Saúde do Distrito Federal da Unidade do Sarah Lago Norte.
- Atualizar no CNES a denominação do Sarah Salvador - de Hospital do Aparelho Locomotor Sarah Salvador para Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação.
- Fazer um levantamento da necessidade de UTI/UCI nas unidades Sarah que realizam neurocirurgias.
- Informar, a partir de 2016, o número de pessoas atendidas pelas unidades da Rede Sarah.

- Fazer um dimensionamento do número de pacientes que não possuem cadeira de rodas.
- Informar as estratégias implantadas pelas unidades da Rede Sarah para o atendimento das crianças com microcefalia.
- Desenvolver curso de capacitação relativo à Síndrome de Guillain-Barré.

A Comissão de Acompanhamento e Avaliação também confronta os dados apresentados pela Rede SARAH e os dados encontrados no DATASUS, concluindo pela necessidade de melhor alinhamento das bases de dados para viabilizar a análise das metas com exatidão, o que continuará a ser objeto de trabalho da Comissão para 2016.

Quadro LXVIII - Identificação da Ação 6148 - Assistência Médica Qualificada e Gratuita a Todos os Níveis da População e Desenvolvimento de Atividades Educacionais e de Pesquisa no Campo da Saúde - Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais

Identificação da Ação						
Código		Tipo: Atividade				
Título		6148 - Assistência Médica Qualificada e Gratuita a Todos os Níveis da População e Desenvolvimento de Atividades Educacionais e de Pesquisa no Campo da Saúde - Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais.				
Objetivo		Código: 0713 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.				
Programa		Código: 2015 – Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)				
Unidade Orçamentária		Tipo: Temático				
Ação Prioritária		36901 - Fundo Nacional de Saúde				
		() Sim () Não aso positivo: ()PAC () Brasil sem Miséria				
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
948.000.000	948.000.000	948.000.000	948.000.000	948.000.000	0	0
Execução Física						
Descrição da meta		Unidade de medida	Montante			
			Previsto	Reprogramado	Realizado	
Procedimento realizado		Unidade	1.798.407		1.529.498	
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada	
24.557.235	24.457.235	0				

Em 2016, na ação 6148 - Assistência Médica Qualificada e Gratuita a Todos os Níveis da População e Desenvolvimento de Atividades Educacionais e de Pesquisa no Campo da Saúde - Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais teve uma dotação final de R\$ 948.000.000, cuja despesa empenhada foi de R\$ 948.000.000, representando 100% do total disponibilizado.

A meta física da Ação Orçamentária 6148 programada para 2016 foi de 1.798.407 atendimentos a pacientes, cabe informar que a Rede Sarah realizou 1.529.498 atendimentos a pacientes, atingindo 85,05% da meta programada.

Emenda Individual

Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
0	34.569.138	28.289.871	28.031.120	28.031.120	0	258.751

Ainda, nesta ação orçamentária houve repasses por meio de emenda individual, com dotação final de R\$ 34.569.138 e cuja despesa empenhada foi de R\$ 28.289.871, representando 81,83% do total disponibilizado.

Emenda de Bancada

Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
0	20.307.296	20.000.000	0	0	0	20.000.000

Ainda, nesta ação orçamentária houve repasses através de emenda de bancada, com dotação final de R\$ 20.307.296 e cuja despesa empenhada foi de R\$ 20.000.000, representando 98,48% do total disponibilizado.

Desafios para 2017

- Acompanhamento da Execução do Plano de Trabalho da Rede Sarah para 2017, de acordo com as metas pactuadas no Contrato de Gestão em 18/12/2015.

4.3.2 PROGRAMA: 2069 - SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

4.3.2.1 OBJETIVO: 1109 - Promover o consumo de alimentos adequados e saudáveis e controlar e prevenir as doenças decorrentes da má alimentação.

4.3.2.2 POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Quadro LXIX - Identificação da Ação: 20QH – Implementação da Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde

Identificação da Ação						
Código		Tipo: Atividade				
Título		20QH - Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde				
Objetivo		Código: 1109 – Promover o consumo de alimentos adequados e saudáveis e controlar e prevenir as doenças decorrentes da má alimentação				
Programa		Código: 2069 - Segurança Alimentar e Nutricional			Tipo: Temático	
Unidade Orçamentária		36901 - Fundo Nacional de Saúde				
Ação Prioritária		() Sim ()Não Caso positivo: ()PAC () Brasil sem Miséria				
Lei Orçamentária 2016						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2016	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
42.700.000	42.700.000	28.753.100	18.896.000	18.896.000	0	9.857.100
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Unidade federativa apoiada			Unidade	395		1.205

Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores					
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas		
Valor em 1/1/2016	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada
326.120,19	4.727,00	321.393,19			

Em 2016, a ação 20QH - Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde teve uma dotação final de **R\$ 42.700.000**, cuja despesa empenhada foi de **R\$ 28.753.100**, representando **67,34%** do total disponibilizado.

Com vistas a ampliar o número de municípios contemplados com o incentivo para Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN), que visa apoiar a efetivação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição nos estados e municípios, foi proposta uma nova Portaria abrangendo os municípios que possuem população entre 30.000 e 149.999 habitantes para pagamento em 2016. Contudo, devido aos processos inerentes à aprovação e publicação de instrumentos normativos, a referida Portaria foi publicada em janeiro de 2017, onerando o orçamento do presente exercício.

Destaca-se que o valor da Portaria e sua execução orçamentária referente ao exercício de 2016 corresponderia a R\$ 12.206.000,00, esse fato impactou diretamente e contribuiu de maneira significativa para a baixa execução orçamentária.

Quanto ao descompasso entre a execução das metas físicas e financeiras, a meta física programada de 395 Unidades federativas apoiadas por meio dos recursos repassados para organização da atenção nutricional no SUS – Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição/FAN (204 municípios e 26 estados) e 212 municípios participantes da Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil. No decorrer do ano, optou-se por avaliar a meta física para representar os entes federativos apoiados com os recursos do FAN (206 – houve acréscimo de dois municípios), como também os entes apoiados com recursos para a estruturação da vigilância alimentar e nutricional (999 municípios). Assim, foram apoiados 1.205 entes federativos no período de janeiro a dezembro de 2016, o que representa 305,06% da meta física estabelecida.

No tocante ao elevado valor de Restos a Pagar não Processados o orçamento empenhado da ação 20QH - Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde foi de R\$ 28,75 milhões, desse total foi inscrito em restos a pagar não processados o valor de R\$ 9,86 milhões, o equivalente a 34% do valor empenhado.

Os valores inscritos em restos a pagar, em sua maioria, são referentes ao empenho para atendimento à Portaria de Vigilância Alimentar e Nutricional, Portaria nº 3.437/GM/MS, de 29/12/2016, que habilita os municípios a receberem recursos financeiros para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional por meio da compra de equipamentos antropométricos adequados.

Tendo em vista que a portaria foi publicada no dia 29 de dezembro, a nota de empenho foi emitida no dia 31/12/2016, não havendo tempo hábil para o pagamento no mesmo exercício. Assim, o montante de R\$ 9,40 milhões ficou inscrito em restos a pagar não processados.

O restante de R\$ 460 mil dos restos a pagar não processados inscritos é referente a casos pontuais, a saber:

1) Portaria de Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição - Portaria nº 1.060/GM/MS, de 24/05/2016, que autoriza a transferência do incentivo financeiro de custeio para a estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. (O pagamento desta portaria para os estados ocorreu dia 01/11/2016 e o pagamento para os municípios ocorreu dia 14/10/2016. Porém, devido a erro na publicação da portaria, que considerou o recurso estabelecido ao Distrito Federal como municipal, não foi realizado o pagamento no valor de R\$ 100 mil ao DF (2016.NE.257001.00001.464946). Tal problema de pagamento foi solucionado com a

inclusão dos recursos correspondentes ao DF na Portaria nº 55/GM/MS, de 06/01/2017. A NE2016464946 será cancelada no SIAFI e será providenciada a retificação da PT 1.060/2016 com a exclusão do DF.

2) Portaria de Vigilância Alimentar e Nutricional - Portaria nº 1.056/GM/MS, de 24/05/2016, que habilita os Municípios que receberão recursos financeiros para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional por meio da compra de equipamentos antropométricos adequados. A Portaria estabeleceu um recurso de R\$ 9,2 milhões. Foi pago o valor de R\$ 9,14 milhões, ficando apenas o valor de R\$ 58,5 mil referente ao Estado da Bahia que não foi paga na sua totalidade e foi inscrita em RP.

3) Convênio com a Universidade Estadual do Rio de Janeiro - Convênio UERJ – devido aos trâmites internos para formalização do instrumento não foi possível efetuar o pagamento da primeira parcela em 2016. Dessa forma, o valor de R\$ 200 mil inscrito em restos em pagar será pago em 2017 juntamente com a segunda parcela a ser empenhada e paga no exercício de 2017

4) CNPQ/FNS/MS TED 65/2016 - Por meio de uma parceria da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição – CGAN/DAB/SAS/MS com o Departamento de Ciência e Tecnologia – DECIT/SCTIE/MS, foi feita descentralização para o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq no valor de R\$ 99,6 mil no exercício financeiro de 2016. Este valor estava previsto para o Apoio na nova execução do Bloco de Consumo Alimentar Pessoal (POF7) na Pesquisa de Orçamentos Familiares, permitindo a atualização, pela terceira vez, do estudo “Análise da disponibilidade domiciliar de Alimentos no Brasil

Em 2016 houve também a necessidade de alteração do GND, com remanejamento dos créditos de custeio para capital, no valor de R\$ 9.400.000, com vistas a realização de repasse de recursos aos municípios para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional, por meio da compra de equipamentos antropométricos adequados, conforme critérios e diretrizes constantes na Portaria nº 2.975/GM/MS, de 14 de dezembro de 2011. Com a alteração, foi possível contemplar 3.133 Unidades Básicas de Saúde (pertencentes a 666 municípios) com o repasse, autorizado pela Portaria nº 3.437, de 29 de dezembro de 2016.

A implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) demanda iniciativas de caráter intrasetorial e intersetorial. No rol de ações realizadas no âmbito dessa ação orçamentária, destacam-se o repasse de recursos financeiros com vistas ao apoio à gestão da PNAN, apoio para realização da vigilância alimentar e nutricional, ações de promoção da alimentação adequada e saudável e de reformulação de alimentos e, por fim, o acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.

Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN)

O recurso para Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN) visa apoiar a efetivação da PNAN nos estados e municípios com mais de 150 mil habitantes, considerando sua natureza transversal às demais políticas públicas. Caracteriza-se por recurso de custeio, parte do Bloco de Financiamento de Gestão do SUS, no seu componente para implantação de ações e serviços de saúde, com periodicidade de repasse anual.

São elegíveis para o recebimento do recurso de custeio das ações de alimentação e nutrição todos os estados do Brasil e os municípios que apresentam população acima de 150 mil habitantes. Em 2016, a definição dos municípios teve como referência os dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2012, conforme critérios definidos e pactuados pela Portaria nº 1.738/GM/MS, de 19 de agosto de 2013. Os valores do repasse do FAN foram definidos pela Portaria nº 1.060/GM/MS, de 24 de maio de 2016. Neste exercício, o valor total foi de R\$ 9.755.000, sendo R\$ 3.100.000 para os estados e R\$ 5.596.000 para os municípios.

Com vistas a ampliar o número de municípios contemplados com o incentivo, foi proposta uma nova portaria abrangendo os municípios que possuem população entre 30.000 e 149.999 habitantes para pagamento em 2016. Contudo, a Portaria foi publicada em janeiro de 2017, onerando o exercício 2017 como dívida do ano anterior. O impacto orçamentário foi de R\$ 12.206.000, sendo R\$ 12.096.000 para 942 municípios e R\$ 110.000 para o Distrito Federal.

Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)

Todas as informações acerca da avaliação antropométrica e do consumo alimentar da população atendida na Atenção Básica compõem a base de dados do Sisvan Web, que contempla os dados antropométricos inseridos no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde e também dados nutricionais e de alimentação registrados via e-SUS AB. Considerando a necessidade de compilar os dados provenientes dos diferentes sistemas, a cobertura do Sisvan para o ano de 2016 foi disponibilizada a partir de março de 2016. No momento, os dados de cobertura do estado nutricional consolidados referem-se ao ano de 2015, sendo igual a 11,1%.

Na perspectiva ampliada da VAN, destaca-se a atuação técnica no fomento a pesquisas relacionadas à alimentação e nutrição e a destinação de recursos para apoiar o custeio de inquéritos e pesquisas. Em 2016, foi realizada a descentralização de R\$ 100.000 para o Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS), que coordena todo o processo de editais de pesquisa, para custear a análise dos dados de consumo alimentar coletados na próxima edição da Pesquisa de Orçamentos Familiares.

Além disso, com vistas a ampliar e qualificar as ações de VAN e promover condições adequadas para o diagnóstico nutricional como parte do cuidado integral à saúde, o Ministério da Saúde instituiu em 2011 um incentivo financeiro para aquisição de equipamentos antropométricos pelos municípios por meio da Portaria nº 2.975, de 14 de dezembro de 2011. Em 2016, foram publicadas as Portarias nº 1.056/2016 e 3.437/2016 com a finalidade de repasse de recursos no valor total de 18.598,500 para a estruturação da VAN, desse total foram repassados \$ 9.199.500, o restante será repassado em 2017.

Do valor publicado em Portaria R\$ 17.838.000 foi destinado para a contemplação de 5.946 UBS, de 1.239 municípios com equipes de atenção básica com adesão ao PMAQ-AB homologada;

Para o Programa Academia da Saúde foi destinado o valor de R\$ 760.500 que contemplou 394 municípios, os quais contam com 507 polos do Programa Academia da Saúde habilitados para recebimento de incentivo de custeio das ações do Programa.

Enfrentamento da obesidade e promoção da alimentação adequada e saudável

Meta PPA M03 - Deter o crescimento da obesidade na população adulta, por meio de ações articuladas no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN).

Meta PPA M01 - Reduzir o consumo regular de refrigerante e suco artificial de 20,8% para 14% da população, por meio de ações articuladas no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN).

Meta PPA M02 - Ampliar de 36,5% para 43% o percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças regularmente, por meio de ações articuladas no âmbito da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN).

Iniciativa PPA I14 - Implantação das Linhas de Cuidado de sobrepeso e obesidade em pelo menos 70% dos estados e Distrito Federal.

Iniciativa PPA I01 - Implementar as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira, reforçando o consumo de alimentos regionais e as práticas produtivas sustentáveis que respeitem a biodiversidade.

Ao longo do ano de 2016, foram realizadas articulações com diferentes órgãos e entidades, tendo em vista o caráter multifatorial da obesidade e a necessidade de implementação de ações por vários setores para o enfrentamento dessa condição. As discussões foram realizadas especialmente no âmbito do Comitê Técnico de Prevenção e Controle da Obesidade da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) e junto ao Ministério da Fazenda. Os debates centraram-se em três principais eixos: i) taxação de alimentos não saudáveis, sobretudo bebidas açucaradas, como estratégia para diminuição em seu consumo; ii) rotulagem de alimentos; iii) regulação de publicidade de alimentos ultraprocessados.

Publicada em 26 de outubro de 2016, a Portaria SEGRT/MP nº 7 instituiu as "Diretrizes de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável nos Ambientes de Trabalho no Serviço Público Federal". O documento foi assinado pelo Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão e contou com o apoio técnico do Ministério da Saúde e de outros órgãos federais. O documento delimita diretrizes de promoção da alimentação adequada e saudável nos ambientes de trabalho, que deverão ser desenvolvidas junto aos trabalhadores da administração pública, contribuindo para a redução dos agravos relacionados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e dos seus fatores de risco, especialmente sobrepeso e obesidade e alimentação inadequada.

Foram elaborados em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) materiais educativos para apoiar ações coletivas para promoção da alimentação adequada e saudável na atenção básica, com ênfase nas orientações do Guia Alimentar para a População Brasileira. Os documentos são: "Na Cozinha com as Frutas, Legumes e Verduras"; "Instrutivo: Metodologias de trabalho em grupo das ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica"; "Desmistificando dúvida sobre alimentação e nutrição – Material de apoio para profissionais de saúde"; "Folders Promoção da Alimentação Adequada e Saudável". Os materiais foram construídos por meio de uma Carta Acordo no valor de R\$ 130.000 firmada com a UFMG em 2013. Foram impressos 1.000 exemplares de cada material, que estão sendo distribuídos para as áreas técnicas de alimentação e nutrição de todos os estados, para que estas possam utilizá-los nos processos de formação e educação permanente dos municípios.

Foi elaborado, ainda, o Plano de Ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) para ambientes institucionais, com vistas a transformar ambientes de trabalho, escola, hospitais, bem como o próprio Ministério da Saúde, em ambientes que favoreçam a adoção de práticas alimentares mais saudáveis. Nesse âmbito, foi publicada a Portaria nº 1.274 de 07 de julho de 2016, que dispõe sobre as ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável nos Ambientes de Trabalho no âmbito do Ministério da Saúde e entidades vinculadas. Além disso, houve a participação na construção do "Guia para a elaboração de refeições saudáveis em eventos", desenvolvido no âmbito da CAISAN, que visa contribuir com a melhoria da qualidade das refeições fornecidas em eventos realizados por órgãos públicos.

No âmbito da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade, há uma atuação junto a outras áreas técnicas da SAS para qualificação do cuidado dessas condições na Rede de Atenção à Saúde. O financiamento da organização das ações e serviços de promoção da saúde, prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Básica é realizado por meio do Piso de Atenção Básica, do Piso de Vigilância e Promoção da Saúde,

do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), do Programa Academia da Saúde, do Programa Saúde na Escola (PSE), dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e do apoio para a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional.

Os recursos orçamentários decorrentes da habilitação de hospitais para realização de cirurgia bariátrica são oriundos do orçamento da Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade. Dessa forma, não há orçamento específico para a implementação dessas linhas de cuidado.

Foram publicadas cinco Portarias para aprovação de Linhas de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade no Sistema Único de Saúde: a Portaria nº 730, de 13 de abril de 2016, que aprova a Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade da Região de Saúde de São Luís e da outras providências; a Portaria nº 2055, de 18 de outubro de 2016, que Aprova a Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade de regiões ampliadas de saúde no Estado de Minas Gerais; as Portarias nº 2.133 e nº 2.110, de 24 de outubro de 2016, que aprovam três Linhas do estado de São Paulo (RRAS 7, 12 e 13); a Portaria nº 3.112, de 28 de dezembro de 2016, que aprova a Linha de Cuidado de Baixo Acre e Purus e a Portaria nº 3.274, de 29 de dezembro de 2016, que aprova a Linha de Cuidado da macrorregião Serra do estado do Rio Grande do Sul. No total, cinco estados têm Linhas de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade aprovadas e publicadas pelo MS, correspondendo a 20% do total de estados brasileiros.

No final de 2016, foi firmado convênio com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UFRJ), no valor de R\$ 2.171.114, com objetivo de apoiar as atividades de revisão Guia Alimentar para crianças menores de dois anos e as atividades de mobilização da rede de educação para realização de ações de educação alimentar e nutricional nas escolas. O convênio contribuirá com a qualificação e expansão das ações de promoção da alimentação adequada e saudável para crianças e jovens no país.

Estratégias para redução do teor de sódio e de açúcar em alimentos processados e ultraprocessados

***Iniciativa PPA I14** - Estabelecimento de pacto para redução de açúcar em produtos das categorias prioritárias.*

***Iniciativa PPA I15** - Pactuação e monitoramento das metas de redução de sódio em alimentos processados no Brasil.*

O Plano Nacional de Redução do Sódio em Alimentos Processados compõe o Plano de Redução do Consumo de Sal pela População Brasileira e traz que a redução do teor de sódio em alimentos processados deverá ocorrer de maneira gradual, voluntária e por meio de metas bianuais, e se aplica a todos os produtos de cada categoria de alimento, considerando o desenvolvimento de novas tecnologias, formulações e a adaptação do paladar dos consumidores.

O plano inclui acordos voluntários entre o Ministério da Saúde e Associação Brasileira das Indústrias da Alimentação (Abia), sendo realizados, até o momento, quatro Termos de Compromisso, em que se estabelecem os primeiros limites máximos para o teor de sódio em diferentes categorias de alimentos, além de ter sido assinado um termo à parte que trata do sistema de monitoramento do cumprimento das metas de redução do sódio nos produtos, feito a partir do levantamento da rotulagem nutricional dos produtos e da análise laboratorial dos alimentos, cuja responsabilidade desse último é da Anvisa.

Em 2016, realizou-se o lançamento do monitoramento do terceiro Termo de Compromisso referente às categorias: derivados de cereais, margarinas, caldos e temperos. Ao todo, foram avaliados 163 produtos e os resultados indicaram que 94,5% das 22 empresas atingiram a meta, segundo análise da rotulagem nutricional dos produtos. Nas três etapas do

acordo, mais de 14 mil toneladas de sódio foram retiradas dos alimentos. Foi pactuada a revisão das metas do primeiro Termo de Compromisso com as indústrias, no entanto, o documento ainda está em tramitação para assinatura no Ministério da Saúde.

Na agenda para redução do açúcar em alimentos, foram realizadas discussões com outros órgãos e instituições, como Ministério da Agricultura, Anvisa, Universidades, setor produtivo, Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC), Proteste, a fim de estabelecer uma linha de base para definição das metas de redução e metodologia de análise laboratorial a ser realizada para identificação do teor de açúcar nas diferentes categorias de alimentos.

Programa Bolsa Família na Saúde: Acompanhamento das Condicionalidades

Meta M01 - Acompanhar na Atenção Básica pelo menos 73% de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com as condicionalidades de saúde.

Iniciativa I02 - Acompanhamento na Atenção Básica pelo menos 73% de famílias indígenas e quilombolas beneficiárias do Programa Bolsa Família por meio das condicionalidades de saúde.

Iniciativa I03 - Registro, por meio das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF), dados nutricionais de pelo menos 80% de crianças indígenas e quilombolas menores de 7 anos beneficiárias do PBF.

O acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família traduz-se na contribuição do SUS para a agenda de eliminação da extrema pobreza no país, para superação das desigualdades e na promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde não possui previsão orçamentária específica no orçamento, cabendo ao MDS a gestão orçamentária do PBF, contudo, com o intuito de apoiar estados e municípios na gestão do acompanhamento das condicionalidades de saúde, a SAS desenvolve projetos de apoio à formação e capacitação de profissionais de saúde da Atenção Básica.

Os últimos dados consolidados do acompanhamento das condicionalidades de saúde, são referentes à 1ª vigência de 2016 (fechamento em agosto). Foram acompanhadas 8.480.299 (72,5%) famílias perfil saúde, 5.256.289 crianças (69,87%), das quais 98,85% estavam com o calendário vacinal em dia e 81,62% tiveram dados nutricionais coletados. Foram localizadas 371.350 gestantes, representando 76,69% do número estimado de gestantes no Brasil para o ano de 2016 (484.182). Dentre as gestantes localizadas, 99,63% estavam com o pré-natal em dia e 93,43% tiveram dados nutricionais coletados.

No mesmo período foram acompanhadas 74.311 (75,2%) famílias indígenas e 70.495 (79,53%) famílias quilombolas. Em relação ao público infantil indígena, 74,3% das crianças foram acompanhadas, sendo que 92,9% tiveram dados nutricionais coletados. Quanto às famílias quilombolas, 77,1% das crianças foram acompanhadas, das quais 89,8% tiveram dados nutricionais coletados.

A segunda vigência de 2016 se encerrou no dia 31 de dezembro de 2016, contudo os municípios puderam realizar o registro no sistema até o dia 27 de janeiro de 2017. O resultado final da 2ª vigência de 2016 aponta cobertura de acompanhamento de 73,02%, o que representa 8.588.261 famílias acompanhadas de um total de 11.761.008 famílias perfil saúde. Nesta vigência foram localizadas aproximadamente 377.858 gestantes, 78,04% da estimativa (484.182).

Por fim, é desenvolvido junto ao Datasus o curso de EAD do Programa Bolsa Família na Saúde (Plataforma Universus), destinado aos profissionais que atuam nos municípios e estados na execução de ações de monitoramento e acompanhamento das famílias

beneficiárias do programa. Em 2016, foram ofertadas 6 turmas, com um total de 1.162 alunos inscritos. Destes, 53 realizaram a avaliação final (os demais desistiram antes da avaliação), representando 60,7%, sendo 511 aprovados (82,7%).

Desafios, Estratégias de Superação e Perspectivas para 2017

Identifica-se como prioridades para 2017 avançar nas seguintes frentes: fortalecer o apoio e melhorar a comunicação com os estados e municípios; garantir a realização da Pesquisa de Orçamentos Familiares, na qual existe um módulo de consumo alimentar e antropometria; lançar, em parceria com o DCIT, os editais de pesquisa junto ao CNPq; integração entre o e-SUS AB e o Sistema de Vigilância Alimentar e nutricional (Sisvan); garantir e ampliar o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família; retomar a Estratégia NutriSUS, garantindo a suplementação das crianças; expandir e implementar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; promover ações voltadas ao enfrentamento da obesidade infantil; fortalecer a agenda de promoção da saúde no SUS.

4.3.3 PROGRAMA: 2115 - DE GESTÃO E MANUTENÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

4.3.3.1 OBJETIVO - Não Tem

QUADRO LXX AÇÃO 20YQ - Apoio Institucional para Aprimoramento do SUS

Identificação da Ação						
Código		Tipo: Atividade				
Título		20YQ - Apoio Institucional para Aprimoramento do SUS				
Iniciativa						
Objetivo		Código:				
Programa		Código: 2115 - Programa de Gestão e Manutenção do Ministério da Saúde				
Unidade Orçamentária		Tipo: Gestão e Manutenção				
		36901 - Fundo Nacional de Saúde				
Ação Prioritária		() Sim ()Não Caso positivo: ()PAC () Brasil sem Miséria				
Lei Orçamentária 2014						
Execução Orçamentária e Financeira						
Dotação		Despesa			Restos a Pagar inscritos 2015	
Inicial	Final	Empenhada	Liquidada	Paga	Processados	Não Processados
50.000.000	37.700.000	27.062.359	25.452.115	25.452.115	-	1.610.244
Execução Física						
Descrição da meta			Unidade de medida	Montante		
				Previsto	Reprogramado	Realizado
Restos a Pagar Não processados - Exercícios Anteriores						
Execução Orçamentária e Financeira			Execução Física - Metas			
Valor em 1/1/2013	Valor Liquidado	Valor Cancelado	Descrição da Meta	Unidade de medida	Realizada	

A ação 20YQ - Apoio Institucional para Aprimoramento do SUS, tem como objetivo a instituição e aprimoramento de sistemáticas para atuação institucional, a partir do nível central de gestão do SUS, que contribuam para o aprimoramento da rede e ampliação do acesso aos serviços de saúde, viabilizem o fortalecimento da gestão do trabalho e da educação na saúde, auxiliem a redução de riscos e agravos à saúde da população - por meio de ações de

promoção e vigilância em saúde - e promova melhorias no processo de gestão da assistência farmacêutica.

Dotada de vários Planos Orçamentários (PO), é uma ação transversal a várias Secretarias do Ministério da Saúde cuja unidade responsável é a Secretaria Executiva. O PO de responsabilidade da SAS é o 0001 - Suporte Institucional para Aprimoramento da Rede e Promoção do Acesso aos Serviços de Saúde, que visa estabelecer mecanismos de cooperação técnica com estados, municípios e demais entidades vinculadas ao SUS, para prover análise, apoio e supervisão no sentido de assegurar o desenvolvimento de projetos alinhados às políticas definidas pelo Ministério da Saúde. Por outro lado, promove intervenções institucionais, a partir do nível central de gestão do SUS, que contribuem para o aprimoramento da rede e ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Neste PO 0001 da ação 20YQ, houve uma dotação final de R\$ 37.700.000,00, para o custeio do deslocamento de servidores e colaboradores eventuais foram empenhados R\$ 2.459.275,94 (Dois milhões quatrocentos e cinquenta e nove mil, duzentos e setenta e cinco reais e noventa e quatro centavos) referente a despesas com Diárias e Passagens.

Para as despesas com Serviços de Terceiro Pessoa Jurídica foram empenhados R\$ 23.957.711,88 (Vinte e três milhões novecentos e cinquenta e sete mil setecentos e onze reais e oitenta e oito centavos) que correspondem a 63,54% do total disponibilizado para o exercício. Desse montante foram liquidados e pagos R\$ 22.735.863,97 (Vinte e dois milhões setecentos e trinta e cinco mil oitocentos e sessenta e três reais e noventa e sete centavos), e foram inscritos em Restos a Pagar R\$ 1.221.847,91 (Um milhão duzentos e vinte e um mil oitocentos e quarenta e sete reais e noventa e um centavos).

4.3.4 Fatores intervenientes no desempenho orçamentário

O ano de 2016 foi marcado por desafios no campo da política institucional e por dificuldades no campo da economia, trazendo desafios para a consecução das políticas, dos programas e das ações da SAS.

A situação político institucional do País levou a alterações nos quadros de dirigentes do Poder Executivo em geral e do Ministério da Saúde em particular. As mudanças de comando alcançaram desde a Presidência da República, passando pelo próprio Ministério e chegando às diretorias, às coordenações e às chefias de áreas. Essas mudanças impuseram a necessidade de revisões de estratégias e de escopo. Cabe destacar que, não obstante às mudanças nos quadros de dirigentes, o corpo técnico da SAS garantiu significativa estabilidade às suas atividades.

Tais desafios e dificuldades ocasionaram mudanças táticas e estratégicas que visaram garantir a manutenção e a consolidação das políticas, dos programas e das ações de saúde em curso. No mesmo sentido, impulsionou revisão do modus operandi da gestão do Ministério da Saúde, com vistas a racionalizar gastos e processos, bem como impulsionar medidas que buscassem um melhor controle mediante a adoção de instrumentos e de sistemas informatizados.

Do ponto de vista econômico, o crescimento foi aquém do desejado e do necessário para a expansão de políticas, programas e ações de saúde. As dificuldades econômicas, evidentemente, levaram impactos ao campo da execução orçamentária. As prioridades foram no sentido de garantir o funcionamento dos serviços de saúde e de outras entregas diretas para a população e de honrar compromissos assumidos com os níveis subnacionais de gestão SUS e com seus fornecedores de bens e serviços.

Assim, houve a necessidade de se diminuir o ritmo da expansão das políticas, dos programas e das ações de saúde. As dotações orçamentárias disponíveis em Lei, em muitos casos, foram aquém do demandado pelas áreas técnicas da SAS e não foram suficientes para a

expansão planejada no Plano Plurianual em vigor. Nesse sentido, o crescimento econômico menor que o esperado impactou a capacidade dos níveis estaduais e municipais do SUS de alocarem recursos de contrapartida nas induções promovidas pela SAS, já que o SUS tem seu funcionamento garantido de modo tripartite pela União, pelos estados, Distrito Federal e municípios. Mesmo assim, como pode ser visto no presente Relatório, houve significativa expansão da oferta de novos serviços à população.

É sabido que os recursos orçamentários do SUS, para além de garantir serviços e entregas à sociedade, mantém todo um complexo econômico que envolve milhões de postos de trabalho diretos, além de uma cadeia produtiva de insumos, produtos e serviços. Ao tempo em que o SUS busca garantir direitos sociais e constitucionais à saúde, gera renda e emprego em capacidades instaladas e em instalação em amplas cadeias produtivas.

Mesmo com todas as dificuldades, pode-se observar que, no âmbito da Lei Orçamentária de 2016, A SAS **teve uma dotação final de R\$ 63.036.599.748,00**, cuja despesa **total** empenhada foi de R\$ **62.345.527.452,00**, representando a realização de **98,90%** do total disponibilizado. Esse volume de recursos desdobra-se em 41 ações orçamentárias sob sua responsabilidade.

Na linha do exposto até aqui, procurou-se, por exemplo, focar na garantia da participação da União, no tempo e volumes adequados, aos serviços da atenção básica e da atenção especializada, notadamente no Piso de Atenção Básica (variável e fixo – Ações 20AD e 8577) e na média e alta complexidades (sobretudo na ação 8585). Ressalta-se que essas ações representam 88% do orçamento total aprovado pelo Congresso Nacional.

Dadas às dificuldades das principais condicionalidades externas, políticas e econômicas, mostraram-se frutíferas as ações que objetivaram a garantia do fluxo permanente e fundo a fundo de recursos necessários ao funcionamento dos serviços de atenção à saúde, quer sejam os de atenção básica quer sejam de média e de alta complexidades, nos estados, nos municípios e no Distrito Federal.

4.3.5 Execuções descentralizada com transferência de recursos (não se aplica)

Não se aplica a unidade prestadora de contas

4.3.5.1 Informações sobre a estrutura de pessoal para análise das prestações de contas (não se aplica)

Não se aplica a unidade prestadora de contas

4.3.6 Informações sobre a execução das despesas (não se aplica)

Não se aplica a unidade prestadora de contas

4.3.7 Suprimentos de fundos, contas bancárias tipo B e cartões de pagamento do governo federal

Quadro LXXIII- Despesas realizadas por meio da conta tipo “b” e por meio do cartão de crédito corporativo (série histórica)

Suprimento de Fundos						
Exercícios	Conta Tipo “B”		Saque		Fatura	
	Quantidade	(a) Valor	Quantidade	(b) Valor	Quantidade	(c) Valor
2016					04	3.000,00
						3.000,00

2015					03	3.500,00	3.500,00
2014					02	7.000,00	7.000,00

Fonte: SIAFI Operacional – balancete da SAS

4.4 Apresentação e análise de indicadores de desempenho (não se aplica)

Todos os Departamentos da SAS possuem rotinas e fluxos de processo de trabalho pactuados internamente em suas coordenações que são compartilhados em espaços de participação colegiados, com as demais áreas da SAS e com outros setores do MS. Esses processos visam monitorar o desempenho das atividades-meio.

Com o objetivo de avançar o processo de qualificação das rotinas e fluxos de trabalho dos departamentos, está em desenvolvimento a discussão e validação com as áreas os indicadores processuais / operacionais.

4.4.1 Indicadores específicos monitorados no PPA 2016-2019

Indicadores específicos monitorados no PPA 2016-2019

1 - Proporção de partos normais

Objetivo: 0713 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.

Fórmula de Cálculo: Número de parto normal SUS, por local de ocorrência x 100/Número total de partos SUS

Unidade de Medida: %

Data de Apuração PPA: 13/07/2015

Índice de Referência PPA: 58%

Resultado do Indicador

2016: Índice apurado - 60%

Data apuração 31/12/2015

Unidade Responsável: SAS

Fonte (Sistema): SIH

Usos: Analisar variações geográficas e temporais na distribuição proporcional dos partos normais realizados no SUS, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

- Contribuir na análise das condições de acesso e qualidade da assistência ao parto, no contexto atenção humanizada ao parto e nascimento.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a atenção à saúde da mulher e da criança.

Limitações: A ação não está inteiramente sob governabilidade do Ministério da Saúde. Pode haver influência de fatores culturais, infra-estrutura, recursos humanos na decisão de realizar o parto normal; para que a informação seja fidedigna é necessário que, desde o registro até a disseminação das informações, as mesmas tenham qualidade.

2 - Cobertura das equipes de saúde da família

Objetivo: 0713 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.

Fórmula de Cálculo: Número de equipes de saúde da família (SCNES) x 3.450/ População estimada IBGE no ano anterior.

Unidade de Medida: %

Data de Apuração do índice PPA: 31/12/2015

Índice PPA: 60,95%

Resultado do Indicador

2016: Índice apurado: 62.63%

Data de apuração 31/12/2016

Unidade Responsável: SAS

Fonte: Número de equipes: SCNES/População: estimativa realizada pelo IBGE

Departamento: DAB/SAS

Usos: Contribuir para a adequação do número de equipes ESF em relação ao total da população; subsidiar processos de planejamento, execução, monitoramento e avaliação da Política Nacional da Atenção Básica.

Limitações: Observar os fatores que restringem a interpretação do indicador, referentes tanto ao próprio conceito, quanto às fontes utilizadas.

3 - Cobertura das equipes de saúde bucal

Objetivo: 0713 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.

Fórmula de Cálculo: Número de equipes de saúde bucal (SCNES) x 3.450 / População estimada IBGE no ano anterior

Unidade de Medida: %

Data de apuração do índice PPA: 31/12/2015

Índice PPA: 40,33

Resultado do Indicador

2016: Índice Apurado: 40.30%

Data de apuração: 31/12/2016

Unidade Responsável: SAS

Fonte (Sistema): Número de equipes: SCNES -População: estimativa realizada pelo IBGE

Departamento DAB

Observação:

Usos: Contribuir para a adequação do número de equipes de saúde bucal em relação ao total da população; subsidiar processos de planejamento, execução, monitoramento e avaliação da Política Nacional de Saúde Bucal e da Política Nacional da Atenção Básica.

Limitações: Observar os fatores que restringem a interpretação do indicador, referentes tanto ao próprio conceito, quanto às fontes utilizadas.

4 - Cobertura do Programa Saúde na Escola

Objetivo: 0713 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.

Fórmula de Cálculo: Número de estudantes pactuados no PSE (com base no sistema de adesão - Portal do Gestor) sobre o número de estudantes matriculados em escolas públicas municipais e estaduais (com base no Censo Escolar do ano anterior - FNDE).

Unidade de Medida: %

Data de apuração do índice PPA: 31/12/2013

Índice PPA: 51,7%

Resultado do Indicador

2016: Índice apurado: 41,80%

Data de apuração: 31/12/2015

Unidade Responsável SAS

Fonte (Sistema): Base de dados ou sistemas informatizados ou instituições responsáveis pela produção dos dados utilizados no cálculo do indicado.

Departamento: DAB/SAS

Observação: Em 2015 nos foi solicitado a análise, observação e, caso necessário, as mudanças no indicador do programa saúde na escola para o próximo PPA.

Imediatamente começamos a discutir na equipe o que seria melhor: se escola ou aluno. Fizemos projeções estatísticas considerando a expansão das equipes de atenção básica e, neste espaço de tempo, sugerimos mudanças no PSE que apontaram a cobertura por aluno mais significativa que por escola, pois a adesão do PSE era por nível de ensino, ou seja, uma escola com 1000 alunos poderia escolher um determinado nível que contemplasse apenas 500 deles. Ou seja, a cobertura por escola não nos mostra a realidade do PSE, pois não representa a cobertura de 100% da escola. Para o próximo ciclo de adesão em 2016, esta opção não existirá e o município pactuará toda a escola, aumentando, assim, o número de alunos cobertos. Foi por essa mudança e pela meta proposta que optamos por mensurar via número de alunos. O método de cálculo para 41,8% é a quantidade de alunos pactuados na última adesão (2014/15) e quanto isto representa percentualmente no total de alunos matriculados no mesmo período na rede pública de educação básica.

Diante da inserção do indicador no PPA 2016/2019 com o método de cálculo igual ao que constava no PPA 2012/2015, faz-se necessário a alteração dessa informação e do índice de referência tão logo seja possível. Ressalta-se para a necessidade de inserir as informações com base no novo método de cálculo no PNS.

Usos: Indicador de cobertura que visa acompanhar a implantação do PSE nas escolas públicas da Educação Básica de todo o país.

Limitações: Não capta ações de processo do desenvolvimento das ações do PSE nas escolas; total externalidade na variação dos dados, pois depende do número de municípios que fazem adesão e da quantidade de escolas pactuadas por cada um deles.

5.Cobertura da Triagem Auditiva Neonatal

Objetivo: 1120 - Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Fórmula de Cálculo: Numerador: número de procedimentos registrados de Triagem Auditiva Neonatal em nascidos vivos subtraindo 6% desse total. Denominador: número de nascidos vivos subtraindo 25% dessa população. (x 100).

Unidade de Medida: %

Data de apuração do índice PPA: 31/12/2014

Índice PPA: 29%

Resultado do Indicador

2016: Índice apurado: 34 %

Data de apuração: 31/12/2016

Unidade Responsável SAS

Fonte (Sistema): SIA e SINASC.

Departamento: DAPES/SAS

Observação: Considera-se 94% do total de procedimentos devido ao percentual de realização do restante e a população alvo de 75% dos Nascidos Vivos que é a parcela da população SUS dependente.

Usos: Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações de saúde voltadas para a Triagem Auditiva Neonatal.

Limitações: Processo de aquisição dos equipamentos. A representatividade populacional do indicador pode estar comprometida nas áreas que apresentam insuficiente cobertura do sistema de informação sobre nascidos vivos.

6 - Taxa de prevalência de excesso de peso

Programa 2069 - Objetivo: 1109 - Promover o consumo de alimentos adequados e saudáveis e controlar e prevenir as doenças decorrentes da má alimentação.

Fórmula de Cálculo: Número de indivíduos adultos com excesso de peso dividido pelo número de indivíduos adultos residentes, multiplicado por 100 (excluídas mulheres grávidas, no numerador e denominador).

Unidade de Medida: %

Data de apuração do índice PPA: 31/12/2013

Índice PPA: 50,80% *

Resultado do Indicador:

2016: Índice apurado: 58,06%

Data de apuração 31/12/2016

Unidade Responsável SAS

Fonte (Sistema): Vigitel /SVS-MS

Departamento: DAB/SAS

Observação: No ano de 2013 foi realizada a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), que traz os dados populacionais mais recentes em relação à prevalência de excesso de peso na população adulta do Brasil. O valor que figura nesta versão (50,8%) era o dado mais recente em dezembro de 2013, quando a PNS ainda estava em campo, mas agora os dados da PNS 2013 estão disponíveis e por isso sugerimos que os índices de referência e o índice ao final sejam substituídos pelo valor atualizado: 58,5%. Como os inquéritos populacionais têm periodicidade quinquenal, em função de custos e de tempo necessário para planejamento e implementação, sugerimos, ainda, que para efeitos de monitoramento anual sejam utilizadas informações do Vigitel - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, que anualmente coleta informações autorreferidas de excesso de adultos nas capitais brasileiras.

Usos: O indicador é utilizado para acompanhar a evolução do percentual de brasileiros adultos com excesso de peso (IMC maior ou igual a 25), para monitorar a meta de conter o crescimento desta prevalência, presente no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas, quanto na pactuação com a Organização Mundial da Saúde para doenças crônicas não transmissíveis no país.

Limitações: As informações de 2008-09 (tendo como data de referência 01/01/2010) constituem dados populacionais, da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), do IBGE, de 2008-09 (inquérito de periodicidade quinquenal). Para os demais anos, os dados são oriundos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricionais (Sisvan), que representam os acompanhamentos nutricionais realizados na atenção básica à saúde e não a população brasileira como um todo.

7 - Proporção de estados com suficiência de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)

Objetivo: 1120 - Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Fórmula de Cálculo: Número de estados com suficiência de leitos*100/27 estados.
Método de Cálculo da Necessidade de Leitos: 75% nascidos vivos SINASC por estado(o último SINASC fechado) * 1000 / 2 leitos.

Unidade de Medida: %

Data de apuração do índice: 01/03/2015

Índice PPA: 37%

Resultado do Indicador

2016: Data de apuração: 31/12/2016 – Dado apurado: 41%

Unidade Responsável SAS

Fonte (Sistema): Relatórios CGHOSP de portarias publicadas em Diário Oficial da União. Número de leitos existentes no CNES.

Departamento DAB

Observação: Método de cálculo Custeio dos novos leitos de UTI neonatal (Portaria 1459 de 20 de junho 2011): nº de leitos novos x 800,00 (valor correspondente a 80% da diária de referência de R\$ 1.000,00 para 1 leito de UTIN) x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%). Quanto ao método de cálculo, a Portaria nº 930 de 10 de maio de 2012 (artigo 7º) propõe os seguintes parâmetros para o cálculo de necessidades: Leitos de UTIN - 2 leitos para cada 1000 nascidos vivos; Leitos de UCINco - 2 leitos para cada 1000 nascidos vivos, Leitos de UCINca - 1 leito para cada 1000 nascidos vivos. Para este cálculo considera-se no mínimo 75% dos nascidos vivos (população SUS dependente).

Usos: Melhoria do acesso e qualidade da assistência neonatal, redução da mortalidade infantil principalmente no componente neonatal.

Limitações: 1- Falta de Profissionais especializados (neonatologistas, pediatras) no país, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. 2- Divergência entre a normatização existente ANVISA x MS (Port. 930, RDC 50, RDC 7, Guia de Investimentos Rede Cegonha). 3- Morosidade dos gestores para encaminhar os processos de habilitação para o MS e nas respostas das diligências.

8 - Cobertura de serviços de reabilitação

Objetivo: 1120 - Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Fórmula de cálculo: Numerador: número de serviços de reabilitação habilitados pelo MS (Resultado da soma dos Centros Especializados em Reabilitação - CER - e das Oficinas Ortopédicas). Denominador: Total de Pessoas com deficiência SUS dependente (75% do total de pessoas com deficiência visual, auditiva e motora na categoria "não conseguem de modo algum" com base na população estimada do IBGE) X 10 mil

Unidade de Medida: %

Data de apuração do índice: 03/08/2015

Índice PPA: 1,25

Resultado do Indicador:

2016: Data de apuração: 31/12/2016 – Índice apurado: 1,84%

Unidade Responsável: SAS

Fonte (Sistema): CNES e IBGE

Departamento: DAPES/SAS

Observações: "Quem não consegue de modo algum" é uma categoria do IBGE, correspondente as pessoas que declararam no inquérito não conseguirem de modo algum desenvolver suas atividades em decorrência de uma ou mais modalidade de deficiência.

*Segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência da OMS (2011), não existem dados mundiais sobre a necessidade de serviços de reabilitação, tipo e qualidade dos serviços oferecidos, e estimativas das necessidades não satisfeitas.

* Utilizou-se como referência 10 mil pessoas para tornar os resultados obtidos no indicador o mais próximo possível do inteiro, a fim de evitar trabalhar com índices expressos por números decimais.

Usos: Subsidiar processos de planejamento, gestão, avaliação e implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio do acompanhamento da ampliação da oferta de serviços de reabilitação.

Limitações: *O número de pessoas com deficiência do Censo IBGE da categoria "não conseguem de modo algum" referem-se às pessoas com deficiência permanente. Os serviços de reabilitação possuem como público alvo também as pessoas com algum tipo de deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua.

*Os serviços de Oficina Ortopédica possuem como público alvo apenas as pessoas com deficiência física.

* Os dados do IBGE apresentam informação referentes a autodeclaração da pessoa com deficiência intelectual, porém não estratifica a partir do comprometimento funcional.

9 - Percentual de óbitos em menores de 15 anos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) - Indicador proposto pelo Congresso Nacional – sem indicação de Objetivo

Fórmula de cálculo: Numerador: Número de óbitos em menores de 15 anos internados com uso de Unidade de Terapia Intensiva em determinado local e período Denominador: Total de menores de 15 anos internados com uso de Unidade de Terapia Intensiva no mesmo local e período X 100

Unidade de Medida: Percentual

Data PPA: 31/12/2011

Índice: 13,5

Resultado do Indicador:

2016: Data de apuração: 31/12/2016– Índice apurado: 11%

Unidade Responsável: SAS

Fonte (Sistema): Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS. Tabulação dos dados por município de residência do usuário Tipo de AIH: UTI Tipo de UTI: Adulto, Pediátrica e Neonatal - tipologias I, II e III Campo SIH: óbito/internação.

Departamento: DAHU/SAS

Observação: Nenhuma

Usos: Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade das internações de menores de 15 anos de idade, com uso de UTI, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

Aponta a necessidade de estudos específicos da qualidade da atenção hospitalar nas unidades de terapia intensiva, neonatal e infantil. Subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação da atenção hospitalar nas unidades de terapia intensiva, neonatal e infantil.

Limitações:

1) Há internações de menores de 15 anos em UTI adulto que não são identificadas nas tipologias pediátrica e neonatal. Do total de 88.639 internações em menores de 15 anos em Unidade de Terapia Intensiva no final de 2015, apenas 2.457 são em UTI adulto, e 32.031 em UTI pediátrica e 54.151 em UTI Neonatal. Apesar do baixo percentual (2,8%) de internação na tipologia adulto é uma limitação que se deve considerar no monitoramento.

2) No levantamento dos dados de internação, no Sistema de Informação Hospitalar (SIH), identifica-se a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), não sendo possível identificar o número de pacientes que foram internados.

10 - Cobertura populacional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192

Objetivo: 1120 - Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Fórmula de Cálculo: Número total de pessoas residente nos Municípios com acesso ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) em determinado período e local/ pela população total da região de saúde e período multiplicado por 100.

Unidade de Medida: %

Data de apuração do índice do PPA: 01/06/2015

Índice: 75%

Resultado do Indicador

Data de apuração ano 2016: 31/12/2016 Índice apurado: 80,61%

Unidade Responsável: SAS

Fonte (Sistema): Utilização direta de dados do Banco de Dados Nacional da CGUE em formato ACCESS, expressando-se os resultados em números absolutos. A população adotada para cálculo do indicador está ajustada ao ano anterior da análise.

Departamento: DAHU

Observação:

Usos: Avaliar a política de implantação do SAMU 192 no território nacional.

Limitações: Não expressa atendimentos realizados pelo SAMU 192.

11 - Índice de transplantes de órgãos sólidos.

0713 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.

Fórmula de Cálculo: O índice utilizado representa a relação entre o número total de transplantes de órgãos sólidos realizados no ano (coração, fígado, rins, pâncreas e pulmão), dividido pela população nacional estimada pelo IBGE, multiplicado por 1.000.000.

Unidade de Medida: Índice de transplantes de órgãos sólidos realizados por milhão de população (pmp).

Data de apuração do índice do PPA: 31/12/2014

Índice PPA: 37,95

Resultado do Indicador

Data de apuração ano 2016: 31/12/2016 Índice apurado: 38,65

Unidade Responsável: SAS

Fonte (Sistema): As coordenações estaduais de transplantes (CET) coletam os dados e repassam para CGSNT por um formulário eletrônico (FORMSUS).

Departamento: DAET

Observação: Como a meta é aumentar em 4% ao ano o índice de transplantes de órgãos sólidos, em parte por milhão da população (pmp), e tendo como valor de referência 37,95 pmp no ano de 2014, espera-se atingir 46,17 pmp no ano de 2019. A tabela abaixo mostra a evolução, ano a ano, do índice de transplantes realizados, de 2014 a 2019. A metodologia de cálculo deste índice foi alterada em relação à usada até 2014, que passou a ser calculado considerando a população estimada pelo IBGE - antes era considerada a população censitária (último censo em 2010 - população 190.747.855).

Usos: Acompanhar a evolução da Política Nacional de Transplantes de Órgãos, Tecidos e Células. Analisar variações geográficas e temporais da distribuição dos transplantes realizados no Brasil. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para Política Nacional de Transplantes de Órgãos, Tecidos e Células.

Limitações: A centralização e lentidão de alguns estados em repassar e atualizar os dados do número de transplantes de órgãos sólidos realizados mensalmente para a mensuração do Sistema de Informação do CGSNT e a limitação orçamentária, além de outros fatores como a recusa familiar, que está atrelada a variáveis sócio-culturais e à falta de informação sobre o tema por parte da população.

12 - Percentual de pacientes com câncer, atendidos no Sistema Único de Saúde, que iniciam tratamento em até 60 dias. (não teve apuração)

Justificativa: “ não é possível obter o indicador pois o SISCAN não está implantado em todo o Brasil e possui pouca representatividade”. É importante observar que esse indicador foi proposto pelo Congresso Nacional.

Fórmula de Cálculo: [(Número de inserções em que o prazo entre o diagnóstico e o início de tratamento esteja entre 0 e 60 dias) / (Número de inserções em que o prazo entre o diagnóstico e o início de tratamento seja > 0 dias)] x 100

Unidade de Medida: %

Data PPA: ?

Índice PPA: 57%

Resultado do Indicador

Data de apuração ano 2016: XXXXX Índice apurado: XXXX

Unidade Responsável: SAS

Fonte (Sistema): Sistema de Informação do Câncer (SISCAN)

Departamento: DAET

Observação:

Usos: Monitoramento do prazo estipulado pela Lei ° 12.732 para início do tratamento de câncer.

Limitações: O resultado do indicador (valor percentual) não permite identificar o número de pessoas consideradas na análise, em cada ano.

O Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), sistema utilizado para extração de dados necessários para o cálculo desse indicador, não possui dados representativos da população que tem câncer e é atendida por serviços do SUS. Portanto, o percentual pode mascarar a realidade do prazo para início do tratamento em determinado serviço.

13 - Percentual de ampliação de campos de radioterapia realizados no país.

Objetivo: 1120 - Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Justificativa: “não é possível avaliar uma vez que o primeiro acelerador linear, resultado do Plano de Expansão, foi instalado apenas em Nov/16. Ou seja, não é possível avaliar impacto do Plano de Expansão na ampliação da radioterapia. Pelo menos não com dados de 2016”.

Fórmula de cálculo:

Unidade de Medida:

Data PPA: ?

Índice PPA:

Resultado do Indicador:

2016: Data de apuração: XXXXX– Índice apurado: XXXX

Unidade Responsável: SAS

Fonte (Sistema):.

Departamento: DAET

Observação:

Usos:

Limitações:

5 GOVERNANÇA

5.1 Descrição das estruturas de governança

A SAS, em atendimento à Portaria nº 358, de 5 de maio de 2014, instituiu o Comitê de Monitoramento de Demandas de Controle Interno e Externo (Comitê-MDC), com vistas a (i) reunir todos os Departamentos e Institutos que integram o órgão em um foro e (ii) discutir os mecanismos e as ações que podem aprimorar a atuação de cada setor.

A criação desse espaço tem garantido à SAS um bom desempenho no exercício da governança. Isto se observa porque a Assessoria Jurídica da SAS (ASJUR/SAS) foi eleita como o setor responsável por receber todas as demandas de controle externo da unidade jurídica, encaminhá-las às áreas internas responsáveis pela temática e analisá-las se a manifestação de cada setor responde satisfatoriamente ao que foi solicitado.

Esse fluxo de trabalho permite à SAS garantir um retorno mais efetivo e célere aos órgãos de controle e construir internamente maior inteligência sobre as demandas recepcionadas.

É o mapeamento destas requisições que fundamenta e alimenta a atuação da Assessoria Jurídica da SAS junto ao Comitê-MDC. Este espaço fomenta a discussão sobre as medidas adotadas face à determinada situação, bem como sobre a necessidade de uma atuação mais alargada da SAS junto a outras Secretarias do Ministério da Saúde (MS).

Assim, a ASJUR/SAS atua como uma instância de controle interno da SAS, considerando atuar diretamente no monitoramento e aperfeiçoamento das estruturas de gestão do órgão. A partir das atividades do Comitê-MDC e da ASJUR/SAS, pode-se listar algumas iniciativas realizadas no âmbito da SAS:

- fluxo para as demandas de controle no âmbito do órgão;
- mapeamento do passivo de requisições administrativas em cada departamento;
- construção de um sistema para monitorar cada solicitação, a partir da sua entrada na SAS, como prazo para resposta, assunto, órgão responsável pela temática - de forma a estabelecer um mapa sobre o controle interno/externo e orientar a atuação da SAS;
- acompanhamento do Plano de Providências Permanente (PPP), com vistas a garantir a observação das recomendações constantes do documento;
- discussão com demais setores do MS, como o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) e o Fundo Nacional de Saúde (FNS), que impactam diretamente na consecução de um cenário satisfatório de boa governança;
- Criada a Rede Interna de Controle (RIC) por meio da Portaria 988, de 15 de julho de 2015, com o objetivo de aprimorar e fortalecer o controle interno administrativo, sendo composta por todas as Secretarias desse Ministério. Nesse sentido, são realizadas reuniões semanais em que participam todas as Assessorias Jurídicas das Secretarias/MS e a Assessoria Especial de Controle Interno do GM/MS (AECI);
- a atuação da ASJUR/SAS junto aos departamentos da SAS e institutos, com vistas a construir em conjunto manifestação às solicitações de auditoria da Controladoria- Geral da União e do Tribunal de Contas da União (TCU).

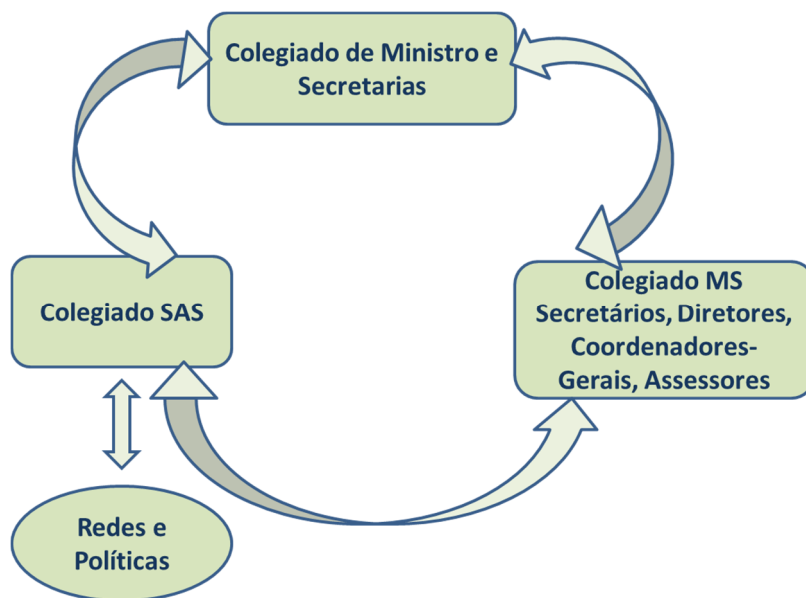
Com o propósito de esclarecimento, a Assessoria Jurídica da SAS não atua como órgão de controle propriamente dito, no sentido de realizar auditoria e fiscalização na unidade Unidade Prestadora de Contas a que pertence. Desta forma, não há que se falar em plano de auditoria, bem como a sua execução e os resultados alcançados, quer qualitativo ou quantitativo.

Além do exposto acima, a atual gestão deste Ministério, durante 2016, para assegurar que a agenda-executiva expresse a agenda política empenhou-se na realização de reuniões periódicas com a participação do Ministro e todas as Secretarias, Diretores, Coordenadores-Gerais, Assessores, inclusive a AECI/GM/MS, espaço em que foram

discutidos os principais temas das Agendas das Secretarias, apresentados os resultados alcançados, bem como, dados os encaminhamentos necessários.

De forma articulada com demais Secretarias, a SAS também possui dispositivos de gestão para acompanhamento do alcance dos resultados e metas do seu Planejamento Estratégico conforme figura abaixo: **Figura abaixo - Dinâmicas de gestão e governança na SAS.**

Figura VI - Dinâmicas de gestão e governança na SAS.



A atual gestão procurou incorporar no seu processo de funcionamento práticas de governança dando mais agilidade e transparência, com maior participação do Secretário nas reuniões de equipe dos Departamentos, bem como, a participação dos representantes dos Departamentos nas reuniões temáticas do Secretário.

Aperfeiçoamentos de gestão já são evidentes, por meio da geração e da maior transparência das informações, da identificação e resolução mais célere de pontos críticos e da melhor comunicação e articulação de pessoas e esforços.

Nesse sentido, o objetivo foi de buscar resultados e garantir maior participação de todos os envolvidos. Durante 2016, aconteceram reuniões periódicas para discussão das Redes e Políticas de atenção à saúde, como também indicadas às orientações indispensáveis ao seu funcionamento.

5.2 Atividades de correção e apuração de ilícitos administrativos

No âmbito do Ministério da Saúde, as atividades de correção e apuração de ilícitos administrativos são centralizadas na Corregedoria-Geral, conforme preconiza, em seu Art. 13, o Decreto nº 8.065, de 07 de Agosto de 2013, que aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde:

Art. 13. À Corregedoria-Geral, órgão seccional do Sistema de Correição do Poder Executivo federal, subordinada administrativamente ao Ministro de Estado da Saúde e sob a supervisão técnica da Controladoria-Geral da União, compete:

I - analisar as representações e denúncias que lhe forem encaminhadas;

II - planejar, acompanhar, coordenar, orientar, avaliar e controlar as apurações disciplinares e atividades de correção executadas pelas comissões de ética no âmbito do Ministério da Saúde;

III - instaurar e conduzir, de ofício ou por determinação superior, e decidir pelo arquivamento, em sede de juízo de admissibilidade, de sindicâncias, inclusive patrimoniais, e de processos administrativos disciplinares;

IV - fiscalizar, independentemente de provocação, as atividades funcionais dos servidores do Ministério da Saúde;

V - supervisionar e promover ações destinadas à valorização e ao cumprimento de preceitos relativos à ética funcional e à conduta disciplinar dos servidores; e

VI - promover correição nas unidades do Ministério da Saúde, visando à verificação da regularidade e eficiência dos serviços e à sugestão de providências necessárias ao seu aprimoramento.

§ 1º O disposto neste artigo não se aplica aos membros da Advocacia-Geral da União e aos Procuradores Federais.

5.3 Gestão de riscos e controles internos

Avaliação do Sistema de Controles Internos

ELEMENTOS DO SISTEMA DE CONTROLES INTERNOS A SEREM AVALIADOS		VALORES				
Ambiente de Controle		1	2	3	4	5
1. A alta administração percebe os controles internos como essenciais à consecução dos objetivos da unidade e dão suporte adequado ao seu funcionamento.						X
2. Os mecanismos gerais de controle instituídos pela UJ são percebidos por todos os servidores e funcionários nos diversos níveis da estrutura da unidade.					X	
3. A comunicação dentro da UJ é adequada e eficiente.					X	
4. Existe código formalizado de ética ou de conduta.				X		
5. Os procedimentos e as instruções operacionais são padronizados e estão postos em documentos formais.					X	
6. Há mecanismos que garantem ou incentivam a participação dos funcionários e servidores dos diversos níveis da estrutura da UJ na elaboração dos procedimentos, das instruções operacionais ou código de ética ou conduta.					X	
7. As delegações de autoridade e competência são acompanhadas de definições claras das responsabilidades.					X	
8. Existe adequada segregação de funções nos processos e atividades da competência da UJ.					X	
9. Os controles internos adotados contribuem para a consecução dos resultados planejados pela UJ.					X	
Avaliação de Risco		1	2	3	4	5
10. Os objetivos e metas da unidade jurisdicionada estão formalizados.						X
11. Há clara identificação dos processos críticos para a consecução dos objetivos e metas da unidade.					X	
12. É prática da unidade o diagnóstico dos riscos (de origem interna ou externa) envolvidos nos seus processos estratégicos, bem como a identificação da probabilidade de ocorrência desses riscos e a consequente adoção de medidas para mitigá-los.				X		
13. É prática da unidade a definição de níveis de riscos operacionais, de informações e de conformidade que podem ser assumidos pelos diversos níveis da gestão.	X					
14. A avaliação de riscos é feita de forma contínua, de modo a identificar mudanças no perfil de risco da UJ ocasionadas por transformações nos ambientes interno e externo.	X					
15. Os riscos identificados são mensurados e classificados de modo a serem tratados em uma escala de prioridades e a gerar informações úteis à tomada de decisão.	X					
16. Não há ocorrência de fraudes e perdas que sejam decorrentes de fragilidades nos processos internos da unidade.				X		

17. Na ocorrência de fraudes e desvios, é prática da unidade instaurar sindicância para apurar responsabilidades e exigir eventuais ressarcimentos.					X
18. Há norma ou regulamento para as atividades de guarda, estoque e inventário de bens e valores de responsabilidade da unidade.					X
Procedimentos de Controle	1	2	3	4	5
19. Existem políticas e ações, de natureza preventiva ou de detecção, para diminuir os riscos e alcançar os objetivos da UJ, claramente estabelecidas.				X	
20. As atividades de controle adotadas pela UJ são apropriadas e funcionam consistentemente de acordo com um plano de longo prazo.				X	
21. As atividades de controle adotadas pela UJ possuem custo apropriado ao nível de benefícios que possam derivar de sua aplicação.				X	
22. As atividades de controle adotadas pela UJ são abrangentes e razoáveis e estão diretamente relacionadas com os objetivos de controle.				X	
Informação e Comunicação	1	2	3	4	5
23. A informação relevante para UJ é devidamente identificada, documentada, armazenada e comunicada tempestivamente às pessoas adequadas.				X	
24. As informações consideradas relevantes pela UJ são dotadas de qualidade suficiente para permitir ao gestor tomar as decisões apropriadas.					X
25. A informação disponível para as unidades internas e pessoas da UJ é apropriada, tempestiva, atual, precisa e acessível.				X	
26. A Informação divulgada internamente atende às expectativas dos diversos grupos e indivíduos da UJ, contribuindo para a execução das responsabilidades de forma eficaz.				X	
27. A comunicação das informações perpassa todos os níveis hierárquicos da UJ, em todas as direções, por todos os seus componentes e por toda a sua estrutura.					X
Monitoramento	1	2	3	4	5
28. O sistema de controle interno da UJ é constantemente monitorado para avaliar sua validade e qualidade ao longo do tempo.				X	
29. O sistema de controle interno da UJ tem sido considerado adequado e efetivo pelas avaliações sofridas.				X	
30. O sistema de controle interno da UJ tem contribuído para a melhoria de seu desempenho.				X	
Análise crítica e comentários relevantes:					
Escala de valores da Avaliação: (1) Totalmente inválida: Significa que o conteúdo da afirmativa é integralmente não observado no contexto da UJ. (2) Parcialmente inválida: Significa que o conteúdo da afirmativa é parcialmente					

observado no contexto da UJ, porém, **em sua minoria**.

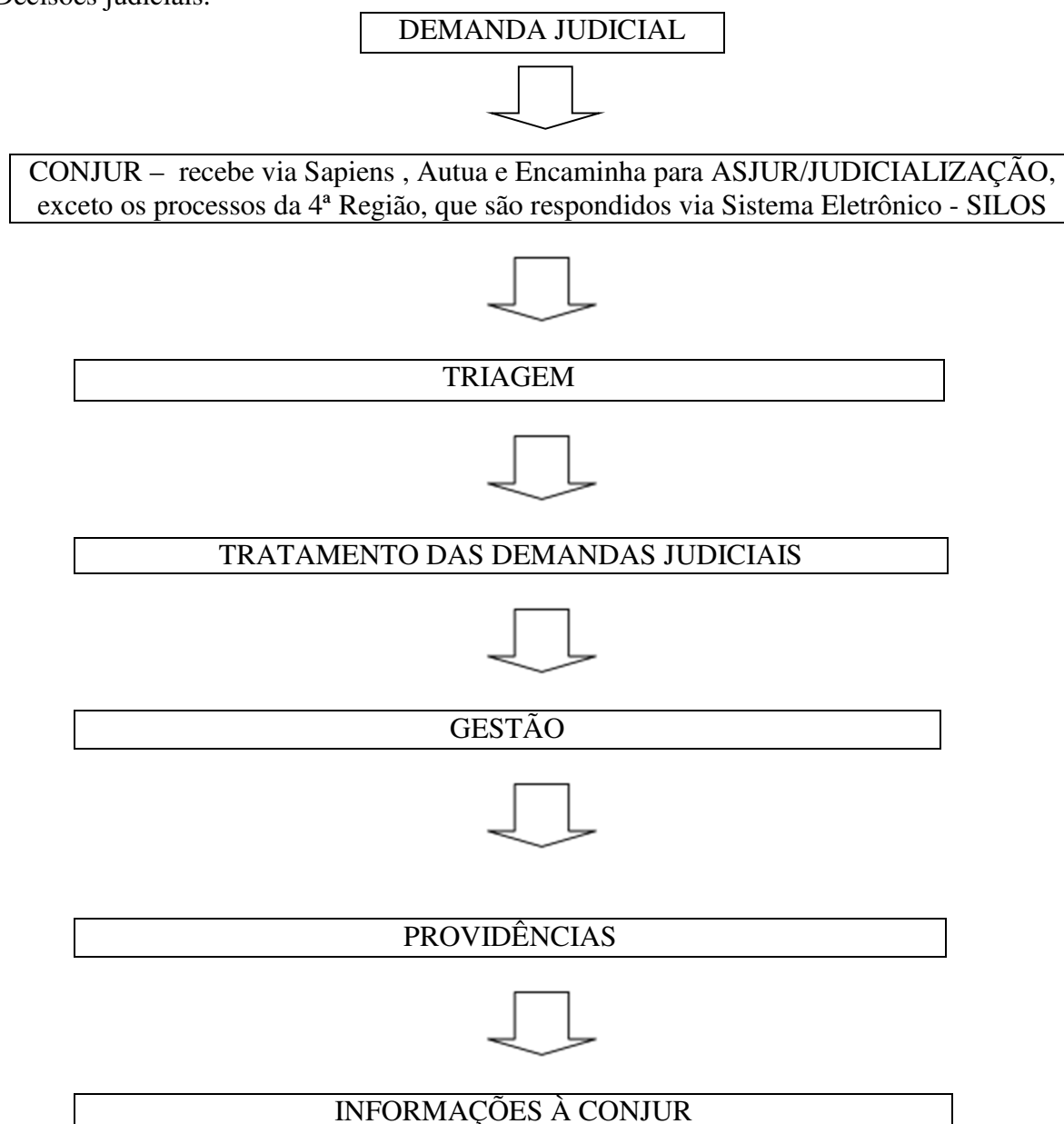
(3) **Neutra:** Significa que **não há como avaliar** se o conteúdo da afirmativa é ou não observado no contexto da UJ.

(4) **Parcialmente válida:** Significa que o conteúdo da afirmativa é **parcialmente observado** no contexto da UJ, porém, **em sua maioria**.

(5) **Totalmente válido.** Significa que o conteúdo da afirmativa é integralmente **observado** no contexto da UJ.

5.3.1 Controle das Demandas Judiciais

A Assessoria do Gabinete da SAS, responsável pela Judicialização, recebe os processos da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde – CONJUR a fim de cumprir as Decisões judiciais.



TRIAGEM

É realizada após recebimento no SIPAR/SILOS e conferência do quantitativo de demandas recebidas. Nesta etapa cumpre analisar pormenorizadamente as demandas, identificando e classificando os processos, da seguinte forma:

- a) Processos em que tenha sido atribuída URGÊNCIA pela CONJUR;
- b) Ação Civil Pública em que tenha decisão com repercussão *erga omnes*, não incluindo aquelas que tenham por objeto interesse/direito individual;
- c) Processos que em haja litisconsorte passivo e tenha condenação solidária, implicando assim na necessidade de realização de gestão junto aos demais entes e parte autora;
- d) Processos em que figura no polo passivo ou em que a decisão judicial atribui exclusivamente a União a obrigação;
- e) Processos em que o objeto da ação competir a outra Secretaria, devendo encaminhar imediatamente à unidade competente.
- f) Processos cujo objeto seja Demanda de UTI ou modificação/revogação de Sentença.
- g) Processos cuja informação seja de óbito da parte.
- h) Verificar a correta instrução do processo, caso contrário devolver para a CONJUR ou solicitar as peças processuais faltantes por e-mail.

GESTÃO

Trata-se da interlocução com os demais entes coobrigados, as partes e seus representantes, enviando, como regra geral, e-mail informando sobre a decisão condenatória e solicitando esclarecimentos quanto à sua observância. O objetivo é instruir o processo que envolve cumprimento, comprovando a necessidade da adoção de medidas administrativas pela União, bem como buscar ao máximo o cumprimento do dispositivo pelos demais coobrigados, responsáveis legais pela execução dos serviços de saúde. Como auxílio, pode-se proceder também ao contato telefônico com os demais entes, e, quando possível, diretamente com a parte autora para colher informações quanto ao cumprimento.

Se restar frutífera a gestão realizada, deve-se elaborar o despacho informando o cumprimento por outro ente coobrigado, com a identificação precisa da data em que foi realizado o contato, os termos do contato e com quem foi realizado.

Fatos supervenientes, como a alteração do quadro de saúde, a desnecessidade do medicamento/tratamento médico indicado, o óbito ou outras informações relevantes ao cumprimento, serão informados à CONJUR.

Se restar infrutífera a gestão realizada, dever-se-á encaminhar o processo Judicial para o Setor de Pesquisa de Preços e Cálculos, a fim de dar o efetivo cumprimento.

PESQUISA DE PREÇOS/ CÁLCULO FARMACÊUTICO

Após restar infrutífera a Gestão realizada, inicia-se a pesquisa de preços feita por e-mails enviados às empresas, ou por páginas da internet, com intuito de se obter o menor preço.

Quando se tratar de depósito para uma Unidade Pública de Saúde, será depositado um valor referente à Tabela de Preço Máximo de Venda ao Governo - PMVG.

CUMPRIMENTO

Compete à SAS dar efetivo cumprimento à decisão judicial, após análise pormenorizada da ação, da decisão e do parecer de força executória expedido pela AGU/PU/CONJUR, seja pela opção de depósito emergencial e/ou pela solicitação de

abertura/inclusão em processo de compra, ou ainda, pela articulação com os Departamentos da SAS, ou pela forma que se demonstrar viável à efetivação do *decisum*.

A forma de proceder ao cumprimento da decisão judicial que determine o fornecimento de medicamento/insumo/prótese é pela elaboração de memorando ao Fundo Nacional de Saúde - FNS com vistas a requerer a efetivação de depósito judicial emergencial, já que impossível efetuar o cumprimento por processo de compra no prazo, e remessa dos autos, via despacho em que indique a realização do depósito emergencial, à Coordenação de Demandas Judiciais - CDJU, requisitando a compra do medicamento/insumo/prótese. O depósito judicial deve ser pelo prazo inicial de 3 (três) meses.

Acrescenta-se ainda no rol de competências relacionadas ao Cumprimento, a produção de despachos que visem oferecer esclarecimentos à Procuradoria da União e à Consultoria Jurídica sobre determinado ato administrativo adotado ou demais solicitações relacionadas ao cumprimento da decisão judicial e/ou ressarcimento ao Erário de valor depositado.

ORIENTAÇÕES GERAIS

Quanto à realização de gestão:

- É **obrigatório** o envio de e-mail aos demais entes coobrigados;
- Enviado e-mail aos demais entes, aguardar de 3 (três) a 05 (cinco) dias por manifestação;
- Caso seja infrutífera a gestão, o processo é remetido ao cumprimento a fim de proceder à observância da determinação judicial, informando quais as medidas foram adotadas;
- É realizado também, quando possível, contato junto aos demais entes e/ou parte;
- Se a gestão restar frutífera, elabora-se o despacho informando à CONJUR;
- Quando o processo principal estiver na área técnica ou na Consultoria Jurídica, sempre que possível, solicita-se à respectiva área o envio dos autos, sem que seja necessária a tramitação do processo que se encontra na Assessoria do Gabinete da SAS, a fim de dar celeridade no cumprimento da decisão, em se tratando do caso;
- Quando houver ofício da Procuradoria da União informando conversão em renda, o Fundo Nacional de Saúde é informado, com posterior envio dos autos à CONJUR.

Quanto à solicitação de depósito judicial

É Instruído memorando a ser enviado ao Fundo Nacional de Saúde com os seguintes documentos:

- Cópia da inicial;
- Relatório médico;
- Decisão judicial;
- E-mail de gestão.

No memorando enviado ao Fundo Nacional de Saúde solicitando a realização de depósito, registra-se o valor, informado se trata daquele constante da Tabela de Preço Máximo de Venda ao Governo – PMVG/ Preço Fábrica ou Tabela de Órtese, Prótese e Materiais Especiais – OPM, pesquisa de preços pela Internet, ou valor constante da decisão;

Em ações que envolvem fornecimento de medicamento, sempre será realizado cálculo, mesmo quando presente orçamento, especialmente para que, em sendo menor na Tabela, o depósito seja realizado com base nesta;

Em ações que exista valor determinado a ser depositado, sempre será realizado o cálculo, com intuito de se obter economia aos cofres públicos. E , neste caso, será realizado

um contato com a Vara/Juízo, via e-mail e/ou contato telefônico, explicando a diferença de valores e a forma como o Ministério da Saúde dará cumprimento a decisão.

Em se tratando de solicitação de procedimento, caso inexista orçamento anexado aos autos, são solicitadas propostas e realizadas pesquisas, com vistas a obter os dados necessários para a União realizar o depósito;

No memorando a ser enviado ao Fundo Nacional de Saúde solicitando a realização de depósito, informa-se apenas o número de meses a que corresponde o valor informado, por exemplo: 2 (dois) meses, 3 (três) meses;

Despachos/Memorando à CONJUR

No documento a ser enviado para a CONJUR é informado as diligências realizadas, esclarecendo o porquê da solicitação de depósito judicial;

Quando retornar processo da Coordenação de Demanda Judicial questionando sobre a necessidade de dar prosseguimento à compra do fármaco/insumo, verifica-se junto ao autor se subsiste a necessidade de dar continuidade ao tratamento, e em caso positivo, solicita-se o envio de um novo relatório médico, a fim de comprovar a necessidade. Caso reste infrutífera a diligência, deverão ser remetidos à CONJUR os autos solicitando esclarecimentos:

- b) se o tempo de fornecimento for inferior a seis meses, em caso de gestão infrutífera, encaminham-se os autos principais para a CDJU, requerendo a continuidade da compra, e, simultaneamente, envia-se memorando à CONJUR solicitando peticionar aos autos para esclarecimentos;
- c) se o tempo de fornecimento for superior a seis meses, em caso de gestão infrutífera, devolvem-se os autos à CONJUR esclarecendo que a continuidade da entrega do fármaco/insumo ocorrerá apenas mediante a apresentação atualizada de receituário médico e/ou manifestação expressa da parte autora nos autos;

Sempre que a União proceder ao depósito judicial, solicita-se à Consultoria Jurídica que inste a Procuradoria da União a fim de peticionar aos autos requerendo a posterior prestação de contas do valor depositado;

Quando houver decisão suspendendo os efeitos da tutela ou informação sobre óbito ou troca de medicamento pelo (a) autor(a), informa-se se Assessoria Jurídica adotou medida administrativa para cumprimento da decisão.

Processo de compra

Em se tratando de um novo processo, em razão do qual se necessita instaurar processo de compra, envia-se cópia dos autos por e-mail à Coordenação de Demanda Judicial, requerendo o cadastramento o seu cadastramento no sistema de compras.

Concomitantemente, em se tratando de medicamento do componente, envia-se e-mail ao Departamento de Assistência Farmacêutica – DAF/SCTIE/MS solicitando informações quanto à possibilidade de dispensar a medicação requerida. Se a resposta for positiva no sentido de fornecer integralmente a medicação, devolvem-se os autos à CONJUR. Se a resposta for positiva, no sentido de fornecer parcialmente o fármaco, remetem-se os autos à CDJU para complementação.

6 ÁREAS ESPECIAIS DA GESTÃO

6.1 Gestão de pessoas

6.1.1 Estrutura de pessoal da unidade

Em 31 de dezembro de 2016, a Secretaria de Atenção à Saúde/SAS, apresentou na sua força de trabalho um quantitativo de **385** servidores ativos e consultores contratados na modalidade de produto, conforme abaixo:

- ✓ **338** servidores ativos – Quadro XXXX;
- ✓ **0** consultores contratados na modalidade “Produto” no âmbito do Termo de Cooperação firmado com a Organização Pan-Americana de Saúde - **Anexo III TC 43 OPAS Quadro de Consultor**;
- ✓ **40** consultores contratados na modalidade “Produto” no âmbito do Termo de Cooperação 49, firmado com a Organização Pan-Americana de Saúde/ Organização Mundial da Saúde - **Anexo IV TC TC49 5º TA OPAS Quadro de Consultor**;
- ✓ **07** contratos firmados por meio do Projeto PNUD-BRA/13/016 - Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento – **Anexo V PNUD BRA 13_016 Quadro de Consultor**.

Quadro LXXIV – Força de Trabalho da SAS

Quadro XXX – Força de Trabalho da UJ

Tipologias dos Cargos	Lotação		Ingressos no Exercício	Egressos no Exercício
	Autorizada	Efetiva		
1. Servidores em Cargos Efetivos (1.1 + 1.2)	0	292	8	0
1.1. Membros de poder e agentes políticos				
1.2. Servidores de Carreira (1.2.1+1.2.2+1.2.3+1.2.4)	0	292	8	0
1.2.1. Servidores de carreira vinculada ao órgão		264	3	
1.2.2. Servidores de carreira em exercício descentralizado		7		
1.2.3. Servidores de carreira em exercício provisório				
1.2.4. Servidores requisitados de outros órgãos e esferas		21	5	
2. Servidores com Contratos Temporários		11		
3. Servidores sem Vínculo com a Administração Pública		35	10	2
4. Total de Servidores (1+2+3)	0	338	18	2

Fonte: Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos - SIAPE

Quadro LXXV - Distribuição da Lotação Efetiva

Tipologias dos Cargos	Lotação Efetiva

	Área Meio	Área Fim
1. Servidores de Carreira (1.1)		292
1.1. Servidores de Carreira (1.1.2+1.1.3+1.1.4+1.1.5)		292
1.1.2. Servidores de carreira vinculada ao órgão		264
1.1.3. Servidores de carreira em exercício descentralizado		7
1.1.4. Servidores de carreira em exercício provisório		
1.1.5. Servidores requisitados de outros órgãos e esferas		21
2. Servidores com Contratos Temporários		11
3. Servidores sem Vínculo com a Administração Pública		35
4. Total de Servidores (1+2+3)		338

Fonte: Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos - SIAPE

Quadro LXXVI – Detalhamento da estrutura de cargos em comissão e funções gratificadas da UJ

Tipologias dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas	Lotação		Ingressos no Exercício	Egressos no Exercício
	Autorizada	Efetiva		
1. Cargos em Comissão	0	89	0	0
1.1. Cargos Natureza Especial				
1.2. Grupo Direção e Assessoramento Superior	0	89	0	0
1.2.1. Servidores de Carreira Vinculada ao Órgão		44		
1.2.2. Servidores de Carreira em Exercício Descentralizado		2		
1.2.3. Servidores de Outros Órgãos e Esferas		8		
1.2.4. Sem Vínculo		35		
1.2.5. Aposentados				
2. Funções Gratificadas	0	12	0	0
2.1. Servidores de Carreira Vinculada ao Órgão		12		
2.2. Servidores de Carreira em Exercício Descentralizado				
2.3. Servidores de Outros órgãos e Esferas				
3. Total de Servidores em Cargo e em Função (1+2)	0	101	0	0

Fonte: Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos - SIAPE

6.1.2 Demonstrativo das despesas com pessoal

Quadro LXXVII – Custos do pessoal

Tipologias/ Exercícios		Vencimentos e Vantagens Fixas	Despesas Variáveis						Despesas de Exercícios Anteriores	Decisões Judiciais	Total
			Retribuições	Gratificações	Adicionais	Indenizações	Benefícios Assistenciais e Previdenciários	Demais Despesas Variáveis			
Membros de poder e agentes políticos											
Exercícios	2016										0,00
	2015										0,00
Servidores de carreira vinculados ao órgão da unidade jurisdicionada											
Exercícios	2016	20.170.746,13	3.054.100,27	1.875.149,42	620.059,40	313.048,59	629.130,43	1.717.734,64	159.869,73		28.539.838,61
	2015	18.466.281,94	2.076.009,80	1.743.943,57	574.537,03	234.787,13	516.508,30	1.294.001,90	64.075,05		24.970.144,72
Servidores de carreira SEM VÍNCULO com o órgão da unidade jurisdicionada											
Exercícios	2016	16.955,98	851.829,46	79.444,77	15.166,23		1.802,72	35.161,65	8.848,96		1.009.209,77
	2015	4.359,14	1.445.244,47	124.782,94	39.291,21		0,00	77.004,87			1.690.682,63
Servidores SEM VÍNCULO com a administração pública (exceto temporários)											
Exercícios	2016		1.955.419,31	137.581,80	36.023,07	46.133,43	45.906,04	213.325,06			2.434.388,71
	2015		1.809.097,41	132.904,58	49.377,65	38.651,47	47.398,37	190.352,24			2.267.781,72
Servidores cedidos com ônus											
Exercícios	2016										0,00
	2015										0,00
Servidores com contrato temporário											
Exercícios	2016	1.209.227,99		103.504,97	28.606,62		24.111,33	135.574,34			1.501.025,25
	2015	1.726.121,99		148.661,64	44.953,26	321,78	24.111,33	155.752,84			2.099.922,84

Fonte: Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos - SIAPE

A Secretaria Executiva adotou providências junto ao órgão central do SIPEC no sentido da recomposição da força de trabalho no MS. Nesse sentido, foram realizados concursos no âmbito da Carreira de Ciência e Tecnologia para as Secretarias de Atenção à Saúde, de Vigilância em Saúde, de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos para a Saúde e Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA, totalizando 768 vagas, sendo 185 para as Secretarias do MS e 583 para o INCA.

No caso específico do INCA, não houve o preenchimento da totalidade das vagas, portanto para cumprimento do Termo de Conciliação Judicial (TCJ) nº 00810-2006-017-10-00-7 que visa à substituição da totalidade dos terceirizados foi necessária a realização de um novo concurso para provimento dos cargos que não houve aprovados. Em consequência, foram nomeados mais 89 candidatos aprovados nesse concurso para o cumprimento do TCJ.

Portanto, foi cumprido integralmente o Termo de Conciliação Judicial (TCJ) nº 00810-2006-017-10-00-7 mediante a publicada no Diário Oficial da União Nº 177, de 14 de setembro de 2016, seção 2, página 43, dos postos de trabalho terceirizados extintos decorrentes do contrato nº 151/2011, firmado entre o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva e a Fundação Ary Frauzino.

Na perspectiva de melhor qualificar esse processo de composição e recomposição dos quadros de pessoal do MS e de realizar esforços que vão ao encontro da integração da agenda estratégica do SUS e da articulação entre seus programas/políticas, em 2015 foi identificada a necessidade de dimensionar a força de trabalho no Ministério da Saúde para

favorecer a organização dos processos de trabalho, a satisfação dos trabalhadores e a qualidade dos resultados.

Assim, foi formalizado termo de execução descentralizada para a realização de Projeto de “Desenvolvimento de Metodologia de Dimensionamento da Força de Trabalho para o Ministério da Saúde” a ser desenvolvido pela Universidade de Brasília (UNB).

O objetivo desse trabalho foi desenvolver o binômio tecnologia-metodologia para o dimensionamento da força de trabalho do Ministério da Saúde, uma vez que é considerado um instrumento de fundamental importância para qualificar o planejamento de pessoal na organização, para subsidiar as negociações de recomposição da força de trabalho, bem como para responder às diversas recomendações recebidas dos órgãos de controle.

Com relação ao Projeto de Dimensionamento da Força de Trabalho que se encontra em andamento no Ministério da Saúde, foi concluído em agosto de 2015 a fase quantitativa do projeto piloto no Fundo Nacional de Saúde - FNS e no início de 2016 a fase qualitativa. O Fundo adotou diversos encaminhamentos a partir do resultado do diagnóstico. Ainda em 2016 foi realizado o dimensionamento do Núcleo Estadual do Ceará e da Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas do MS.

Atualmente a metodologia está sofrendo melhorias identificadas necessárias quando da aplicação nas áreas citadas.

Ademais, está sendo realizado o dimensionamento em áreas priorizadas pela Gestão do MS.

6.1.3 Gestão de riscos relacionados ao pessoal

O Ministério da Saúde, no esforço contínuo de recompor a sua força de trabalho, realizou concurso no ano de 2013, provendo o quadro de pessoal da Secretaria de Atenção à Saúde em 213 servidores, quais sejam, 172 Administradores, 16 Analistas Técnico-Administrativos, 7 Contadores, 3 Bibliotecários, 09 Economistas, 03 Engenheiros Civis e 03 Engenheiros Eletricistas, conforme edital nº 4 de 19/04/2013.

Em ato contínuo, o Ministério da Saúde promoveu processo de seleção pública no ano de 2014, para a área de Ciência e Tecnologia da Administração Federal Direta, das Autarquias e das Fundações Federais.

A Ministra de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão publicou por meio da Portaria Nº 127 (DOU Nº 75, de 22/04/2014, p. 104), retificada pela Portaria Nº 166 (DOU Nº 100, de 28/05/2014, p. 120), autorização para realização do Concurso Público para o provimento de 185 cargos da Carreira de Ciência e Tecnologia.

A autorização do concurso foi para substituição de consultores contatados por meio de organismos internacionais que executam atividades não previstas no Decreto nº 2.271, de 7 de julho de 1997.

O Concurso foi regido pelo EDITAL Nº 4, DE 13 DE OUTUBRO DE 2014, com resultado Final do Certame publicado no Diário Oficial da União Nº 59, de 27/03/2015, por meio do EDITAL Nº 11.

Posteriormente, por meio da portaria Nº 270, 10/07/2015, publicada no DOU Nº 131, 13/07/2015, foi autorizado o provimento de 185 (cento e oitenta e cinco) cargos da Carreira de Ciência e Tecnologia pertencentes ao Quadro de Pessoal Permanente do Ministério da Saúde - MS, no âmbito do concurso público autorizado pela Portaria MP nº 127, de 17 de abril de 2014, alterada pela Portaria MP nº 166, de 27 de maio de 2014.

Após autorizações de provimento, foram publicadas várias portarias de nomeação para UPAG DF, conforme segue abaixo:

UPAG	Portaria nº	Portaria DATA	DOU nº	DOU Data	Seção 2 Págs.
DF	892	31/07/2015	146	03/08/2015	45 à 47
DF	1066	11/09/2015	175	14/09/2015	42 e 43
DF	1186	13/10/2015	197	15/10/2015	41
DF	1490	07/12/2015	235	09/12/2015	32
DF	137	29/01/2016	21	01/02/2016	58 e 59
DF	273	03/03/2016	43	04/03/2016	46
DF	536	28/04/2016	81	29/04/2016	53
DF	722	13/06/2016	112	14/06/2016	42
DF	884	29/07/2016	146	01/08/2016	46
DF	1188	18/10/2016	201	19/10/2016	39

6.1.4 Contratação de pessoal de apoio e de estagiários

Não se aplica a unidade prestadora de contas

6.2 Gestão da tecnologia da informação (não se aplica)

Não se aplica a unidade prestadora de contas

No que se refere à Tecnologia da Informação (TI) da SAS cabe ao Departamento de Informática do SUS/DATASUS, gerir as informações.

6.2.1 Principais sistemas de informações

Não se aplica a unidade prestadora de contas

No que se refere à Tecnologia da Informação (TI) da SAS cabe ao Departamento de Informática do SUS/DATASUS, gerir as informações.

7 RELACIONAMENTO COM A SOCIEDADE

7.1 Canais de acesso do cidadão

O cidadão pode entrar em contato com a Secretaria de Atenção à Saúde pelos seguintes meios:

- Encaminhando demandas ao Departamento de Ouvidoria Geral do SUS – DOGES, utilizando preferencialmente canal gratuito 136.
- Encaminhando demandas ao Núcleo de Comunicação/SAS, que distribui as solicitações às áreas técnicas competentes para qualificação da resposta e atendimento da demanda;
- Solicitando publicações ao Núcleo de Comunicação/SAS;
- Contribuindo com as consultas públicas disponibilizadas no portal desta Secretaria na Internet.
- Junta-se a essas ações o sítio do Ministério da Saúde na internet e da Secretaria (www.saude.gov.br/sas);

Demandas encaminhadas ao Serviço de Informação ao Cidadão – SIC, que atua visando cumprir as recomendações da Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011);

A Lei de Acesso à Informação (LAI)⁴¹ dispõe sobre procedimentos a serem observados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios para garantir o direito ao acesso a informações previsto na Constituição Federal. A LAI foi regulamentada pelo Decreto nº 12.527⁴² e a Portaria GM/MS nº 1.583⁴³ dispôs sobre sua execução no âmbito do MS. Conforme estabelecido no seu Art. 49, os titulares da Chefia de Gabinete do Ministro, da Secretaria-Executiva, das Secretarias e da Consultoria Jurídica do MS designaram servidores, denominados pontos focais, como responsáveis pela coleta de informações e elaboração de respostas às demandas enviadas às suas respectivas unidades administrativas. Além disso, todas as unidades administrativas do MS indicaram servidores para atuarem no fornecimento de informações aos pontos focais.

A Secretária de Atenção à Saúde (SAS) iniciou o seu trabalho no Serviço de Informação ao Cidadão do Ministério da Saúde (SIC/MS) quando este foi inaugurado, em 14 de maio de 2012.

A Coordenação Geral de Informação e Monitoramento de Serviços e Redes de Atenção à Saúde da Secretária de Atenção à Saúde (CGIMRAS/SAS) é o ponto focal da LAI no Gabinete da SAS e tem, entre suas atribuições, receber, analisar e direcionar as demandas recebidas às áreas técnicas da SAS; monitorar os prazos para resposta; analisar se as respostas atendem à demanda do cidadão; enviar as mesmas ao SIC nos prazos estipulados pela LAI.

Destaques da LAI:

- Assegura o direito fundamental de acesso à informação: o acesso à informação é a regra e o sigilo é a exceção;
- Ênfase na divulgação proativa de informações, com a disponibilização na internet, independentemente de requisição: transparência ativa;
- O pedido do cidadão não precisa ser motivado, apenas conter a identificação do requerente (nome, endereço, número de identificação válido) e a especificação, de forma clara e precisa, da informação requerida: Transparência passiva;

⁴¹ Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.

⁴² Decreto 7.724, de 16 de maio de 2012.

⁴³ Portaria GM/MS nº 1.583, de 19 de julho de 2012.

- Define regras para a classificação da informação quanto ao grau e prazos de sigilo;
- Define os procedimentos e instâncias recursais em caso de negativa de acesso.

Fonte: Lei nº 12.527 de Acesso a Informação

A SAS, até o presente, não possui informação classificada em nenhum grau de sigilo estabelecido pela Lei (ultrassegredo, secreto e reservado). Para as informações pessoais, são observados pela SAS todos os critérios estabelecidos no Art. 31 da referida Lei⁴⁴.

Objetivo:

Informar ao Gabinete da SAS e respectivos Departamentos sobre o desempenho da Secretaria com relação ao atendimento das demandas da LAI.

1. Metodologia:

A análise das demandas da LAI considerou o recebimento segundo os seguintes Departamentos da SAS, além do próprio Gabinete da Secretaria:

- Departamento de Atenção Básica (DAB);
- Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET);
- Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES);
- Departamento de Certificação de Entidades Benéficas e de Assistência Social em Saúde (DCEBAS);
- Departamento de Avaliação, Regulação e Controle de Sistemas (DRAC);
- Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência (DAHU).

As demais coordenações e institutos da SAS não foram objeto desta análise seja porque os mesmos tem um perfil próprio no SIC (caso dos institutos), ou não receberam demandas no ano de 2016. Os cidadãos que enviaram demandas para o SIC foram classificados, para os fins deste relatório, segundo os seguintes perfis: jornalista, estudante, gestor e outros. Este último perfil refere-se aos casos em que o cidadão não realizou no sistema nenhum tipo de identificação e também aos casos em que foi possível deduzir que o cidadão era usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). As demandas também foram analisadas segundo os grandes temas mais recorrentes e sua relação com o perfil de cidadão que demanda informação sobre esses temas.

Resultados:

Quantidade de demandas recebidas:

As demandas foram analisadas segundo a quantidade mensal recebida por cada Departamento no ano de 2016. Em nenhum dos meses foi observado um número de recebimento de demandas acima da média de 8% do total anual. Portanto, não podemos concluir que haja uma tendência de sazonalidade no recebimento de demandas. O DAB, DRAC e o DAPES foram os Departamentos que mais receberam demandas no ano de 2016.

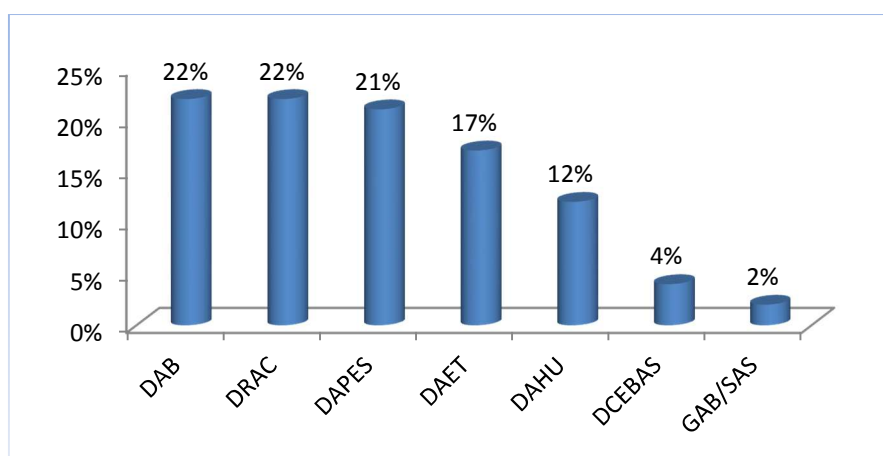
⁴⁴ Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011.

Quadro LXXVIII : Distribuição das demandas da LAI recebidas pela SAS segundo Departamentos. Brasília, 2016.

MESES	DAB		DRAC		DAPES		DAET		DAHU		DCEBAS		GAB/SAS		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
JAN	28	33%	19	22%	12	14%	9	10%	17	20%	0	0%	1	1%	86	8%
FEV	19	25%	11	14%	14	18%	18	24%	8	11%	2	3%	4	5%	76	7%
MAR	20	27%	14	19%	19	26%	11	15%	8	11%	2	3%	0	0%	74	7%
ABR	18	19%	31	33%	21	22%	14	15%	8	8%	2	2%	1	1%	95	9%
MAI	21	26%	13	16%	18	22%	17	21%	9	11%	3	4%	0	0%	81	8%
JUN	10	14%	22	31%	10	14%	12	17%	10	14%	3	4%	4	6%	71	7%
JUL	14	19%	20	27%	15	21%	9	12%	11	15%	4	5%	0	0%	73	7%
AGO	21	23%	14	15%	21	23%	19	21%	11	12%	4	4%	1	1%	91	9%
SET	16	16%	29	29%	23	23%	15	15%	11	11%	5	5%	0	0%	99	10%
OUT	17	19%	18	20%	20	23%	16	18%	8	9%	6	7%	3	3%	88	9%
NOV	23	21%	20	18%	29	26%	20	18%	16	14%	3	3%	1	1%	112	11%
DEZ	22	27%	13	16%	17	21%	16	20%	8	10%	4	5%	2	2%	82	8%
TOTAL	229	22%	224	22%	219	21%	176	17%	125	12%	38	4%	17	2%	1.028	100%

Fonte: Elaboração própria CGIMRAS.

Gráfico XXXII: Distribuição percentual das demandas da LAI recebidas pela SAS segundo Departamentos. Brasília, 2016.



Fonte: Elaboração própria CGIMRAS.

Quantidade de recursos de 1ª instância recebidos:

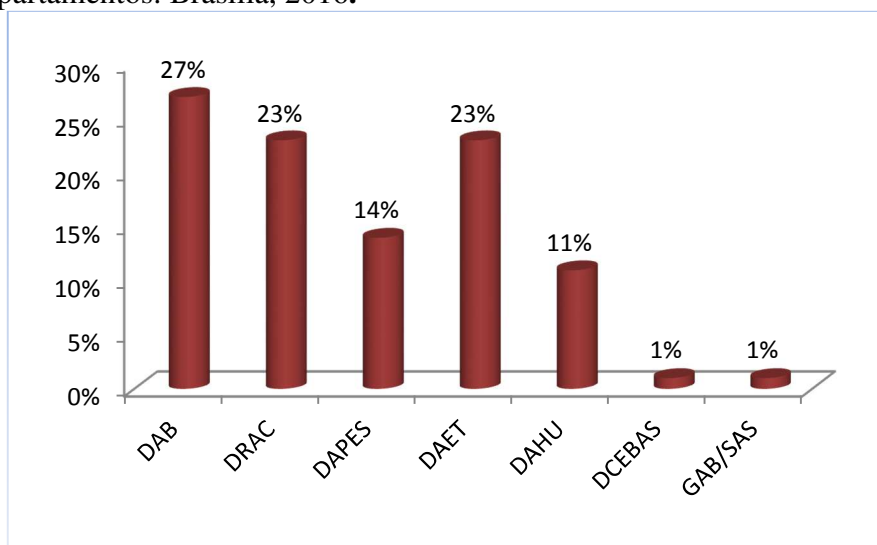
O recebimento de demandas de 1ª Instância também foi analisado segundo Departamento e mês de recebimento. Observa-se um aumento no número de demandas recebidas nos meses de abril e outubro, que apresentaram um número de demandas recebidas até mais de 2 vezes os números de outros meses do ano. O DAB, DRAC e DAET foram os Departamentos que mais receberam demandas de 1ª Instância.

Quadro LXXIX: Distribuição dos recursos de 1ª instância da LAI recebidos segundo Departamentos da SAS. Brasília, 2016.

MESES	DAB		DRAC		DAPES		DAET		DAHU		DCEBAS		GAB/SAS		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
JAN	3	60%	1	20%	1	20%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	5	7%
FEV	4	67%	2	33%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	6	8%
MAR	0	0%	2	40%	1	20%	0	0%	2	40%	0	0%	0	0%	5	7%
ABR	3	27%	3	27%	1	9%	3	27%	1	9%	0	0%	0	0%	11	15%
MAI	0	0%	1	25%	1	25%	2	50%	0	0%	0	0%	0	0%	4	6%
JUN	4	67%	1	17%	0	0%	1	17%	0	0%	0	0%	0	0%	6	8%
JUL	0	0%	1	33%	0	0%	1	33%	1	33%	0	0%	0	0%	3	4%
AGO	0	0%	1	20%	0	0%	2	40%	2	40%	0	0%	0	0%	5	7%
SET	1	17%	0	0%	3	50%	1	17%	1	17%	0	0%	0	0%	6	8%
OUT	1	10%	4	40%	0	0%	3	30%	0	0%	1	10%	1	10%	10	14%
NOV	1	17%	0	0%	2	33%	2	33%	1	17%	0	0%	0	0%	6	8%
DEZ	2	50%	0	0%	1	25%	1	25%	0	0%	0	0%	0	0%	4	6%
TOTAL	19	27%	16	23%	10	14%	16	23%	8	11%	1	1%	1	1%	71	100%

Fonte: Elaboração própria CGIMRAS.

Gráfico XXXIII: Distribuição percentual dos recursos de 1ª instância recebidos pela SAS segundo Departamentos. Brasília, 2016.



Fonte: Elaboração própria CGIMRAS.

Quantidade de recursos de 2ª instância recebidos:

As demandas de 2ª Instância recebidas foram as que apresentaram maior variabilidade por mês, sendo os meses de fevereiro, junho, outubro e novembro os que mais apresentaram número de demandas. Ainda que as demandas de 2ª Instância derivem das de 1ª instância, não é possível fazer nenhuma relação direta de aumento da primeira com relação à segunda. Também não é possível inferir, pela distribuição temporal dos recursos de 2ª instância, sobre possível tendência de que os recursos de 1ª instância geram recursos de 2ª instância. Foi observado um evento frequente, que pela metodologia de registro ainda não pode ser quantificado de maneira confiável, mas que deve ser mencionado neste relatório para que o trabalho de algumas áreas não seja mal interpretado, a exemplo do DAET e DAPES.

Houve uma frequência considerável de recursos de 2ª instância interpostos pelo cidadão de maneira equivocada. Ou seja, o recurso de 1ª instância foi respondido de maneira satisfatória pela área técnica e o cidadão, quando tinha uma nova pergunta, relacionada ao tema do recurso de 1ª instância, em vez de interpor nova demanda entrava com um novo recurso.

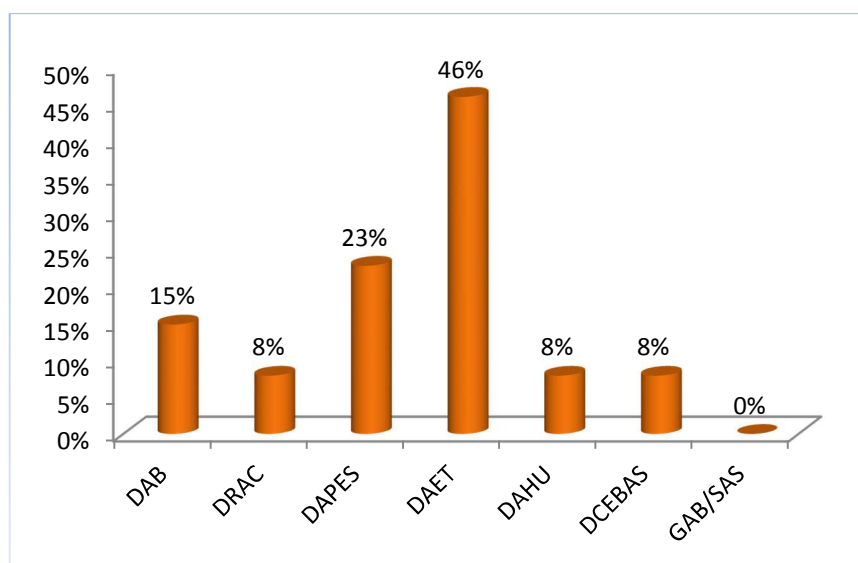
Foram observados, também, casos que geraram recursos de 2ª instância porque o cidadão não atentou para o conteúdo completo da resposta, como anexos e links enviados. É necessário informar esse contexto para enfatizar que nem todos os recursos de 2ª instância foram originados devido a debilidades ou recusas de fornecimento de informação nas respostas dos recursos de 1ª instância.

Quadro LXXX: Distribuição dos recursos de 2ª instância da LAI recebidos segundo Departamentos da SAS. Brasília, 2016.

MESES	DAB		DRAC		DAPEs		DAET		DAHU		DCEBAS		GAB/SAS		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
JAN	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
FEV	1	50%	0	0%	1	50%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	15%
MAR	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
ABR	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	8%
MAI	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
JUN	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	0	0%	0	0%	0	0%	2	15%
JUL	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
AGO	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1	8%
SET	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	8%
OUT	0	0%	0	0%	1	50%	0	0%	0	0%	1	50%	0	0%	2	15%
NOV	0	0%	1	33%	0	0%	2	67%	1	33%	0	0%	0	0%	3	23%
DEZ	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1	8%
TOTAL	2	15%	1	8%	3	23%	6	46%	1	8%	1	8%	0	0%	13	100%

Fonte: Elaboração própria CGIMRAS.

Gráfico XXXIV: Distribuição percentual dos recursos de 2ª instância recebidos pela SAS segundo Departamentos. Brasília, 2016.



Fonte: Elaboração própria CGIMRAS.

Quantidade de demandas recebidas segundo o perfil do cidadão:

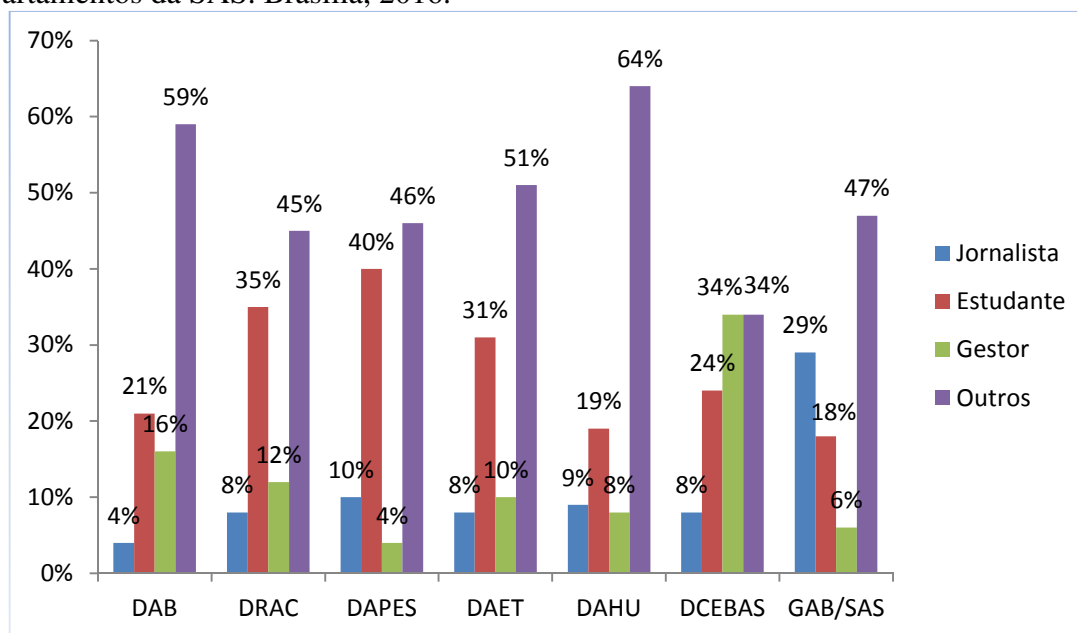
Esse relatório também analisou o número de demandas recebidas por Departamento de acordo com o perfil do cidadão. Os cidadãos que se identificaram como outros foram os responsáveis pelo maior número de demandas recebidas, seguidos pelos estudantes e gestores.

Quadro LXXI: Distribuição das demandas recebidas segundo perfil do cidadão e Departamentos da SAS. Brasília, 2016.

DEPARTAMENTO	JORNALISTA		ESTUDANTE		GESTOR		OUTROS		TOTAL 2016	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
DAHU	11	9%	24	19%	10	8%	80	64%	125	12%
DRAC	18	8%	79	35%	26	12%	101	45%	224	22%
DAB	10	4%	48	21%	37	16%	134	59%	229	22%
DAET	14	8%	54	31%	18	10%	90	51%	176	17%
DAPES	22	10%	88	40%	8	4%	101	46%	219	21%
DCEBAS	3	8%	9	24%	13	34%	13	34%	38	4%
GAB SAS	5	29%	3	18%	1	6%	8	47%	17	2%
TOTAL	83	8%	305	30%	113	11%	527	51%	1.028	100%

Fonte: Elaboração própria CGIMRAS.

Gráfico XXXV: Distribuição percentual das demandas recebidas segundo perfil do cidadão e Departamentos da SAS. Brasília, 2016.



Fonte: Elaboração própria CGIMRAS.

Evolução do recebimento de demandas no período de 2012 a 2016:

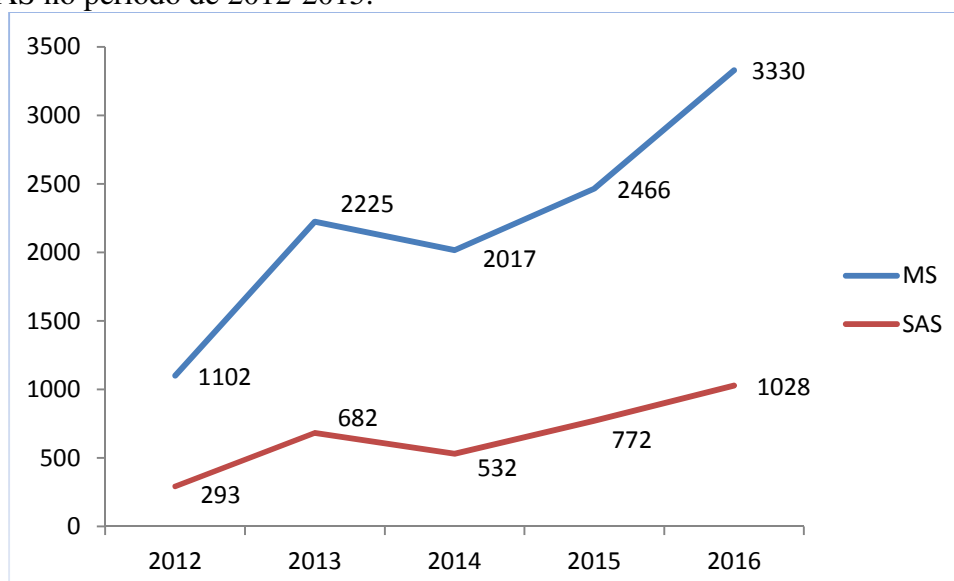
Ao se analisar a evolução no número de demandas recebidas pela SAS comparada com o número total de demandas recebidas pelo MS, observa-se que as demandas da SAS representaram, em média, 29% do total das demandas do MS recebidas no período de 2012 a 2016. Ao se analisar somente a evolução no número de demandas recebidas pela SAS no período de 2012-2016, observa-se um expressivo aumento de 71%.

Quadro LXXXII: Distribuição do número e percentual das demandas recebidas pelo Ministério da Saúde e pela SAS no período de 2012 - 2016. Brasília, 2016.

Órgão/Secretaria	2012		2013		2014		2015		2016	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MS	1.102	73%	2.225	69%	2.017	74%	2.466	69%	3.330	69%
SAS	293	27%	682	31%	532	26%	772	31%	1.028	31%

Fonte: SIC e CGIMRAS

Gráfico XXXVI: Evolução, em número absoluto, de recebimento de demanda da LAI pelo MS e pela SAS no período de 2012-2015.



Fonte: SIC e CGIMRAS

7.2 Carta de Serviços ao Cidadão

A Missão da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) é a coordenação nacional da assistência à saúde prestada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e implementada de forma integrada pelos Estados, Municípios e União. Desde a promoção da saúde até a alta complexidade, transplantes, rede dos hemocentros, além de toda a Atenção Básica e Especializada, Ambulatorial e Hospitalar. Buscando atingir a ampliação do acesso e qualidade nos serviços do SUS e a integralidade necessária.

7.3 Aferição do grau de satisfação dos cidadãos-usuários

A Secretaria conta com uma série de mecanismos para identificar o nível de satisfação e busca resolver os pontos identificados como críticos. Exige uma pesquisa realizada pelo Departamento de Atenção Básica que nos últimos anos entrevistou milhares de pessoas que tiveram contato com o Sistema Único de Saúde, principalmente unidades básicas de saúde. Esse relatório está disponível no banco de dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), realizado em parceria com universidades em todo o país.

São publicados materiais para profissionais e cidadãos que ajudam na manutenção da saúde e na melhoria dos procedimentos e Ouvidoria.

7.4 Mecanismos de transparência das informações relevantes sobre a atuação da unidade

Buscando melhorar a questão da acessibilidade e atender as Diretrizes de Comunicação Digital do Governo Federal, estabelecidas pelo Decreto nº 5.296, de 2004, o Núcleo de Comunicação da SAS, juntamente com a equipe do Portal/Ascom/MS e outras Secretarias do Ministério da Saúde começaram um processo de implementação e construção de um novo portal da saúde.

Sempre com o foco no público, a padronização é intencional para que o cidadão não tenha dificuldade em conseguir informações ao acessar as propriedades digitais do governo federal. Além da facilidade de acesso, acredita-se que a adoção das diretrizes da Identidade Padrão de Comunicação Digital pelos órgãos do Poder Executivo Federal gere mais credibilidade e posicionamento ao próprio governo ao criar uma identificação das propriedades digitais governamentais disponíveis à população.

Com esse objetivo todos os portais terão em sua estrutura principal os seguintes elementos:

1. Barra padrão da Identidade de Comunicação Digital do Governo Federal
2. Cabeçalho
3. Coluna de Menus*
4. Miolo
5. Rodapé
6. Barra inferior da Identidade Padrão de Comunicação Digital do Governo

Federal

Sendo assim, em todas as páginas do Portal da Saúde, a Coluna de Menus trará todos os serviços e temas separados por público alvo: Cidadão, Gestor e Trabalhador. Além de assuntos que garantam a qualquer usuário a Transparência, o Acesso à Informação, Auditorias, Ouvidoria, Relatórios de Gestão entre outros.

7.5 Medidas para garantir a acessibilidade aos produtos, serviços e instalações

Ampla divulgação na imprensa e mídias sociais solicitando participação social oferecendo serviços de abrangência nacional gratuitos e de qualidade para a população.

7.6 Formas de participação cidadã nos processos decisórios

Atualmente, os Conselhos e Conferências de Saúde são espaços privilegiados para a explicitação de necessidades e para a prática do exercício da participação e do controle social sobre a implementação das políticas de saúde nas três instâncias públicas, municipal, estadual e federal. Suas participações em saúde se dão de formas institucionalizadas, regulamentadas pela Lei nº 8.142/1990, e não institucionalizadas, que são as possibilidades de participação em toda e qualquer atividade de saúde, desde as mais individuais/assistenciais (exemplo: uma consulta pública) até as mais coletivas.

Os Conselhos de Saúde são instâncias permanentes e de caráter deliberativo, sendo sua composição estabelecida em lei: representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, devendo estes últimos ter representação paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Devem atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, até mesmo nos aspectos econômicos e financeiros. Uma das atribuições dos Conselhos de Saúde é a aprovação dos

respectivos Planos de Saúde, nos quais estão contidas todas as políticas públicas de saúde, e Relatórios Anuais de Gestão, que identificam os resultados alcançados.

A Conferência de Saúde é uma oportunidade para a população apresentar para os governos, municipal, estadual e nacional, as suas necessidades para, a partir do debate em momento de uma conferência, encontrar as melhores soluções para as questões relacionadas com a saúde das pessoas em cada município.

Nesse sentido, a participação popular é um elemento fundamental no processo de construção das ações de saúde. Para assegurar a presença da população nas discussões, existem mecanismos institucionais, como os conselhos e conferências de saúde, que ajudam na formulação das ações relacionadas ao setor. Nesse sentido, em 2015, foi realizada a 15ª Conferência Nacional de Saúde, sob a coordenação do Ministério da Saúde (MS) e Conselho Nacional de Saúde (CNS). Com o tema “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas”, o evento aconteceu após quatro anos de realização da última edição. O eixo temático da conferência foi “Direito do Povo Brasileiro”.

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) participa ativamente dos processos realizados tanto no CNS quanto na Conferência Nacional de Saúde. Além disso, também utiliza o mecanismo de "Consultas Públicas" para colher contribuições, de setores especializados bem como da sociedade em geral sobre as políticas e os instrumentos legais que orientam as diversas ações no campo da saúde no país.

A ferramenta de consulta pública abre a possibilidade de uma ampla discussão sobre diversos temas na área de saúde, permitindo que a sociedade participe e contribua na construção do sistema de saúde brasileiro.

As consultas públicas são postadas no Portal Saúde, divididas por assunto. Os documentos são públicos e para contribuir com as mesmas é solicitado apenas o cadastro prévio do cidadão, a fim de possibilitar uma comunicação posterior, se necessário, visando esclarecimentos e/ou retirada de dúvidas acerca da contribuição do cidadão. Por meio dessa ferramenta, o processo de elaboração das políticas de saúde torna-se democrático e transparente para a sociedade.

Para exemplificar a participação do cidadão nos processos decisórios no âmbito desta Unidade Prestadora de Constas (UPC), entre outros, o Grupo EncontrAR é representante de pacientes de artrite reumatoide, participa ativamente do processo de construção das conferências de saúde, além de consultas e audiências públicas, em especial, do processo democrático de incorporação de novos medicamentos e atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Artrite Reumatoide.

Segue relação das consultas públicas realizadas pela SAS durante o exercício de 2015 e 2016, as quais constam no endereço - (<http://200.214.130.94/CONSULTAPUBLICA/index.php#>):

- Consulta Pública Nº 25, 8 de Dezembro de 2015- "Caderneta da Criança - Passaporte da Cidadania"
- Esclarecimentos pós audiência Pública para aquisição de equipamentos para Unidades de Pronto Atendimento-UPA's e para as Unidades Básicas de Saúde- UBS do Ministério da Saúde.
- Consulta Pública Nº 02, DE 12 DE MAIO DE 2016: "Diretrizes para Prescrição, Concessão, Adaptação e Manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção"
- Consulta Pública Nº 3, DE 12 DE MAIO DE 2016: "DIRETRIZES DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA;
- Audiência Pública para aquisição de equipamentos para Unidades de Pronto Atendimento-UPA's e para as Unidades Básicas de Saúde- UBS do Ministério da Saúde;
- Consulta Pública Nº- 18, de 1º de outubro de 2015 - "Produto do Grupo de Trabalho de Revisão da Terminologia de Tipos de Estabelecimentos de Saúde";

- Consulta Pública Nº 9, de 8 de setembro de 2015- "Guia Estratégico de Cuidado em Álcool e Outras Drogas";
- Consulta Pública Nº 1, de 11 de Agosto de 2015 - "Protocolo da Atenção Básica-Saúde da Mulher" – em que a SAS recebeu diversas contribuições incluindo dos movimentos sociais, como LGBT e população negra;
- Consulta Pública Nº 24, DE 16 /12/2014 – “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Transtorno Afetivo Bipolar”;
- Consulta Pública Nº 23, de 02 de Dezembro de 2014 – “Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas: Câncer de Cabeça e Pescoço”.

7.7 Avaliação dos produtos e serviços pelos cidadãos-usuários

Pesquisas de satisfação como o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade na atenção básica e ouvidoria 136, também através da Pesquisa de Amostra a Domicílio realizada pelo IBGE e ouvidoria ativa do Ministério realizada por usuários que foram atendidos pelo SUS.

8 DESEMPENHO FINANCEIRO E INFORMAÇÕES CONTÁBEIS

8.1 Tratamento contábil da depreciação, da amortização e da exaustão de itens do patrimônio e avaliação e mensuração de ativos e passivos.

Não se aplica a unidade prestadora de contas

8.2 Sistemática de apuração de custos no âmbito da unidade

Não se aplica a unidade prestadora de contas

8.3 Demonstrações contábeis exigidas pela Lei 4.320/64 e notas explicativas (não se aplica)

Não se aplica a unidade prestadora de contas (itens 7.7 a 7.21)

9 CONFORMIDADE DA GESTÃO E DEMANDAS DE ÓRGÃOS DE CONTROLE

9.1 Tratamento de determinações e recomendações do TCU

No que diz respeito às providências adotadas para atender às deliberações exaradas em acórdãos do TCU e CGU foram inseridas nos anexos abaixo:

Anexo IV TCU Cumprido

Anexo V TCU Não Cumprido

Anexo VI PLANO DE PROVIDÊNCIAS PERMANENTE

9.2 Tratamento de recomendações do Órgão de Controle Interno

Não se aplica a unidade prestadora de contas

9.3 Medidas administrativas para a apuração de responsabilidade por dano ao Erário

A descentralização das ações e serviços de saúde, conforme preconiza a Constituição Federal de 1988, a Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/90, é um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde - SUS, abrangendo também a descentralização orçamentária-financeira, na modalidade de transferência fundo a fundo. Consequência direta desta assertiva é que a União detém competência para controle e fiscalização dos recursos transferidos a serem executados no SUS, porém, não de forma exclusiva.

Diante disto, a atuação dos órgãos da União de Controle e Fiscalização do SUS se dá de duas formas: Direta e imediata, quando entender que já estão presentes os pressupostos para tanto; ou de forma subsidiária, primeiro acionando os órgãos de controle e fiscalização dos demais entes federativos, possibilitando que estes exerçam suas competências autônomas, mesmo que de forma concorrente, antes da atuação direta da União.

A Lei Complementar 141/2012 identifica o Ministério da Saúde como ente transferidor dos recursos federais a serem executados na saúde pública e os estados e municípios como entes beneficiários, executores dos recursos federais transferidos. A partir deste entendimento, é importante diferenciar as situações que ensejam a aplicação direta do procedimento de Tomada de Contas Especiais - TCE por parte do Ministério da Saúde, quais sejam, as que caracterizam dano ao Erário, das situações às quais ainda cabe adoção de medidas administrativas, quais sejam, o desvio de finalidade ou objeto na aplicação dos referidos recursos.

Em relação ao procedimento de TCE, o Ministério da Saúde segue as orientações previstas na Instrução Normativa 71/2012 do Tribunal de Contas da União, que estabelece que o procedimento de Tomada de Contas Especial é um processo administrativo devidamente formalizado, com rito próprio, para apurar responsabilidade por ocorrência de dano à administração pública federal, com apuração de fatos, quantificação do dano, identificação dos responsáveis e obter o respectivo ressarcimento.

No âmbito do Ministério da Saúde, o levantamento dos pressupostos para a TCE pode se dar pela atuação do Sistema Nacional de Auditoria do SUS – SNA; por meio do monitoramento das diversas áreas finalísticas que elaboram e executam as políticas públicas de saúde; bem como por meio de auditorias ou procedimentos investigatórios externos, notadamente, pela atuação dos Ministérios Públicos e órgãos de Controle Interno e Externo da União, estados e municípios. Uma vez identificados os pressupostos e não cabendo medidas

administrativas para ajuste, o pedido é encaminhado ao Fundo Nacional de Saúde, que dá seguimento ao processo de TCE.

Quanto ao esgotamento das vias administrativas, a mesma Instrução Normativa 71/2012 do TCU orienta que, diante da omissão no dever de prestar contas, da não comprovação da aplicação de recursos repassados pela União mediante convênio, contrato de repasse, ou instrumento congênere, da ocorrência de desfalque, alcance, desvio ou desaparecimento de dinheiro, bens ou valores públicos, ou da prática de ato ilegal, ilegítimo ou antieconômico de que resulte dano ao Erário, a autoridade competente deve imediatamente, antes da instauração da Tomada de Contas Especial, adotar medidas administrativas para caracterização ou elisão do dano, observados os princípios norteadores dos processos administrativos.

Em consonância com a proposta de elisão do dano e atuação ainda em vias administrativas, o Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS atua na proposição de Termo de Ajuste Sanitário - TAS quando, a partir dos preceitos do Art. 27 da Lei Complementar 141/2012, identifica aplicação de recursos em despesas com ações e serviços públicos não afetos à área da saúde ou em objeto diverso do originalmente pactuado, não identificadas ilegalidades ou malversação dos recursos públicos federais transferidos. Tal medida objetiva corrigir as impropriedades constatadas e garantir o financiamento das políticas públicas de saúde e o acesso aos usuários do SUS.

Ainda sob a ótica administrativa, ao elaborar suas Políticas e Programas Nacionais de Saúde, o Ministério da Saúde busca implementar processos de monitoramento da atuação dos entes federados na execução das ações e serviços pactuados, estabelecendo medidas de suspensão de transferência automática de recursos caso haja descumprimento dos critérios exigidos nos Atos Normativos contratualizados.

A Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS é órgão do Ministério da Saúde e segue os preceitos supracitados em relação aos procedimentos de ajuste sanitário e recomendações para a adoção de Tomadas de Contas Especiais. Ainda, nos termos das competências estabelecidas pelo Decreto nº 8.065/2013, bem como nos ditames da Lei Complementar nº 141/2012 e da Portaria nº 778/SAS/MS, de 13 de julho de 2013, a SAS/MS instituiu, através da Portaria nº 358, de 5 de maio de 2014, o fluxo de recebimento, análise e resposta às demandas de controle administrativo interno e externo e o Comitê de Monitoramento das Demandas de Controle - Comitê-MDC, inclusive no intuito de atender à recomendação da Controladoria-Geral da União, exarada no âmbito da Solicitação de Auditoria nº 201305858, para que a SAS/MS adote a rotina de gerenciamento das recomendações do Órgão de Controle Interno, por meio de Plano de Providências Permanente a ser encaminhado à CGU, para monitoramento das providências adotadas para atendimento às recomendações expedidas, bem como para que elabore e execute um plano de contingência visando à implementação das recomendações pendentes de atendimento consignadas em Relatórios produzidos pelo Órgão de Controle Interno.

Assim, mediante despachos de cada demanda aos componentes do Comitê de Monitoramento das Demandas de Controle, a SAS/MS passou a adotar providências com vistas à apuração dos fatos e esgotamento das vias administrativas, através de um fluxo padronizado no âmbito dessa secretaria quanto às demandas de controle administrativo interno e externo, com vistas a imprimir qualidade à análise e resposta a estas demandas, nos termos do art. 2º, da Portaria nº 358/2014.

Foi determinado que, ao ser apontada pela CGU a possibilidade de ocorrência de irregularidades, os Departamentos deverão remeter ofícios às Secretarias Estaduais de Saúde - SES, bem como às Secretarias Municipais de Saúde – SMS, nas quais a Controladoria-Geral da União detectou as citadas irregularidades, solicitando o encaminhamento das justificativas e documentação comprobatória das medidas adotadas para saneamento das irregularidades apuradas para a área finalística desta SAS, responsável pelo monitoramento da respectiva ação.

Após a análise das justificativas e documentos apresentados, se for o caso, recomenda-se ao DENASUS a realização de auditoria para a apuração necessária à tomada de contas, ou o próprio ressarcimento.

Um Grupo de Trabalho sobre o fluxo de demandas de órgãos de controle foi criado, envolvendo a Secretaria Executiva/MS, o DENASUS e FNS, e demais secretaria do MS, visando principalmente analisar, debater e consolidar as competências das áreas envolvidas, a fim de determinar o fluxo administrativo para proceder com a tomada de contas, ao final, acaso necessário.

Deste Grupo de Trabalho resultou a edição da Portaria MS/GM nº 988, de 15 de julho de 2015, que estabelece os procedimentos de tramitação de documentos originários de Órgãos Diligenciadores (OD) no âmbito do Ministério da Saúde e disciplina as atribuições do Assessor Especial de Controle Interno junto ao Gabinete do Ministro (GM/MS) e das Unidades Organizacionais (UO) no que se refere ao atendimento dessas diligências.

Ademais, a Controladoria-Geral da União (CGU) implementou o Sistema Monitor, já em funcionamento desde o mês de novembro do ano de 2015, o qual foi desenvolvido para permitir o acompanhamento online das recomendações realizadas no âmbito do controle interno do Poder Executivo Federal, por meio das ações de auditoria e fiscalização.

A partir do funcionamento desse sistema, cada recomendação decorrente das auditorias e fiscalizações realizadas é cadastrada pela equipe da Controladoria, não havendo mais correspondências ou necessidade de atendimento aos Planos de Providências (PPP).

Os Departamentos da SAS indicaram representantes para acessar esse Sistema Monitor, os quais passaram por treinamento para entender e acessar o sistema. Estes representantes são os responsáveis, juntamente com os servidores cadastradores indicados pelo Gab/SAS, pelo registro das ações e providências que foram tomadas pela SAS para atender/impugnar as recomendações, assim como pelo envio de documentos comprobatórios. Como parte do processo, a CGU verifica a adesão ao que foi recomendado.

Em decorrência disto, e atendendo ao estabelecido na Portaria nº 358/2014, foi estabelecido grupo de trabalho a fim de definir fluxo de demandas de órgãos de controle com indicação de ressarcimento. Até o presente momento, verificou-se duas necessidades em relação às demandas com recomendações da CGU: a possibilidade de ressarcimento via Termo de Ajuste Sanitário - TAS (DENASUS) e a impossibilidade de promoção imediata da Tomada de Contas, por ausência de informações/requisitos necessários para tal providência, sendo esta a principal razão de acúmulo de processos nesta Secretaria.

Sobre o assunto, cabe destacar que foi assinado o Despacho de Aprovação nº 42767/2015/CONJUR-MS/CGU/AGU, no dia 23 de dezembro de 2015, ratificando os termos do Parecer nº 965/2015/CONJUR-MS/CGU/AGU. Este recente Parecer da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde apontava uma possível solução jurídica para este problema, ao definir o encaminhamento que deveria ser adotado pelas Unidades Organizacionais do Ministério da Saúde e Entidades Vinculadas a esse Ministério, quando constatada malversação, desvio ou não aplicação dos recursos federais.

No decorrer do ano de 2016, houve troca de gestão no Ministério da Saúde e na Secretaria de Atenção à Saúde, e consequentemente ocorreram interpretações divergentes no referido Parecer. O Grupo de Trabalho - GT passou a reanalisar as questões determinantes que definiriam o fluxo para regularização das demandas com o referido tema com a consequente apresentação e publicação de Portaria para reger o procedimento e as competências a serem observadas para promover o ressarcimento do erário ante as impropriedades identificadas, inclusive por meio do Programa de Fiscalização a partir de Sorteios Públicos. Paralelo a este GT, houve uma determinação do Gabinete do Ministro em apurar todas as demandas que tramitam no Ministério que possuem como tema processos com indicativo de devolução de recursos. Para atender a esta determinação, foi instituída uma Força-Tarefa norteadada pela Portaria nº 124, de 18 de janeiro de 2017.

10 OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES (RELATÓRIO DO DCEBAS)

Neste capítulo foi inserido o Relatório referente as ações desenvolvidas no âmbito do Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde – DCEBAS/SAS.

A CERTIFICAÇÃO E SUA RELEVÂNCIA

De acordo com o artigo 1º da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, a Certificação consiste no reconhecimento de uma pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos como uma entidade beneficente de assistência social, com a finalidade de prestação de serviços nas áreas da saúde, assistência social ou educação, propiciando-lhe a isenção de contribuições para a seguridade social e outros benefícios.

No âmbito da saúde, entende-se o processo de Certificação como um instrumento de adequação e potencialização dos serviços prestados ao SUS com base nos contratos, convênios ou instrumentos congêneres celebrados entre os gestores públicos e as entidades e nas possíveis pactuações em consonância com os interesses do sistema e das políticas públicas, garantido o volume e o perfil adequado de serviços na rede.

As entidades detentoras do CEBAS, desde que preencham os demais requisitos definidos pela legislação tributária, poderão desfrutar de uma série de benefícios, sendo o principal deles, o referente à isenção das contribuições sociais.

O CEBAS, além de ser documento exigido pela Secretaria da Receita Federal – SRF/MF para que as entidades privadas, sem fins lucrativos, gozem da isenção da cota patronal, é também instrumento de acesso a recursos provenientes de emendas parlamentares.

Ressalta-se, ademais, a importância da Certificação na celebração de convênios com o poder público. O Fundo Nacional de Saúde - FNS, de praxe, avalia propostas e, para liberar acesso a projetos de financiamento, expansão de infraestrutura, aquisição de equipamentos, exige que a entidade a ser favorecida comprove ser titular de CEBAS.

Além disso, a Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (SESAI), quando propõe a seleção de entidades privadas, sem fins lucrativos, para execução de ações complementares na atenção à saúde aos povos indígenas, por meio de convênios, tem exigido a apresentação, por parte das entidades proponentes, do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social como requisito à habilitação no certame.

É possível identificar, ademais, leis de incentivo municipais, por vezes estaduais, editadas com o escopo de implementar acesso a descontos na conta de energia elétrica às entidades portadoras do CEBAS.

LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

- ✓ Decreto nº 2.536, de 06 de abril de 1998 (regras que se aplicam aos processos protocolados antes da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009 (Revogado pelo Decreto 7.237/2010 que foi revogado pelo Decreto 8.242/2014).
- ✓ Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009;
- ✓ Lei nº 12.868, de 15 de outubro de 2013;
- ✓ Decreto nº 7.300, de 14 de setembro de 2010;
- ✓ Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014;
- ✓ Portaria GM/MS nº 834, de 26 de abril de 2016.

UNIVERSO DE ENTIDADES BENEFICENTES NA ÁREA DA SAÚDE

As entidades beneficentes constituem importante segmento na oferta de ações e serviços de saúde. Essa rede complementar do SUS integra um total de 3.207 estabelecimentos de saúde (matriz e filial), distribuídos em 1.709 municípios brasileiros. Destaca-se que, em 927 municípios, a assistência hospitalar é realizada unicamente por hospitais beneficentes.

A rede filantrópica engloba um universo de 1.708 hospitais que prestam serviços para o SUS, sendo responsável por 36,86% dos leitos disponíveis e por 42% das internações realizadas no âmbito do Sistema Único. Os estabelecimentos beneficentes realizam 7,35% dos atendimentos ambulatoriais do SUS, equivalendo a 49,35% do total de atendimentos ao SUS (internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais).

Ressalta-se que o Ministério da Saúde, até dezembro de 2016, certificou um total de 1.257 entidades, correspondendo a 1.678 unidades (entre matrizes e filiais), tendo em vista um universo de 3.207 estabelecimentos de saúde.

Consta no site do Departamento a relação dos processos administrativos de Certificação de modo a dar publicidade e transparência à sua tramitação, e possibilitar o controle social (<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/831-sas-raiz/dcebas-raiz/cebas-site/12-cebas/13051-localize-seu-processo>).

Vale ressaltar que o certificado de entidade beneficente de assistência social concedido a uma entidade de saúde é extensivo às suas dependências e estabelecimentos filiais.

Mapa IV– Mapa de Distribuição geográfica das entidades beneficentes que prestam serviços ao SUS.



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalar e Ambulatorial do SUS (SIA e SIH/SUS) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/DATASUS/MS

Filtro: Natureza Jurídica – SRFB (iniciado com nº “3”)

Seleções: Tipo hospitalar = Tipos de unidades Hospital Geral, Hospital Especializado, Hospital dia e Pronto Socorro (Geral e Especializado) acima de 30 leitos e Unidade Mista acima de 30 leitos.

Desconsiderando os Estabelecimentos de Saúde no CNES -> Sem o devido registro da Natureza Jurídica

Período da Produção: Jan/2016 a Dez/2016

CNES: Competência Jan/2017

Atualização: 20 de fevereiro de 2017

As entidades beneficentes desempenham papel relevante para o funcionamento do sistema público e suplementar de saúde. A análise mais detalhada da prestação de serviços ao SUS, por grupo de procedimentos e complexidade da assistência, revela que o setor filantrópico executa o maior quantitativo de cirurgias oncológicas, neurológicas, transplantes e outros de alta complexidade, conforme discriminado abaixo:

✓ 59,35% das internações de Alta Complexidade no SUS são realizadas por hospitais filantrópicos.

Ainda, nas especialidades de Alta Complexidade, os hospitais filantrópicos respondem por:

- ✓ 62,92% das internações de Cardiologia;
- ✓ 53,80% das internações para Transplantes;
- ✓ 67,30% dos procedimentos de Quimioterapia realizados em regime de internação;
- ✓ 66,71% das internações para Cirurgia Oncológica.

COMITÊ CONSULTIVO DO DCEBAS

O Comitê Consultivo foi instituído com a finalidade de assistir o DCEBAS nos processos de Certificação e representado pelos seguintes órgãos e entidades:

- ✓ Departamento de Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social em Saúde – DCEBAS/SAS/MS;
- ✓ Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS);
- ✓ Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS);
- ✓ Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB);
- ✓ Confederação Nacional da Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); e
- ✓ Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas (CONFENACT).

INTERFACES DO DCEBAS

O DCEBAS tem interfaces com várias áreas do MS e órgãos do poder público. São eles:

- ✓ Ministério de Desenvolvimento Social e Agrário - MDSA;
- ✓ Ministério da Educação – MEC;
- ✓ Secretária Executiva do Ministério da Fazenda – SE/MF;
- ✓ Secretaria da Receita Federal do Brasil – SRFB/MF;
- ✓ Procuradoria Geral da Fazenda Nacional – PGFN/MF;
- ✓ Secretaria Executiva do Ministério da Saúde – SE/MS;
- ✓ Consultoria Jurídica do MS – CONJUR/MS;
- ✓ Fundo Nacional de Saúde – FNS/SE/MS;
- ✓ Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento - DESID/SE/MS;
- ✓ Departamento de Vigilância de doenças e Agravos Não transmissíveis e Promoção da Saúde - DEVDANTPS/SVS/MS;
- ✓ Departamento de Informática do SUS – DATASUS/SGEP/MS;
- ✓ Departamento de Auditoria do SUS – SEGE/MS;
- ✓ Departamento de Ouvidoria do SUS – DOGES/SGEP/MS;
- ✓ Departamentos e áreas técnicas da Secretaria de Atenção à Saúde;
- ✓ Dentre outras áreas.

CERTIFICAÇÃO DE ENTIDADES BENEFICENTES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL EM SAÚDE

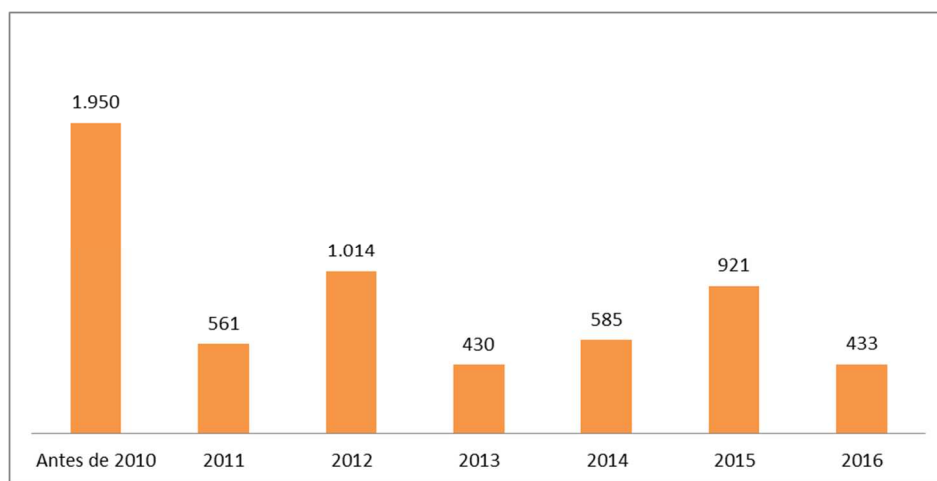
A certificação das entidades beneficentes de assistência social consiste numa série de procedimentos, definidos em lei específica, instaurados no âmbito do Departamento de Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde (DCEBAS) e, posteriormente, submetidos ao Secretário de Atenção à Saúde para julgamento e publicação da decisão.

O escopo de trabalho desenvolvido consiste na emissão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (CEBAS) às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social, desde que prestem serviços, isolada ou cumulativamente, nas áreas de saúde, educação e assistência social e cumpram os requisitos definidos em lei.

Importante ressaltar que a certificação das entidades beneficentes foi sensivelmente afetada pela publicação da Portaria GM/MS nº 834, de 26 de abril de 2016, a qual teve o condão de alterar a sistemática de protocolização das solicitações de renovação e concessão do CEBAS, na medida em que instituiu o requerimento via sistema informatizado. A medida influenciou na formalização do parecer eletrônico o qual impactou, diretamente, na celeridade e economicidade do processo administrativo de certificação.

Além disso, foi instaurada força-tarefa, por recomendação do Ministro de Estado da Saúde, iniciada em maio de 2016, com o fito de compelir os servidores a introduzir uma rotina de trabalho mais dinâmica, assim como a adoção de procedimentos mais céleres. O desempenho do Departamento de Certificação, mensurado pelo quantitativo de publicações drasticamente expandido, evoluiu de 526 decisões publicadas no Diário Oficial da União no ano de 2015, para 1.205, em 2016.

Gráfico XXXVII – Requerimentos de Concessão/Renovação do CEBAS: 2009 – 2016.



Até dezembro de 2016 foram protocolados no Ministério da Saúde 5.894 requerimentos de concessão e renovação do CEBAS, 1.399 recursos administrativos, representações, demandas judiciais, demandas de órgãos públicos e revisões administrativas. Além disso, 15,78 mil outras demandas como processo de supervisão, Adesão ao PROSUS, aplicação da Medida Provisória nº 446/08, resposta de diligência, complementação de informações, declarações, pedidos de informações, totalizando, aproximadamente, 23,07 mil documentos.

O Departamento atingiu um índice de 99,10% requerimentos analisados, considerando o total de requerimentos protocolados até dezembro de 2016 (5.894). Cabe ressaltar que 18,87% dos processos encontram-se aguardando decurso de prazo para resposta

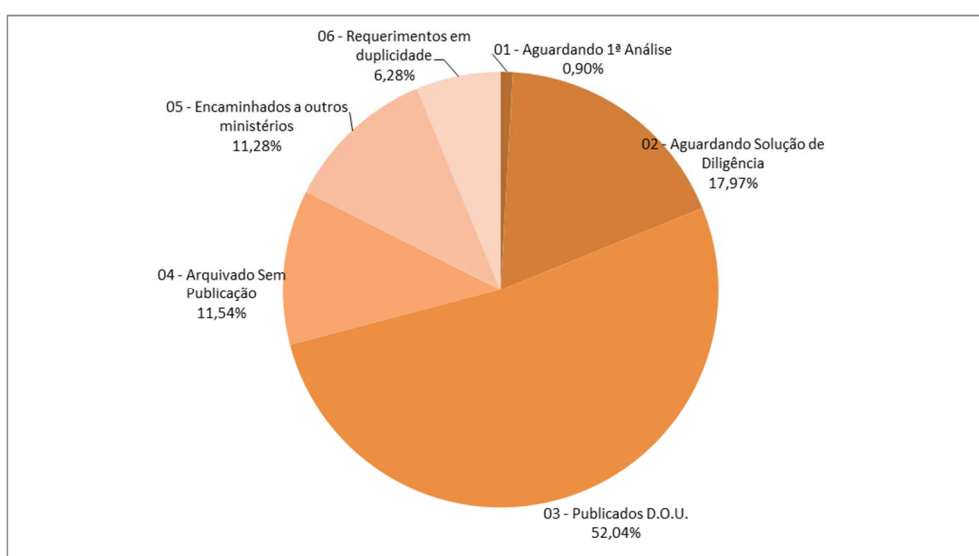
de diligência encaminhada à entidade por ausência de documentos ou insuficiência de informações na instrução do processo.

Quadro LXXXIII – Requerimentos de Concessão/Renovação

Requerimentos de Concessão / Renovação						
Fase de Produção		Antes da Lei	Depois da Lei	Total	Situação %	<u>Produção DCEBAS</u>
Total de Processos		935	4.959	5.894		
Requerimentos pendentes de julgamento	01 - Aguardando 1ª Análise	0	53	53	0,90%	18,87%
	02 - Aguardando Solução de Diligência	9	1.050	1.059	17,97%	
Requerimentos Concluídos	03 - Publicados D.O.U.	690	2.377	3.067	52,04%	81,13%
	04 - Arquivado Sem Publicação	5	675	680	11,54%	
	05 - Encaminhados a outros ministérios	213	452	665	11,28%	
	06 - Requerimentos em duplicidade	18	352	370	6,28%	

FONTE: SISCEBAS/CGAGPS/DCEBAS/SAS/MS – Atualizado até dezembro 2016

Gráfico XXXVIII – Situação dos Requerimentos de Concessão e/ou Renovação do CEBAS (%)



Fonte: SISCEBAS/CGAGPS/DCEBAS/SAS/MS – Atualizado até dezembro 2016.

Quadro LXXXIV - Total de Processos de Representação publicados no D.O.U.

Processos de Representação publicados no D.O.U.	
ANO	PROCESSOS
2012	04
2013	05
2014	15
2015	18
2016	07

Fonte: SISCEBAS/CGAGPS/DCEBAS/SAS/MS – Atualizado até dezembro de 2016

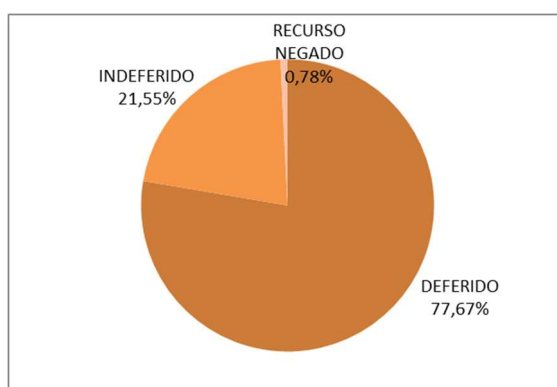
Na proporção entre deferimentos e indeferimentos, observa-se a preponderância de deferimentos (77,67%), confirmando a importância das estratégias de apoio a gestores e entidades.

Quadro LXXXV - Total de Requerimentos de Concessão e Renovação publicados no D.O.U.

ANO D.O.U.	DEFERIDO	INDEFERIDO	RECURSO NEGADO	TOTAL PUBLICAÇÃO
2011	113	21	0	134
2012	216	9	0	225
2013	253	34	0	287
2014	658	30	0	688
2015	391	133	4	528
2016	751	434	20	1.205
TOTAL	2.382	661	24	3.067

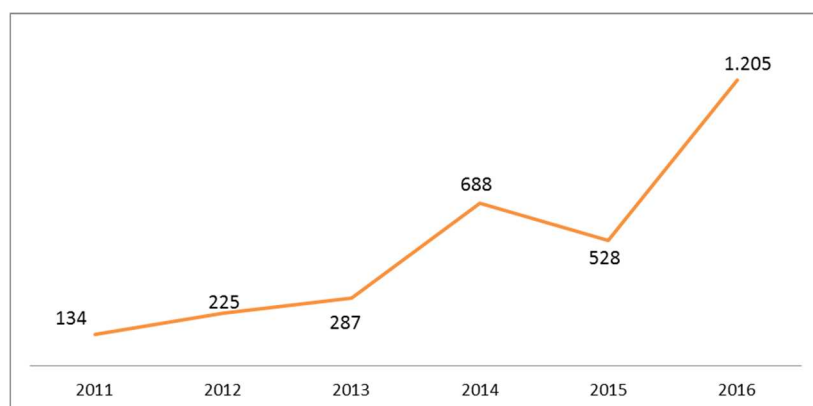
Fonte: SISCEBAS/CGAGPS/DCEBAS/SAS/MS – Atualizado até dezembro de 2016.

Gráfico XXXIX – Situação dos processos publicados no D.O.U.



Fonte: SISCEBAS/CGAGPS/DCEBAS/SAS/MS – Atualizado até dezembro 2016

Gráfico XL – Evolução por ano dos processos publicados no D.O.U.



Fonte: SISCEBAS/CGAGPS/DCEBAS/SAS/MS – Atualizado até dezembro 2016.

Com a publicação da Lei nº 12.101/2009, foi atribuída ao Ministério da Saúde a responsabilidade de **supervisionar** as entidades certificadas visando o cumprimento dos requisitos obrigatórios durante todo o período de vigência do certificado (3 ou 5 anos), de acordo com os condicionantes legais e a forma como foi comprovada a condição de beneficente.

Em relação à avaliação de resultados da supervisão das entidades portadoras de CEBAS, é importante que seja considerado o **resultado estratégico da atividade**, tanto quanto o **resultado operacional anual**, de forma a se avaliar o desempenho do Ministério da Saúde em relação à responsabilidade institucional como certificador.

Dessa forma, avalia-se a efetividade da ação pelo volume de entidades supervisionadas em relação ao volume de entidades certificadas (índices percentuais), levando-se em conta, ainda, os parâmetros adotados para a seleção dessas entidades, como os critérios de risco, as demandas por órgãos de controle, os tempos de vigência dos certificados passíveis de supervisão, etc.

1. SUPERVISÃO - DESEMPENHO OPERACIONAL – JANEIRO A DEZEMBRO/2016:

- ✓ Processos de Supervisão iniciados: **179**
- ✓ Processos de Supervisão em curso: **222**
- ✓ Processos de Supervisão concluídos: **73**
- ✓ Ofícios emitidos (entidades e gestores): **≈ 575**
- ✓ Documentos recebidos/analizados: **≈ 358**
- ✓ Certidões e despachos emitidos: **≈ 716**
- ✓ Bases de dados analisadas: **≈ 358**
- ✓ Notas técnicas elaboradas: **≈ 207**



Fonte:DCEBAS/SAS

TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS DO TIMEMANIA

Em 2016 o Ministério da Saúde repassou recursos na ordem de R\$ 5.781.762,90 (cinco milhões, setecentos e oitenta e um mil setecentos e sessenta e dois reais e noventa centavos) referente a 188 transferências para entidades de 17 estados brasileiros. As transferências de recursos foram autorizadas por meio da Portaria nº 2.241, de 3 de novembro de 2016.

LEGISLAÇÃO APLICÁVEL:

- ✓ Lei nº 11.345, de 14 de setembro de 2006 e alterações posteriores;
- ✓ Decreto nº 6.187, de 14 de agosto de 2007;
- ✓ Portaria GM/MS nº 2.965, de 14 de dezembro de 2011.

PRINCIPAIS AÇÕES IMPLEMENTADAS EM 2016

Para cumprir suas competências institucionais, em conformidade com a estratégia de atuação adotada para o ano de 2016, o DCEBAS desenvolveu ações no sentido de aperfeiçoar sua dinâmica interna de trabalho, bem como sua atuação junto aos gestores e entidades beneficentes para a qualificação do processo de Certificação, Supervisão e da execução do PROSUS.

Uma dessas ações foi a execução do plano de contingência, conforme recomendado pela Controladoria-Geral da União (CGU) no Relatório de Auditoria Anual de Contas nº 201405793, com o objetivo de compatibilizar a força de trabalho existente no Departamento com o quantitativo de demandas, de modo que o passivo de processos fosse analisado o mais brevemente possível. Nesse sentido foi implementada uma Força Tarefa que acarretou o exame do passivo de processos que se encontravam aguardando a devida movimentação.

Vale ressaltar que o plano teve por premissa a análise situacional dos processos pendentes de julgamento no Departamento. A partir disso, foram criados Grupos Permanentes e Grupos Temporários de trabalho, com a indicação de seus respectivos resultados e metas de desempenho, além da indicação das partes envolvidas e o quantitativo de demanda pendente para cada Grupo, razão pela qual não há no Departamento demanda represada de processos.

Além do monitoramento de desempenho operacional, o plano de contingência elaborado e executado visou avaliar o desempenho da equipe técnica, já que previa metas a serem alcançadas, além de evidenciar a necessidade de adoção de medidas corretivas, alteração de metas ou outras medidas essenciais.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO – SISCEBAS

O DCEBAS aperfeiçoou o SisCEBAS elevando os níveis de resolutividade e transparência no processo de Certificação e na gestão das informações. A sistematização do fluxo do processo de trabalho incrementou a capacidade de controle gerencial dos processos do Departamento, otimizando o monitoramento e a avaliação dos resultados operacionais.

O SisCEBAS integra as bases de dados do CNES, SIA, SIH, CIHA, SRFB (CNPJ) e SisMAC, emitindo relatórios consolidados que subsidiam os procedimentos de análise, supervisão e monitoramento realizados pelo Departamento.

No ano de 2016 foi implementado definitivamente o acesso ao Sistema, bem como o protocolo eletrônico dos requerimentos de concessão e renovação do CEBAS.

COMUNICAÇÃO COM OS GESTORES DO SUS NOS ESTADOS E MUNICÍPIOS

As decisões sobre a Certificação impactam diretamente no acesso dos usuários do SUS aos serviços de saúde. Diante da importância do envolvimento dos gestores no processo de Certificação e do PROSUS, o DCEBAS mantém comunicação formal com o objetivo de cientificá-los sobre as decisões relacionadas aos requerimentos de Certificação e Adesão ao PROSUS, procedimentos de Supervisão das entidades certificadas e outros temas relevantes.

PERSPECTIVAS PARA 2017

- ✓ Implantar o processo de supervisão digital da mesma forma como foi implementado o Requerimento de CEBAS digital, objetivando dar maior celeridade, ganho de produtividade e economia de insumos administrativos.

- ✓ Realizar oficinas regionais de cooperação técnica direcionadas às Secretarias de Saúde para que o processo de Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social na Área da Saúde promova o fortalecimento da parceria entre gestores e entidades, contribuindo para melhores condições de acesso e atendimento à população;

- ✓ Publicar nova edição da cartilha “O Caminho para a Certificação”, atualizada e revisada em conformidade com a legislação.

O DCEBAS desenvolve atividades que são estritamente norteadas por pressupostos legais.

Durante o ano de 2016, o DCEBAS atuou no sentido de melhor qualificar a gestão de processos de trabalho com o desenvolvimento de ferramentas que auxiliaram no desempenho das funções, acarretando a regularização das demandas represadas, fortalecendo as parcerias entre gestores e entidades, contribuindo dessa forma nas condições de acesso, transparência e atendimento à população.

11 ANEXOS E APÊNDICES

Anexo I Lista de Entidades Filantrópicas

Anexo II TC 49 OPAS Quadro de Consultor

Anexo III PNUD BRA 13_016 Quadro de Consultor

Anexo IV TCU Cumprido

Anexo V TCU Não Cumprido

Anexo VI PLANO DE PROVIDÊNCIAS PERMANENTE

12. OUTROS ITENS DE INFORMAÇÃO - RELATÓRIOS, PARECERES E DECLARAÇÕES

12.1 Rol de Responsáveis

12.2 Relatório de instância ou área de correção

Não se aplica a Unidade Prestadora de Contas

12.3 Declarações de Integridade

12.3.1 Declaração de Integridade e completude das informações sobre contratos e convênios nos sistemas estruturantes da Administração Pública Federal

Não se aplica a Unidade Prestadora de Contas

12.3.2 Declaração de Integridade e completude dos registros de informações no Sistema de Avaliação e Registro dos Atos de Admissão e Concessões (não se aplica)



INSCRIÇÃO NO CNPJ
00.394.544/0127-87
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas/SAAIMS
S.E.M. Anexo B - 3º Andar Sala 342 a 378
Cep: 70.058-901
Brasília-DF

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA
SUBSECRETARIA DE ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS
COORDENAÇÃO-GERAL DE GESTÃO DE PESSOAS
COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL
S.E.M., Bloco G, Edifício Anexo, Ala "B", 3º Andar, Sala 371 – 70058-900 - Brasília/DF
Telefones: (61) 3315-2510 – E-mail: coape.cgesp@saude.gov.br

DECLARAÇÃO

Declaro junto aos órgãos de controle interno e externo que todos os atos de admissão de pessoal e de concessão de aposentadoria, reforma e pensão relativos ao pessoal da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) estão devidamente registrados no Sistema de Apreciação e Registro dos Atos de Admissão e Concessões – SISAC, para fins de registro junto ao Tribunal de Contas da União, conforme determina o inciso III do Art. 71 da Constituição Federal e Art. 2º da Instrução Normativa TCU 55/2007.

Brasília, 10 de fevereiro de 2017.


JOSÉ FERREIRA LOPES
Coordenador de Administração de Pessoal - Substituto

12.3.3 Declaração de cumprimento das disposições da Lei 8.730/1993, quando à entrega das declarações de bens e rendas

Declaração de Ajuste Anual do Imposto de Renda dos representantes da SAS.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA
SUBSECRETARIA DE ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS
COORDENAÇÃO-GERAL DE GESTÃO DE PESSOAS
COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL
SEM, Bloco G, Edifício Anexo, Ala "B", 3º Andar, Sala 371 – 70058-900 - Brasília/DF
Telefones: (61) 3315-2510 – FAX: (61) 3223-8995 – E-mail: coape.cgesp@saude.gov.br

D E C L A R A Ç Ã O

Declaro, em atendimento à solicitação da Secretária de Atenção à Saúde - SAS, para fins de cumprimento do que estabelece o Art. 13 da Lei 8.429, de 02/06/1992 e o disposto no Art. 1º da Lei 8.730, de 10/11/1993 e considerando as instruções emanadas pela Portaria Interministerial MP/CGU nº 298, de 06/09/2007 - que os servidores relacionados abaixo, autorizaram o acesso, por meio eletrônico, às cópias de suas Declarações de Ajuste Anual do Imposto de Renda da Pessoa Física, com as respectivas retificações, apresentadas à Secretaria da Receita Federal do Brasil, do Ministério da Fazenda; por meio do preenchimento do Formulário de Autorização constante do Anexo I, arquivados nas pastas de assentamentos funcionais.

- ALBERTO BELTRAME
- FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO
- CLEUSA RODRIGUES DA SILVEIRA BERNARDO
- ADRIANA LUSTOSA ELOI VIEIRA
- MARIA VICTORIA PAIVA
- SONIA REGINA DE FREITAS CAPELLAO
- PAULO HENRIQUE FERREIRA DE MELO
- JAIR VINNICIUS RAMOS DA VEIGA
- ALLAN NUNO ALVES DE SOUSA
- ANNE ELIZABETH BERENGUER ANTUNES
- JOSAFÁ SANTOS
- SUELI MOREIRA RODRIGUES
- MARIA INEZ PORDEUS GADELHA
- ANDRÉ BORN MUNIZ
- LUIZ EDGAR LEAO TOLINI
- MARCELO OLIVEIRA BARBOSA
- MAURICIO VIANNA
- MARIA CRISTINA DE OLIVEIRA MARQUES
- THEREZA DE LAMARE FRANCO NETTO
- CARLOS ALBERTO DE MATOS
- MARIANA HELCIAS CORTES GONZAGA SAGASTUME
- RUTILEIA AZEVEDO DE JESUS

Brasília, 10 de fevereiro de 2017.


JOSÉ FERREIRA LOPES
Coordenador de Administração de Pessoal

COAPE/2017 – Edilman

12.3.4 Integridade dos registros das informações no Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento

Não se aplica a unidade prestadora de contas

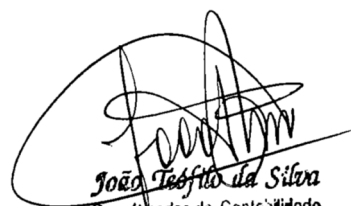
12.3.5 Declaração sobre a conformidade contábil dos atos e fatos da gestão orçamentária, financeira e patrimonial

Não se aplica a unidade prestadora de contas

12.3.6 Declaração do contador sobre a fidedignidade dos registros contábeis no Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal

Declaração do Contador afirmativa da fidedignidade das demonstrações contábeis

DECLARAÇÃO DO CONTADOR			
Denominação completa (UPC)		Código da UG	
SECRETARIA DE ATENCAO A SAUDE		250010	
Declaro que os demonstrativos contábeis constantes do SIAFI (Balanços Orçamentário, Financeiro e Patrimonial e as Demonstrações das Variações Patrimoniais, do Fluxo de Caixa e das Mutações do Patrimônio Líquido), regidos pela Lei n.º 4.320/1964 e pela Norma Brasileira de Contabilidade Aplicada ao Setor Público NBCT 16.6 aprovada pela Resolução CFC n.º 1.133/2008, relativos ao exercício de 2016, refletem adequada e integralmente a situação orçamentária, financeira e patrimonial da unidade jurisdicionada que apresenta Relatório de Gestão. Estou ciente das responsabilidades civis e profissionais desta declaração.			
Local	Brasília-DF	Data	17/01/2017
Contador Responsável	João Teófilo da Silva	CRC n.º	DF-007448/O-7



João Teófilo da Silva
Coordenador de Contabilidade
CCONT/FNS/MS
CRC 7448-DF

13. INFORMAÇÕES SUPLEMENTARES (não se aplica)

Não se aplica a unidade prestadora de contas

14. CONCLUSÃO

O Sistema Único de Saúde afigura-se uma das principais conquistas sociais da Constituição Federal de 1988, a “Constituição Cidadã”. O direito à saúde, regido pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, representa progresso civilizatório na construção do Estado Democrático de Direito em nosso País.

Dadas as dimensões continentais e as características peculiares da República Federativa do Brasil, a descentralização na prestação dos serviços e participação comunitária também foram alçadas a princípios organizacionais voltados à busca da democratização, da eficiência e da eficácia em suas atividades. Para além de dividir prerrogativas e responsabilidades entre todos os entes federativos, a prestação de serviços nos municípios vai ao encontro de antever as especificidades sanitárias locais, sobremaneira diversificadas nas diversas regiões e biomas brasileiros. Tratou-se, pois, de um imenso desafio implantar e manter o SUS em meio a adversidades de diversas ordens.

São também princípios do SUS a regionalização e a hierarquização dos serviços que devem funcionar em redes e com cooperação federativa. Cabe registrar que o escopo de serviços do SUS, para além daqueles voltados diretamente à atenção à saúde, incluem serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e do trabalho. Ou seja, totalidade da população brasileira é usuária dos serviços do SUS seja quando recebe uma vacina, seja quando frequenta um restaurante, já que este depende da vigilância sanitária para o seu funcionamento.

Do ponto de vista da atenção à saúde, os serviços de atenção primária (ou atenção básica) devem estar presentes em todos os municípios do País, pois representam a ‘porta de entrada’ prioritária do Sistema. É nesse nível de atenção que se busca resolver grande parte dos agravos à saúde de menor complexidade, bem como proporcionar informações e orientações preventivas e atividades de promoção à saúde.

Isso, uma vez que o conceito de saúde que embasa as regras do SUS inclui uma série de bens e direitos relacionados às condições de vida, ao invés de representar, meramente, a ausência de doenças. Essa definição está expressamente positivada Lei 8080/90, em seu artigo 3º:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Evidente que a garantia do direito à saúde não está restrito ao nível da atenção básica, sendo imprescindíveis os níveis de atenção secundário e terciário, tanto no que respeita aos serviços ambulatoriais quanto aos hospitalares. Nesses níveis de atenção aumentam as dificuldades e os custos para a garantia do acesso no tempo e na modalidade adequada, sob o risco de perderem-se vidas. Todavia, dados os custos de instalação e de manutenção, a proporção da população usuária e as condições de infraestrutura para o seu funcionamento, não necessariamente devem/podem estar presentes em todos os municípios. Basta imaginar as disparidades nos tamanhos dos municípios para perceber que seria ineficiente e altamente custoso manter serviços cirúrgicos nas áreas de oncologia, cardiologia e transplantes em todas as cidades do País.

É nesse sentido que os serviços de atenção à saúde devem ser regionalizados e hierarquizados. A regionalização impõe a cooperação federativa ou, no jargão do SUS, a pactuação entre seus gestores, de modo a garantir o acesso a toda população a todos os níveis

de atenção à saúde. O arcabouço normativo e institucional do SUS conta com normas, como o Decreto 7508/2008, e instâncias como as comissões intergestores (tripartite, bipartites e regionais), que muito favorecem esse arranjo.

Ainda assim, a demanda por serviços de atenção à saúde impõe sérias dificuldades para a garantia do direito constitucional à saúde. Somado ao perfil epidemiológico e demográfico da população nas diversas regiões do País, os chamados ‘determinantes sociais da saúde’, que se assentam sobre condições estruturais, ambientais e culturais de nossa sociedade, impactam fortemente o SUS e consomem recursos preciosos que poderiam ser empregados na ampliação dos serviços de prevenção e de promoção da saúde.

Para se ter ideia, basta imaginar os impactos e dispêndios com os agravos oriundos de causas externas, como o são os acidentes de trânsito e os relacionados à violência e à criminalidade, resultantes de traços culturais e socioeconômicos da sociedade brasileira. Por exemplo, um acidente de automóvel com feridos politraumatizados, muitas vezes causado por imprudência ou consumo de drogas, ou ainda feridos com armas de fogo ou armas brancas, etc.

Tais ocorrências acionam uma série de recursos do SUS que vão desde equipes móveis, e equipes com diferentes profissionais a centros cirúrgicos, insumos, medicamentos, exames, etc. tanto no tratamento quanto na recuperação das condições de saúde. Os gastos só com a atenção de urgência e emergência, que no País somam bilhões de Reais e que em boa medida são evitáveis, poderiam ser empregados na melhoria da qualidade dos serviços, na qualificação e na valorização de seus profissionais, na expansão e aumento no escopo das ofertas, bem como na pesquisa e na incorporação tecnológica. Essas situações oneram em muito o SUS, além de gerar dispêndios previdenciários e perdas na força de trabalho nacional. Se o País não avançar para uma cultura mais baseada no respeito às normas e mais solidariedade social, dificilmente o SUS conseguirá dar conta da demanda, pois gasta boa parte de seus recursos em agravos evitáveis.

É justamente em função dos determinantes sociais que a atenção à saúde, principalmente em cenários de crescimento econômico aquém do desejado, empenha-se em focalizar seus recursos nas situações que geram riscos imediatos à vida e à integridade física e psicológica da população, sem deixar de contribuir para a conscientização sanitária, para prevenção e para a promoção de hábitos e práticas saudáveis. Assim, a SAS, como a secretaria nacional responsável por parametrizar os serviços de atenção à saúde no País, busca sempre considerar e respeitar as diversidades existentes, quer sejam regionais ou de grupos populacionais, e focar suas ações com vistas ao máximo de efetividade e à garantia de assistência em todos os níveis de atenção.

A própria estrutura organizacional da SAS reflete esses objetivos, pois conta com áreas voltadas à atenção básica, à atenção hospitalar e de urgência, à atenção especializada, à regulação, controle e avaliação, à certificação das entidades filantrópicas complementares ao SUS, além de serviços hospitalares e de referência próprios, nesse caso os hospitais e institutos localizados no Rio de Janeiro. Tal estrutura trabalha permanentemente com o objetivo de garantir a atenção à saúde da população, buscando sempre aperfeiçoar seus processos e instrumentos de trabalho, bem como implementando inovações científicas e tecnológicas.

Assim, em 2016, priorizou-se garantir a permanência e a continuidade das políticas, dos programas e das ações de saúde em todos os níveis de atenção (atenção básica, de média e alta complexidades, além da atenção especializada). Sob outro aspecto, buscou-se avançar na integração informatizada de todo o SUS com vistas a gerar ganhos de produtividade e de resolutividade, além de mais informações para o correto monitoramento, controle e avaliação do SUS como um todo.

O presente Relatório, além de prestar contas aos órgãos de controle e a sociedade em geral, procurou mostrar os esforços feitos, os resultados e as entregas proporcionadas a partir dos recursos disponibilizados à SAS. Considerando as especificidades do ano de 2016,

considera-se exitoso o trabalho e o cumprimento da missão de contribuir, juntamente com os gestores dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, para garantir o direito constitucional à atenção à saúde da população do País.

ANEXOS

Anexo I Lista de Entidades Filantrópicas

	UF	NO_MUNICIPIO	CO_CNES	NO_RAZAO_SOCIAL	FREQ_SIH	Qtd_Apresentada_SIA
1	DF	BRASILIA	2673916	ASSOCIACAO DAS PIONEIRAS SOCIAIS	8.819	1.621.389
2	DF	CRUZEIRO	3276678	FUNDACAO UNIVERSITARIA DE CARDIOLOGIA	3.867	161.097
3	DF	CRUZEIRO	6730914	HOSPITAL SAO MATEUS	200	
4	GO	ANAPOLIS	2361779	SANATORIO ESPIRITA DE ANAPOLIS	2.700	5.557
5	GO	ANAPOLIS	2361787	FUNDACAO DE ASSISTENCIA SOCIAL DE ANAPOLIS	10.158	680.924
6	GO	ANAPOLIS	2441675	MATERNIDADE DR ADALBERTO PEREIRA DA SILVA	1.571	32.857
7	GO	BURITI ALEGRE	2507358	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BURITI ALEGRE	695	42.366
8	GO	CALDAS NOVAS	2519429	ASSOC DE PREVENCAO E COMBATE AO CANCER DE CALDAS NOVAS	568	
9	GO	CATALAO	2442612	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CATALAO	3.539	144.914
10	GO	CATALAO	3940829	FUNDACAO ASSISTENCIAL DR WILLIAM FAIAD		1.334
11	GO	CERES	2337576	ASSOCIACAO HOSPITAL SAO PIO X	3.442	82.305
12	GO	FIRMINOPOLIS	2507870	ASSOCIACAO FILANTROPICA MONTES BELOS SOLIDARIA	1.301	30.929
13	GO	FORMOSA	2361477	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	2.394	8.224
14	GO	GOIANDIRA	2441799	ASS DE PROTECAO A MATERNIDADE E A INFANCIA DE GOIANDIRA	33	35.828
15	GO	GOIANESIA	7577168	FUNDACAO UNIVERSITARIA EVANGELICA FUNEV	373	5.702
16	GO	GOIANIA	2338351	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GOIANIA	11.985	544.486
17	GO	GOIANIA	2338386	FUNDACAO BANCOS DE OLHOS DE GOIAS	1.849	316.996
18	GO	GOIANIA	2338734	INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO IDTECH	6.440	180.881
19	GO	GOIANIA	2506815	ASSOCIACAO DE COMBATE AO CANCER EM GOIAS	10.297	681.416
20	GO	GOIANIA	2517957	HOSPITAL ESPIRITA EURIPEDES BARSANULFO	3.572	5.765
21	GO	GOIANIA	2518295	ASSOCIACAO DE SAUDE MENTAL INFANTIL DE GOIAS	256	
22	GO	GOIANIA	2519186	INSTITUTO ESPIRITA BATUIRA DE SAUDE MENTAL	2.078	
23	GO	GOIANIA	2673932	ASSOCIACAO GOIANA DE INTEGRALIZACAO E REABILITACAO AGIR	6.119	868.103
24	GO	GOIAS	2343525	HOSPITAL DE CARIDADE SAO PEDRO DALCANTARA	1.419	171.975
25	GO	ITAPURANGA	2441977	ASSOCIACAO POPULAR DE SAUDE DE ITAPURANGA APSI	916	10.019
26	GO	ITUMBIARA	2589265	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO MARCOS	313	
27	GO	JARAGUA	2507129	HOSP E MAT JARAGUA OBRA UNIDA A SOC SAO VIC DE PAULA	924	
28	GO	JATAI	2340186	SOCIEDADE DE BENEFICIENCIA ALBERGUE S V PAULA DE JATAI	494	
29	GO	JATAI	7532024	ASSOCIACAO LAR SAO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDENCIA DEUS	492	887
30	GO	NEROPOLIS	2442019	HOSPITAL SAGRADO CORACAO DE JESUS	2.221	111.808
31	GO	PIRACANJUBA	2442205	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	496	463
32	GO	RIO VERDE	2340704	HOSPITAL EVANGELICO DE RIO VERDE	2.008	59.729
33	GO	RIO VERDE	2340720	ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E A INFANCIA	2.704	42.105

34	GO	SANTO ANTONIO DO DESCOBERTO	2507188	FRATERNIDADE ECLETICA ESPIRITUALISTA UNIVERSAL		2.049
35	GO	TRINDADE	2535939	VILA SAO JOSE BENTO COTTOLENGO	3.506	264.740
36	MS	AMAMBAI	2558459	SOCIEDADE AMIGOS AMAMBAI	2.293	41.179
37	MS	ANASTACIO	2620111	ASSOCIACAO BENEF RURALISTA DE ASS MEDICA HOSP DE ANASTACIO	909	21.765
38	MS	ANAUROLANDIA	2376652	INSTITUTO SAGRADO CORACAO DE JESUS	429	8.172
39	MS	ANGELICA	2376598	ASSOCIACAO BENEFICENTE DE ANGELICA	356	2.166
40	MS	AQUIDAUANA	2659417	ASSOCIACAO AQUIDAUANENSE DE ASSISTENCIA HOSPITALAR	3.399	117.682
41	MS	AQUIDAUANA	2695138	ASSOC BENEFICENTE RURALISTA ASSIST MED HOSPITALAR DE MS	1.422	16.049
42	MS	BATAGUASSU	2371782	IRMANDADE DA S C DE M BATAGUASSU	1.011	
43	MS	BATAYPORA	2376768	SOCIEDADE HOSPITALAR SAO LUCAS	589	8.085
44	MS	BELA VISTA	2376458	BENEFICENCIA HOSPITALAR DE BELA VISTA	1.203	23.442
45	MS	BONITO	2376474	ASSOCIACAO BENEFICENTE HOSPITAL DARCI JOAO BIGATON	1.092	3.084
46	MS	BRASILANDIA	2371065	ASSOCIACAO BENEF DR JULIO PAULINO MAIA	603	34.029
47	MS	CAARAPO	2376091	HOSPITAL BENEFICENTE SAO MATEUS	1.275	13.674
48	MS	CAMAPUA	2536587	SOCIEDADE DE P A M A T E A I DE CAMAPUA	475	12.986
49	MS	CAMPO GRANDE	0009717	ASSOCIACAO BENEFICENTE DE CAMPO GRANDE	25.637	810.723
50	MS	CAMPO GRANDE	0009733	ASSOC DE AUX E RECUP DOS HANSENIANOS	4.342	98.714
51	MS	CAMPO GRANDE	0009768	ASSOCIACAO DE AMPARO A MATERNIDADE E A INFANCIA	5.456	39.118
52	MS	CAMPO GRANDE	0009776	FUNDACAO CARMEM PRUDENTE DE MATO GROSSO DO SUL	2.149	171.488
53	MS	CAMPO GRANDE	0009792	CENTRO ESPIRITA DISCIPULOS DE JESUS	868	1.190
54	MS	CAMPO GRANDE	2646773	INSTITUICAO ADVENT CENTRAL BRAS DE EDUC E ASS SOCIAL	1.873	5.517
55	MS	CARACOL	2599996	ASSOCIACAO BENEFICENTE RITA ANTONIA MACIEL GODOY	269	7.034
56	MS	CASSILANDIA	2375680	IRMANDADE SANTA C M CASSILANDIA	738	22.593
57	MS	CORUMBA	2376334	ASSOCIACAO BENEFICENTE DE CORUMBA	7.523	17.426
58	MS	COSTA RICA	2375826	FUNDACAO HOSPITALAR DE COSTA RICA	1.735	36.976
59	MS	DOURADOS	2371332	MISSAO EVANGELICA CAIUA	1.335	33.365
60	MS	DOURADOS	2371375	ASSOCIACAO BENEFICENTE DOURADENSE	3.048	145.235
61	MS	FATIMA DO SUL	2558610	SOCIEDADE INTEGRADA DE ASSISTENCIA SOCIAL	2.152	55.916
62	MS	GLORIA DE DOURADOS	2591340	MATERNIDADE DA MAE POBRE NOSSA SENHORA DA GLORIA	499	3.173
63	MS	GUIA LOPES DA LAGUNA	3249336	ASSOCIACAO LAGUNENSE DE SAUDE	494	3.638
64	MS	ITAQUIRAI	2536838	ASSOCIACAO BENEFICENTE DE ITAQUIRAI	683	9.108
65	MS	JARDIM	2558289	HOSPITAL MARECHAL RONDON	1.297	83.349
66	MS	JATEI	2558408	ASSOC DE PROTECAO E ASSIST AS MAES E C JATAIENSES	104	1.046
67	MS	MARACAJU	2646943	ASSOCIACAO BENEFICENTE DE MARACAJU	2.608	118.644
68	MS	MUNDO NOVO	2536862	SOCIEDADE BENEF HOSP DR BEZERRA DE MENEZES	2.433	8.809
69	MS	NOVA ANDRADINA	5022118	CAIXA DE ASSISTENCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE MS	70	
70	MS	NOVO HORIZONTE DO SUL	3250415	ASSOCIACAO BENEFICENTE DE NOVO HORIZONTE DO SUL	275	13.642
71	MS	PARANAIBA	2375850	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PARANAIBA	2.827	127.674
72	MS	PARANAIBA	2375885	HOSPITAL PSIQUIATRICO DR ADOLFO BEZERRA DE MENEZES	402	
73	MS	RIO BRILHANTE	4068823	ASSOCIACAO BENEFICENTE DE RIO BRILHANTE	1.594	36.836
74	MS	RIO NEGRO	2710455	ASSOCIACAO BENEFICENTE DE RIO NEGRO	200	8.803
75	MS	SIDROLANDIA	2370816	SOCIEDADE BENEFICENTE DONA ELMIRIA SILVERIO BARBOSA	1.230	26.142

76	MS	SONORA	2361027	FUNDACAO EDUCACIONAL E DE SAUDE DE SONORA	501	17.207
77	MS	TRES LAGOAS	2756951	SOCIEDADE BENEFICIENTE DO HOSPITAL NOSSA SENHORA AUXILIADORA	7.504	131.008
78	MT	ARENAPOLIS	2472244	HOSPITAL ARENAPOLIS	158	
79	MT	CACERES	2395037	ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA	6.306	16.751
80	MT	CACERES	2395290	O BOM SAMARITANO	340	26.695
81	MT	CAMPO NOVO DO PARECIS	2655802	ASSOCIACAO PRO SAUDE DO PARECIS OS	1.318	37.192
82	MT	CUIABA	2311674	ASSOCIACAO BENEFICENTE BOM JESUS LTDA	67	
83	MT	CUIABA	2311682	SOCIEDADE BENEFICENTE SANTA HELENA	12.040	20.202
84	MT	CUIABA	2534444	ASSOCIACAO MATOGROSSENSE DE COMBATE AO CANCER AMCC	4.069	264.157
85	MT	CUIABA	2655519	SOCIEDADE BENEFICENTE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CUIABA	8.468	178.254
86	MT	CUIABA	2659107	ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E A INFANCIA DE CUIABA	8.368	194.460
87	MT	CUIABA	3851249	ASSOCIACAO BENEFICENTE DE SAUDE DOS MILITARES DO ESTADO MT	125	177
88	MT	DENISE	2795590	ASSOCIACAO BENEFICIENTE ASSISTENCIAL HOSP CLINICAS DENISE	439	441
89	MT	DOM AQUINO	2396343	SOCIEDADE BENEFICENCIA DE DOM AQUINO	315	
90	MT	LUCAS DO RIO VERDE	2767953	FUNDACAO LUVERDENSE DE SAUDE	1.128	5.782
91	MT	NORTELANDIA	2767937	ONG AMOR A VIDA	310	2.242
92	MT	NOVA MUTUM	2398680	SOCIEDADE BENEFICIENTE SAO CAMILO	1.979	31.989
93	MT	POCONE	2391449	SOCIEDADE BENEFICIENCIA POCONEANA	1.608	
94	MT	PONTES E LACERDA	2752654	FUNDACAO MEDICO ASSISTENCIAL DO TRABALHADOR RURAL	3.252	121.302
95	MT	POXOREO	2397684	SOCIEDADE HOSPITALAR SAO JOAO BATISTA	853	
96	MT	RONDONOPOLIS	2396424	ASSOCIACAO ESPIRITA BENEFICIENTE PAULO DE TARSO	1.755	23.204
97	MT	RONDONOPOLIS	2396866	SANTA CASA DE MISERICORDIA E MATERNIDADE DE RONDONOPOLIS	8.034	41.782
98	MT	SAPEZAL	2472724	ASSOCIACAO MISSIONARIA DE BENEFICIENCIA	859	19.305
99	MT	SINOP	2795671	FUNDACAO DE SAUDE COMUNITARIA DE SINOP	4.055	8.391
100	MT	SINOP	6085423	FUNDACAO DE SAUDE COMUNITARIA DE SINOP	4.025	51.394
101	AL	ARAPIRACA	2005050	SOCIEDADE BENEFICIENTE NOSSA SENHORA DO BOM CONSELHO	8.775	336.721
102	AL	ARAPIRACA	2005123	ASSOCIACAO PISIQUIATRICA TEODORA ALBUQUERQUE	1.173	
103	AL	MACEIO	2006359	LIGA ALAGOANA CONTRA A TUBERCULOSE	7.709	121.805
104	AL	MACEIO	2006448	FUNDACAO HOSPITAL DA AGRO IND DE ACUCAR E O ALCOOL DE AL	6.604	57.783
105	AL	MACEIO	2007037	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MACEIO	7.439	451.354
106	AL	MACEIO	6303153	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MACEIO	7.154	
107	AL	PALMEIRA DOS INDIOS	2010631	SOCIEDADE BENEFICIENTE DE PALMEIRA DOS INDIOS	8.624	121.458
108	AL	PENEDO	2003775	SANTA CASA DE MISERICORDIA IRMANDADE GARCIA	5.183	12.558
109	AL	PILAR	2011166	HOSP NOSSA SENHORA DE LOURDES E MAT ARMANDO LAGES		36.168
110	AL	SAO MIGUEL DOS CAMPOS	2010151	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO MIGUEL DOS CAMPOS	6.318	144.198
111	AL	UNIAO DOS PALMARES	2705737	SOC DE CONF DE SAO VICENTE DE PAULO E MATERNIDADE ST CAR	3.511	211.554
112	BA	ALCOBACA	2304848	CARITAS DIOCESANA DE CARAVELAS	1.772	36.461
113	BA	ANTAS	2799820	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ANTAS	3.625	29.995
114	BA	ANTAS	2799847	ASSOCIACAO COMUNITARIA E BENEFICIENTE DE ANTAS	4.098	48.987

115	BA	BARRA	2301687	MONTE TABOR CENTRO ITALO BRASILEIRO DE PROMOCAO SANITARIA	3.503	206.811
116	BA	BARRA	3048209	INSTITUTO ASSISTENCIAL SANTA RITA	1.704	120.003
117	BA	BARRA DA ESTIVA	2799855	ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO	3.792	31.893
118	BA	CACHOEIRA	2386879	SANTA CASA DE MISERICORDIA DA CACHOEIRA	2.337	180.277
119	BA	CACULE	2387042	ASSOCIACAO DE PROT MATER E A INFANCIA DE CACULE	2.063	55.989
120	BA	CAETITE	2557118	FUNDACAO HOSPITALAR SENHORA SANTANA	3.020	57.534
121	BA	CAMACAN	2601710	FUNDACAO HOSPITALAR DE CAMACAN	3.680	388.266
122	BA	CAMPO FORMOSO	2799839	UNIAO HOSPITALAR SAO FRANCISCO	3.897	132.018
123	BA	CAPELA DO ALTO ALEGRE	2802120	ASSOCIACAO CAPELENSE DE ASSIST AO PROXIMO DESAMPARADO	23	4.531
124	BA	CAPIM GROSSO	2387727	INSTITUTO DE GESTAO E HUMANIZACAO IGH	3.555	49.500
125	BA	CASTRO ALVES	2601613	ASSOCIACAO DE PROT MAT E INFAN DE CASTRO ALVES	781	47.377
126	BA	CONCEICAO DO ALMEIDA	2389592	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CONCEICAO DO ALMEIDA	328	71.643
127	BA	CONCEICAO DO COITE	2598183	REAL SOCIEDADE PORTUGUESA BENEF 16 DE SETEMBRO	3.591	122.066
128	BA	CONCEICAO DO COITE	2598205	REAL SOCIEDADE DE BENFICENCIA PORTUGUESA 16 DE SETEMBRO	3.409	28.890
129	BA	CORACAO DE MARIA	2799731	OSB ORGANIZACAO SOCIAL GESTAO E SAUDE	1.172	84.960
130	BA	ESPLANADA	2627183	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ESPLANADA	3.047	58.819
131	BA	EUCLIDES DA CUNHA	2401231	REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEF 16 DE SETEMBRO	2.882	122.129
132	BA	FEIRA DE SANTANA	2601680	SANTA CASA DE MISERICORDIA	5.385	522.695
133	BA	IBIRATAIA	2413051	FUNDACAO HOSPITALAR AURELINA VIRGILIA FAIR	860	7.066
134	BA	IBIRATAIA	2602172	FUNDACAO HOSPITALAR DE IBIRATAIA	1.858	21.026
135	BA	IBITIARA	2412713	SOCIEDADE ASSISTENCIAL BENEFICENTE DE IBITIARA	3.393	31.580
136	BA	IGUAI	2413450	SOCIEDADE MEDICA ASSISTENCIAL DE IGUAI	1.489	87.085
137	BA	IGUAI	2413469	HOSPITAL MANOEL MARTINS DE SOUZA	2.156	27.177
138	BA	ILHEUS	2802112	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHEUS	5.372	271.366
139	BA	IPIAU	2819139	FUNDACAO HOSPITALAR DE IPIAU	1.957	
140	BA	ITABUNA	2444828	FUNDACAO FERNANDO GOMES	1.480	
141	BA	ITABUNA	2525569	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITABUNA	7.384	198.331
142	BA	ITABUNA	2772280	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITABUNA	2.381	304.958
143	BA	ITABUNA	6211402	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITABUNA	2.724	79.615
144	BA	ITACARE	2526557	FUNDACAO HOSPITALAR DE ITACARE	168	
145	BA	ITAJUIPE	2602814	ASSOCIACAO BENEFICENTE DE ITAJUIPE	1.565	21.886
146	BA	ITAMBE	2414465	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAMBE	2.436	40.288
147	BA	ITANHEM	2601591	CENTRO DE ASSISTENCIA SOCIAL DE ITANHEM	1.522	11.891
148	BA	ITAPETINGA	2417189	FUNDACAO JOSE SILVEIRA	4.627	88.140
149	BA	ITORORO	2445204	FUNDACAO HOSPITAL E MATERNIDADE DE ITORORO	844	54.193
150	BA	JAGUAQUARA	2469774	ASSOCIACAO BENEFICENTE TAYLOR EGIDIO	1.286	
151	BA	JEQUIE	2494930	UNIAO COMUNITARIA DOS MEDICOS DA BAHIA UCMB	74	249
152	BA	JEQUIE	6923356	FUNDACAO JOSE SILVEIRA	4.532	96.615
153	BA	JUAZEIRO	2510189	ASSOCIACAO SANFRANCISCANA DE ASSITENCIA AO PSICOPATA DESVALI	2.476	170
154	BA	JUAZEIRO	2557509	HOSPITAL PROMATRE DE JUAZEIRO	1.739	17.869
155	BA	MIGUEL CALMON	2498421	REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA 16 DE SETEMBRO	4.586	161.504
156	BA	MORRO DO CHAPEU	2801906	SOCIEDADE SAO VICENTE DE PAULO	1.780	80.883
157	BA	MUCURI	2498804	CARITAS DIOCESANA DE CARAVELAS	1.991	23.586
158	BA	MUTUIPE	2601575	ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E A INFANCIA DE MUTUIPE	2.904	186.305

159	BA	NAZARE	2301601	IRMANDADE DA STA CASA DE MIS DA CIDADE DE NAZARE	4.580	236.777
160	BA	NOVA CANAA	2526492	ASSOC DE ASSIST A SAUDE E MATER A INFANCI DE N CANAA	1.259	1.722
161	BA	OLINDINA	2602636	FUNDACAO HOSPITALAR RUY BACELAR	939	28.490
162	BA	PARAMIRIM	4029526	FUNDACAO DE SAUDE DE PARAMIRIM	3.468	20.072
163	BA	POCOES	2601583	SOCIEDADE BENEFICENTE E AMPARO SOCIAL DE POCOES	4.615	154.712
164	BA	POJUCA	2653494	ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E INFANCIA DE POJUCA	881	59.262
165	BA	RIACHAO DO JACUIPE	2304325	ASSOCIACAO JACUIPENSE DE ASSISTENCIA AO PROXIMO DESAMPARADO	838	
166	BA	RIACHAO DO JACUIPE	2601567	LIGA JACUIPENSE PROT MAT INFANCIA	176	22
167	BA	RIO DO PIRES	2509830	SINDICATO DOS TRABALHADORES RURAIS DE RIO DO PIRES	962	15.509
168	BA	RUY BARBOSA	2510391	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE RUY BARBOSA	4.133	50.389
169	BA	SALVADOR	0003786	LIGA BAHIANA CONTRA O CANCER	13.871	1.118.011
170	BA	SALVADOR	0003808	MONTE TABOR CENTRO ITALO BRASILEIRO DE PROMOCAO SANITARIO	3.324	1.075.014
171	BA	SALVADOR	0003832	SANTA CASA DE MISERICORDIA DA BAHIA	7.395	437.937
172	BA	SALVADOR	0004251	REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICIENCIA	1.660	45.880
173	BA	SALVADOR	0004278	LIGA ALVARO BAHIA CONTRA MORTALIDADE INFANTIL	8.361	257.880
174	BA	SALVADOR	0004960	FUNDACAO COLOMBO SPINOLA	4.176	36.240
175	BA	SALVADOR	0004979	HOSPITAL EVANGELICO DA BAHIA	660	
176	BA	SALVADOR	0005134	LITHOCENTER HOSPITAL DIA		2.468
177	BA	SALVADOR	0006157	INSTITUTO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA E PREVENCAO DA CEGUEIRA	2.074	140.580
178	BA	SALVADOR	2470667	CONG DAS IRMAS FRAN HOSPITALEIRAS DA IMA CONCEICAO	4.308	25.403
179	BA	SALVADOR	2497751	ASSOCIACAO DAS PIONEIRAS SOCIAIS	4.183	526.134
180	BA	SALVADOR	2653567	CENTRO PESQUISA E AS EM REPRODUCAO HUMANA	1.681	46.646
181	BA	SALVADOR	2802104	ASSOCIACAO OBRAS SOCIAIS IRMA DULCE	22.235	2.209.454
182	BA	SALVADOR	3746410	MONTE TABOR CENTRO ITALO BRASILEIRO DE PROM SANITARIA	2.884	7.210
183	BA	SALVADOR	3813436	FUNDACAO BAHIANA DE CARDIOLOGIA		1.746
184	BA	SALVADOR	7119232	CONG DAS IRMAS FRAN HOSPITALEIRAS DA IMA CONCEICAO	15	
185	BA	SALVADOR	7160488	PRO SAUDE ASSOC BENEFICIENTE ASSIST SOCIAL E HOSPITALAR	1.384	
186	BA	SANTO AMARO	2514451	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA DOS CAMPINHOS	171	94.145
187	BA	SANTO AMARO	2603284	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SANTO AMARO	154	96.474
188	BA	SANTO AMARO	2603292	HOSPITAL MATERNIDADE DE SANTO AMARO	27	137
189	BA	SANTO ANTONIO DE JESUS	2799286	IRMANDADE DA STA CASA DE MISER DE S ANT DE JESUS	3.376	27.867
190	BA	SAO DOMINGOS	4032101	ASS SAO DOMINGUENSE DE PROTECAO A MATERNIDADE E A INFANCIA	700	57.814
191	BA	SAO FELIX	2520613	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO FELIX	4.097	337.912
192	BA	SAPEACU	2602008	INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO DA ADMINISTRACAO HOS	782	
193	BA	SEABRA	2602962	SOASE SOCIEDADE ASSISTENCIAL DE SEABRA	2.831	5.680
194	BA	SENHOR DO BONFIM	2770512	INSTITUTO BONFINENSE DE ASSISTENCIA E PROM SOCIAL	4.074	72.893
195	BA	SERRINHA	2644711	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SERRINHA	1.126	44.537

196	BA	UBAIRA	2524996	ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATER E INF DE UBAIRA	2.667	69.552
197	BA	UBAITABA	2602652	UNIAO COMUNITARIA DOS MEDICOS DA BAHIA UCMB	1.312	164.111
198	BA	VALENCA	2525933	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VALENCA	11.266	804.944
199	BA	VARZEA NOVA	2526093	ASSOCIACAO VARZEANOVENSE DE ASSISTENCIA	1.155	23.311
200	BA	VITORIA DA CONQUISTA	2487756	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VITORIA DA CONQUISTA	7.707	251.033
201	BA	VITORIA DA CONQUISTA	6619215	CAMI CENTRO DE ATENCAO MEDICA INFANTIL	2.233	41.971
202	BA	XIQUE-XIQUE	2601729	SOCIEDADE ASSISTENCIAL DE XIQUEXIQUE	3.632	177.982
203	CE	ACARAU	2516632	SOC ACARAU DE PROT A MAT E INFANCIA	2.447	447.845
204	CE	AIUABA	2560992	PREF M AIUABA	36	31.212
205	CE	ARACATI	2373009	SISTEMA DE SAUDE VICENTINA MARGARIDA NASEAU	2.184	61.180
206	CE	ARATUBA	2333813	SOC HOSPITALAR PADRE DIONISIO		15.618
207	CE	BARBALHA	2564211	HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO	6.490	356.417
208	CE	BARBALHA	2564238	FUNDACAO OTILIA CORREIA SARAIVA	5.518	13.253
209	CE	BARBALHA	4010868	FUNDACAO OTILIA CORREIA SARAIVA	1.475	15.588
210	CE	BARREIRA	2373475	SOC BENEF DE BARREIRA	148	39.091
211	CE	BATURITE	2333716	SISTEMA DE SAUDE VICENTINA MARGARIDA NASEAU SSVMN	2.661	6.662
212	CE	BREJO SANTO	2480646	INSTITUTO MADRE TEREZA DE APOIO A VIDA	6.380	155.085
213	CE	BREJO SANTO	2611635	INSTITUTO DA CRIANCA MENINO JESUS DE PRAGA INCRI	1.704	5.397
214	CE	CAMOCIM	2327945	ASSOC PROT MAT INF DE CAMOCIM	3.682	136.665
215	CE	CANINDE	2527413	SOCIEDADE HOSPITALAR SAO FRANCISCO DE CANINDE	5.425	137.372
216	CE	CASCADEL	2514710	SISTEMA DE SAUDE VICENTINA MARGARIDA NASEAU	2.579	279.053
217	CE	CEDRO	2499029	ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT INF DE CEDRO	1.541	67.478
218	CE	CRATEUS	2481073	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	6.617	71.926
219	CE	CRATO	2415488	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	6.437	584.151
220	CE	CRATO	2415496	HOSPITAL SAO RAIMUNDO FUNDACAO LEANDRO BEZERRA DE MENEZES	5.455	89.709
221	CE	FORTALEZA	2373971	ASSOCIACAO DAS PIONEIRAS SOCIAIS	2.493	554.125
222	CE	FORTALEZA	2480565	SOCIEDADE DE ASSISTENCIA AOS CEGOS	838	12.769
223	CE	FORTALEZA	2526638	SOCIEDADE DE ASSISTENCIA E PROTECAO A INFANCIA DE FORTALEZA	14.561	284.297
224	CE	FORTALEZA	2529394	IRMANDADE BEN DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FORTALEZA	2.715	
225	CE	FORTALEZA	2529424	INSTITUICAO ESPIRITA NOSSO LAR	3.118	
226	CE	FORTALEZA	2611686	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	3.633	11.713
227	CE	FORTALEZA	2644975	HOSPITAL BATISTA MEMORIAL	3.815	3.984
228	CE	FORTALEZA	2651394	IRMANDADE BEN DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FORTALEZA	8.323	254.446
229	CE	FORTALEZA	2723220	INSTITUTO DO CANCER DO CEARA	5.291	547.131
230	CE	FORTALEZA	2785889	FUNDACAO DE CIENCIA E PESQUISA M IONE XEREZ VASCONCELOS		5.326
231	CE	FORTALEZA	3283437	INSTITUTO DO CORACAO DA CRIANCA E DO ADOLESCENTE		6.427
232	CE	FORTALEZA	3969800	INSTITUTO PRAXIS DE EDUCACAO CULTURA E ACAO SOCIAL	114	1.756
233	CE	HORIZONTE	2561433	PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE	1.651	175.056
234	CE	IGUATU	2675536	ASSOCIACAO IGUATU ASSIST SOCIAL E PROT A INFANCIA	2.308	363
235	CE	ITAPAGE	4011325	FUNDACAO SANTO ANTONIO		2.269
236	CE	ITAPIPOCA	2552086	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	10.027	88.775
237	CE	JUAZEIRO DO NORTE	6779522	INSTITUTO DE SAUDE E GESTAO HOSPITALAR ISGH	9.936	231.406

238	CE	LAVRAS DA MANGABEIRA	2554518	ASSOC DE PROTECAO E ASSIST MATERNIDAD E INFANCIA DE LAVRAS	2.014	30.119
239	CE	LIMOEIRO DO NORTE	2527707	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	3.169	4.797
240	CE	MARACANAU	2372150	ASSOCIACAO BENEFICENTE MEDICA DE PAJUCARA	4.544	87.853
241	CE	MARACANAU	2372207	FUNDACAO ANA LIMA	678	129.413
242	CE	MARACANAU	6860346	ASSOCIACAO DE SANTO ANTONIO	38	28.263
243	CE	MISSAO VELHA	2425432	SOC PROMOCao ASSIST A FAMILIA	2.087	419.150
244	CE	MORADA NOVA	2327996	FUNDACAO SAO LUCAS	576	135.229
245	CE	PARACURU	2562391	SOCIEDADE HOSPITALAR SAO FRANCISCO DE CANINDE	834	111.573
246	CE	PARAMBU	2561026	PREF M PARAMBU	800	22.017
247	CE	QUIXADA	2328399	SOC QUIXADAENSE DE PROT E ASSIST A MATERNIDADE E A INFANCIA	4.794	45.568
248	CE	QUIXERAMOBIM	2328372	SOCIEDADE DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MATERNIDADE E INFANCIA	993	4.359
249	CE	REDENCAO	2664666	ASSOC PROT MAT INF DE REDENCAO	1.792	108.114
250	CE	RUSSAS	2328003	HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS	8.341	71.677
251	CE	SENADOR POMPEU	2611481	ASSOC PROT MAT INF DE SENADOR POMPE	355	31.579
252	CE	SOBRAL	2425300	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL	1.982	113.206
253	CE	SOBRAL	3021114	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL	19.397	425.242
254	CE	SOBRAL	6848710	INSTITUTO DE SAUDE E GESTAO HOSPITALAR ISGH	9.174	337.187
255	CE	TABULEIRO DO NORTE	2527693	ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E A INFANCIA	313	17.925
256	CE	TAUA	2328046	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	6.755	164.971
257	CE	TIANGUA	2560852	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	5.071	188.732
258	CE	VARZEA ALEGRE	2562871	SOC ASSIST MED INTEGRADA DE VARZEA ALEGRE	2.913	108.978
259	MA	BALSAS	2450143	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	2.882	2.334
260	MA	CURURUPU	2454696	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CURURUPU	4.775	78.250
261	MA	GRAJAU	2462753	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	1.244	108.281
262	MA	SAO LUIS	2307006	ASSOCIACAO DAS PIONEIRAS SOCIAIS	3.119	433.716
263	MA	SAO LUIS	2456958	SANTA CASA DE MISERICORDIA DO MARANHAO	10.658	175.775
264	MA	SAO LUIS	2457776	CENTRO ASSISTENCIAL ELGITHA BRANDAO	1.702	121.547
265	MA	SAO LUIS	2697688	CENTRO COMUNITARIO CATOLICO DO ANJO DA GUARDA	1.411	19.059
266	MA	SAO LUIS	2697696	FUNDACAO ANTONIO JORGE DINO	7.612	419.187
267	MA	SUCUPIRA DO NORTE	2655896	PREFEITURA MUNICIPAL DE SUCUPIRA DO NORTE	590	41.625
268	PB	ARARUNA	2613387	HOSPITAL E MAT MARIA J MARANHAO	1.497	22.528
269	PB	BREJO DOS SANTOS	2341727	ASSOCIACAO BENEFICENTE ASS MAT INFANCIA	578	
270	PB	CAAPORA	2757672	ASS DE PROTECAO A MAT E ASSIST A INF DE CAAPORA	988	96.142
271	PB	CAMPINA GRANDE	2315793	FUNDACAO ASSISTENCIAL DA PARAIBA	4.630	199.088
272	PB	CAMPINA GRANDE	2613743	SISTEMA DE ASSISTENCIA SOCIAL E DE SAUDE SAS	1.765	58.898
273	PB	CAMPINA GRANDE	6878601	FUNDACAO PEDRO AMERICO		8.320
274	PB	DESTERRO	2321416	FUNDACAO MEDICA ASSISTENCIAL DE DESTERRO		14.815
275	PB	INGA	2364174	ASSOCIACAO DE AMPARO A MATERNIDADE TIBURCIO VOLIVEIRA	1.193	50.981
276	PB	JOAO PESSOA	2399741	FUNDACAO NAPOLEAO LAUREANO	5.485	396.412
277	PB	JOAO PESSOA	2399776	INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	6.182	180.203
278	PB	JOAO PESSOA	2707519	INSTITUTO SAO JOSE	1.430	78.210
279	PB	JOAO PESSOA	5654319	INSTITUTO DO CORACAO DO ESTADO DA PARAIBA	1.349	1.156
280	PB	SANTA RITA	2592746	FUNDACAO GOVERNADOR FLAVIO RIBEIRO COUTINHO	6.069	238.566

281	PB	SAO JOSE DE PIRANHAS	2613565	FUNDACAO ASSISTENCIAL E HOSPITALAR DE SAO JOSE DE PIRANHAS	604	6.203
282	PB	SAO MAMEDE	2605449	ASSOCIACAO PROT A MAT E A INFANCIA	227	16.107
283	PB	UIRAUNA	2322730	ASSOCIACAO DE PROTECAO A SAUDE E EDUCACAO DE UIRAUNA	272	3.181
284	PB	UIRAUNA	2362112	ASSOCIACAO BENEFICIENTE CONEGO MANOEL VIERA DA COSTA	1.233	3.807
285	PE	AGRESTINA	2433877	INSTITUTO PERNAMBUCANO DE ASSISTENCIA E SAUDE DE AGRESTINA	1.337	79.154
286	PE	ARARIPINA	2639262	INSTITUTO SOCIAL DAS MEDIANEIRAS DA PAZ	4.698	61.943
287	PE	BEZERROS	2344254	INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA	1.896	15.769
288	PE	BUIQUE	2703041	ASSOCIACAO DE PROT E ASSIST A MATERN E INFANCIA DE BUIQUE	2.196	15.991
289	PE	GARANHUNS	2638991	HOSPITAL INFANTIL PALMIRA SALES	3.551	24.027
290	PE	JABOATAO DOS GUARARAPES	2319454	INSTITUTO ALCIDES D ANDRADE LIMA	7.378	81.413
291	PE	JABOATAO DOS GUARARAPES	5356067	INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA	6.661	39.322
292	PE	LIMOEIRO	7551584	INSTITUTO VALE CAPIBARIBE INOVACOES EDUCACAO E SAUDE	610	5.962
293	PE	MORENO	2343738	UNIAO BENEFICIENTE DOS TRABALHADORES DO MORENO	2.651	185.614
294	PE	OLINDA	2344882	HOSPITAL DO TRICENTENARIO	7.733	296.352
295	PE	OROBO	2712067	CIRCULO OPERARIO DE OROBO	233	84.420
296	PE	PALMARES	2315343	INSTITUTO DE ASSISTENCIA VALE DO UNA	2.660	10.412
297	PE	PAULISTA	5707234	CENTRO DE EDUCACAO E SAUDE COMUNITARIO CESAC	1.198	
298	PE	PAULISTA	7316607	ENTIDADE PAULISTENSE DE SAUDE	150	
299	PE	PETROLANDIA	7152566	INSTITUTO BENEFICIENTE VALE DO SAO FRANCISCO	1.409	46.269
300	PE	RECIFE	0000434	INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF FERNANDO FIGUEIRA	51.718	2.805.667
301	PE	RECIFE	0000485	FUNDACAO ALTINO VENTURA	1.993	1.250.928
302	PE	RECIFE	0000566	FUNDACAO MANOEL DA SILVA ALMEIDA	5.921	362.985
303	PE	RECIFE	0000582	SOCIEDADE PERNAMBUCANA DO COMBATE AO CANCER	14.063	964.755
304	PE	RECIFE	0001120	REAL HOSPITAL PORTUGUES DE BENEFICIENCIA EM PE	4.427	136.286
305	PE	RECIFE	2752743	FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES IMIP HOSPITALAR	1.824	382.231
306	PE	RECIFE	2752808	ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICIENTE DE PERNAMBUCO	4.224	29.054
307	PE	RECIFE	2777460	SANTA CASA DE MISERICORDIA DO RECIFE	5.830	301.537
308	PE	RECIFE	6633064	ASSOCIACAO HUMANITARIA BENEFICIENTE DO RECIFE	1.909	
309	PE	RIBEIRAO	7356439	ASSOCIACAO PRO CIDADANIA DA LAGOA DOS GATOS ASPC	664	57.328
310	PE	SAO LOURENCO DA MATA	6525296	SOCIEDADE HOSPITALAR BENEFICIENTE MARIA VITORIA	539	
311	PE	SURUBIM	2354551	ASSOC PROTECAO MAT INFANCIA SURUBIM	3.210	200.010
312	PE	TIMBAUBA	2346621	INSTITUTO JOAO FERREIRA LIMA	1.117	72.168
313	PE	VERTENTES	4020014	ASSOCIACAO DE P E ASSISTENCIA A M E A I DE VERTENTES	530	30.662
314	PE	VICENCIA	2711397	CASA DE SAUDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE FATIMA	324	37.492
315	PE	VITORIA DE SANTO ANTAO	2429004	ASSDE PROT A MAT E A INFANCIA DE VITORIA DE STO ANTAO	2.224	216.750
316	PE	VITORIA DE SANTO ANTAO	2432307	CENTRO HOSPITALAR SANTA MARIA	3.100	37.624
317	PI	CAMPO MAIOR	2777797	SOCIEDADE DE PROTECAO A MAT E A INFANCIA	1.085	
318	PI	MARCOLANDIA	2777673	FUNDACAO HOSPITALAR JOAQUIM SIMEAO FILHO		2.376

319	PI	PARNAIBA	2365154	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PHB	2.898	18.750
320	PI	PARNAIBA	2365243	INSTITUTO PRAXIS DE EDUCACAO CULTURA E ACAA SOCIAL	1.541	3.767
321	PI	PARNAIBA	4009444	SOCIEDADE DE PROTECAO A MATERNIDADE E A INFANCIA DE PARNAIBA	4.114	19.442
322	PI	PAULISTANA	2365022	ASS BENEF ASSIST MED HOSP E AMPARO SOCIAL	395	
323	PI	PEDRO II	2323559	SOCIEDADE BENEFICIENTE SAO CAMILO	1.073	22.262
324	PI	TERESINA	2323478	FUNDACAO PADRE ANTONIO DANTE CIVIERO	1.236	78.319
325	RN	ACARI	2474859	SOCIEDADE DE PROTECAO A MATERNIDADE E A INFANCIA DE ACARI	355	1.699
326	RN	AFONSO BEZERRA	2474301	APAMI DE AFONSO BEZERRA	32	28.826
327	RN	ALEXANDRIA	2407566	ASSOCIACAO DE PROT E ASSIST MAT INF DE ALEXANDRIA	2.484	20.758
328	RN	ALEXANDRIA	2407574	ASSOCIACAO DE PROT E ASSIST MAT INF DE ALEXANDRIA	2.579	24.456
329	RN	APODI	2410478	APAMI DE APODI	406	79.135
330	RN	CAICO	2665778	FUNDACAO HOSPITALAR DR CARLINDO DANTAS	2.836	45.365
331	RN	JARDIM DO SERIDO	2476266	APAMI DE JARDIM DO SERIDO	474	
332	RN	LAJES	2473844	APAMI DE LAJES	781	86.349
333	RN	MACAU	2474328	FUNDACAO ANTONIO FERRAZ	711	
334	RN	MARCELINO VIEIRA	2380919	APAMI DE MARCELINO VIEIRA	127	45.999
335	RN	MOSSORO	2410281	ASSOCIACAO DE PROT E ASSIST A MATERNIDADE E A INF DE MOSSORO	6.890	175.050
336	RN	MOSSORO	3675580	LIGA MOSSOROENSE DE ESTUDOS E COMBATE AO CANCER	81	13.949
337	RN	NATAL	2409151	INSTITUTO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A INFANCIA DO RN	7.081	47.969
338	RN	NATAL	2409186	SOCIEDADE PROFESSOR HEITOR CARRILHO	2.402	
339	RN	NATAL	2409194	LIGA NORTERIOGRANDENSE CONTRA O CANCER	9.153	419.450
340	RN	PARELHAS	2361078	APAMI DE PARELHAS	439	
341	RN	PAU DOS FERROS	2407868	ASSOCIACAO HOSPITAL CENTENARIO DE PAU DOS FERROS	2.761	
342	RN	PORTALEGRE	2409399	HOSPITAL MATERNIDADE DR ANTONIO MARTINS	754	1.893
343	RN	SAO GONCALO DO AMARANTE	4014235	SOCIEDADE BENEFICIENTE SAO CAMILO	2.854	106.325
344	RN	SAO MIGUEL	2381184	ASSOC DE PROTECAO E ASSISTENCIA A MAT E A INFANCIA APAMI		24.707
345	RN	TENENTE ANANIAS	2381125	FUNDACAO BENEFICIENTE LINDOLFO FERNANDES DOS SANTOS	585	11.639
346	SE	AQUIDABA	2421488	FUNDACAO MEDICA SANTA CECILIA	1.219	41.192
347	SE	ARACAJU	0002232	ASSOCIACAO ARACAJUANA DE BENEFICENCIA	16.874	226.820
348	SE	ARACAJU	0002275	HOSPITAL SAO JOSE	3.719	123.742
349	SE	ARACAJU	0002283	FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA	7.409	43.811
350	SE	ARACAJU	0003417	FUNDACAO CLIMEDI ASSISTENCIA SOCIAL	64	53.201
351	SE	CAPELA	2745259	ASSOCIACAO DE CARIDADE DE CAPELA	1.569	17.154
352	SE	ESTANCIA	2423529	ASSOCIACAO DE BENEFICENCIA AMPARO DE MARIA	5.825	50.327
353	SE	ITABAIANA	2546027	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO JOSE	4.749	88.278
354	SE	ITABAIANINHA	2546124	HOSPITAL SAO LUIZ GONZAGA		63.110
355	SE	LAGARTO	2421518	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE SERGIPE	814	95.645
356	SE	LAGARTO	2503824	ASSOC DE ASSIST E PROT A MATERNIDADE E A INFANCIA DE LAGARTO	1.562	17.850
357	SE	RIACHUELO	2477947	ASSOCIACAO BENEF HOSPITAL DE CARIDADE DE RIACHUELO	1.570	13.046
358	SE	SAO CRISTOVAO	2545829	HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSO SENHOR DOS PASSOS	564	48.970
359	AC	RIO BRANCO	2002078	OBRAS SOCIAIS DA DIOC DE R BRANCO HOSPITAL SANTA JULIANA	5.640	9.206

360	AM	MANAUS	2018098	SOCIEDADE PORTUGUESA BENEFICENTE DO AMAZONAS	1.392	31.924
361	AM	PARINTINS	2016893	DIOCESE DE PARINTINS	2.682	54.780
362	AP	MACAPA	2020890	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	3.201	4.501
363	PA	ANANINDEUA	2615835	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	5.486	26.243
364	PA	BELEM	2332620	MATERNIDADE DO POVO	2.252	
365	PA	BELEM	2332671	BENEMERITA SOCIEDADE PORTUGUESA BENEFICENTE DO PARA	7.433	57.264
366	PA	BELEM	2332930	MATERNIDADE DO POVO	7	13.260
367	PA	BELEM	2333228	SERVICO MEDICO HOSPITALAR	6.547	1.512
368	PA	BELEM	2340992	VENERAVEL ORDEM TERCEIRA DE SAO FRANCISCO	7.361	20.249
369	PA	BELEM	4005775	ASSOCIACAO PRO TRAUMA APT	10.467	177.929
370	PA	BRAGANCA	2678322	ASSOCIACAO DOUGLAS BRAUN	1.720	52.884
371	PA	BRAGANCA	2678403	HOSPITAL SANTO ANTONIO MARIA ZACCARIA	6.072	324.357
372	PA	BRAGANCA	2678756	ASSOCIACAO VT MEDEIROS	6.439	195.527
373	PA	CAMETA	2418665	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA LUIZA DE MARILAC	4.789	57.973
374	PA	CAPANEMA	6500552	ASSOCIACAO GUIOMAR JESUS DE PREVENCAO E ASSISTENCIA A SAUDE	3.598	229.442
375	PA	JURUTI	7712103	ASSOCIACAO LAR SAO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDENCIA DE DEUS		2.095
376	PA	MARITUBA	2619717	INSTITUTO FRANCISCO PEREZ	3.277	74.363
377	PA	OBIDOS	2332299	ASSOCIACAO SANTA CASA DE OBIDOS	2.737	
378	PA	ORIXIMINA	2619938	ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E INFANCIA DE ORIXIMINA	1.478	37.762
379	PA	SANTA MARIA DO PARA	2674785	VENERAVEL ORDEM TERCEIRA DE SAO FRANCISCO	1.925	18.560
380	PA	SANTAREM	2329891	SOCIEDADE BENEFICIENTE SAO CAMILO	3.249	3.600
381	PA	SANTO ANTONIO DO TAUVA	2314436	ASSOCIACAO SOCIAL UNIVIDA TAUVA	3.255	11.718
382	PA	ULIANOPOLIS	2616513	INSTITUTO SAO FRANCISCO	1.600	40.508
383	PA	UISEU	4006429	OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE BRAGANCA	2.713	109.027
384	RO	GUAJARA-MIRIM	6804497	PRO SAUDE ASSOCIACAO BENEFICENTE DE ASS SOCIAL E HOSPITALAR	1.914	2.926
385	RO	PORTO VELHO	2807092	CASA DE SAUDE SANTA MARCELINA	3.295	148.262
386	RO	PORTO VELHO	7068336	FUNDACAO PIO XII		471
387	TO	ARAGUAINA	2755165	CASA DA CARIDADE DOM ORIONE DE ARAGUAINA	8.039	84.878
388	ES	AFONSO CLAUDIO	2402874	CONFERENCIA DE SAO VICENTE DE PAULO	1.460	46.791
389	ES	ALEGRE	2447886	CASA DE CARIDADE SAO JOSE	1.918	147.518
390	ES	ANCHIETA	2499568	MOVIMENTO DE EDUCACAO PROMOCIONAL DO ESPIRITO SANTO	463	20.189
391	ES	APIACA	2447320	FUNDACAO MEDICA ASSISTTRABRURAL DE APIACA		51.171
392	ES	ARACRUZ	2770326	FUNDACAO HOSPITAL MATERNIDADE SAO CAMILO	699	738.020
393	ES	BOA ESPERANCA	2485249	HOSPITAL E MATERNIDADE CRISTO REI	1.264	56.067
394	ES	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	2485680	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	11.441	315.921
395	ES	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	2485729	HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS	3.434	220.800
396	ES	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	2547821	HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	8.486	463.984
397	ES	CASTELO	6823351	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	387	169.854
398	ES	COLATINA	2448521	FUND SOCIAL RURAL DE COLATINA	9.469	121.056
399	ES	COLATINA	2448637	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE COLATINA	1.317	49.703
400	ES	DOMINGOS MARTINS	2402882	FHASDOMAR FUND HOSP E ASSIST SOCIAL DE DOMINGOS MARTINS	3.776	122.840
401	ES	ECOPORANGA	2484676	FUNDACAO MEDICO ASSISTENCIAL DO TRABALHADOR RURAL	1.447	

402	ES	GUACUI	2447029	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUACUI	2.521	164.388
403	ES	GUARAPARI	7557523	HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS	3.386	20.446
404	ES	ICONHA	2615339	FUNDACAO MEDICO ASSISTENCIAL TRABALHADOR RURAL DE ICONHA	653	29.005
405	ES	ITAGUACU	2445085	FUNDACAO JOSE THEODORO DE ANDRADE	124	35.217
406	ES	ITAPEMIRIM	6945368	HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	2.325	137.358
407	ES	ITARANA	2629992	FUND M A TRAB RURAL DE ITARANA	247	20.353
408	ES	IUNA	2650533	SOCIEDADE CIVIL SANTA CASA DE IUNA	2.719	78.479
409	ES	JOAO NEIVA	2403242	ASSOCIACAO DE BENEFICENCIA E CULTURA DE JOAO NEIVA	939	111.389
410	ES	LINHARES	2465833	FUNDACAO BENEFICIENTE RIO DOCE	5.378	8.327
411	ES	MIMOSO DO SUL	2448173	HOSPITAL APOSTOLO PEDRO	1.448	160.982
412	ES	MONTANHA	2483998	SOCIEDADE BENEFICIENTE E CULTURAL DE MONTANHA	696	26.259
413	ES	MUNIZ FREIRE	2547090	SANTA CASA DE MISERICORDIA JESUS MARIA JOSE	423	5.746
414	ES	NOVA VENECIA	2484943	SOCIEDADE BENEFICIENTE SAO CAMILO	2.575	120.245
415	ES	PANCAS	2448645	FUNDACAO MEDICO ASSISTENCIAL DO TRABALHADOR RURAL DE PANCAS	107	31.994
416	ES	PEDRO CANARIO	2678233	ASSOCIACAO BENEFICIENTE SAO PEDRO	867	21.891
417	ES	SANTA LEOPOLDINA	2599899	FUNDACAO MEDICA ASSISTENCIAL TRABALHADOR RURAL S LEOPOLDINA	1.221	31.612
418	ES	SANTA MARIA DE JETIBA	2569213	FUNDACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE CONCORDIA	2.139	38.409
419	ES	SANTA TERESA	2532190	ASSOCIACAO CONGREGACAO DESANTA CATARINA	3.206	160.741
420	ES	SAO GABRIEL DA PALHA	2448807	FUNDACAO HOSPITALAR SOCIAL RURAL DE SAO GABRIEL	891	34.573
421	ES	SAO GABRIEL DA PALHA	9040838	ASSOCIACAO BENEFICIENTE DE SAUDE SANTA RITA		15.107
422	ES	SAO MATEUS	2484072	CASA NOSSA SENHORA APARECIDA	2.815	33.056
423	ES	VARGEM ALTA	2547201	HOSPITAL PADRE OLIVIO	614	132.293
424	ES	VENDA NOVA DO IMIGRANTE	2403331	HOSPITAL PADRE MAXIMO	2.622	64.046
425	ES	VILA VELHA	2494442	ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICIENTE ESPIRITO SANTENSE	8.108	525.978
426	ES	VITORIA	0011738	AFECC ASSOCIACAO FEMININA EDUCACAO COMBATE CANCER	8.143	602.251
427	ES	VITORIA	0011746	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VITORIA	11.852	500.726
428	ES	VITORIA	0011843	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VITORIA	4.878	16.889
429	ES	VITORIA	0011991	ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS PUBLICOS DO ESP SANTO		34.445
430	MG	ABADIA DOS DOURADOS	2775948	SANTA CASA DE MISERICORDIA ABADIA DOS DOURADOS	134	7.517
431	MG	ABAETE	2126796	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO DE ABAETE	1.176	
432	MG	ABRE CAMPO	2760991	SANTA CASA DE ABRE CAMPO	1.411	279.246
433	MG	AGUA BOA	2102404	FUNDACAO DE ASSISTENCIA SOCIAL SANTANA DE AGUA BOA	955	74.098
434	MG	AGUAS FORMOSAS	2183803	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	2.071	65.825
435	MG	AIMORES	2102587	SOCIEDADE BENEFICIENTE SAO CAMILO	3.365	111.061
436	MG	AIURUOCA	2760681	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	904	41.375
437	MG	ALEM PARAIBA	2122677	HOSPITAL SAO SALVADOR	2.139	94.137
438	MG	ALFENAS	2171945	CASA DE CARIDADE DE ALFENAS N S P SOCORRO	6.881	377.152
439	MG	ALFENAS	2171988	FUNDACAO DE ENSINO E TECNOLOGIA DE ALFENAS	6.142	327.064
440	MG	ALMENARA	2108992	FUNDACAO DERALDO GUIMARAES	4.231	70.168
441	MG	ALPINOPOLIS	2761114	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ALPINOPOLIS	1.055	53.972

442	MG	ALTEROSA	2172852	SANTA CASA MISERICORDIA DE ALTEROSA	597	29.294
443	MG	ALTO RIO DOCE	2202638	HOSPITAL DE ALTO RIO DOCE	300	40.171
444	MG	ALVINOPOLIS	2100371	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	770	43.680
445	MG	ANDRADAS	2775956	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ANDRADAS	2.619	29.919
446	MG	ARACUAI	2134276	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	3.505	85.441
447	MG	ARAGUARI	2145960	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ARAGUARI	5.004	1
448	MG	ARAXA	2164620	ASSOC ASSIST SOCIAL DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ARAXA	3.690	38.810
449	MG	ARAXA	2180766	OBRAS ASSISTENCIAIS CASA DO CAMINHO	1.053	20.916
450	MG	ARCOS	2168693	SANTA CASA DE ARCOS	1.623	
451	MG	AREADO	2168421	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE AREADO	465	39.029
452	MG	ATALEIA	2178850	ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E A INFANCIA DE ATALEIA	641	10.646
453	MG	BAEPENDI	2761106	SOCIEDADE CARITATIVA SAGRADO CORACAO DE JESUS	2.914	84.725
454	MG	BAMBUI	2143852	HOSPITAL NOSSA SENHORA DO BRASIL	1.725	
455	MG	BANDEIRA DO SUL	3649156	ASSOCIACAO AMIGOS DO HOSPITAL DONA PAULINA DAMEN KOCKX		9.079
456	MG	BARBACENA	2098474	INSTITUTO MAT ASSIST A INFANCIA E POLICLINICA DE BARBACENA	918	153.751
457	MG	BARBACENA	2098938	CENTRO BARBACENENSE DE ASSIST MEDICA E SOCIAL	2.916	111.646
458	MG	BARBACENA	2138875	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARBACENA	5.100	139.119
459	MG	BARROSO	2123061	INSTITUTO NOSSA SENHORA DO CARMO	1.434	88.231
460	MG	BELO HORIZONTE	0026794	FUNDACAO DE ASSISTENCIA INTEGRAL A SAUDE	17.138	100.496
461	MG	BELO HORIZONTE	0026808	ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE MINAS GERAIS	6.474	531.232
462	MG	BELO HORIZONTE	0026840	FUNDACAO HOSPITALAR SAO FRANCISCO DE ASSIS FHSFA	16.101	318.230
463	MG	BELO HORIZONTE	0026859	FUNDACAO FELICE ROSSO	2.600	195.616
464	MG	BELO HORIZONTE	0027014	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE	43.634	615.112
465	MG	BELO HORIZONTE	0027863	FUNDACAO DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA FUNDEP	17.103	303.488
466	MG	BELO HORIZONTE	2200414	ASSOCIACAO EDUCATIVA DO BRASIL SOEBRAS	558	96.801
467	MG	BELO HORIZONTE	2200422	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSIONARIAS DE MARIA IMACULADA	1.547	14.916
468	MG	BELO HORIZONTE	2200457	ASSOCIACAO MARIO PENNA	10.509	677.355
469	MG	BELO HORIZONTE	2695324	FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES	7.259	439.450
470	MG	BELO HORIZONTE	2695332	ASSOCIACAO BENEFICENTE DA CRIANCA ABC	4.157	24.175
471	MG	BELO HORIZONTE	2695375	ASSOCIACAO BENEFICENTE PAULO DE TARSO	1.212	
472	MG	BELO HORIZONTE	3004791	ASSOCIACAO DAS PIONEIRAS SOCIAIS	3.888	542.233
473	MG	BELO HORIZONTE	4034236	FUNDACAO EDUCACIONAL LUCAS MACHADO FELUMA	11.599	414.695
474	MG	BELO HORIZONTE	7363915	FUNDACAO DE ASSISTENCIA INTEGRAL A SAUDE	23	
475	MG	BELO HORIZONTE	7866801	SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPITAL METROPOLITANO DOUTOR CELIO	1.977	45.162
476	MG	BICAS	2760886	ASSOCIACAO CARIDADE SAO JOSE DE BICAS	924	31.563
477	MG	BOA ESPERANCA	2775972	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BOA ESPERANCA	1.758	2.498
478	MG	BOM DESPACHO	2168707	LACTARIO E POSTO DE PUERICULTURA MENINO JESUS	2.562	99.958
479	MG	BOM JESUS DO GALHO	2760738	AMINAS ASSOCIACAO MINEIRA DE ASSISTENCIA A SAUDE	1.836	21.753
480	MG	BOM SUCESSO	2179628	ASILO DE CARIDADE SANTA CASA DE BOM SUCESSO	869	86.781
481	MG	BOTELHOS	2796368	FUNDACAO HOSPITAL SAO JOSE DE BOTELHOS	367	42.893

482	MG	BRASILIA DE MINAS	2119412	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO		9.831
483	MG	BRASOPOLIS	2127946	SANTA CASA DE MISERICORDIA SAO CAETANO DA VARGEM GRANDE	497	
484	MG	BUENO BRANDAO	2128020	HOSPITAL E MATERNIDADE SENHOR BOM JESUS	617	61.175
485	MG	CABO VERDE	2167379	ASSOCIACAO DO HOSPITAL SAO FRANCISCO	847	37.440
486	MG	CACHOEIRA DE PAJEU	2761262	HOSPITAL DR OTAVIO GONCALVES	424	34.010
487	MG	CAETANOPOLIS	2127091	HOSPITAL DR PACIFICO MASCARENHAS	1.762	27.086
488	MG	CAETE	2117312	SOCIEDADE CIVIL DE BENEFICENCIA CAETEENSE	1.763	239.156
489	MG	CALDAS	2127733	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CALDAS	634	40.762
490	MG	CAMANDUCAIA	2127725	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAMANDUCAIA	1.170	73.700
491	MG	CAMBUI	2128012	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAMBUI	2.344	56.902
492	MG	CAMBUQUIRA	2794136	LAR DE MEIMEI HOSPITAL GERAL DE CAMBUQUIRA	538	
493	MG	CAMPANHA	2775921	SANTA CASA DE MISERICORDIA DA CAMPANHA	678	
494	MG	CAMPESTRE	2205009	SANTA CASA MIS CARIDADE DE CAMPESTRE	1.718	23.338
495	MG	CAMPINA VERDE	2121409	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	1.178	511
496	MG	CAMPO BELO	2192020	SANTA CASA DE MISERICORDIA SAO VICENTE DE PAULO	4.138	5.426
497	MG	CAMPOS ALTOS	2098156	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAMPOS ALTOS	638	52.296
498	MG	CAMPOS GERAIS	2796384	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	1.570	53.255
499	MG	CANAPOLIS	2121514	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CANAPOLIS	604	27.683
500	MG	CANDEIAS	2142295	FUNDACAO COMUNITARIA DE SAUDE DE CANDEIAS	494	5.159
501	MG	CAPELINHA	2135124	FUNDACAO HOSPITALAR SAO VICENTE DE PAULO	2.918	141.163
502	MG	CAPINOPOLIS	7201109	FUNDACAO DE ASSISTENCIA ESTUDO E PESQUISA DE UBERLANDIA	265	39.925
503	MG	CAPITOLIO	2146398	SANTA CASA DE CARIDADE DE CAPITOLIO	232	106.453
504	MG	CARANGOLA	2114267	HOSPITAL EVANGELICO DE CARANGOLA	1.186	4.332
505	MG	CARANGOLA	2764776	CASA DE CARIDADE DE CARANGOLA	6.962	167.920
506	MG	CARATINGA	2118513	HOSPITAL NOSSA SENHORA AUXILIADORA	4.719	35.356
507	MG	CARATINGA	6697054	FUNDACAO EDUCACIONAL DE CARATINGA		281.572
508	MG	CARBONITA	2135116	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	86	27.200
509	MG	CAREACU	2127768	HOSPITAL E MATERNIDADE DE CAREACU	324	27.994
510	MG	CARLOS CHAGAS	2178982	HOSPITAL LOURENCO WESTIN	1.045	48.109
511	MG	CARMO DA CACHOEIRA	2761017	HOSPITAL NOSSA SENHORA DO CARMO	451	26.827
512	MG	CARMO DA MATA	2142937	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CARMO DA MATA	90	10.581
513	MG	CARMO DE MINAS	2761149	HOSPITAL CASA DE CARIDADE E MATERNIDADE DE CARMO DE MINAS	389	17.425
514	MG	CARMO DO PARANAIBA	2118246	STA CASA MIS CARMO DO PARANAIBA DR ADILON CARDOSO TEIXEIRA	1.226	1.266
515	MG	CARMO DO RIO CLARO	2796376	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULA	920	11.606
516	MG	CARMOPOLIS DE MINAS	2143127	SANTA CASA DE MISERICORDIA NOSSA SENHORA DO CARMO	612	34.664
517	MG	CARRANCAS	2760673	CENTRO SOC DE EDUC SAUDE E A A M DE CARRANCAS	164	13.276
518	MG	CASSIA	2760436	INSTITUTO SAO VICENTE DE PAULO	2.768	80.227
519	MG	CATAGUASES	2098911	HOSPITAL DE CATAGUASES	5.509	609.458
520	MG	CAXAMBU	2764830	SOCIEDADE CARITATIVA SAGRADO CORACAO DE JESUS	1.194	51.629

521	MG	CIPOTANEA	2136104	HOSPITAL SAO CAETANO	168	13.131
522	MG	CLAUDIO	2144204	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CLAUDIO	1.777	41.308
523	MG	CONCEICAO DO MATO DENTRO	2134071	HOSPITAL IMACULADA CONCEICAO	432	18.455
524	MG	CONCEICAO DO RIO VERDE	2760827	ASSOCIACAO RIOVERDENSE DE ASSISTENCIA E PROMOCAO HUMANA	406	11.684
525	MG	CONGONHAS	2172259	ASSOCIACAO HOSPITALAR BOM JESUS	2.941	38.751
526	MG	CONQUISTA	2164493	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CONQUISTA	105	2.753
527	MG	CONSELHEIRO LAFAIETE	2098326	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO JOSE	2.419	28.696
528	MG	CONSELHEIRO LAFAIETE	2136937	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	1.021	15.496
529	MG	CONSELHEIRO LAFAIETE	2136945	SOCIEDADE HOSPITAL QUELUZ	2.201	9.425
530	MG	CONSELHEIRO LAFAIETE	2756676	ASSOCIACAO BENEFICENTE SAO CAMILO	2.652	1.620
531	MG	CONSELHEIRO PENA	2200481	HOSPITAL DR HELCIO VALENTIM	1.218	60.278
532	MG	COROMANDEL	2197693	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE COROMANDEL	1.110	
533	MG	CORONEL FABRICIANO	7082886	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	2.783	100.811
534	MG	CRISTINA	2761165	FUNDACAO HOSPITALAR DE CRISTINA	584	16.548
535	MG	CRUZILIA	2761254	ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO	1.822	19.590
536	MG	CURVELO	2148293	HOSPITAL IMACULADA CONCEICAO	4.626	98.665
537	MG	CURVELO	2178559	IRMANDADE SANTO ANTONIO DE CURVELO	2.621	105.284
538	MG	DIAMANTINA	2135132	SANTA CASA DE CARIDADE DE DIAMANTINA	5.442	174.201
539	MG	DIAMANTINA	2761203	IRMANDADE DE NOSSA SENHORA DA SAUDE	3.445	156.426
540	MG	DIONISIO	2144514	ASSOCIACAO HOSPITALAR SAO SEBASTIAO		21.662
541	MG	DIVINO	2761238	HOSPITAL DIVINENSE	1.033	5.904
542	MG	DIVINOPOLIS	2159252	FUNDACAO GERALDO CORREA	9.127	213.327
543	MG	DIVINOPOLIS	2159295	CONGREGACAO DAS IRMAS HOSPITALEIRAS DO SAG CORACAO DE JESUS	889	
544	MG	DIVISOPOLIS	2139081	FUNDACAO NOSSA SENHORA DAJUDA	320	9.529
545	MG	DOM JOAQUIM	2144654	IRMANDADE NOSSA SENHORA DAS GRACAS DOM JOAQUIM	12	298
546	MG	DOM SILVERIO	2100398	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA SAUDE	288	9.343
547	MG	DORES DO INDAIA	2144042	SANTA CASA DE MISERICORDIA DR ZACARIAS	741	9.448
548	MG	ELOI MENDES	2761009	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA PIEDADE	1.652	77.675
549	MG	ENTRE RIOS DE MINAS	2117568	HOSPITAL CASSIANO CAMPOLINA	1.207	7.499
550	MG	ERVALIA	2161729	HOSPITAL JORGE CAETANO DE MATTOS	547	38.152
551	MG	ESPERA FELIZ	2761467	HOSPITAL DE ESPERA FELIZ	1.065	26.633
552	MG	ESTIVA	2127997	SANTA CASA E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE FATIMA	146	4.644
553	MG	EUGENOPOLIS	2163071	ASSOCIACAO DE PROTECAO A MAT E A INFANCIA DE EUGENOPOLIS	726	13.782
554	MG	FELISBURGO	2139146	ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E INFANCIA DE FELISBURG	928	35.998
555	MG	FERROS	2144522	HOSPITAL SAO JUDAS TADEU	441	7.477
556	MG	FORMIGA	2142376	SANTA CASA DE CARIDADE DE FORMIGA	3.432	62.566
557	MG	FRUTAL	2098539	SOCIEDADE AMIGOS DO HOSPITAL SAO FRANCISCO DE ASSIS	2.890	289.639
558	MG	GOUVEIA	2202883	ASSOCIACAO MANTENEDORA DO HOSP E MAT DR AURELIANO BRANDAO	466	14.660
559	MG	GOVERNADOR VALADARES	2118661	BENEFICENCIA SOCIAL BOM SAMARITANO	6.136	217.174
560	MG	GRAO MOGOL	2205866	FUNDACAO SANTO ANTONIO DE GRAO MOGOL	1.085	94.815
561	MG	GUANHAES	2144530	ASSOCIACAO DE CARIDADE NOSSA SENHORA DO CARMO	3.665	110.525
562	MG	GUAPE	2146479	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAPE	273	32.973
563	MG	GUARACIABA	2213958	HOSPITAL SANTANA DE GUARACIABA	314	21.559

564	MG	GUARANESIA	2796430	SANTA CASA DE CARIDADE DE GUARANESIA	939	15
565	MG	GUARANI	2148463	HOSPITAL DR ARMANDO XAVIER VIEIRA	582	42.119
566	MG	GUAXUPE	2796449	IRMANDADE DE MISERICORDIA DE GUAXUPE	3.660	189.407
567	MG	IBERTIOGA	2136139	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IBERTIOGA	260	26.238
568	MG	IBIA	2181029	SANTA CASA DE MISERICORDIA PADRE EUSTAQUIO	512	80.037
569	MG	ILICINEA	2761173	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	434	10.628
570	MG	INHAPIM	2103532	SOCIEDADE BENEFICENTE HOSPITAL SAO SEBASTIAO DE INHAPIM	610	11.712
571	MG	IPANEMA	2761270	ASSOCIACAO HOSPITALAR SAO VICENTE DE PAULO DE IPANEMA	1.700	
572	MG	IPATINGA	2205440	FUNDACAO SAO FRANCISCO XAVIER	21.286	447.544
573	MG	IPUIUNA	2128004	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUIUNA	143	344
574	MG	ITABIRA	2215586	IRMANDADE NOSSA SENHORA DAS DORES	4.342	66.212
575	MG	ITABIRA	2218690	FUNDACAO SAO FRANCISCO XAVIER	3.834	118.185
576	MG	ITABIRINHA	2102579	HOSPITAL SAO LUCAS DE ITABIRINHA DE MANTENA	719	55.522
577	MG	ITABIRITO	2213982	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	1.830	
578	MG	ITAGUARA	2142627	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAGUARA	928	177.112
579	MG	ITAJUBA	2127687	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAJUBA	2.865	158.942
580	MG	ITAJUBA	2208857	AISI HOSPITAL ESCOLA DE ITAJUBA	8.482	409.318
581	MG	ITAMARANDIBA	2135949	HOSPITAL DE ITAMARANDIBA	229	91.280
582	MG	ITAMBACURI	2185563	ASSOCIACAO HOSPITALAR NOSSA SENHORA DOS ANJOS	2.081	116.364
583	MG	ITAMBACURI	2697548	ASSOCIACAO PROTETORA DA INFANCIA DE ITAMBACURI	1.382	53.881
584	MG	ITAMOGI	2146444	HOSPITAL SAO JOAO BATISTA DE ITAMOGI	220	22.328
585	MG	ITAMONTE	2764784	CASA DE CARIDADE DE ITAMONTE	873	12.974
586	MG	ITANHANDU	2764792	CASA DE CARIDADE E ASSISTEN A MATERN E INFANCIA DE ITANHANDU	1.421	85.305
587	MG	ITANHOMI	2102773	ASSOCIACAO DOS AMIGOS DO HOSPITAL ITANHOMI AAHI	1.034	436.907
588	MG	ITAOBIM	2139073	HOSPITAL VALE DO JEQUITINHONHA	2.851	183.652
589	MG	ITAPECERICA	2143895	SANTA CASA M MATERN SANTANA ITAPECERICA	923	4.735
590	MG	ITAU DE MINAS	2760908	FUNDACAO ITAU DE ASSISTENCIA SOCIAL	128	6.735
591	MG	ITAUNA	2105780	CASA DE CARIDADE MANOEL GONCALVES DE SOUSA MOREIRA	4.028	139.824
592	MG	ITUIUTABA	2113791	SANATORIO ESPIRITA JOSE DIAS MACHADO	593	
593	MG	ITUIUTABA	2200902	HOSPITAL SAO JOSE DA SOCIEDADE SAO VICENTE DE PAULO	5.909	27.367
594	MG	JABOTICATUBAS	2117398	FUNDACAO HOSPITALAR SANTO ANTONIO	365	64.857
595	MG	JACINTO	2120402	FUNDACAO BOM PASTOR	1.466	62.593
596	MG	JACUI	2146436	HOSPITAL E SANTA CASA DE JACUI		18.930
597	MG	JACUTINGA	2775980	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE JACUTINGA	1.175	
598	MG	JANAUBA	2205939	FUNDACAO DE ASSISTENCIA SOCIAL DE JANAUBA	3.634	30.273
599	MG	JECEABA	2213516	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE JECEABA	176	13.354
600	MG	JEQUITINHONHA	2120410	HOSPITAL SAO MIGUEL	1.361	49.137
601	MG	JOAO MONLEVADE	2709848	ASSOCIACAO SAO VICENTE DE PAULO DE JOAO MONLEVADE MG	5.077	263.074
602	MG	JORDANIA	2139065	FUNDACAO PAULO VI	462	23.772
603	MG	JUIZ DE FORA	2153025	ASSOCIACAO FEMININA DE PREVENCAO E COMBATE AO CANCER DE JF	1.955	153.302
604	MG	JUIZ DE FORA	2153084	HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS	10.936	126.695
605	MG	JUIZ DE FORA	2153114	FUNDACAO INSTITUTO CLINICO JUIZ DE FORA	2.344	45.381
606	MG	JUIZ DE FORA	2153742	FUNDACAO JOAO THEODOSIO ARAUJO		27.793
607	MG	JUIZ DE FORA	2153882	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE JUIZ DE FORA	9.872	77.714

608	MG	JUIZ DE FORA	2221772	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO DE MINAS GERAIS	5.700	81.143
609	MG	JURUAIA	2172860	HOSPITAL MONSENHOR GENESIO	395	28.068
610	MG	LAGOA DA PRATA	2132877	FUNDACAO SAO CARLOS	3.184	
611	MG	LAGOA FORMOSA	2101874	POSTO MEDICO HOSPITALAR DE LAGOA FORMOSA	780	233
612	MG	LAGOA SANTA	2120542	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE LAGOA SANTA	44	4.097
613	MG	LAJINHA	2765098	ASSOCIACAO HOSPITAL BELIZARIO MIRANDA	601	
614	MG	LAMBARI	5279003	SERVICOS DE OBRAS SOCIAIS DE LAMBARI	831	
615	MG	LARANJAL	2122987	HOSPITAL COMUNITARIO DE LARANJAL	158	14.146
616	MG	LAVRAS	2111659	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE LAVRAS	3.592	57.213
617	MG	LAVRAS	2112175	HOSPITAL VAZ MONTEIRO DE ASSISTENCIA A INFANCIA E A MATERNID	2.446	
618	MG	LEOPOLDINA	2122650	CASA DE CARIDADE LEOPOLDINENSE	3.243	92.311
619	MG	LIMA DUARTE	4041690	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE LIMA DUARTE	870	96.004
620	MG	LUZ	2144166	HOSPITAL SENHORA APARECIDA	1.540	34.578
621	MG	MACHACALIS	2208067	HOSPITAL CURA D ARS SOCIEDADE SAO VICENTE DE PAULO	740	40.779
622	MG	MACHADO	2796392	IRMANDADE DA SANTA CASA DE CARIDADE DE MACHADO	1.499	105.940
623	MG	MALACACHETA	2772213	ASSOCIACAO HOSPITALAR SAO VICENTE DE PAULO DE MALACACHETA	12	5.113
624	MG	MANGA	2205998	FUNDACAO HOSPITALAR DE AMPARO AO HOMEM DO CAMPO	2.425	47.256
625	MG	MANHUACU	2173166	HOSPITAL CESAR LEITE	8.534	9.411
626	MG	MANHUMIRIM	2114763	HOSPITAL PADRE JULIO MARIA	2.176	69.252
627	MG	MANTENA	2099209	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	991	57.203
628	MG	MANTENA	2099217	HOSPITAL EVANGELICO DE MANTENA	1.318	9.804
629	MG	MAR DE ESPANHA	2796775	SOCIEDADE DE CARIDADE DE MAR DE ESPANHA	814	20.797
630	MG	MARIANA	2200945	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	2.997	183.945
631	MG	MARTINHO CAMPOS	2144182	FUNDACAO HOSPITALAR AURELIANO CAMPOS BRANDAO	341	19.341
632	MG	MATEUS LEME	2117096	FUNDACAO HOSPITAL SANTA TEREZINHA	1.123	1.527
633	MG	MATIPO	2115077	FUNDACAO DE SAUDE CRISTO REI	658	21.848
634	MG	MATOZINHOS	2157063	ASSOCIACAO DE PROTECAO E MATERNIDADE DE INFANCIA	874	31.648
635	MG	MEDINA	2139030	ASSOCIACAO BENEFICENTE HOSP ST RITA	1.545	37.834
636	MG	MENDES PIMENTEL	2103230	FUNDACAO HOSPITALAR MENDES PIMENTEL	413	29.642
637	MG	MERCES	2161575	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO DE MERCES	597	23.487
638	MG	MINAS NOVAS	2134268	FUNDACAO MINAS NOVAS	3.241	78.263
639	MG	MINDURI	2760819	ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E INFANCIA DE MINDURI	64	13.494
640	MG	MIRAI	2161702	CASA DE CARIDADE SAO VICENTE DE PAULO	685	43.461
641	MG	MONSENHOR PAULO	2761181	HOSPITAL IMACULADA CONCEICAO	101	22.018
642	MG	MONTALVANIA	2119439	FUNDACAO DE SAUDE DE MONTALVANIA	1.268	69.264
643	MG	MONTE ALEGRE DE MINAS	2776022	SANTA CASA DE MONTE ALEGRE DE MINAS	975	44.802
644	MG	MONTE AZUL	2119404	FUNDACAO MEDICO ASSISTENCIAL MAJOR DOMINGOS DE DEUS CORREA	2.224	141.278
645	MG	MONTE BELO	2167573	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MONTE BELO	529	8.865
646	MG	MONTE SANTO DE MINAS	2146495	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MONTE SANTO	1.078	1.218
647	MG	MONTES CLAROS	2149990	IRMANDADE NOSSA SENHORA DAS MERCES DE MONTES CLAROS	21.945	709.598
648	MG	MONTES CLAROS	2219638	FUNDACAO HOSPITALAR DE MONTES CLAROS	5.842	281.200
649	MG	MONTES CLAROS	2219646	FUNDACAO DE SAUDE DILSON DE QUADROS GODINHO	4.353	272.608

650	MG	MORADA NOVA DE MINAS	2178648	HOSPITAL CASA DE CARIDADE SAO SEBASTIAO	265	47.961
651	MG	MURIAE	2195453	FUNDACAO CRISTIANO VARELLA	7.026	527.774
652	MG	MURIAE	4042085	HOSPITAL SAO PAULO	8.020	359.924
653	MG	MURIAE	4042107	CEMAC CENTRO MURIAENSE DE APOIO A CIDADANIA	2.144	30.998
654	MG	MUTUM	2760711	CONFRARIA SAO VICENTE DE PAULO	702	
655	MG	MUZAMBINHO	2099233	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MUZAMBINHO	1.252	83.062
656	MG	NEPOMUCENO	2776030	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE NEPOMUCENO	1.105	40.599
657	MG	NOVA ERA	2144549	ASSOCIACAO DE CARIDADE DE SAO JOSE	328	31.214
658	MG	NOVA LIMA	2117037	FUNDACAO HOSPITALAR NOSSA SENHORA DE LOURDES	4.635	294.144
659	MG	NOVA SERRANA	2143801	FUNDACAO HOSPITALAR SAO VICENTE DE PAULA	2.573	
660	MG	NOVO CRUZEIRO	2183811	HOSPITAL SAO BENTO	1.449	20.038
661	MG	OLIVEIRA	2144298	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIVEIRA	4.343	188.990
662	MG	OURO FINO	2127911	CASA DE CARIDADE DE OURO FINO	3.149	41.835
663	MG	OURO PRETO	2163829	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OURO PRETO	4.043	49.985
664	MG	PADRE PARAISO	2208083	HOSPITAL NOSSA SENHORA MAE DA IGREJA	1.301	35.911
665	MG	PALMA	2122936	HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA ELOY	331	32.045
666	MG	PARA DE MINAS	2206064	IRMANDADE NOSSA SENHORA DA CONCEICAO DE PARA DE MINAS	4.509	179.696
667	MG	PARAGUACU	2796341	FUNDACAO HOSPITALAR DE PARAGUACU	618	130.478
668	MG	PARAISOPOLIS	2127695	HOSPITAL FREI CAETANO E MATERNIDADE SANTA TEREZA	849	50.968
669	MG	PASSA QUATRO	2764806	CASA DE CARIDADE DE PASSA QUATRO	882	9.072
670	MG	PASSA TEMPO	2144174	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSA TEMPO	416	25.628
671	MG	PASSOS	2761033	FUNDACAO BENEFICENTE SAO JOAO DA ESCOCIA	1.480	247
672	MG	PASSOS	2775999	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS	13.301	344.051
673	MG	PATROCINIO	2209195	IRMANDADE NOSSA SENHORA DO PATROCINIO	5.562	91.628
674	MG	PECANHA	2103257	HOSPITAL SANTO ANTONIO	1.413	41.543
675	MG	PEDRA AZUL	2139049	HOSPITAL ESTER FARIA DE ALMEIDA	2.050	81.390
676	MG	PEDRALVA	2127938	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PEDRALVA	158	16.317
677	MG	PEDRO LEOPOLDO	2154560	INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO INDSH	2.141	9.494
678	MG	PERDIZES	2166305	SANTA CASA DE MISERICORDIA DR ALMEIDA MACHADO PERDIZES	882	
679	MG	PERDOES	2221985	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PERDOES	706	62.546
680	MG	PIEDADE DO RIO GRANDE	2112647	OBRAS SOCIAIS DA PAROQUIA DE PIEDADE DO RIO GRANDE	116	8.779
681	MG	PIRANGA	2109700	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	644	25.999
682	MG	PIRAPORA	2119528	FUNDACAO HOSPITALAR DR MOISES MAGALHAES FREIRE	5.442	253.627
683	MG	PITANGUI	2142406	IRMANDADE DE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PITANGUI	1.434	39.919
684	MG	PIUMHI	2776006	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PIUMHI	3.280	62.430
685	MG	POCO FUNDO	2167727	HOSPITAL DE GIMIRIM	623	42.563
686	MG	POCOS DE CALDAS	2129469	IRMANDADE DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE POCOS DE CALDAS	6.637	158.047
687	MG	POMPEU	2178591	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE POMPEU	1.419	82.495
688	MG	PONTE NOVA	2111640	IRMANDADE HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES	4.897	134.537
689	MG	PONTE NOVA	2206382	FUNDACAO FILANTROPICA E BENEF DE SAUDE ARNALDO GAVAZA FILHO	4.451	125.122
690	MG	PORTEIRINHA	2205971	SANTA CASA DE MISERICORDIA E HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	1.768	947.397

691	MG	POTE	2178990	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO DE POTE	532	35.107
692	MG	POUSO ALEGRE	2127989	FUNDACAO ENSINO SUPERIOR DO VALE DO SAPUCAI	14.429	873.867
693	MG	POUSO ALTO	2776014	SANTA CASA DE MISERICORDIA SAO VICENTE DE PAULO	306	16.100
694	MG	PRADOS	2123436	SANTA CASA DE MISERICORDIA DA PAROQUIA DE PRADOS	352	21.925
695	MG	PRATA	2145685	ASS BEN AMIGOS HOSPITAL	1.068	
696	MG	RAUL SOARES	2168553	HOSPITAL SAO SEBASTIAO DE RAUL SOARES	1.371	24.293
697	MG	RECREIO	2122618	HOSPITAL SAO SEBASTIAO DE RECREIO	643	
698	MG	RESENDE COSTA	2139626	ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO	1.093	25.847
699	MG	RESPLENDOR	2168731	SOCIEDADE BENEFICIENTE SAO CAMILO	3.260	115.545
700	MG	RIO CASCA	2100363	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO RIO CASCA	305	8.286
701	MG	RIO PARDO DE MINAS	2119463	FUNDACAO CORONEL JOAO DE ALMEIDA	1.287	93.596
702	MG	RIO PIRACICABA	2144611	ASSISTENCIA SOCIAL DE RIO PIRACICABA	632	14.933
703	MG	RIO POMBA	2149419	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO RIO POMBA	2.403	86.941
704	MG	RIO PRETO	2796791	IRMANDADE SANTA IZABEL	232	30.344
705	MG	RIO VERMELHO	2135140	HOSPITAL JOAO CESAR DE OLIVEIRA	1.005	34.021
706	MG	RUBIM	2139138	IRMANDADE SAO VICENTE DE PAULO	577	26.851
707	MG	SABARA	2117282	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SABARA	1.264	5.911
708	MG	SABINOPOLIS	2135914	ASSOCIACAO DE CARIDADE HOSPITAL SAO SEBASTIAO	1.552	21.681
709	MG	SACRAMENTO	2109034	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SACRAMENTO	1.269	29.723
710	MG	SALTO DA DIVISA	2139111	FUNDACAO TINO DA CUNHA	218	4.873
711	MG	SANTA BARBARA	2144638	ASILO NOSSA SRA DO PERPETUO SOCORRO STA CASA N SRA MERCES	1.353	59.796
712	MG	SANTA MARIA DE ITABIRA	2144565	ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E A INFANCIA	261	38.486
713	MG	SANTA MARIA DO SUACUI	2103990	HOSPITAL SANTA MARIA ETERNA	2.221	69.724
714	MG	SANTA RITA DE JACUTINGA	2796570	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE STA RITA DE JACUTINGA	224	11.662
715	MG	SANTA RITA DO SAPUCAI	2208822	FUNDACAO SANTARITENSE DE SAUDE E ASSISTENCIA SOCIAL	1.409	71.432
716	MG	SANTO ANTONIO DO AMPARO	2192128	HOSPITAL SAO SEBASTIAO	1.729	147.212
717	MG	SANTO ANTONIO DO MONTE	2144026	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SANTO ANTONIO DO MONTE	1.720	6.886
718	MG	SANTOS DUMONT	2796562	HOSPITAL MISERICORDIA DE SANTOS DUMONT	1.833	44.374
719	MG	SAO DOMINGOS DO PRATA	2144573	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES	906	23.372
720	MG	SAO GONCALO DO SAPUCAI	2775913	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO GONCALO DO SAPUCAI	1.607	33.411
721	MG	SAO JOAO DEL REI	2161354	SANTA CASA DA MISERICORDIA	4.324	53.539
722	MG	SAO JOAO DEL REI	2173565	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS MERCES	2.287	17.035
723	MG	SAO JOAO DO PARAISO	2795299	FUNDACAO DE SAUDE DE SAO JOAO DO PARAISO	1.469	82.542
724	MG	SAO JOAO NEPOMUCENO	2796619	ASSOCIACAO CARIDADE SAO JOAO NEPOMUCENO	1.496	129.819
725	MG	SAO LOURENCO	2764814	HOSPITAL DA FUNDACAO CASA DE CARIDADE DE SAO LOURENCO	6.186	165.104
726	MG	SAO SEBASTIAO DO PARAISO	2146401	FUNDACAO SANATORIO GEDOR SILVEIRA	2.353	
727	MG	SAO SEBASTIAO DO PARAISO	2146525	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO SEBASTIAO DO PARAISO	7.045	230.700
728	MG	SAO TIAGO	2123711	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	536	74.808
729	MG	SAO VICENTE DE MINAS	2123231	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	296	24.497

730	MG	SENADOR FIRMINO	2760851	ASSOCIACAO DE CARIDADE SAO JOAO DE DEUS	12	15.043
731	MG	SERRANIA	2168448	SOCIEDADE BENEFICENTE WALDEMAR MIGUEL	123	14.744
732	MG	SERRO	2202891	CASA DE CARIDADE SANTA TEREZA	1.846	79.136
733	MG	SETE LAGOAS	2206528	IRMANDADE DE NOSSA SENHORA DAS GRACAS	8.160	135.944
734	MG	TAIOBEIRAS	2098369	FUNDACAO TAIIOBEIRAS	4.909	92.980
735	MG	TARUMIRIM	2102595	AHSST ASSOCIACAO HOSPITALAR SAO SEBASTIAO DE TARUMIRIM	2.511	41.697
736	MG	TEOFILO OTONI	2184834	ASSOCIACAO BENEFICENTE BOM SAMARITANO	2.552	112.598
737	MG	TEOFILO OTONI	2208172	ASSOCIACAO HOSPITALAR SANTA ROSALIA	6.847	103.986
738	MG	TIMOTEO	2140217	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	3.787	70.700
739	MG	TOMBOS	2194651	HOSPITAL SAO SEBASTIAO		3.093
740	MG	TRES CORACOES	2760657	FUNDACAO HOSPITALAR SAO SEBASTIAO	5.434	268.988
741	MG	TRES MARIAS	2796112	FUNDACAO DE SAUDE TRES MARIAS	1.511	78.207
742	MG	TRES PONTAS	2139200	SANTA CASA DE MISERICORDIA DO HOSP SAO FRANCISCO DE ASSIS	3.791	37.920
743	MG	TURMALINA	2135108	CONFERENCIA SAO VICENTE DE PAULO DE TURMALINA	2.549	77.021
744	MG	UBA	2195437	ASSOCIACAO BENEFICIENTE CATOLICA	6.627	384.198
745	MG	UBA	2760703	IRMANDADE NOSSA SENHORA DA SAUDE	3.019	169.649
746	MG	UBERABA	2164795	HOSPITAL DA CRIANCA	2.679	101.851
747	MG	UBERABA	2164825	ASSOCIACAO PORTUGUESA DE BENEFICENCIA 1 DE DEZEMBRO	569	570
748	MG	UBERABA	2165058	ASSOCIACAO DE COMBATE AO CANCER DO BRASIL CENTRAL	2.773	182.442
749	MG	UBERABA	2195585	SOCIEDADE EDUCACIONAL UBERABENSE UNIUBE	4.710	801.429
750	MG	UBERABA	2195593	SERVICO INTEGRADO DE SAUDE DONA MARIA MODESTO CRAVO	1.194	
751	MG	UNIAO DE MINAS	2206552	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE UNIAO	507	17.162
752	MG	VARGINHA	2761041	HOSPITAL REGIONAL DO SUL DE MINAS	6.927	128.446
753	MG	VARZELANDIA	2104741	FUNDACAO HOSPITALAR DE SAUDE	698	29.976
754	MG	VESPASIANO	6856209	FUNDACAO VESPASIANENSE DE SAUDE	2.291	1.870
755	MG	VICOSA	2099438	FUNDACAO ASSISTENCIAL VICOSENSE	2.734	101.727
756	MG	VICOSA	2099454	CASA DE CARIDADE DE VICOSA	3.767	102.732
757	MG	VIRGINIA	2764822	CASA DE CARIDADE SANTO ANTONIO	374	21.940
758	MG	VIRGINOPOLIS	2144557	ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSIST A MATERNIDADE E A INFANCIA	946	32.557
759	MG	VISCONDE DO RIO BRANCO	2760843	ASSOCIACAO BENEFICENTE SAO JOAO BATISTA	3.130	87.376
760	RJ	ANGRA DOS REIS	2280868	IRMANDADE DA SANTA MISERICORDIA DE ANGRA DOS REIS	3.521	269.650
761	RJ	ANGRA DOS REIS	2281384	FUNDACAO ELETRONUCLEAR DE ASSISTENCIA MEDICA	1.308	203.865
762	RJ	ARARUAMA	2273098	FUNDACAO MEDICA HOSPITALAR SAO SILVESTRE	854	36.928
763	RJ	BARRA DO PIRAI	2287919	CASA DE CARIDADE SANTA RITA	2.786	202.496
764	RJ	BARRA DO PIRAI	2287927	CENTRO ESPIRITA PAI JOSE CAMBINDA	1.780	142.163
765	RJ	BARRA DO PIRAI	2799308	CRUZ VERMELHA BRASILEIRA FILIAL DO MUNIC DE BARRA DO PIRAI	1.448	109.510
766	RJ	BARRA MANSA	2280051	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSA	7.682	237.227
767	RJ	BOM JARDIM	2282801	SANTA CASA DE BOM JARDIM	1.500	118.984
768	RJ	BOM JESUS DO ITABAPOANA	2696940	CENTRO POPULAR PROMELHORAMENTOS DE BOM JESUS	3.729	200.662
769	RJ	CABO FRIO	2278286	IRMANDADE DE SANTA IZABEL DE CABO FRIO	2.258	118.579
770	RJ	CAMPOS DOS GOYTACAZES	2287250	SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA DE CAMPOS	4.757	301.636
771	RJ	CAMPOS DOS GOYTACAZES	2287382	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAMPOS	6.691	299.929

772	RJ	CAMPOS DOS GOYTACAZES	2287447	FUNDACAO BENEDITO PEREIRA NUNES	2.559	326.038
773	RJ	CAMPOS DOS GOYTACAZES	2298317	ASSOCIACAO FLUMINENSE DE ASSIST A MULHER CRIANCA E AO IDOSO	6.827	273.140
774	RJ	CAMPOS DOS GOYTACAZES	2696908	LIGA ESPIRITA DE CAMPOS MANT DO HOSP ABRIGO J VIANA	1.799	13.175
775	RJ	CANTAGALO	2267713	HOSPITAL DE CANTAGALO	1.639	186.796
776	RJ	CARMO	2272601	HOSPITAL NOSSA SENHORA DO CARMO	956	302.901
777	RJ	CORDEIRO	2283808	HOSPITAL ANTONIO CASTRO	905	87.060
778	RJ	ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN	2277174	IRMANDADE DOS POBRES DE ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN	240	30.546
779	RJ	ITAPERUNA	2278855	CONFERENCIA SAO JOSE DO AVAI	10.697	402.281
780	RJ	ITAPERUNA	2825376	ASSOCIACAO SANTO ANTONIO DOS POBRES DE ITAPERUNA	717	126.599
781	RJ	MACAE	2697041	IRMANDADE DE SAO JOAO BATISTA DE MACAE	2.896	75.794
782	RJ	MIGUEL PEREIRA	2283239	FUNDACAO MIGUEL PEREIRA	3.189	76.867
783	RJ	MIRACEMA	2285932	HOSPITAL DE MIRACEMA	1.898	51.866
784	RJ	NATIVIDADE	2276267	CAIXA DOS POBRES DE NATIVIDADE	941	194.597
785	RJ	NITEROI	2282186	INSTITUICAO FREDERICO LEOMIL	575	
786	RJ	PARAIBA DO SUL	2276186	IRMANDADE NOSSA SENHORA DA PIEDADE	1.569	46.962
787	RJ	PETROPOLIS	2275635	ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA	3.199	161.185
788	RJ	PIRAI	2267187	CASA DE CARIDADE DE PIRAI	1.918	230.857
789	RJ	QUATIS	2273101	ASSOC DE PROT E ASSIST E MATERN E A INFANCIA DE QUATIS	777	100.151
790	RJ	RESENDE	2288885	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE RESENDE	2.118	203.644
791	RJ	RESENDE	2288907	ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E A INFANCIA DE RESENDE	2.281	17.076
792	RJ	RIO BONITO	2296241	HOSPITAL REGIONAL DARCY VARGAS	4.298	174.328
793	RJ	RIO DE JANEIRO	2269899	ASS BRAS ASSIST CANC HOSP MARIO KROEFF	1.722	209.984
794	RJ	RIO DE JANEIRO	2270498	CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS OCULISTAS ASSOCIADOS		104.912
795	RJ	RIO DE JANEIRO	2273357	INSTITUICAO ADVENTISTA ESTE BRAS DE PREV E ASS A SAUDE	226	40.021
796	RJ	RIO DE JANEIRO	2273403	ASSOCIACAO ESPIRITA OBREIROS DO BEM	127	1.413
797	RJ	RIO DE JANEIRO	2273535	SCMRJ SANTA CASA HOSPITAL SAO ZACHARIAS	422	11.955
798	RJ	RIO DE JANEIRO	2291282	SANTA CASA DA MISERICORDIA RJ MORDOMIA HOSPITAL N S DAS DORE	1.067	
799	RJ	RIO DE JANEIRO	2295369	ACAO CRISTA VICENTE MORETTI	447	49.287
800	RJ	RIO DE JANEIRO	2295393	SCMRJ SANTA CASA HOSP N S DA SAUDE HOSPITAL DA GAMBOA	219	7.480
801	RJ	RIO DE JANEIRO	6716849	SMS RIO COORD DE EMERGENCIA REGIONAL CER LEBLON AP 21		437.029
802	RJ	RIO DE JANEIRO	7065515	ASSOCIACAO LAR SAO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDENCIA DE DEUS	610	137.930
803	RJ	SAO FIDELIS	2283328	ASSOCIACAO HOSPITALAR ARMANDO VIDAL	1.995	277.123
804	RJ	SAO GONCALO	2297566	SOCIEDADE DE ASSISTENCIA E CULTURA SAGRADO CORACAO DE JESUS	1.099	
805	RJ	SAO JOAO DA BARRA	2286289	IRMANDADE DE MISERICORDIA DE SAO JOAO DA BARRA	375	104.305
806	RJ	SAO JOAO DE MERITI	2274493	ASSOCIACAO DE CARIDADE HOSPITAL SAO JOAO DE MERITI	1.521	12.069
807	RJ	SAO PEDRO DA ALDEIA	2280477	MISSAO DE SAO PEDRO	1.478	4.275
808	RJ	SAO SEBASTIAO DO ALTO	2704633	ASSOCIACAO HOSPITALAR SAO SEBASTIAO DO ALTO	933	123.656
809	RJ	TERESOPOLIS	2292386	ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA	2.171	125.711
810	RJ	TERESOPOLIS	2292513	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA SAUDE	1.515	84.172
811	RJ	TERESOPOLIS	2297795	FESO FUNDACAO EDUCACIONAL SERRA DOS ORGAOS	5.791	285.130

812	RJ	TRAJANO DE MORAIS	3584968	ASSOCIACAO HOSPITALAR SAO FRANCISCO DE PAULA	420	67.796
813	RJ	TRES RIOS	2294923	ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA	4.475	181.146
814	RJ	VALENCA	2292912	FUNDACAO EDUCACIONAL DOM ANDRE ARCOVERDE	5.137	671.310
815	RJ	VALENCA	2295075	ASSOCIACAO DA CASA DE CARIDADE DE CONSERVATORIA	308	73.302
816	RJ	VALENCA	2295105	ASSOCIACAO HOSPITAL SANTA ISABEL	819	41.715
817	RJ	VALENCA	2295113	IRMANDADE DA SANTA CASA DA MISERICORDIA DE VALENCA	142	
818	RJ	VASSOURAS	2273748	FUNDACAO EDUCACIONAL SEVERINO SOMBRA	4.673	315.828
819	RJ	VASSOURAS	2273756	IRMANDADE DE SANTA CASA DE MISERICORDIA DA C VASSOURAS	672	61.993
820	SP	ADAMANTINA	2077647	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ADAMANTINA	3.563	187.778
821	SP	ADAMANTINA	2082446	CLINICA DE REPOUSO NOSSO LAR	1.697	
822	SP	AGUAS DE LINDOIA	2077558	HOSPITAL GERAL DR FRANCISCO TOZZI STA CASA MISERICORDIA	1.400	31.805
823	SP	AGUDOS	2774720	ASSOCIACAO DO HOSPITAL DE AGUDOS	1.738	116.812
824	SP	ALTINOPOLIS	2716593	HOSPITAL DE MISERICORDIA DE ALTINOPOLIS	1.122	195.830
825	SP	ALVARES MACHADO	2080508	HOSPITAL E SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ALVARES MACHADO	322	57.776
826	SP	AMERICANA	2081733	SEARA SERVICO ESPIRITA DE ASSISTENCIA E RECUPERACAO DE AMERI	2.115	
827	SP	AMERICANA	2082179	IRMANDADE DE MISERICORDIA DE AMERICANA	204	393
828	SP	AMPARO	2078848	SANTA CASA ANNA CINTRA	3.307	81.140
829	SP	AMPARO	2082195	BENEFICENCIA PORTUGUESA DE AMPARO	565	126.662
830	SP	AMPARO	2084317	SANATORIO ISMAEL	2.521	
831	SP	ANDRADINA	2082691	IRMANDADE DA SANTA CASA DE ANDRADINA	4.089	110.383
832	SP	ANGATUBA	2082748	IRMANDADE DA SANTA CASA DE ANGATUBA	1.918	146.227
833	SP	APARECIDA	2083051	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE APARECIDA	3.346	371.467
834	SP	APARECIDA D'OESTE	2078937	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS DE APARECIDA D OESTE	99	13.392
835	SP	APIAI	2082098	ASSOCIACAO BENEFICENTE DE APIAI	2.174	70.348
836	SP	ARACATUBA	2078775	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ARACATUBA	11.462	276.985
837	SP	ARACATUBA	2082675	ASSOCIACAO DE AMPARO AO EXCEPCIONAL RITINHA PRATES	721	9.683
838	SP	ARARAQUARA	2079763	HOSPITAL PSIQUIATRICO ESPIRITA CAIRBAR SCHUTEL	764	11.698
839	SP	ARARAQUARA	2081156	STA CASA M N S FATIMA E BENEF DE ARARAQUARA		5.136
840	SP	ARARAQUARA	2082527	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ARARAQUARA	7.360	297.883
841	SP	ARARAS	2081253	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ARARAS	5.878	291.160
842	SP	ARARAS	2082470	CLINICA ANTONIO LUIZ SAYAO ACOMPANHAMENTO PSIQUIATRICO	2.169	
843	SP	AREALVA	2791668	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE AREALVA	52	38.565
844	SP	ASSIS	2081083	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ASSIS	4.749	317.403
845	SP	ATIBAIA	5366828	IRMANDADE DE MISERICORDIA DE ATIBAIA	3.283	292.392
846	SP	AURIFLAMA	2081768	SANTA CASA DE MISERICORDIA DOUTOR OSWALDO SIQUEIRA LYRA	885	102.966
847	SP	AVARE	2083604	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE AVARE	6.785	395.571
848	SP	BARIRI	2791676	ORGANIZACAO SOCIAL VITALE SAUDE	2.310	166.318
849	SP	BARRA BONITA	2082632	ASSOCIACAO DO HOSPITAL E MATERNIDADE SAO JOSE BARRA BONITA	2.646	42.254
850	SP	BARRETOS	2090236	FUNDACAO PIO XII BARRETOS	20.118	2.368.209
851	SP	BARRETOS	2092611	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRETOS	8.277	172.120

852	SP	BARRETOS	5033543	CASA TRANSITORIA ANDRE LUIZ	475	
853	SP	BASTOS	2092980	ASSOCIACAO BENEFICENTE DE BASTOS	1.640	59.436
854	SP	BATATAIS	2082853	SANTA CASA DE MISERICORDIA ASILO DOS POBRES DE BATATAIS	4.063	66.103
855	SP	BERNARDINO DE CAMPOS	2082497	INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISA E GESTAO EM SAUDE	518	47.839
856	SP	BILAC	2080915	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	99	49.079
857	SP	BIRIGUI	2078252	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BIRIGUI	5.336	8.330
858	SP	BOA ESPERANCA DO SUL	2079402	SANTA CASA DE MISERICORDIA SAO VICENTE DE PAULO	111	62.715
859	SP	BOCAINA	2791730	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BOCAINA	219	41.677
860	SP	BOITUVA	2081261	FUNDACAO LUIZ JOAO LABRONICE	1.783	332.499
861	SP	BORBOREMA	2081989	ASSOCIACAO DE PROTECAO E ASSIST A MATERN E INF DE BORBOREMA	655	21.014
862	SP	BRAGANCA PAULISTA	2688433	IRM SR BJP STA CASA MISERIC BRAGANCA PTA	4.798	763.321
863	SP	BRAGANCA PAULISTA	2704900	ASSOCIACAO LAR SAO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDENCIA DE DEUS	9.908	500.941
864	SP	BROTAS	2081784	HOSPITAL SANTA THEREZINHA	714	98.908
865	SP	BURITAMA	2079461	SANTA CASA DE MISERICORDIA SAO FRANCISCO BURITAMA	861	249.487
866	SP	CABREUVA	2079313	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CABREUVA	706	168.498
867	SP	CACAPAVA	2024756	FUSAM FUNDACAO DE SAUDE E ASSIST MUNIC DE CACAPAVA	2.932	426.395
868	SP	CACHOEIRA PAULISTA	2024772	ASSOC BENEF SAO JOSE E SANTA CASA DE MISERICORDIA SAO JOSE		84.594
869	SP	CACONDE	2080222	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CACONDE	1.169	10.504
870	SP	CAFELANDIA	2791684	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAFELANDIA	1.081	122.615
871	SP	CAJOBI	2081296	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAJOBI	671	72.594
872	SP	CAJURU	2023016	CASA DE CARIDADE SAO VICENTE DE PAULO	2.261	45.403
873	SP	CAMPINAS	2022621	MATERNIDADE DE CAMPINAS	7.966	122.520
874	SP	CAMPINAS	2022648	IRMANDADE DE MISERICORDIA DE CAMPINAS	719	230
875	SP	CAMPINAS	2078465	REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA	742	119.329
876	SP	CAMPINAS	2079003	SERVICO DE SAUDE DR CANDIDO FERREIRA	988	53.382
877	SP	CAMPINAS	2081482	CENTRO INFANTIL DE INVESTIGACAO HEMAT DR DOMINGOS A BOLDRINI	2.644	248.918
878	SP	CAMPINAS	2082128	SOCIEDADE CAMPINEIRA DE EDUCACAO E INSTRUCAO	15.987	1.369.402
879	SP	CAMPINAS	2084252	SOCIEDADE BRAS DE PESQ E ASSIS REABILITACAO C FACIAL	855	21.283
880	SP	CAMPOS DO JORDAO	3753433	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	1.519	13.142
881	SP	CANDIDO MOTA	2080842	ASSOCIACAO DE CAR DA STA CASA DE MIS IMACULADA CONCEICAO	1.411	191.661
882	SP	CAPAO BONITO	2079097	ASSOCIACAO BENEF SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAPAO BONITO	2.672	103.778
883	SP	CAPIVARI	2748568	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAPIVARI	2.399	220.864
884	SP	CARAGUATATUBA	2082926	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSIONARIAS DE MARIA IMACULADA	6.590	523.230
885	SP	CARDOSO	2082071	IRMANDADE DA STA CASA LEONOR MENDES DE BARROS DE CARDOSO	655	83.403
886	SP	CASA BRANCA	2082306	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CASA BRANCA	1.639	53.159
887	SP	CASTILHO	2079216	SOCIEDADE BENEFICENTE DE CASTILHO	486	72.654
888	SP	CATANDUVA	2058626	HOSPITAL PSIQUIATRICO ESP MAHATMA GANDHI	1.331	

889	SP	CATANDUVA	2089327	FUNDACAO PADRE ALBINO	7.989	386.002
890	SP	CATANDUVA	2089335	FUNDACAO PADRE ALBINO	5.551	775.041
891	SP	CERQUEIRA CESAR	2090333	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CERQUEIRA CESAR	2.000	71.876
892	SP	CERQUILHO	2751569	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CERQUILHO	722	197.663
893	SP	CESARIO LANGE	2082780	BENEFICENCIA HOSPITALAR DE CESARIO LANGE	554	66.868
894	SP	CHARQUEADA	2748436	HOSP MAT BENEF DE CHARQUEADA	338	52.284
895	SP	CHAVANTES	2082438	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CHAVANTES	1.092	73.781
896	SP	CLEMENTINA	2080982	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE CLEMENTINA	203	48.059
897	SP	COLINA	2095912	SOCIEDADE FILANTROPICA HOSPITAL JOSE VENANCIO	607	70.450
898	SP	CONCHAL	2084430	ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO	1.529	149.398
899	SP	COSMOPOLIS	2023644	HOSPITAL BENEFICENTE SANTA GERTRUDES	1.159	103.534
900	SP	CRAVINHOS	2079496	SOCIEDADE BENEFICENTE DE CRAVINHOS SANTA CASA	353	22.527
901	SP	CRUZEIRO	2024691	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CRUZEIRO	3.072	59.822
902	SP	CUNHA	2079518	ASSOCIACAO BENEFICENTE NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	1.400	74.727
903	SP	DESCALVADO	2081717	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE DESCALVADO	1.050	1.792
904	SP	DIVINOLANDIA	2082810	CONSORCIO DE DESENVOLVIMENTO REG DE GOV DE SJDA BOA VISTA	4.668	341.966
905	SP	DOIS CORREGOS	2791692	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE DOIS CORREGOS	1.408	101.081
906	SP	DOURADO	2747022	ASSOCIACAO DA CRIANCA DE DOURADO		61
907	SP	DRACENA	2750988	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA E MATER DE DRACENA	3.530	187.193
908	SP	DUARTINA	2790637	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE DUARTINA	1.505	127.292
909	SP	ESPIRITO SANTO DO PINHAL	2084384	ASSOCIACAO ESPIRITA VICENTE DE PAULO	3.720	
910	SP	ESPIRITO SANTO DO PINHAL	2751623	IRMANDADE DO HOSPITAL FRANCISCO ROSAS	2.848	112.250
911	SP	ESTRELA D'OESTE	2080966	IRMANDADE DA SANTA CASA MISERICORDIA DE ESTRELA D OESTE	183	33.714
912	SP	FARTURA	2092638	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FARTURA	875	61.531
913	SP	FERNANDOPOLIS	2093324	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FERNANDOPOLIS	5.369	371.309
914	SP	FLORIDA PAULISTA	2745402	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FLORIDA PAULISTA	992	43.617
915	SP	FRANCA	2080117	FUNDACAO ESPIRITA ALLAN KARDEC	3.522	
916	SP	FRANCA	2705982	FUNDACAO SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FRANCA	17.952	471.589
917	SP	FRANCISCO MORATO	2083876	LAR ASSISTENCIAL SAO BENEDITO	2.624	520.560
918	SP	GALIA	2080737	IRMANDADE BENEFICIENTE SAO JOSE	71	32.142
919	SP	GARCA	2078023	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GARCA	1.787	123.951
920	SP	GARCA	2079844	SOCIEDADE BENEFICENTE CAMINHO DE DAMASCO		3.047
921	SP	GARCA	2086263	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GARCA	428	
922	SP	GARCA	2745356	ASSOCIACAO BENEFICENTE ESPIRITA DE GARCA	2.282	
923	SP	GENERAL SALGADO	2081652	SANTA CASA DE MISERICORDIA NOSSA SENHORA DAS DORES	574	26.203
924	SP	GETULINA	2791706	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA GETULINA	73	51.871
925	SP	GUAIRA	2078414	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAIRA	1.673	33.394
926	SP	GUARA	2083973	SANTA CASA DE GUARA	165	41.141
927	SP	GUARACAI	2081520	HOSPITAL E MATERNIDADE DE GUARACAI	325	32.419
928	SP	GUARARAPES	2081814	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE	1.648	83.264

				GUARARAPES		
929	SP	GUARAREMA	2773333	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUARAREMA	1.117	141.051
930	SP	GUARATINGUETA	2077310	GRUPO DA FRATERNIDADE IRMAO ALTINO	216	
931	SP	GUARATINGUETA	2081512	IR SR DOS PASSOS E SANTA CASA MIS GUARATINGUETA	3.258	77.722
932	SP	GUARATINGUETA	2081644	HOSPITAL MATERNIDADE FREI GALVAO	3.687	715.169
933	SP	GUARIBA	2026805	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUARIBA	1.422	135.523
934	SP	GUARUJA	2754843	ASSOCIACAO SANTAMARENSE DE BENEFICENCIA DO GUARUJA	10.118	272.616
935	SP	GUARULHOS	2040069	ASSOCIACAO BENEFICENTE JESUS JOSE E MARIA	9.363	122.401
936	SP	GUARULHOS	2078155	CONGREGACAO DAS FILHAS DE N SENHORA STELA MARIS	3.839	402.598
937	SP	GUARULHOS	2082276	CENTRO ESPIRITA NOSSO LAR CASAS ANDRE LUIZ	7.172	
938	SP	HERCULANDIA	2080281	HOSPITAL BENEFICENTE SAO JOSE	819	58.515
939	SP	IACANGA	2791714	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IACANGA	264	69.247
940	SP	IACRI	2082578	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IACRI	30	35.382
941	SP	IBIRA	2082551	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IBIRA	157	35.943
942	SP	IBITINGA	2082640	SANTA CASA DE CARIDADE E MATERNIDADE DE IBITINGA	3.151	65.997
943	SP	IGARAPAVA	2079348	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IGARAPAVA	789	117.383
944	SP	ILHA SOLTEIRA	2078511	ASSOCIACAO LAR SAO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDENCIA DE DEUS	2.423	153.269
945	SP	ILHABELA	2747871	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA	2.494	250.734
946	SP	INDAIATUBA	2084244	INSTITUTO DE REABILITACAO E PREVENCAO EM SAUDE INDAIA	1.666	
947	SP	INDAIATUBA	2784602	FUNDACAO LEONOR DE BARROS CAMARGO	8.720	637.246
948	SP	INDIAPORA	2080362	ASSOCIACAO CASA DE SAUDE BENEFICENTE DE INDIAPORA	359	28.519
949	SP	IPAUSSU	2081660	IRMANDADE DA SANTA CASA DE IPAUCU	600	46.821
950	SP	IPUA	2080451	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IPUA	196	9.332
951	SP	ITAI	2093227	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAI	397	59.024
952	SP	ITAJOBÍ	2080826	IRMANDADE DE MISERICORDIA HOSPITAL SAO JOSE ITAJOBÍ	507	9.783
953	SP	ITAPETININGA	3139050	SOCIEDADE BENEFICIENTE SAO CAMILO	7.271	542.981
954	SP	ITAPEVA	2027186	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAPEVA	7.828	324.114
955	SP	ITAPIRA	2084287	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAPIRA		1.380
956	SP	ITAPIRA	2085143	FUNDACAO ESPIRITA AMERICO BAIRRAL	7.468	
957	SP	ITAPOLIS	2079836	ASSOC SANTA CASA MISERICORDIA E MATERNIDADE D JULIETA LYRA	2.394	237.497
958	SP	ITAPORANGA	2751674	HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DAS GRACAS DE ITAPORANG	1.179	47.270
959	SP	ITAPUI	2079224	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	269	58.548
960	SP	ITARARE	2081555	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITARARE	3.286	161.897
961	SP	ITATIBA	2023709	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITATIBA	4.419	315.945
962	SP	ITATINGA	2076942	HOSPITAL SANTA TEREZINHA E MATERNIDADE ERCILIA PIERONI	61	
963	SP	ITU	2092298	SOCIEDADE BENEFICIENTE SAO CAMILO	7.011	169.710
964	SP	ITUVERAVA	2751704	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITUVERAVA	3.262	176.201
965	SP	JABOTICABAL	2025477	IRMANDADE DE MISERICORDIA DE JABOTICABAL	2.650	6.829
966	SP	JACAREI	2085194	ASSOCIACAO CASA FONTE DA VIDA	4.671	138.163
967	SP	JACAREI	2096412	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE JACAREI	6.247	481.754

968	SP	JACI	2081466	ASSOCIACAO LAR SAO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDENCIA DE DEUS	2.271	49.095
969	SP	JALES	2079895	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE JALES	5.273	146.962
970	SP	JAU	2083086	FUNDACAO DR AMARAL CARVALHO	12.410	838.496
971	SP	JAU	2790653	ASSOCIACAO HOSPITALAR TEREZA PERLATTI DE JAU	2.676	
972	SP	JAU	2791722	IRMANDADE DE MISERICORDIA DE JAU	12.023	560.598
973	SP	JOANOPOLIS	2086719	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE JOANOPOLIS	216	73.504
974	SP	JOSE BONIFACIO	2080095	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE JOSE BONIFACIO	1.920	68.372
975	SP	JUNDIAI	2701561	INSTITUTO JUNDIAIENSE LUIZ BRAILLE	86	195.867
976	SP	JUNDIAI	2716801	GRUPO EM DEFESA DA CRIANCA COM CANCER GRENDAACC		30.612
977	SP	JUNDIAI	2786435	HOSPITAL DE CARIDADE SAO VICENTE DE PAULO	15.266	985.367
978	SP	JUNQUEIROPOLIS	2751003	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE JUNQUEIROPOLIS	1.437	85.610
979	SP	LARANJAL PAULISTA	2079976	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE LARANJAL PTA	1.976	75.439
980	SP	LEME	2078074	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE LEME	3.240	532.293
981	SP	LENCOIS PAULISTA	2077582	ASSOCIACAO BENEFICENTE HOSPITAL NOSSA SENHORA DA PIEDADE	2.351	220.275
982	SP	LIMEIRA	2081458	IRM STA CASA MIS DE LIMEIRA	11.787	1.164.129
983	SP	LIMEIRA	2087103	SOCIEDADE OPERARIA HUMANITARIA	3.075	198.923
984	SP	LINS	2758245	ASSOCIACAO HOSPITALAR SANTA CASA DE LINS	4.761	263.535
985	SP	LORENA	2087111	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA LORENA	5.228	314.232
986	SP	LOUVEIRA	2079917	IRMANDADE DA SANTA CASA DE LOUVEIRA	1.519	167.268
987	SP	LUCELIA	2081431	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE LUCELIA	393	103.541
988	SP	MACATUBA	2082942	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MACATUBA	955	99.180
989	SP	MACAUBAL	2081792	SANTA CASA DE MACAUBAL	119	36.846
990	SP	MAIRIPORA	2086336	ASSOCIACAO BENEFICENTE NOSSA SENHORA DO DESTERRO	2.954	445.824
991	SP	MARACAI	2079437	ASSOCIACAO HOSPITAL BENEFICENTE DE MARACAI	635	64.935
992	SP	MARILIA	2080990	HOSPITAL ESPIRITA DE MARILIA	3.062	
993	SP	MARILIA	2083116	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MARILIA	3.863	429.875
994	SP	MARILIA	2086050	ASSOCIACAO FEMININA DE MARILIA MATERNIDADE GOTA DE LEITE	1.594	22.019
995	SP	MARILIA	5860490	ASSOCIACAO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITARIO	2.553	560.546
996	SP	MARTINOPOLIS	2751011	SANTA CASA DE MISERICORDIA PE JOAO SCHNEIDER MARTINOPOLIS	1.041	85.362
997	SP	MATAO	2090961	SOCIEDADE MATONENSE DE BENEMERENCIA	6.304	279.634
998	SP	MAUA	2751747	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS MAUA	2.202	27.102
999	SP	MIGUELOPOLIS	2088525	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MIGUELOPOLIS	761	101
1000	SP	MIRASSOL	2716275	ASSOC LAR SAO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDENCIA DE DEUS	2.405	42.038
1001	SP	MOCOCA	2705222	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOCOCA	5.945	11.518
1002	SP	MOGI DAS CRUZES	2080052	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI DAS CRUZES	11.959	825.185
1003	SP	MOGI GUACU	2096463	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUACU	7.569	68.853
1004	SP	MOJI MIRIM	2079208	ASSOCIACAO ESPIRITA JESUS E CARIDADE	620	
1005	SP	MOJI MIRIM	2088193	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI MIRIM	4.422	150.793

1006	SP	MONTE ALTO	2028204	IRMANDADE DE MISERIC DO HOSPITAL DA SANTA CASA DE MONTE ALTO	2.207	233.701
1007	SP	MONTE APRAZIVEL	2082667	IRMANDADE STA CASA DE MISERICORDIA DE MONTE APRAZIVEL	2.248	83.989
1008	SP	MONTE AZUL PAULISTA	2053500	ASSOCIACAO DE BENEMERENCIA SENHOR BOM JESUS	743	1.333
1009	SP	MONTE AZUL PAULISTA	2053519	ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E A INFANCIA	931	39.374
1010	SP	MONTE MOR	2078341	ASSOCIACAO HOSPITAL BENEFICENTE SAGRADO CORACAO DE JESUS	1.227	409.371
1011	SP	MORRO AGUDO	2745801	HOSPITAL SAO MARCOS	1.594	124.434
1012	SP	NEVES PAULISTA	2079682	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA NEVES PAULISTA	314	30.099
1013	SP	NHANDEARA	2093405	INSTITUTO DE AMPARO AO EXCEPCIONAL NHANDEARA	133	58.646
1014	SP	NHANDEARA	2093502	ASSOCIACAO LAR SAO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDENCIA DE DEUS	1.661	81.732
1015	SP	NOVA EUROPA	2747685	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE NOVA EUROPA	306	2.058
1016	SP	NOVA GRANADA	2082659	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE NOVA GRANADA	1.675	22.401
1017	SP	NOVO HORIZONTE	2088487	IRMANDADE SAO JOSE DE NOVO HORIZONTE	2.756	100.492
1018	SP	OLIMPIA	2082845	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OLIMPIA	3.258	1.952
1019	SP	ORLANDIA	2745798	HOSPITAL BENEFICENTE SANTO ANTONIO	3.022	95.128
1020	SP	OSASCO	0008478	ASSISTENCIA VICENTINA IMACULADA CONCEICAO	163	
1021	SP	OSVALDO CRUZ	2082586	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OSVALDO CRUZ	2.101	86.053
1022	SP	OURINHOS	2079631	ASSOCIACAO DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OURINHOS	28	
1023	SP	OURINHOS	4049020	ASSOCIACAO DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE OURINHOS	6.772	252.337
1024	SP	PACAEMBU	2080907	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PACAEMBU	454	36.323
1025	SP	PALMEIRA D'OESTE	2079291	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MIS DE PALMEIRA DOESTE	789	35.294
1026	SP	PALMITAL	2080958	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PALMITAL	1.252	93.218
1027	SP	PANORAMA	2079283	SANTA CASA E MATERNIDADE DE PANORAMA	798	20.863
1028	SP	PARAGUACU PAULISTA	2082519	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PARAGUACU PAULISTA	2.891	205.107
1029	SP	PARAPUA	2081229	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PARAPUA	645	46.296
1030	SP	PATROCINIO PAULISTA	2078449	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PATROCINIO PAULISTA	1.056	59.260
1031	SP	PAULO DE FARIA	2080869	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PAULO DE FARIA	204	692.510
1032	SP	PEDERNEIRAS	2791749	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PEDERNEIRAS	1.872	221.283
1033	SP	PEDREGULHO	2080478	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PEDREGULHO	614	100.054
1034	SP	PEDREIRA	2078422	FUNDACAO BENEFICIENTE DE PEDREIRA	1.069	193.111
1035	SP	PENAPOLIS	2078384	ORGANIZACAO SOCIAL JOAO MARCHESI	950	
1036	SP	PENAPOLIS	2078503	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PENAPOLIS	3.738	84.498
1037	SP	PEREIRA BARRETO	2083027	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PEREIRA BARRETO	1.239	77.516
1038	SP	PIEIDADE	2083175	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PIEIDADE	1.692	145.805
1039	SP	PILAR DO SUL	2078902	ASSOCIACAO DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PILAR DO SUL	1.391	108.507
1040	SP	PINDAMONHANGABA	2755092	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PINDAMONHANGABA	8.321	653.734

1041	SP	PIRACAIA	2079852	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA SAO VICENTE DE PAULO	325	171.634
1042	SP	PIRACICABA	2087057	ASSOCIACAO DOS FORNECEDORES DE CANA DE PIRACICABA	11.288	232.822
1043	SP	PIRACICABA	2772310	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PIRACICABA	12.355	199.968
1044	SP	PIRAJU	2081350	SOCIEDADE DE BENEFICENCIA DE PIRAJU	2.363	110.650
1045	SP	PIRAJUI	2080370	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PIRAJUI	504	3.126
1046	SP	PIRAJUI	2790998	ASSOCIACAO LAR SAO FRANCISCO DE ASSIS NA PROVIDENCIA DE DEUS	481	
1047	SP	PIRANGI	2079909	ASSOCIACAO BENEFICENTE DE PIRANGI	560	
1048	SP	PIRASSUNUNGA	2785382	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PIRASSUNUNGA	3.085	329.357
1049	SP	PIRATININGA	2791757	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PIRATININGA	214	61.271
1050	SP	PITANGUEIRAS	2089548	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PITANGUEIRAS	1.175	123.287
1051	SP	POMPEIA	2080621	SANTA CASA DE POMPEIA	840	85.211
1052	SP	PONTAL	2083493	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTAL	1.121	78.114
1053	SP	PORTO FELIZ	2079925	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PORTO FELIZ	1.997	254.077
1054	SP	PORTO FERREIRA	2082322	IRMANDADE DE MISERICORDIA DE PORTO FERREIRA	2.483	180.832
1055	SP	POTIRENDABA	2096617	HOSPITAL ASSISTENCIAL DE POTIRENDABA	322	75.781
1056	SP	PRESIDENTE BERNARDES	2698374	SOCIEDADE BENEFICENTE DE PRESIDENTE BERNARDES	1.391	40.810
1057	SP	PRESIDENTE EPITACIO	2751038	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PRES EPITACIO	3.132	154.085
1058	SP	PRESIDENTE PRUDENTE	2058774	ASSOCIACAO REGIONAL ESP DE ASSISTENCIA DA 25 REGIAO P PRUD	1.471	
1059	SP	PRESIDENTE PRUDENTE	2058782	ASSOCIACAO ASSISTENCIAL ADOLPHO BEZERRA DE MENEZES	2.432	
1060	SP	PRESIDENTE PRUDENTE	2080532	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PRESIDENTE PRUDENTE	4.316	256.314
1061	SP	PRESIDENTE VENCESLAU	2078139	IRMANDADE DA SANTA CASA DE PRESIDENTE VENCESLAU	3.561	83.550
1062	SP	QUELUZ	6452302	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE QUELUZ	172	122.421
1063	SP	RANCHARIA	2081873	HOSPITAL E MATERNIDADE DE RANCHARIA	3.491	197.784
1064	SP	REGENTE FEIJO	2080524	HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL REGENTE FEIJO	262	49.730
1065	SP	REGISTRO	2079593	ASSOC DE PROT E ASSIT A MATERNIDADE E A INFANCIA DE REGISTRO	4.973	178.175
1066	SP	RIBEIRAO BONITO	2747693	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE RIBEIRAO BONITO	368	31.743
1067	SP	RIBEIRAO PRETO	2080400	SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA	8.680	395.288
1068	SP	RIBEIRAO PRETO	2081164	FUNDACAO HOSPITAL SANTA LYDIA	4.259	1.346.001
1069	SP	RIBEIRAO PRETO	2082187	FUNDACAO DE APOIO AO ENSINO PESQUISA E ASSISTENCIA HCFMRP	39.112	3.255.974
1070	SP	RIBEIRAO PRETO	2084414	SOCIEDADE BENEF HOSPITALAR STA CASA DE MIS DE RIB PRETO	10.986	296.724
1071	SP	RIBEIRAO PRETO	3314766	ASSOCIACAO DE ENSINO DE RIBEIRAO PRETO	1.813	287.901
1072	SP	RIBEIRAO PRETO	7420595	UNIDADE DE RETAGUARDA HOSPITALAR FRANCISCO DE ASSIS	142	
1073	SP	RIBEIRAO PRETO	7615280	CANTINHO DO CEU HOSPITAL DE RETAGUARDA	162	
1074	SP	RINOPOLIS	2081237	SOCIEDADE DE MISERICORDIA DE RINOPOLIS	380	30.968
1075	SP	RIO CLARO	2082888	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE RIO CLARO	5.905	338.766
1076	SP	RIO CLARO	2083159	CASA DE SAUDE BEZERRA DE MENEZES	1.884	

1077	SP	RIO DAS PEDRAS	2766167	SOC DE ASSISTENCIA E CULTURA SAGRADO CORACAO DE JESUS	1.228	32.960
1078	SP	RIOLANDIA	2081571	HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE RIOLANDIA	181	25.057
1079	SP	SALES OLIVEIRA	2078112	SOCIEDADE BENEFICENTE E HOSPITALAR SANTA RITA	190	153
1080	SP	SALESOPOLIS	2079380	SANTA CASA DE MISERICORDIA FREDERICO OZANAN	230	85.945
1081	SP	SALTO	3774554	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	6.410	888.745
1082	SP	SALTO DE PIRAPORA	2079429	ASSOCIACAO DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SALTO DE PIRAPOR	1.250	337.269
1083	SP	SALTO GRANDE	2082756	HOSPITAL E MAT SAO SEBASTIAO STA CASA MIS SALTO GRANDE	668	54.646
1084	SP	SANTA ADELIA	2079550	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SANTA ADELIA	327	21.989
1085	SP	SANTA BARBARA D'OESTE	2079232	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SANTA BARBARA DOESTE	4.023	510.926
1086	SP	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	2080745	IRMANDADE DO HOSPITAL E MATERNIDADE CORONEL JUCA FERREIRA	1.621	91.452
1087	SP	SANTA CRUZ DO RIO PARDO	2084058	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE STA CRUZ DO RIO PARDO	3.065	26.323
1088	SP	SANTA FE DO SUL	2093332	IRMANDADE SANTA CASA MISERICORDIA DE SANTA FE DO SUL	2.125	162.761
1089	SP	SANTA ISABEL	2083140	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SANTA ISABEL	2.547	265.615
1090	SP	SANTA RITA DO PASSA QUATRO	2091267	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISER DE STA RITA DO PASSA QUATRO	1.225	61.912
1091	SP	SANTA ROSA DE VITERBO	2746298	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SANTA ROSA DE VITERBO	590	62.315
1092	SP	SANTO ANASTACIO	2751046	IRMANDADE DO HOSPITAL DE CARIDADE ANITA COSTA	1.570	141.972
1093	SP	SANTOS	2025752	IRMANDADE DA SANTA CASA DA MISERICORDIA DE SANTOS	12.844	467.913
1094	SP	SANTOS	2080354	SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA	3.227	61.723
1095	SP	SAO BENTO DO SAPUCAI	2078546	SANTA CASA DE MISERICORDIA SAO BENTO DO SAPUCAI	796	82.729
1096	SP	SAO BERNARDO DO CAMPO	3223728	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO BERNARDO CAMPO	550	715
1097	SP	SAO CARLOS	2080931	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO CARLOS	11.691	289.929
1098	SP	SAO JOAO DA BOA VISTA	2084228	SANTA CASA DE MISERICORDIA DONA CAROLINA MALHEIROS	4.963	249.212
1099	SP	SAO JOAQUIM DA BARRA	2080044	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO JOAQUIM DA BARRA	3.150	101.765
1100	SP	SAO JOSE DO RIO PARDO	2080923	SANTA CASA DE MISERICORDIA HOSPITAL SAO VICENTE	4.321	115.586
1101	SP	SAO JOSE DO RIO PRETO	2077396	FUNDACAO FACULDADE REGIONAL DE MEDICINA DE SAO JOSE DO RIO P	39.708	2.140.099
1102	SP	SAO JOSE DO RIO PRETO	2097605	INSTITUTO ESPIRITA NOSSO LAR	4.571	724.932
1103	SP	SAO JOSE DO RIO PRETO	2097613	ASSOCIACAO PORTUGUESA DE BENEFICENCIA DE SAO JOSE DO RIO PRE	40	1.416
1104	SP	SAO JOSE DO RIO PRETO	2097648	HOSPITAL DR ADOLFO BEZERRA DE MENEZES	3.009	73.132
1105	SP	SAO JOSE DO RIO PRETO	2798298	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE S J RIO PRETO	13.884	1.049.443
1106	SP	SAO JOSE DOS CAMPOS	0009539	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSIONARIAS DE MARIA IMACULADA	3.113	131.801
1107	SP	SAO JOSE DOS CAMPOS	0009601	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSIONARIAS DE MARIA IMACULADA	2.892	163.839
1108	SP	SAO JOSE DOS CAMPOS	2085569	CENTRO DE VALORIZACAO DA VIDA	1.383	

1109	SP	SAO JOSE DOS CAMPOS	2085577	CENTRO DE PREVENCAO E REABILITACAO DA DEFICIENCIA DA VISAO	129	228.245
1110	SP	SAO JOSE DOS CAMPOS	2748029	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO JOSE CAMPOS	3.607	205.262
1111	SP	SAO JOSE DOS CAMPOS	5869412	GACC GRUPO DE ASSISTENCIA A CRIANCA COM CANCER	807	31.660
1112	SP	SAO LUIS DO PARAÍTINGA	2079690	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO LUIZ DO PARAÍTINGA	230	50.097
1113	SP	SAO MANUEL	2080443	IRMANDADE DA CASA PIA SAO VICENTE DE PAULA	1.156	93.053
1114	SP	SAO MIGUEL ARCANJO	7320175	BENEFICIENCIA NIPO BRASILEIRA DE SAO PAULO	736	233.739
1115	SP	SAO PAULO	2058391	SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRAS HOSP ALBERT EINSTEIN		103
1116	SP	SAO PAULO	2075962	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SANTO AMARO	11.067	716.721
1117	SP	SAO PAULO	2076896	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	10.148	906.270
1118	SP	SAO PAULO	2076985	CASA DA CRIANCA BETINHO LAR ESPIRITA P EXCEPCIONAIS	792	
1119	SP	SAO PAULO	2077388	ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA	7.048	78.366
1120	SP	SAO PAULO	2077477	CASA DE SAUDE SANTA MARCELINA	27.391	2.027.338
1121	SP	SAO PAULO	2077485	SPDM ASSOCIACAO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA	22.384	3.332.367
1122	SP	SAO PAULO	2077531	FUNDACAO ANTONIO PRUDENTE	6.361	2.299.478
1123	SP	SAO PAULO	2077590	INSTITUTO BRASILEIRO DE CONTROLE DO CANCER	4.825	639.901
1124	SP	SAO PAULO	2077612	CONGREGACAO DAS IRMAS HOSPITALEIRAS DO SAGR COR DE JESUS	292	
1125	SP	SAO PAULO	2077655	ASSOCIACAO DE ASSISTENCIA A CRIANCA DEFICIENTE	1.069	172.957
1126	SP	SAO PAULO	2077752	CENTRO DE ESTUDO DO HOSPITAL MONUMENTO	4.927	467.342
1127	SP	SAO PAULO	2080125	INSTITUTO DO CANCER ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO	4.986	792.397
1128	SP	SAO PAULO	2080575	REAL E BENEMERITA ASSOCIACAO PORTUGUESA DE BENEFICIENCIA	11.073	545.353
1129	SP	SAO PAULO	2082624	SOCIEDADE BRASILEIRA E JAPONESA DE BENEFICIENCIA SANTA CRUZ		47.984
1130	SP	SAO PAULO	2088495	FUNDACAO ADIB JATENE	9.534	1.733.703
1131	SP	SAO PAULO	2089203	ASSOCIACAO HOSPITALEIRA DE ASSISTENCIA SOCIAL	442	
1132	SP	SAO PAULO	2089572	ASSOCIACAO CRUZ VERDE	2.421	
1133	SP	SAO PAULO	2089637	CONGREGACAO DAS IRMAS HOSPIT DO SAGRADO CORACAO DE JESUS	179	
1134	SP	SAO PAULO	2089696	GRUPO DE APOIO AO ADOLESCENTE E A CRIANCA COM CANCER GRAAC	1.733	161.545
1135	SP	SAO PAULO	2089785	FUNDACAO OSWALDO RAMOS	6.714	872.796
1136	SP	SAO PAULO	2091399	ASSOCIACAO BENEFICENTE DE ASSISTENCIA SOCIAL N SRA DO PARI	6.389	453.289
1137	SP	SAO PAULO	2091550	INST CEMA DE OFTALMOLOGIA E OTORRINOLARINGOLOGIA	1.273	587.040
1138	SP	SAO PAULO	2688514	ISCMSM CENTRO DE ATENCAO INTEGRADA A SAUDE MENTAL	1.971	102.859
1139	SP	SAO PAULO	2688522	CASA DE DAVID TAB ESPIRITA PARA EXCEPCIONAIS	3.210	
1140	SP	SAO PAULO	2688638	INSTITUTO SUEL ABUJAMRA	824	325.601
1141	SP	SAO PAULO	2688689	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO	24.841	2.568.565
1142	SP	SAO PAULO	2812703	FUNDACAO FACULDADE DE MEDICINA MECMPAS	1.133	54.099

1143	SP	SAO PAULO	6984649	REAL E BENEMERITA ASSOCIACAO PORTUGUESA DE BENEFICENCIA	7.882	234.129
1144	SP	SAO PAULO	7385978	ASSOCIACAO BENEFICENTE EBENEZER	5.509	412.495
1145	SP	SAO PEDRO	2084422	HOSPITAL BENEFICIENTE SAO LUCAS DE SAO PEDRO	1.493	17.625
1146	SP	SAO ROQUE	2082721	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO ROQUE	2.439	240.435
1147	SP	SAO SEBASTIAO DA GRAMA	2082284	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GRAMA	651	41.521
1148	SP	SAO SIMAO	2058243	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO SIMAO	402	155.535
1149	SP	SAO VICENTE	2080729	IRMANDADE HOSP SAO JOSE STA CASA DE MISERICORDIA S VICENTE	25	
1150	SP	SERRA NEGRA	2081393	ASSOCIACAO DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SERRA NEGRA	1.122	1.294
1151	SP	SERRANA	2079364	SOCIEDADE BENEFICIENTE HOSP STACASA DE MISERICORDIA SERRANA	720	168.661
1152	SP	SERTAOZINHO	2084171	IRMANDADE DA SANTA CASA DE SERTAOZINHO	6.822	75.012
1153	SP	SOCORRO	2079704	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOCORRO	1.856	124.434
1154	SP	SOROCABA	2078813	BANCO DE OLHOS DE SOROCABA	650	578.483
1155	SP	SOROCABA	2079321	GRUPO DE PESQUISA E ASSISTENCIA AO CANCER INFANTIL	2.188	64.112
1156	SP	SOROCABA	2765942	FUNDACAO SAO PAULO	6.849	102.403
1157	SP	SUD MENNUCCI	2081245	IRMANDADE DA SANTA CASA JOSE BENIGO GOMES DE SUD MENUCCI	250	45.055
1158	SP	SUZANO	2079860	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SUZANO	4.341	408.388
1159	SP	TABAPUA	2084074	ASSOCIACAO BENEFICIENTE DE TABAPUA	723	12.801
1160	SP	TABATINGA	2079399	SANTA CASA DE MISERICORDIA SAO MIGUEL	751	45.148
1161	SP	TAGUAI	2082934	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE TAGUAI	595	56.998
1162	SP	TAMBAU	2749149	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE TAMBAU	1.107	
1163	SP	TANABI	2079356	SANTA CASA SAO VICENTE DE PAULO DE TANABI	1.247	82.520
1164	SP	TAPIRATIBA	2081598	IRMANDADE DE MISERICORDIA DE TAPIRATIBA	262	47.531
1165	SP	TAQUARITINGA	2078295	IRMANDADE STA CASA DE MISER E MATERN D ZILDA SALVAGNI	4.301	117.652
1166	SP	TAQUARITINGA	2747308	HOSPITAL DE OLHOS LIONS MANOEL DANTE BUSCARDI		52.778
1167	SP	TAQUARITUBA	2079879	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE TAQUARITUBA	1.264	52.381
1168	SP	TATUI	2079135	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE TATUI	4.978	69.973
1169	SP	TAUBATE	2749319	SOCIEDADE BENEFICIENTE SAO CAMILO	8.252	248.089
1170	SP	TAUBATE	3126838	SOCIEDADE BENEFICIENTE SAO CAMILO	11.046	640.393
1171	SP	TEODORO SAMPAIO	2028239	ASSOCIACAO FILANTROPICA DE TEODORO SAMPAIO	2.170	44.137
1172	SP	TERRA ROXA	2083213	IRMANDADE DE MISERICORDIA E HOSPITAL TERRA ROXA	358	
1173	SP	TIETE	2080087	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE TIETE	2.030	138.200
1174	SP	TORRINHA	2080605	IRMANDADE DO HOSPITAL DE CARIDADE PADRE NICANOR MERINO	98	49.543
1175	SP	TUPA	2080664	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE TUPA	3.857	210.959
1176	SP	TUPA	2080672	SOCIEDADE BENEFICIENTE SAO FRANCISCO DE ASSIS DE TUPA	3.588	111.213
1177	SP	TUPA	2082454	CASA DA CRIANCA DE TUPA	2.384	
1178	SP	TUPI PAULISTA	2081385	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE TUPI PAULISTA	1.659	65.653
1179	SP	UBATUBA	2702193	SANTA CASA DE MIS IRMANDADE DO SENHOR DOS PASSOS DE UBATUBA	3.998	429.290
1180	SP	URANIA	2079968	IRMANDADE DE SANTA CASA DE URANIA	301	47.597
1181	SP	URUPES	2081342	IRMANDADE DE MISERICORDIA DE URUPES	632	12.706

1182	SP	VALINHOS	2097877	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VALINHOS	4.172	15.115
1183	SP	VALPARAISO	2081105	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VALPARAISO	925	113.516
1184	SP	VARGEM GRANDE DO SUL	2081903	HOSPITAL DE CARIDADE DE VARGEM GRANDE DO SUL	2.690	33.151
1185	SP	VINHEDO	2699915	IRMANDADE DA SANTA CASA DE VINHEDO	2.023	9.319
1186	SP	VIRADOURO	2092093	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO	611	6.905
1187	SP	VOTUPORANGA	2081377	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VOTUPORANGA	8.246	607.563
1188	PR	ABATIA	2582325	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ABATIA	263	9.442
1189	PR	AMPERE	5621674	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA RITA	949	
1190	PR	ANDIRA	2582554	SOCIEDADE HOSPITALAR BENEFICENTE DE ANDIRA	1.898	62.779
1191	PR	APUCARANA	2439263	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRACAS	4.138	10.137
1192	PR	APUCARANA	2439360	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRACAS	7.009	81.161
1193	PR	ARAPONGAS	2576198	IRMANDADE DA SANTA CASA DE ARAPONGAS	3.929	29.213
1194	PR	ARAPONGAS	2576341	ASSOCIACAO NORTE PARANANENSE DE COMBATE AO CANCER	14.348	94.290
1195	PR	ASSIS CHATEAUBRIAND	4051165	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE MOACIR MICHELETTI DE ASSIS	1.504	10.225
1196	PR	ASTORGA	2733579	FUNDACAO HOSPITALAR DE ASTORGA	2.451	42.121
1197	PR	BANDEIRANTES	2577410	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DE BANDEIRANTES	2.581	122.563
1198	PR	CAMBARA	4051513	ASSOCIACAO BENEFICIENTE CASA DE MISERICORDIA DE CAMBARA	889	444
1199	PR	CAMBE	2729539	SAO FRANCISCO INSTITUTO VIDA	105	279
1200	PR	CAMBE	2730650	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAMBE	3.930	94.353
1201	PR	CAMPINA GRANDE DO SUL	0013633	SOCIEDADE HOSPITALAR ANGELINA CARON	32.963	878.869
1202	PR	CAMPO LARGO	0014001	ASSOCIACAO DE PESQUISA E TRATAMENTO ALCOOLISMO	827	2.400
1203	PR	CAMPO MOURAO	0014109	HOSPITAL SANTA CASA	6.649	129.163
1204	PR	CAMPO MOURAO	0014125	SISNOR SISTEMA INTEGRADO DE SAUDE DO NORTE DO PARANA	2.378	31.825
1205	PR	CANDOI	2742020	INSTITUTO SAUDE SANTA CLARA	1.141	9.819
1206	PR	CAPITAO LEONIDAS MARQUES	2571811	ASSOCIACAO DE PROMOCAO A SAUDE MATERNIDADE E INFANCIA DE CA	1.286	3.876
1207	PR	CASCAVEL	2738309	FUNDACAO HOSPITALAR SAO LUCAS	3.061	45.034
1208	PR	CASCAVEL	2740338	UNIAO OESTE PARANAENSE DE ESTUDOS E COMBATE AO CANCER	5.665	307.255
1209	PR	CEU AZUL	2572192	FUNDACAO DE SAUDE DE CEU AZUL	805	25.531
1210	PR	CIANORTE	2733676	INSTITUTO BOM JESUS	3.197	21.639
1211	PR	CIANORTE	2735989	FUNDACAO HOSPITALAR DE SAUDE	4.249	98.182
1212	PR	COLOMBO	0014869	IRMANDADE DA STA CASA DE MIS N S ROSARIO DE COLOMBO		9.431
1213	PR	COLOMBO	2753332	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CURITIBA	3.240	15.628
1214	PR	COLORADO	2733307	FUNDACAO VALE DO PARANAPANEMA	3.130	63.987
1215	PR	CORNELIO PROCOPIO	2577380	CENTRO DE EXCELENCIA A ATENCAO GERIATRICA E GERONTOLOGIA	907	
1216	PR	CORNELIO PROCOPIO	2582449	CASA DE MISERICORDIA DE CORNELIO PROCOPIO	5.269	22.572
1217	PR	CORONEL VIVIDA	2595125	INSTITUTO MEDICO NOSSA VIDA DE CORONEL VIVIDA	1.357	16.289
1218	PR	CURITIBA	0015245	SOCIEDADE EVANGELICA BENEFICENTE DE CURITIBA	25.487	738.474
1219	PR	CURITIBA	0015318	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRACAS	118	2.372
1220	PR	CURITIBA	0015334	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CURITIBA	9.561	413.496
1221	PR	CURITIBA	0015407	ASSOCIACAO PARANAENSE DE CULTURA APC	14.016	407.779

1222	PR	CURITIBA	0015423	CRUZ VERMELHA BRASILEIRA FILIAL DO ESTADO DO PARANA	3.746	146.017
1223	PR	CURITIBA	0015563	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO A INFANCIA DR RAUL CARNEIR	13.326	343.415
1224	PR	CURITIBA	0015644	LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CANCER	10.082	893.264
1225	PR	CURITIBA	0016365	FEDERACAO ESPIRITA DO PARANA	1.439	
1226	PR	CURITIBA	2715864	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRACAS	7.312	18.852
1227	PR	CURITIBA	3075516	FUNDACAO DE ESTUDOS DAS DOENCAS DO FIGADO KOUTOULAS RIBEI	3.111	167.955
1228	PR	CURITIBA	6878318	ASSOCIACAO PARANAENSE DE CULTURA APC	5	
1229	PR	DOIS VIZINHOS	5232511	INSTITUTO DE SAUDE DOIS VIZINHOS	1.935	350
1230	PR	ENGENHEIRO BELTRAO	2735962	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ENGENHEIRO BELTRAO	1.331	5.629
1231	PR	FOZ DO IGUAU	2591049	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	7.066	212.980
1232	PR	FOZ DO IGUAU	3500977	SOCIEDADE CIVIL NOSSA SENHORA APARECIDA		87.369
1233	PR	GENERAL CARNEIRO	2536900	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DR REGIS MARIGLIANI	700	56.593
1234	PR	GOIOERE	2735970	SANTA CASA DE MISERICORDIA MARIA ANTONIETA	1.944	379.686
1235	PR	GUAIRA	2810123	ASSOCIACAO ASSISTENCIAL DE GUAIRA	101	
1236	PR	GUARANIACU	2572443	FUNDACAO DE SAUDE STO ANT DOS TRAB RUR DE GUARANIACU	1.037	3.334
1237	PR	GUARAPUAVA	2741989	HOSPITAL DE CARIDADE SAO VICENTE DE PAULO	7.136	97.204
1238	PR	GUARAPUAVA	2742047	ASSOCIACAO DE SAUDE FREDERICO KECHÉ VIRMOND	7.157	154.491
1239	PR	GUARAPUAVA	3139301	FUNDACAO SEMMELWEIS	432	10
1240	PR	IBIPORA	2729385	ASSOCIACAO DA SANTA CASA DE IBIPORA	3.464	50.458
1241	PR	IRATI	2783789	IRMANDADE DO HOSPITAL DE CARIDADE DE IRATI	5.671	33.567
1242	PR	ITAMBARACA	2582058	CONSELHO COMUNITARIO HOSP DR UBIRAJARA CONDESSA DE ITAMBARA	247	72.151
1243	PR	IVAIPORA	2590727	INSTITUTO DE SAUDE BOM JESUS	3.005	5.643
1244	PR	JACAREZINHO	2783800	MISERICORDIA DE JACAREZINHO	3.242	74.985
1245	PR	JANDAIA DO SUL	2573504	CENTRO DE TRIAGEM E OBRAS SOCIAIS DO VALE DO IVAI	4.511	2.400
1246	PR	JOAQUIM TAVORA	2781719	ASSOCIACAO DE ASSIST MEDICA HOSP DR LINCOLN GRACA	609	84.469
1247	PR	LARANJEIRAS DO SUL	2741873	INSTITUTO DE ASSISTENCIA SOCIAL E SAUDE SAO JOSE	2.109	7.507
1248	PR	LARANJEIRAS DO SUL	2742071	ORGANIZACAO SAO LUCAS	2.208	8.175
1249	PR	LOANDA	2753987	ALBERGUE NOTURNO NOSSO LAR	957	
1250	PR	LONDRINA	2550792	ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICIENTE DE LONDRINA	7.127	65.198
1251	PR	LONDRINA	2577623	INSTITUTO DE CANCER DE LONDRINA	5.525	414.225
1252	PR	LONDRINA	2578506	HOFTALON CENTRO DE ESTUDO E PESQUISA DA VISAO	926	383.210
1253	PR	LONDRINA	2580055	IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA	7.702	143.880
1254	PR	MALLET	2554011	HOSPITAL DE CARIDADE SAO PEDRO	702	11.231
1255	PR	MANDAGUARI	7250401	SOCIEDADE BENEFICIENTE CRISTO REI	2.504	609
1256	PR	MARINGA	2587289	SANATORIO MARINGA LTDA	3.247	
1257	PR	MARINGA	2594714	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MARINGA	8.006	175.453
1258	PR	MARINGA	2743469	ASSOCIACAO BENEFICIENTE BOM SAMARITANO	5.895	177.263
1259	PR	MATELANDIA	2588188	ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO	1.764	29.380
1260	PR	MEDIANEIRA	2582716	ASSOCIACAO MISSIONARIA DE BENEFICENCIA	2.686	18.319
1261	PR	MORRETES	2687119	HOSPITAL E MATERNIDADE DE MORRETES	508	172.401
1262	PR	NOVA ESPERANCA	2733536	SANTA CASA DE MISERICORDIA NOSSA SENHORA DAS GRACAS	907	951
1263	PR	NOVA SANTA ROSA	2810018	SOCIEDADE BENEFICIENTE LAR BELEM	266	1.981

1264	PR	PALMEIRA	2686929	HOSPITAL DE CARIDADE DE PALMEIRA	1.533	4.060
1265	PR	PARANAVAI	2754738	SANTA CASA DE PARANAVAI	9.553	184.590
1266	PR	PATO BRANCO	0017868	INSTITUTO POLICLINICA PB	7.140	94.552
1267	PR	PATO BRANCO	0017884	ISSAL INSTITUTO DE SAUDE SAO LUCAS	5.226	6.888
1268	PR	PIEN	7424981	FUNDACAO HARRY GUIDO GREIPEL	1.296	35.619
1269	PR	PINHAIS	0018090	FUNDACAO PRO PINHAIS DE PROMOCAO HUMANA	514	
1270	PR	PIRAQUARA	0018384	ASSOCIACAO SAN JULIAN AMIGOS E COLABORADORES	6.399	12.012
1271	PR	PITANGA	2742098	IRMANDADE SAO VICENTE DE PAULO	4.042	10.718
1272	PR	PONTA GROSSA	2686791	ASSOCIACAO HOSPITALAR BOM JESUS	3.942	16.635
1273	PR	PONTA GROSSA	2686945	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	2.450	
1274	PR	PONTA GROSSA	2686953	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTA GROSSA	5.661	204.864
1275	PR	PONTA GROSSA	2686961	ASS DE PROTECAO A MATERNIDADE E INFANCIA P GROSSA	1.122	1.722
1276	PR	PONTA GROSSA	2687003	SEBPG HOSPITAL EVANGELICO DE PONTA GROSSA	1.616	10.517
1277	PR	PRUDENTOPOLIS	2742012	ASSOCIACAO HOSPITALAR BOM JESUS	2.055	8.537
1278	PR	PRUDENTOPOLIS	2743388	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PRUDENTOPOLIS	1.971	9.821
1279	PR	QUATIGUA	4055470	HOSPITAL DE CARIDADE SAO VICENTE DE PAULO	287	27.432
1280	PR	QUITANDINHA	2817667	FUNDACAO MEDICA E HOSPITALAR DO TRAB RURAL DE QUITANDINHA	723	4.153
1281	PR	REBOUCAS	2554097	HOSPITAL DE CARIDADE DONA DARCY VARGAS	761	28.827
1282	PR	RIBEIRAO CLARO	4055683	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE RIBEIRAO CLARO	660	18.478
1283	PR	RIBEIRAO DO PINHAL	2582465	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRACAS	1.227	18.725
1284	PR	RIO AZUL	2554429	HOSPITAL DE CARIDADE SAO FRANCISCO DE ASSIS	770	4.176
1285	PR	RIO NEGRO	0018694	SOCIEDADE HOSPITAL BOM JESUS	1.434	58.085
1286	PR	ROLANDIA	4055748	ASSOCIACAO BENEFICENTE SAO RAFAEL	3.303	101.555
1287	PR	RONDON	2733315	FUNDACAO MEDICA ASSISTENCIAL TRABALHADOR RURAL RONDON	546	5.372
1288	PR	ROSARIO DO IVAI	2587793	SANTA CASA DE MISERICORDIA NOSSA SENHORA DO ROSARIO	733	3.894
1289	PR	SANTA AMELIA	2582503	SOCIEDADE BENEFICIENTE DE SANTA AMELIA	144	4.691
1290	PR	SANTO ANTONIO DA PLATINA	2781816	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA SAUDE	2.523	64.573
1291	PR	SAO JOAO DO TRIUNFO	2686813	HOSPITAL E MATERNIDADE IMACULADA CONCEICAO	568	23.639
1292	PR	SAO JORGE DO IVAI	2733595	FUNDACAO HOSPITALAR DO TRAB RURAL DE SAO JORGE IVAI	241	392
1293	PR	SAO MATEUS DO SUL	2549751	HOSPITAL E MATERNIDADE DR PAULO FORTES	2.090	9.291
1294	PR	SAO PEDRO DO IVAI	2573466	MISERICORDIA DE SAO PEDRO DO IVAI	419	4.876
1295	PR	SARANDI	2825589	REDE DE ASSISTENCIA A SAUDE METROPOLITANA	7.242	57.103
1296	PR	SENGES	2686880	HOSPITAL E MATERNIDADE DE SENGES		1
1297	PR	SIQUEIRA CAMPOS	2783797	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SIQUEIRA CAMPOS	840	55.858
1298	PR	TEIXEIRA SOARES	2557185	HOSPITAL OSVALDO CRUZ	371	7.897
1299	PR	TELEMACO BORBA	2740435	INSTITUTO DR FEITOSA	5.847	3.002
1300	PR	TERRA BOA	2334755	IRMANDADE DA SANTA CASA SAO VIVENTE DE PAULO TERRA BOA	338	2.878
1301	PR	TOLEDO	2809532	ACO ASSOCIACAO BENEFICENTE COSTA OESTE	758	
1302	PR	TOLEDO	4056752	HOESP ASSOCIACAO BENEFICENTE DE SAUDE DO OESTE DO PARANA	7.172	45.532
1303	PR	TOMAZINA	4057058	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	593	14.557

1304	PR	TURVO	2741962	ASSOCIACAO SOCIAL DE NOSSA SENHORA APARECIDA DE TURVO	946	2.141
1305	PR	UBIRATA	2733633	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA CASA DE UBIRATA	2.057	17.553
1306	PR	UMUARAMA	2594366	INSTITUTO NOSSA SENHORA APARECIDA	4.066	30.511
1307	PR	UMUARAMA	2679736	ASSOCIACAO BENEFICENTE SAO FRANCISCO DE ASSIS	2.717	16.490
1308	PR	UMUARAMA	3005011	ASSOCIACAO BENEFICENTE DE SAUDE DO NOROESTE DO PARANA	4.792	30.674
1309	PR	UMUARAMA	7845138	UNIAO OESTE PARANAENSE DE ESTUDOS E COMBATE AO CANCER	1.044	80.084
1310	PR	UNIAO DA VITORIA	2568349	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO	2.598	16.444
1311	PR	UNIAO DA VITORIA	2568373	ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E A INFANCIA	2.674	17.614
1312	PR	URAI	2582066	IRMANDADE DA SANTA CASA DE URAI	93	3.183
1313	PR	VERE	2586096	SOCIEDADE HOSPITALAR DOS TRABALHADORES RURAIS DE VERE	432	252
1314	PR	WENCESLAU BRAZ	3134423	SOCIEDADE HOSPITAL DE CARIDADE SAO SEBASTIAO	874	
1315	RS	ACEGUA	2262010	COMUNIDADE DA COLONIA NOVA HOSPITAL	746	6.764
1316	RS	AGUDO	2234386	ASSOCIACAO HOSPITAL AGUDO	1.651	80.645
1317	RS	AJURICABA	2265885	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE AJURICABA	295	18.928
1318	RS	ALECRIM	2707993	SOC HOSPITAL DE CARIDADE DE ALECRIM	402	42.885
1319	RS	ALEGRETE	2248328	IRMANDADE DA SANTA CASA DE CARIDADE ALEGRETE	4.276	167.631
1320	RS	ALVORADA	2232081	FUNDACAO UNIVERSITARIA DE CARDIOLOGIA	6.595	423.649
1321	RS	AMETISTA DO SUL	2228629	SOCIEDADE HOSPITALAR S GABRIEL AMETISTA DO SUL	236	19.283
1322	RS	ANTA GORDA	2252155	ASSOCIACAO EDUCACIONAL E BENEFICENTE SAO CARLOS	328	1.036
1323	RS	ANTONIO PRADO	2241072	SOCIEDADE HOSPITALAR SAO JOSE	1.062	33.741
1324	RS	ARATIBA	2249502	ASSOCIACAO COMUNITARIA HOSPITALAR DE ARATIBA	355	128.859
1325	RS	ARROIO DO MEIO	2252198	SOCIEDADE SULINA DIVINA PROVIDENCIA	2.197	75.412
1326	RS	ARROIO DO TIGRE	2234424	ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA ROSA DE LIMA	1.551	7.418
1327	RS	ARROIO DOS RATOS	6645291	INSTITUTO DE SAUDE E EDUCACAO VIDA		52.791
1328	RS	ARROIO GRANDE	2233428	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ARROIO GRANDE	766	76.327
1329	RS	ARVOREZINHA	2252163	HOSPITAL SAO JOAO DE ARVOREZINHA	695	11.046
1330	RS	AUGUSTO PESTANA	2261081	ASSOCIACAO PROTETORA HOSPITAL SAO FRANCISCO	513	27.023
1331	RS	BAGE	2261987	SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGE	6.877	317.793
1332	RS	BAGE	2261995	HOSPITAL UNIVERSITARIO URCAMP	928	16
1333	RS	BARAO	2227746	SOCIEDADE BENEFICIENTE HOSPITAL SAO JOSE	151	34.563
1334	RS	BARRACAO	2246856	HOSPITAL SAO VALENTIM		15.569
1335	RS	BENTO GONCALVES	2241021	ASSOCIACAO DR BARTHOLOMEU TACCHINI	7.051	168.972
1336	RS	BOA VISTA DO BURICA	2250705	ASSOCIACAO HOSPITALAR BOA VISTA	428	33.042
1337	RS	BOM JESUS	6011926	INSTITUTO DE SAUDE E EDUCACAO VIDA	153	3.087
1338	RS	BOM PRINCIPIO	2241129	ASSOCIACAO BENEFICENTE SAO PEDRO CANISIO	606	1.277
1339	RS	BOM RETIRO DO SUL	2252023	ASSOCIACAO CRUZEIRAS DE SAO FRANCISCO	684	56.530
1340	RS	BOQUEIRAO DO LEAO	2252058	ASSOCIACAO BENEF HOSP SAO RAFAEL ARCANJO	758	6.367
1341	RS	BRAGA	2792990	SOCIEDADE HOSPITALAR SANTO ANTONIO	47	6.435
1342	RS	BROCHIER	2227916	SOCIEDADE DE BENEFICIENCIA E CARIDADE DE BROCHIER	17	11.861
1343	RS	CACAPAVA DO SUL	2234416	ASSOCIACAO HOSPITAL DE CARIDADE DR VICTOR LANG	2.341	116.489
1344	RS	CACEQUI	5699525	INSTITUTO DE SAUDE E EDUCACAO VIDA	592	29.901

1345	RS	CACHOEIRA DO SUL	2266474	HOSPITAL DE CARIDADE E BENEFICENCIA	7.356	247.994
1346	RS	CACHOEIRINHA	2232103	FUNDACAO UNIVERSITARIA DE CARDIOLOGIA	4.796	436.479
1347	RS	CACIQUE DOBLE	2246732	HOSPITAL SAO ROQUE		4.729
1348	RS	CAIBATE	2259850	ASSOCIACAO HOSPITALAR ROQUE GONZALES	384	2.256
1349	RS	CAICARA	2228548	SOCIEDADE HOSPITALAR DE CAICARA	268	5.704
1350	RS	CAMAQUA	2257548	FUNDACAO ASSISTENCIAL E BENEFICENTE DE CAMAQUA	5.471	414.445
1351	RS	CAMPINA DAS MISSOES	2250802	ASSOC ASSIST CULT E HOSP PE BENEDITO MEISTER C MISSOES	652	37.749
1352	RS	CAMPO BOM	2232073	HOSPITAL DE CARIDADE SAO ROQUE	3.907	399.330
1353	RS	CAMPO NOVO	2261154	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE CARIDADE DE CAMPO NOVO	232	11.911
1354	RS	CANDELARIA	2236362	SOCIEDADE BENEFICENTE HOSPITAL CANDELARIA	2.239	65.317
1355	RS	CANDIDO GODOI	2250675	ASSOCIACAO HOSPITALAR SANTO AFONSO	644	25.023
1356	RS	CANELA	2235609	HOSPITAL DE CARIDADE DE CANELA	1.987	128.728
1357	RS	CANGUCU	2232928	HOSPITAL DE CARIDADE DE CANGUCU	2.566	161.413
1358	RS	CANOAS	2232014	ASSOCIACAO BENEFICENTE DE CANOAS	9.460	1.076.629
1359	RS	CANOAS	3508528	ASSOCIACAO EDUCADORA SAO CARLOS AESC	14.153	622.741
1360	RS	CANOAS	3626245	ASSOCIACAO EDUCADORA SAO CARLOS AESC	8.763	778.450
1361	RS	CAPAO DA CANOA	2707969	ASSOCIACAO EDUCADORA SAO CARLOS HOSP BENEF SANTA LUZIA	5.483	281.271
1362	RS	CARAZINHO	2262274	HOSPITAL DE CARIDADE DE CARAZINHO	4.577	257.934
1363	RS	CARLOS BARBOSA	2241137	ASSOCIACAO DR BARTHOLOMEU TACCHINI	1.326	18.409
1364	RS	CASCA	2246872	HOSPITAL BENEFICENTE SANTA LUCIA	302	39.517
1365	RS	CAXIAS DO SUL	2223538	FUNDACAO UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL	12.660	425.393
1366	RS	CAXIAS DO SUL	2223546	PIO SODALICIO DAS DAMAS DE CARIDADE DE CAXIAS DO SUL	9.566	333.291
1367	RS	CAXIAS DO SUL	2223562	ASSOCIACAO CULTURAL E CIENTIFICA VIRVI RAMOS	1.969	31.571
1368	RS	CAXIAS DO SUL	2223570	CIRCULO OPERARIO CAXIENSE	73	11.400
1369	RS	CERRO BRANCO	2234440	ASSOCIACAO BENEFICENTE SILVIO SCOPEL	48	20.451
1370	RS	CERRO LARGO	2259869	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE CARIDADE SERRO AZUL	781	33.094
1371	RS	CHAPADA	2235307	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO JOSE	325	19.447
1372	RS	CHIAPETTA	2261103	SOCIEDADE HOSPITALAR BENEFICENTE CHIAPETTA	298	20.494
1373	RS	CIRIACO	6179029	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE SANTA TERESINHA		6.065
1374	RS	CONDOR	2261111	SOCIEDADE HOSPITAL BENEFICENTE DE CONDOR	417	20.719
1375	RS	CONSTANTINA	3378691	ASSOCIACAO HOSPITALAR COMUNITARIA REGIONAL DE SAUDE	421	35.830
1376	RS	CORONEL BICACO	2235382	ASSOC HOSP SANTO ANTONIO DE PADUA	349	8.097
1377	RS	CRISIIUMAL	2708000	HOSPITAL DE CARIDADE DE CRISIIUMAL	1.180	45.194
1378	RS	CRUZ ALTA	2263858	ASSOCIACAO DAS DAMAS DE CARIDADE	4.167	95.969
1379	RS	CRUZEIRO DO SUL	2252074	SOCIEDADE HOSPITALAR SAO GABRIEL ARCANJO	411	53.080
1380	RS	DAVID CANABARRO	2246937	SOCIEDADE HOSPITALAR BENEFICENTE SAO JOSE	432	17.416
1381	RS	DOIS IRMAOS	6844138	INSTITUTO DE SAUDE E EDUCACAO VIDA	1.906	67.721
1382	RS	DOIS LAJEADOS	2241013	HOSPITAL DE CARIDADE SAO ROQUE	559	2.933
1383	RS	DOM FELICIANO	6953689	ASSOCIACAO DE SAUDE DE DOM FELICIANO	409	76.368
1384	RS	DOM PEDRITO	2262002	SANTA CASA DE CARIDADE DE DOM PEDRITO	2.354	190.313
1385	RS	DONA FRANCISCA	7162251	HOSPITAL DE CARIDADE SAO ROQUE	28	4.681
1386	RS	ENCANTADO	2252228	BENEFICENCIA CAMILIANA DO SUL	1.428	92.377
1387	RS	ENCRUZILHADA DO SUL	2234432	CONG IRMAS SERVAS IMACULADA CONC VIRGEM MARIA	1.771	91.625
1388	RS	ENGENHO VELHO	2235374	SAO RAFAEL HOSPITAL BENEFICENTE	24	9.701
1389	RS	ERVAL SECO	2257807	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE ERVAL SECO	112	5.151
1390	RS	ESPUMOSO	2246813	CONGREGACAO DE NOSSA SENHORA	1.354	72.669
1391	RS	ESTANCIA VELHA	2707632	INSTITUTO DE SAUDE E EDUCACAO VIDA	1.801	206.775

1392	RS	ESTRELA	2252260	ASSOCIACAO FRANCISCANA DE ASSISTENCIA A SAUDE	3.173	162.844
1393	RS	FARROUPILHA	2240335	HOSPITAL BENEFICENTE SAO CARLOS	2.913	182.436
1394	RS	FAXINAL DO SOTURNO	2244101	HOSPITAL DE CARIDADE SAO ROQUE	845	259.902
1395	RS	FELIZ	6014194	ASSOCIACAO DE SAUDE DE FELIZ	741	35.577
1396	RS	FLORES DA CUNHA	2241145	SOCIEDADE BENEFICENTE HOSPITALAR NOSSA SENHORA DE FATIMA	988	44.327
1397	RS	FONTOURA XAVIER	2252120	HOSPITAL SANTA TEREZINHA	456	19.391
1398	RS	FREDERICO WESTPHALEN	2228602	SOC BENEF DO HOSPITAL DE CARIDADE	2.762	75.211
1399	RS	GARIBALDI	2257645	HOSPITAL BENEFICENTE SAO PEDRO	1.865	54.568
1400	RS	GAURAMA	2249545	ASSOCIACAO EDUCACIONAL E CARITATIVA	135	5.474
1401	RS	GETULIO VARGAS	2249510	HOSPITAL SAO ROQUE DE GETULIO VARGAS	1.542	135.787
1402	RS	GIRUA	2260069	ASSOCIACAO DE LITERATURA E BENEFICENCIA	1.288	188.979
1403	RS	GRAMADO	2241153	ASSOCIACAO FRANCISCANA DE ASSISTENCIA A SAUDE	2.187	159.764
1404	RS	GRAVATAI	2232049	SOCIEDADE EDUCACAO E CARIDADE	6.569	347.930
1405	RS	GUAPORE	2793237	ASSOCIACAO HOSPITALAR MANOEL FRANCISCO GUERREIRO	1.321	59.729
1406	RS	GUARANI DAS MISSOES	2259931	ASSOCIACAO HOSPITALAR SANTA TERESA	637	17.777
1407	RS	HERVAL	2233436	LIGA DE ASSISTENCIA SOCIAL HOSPITAL NOSSA SENHORA DA GLORIA		14.080
1408	RS	HORIZONTINA	7607547	ASSOCIACAO BENEFICENTE OSWALDO CRUZ DE HORIZONTINA	1.437	33.893
1409	RS	HUMAITA	2265893	ASSOCIACAO DE DESENVOLVIMENTO COMUNITARIO DE HUMAITA	175	6.004
1410	RS	IBIACA	2246864	FUNDACAO HOSPITALAR DE IBIACA	31	307
1411	RS	IBIRUBA	5395674	ASSOCIACAO HOSPITALAR ANNES DIAS	1.092	7.757
1412	RS	IGREJINHA	2227665	ASSOCIACAO BENEFICENTE DE IGREJINHA	2.273	341.179
1413	RS	IJUI	2261030	ASSOCIACAO HOSPITAL BOM PASTOR IJUI	546	642
1414	RS	IJUI	2261057	ASSOCIACAO HOSPITAL DE CARIDADE IJUI	8.764	423.555
1415	RS	ILOPOLIS	2252139	CONGREGACAO DAS IRMAS SERVAS DA IMAC CONCEICAO DA VIRGEM MA	377	970
1416	RS	IRAI	2228653	SOCIEDADE HOSPITALAR N S AUXILIADORA	777	42.497
1417	RS	ITAQUI	2248271	HOSPITAL SAO PATRICIO DE ITAQUI	2.502	133.727
1418	RS	IVORA	2244179	SOCIEDADE HOSPITAL NOSSA SENHORA DA SAUDE	105	7.177
1419	RS	IVOTI	2232189	ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA	1.444	135.569
1420	RS	JABOTICABA	2235315	ASSOCIACAO HOSPITALAR SANTA RITA	491	73.979
1421	RS	JACUTINGA	2249561	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO JUDAS TADEU	94	488
1422	RS	JAGUARAO	2233401	SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARAO	934	134.384
1423	RS	JAGUARI	2244152	HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTIAGO	846	34.374
1424	RS	JULIO DE CASTILHOS	2244098	HOSPITAL BERNARDINA SALLES DE BARROS	864	66.674
1425	RS	LAGOA VERMELHA	3819590	FUNDACAO ARAUCARIA	1.598	143.968
1426	RS	LAJEADO	2252287	SOCIEDADE BENEFICENCIA E CARIDADE DE LAJEADO	7.062	328.555
1427	RS	LIBERATO SALZANO	5657725	ASSOCIACAO HOSPITALAR COMUNITARIA DE LIBERATO SALZANO	19	16.720
1428	RS	MARAU	2246953	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DE MARAU	1.467	169.479
1429	RS	MARCELINO RAMOS	2249618	ASSOCIACAO HOSPITALAR MARCELINENSE	404	5.281
1430	RS	MARQUES DE SOUZA	2252007	ASSOCIACAO HOSPITALAR MARQUES DE SOUZA	996	29.982
1431	RS	MATA	2244187	HOSPITAL DE CARIDADE DE MATA	168	383
1432	RS	MAXIMILIANO DE ALMEIDA	2247038	SOCIEDADE BENEFICENTE SAO JOSE	384	627
1433	RS	MONTENEGRO	2257556	ASSOCIACAO ORDEM AUXILIADORA DE SENHORAS EVANGELICAS DE MONT	5.366	555.203
1434	RS	MORRO REDONDO	2233444	HOSPITAL DR ERNESTO MAURICIO ARNDT	90	8.434

1435	RS	MOSTARDAS	2224615	SOCIEDADE BENEFICIENTE SAO LUIZ DE MOSTARDAS	223	63.451
1436	RS	MUCUM	2707942	ASSOCIACAO BENEFICIENTE DE MUCUM	288	26.579
1437	RS	NAO-ME-TOQUE	2246902	CONGREGACAO DE NOSSA SENHORA	289	32.300
1438	RS	NAO-ME-TOQUE	2246910	HOSPITAL BENEFICENCIA ALTO JACUI	563	66.478
1439	RS	NONOAI	2228688	SOCIEDADE HOSPITALAR COMUNITARIA E BENEFICIENTE NONOAI	2.198	140.277
1440	RS	NOVA BASSANO	5230241	ASSOCIACAO COMUNITARIA HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	383	10.404
1441	RS	NOVA BRESCIA	2252112	ASSOCIACAO HOSPITALAR SAO JOAO BATISTA	405	8.209
1442	RS	NOVA PALMA	2244128	ASSOCIACAO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA PIEDADE	750	2.677
1443	RS	NOVA PETROPOLIS	2241102	ORDEM AUXILIADORA SENHORAS ENVANGELICAS NOVA PETROPOLIS	968	91.967
1444	RS	NOVA PRATA	2241161	HOSPITAL SAO JOAO BATISTA	1.444	161.924
1445	RS	NOVO HAMBURGO	2232057	ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA	2.691	89.181
1446	RS	OSORIO	2257815	ASSOCIACAO BENEFICIENTE SAO VICENTE DE PAULO	2.777	290.522
1447	RS	PAIM FILHO	2247046	HOSPITAL SANTA TEREZINHA	275	1.379
1448	RS	PALMARES DO SUL	2224607	SOCIEDADE BENEFICIENTE SAO JOSE	368	99.359
1449	RS	PALMEIRA DAS MISSOES	2235323	ASSOCIACAO DO HOSPITAL DE CARIDADE DE PALMEIRA DAS MISSOES	2.489	269.531
1450	RS	PALMITINHO	2228580	HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE PALMITINHO	1.179	21.876
1451	RS	PANAMBI	2254956	SOCIEDADE HOSPITAL PANAMBI	2.214	36.589
1452	RS	PARAI	2241218	HOSPITAL BENEFICIENTE NOSSA SENHORA APARECIDA	341	15.016
1453	RS	PARAISO DO SUL	2234467	HOSPITAL PARAISO SOCIEDADE ASSISTENCIAL E BENEFICIENTE	463	22.213
1454	RS	PAROBE	2227762	ASSOCIACAO BENEFICIENTE DE PAROBE	3.874	355.857
1455	RS	PASSO FUNDO	2244969	FUNDACAO HOSPITALAR OFTALMOLOGICA UNIVERSITARIA LIONS	395	90.219
1456	RS	PASSO FUNDO	2246929	HOSPITAL DA CIDADE DE PASSO FUNDO	11.713	645.527
1457	RS	PASSO FUNDO	2246988	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE SAO VICENTE DE PAULO	25.034	804.738
1458	RS	PASSO FUNDO	2247054	HOSPITAL DA CIDADE DE PASSO FUNDO	620	
1459	RS	PEDRO OSORIO	2233339	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PEDRO OSORIO	429	35.923
1460	RS	PEJUCARA	2261138	ASSOCIACAO HOSPITALAR RIO BRANCO DE PEJUCARA	145	6.454
1461	RS	PELOTAS	2252295	SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA	3.923	141.496
1462	RS	PELOTAS	2252376	HOSPITAL ESPIRITA DE PELOTAS	2.950	21.926
1463	RS	PELOTAS	2253046	SOCIEDADE PELOTENSE DE ASSISTENCIA E CULTURA	6.898	573.474
1464	RS	PELOTAS	2253054	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PELOTAS	7.480	320.429
1465	RS	PINHAL GRANDE	2244209	CASA DE SAUDE SAO JOSE	261	1.883
1466	RS	PINHEIRO MACHADO	2233320	ASSOCIACAO DE ASSISTENCIA SOCIAL HOSPITAL PINHEIRO MACHADO	312	150.497
1467	RS	PIRATINI	2233347	HOSPITAL DE CARIDADE NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	1.508	225.232
1468	RS	PLANALTO	2228556	ASSOCIACAO BENEFICIENTE NOSSA SENHORA MEDIANEIRA	791	13.655
1469	RS	PORTAO	2232170	FUNDACAO HOSPITALAR EDUCACIONAL E SOCIAL DE PORTAO	1.028	252.125
1470	RS	PORTO ALEGRE	2237180	HOSPITAL ESPIRITA DE PORTO ALEGRE	2.295	
1471	RS	PORTO ALEGRE	2237253	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PORTO ALEGRE	23.207	2.125.032
1472	RS	PORTO ALEGRE	2237261	ASSOCIACAO PORTUGUESA DE BENEFICENCIA	2.733	47.766
1473	RS	PORTO ALEGRE	2237598	SOCIEDADE SULINA DIVINA PROVIDENCIAHOSPITAL DIVINA PROVIDEN		14.934
1474	RS	PORTO ALEGRE	2237849	FUNDACAO UNIVERSITARIA DE CARDIOLOGIA INST DE CARDIOLOGIA	5.568	445.377

1475	RS	PORTO ALEGRE	2237881	ASSOCIACAO DE LITERATURA E BENEFICENCIA	770	434.204
1476	RS	PORTO ALEGRE	2262568	UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA	18.111	937.366
1477	RS	PORTO ALEGRE	2693801	ASSOCIACAO HOSPITALAR VILA NOVA	14.183	592.000
1478	RS	PORTO ALEGRE	3006522	ASSOCIACAO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO	5	
1479	RS	PORTO ALEGRE	3007847	ASSOCIACAO EDUCADORA SAO CARLOS AESC	2	
1480	RS	PORTO ALEGRE	3567664	ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS PUBLICOS DO ESTADO DO RGS	191	
1481	RS	PORTO ALEGRE	5026253	ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS MUNICIPAIS DE PORTO ALEGRE	74	
1482	RS	PORTO ALEGRE	6295320	ASSOCIACAO EDUCADORA SAO CARLOS AESC	494	944
1483	RS	PORTO ALEGRE	7092571	SOCIEDADE SULINA DIVINA PROVIDENCIA	3.498	119.800
1484	RS	PORTO ALEGRE	7513151	ASSOCIACAO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO	3.094	620.804
1485	RS	PORTO LUCENA	2250810	SOCIEDADE HOSPITAL SAO JOSE	485	15.415
1486	RS	PORTO XAVIER	2259982	ASSOCIACAO HOSPITAL DE CARIDADE NOSSA SENHORA DOS NAVEGANTES	647	34.857
1487	RS	PROGRESSO	2252082	SOCIEDADE SULINA DIVINA PROVIDENCIA	1.155	16.814
1488	RS	PUTINGA	2252171	ASSOCIACAO HOSPITALAR DOUTOR OSCAR BENEVOLO	115	14.455
1489	RS	QUARAI	2248247	FUNDACAO HOSPITALAR DE CARIDADE DE QUARAI	1.462	78.443
1490	RS	QUINZE DE NOVEMBRO	2263831	ASSOCIACAO HOSPITALAR 15 DE NOVEMBRO	187	1.073
1491	RS	RESTINGA SECA	2244233	HOSPITAL DE CARIDADE SAO FRANCISCO	664	40.559
1492	RS	RIO GRANDE	2232995	ASSOCIACAO DE CARIDADE SANTA CASA DO RIO GRANDE	8.047	667.367
1493	RS	RIO GRANDE	2707640	HOSPITAL PSIQUIATRICO VICENCA MARIA DA FONTOURA LOPES	1.206	5.168
1494	RS	RIO GRANDE	2707675	FUNDACAO DE APOIO HOSPITAL ENSINO RIO GRANDE	6.964	641.614
1495	RS	RIOZINHO	2227703	ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO	143	25.080
1496	RS	ROCA SALES	2252147	SOCIEDADE BENEFICENTE ROQUE GONZALES	505	11.606
1497	RS	RODEIO BONITO	2228734	ASSOCIACAO HOSPITALAR SAO JOSE	1.545	49.820
1498	RS	ROLANTE	2257564	FUNDACAO HOSPITALAR DE ROLANTE	1.526	162.880
1499	RS	RONDA ALTA	2235412	ASSOCIACAO DOS TRABALHADORES DE RONDA ALTA	1.397	52.681
1500	RS	RONDA ALTA	2235420	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE RONDA ALTA	524	10.654
1501	RS	RONDINHA	2235447	SOCIEDADE HOSPITALAR BENEFICENTE PE EUGENIO MEDICHESCHI	236	39.400
1502	RS	ROQUE GONZALES	2259974	HOSPITAL DE CARIDADE SANTO ANTONIO	282	1.835
1503	RS	ROSARIO DO SUL	2248239	HOSPITAL DE CARIDADE NOSSA SENHORA AUXILIADORA	2.654	192.609
1504	RS	SALVADOR DO SUL	2227681	ASSOCIACAO BENEFICENTE HOSPITALAR SAO SALVADOR	277	26.771
1505	RS	SANANDUVA	2246767	HOSPITAL BENEFICENTE SAO JOAO	1.475	96.619
1506	RS	SANTA BARBARA DO SUL	2263890	HOSPITAL SANTA BARBARA BENEFICENTE	711	26.207
1507	RS	SANTA CRUZ DO SUL	2254964	ASSOCIACAO PROENSINO EM SANTA CRUZ DO SUL	7.305	388.210
1508	RS	SANTA CRUZ DO SUL	2255928	HOSPITAL BENEFICENTE MONTE ALVERNE	1.123	27.818
1509	RS	SANTA CRUZ DO SUL	2255936	HOSPITAL ANA NERY SANTA CRUZ DO SUL	2.912	176.591
1510	RS	SANTA MARIA	2244276	HOSPITAL DE CARIDADE DR ASTROGILDO DE AZEVEDO	4	
1511	RS	SANTA MARIA	5922216	ASSOCIACAO FRANCISCANA DE ASSISTENCIA A SAUDE	4.243	391.780
1512	RS	SANTA ROSA	2254611	ASSOCIACAO HOSPITALAR CARIDADE SANTA ROSA	5.617	123.772
1513	RS	SANTA ROSA	3017060	ASSOCIACAO BENEFICENTE DOM BOSCO	723	80.898
1514	RS	SANTA VITORIA DO PALMAR	2233398	IRMANDADE DA S CASA DE MISERICORDIA DE SV PALMAR	1.930	132.703

1515	RS	SANTANA DA BOA VISTA	2234459	FUNDACAO SANTA HELENA	19	33.864
1516	RS	SANTANA DO LIVRAMENTO	2248220	SANTA CASA DE MISERICORDIA	5.161	168.747
1517	RS	SANTIAGO	2244357	HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTIAGO	3.724	157.601
1518	RS	SANTO ANGELO	2259907	ASSOCIACAO HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO ANGELO	6.766	380.968
1519	RS	SANTO AUGUSTO	2261065	ASSOCIACAO HOSPITALAR BOM PASTOR	2.405	62.153
1520	RS	SANTO CRISTO	2250829	HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO CRISTO	1.505	62.984
1521	RS	SAO BORJA	2248298	FUNDACAO IVAN GOULART	5.384	233.669
1522	RS	SAO FRANCISCO DE ASSIS	2244330	HOSPITAL SANTO ANTONIO	1.070	45.986
1523	RS	SAO FRANCISCO DE PAULA	2227770	HOSPITAL SAO FRANCISCO DE PAULA	1.278	88.977
1524	RS	SAO GABRIEL	2248204	IRMANDADE DE SANTA CASA DE CARIDADE	5.332	442.190
1525	RS	SAO JERONIMO	6424236	ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS PUBLICOS DO ESTADO DO RGSUL	3.547	235.817
1526	RS	SAO JOAO DO POLESINE	6364810	HOSPITAL DR ROBERTO BINATTO	128	26.268
1527	RS	SAO JOSE DO HERVAL	2252201	SOCIEDADE BENEFICENTE HOSPITAL SAO FRANCISCO	90	13.135
1528	RS	SAO JOSE DO INHACORA	2250756	HOSPITAL SAO FRANCISCO DE ASSIS SAO JOSE DO INHACORA	73	5.923
1529	RS	SAO JOSE DO OURO	2246791	FUNDACAO ARAUCARIA	1.625	54.077
1530	RS	SAO LOURENCO DO SUL	2233312	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO LOURENCO DO SUL	2.306	136.555
1531	RS	SAO LOURENCO DO SUL	2233371	ASSOCIACAO BENEFICIENTE SAO JOAO DA RESERVA	587	30.404
1532	RS	SAO LUIZ GONZAGA	2259893	SOCIEDADE HOSPITALAR SAO LUIZ GONZAGA	3.851	129.889
1533	RS	SAO MARCOS	2241226	HOSPITAL BENEFICIENTE SAO JOAO BOSCO	1.532	33.394
1534	RS	SAO MARTINHO	2707608	SOCIEDADE CULTURAL SAO GREGORIO	215	16.577
1535	RS	SAO MIGUEL DAS MISSOES	2259877	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE CARIDADE BENEFICIENTE SAO MIGUEL	566	36.556
1536	RS	SAO PAULO DAS MISSOES	2250713	ASSOCIACAO FRANCISCANA DE ASSISTENCIA A SAUDE	471	24.718
1537	RS	SAO SEBASTIAO DO CAI	2227908	ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA	1.282	111.216
1538	RS	SAO SEPE	2244322	ASSOCIACAO BENEFICIENTE HOSPITAL SANTO ANTONIO	1.409	115.966
1539	RS	SAPIRANGA	2232154	SOCIEDADE BENEFICIENTE SAPIRANGUENSE	5.174	156.441
1540	RS	SARANDI	2235404	HOSPITAL COMUNITARIO SARANDI	1.443	39.131
1541	RS	SEBERI	2228610	FUNDACAO HOSPITALAR PIO XII	1.025	69.333
1542	RS	SEGREDO	2234475	ASSOCIACAO CULT RECREATIVA BENEFICIENTE SAO MARCOS	499	15.686
1543	RS	SELBACH	2238810	SOCIEDADE HOSPITALAR SAO JACOB	425	8.596
1544	RS	SERAFINA CORREA	2260050	HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROSARIO	542	18.751
1545	RS	SERTAO	2246805	HOSPITAL SAO JOSE	260	4.375
1546	RS	SEVERIANO DE ALMEIDA	2249499	HOSPITAL SAO ROQUE	281	8.652
1547	RS	SINIMBU	2236346	HOSPITAL BENFICIENTE SINIMBU	609	13.316
1548	RS	SOLEDADE	2246961	HOSPITAL DE CARIDADE FREI CLEMENTE	1.927	124.605
1549	RS	TAPEJARA	2246740	HOSPITAL SANTO ANTONIO	1.986	231.751
1550	RS	TAPERA	2246783	SOCIEDADE HOSPITALAR ROQUE GONZALEZ	504	64.196
1551	RS	TAQUARA	2227932	INSTITUTO DE SAUDE E EDUCACAO VIDA	2.943	166.171
1552	RS	TAQUARI	6447074	INSTITUTO DE SAUDE E EDUCACAO VIDA	1.716	73.154
1553	RS	TAQUARUCU DO SUL	2228661	SOCIEDADE FILANTROPICA SAO ROQUE		16.436
1554	RS	TENENTE PORTELA	5384117	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE SANTO ANTONIO	5.385	406.749
1555	RS	TEUTONIA	2252244	ASSOCIACAO BENEFICIENTE OURO BRANCO	2.286	213.800
1556	RS	TORRES	2707950	ASSOCIACAO EDUCADORA SAO CARLOS	3.109	194.224
1557	RS	TRES ARROIOS	2249588	HOSPITAL BENEFICIENTE SAO LEONARDO	74	237

1558	RS	TRES COROAS	2257467	FUNDACAO HOSPITALAR DR OSWALDO DIESEL	1.304	130.505
1559	RS	TRES DE MAIO	2250837	ASSOCIACAO DE LITERATURA E BENEFICENCIA	2.230	234.958
1560	RS	TRES PASSOS	2228726	ASOCIACAO HOSPITAL DE CARIDADE DE TRES PASSOS	3.089	144.914
1561	RS	TRIUNFO	2227673	SOCIEDADE PARA FUND E MANUT DO HOSP DE CARIDADE SANTA RITA	1.169	27.166
1562	RS	TUCUNDUVA	5050170	ASSOCIACAO HOSPITALAR TUCUNDUVA E NOVO MACHADO	610	28.681
1563	RS	TUPANCIRETA	2244225	ASSOCIACAO PROTETORA HOSPITAL DE CARIDADE BRAZILINA TERRA	1.614	51.503
1564	RS	TUPARENDI	5729297	CENTRO DE ASSISTENCIA MEDICO SOCIAL	483	44.834
1565	RS	URUGUAIANA	2248190	SANTA CASA DE CARIDADE DE URUGUAIANA	6.906	309.365
1566	RS	VACARIA	2241048	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA OLIV EIRA	5.297	107.633
1567	RS	VALE DO SOL	2236338	HOSPITAL BENEFICENTE VALE DO SOL HBVS	561	8.421
1568	RS	VENANCIO AIRES	2236370	HOSPITAL SAO SEBASTIAO MARTIR	4.886	166.756
1569	RS	VERA CRUZ	2236354	FUNDACAO DE SAUDE DR JACOB BLESZ	1.056	82.912
1570	RS	VERANOPOLIS	2707977	ASSOCIACAO VERANENSE DE ASSISTENCIA EM SAUDE	1.800	114.292
1571	RS	VIADUTOS	2249537	SOCIEDADE HOSPITALAR N SENHORA DA POMPEIA	211	5.884
1572	RS	VIAMAO	5223962	FUNDACAO UNIVERSITARIA DE CARDIOLOGIA	5.891	663.053
1573	RS	VICENTE DUTRA	2228637	PREFEITURA MUNICIPAL DE VICENTE DUTRA	69	5.554
1574	RS	VISTA GAUCHA	2228645	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE VISTA GAUCHA		11.174
1575	SC	AGROLANDIA	2377160	FUNDACAO HOSPITALAR ALEX KRIESER	300	15.157
1576	SC	AGUA DOCE	2380188	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA PAZ	718	3.593
1577	SC	ALFREDO WAGNER	2418630	FUNDACAO MEDICA ASS AO TRABALHADOR RURAL DE ALFREDO WAGNER	510	11.392
1578	SC	ANGELINA	2418304	ASSOCIACAO DAS IRMAS FRANCISCANAS DE SAO JOSE	1.149	41.928
1579	SC	ANITA GARIBALDI	2300435	ASSOCIACAO BENEFICIENTE FREI ROGERIO	898	25.999
1580	SC	ANITAPOLIS	2691574	ASSISTENCIA SOCIAL SAO SEBASTIAO	503	12.059
1581	SC	ARABUTA	2691493	ASSOCIACAO DE ASSISTENCIA HOSPITALAR OSVALDO CRUZ	73	1.753
1582	SC	ARARANGUA	2691515	SPDM ASSOCIACAO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICIN	6.669	262.817
1583	SC	ARMAZEM	2550938	HOSPITAL SANTO ANTONIO	661	11.679
1584	SC	ARROIO TRINTA	2302780	HOSPITAL BENEFICIENTE SAO ROQUE	1.039	
1585	SC	BIGUACU	7486596	BENEFICENCIA CAMILIANA DO SUL	1.324	69.552
1586	SC	BLUMENAU	2522101	HOSPITAL SANTA CATARINA		11.232
1587	SC	BLUMENAU	2522209	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE MISERICORDIA DE VILA ITOUP	1.577	50.992
1588	SC	BLUMENAU	2558246	ASSOCIACAO CONGREGACAO DESANTA CATARINA	9.597	284.471
1589	SC	BLUMENAU	2558254	FUNDACAO HOSPITALAR DE BLUMENAU	13.598	641.297
1590	SC	BOM RETIRO	2665085	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRACAS	485	7.008
1591	SC	BRACO DO NORTE	2665883	SOCIEDADE BENEFICIENTE SANTA TERESINHA	2.579	126.594
1592	SC	BRUSQUE	2522411	HOSPITAL ARQUIDIOCESANO CONSUL CARLOS RENAUX	7.146	234.398
1593	SC	BRUSQUE	2522489	ASSOCIACAO HOSPITAL E MATERNIDADE DOM JOAQUIM	925	47.368
1594	SC	CACADOR	2301830	ASSOCIACAO FRANCO BRASILEIRA	4.761	97.800
1595	SC	CAIBI	2538083	HOSPITAL BENEFICIENTE SAO JOSE DE CAIBI	343	10.405
1596	SC	CAMBORIU	2691523	FUNDACAO HOSPITALAR DE CAMBORIU	38	56.879
1597	SC	CAMPO ALEGRE	2664992	INSTITUTO SANTE	393	54.253
1598	SC	CAMPO BELO DO SUL	2691477	HOSPITAL NOSSA SENHORA DO PATROCINIO	464	6.642
1599	SC	CANOINHAS	2491249	HOSPITAL SANTA CRUZ DE CANOINHAS	3.671	16.452
1600	SC	CAPINZAL	2380331	CONGREGACAO DAS SERVAS DE MARIA REPARADORAS	1.423	2.217

1601	SC	CAXAMBU DO SUL	2553163	FUNDACAO MEDICA ASSISTENCIAL DO TRABALHADOR RURAL	1.017	12.110
1602	SC	CHAPECO	2537788	ASSOCIACAO HOSPITALAR LENOIR VARGAS FERREIRA	18.204	398.311
1603	SC	CHAPECO	7286082	ASSOCIACAO HOSPITALAR LENOIR VARGAS FERREIRA	2.778	102.034
1604	SC	CONCORDIA	2303892	BENEFICENCIA CAMILIANA DO SUL	6.952	541.949
1605	SC	CORONEL FREITAS	2537958	ASSOCIACAO HOSPITALAR LENOIR VARGAS FERREIRA	534	16.494
1606	SC	CRICIUMA	2758121	INSTITUTO DE SAUDE E EDUCACAO VIDA	1.333	
1607	SC	CRICIUMA	2758164	SOCIEDADE LITERARIA E CARITATIVA SANTO AGOSTINHO	15.504	637.412
1608	SC	CUNHA PORA	2626667	FUNDACAO HOSPITALAR E ASSISTENCIAL DE CUNHA PORA	1.019	6.274
1609	SC	CURITIBANOS	2302101	FUNDACAO HOSPITALAR DE CURITIBANOS	5.478	72.024
1610	SC	DESCANSO	2378876	FUNDACAO MEDICA ASSISTENCIAL DOS TRABALHADORES RURAIS	238	9.117
1611	SC	ERVAL VELHO	2707470	ASSOCIACAO FILHAS DE SAO CAMILO	331	
1612	SC	FAXINAL DOS GUEDES	2652099	SOCIEDADE HOSPITALAR BENEFICENTE SAO CRISTOVAO	1.024	16.001
1613	SC	FLORIANOPOLIS	0019305	SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE	3.133	312.135
1614	SC	FLORIANOPOLIS	0019402	IRMANDADE DO SR JESUS DOS PASSOS E IMPERIAL HOSP DE CARIDADE	2.126	70.099
1615	SC	FLORIANOPOLIS	3374548	ASSOCIACAO BENEFICENTE DOS MILITARES ESTADUAIS DE SANTA CATA		1.290
1616	SC	FRAIBURGO	7274351	ASSOCIACAO FRAIBURGUENSE DE SAUDE COLETIVA AFSC	1.745	71.939
1617	SC	GASPAR	2691485	HOSPITAL NOSSA SENHORA PERPETUO SOCORRO	2.326	160.944
1618	SC	GUARACIABA	2378116	ASSOCIACAO BENEFICENTE HOSPITAL SAO LUCAS	541	8.186
1619	SC	GUARUJA DO SUL	2378175	ASSOCIACAO BENEFICENTE HOSPITALAR GUARUJA	461	1.887
1620	SC	IBICARE	2379953	CLINICA REVIVER LTDA	159	
1621	SC	ICARA	2420015	FUNDACAO SOCIAL HOSPITALAR DE ICARA	3.147	89.192
1622	SC	IMARUI	2691531	HOSPITAL DE CARIDADE E MATERNIDADE SAO JOAO BATISTA	213	10.217
1623	SC	IMBITUBA	2385880	ASSOCIACAO BENEDITINA DA PROVIDENCIA ABENP	2.280	69.085
1624	SC	INDAIAL	2521873	ASSOCIACAO BENEFICENTE HOSPITAL BEATRIZ RAMOS	3.202	171.594
1625	SC	IPIRA	2691507	ASSOCIACAO BENEFICENTE PIRATUBA IPIRA	139	5.152
1626	SC	IPORA DO OESTE	2378183	INSTITUTO HOSPITALAR BENEFICENTE NOSSA SENHORA DAS MERCES	563	44.553
1627	SC	IPUMIRIM	6249604	BENEFICENCIA CAMILIANA DO SUL	136	28.939
1628	SC	ITAJAI	2522691	INSTITUTO DAS PEQUENAS MISSIONARIAS DE MARIA IMACULADA	14.748	429.742
1629	SC	ITAJAI	2744937	FUNDACAO UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAI	2.345	78.152
1630	SC	ITUPORANGA	2377829	ASSOCIACAO DAS IRMAS FRANCISCANAS DE SAO JOSE	2.829	78.279
1631	SC	JACINTO MACHADO	2299836	HOSPITAL SAO ROQUE	559	
1632	SC	JAGUARUNA	2550962	HOSPITAL DE CARIDADE DE JAGUARUNA	818	27.249
1633	SC	JARAGUA DO SUL	2306336	ASSOCIACAO HOSPITALAR SAO JOSE DE JARAGUA DO SUL	8.013	384.280
1634	SC	JARAGUA DO SUL	2306344	COMUNIDADE EVANGELICA LUTERANA DE JARAGUA DO SUL	5.757	132.380
1635	SC	JOACABA	2560771	FUNDACAO UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA	7.584	182.596
1636	SC	JOINVILLE	2521296	INSTITUICAO BETHESDA HOSPITAL BETHESDA	2.211	118.635
1637	SC	JOINVILLE	2521385	ASSOCIACAO BENEFICIENTE EVANGELICA DE JOINVILLE		1.091
1638	SC	JOINVILLE	6048692	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRACAS	6.493	356.707

1639	SC	LAGES	2504316	SOCIEDADE MAE DA DIVINA PROVIDENCIAHOSP N SRA DOS PRAZERES	6.615	75.147
1640	SC	LAGES	2662914	ASSOCIACAO BENEFICENTE SEARA DO BEM	1.765	110.642
1641	SC	LAGUNA	2558017	HOSPITAL DE CARIDADE S B J DOS PASSOS	2.012	110.849
1642	SC	LUIZ ALVES	2672154	FUNDACAO MEDICA ASSIST AO TRAB RURAL DE LUIS ALVES	592	28.972
1643	SC	LUZERNA	2300184	HOSPITAL SAO ROQUE SOCIEDADE BENEFICIENTE DE LUZERNA	1.043	1.932
1644	SC	MAFRA	2379333	ASSOCIACAO CARIDADE SAO VICENTE DE PAULO	2.955	245.989
1645	SC	MARAVILHA	2538180	SOCIEDADE BENEFICIENTE HOSPITALAR MARAVILHA	2.574	70.353
1646	SC	MELEIRO	2305534	ASSOCIACAO COMUNITARIA SAO JUDAS TADEU	1.259	5.305
1647	SC	MODELO	2553066	SOCIEDADE HOSPITALAR BENEFICIENTE DE MODELO	313	4.856
1648	SC	MONDAI	2378108	ASSOCIACAO HOSPITALAR MONDAI	512	9.742
1649	SC	MONTE CASTELO	2663422	SOCIEDADE HOSPITALAR COMUNITARIA P CLEMENTE KAMPMANN	642	
1650	SC	MORRO DA FUMACA	2419378	HOSPITAL DE CARIDADE SAO ROQUE	2.122	32.136
1651	SC	NAVEGANTES	2674327	INSTITUTO DE SAUDE E EDUCACAO VIDA	1.540	120.956
1652	SC	NOVA ERECHIM	2538148	FUNDACAO MEDICO ASSISTENCIAL DO TRAB RURAL DE NOVA ERECHIM	480	7.139
1653	SC	NOVA VENEZA	2691558	INSTITUTO DE SAUDE E EDUCACAO VIDA	1.353	42.930
1654	SC	ORLEANS	2555840	FUNDACAO HOSPITALAR SANTA OTILIA	1.084	41.462
1655	SC	OTACILIO COSTA	2300486	SOCIEDADE BENEFICIENTE DOM DANIEL HOSTIN	705	39.502
1656	SC	PALMITOS	2664984	HOSPITAL REGIONAL DE PALMITOS	1.892	21.541
1657	SC	PAPANDUVA	2379163	HOSPITAL SAO SEBASTIAO	1.222	12.448
1658	SC	PERITIBA	2689863	ASSOCIACAO BENEFICIENTE HOSPITALAR PERITIBA	281	6.188
1659	SC	PETROLANDIA	2378000	FUNDACAO MEDICO SOCIAL RURAL DE SANTA CATARINA	149	3.460
1660	SC	PINHALZINHO	2537826	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DE PINHALZINHO	777	24.740
1661	SC	POMERODE	2513838	HOSPITAL E MATERNIDADE RIO DO TESTO	2.057	164.960
1662	SC	PONTE ALTA	2300850	FUNDACAO MEDICO SOCIAL RURAL DE PONTE ALTA	163	
1663	SC	PORTO UNIAO	2543044	HOSPITAL DE CARIDADE SAO BRAZ	2.944	46.602
1664	SC	POUSO REDONDO	2377225	SOCIEDADE HOSPITALAR COMUNITARIA ANNEGRET NEITZKE	535	2.399
1665	SC	PRAIA GRANDE	2305623	ASSOCIACAO HOSPITALAR NOSSA SENHORA DE FATIMA SC	1.776	41.971
1666	SC	PRESIDENTE GETULIO	2377330	ASSOCIACAO DAS IRMAS FRANCISCANAS DE SAO JOSE	716	85.675
1667	SC	QUILOMBO	2538342	BENEFICENCIA CAMILIANA DO SUL	1.612	28.980
1668	SC	RIO DO CAMPO	2377462	SOCIEDADE CULTURAL E BENEFICIENTE SAO JOSE	356	6.005
1669	SC	RIO DO SUL	2379627	COMUNIDADE EVANGELICA DE RIO DO SUL	745	2.773
1670	SC	RIO DO SUL	2568713	FUNDACAO DE SAUDE DO ALTO VALE DO ITAJAI	8.464	187.495
1671	SC	RIO DOS CEDROS	6273874	FUNDACAO HOSPITALAR DE RIO DOS CEDROS	255	28.241
1672	SC	RIO FORTUNA	2386038	FUNDACAO MEDICO SOCIAL RURAL DE RIO FORTUNA	622	7.017
1673	SC	RIO NEGRINHO	2521695	FUNDACAO HOSPITALAR RIO NEGRINHO	2.360	85.813
1674	SC	SALETE	2377632	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA TEREZINHA	232	10.925
1675	SC	SALTO VELOSO	2302543	FUNDACAO HOSPITALAR SANTA JULIANA	219	6.098
1676	SC	SANTA CECILIA	2302748	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA CECILIA	1.411	
1677	SC	SANTO AMARO DA IMPERATRIZ	2418177	SOCIEDADE HOSPITALAR SAO FRANCISCO DE ASSIS	2.131	55.541
1678	SC	SAO BENTO DO SUL	2521792	SOCIEDADE MAE DA DIVINA PROVIDENCIA	4.084	137.622
1679	SC	SAO BONIFACIO	2596792	FUNDACAO MED ASSISTENCIAL DO TRAB RURAL DE SAO BONIFACIO	487	9.206

1680	SC	SAO CARLOS	2538571	ASSOCIACAO HOSPITALAR PE JOAO BERTHIER	2.404	8.175
1681	SC	SAO JOAO DO OESTE	2378167	INSTITUTO DE ASSISTENCIA E EDUCACAO SAO JOAO	343	4.579
1682	SC	SAO JOAQUIM	2300516	ASSOCIACAO BENEFICENTE BENTO CAVALHEIRO	1.678	29.449
1683	SC	SAO JOSE DO CEDRO	2378809	ASSOCIACAO BENEFICENTE HOSPITALAR DE CEDRO	635	9.125
1684	SC	SAO LOURENCO DO OESTE	2553155	FUNDACAO HOSPITALAR DE ASSISTENCIA AO TRABAL RURAL DE SLO	2.021	10.881
1685	SC	SAO MARTINHO	2550881	FUNDACAO MEDICO SOCIAL RURAL DE SAO MARTINHO	300	4.933
1686	SC	SAO MIGUEL DO OESTE	6683134	INSTITUTO SANTE	5.753	193.623
1687	SC	SAUDADES	2538229	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DE SAUDADES	625	23.828
1688	SC	SEARA	2304155	BENEFICENCIA CAMILIANA DO SUL	664	37.518
1689	SC	SOMBRIO	2672839	INSTITUTO DE SAUDE E EDUCACAO VIDA	384	31.011
1690	SC	TAIO	2377616	HOSPITAL E MATERNIDADE DONA LISETTE	432	4.355
1691	SC	TIJUCAS	2626659	ASSOCIACAO CONGREGACAO DESANTA CATARINA	1.300	86.051
1692	SC	TIMBE DO SUL	2299569	FUNDACAO MEDICO SOCIAL RURAL SANTO ANTONIO	310	
1693	SC	TIMBO	2537192	ORDEM AUXILIADORAS DA SENHORA EVANGELICA DE TIMBO	4.137	183.776
1694	SC	TRES BARRAS	2490935	FUNDACAO HOSPITALAR DE TRES BARRA	2.432	1.069
1695	SC	TREZE DE MAIO	2778858	FUNDACAO SOCIAL RURAL MEDICA SAO SEBASTIAO	1.429	14.943
1696	SC	TROMBUDO CENTRAL	2377373	HOSPITAL TROMBUDO CENTRAL	622	24.210
1697	SC	TUBARAO	2491710	ASSOCIACAO CONGREGACAO DESANTA CATARINA	13.363	376.249
1698	SC	TUNAPOLIS	2378140	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE TUNAPOLIS	436	3.751
1699	SC	TURVO	2305097	HSS HOSPITAL SAO SEBASTIAO	416	
1700	SC	URUBICI	2300885	HOSPITAL SAO JISE DE URUBICI	288	6.411
1701	SC	URUSSANGA	2419653	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	2.425	55.597
1702	SC	VARGEAO	2411245	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE VARGEAO	304	4.071
1703	SC	VIDAL RAMOS	2377187	FUNDACAO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRAB RUR DE VIDAL RAMOS	128	9.198
1704	SC	VIDEIRA	2302500	INSTITUTO DE ENSINO E ASSISTENCIA SOCIAL	4.822	112.592
1705	SC	VITOR MEIRELES	2377659	ASSOCIACAO HOSPITALAR ANGELINA MENEGHELLI	99	2.311
1706	SC	XANXERE	2411393	ASSOCIACAO EDUCACIONAL E CARITATIVA	6.837	152.317
1707	SC	XAVANTINA	2666138	HOSPITAL SAO LUCAS	400	2.225
1708	SC	XAXIM	2411415	SOCIEDADE HOSPITALAR BENEFICENTE FREI BRUNO	1.733	72.496

Anexo II TC 49 OPAS Quadros de Consultores

Organização Pan-Americana de Saúde / Organização Mundial de Saúde

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização					Sigla
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE					OPAS
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto					Código
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.					TC49 5º TA
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: SCON2016-01048					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
15/03/2016	23/09/2016	39.000,00	39.000,00	10.750,00	10.750,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo a revisão bibliográfica dos referenciais teóricos que fundamentam os mecanismos de remuneração/incentivo por desempenho na Atenção Básica				21/03/2016	R\$ 10.750,00
Documento técnico contendo a sistematização das experiências nacionais e internacionais que utilizam mecanismos de remuneração/Incentivo por desempenho na Atenção Básica				09/05/2016	R\$ 6.850,00
Documento técnico contendo a revisão bibliografia sobre o material de suporte administrativo e jurídico para implantação de iniciativa por desempenho na Saúde.				15/07/2016	R\$ 8.800,00

Documentos técnico contendo o estudo analítico sobre os resultados de municípios que adotam mecanismos de remuneração/incentivo por desempenho no programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica – PMAQ-AB	23/09/2016	R\$ 12.600,00
Consultor Contratado		
Nome do Consultor: Antônio Neves Ribas	CPF: 896.704.001-63	
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato: Contrato cancelado por solicitação da diretoria em exercício no período do contrato.		

Identificação da Organização Internacional Cooperante						
Nome da Organização					Sigla	
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE					OPAS	
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica						
Título do Projeto					Código	
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.					TC49 5º TA	
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”						
Código do Contrato:						
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.						
Período de Vigência		Remuneração				
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício	
30/10/2015	29/02/2016	28.000,00	16.800,00	16.800,00	16.800,00	
Insumos Externos						
Produtos Contratados						
Descrição				Data prevista de entrega	Valor	
Documento técnico contendo descrição da metodologia proposta para estratégia de cooperação Horizontal.				13/11/2016	R\$ 11.200,00	
Documento técnico contendo a avaliação das vivencias realizadas através das estratégias de cooperação Horizontal realizadas no ano de 2015.				29/02/2016	R\$ 16.800,00	

Consultor Contratado		
Nome do Consultor: Adriana Paula de Almeida		CPF: 040.476.816-44
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:		

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização				Sigla	
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE				OPAS	
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto				Código	
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.				TC49 5º TA	
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1501343.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
26/10/2015	29/02/2016	27.200,00	16.320,00	16.320,00	16.320,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo apresentação de orientações para desenvolvimento da ação de Saúde Bucal no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE) sobre avaliação da saúde bucal.				10/11/2015	R\$ 10.880,00
Documento técnico contendo apresentação de orientações para desenvolvimento da ação de saúde no âmbito do programa saúde na escola (PSE) sobre escovação dental supervisionada.				29/02/2016	R\$ 16.320,00

Consultor Contratado		
Nome do Consultor: Alejandra Prieto de Oliveira		CPF: 047.878.079-60
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:		

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização					Sigla
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE					OPAS
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto					Código
Desenvolvimento de tecnologias e instrumentos de fortalecimento da Atenção Básica no Brasil através da Estratégia da Saúde da Família e da política Nacional de Alimentação e Nutrição					TC 49 5° TA
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1501343.001					
A Secretaria de Atenção a Saúde / Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (SAS/DAB/MS) tem direcionado esforços para implantar programas e desenvolver tecnologias e instrumentos de fortalecimento da Atenção Básica no Brasil, através da Estratégia da Saúde da Família e da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
10/09/2015	07/07/2016	46.200,00	28.130,00	9.100,00	9.100,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo análise e levantamento dos acolhimentos feitos às Prefeituras e Assessores Parlamentares, no que tange à qualificação das informações e estratificando os motivos de atendimentos às propostas contempladas, pelos municípios, no período de janeiro a março de 2015 Via fundo a fundo.				25/09/2015	R\$ 10.270,00
Documento técnico contendo análise e levantamento dos acolhimentos feitos às Prefeituras e Assessores Parlamentares, no que tange à qualificação das informações e estratificando os motivos de atendimentos às propostas contempladas, pelos municípios, no período de abril a junho de 2015 Via fundo a fundo.				03/11/2015	R\$ 7.800,00
Documento técnico contendo análise e levantamento dos acolhimentos feitos às Prefeituras e Assessores Parlamentares, no que tange à qualificação das informações e estratificando os motivos de atendimentos às propostas contempladas, pelos municípios, no período de julho a setembro de 2015 Via fundo a fundo.				20/01/2016	R\$ 9.100,00
Documento técnico contendo análise e levantamento dos acolhimentos feitos às Prefeituras e Assessores Parlamentares, no que tange à qualificação das informações e estratificando os motivos de atendimentos às propostas contempladas, pelos municípios, no período de outubro a dezembro de 2015 Via fundo a fundo.				14/03/2016	R\$ 6.000,00

Documento técnico contendo análise e levantamento das propostas aprovadas do componente construção, com recurso oriundo de emenda parlamentar referente ao ano de 2015.	07/07/2016	R\$ 13.030,00
Consultor Contratado		
Nome do Consultor: Alessandra Helena Manzi Medeiros	CPF: 701.210.101-63	
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato: Contrato finalizado por motivo de mudança de modalidade de contratação.		

Identificação da Organização Internacional Cooperante						
Nome da Organização					Sigla	
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE					OPAS	
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica						
Título do Projeto					Código	
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.					TC49 5º TA	
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”						
Código do Contrato: BR/CNT/1501358.001						
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.						
Período de Vigência		Remuneração				
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício	
26/10/2015	29/02/2016	24.400,00	14.640,00	14.640,00	14.640,00	
Insumos Externos						
Produtos Contratados						
Descrição				Data prevista de entrega	Valor	
Documento técnico contendo informativo situacional sobre as ações de Alimentação e Nutrição desenvolvidas nos estados no âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição				10/11/2015	R\$ 9.760,00	
Documento técnico contendo propostas de capítulo sobre praticas de apoio matricial em atenção nutricional nos Núcleos de apoio a saúde da família, com abordagem de casos didáticos.				29/02/2016	R\$ 14.640,00	

Consultor Contratado		
Nome do Consultor: Ana Carolina Lucena Pires		CPF: 052.418.884-03
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:		

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização					Sigla
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE					OPAS
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto					Código
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.					TC 49 5º TA
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1501113.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
30/10/2015	29/02/2016	24.000,00	14.400,00	14.400,00	14.400,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo análise de dados do PMAQ – AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) relação a ações do Programa Saúde na Escola do Estado do Ceará.				13/11/2015	R\$ 9.600,00
Documento técnico contendo análise de dados do PMAQ – AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) no âmbito do Estado do Ceará para as ações de promoção da saúde e obesidade.				29/02/2016	R\$ 14.400,00

Consultor Contratado		
Nome do Consultor: Ana Margarida Vicente Santiago		CPF: 385.749.773-49
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:		

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização				Sigla	
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE				OPAS	
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto				Código	
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.				TC 49 5º TA	
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1501288.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
19/10/2015	01/04/2016	19.800,00	13.100,00	13.100,00	13.100,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Revisão de texto de língua portuguesa do Manual Alimentos Regionais Brasileiros, produzidos pelo Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.				10/11/2015	R\$ 6.700,00
Revisão de texto de língua portuguesa do manual técnico de implantação do programa academia da saúde – volume 2 – a infraestrutura dos polos, produzidos pelo departamento de atenção Básica/ secretaria de atenção a saúde do ministério da saúde.				20/01/2016	R\$ 4.900,00
Revisão de texto de língua portuguesa da revista Brasileira Saúde da Família Nº 29/39, produzido pelo Departamento de Atenção Básica / Secretaria de Atenção a Saúde do Mistério da Saúde.				01/04/2016	R\$ 8.200,00

Consultor Contratado		
Nome do Consultor: Ana Paula Reis e Silva		CPF: 888.032.521-34
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:		

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização					Sigla
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE					OPAS
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto					Código
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.					BRA/1061
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR151342.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
26/10/2015	29/02/2016	20.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo a proposta de layout e estrutura para sistema de adesão ao Programa Saúde na Escola da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição.				10/01/2015	R\$ 8.000,00
Documento técnico contendo o resultado da modelagem, desenvolvimento e implementação do banco de dados para registro das informações do sistema de adesão ao Programa Saúde na Escola da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição.				29/02/2016	R\$ 12.000,00

Consultor Contratado		
Nome do Consultor: André Cury Alves	CPF: 002.496.251-13	
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:		

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização				Sigla	
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE				OPAS	
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto				Código	
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.				BRA/1061	
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1501357.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
26/10/2015	29/02/2016	24.000,00	14.400,00	14.400,00	14.400,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo a análise de dados do Programa de melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) – Atenção Básica (AB) em relação a ações do Programa Saúde na Escola do Estado da Bahia.				10/11/2015	R\$ 9.600,00
Documento técnico contendo a análise de dados do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade (PMAQ) – Atenção Básica (AB) no âmbito do estado da Bahia para Ações de Promoção da Saúde e Obesidade.				29/02/2016	R\$ 14.400,00

Consultor Contratado		
Nome do Consultor: Antonio Carlos da Silva Magalhaes Neto		CPF: 018.660.354-10
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:		

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização				Sigla	
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE				OPAS	
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto				Código	
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.				BRA/1061	
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1501391.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
30/10/2015	29/02/2016	22.000,00	13.200,00	13.200,00	13.200,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo a verificação da situação das informações das Escolas que possuem seus dados armazenados no banco de dados do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e controle – SIMEC, calculando e verificando os sete quesitos estipulados pela coordenação do programa Saúde na Escola (PSE), para avaliar quão bem são desempenhadas as atividades básicas para garantir uma boa educação.				13/11/2015	R\$ 8.800,00
Documento técnico contendo a verificação da situação das informações das Escolas que possuem seus dados armazenados no banco de dados do E-SUS Atenção Básica, calculando e verificando os sete quesitos estipulados pela coordenação do programa Saúde na Escola (PSE), para avaliar quão bem são desempenhadas as atividades básicas para garantir uma boa educação.				29/02/2016	R\$ 13.200,00

Consultor Contratado		
Nome do Consultor: Bruno Magalhães dos Santos		CPF: 034.806.351-21
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:		

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização				Sigla	
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE				OPAS	
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto				Código	
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.				BRA/1061	
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1501344.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
26/10/2015	29/02/2016	26.400,00	15.840,00	15.840,00	15.840,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo conteúdo para módulo I do curso de Capacitação em Tuinã e Técnicas Manuais Chinesas para profissionais da Academia da Saúde.				10/11/2015	R\$ 10.560,00
Documento técnico contendo proposta de conteúdo para educação permanente em lian gong para profissionais dos polos da Academia da Saúde.				29/02/2016	R\$ 15.840,00

Consultor Contratado		
Nome do Consultor: Daniel Miele Amado	CPF: 018.660.354-10	
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:		

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização					Sigla
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE					OPAS
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto					Código
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.					BRA/1061
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1501402.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
30/10/2015	29/02/2016	27.200,00	16.320,00	16.320,00	16.320,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico-analítico contendo relatório das discussões do coletivo técnico do Programa Saúde na Escola (PSE) no ano de 2015.				13/11/2015	R\$ 10.880,00
Documento técnico contendo a proposta de reestruturação do PSE.				29/02/2016	R\$ 16.320,00

Consultor Contratado		
Nome do Consultor: Denise Ribeiro Bueno	CPF: 828.651.591-91	
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:		

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização				Sigla	
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE				OPAS	
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto				Código	
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.				TC 49 5º TA	
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1501348.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
26/10/2015	29/01/2016	14.520,00	8.600,00	8.600,00	8.600,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo avaliação dos cursos de autoaprendizado da Redenutri sobre Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável, Redes de Atenção à Saúde, Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica.				13/11/2015	R\$ 5.920,00
Documento técnico contendo avaliação dos cursos de autoaprendizado da Redenutri sobre Cantinas Escolares Saudáveis e Agenda para intensificação da Atenção Nutricional à desnutrição Infantil.				29/01/2016	R\$ 8.600,00

Consultor Contratado		
Nome do Consultor: Giovanna Soutinho Araújo		CPF: 036.244.451-03
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:		

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização					Sigla
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE					OPAS
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto					Código
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.					TC 49 5º TA
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: SCON2016-01048					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
30/10/2015	29/02/2016	26.400,00	15.840,00	15.840,00	15.840,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo a caracterização das unidades básicas de saúde (UBS) avaliadas no programa de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica (PMAQ-AP), estrutura e ambiência adequada, para realização das ações de vigilância alimentar nutricional (VAN) no estado da Bahia.				13/11/2015	R\$ 10.560,0
Documento técnico contendo a caracterização das unidades básicas de saúde (UBS) avaliadas no Programa de Melhoria do Acesso e da qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AP), estrutura e ambiência adequada, para realização das ações de vigilância alimentar nutricional (VAN) no estado da Paraíba.				29/02/2016	R\$ 15.840,00

Consultor Contratado		
Nome do Consultor: Ilano Almeida Barreto e Silva		CPF: 033.222.475-97
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:		

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização					Sigla
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE					OPAS
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto					Código
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.					TC 49 5º TA
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1500798.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
03/08/2015	30/05/2016	46.200,00	19.030,00	19.030,0	19.030,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo análise das propostas, com repasse de recursos financeiros provenientes de Emendas Parlamentares Impositivas via fundo a fundo, aprovadas no primeiro semestre de 2014 referentes à Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para os municípios da Região Sudeste.				18/08/2015	R\$ 10.270,00
Documento técnico contendo análise das propostas, com repasse de recursos financeiros provenientes de Emendas Parlamentares Impositivas via fundo a fundo, aprovadas no primeiro semestre de 2014 referentes à Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para os municípios da Região Nordeste.				02/10/2015	R\$ 7.800,00
Documento técnico contendo análise das propostas, com repasse de recursos financeiros provenientes de Emendas Parlamentares Impositivas via fundo a fundo, aprovadas no primeiro semestre de 2014 referentes à Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para os municípios da Região Centro-Oeste.				10/12/2015	R\$ 9.100,00
Documento técnico contendo análise das propostas contempladas no âmbito do Programa de Requalificação de Unidade Básica de Saúde – Componente Ampliação aprovadas no ano de 2012 para região Norte e canceladas por descumprimento do prazo estipulado na portaria nº 339, de 04 de março de 2013 para inserção da Ordem de Início de Serviço.				25/02/2016	R\$ 6.000,00

Documento técnico contendo análise das propostas contempladas no âmbito do Programa de Requalificação de Unidade Básica de Saúde – Componente Ampliação aprovadas no ano de 2012 para região Sul e canceladas por descumprimento do prazo estipulado na portaria nº 339, de 04 de março de 2013 para inserção da Ordem de Início de Serviço.	30/05/2016	R\$ 13.030,00
Consultor Contratado		
Nome do Consultor: Janaina Mesquita Araujo	CPF: 016.161.631-35	
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:		

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização				Sigla	
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE				OPAS	
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto				Código	
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.				TC 49 5º TA	
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1501101.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
24/09/2015	25/06/2016	46.200,00	28.130,00	9.100,00	9.100,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo análise da situação das propostas contempladas no ano de 2010 do Programa de Requalificação da Unidade Básica de Saúde (UBS), componente Construção.				09/10/2015	R\$ 10.270,00
Documento técnico contendo análise da situação das propostas contempladas no ano de 2011 do Programa de Requalificação da Unidade Básica de Saúde (UBS), componente Construção.				21/12/2015	R\$ 7.800,00
Documento técnico contendo análise da situação das propostas contempladas no ano de 2012 do Programa de Requalificação da Unidade Básica de Saúde (UBS), componente Construção.				11/02/2016	R\$ 9.100,00
Documento técnico contendo análise da situação das propostas contempladas no ano de 2013 do Programa de Requalificação da Unidade Básica de Saúde (UBS), componente Construção.				02/05/2016	R\$ 6.000,00

Documento técnico contendo análise da situação das propostas contempladas no ano de 2014 do Programa de Requalificação da Unidade Básica de Saúde (UBS), componente Construção.	25/07/2016	R\$ 13.030,00
Consultor Contratado		
Nome do Consultor: Jeska Viana Madureira	CPF:108.949.126-31	
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato: contrato cancelado por mudança de modalidade de contratação.		

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização					Sigla
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE					OPAS
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto					Código
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.					TC 49 5º TA
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1501388.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
30/10/2015	29/02/2016	27.200,00	16.320,00	16.320,00	16.320,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo proposta de capítulo sobre princípios gerais para o planejamento dietético no âmbito do SUS para subsidiar elaboração de manual sobre a temática.				13/11/2015	R\$ 10.880,00
Documento técnico contendo proposta para fascículo do <i>Cadernos de Atenção Básica</i> – Núcleos de apoio à Saúde da Família - NASF sobre Contribuições dos NASF para a Atenção Nutricional.				29/02/2016	R\$ 16.320,00

Consultor Contratado		
Nome do Consultor: Kimielle Cristina Silva		CPF: 049.860.296-65
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:		

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização					Sigla
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE					OPAS
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto					Código
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.					TC 49 5º TA
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1501361.0001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
29/10/2015	30/03/2016	36.000,00	23.400,00	23.400,00	23.400,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo análise do estágio das obras habilitadas em Portaria nos anos de 2011 e 2012 para construção de Polos do Programa Academia da Saúde da Região Nordeste.				13/11/2015	R\$ 12.600,00
Documento técnico contendo análise do estágio das obras habilitadas em Portaria nos anos de 2011 e 2012 para construção de Polos do Programa Academia da Saúde das Regiões Sul e Sudeste.				20/01/2016	R\$ 9.000,00
Documento técnico contendo análise do estágio das obras habilitadas em Portaria nos anos de 2011 e 2012 para construção de Polos do Programa Academia da Saúde das Regiões Norte e Centro- Oeste.				30/03/2016	R\$ 14.400,00
Consultor Contratado					
Nome do Consultor: Laura Cristina Martins de Souza				CPF: 004.691.281-94	
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:					

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização					Sigla
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE					OPAS
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto					Código
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.					TC 49 5º TA
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1500984.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
14/09/2015	30/05/2016	63.600,00	40.100,00	22.900,00	22.900,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento Técnico com Análise da implantação do Programa Academia da Saúde no Brasil a partir das informações colhidas nos sistemas do MS (SISPAG/FNS e SISMOB).				28/09/2015	R\$ 13.000,00
Documento Técnico com Análise da implantação do SAIPS – Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde para o Programa Academia da Saúde.				16/11/2015	R\$ 10.500,00
Documento Técnico com Análise do custeio do Programa Academia da Saúde nos estados de todas as regiões do país a partir das informações colhidas no sistema do SAIPS - Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde				20/01/2016	R\$ 15.000,00
Documento técnico contendo proposta de manual de acompanhamento e monitoramento das obras do Programa Academia da Saúde e manual de custeio do SAIPS				17/03/2016	R\$ 7.900,00
Documento técnico contendo análise da reestruturação do SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde com relação ao tipo de estabelecimento Polo Academia da Saúde.				30/05/2016	R\$ 17.200,00
Consultor Contratado					
Nome do Consultor: Livia Perdigão Kotama				CPF: 011.243.621-85	
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato: Mudança de modalidade de contratação					

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização					Sigla
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE					OPAS
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto					Código
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.					TC 49 5º TA
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CN/1501295.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
26/10/2015	25/04/2016	42.000,00	27.300,00	27.300,00	27.300,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo análise de dados do PMAQ – AB em relação a ações de promoção de alimentação adequada e saudável no âmbito das atividades dos profissionais do NASF do Estado do Rio de Janeiro				10/11/2015	R\$ 14.700,00
Documento técnico contendo a descrição e avaliação das ações implementadas no âmbito do ERJ para inserir a promoção da saúde, com ênfase nas ações de enfrentamento da obesidade, tabagismo e doenças crônicas realizadas na rede de atenção básica.				01/02/2016	R\$ 10.500,00
Documento técnico contendo a descrição das atividades desenvolvidas dos programas e estratégias em curso na Atenção Básica, realizadas através da estratégia do apoio institucional do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde com a secretaria estadual de saúde e os municípios do Estado do Rio de Janeiro.				25/04/2016	R\$ 16.800,00
Consultor Contratado					
Nome do Consultor: Maria Angelica Duarte Silva				CPF: 457.123.527-53	
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:					

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização					Sigla
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE					OPAS
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto					Código
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.					TC 49 5º TA
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1501390.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
30/10/2015	29/01/2016	10.980,00	6.588,00	6.588,00	6.588,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo avaliação dos cursos de autoaprendizado da Redenutri sobre Carências de Micronutrientes e Estratégia NutriSUS.				13/11/2015	R\$ 4.392,00
Documento técnico contendo avaliação dos cursos de autoaprendizado da Redenutri sobre Vigilância Alimentar e Nutricional e Guia Alimentar para a População Brasileira				29/01/2016	R\$ 6.588,00
Consultor Contratado					
Nome do Consultor: Marília Barreto Meneses Pessoa Lima				CPF: 036.066.161-04	
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:					

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização					Sigla
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE					OPAS
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto					Código
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.					TC 49 5º TA
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1501107.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
15/09/2015	11/07/2016	46.200,00	28.200,00	14.500,00	14.500,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo análise das propostas do Programa de Requalificação da Unidade Básica de Saúde (UBS), componente “ampliação” contempladas no ano de 2013 da Região Norte.				30/09/2015	R\$ 11.000,00
Documento técnico contendo análise das propostas do Programa de Requalificação da Unidade Básica de Saúde (UBS), componente “ampliação” contempladas no ano de 2013 da Região Sudeste.				06/11/2015	R\$ 7.000,00
Documento técnico contendo análise das propostas de requalificação da Unidade Básica de Saúde (UBS), componente “ampliação” contempladas no ano de 2013 da Região Sul.				20/01/2016	R\$ 5.500,00
Documento técnico contendo análise das propostas do Programa de Requalificação da Unidade Básica de Saúde (UBS), componente “ampliação” contempladas no ano de 2013 da Região Centro Oeste.				24/03/2016	R\$ 9.000,00
Documento técnico contendo análise das propostas do Programa de Requalificação da Unidade Básica de Saúde (UBS), componente “ampliação” contempladas no ano de 2013 da Região Nordeste.				11/07/2016	R\$ 13.700,00
Consultor Contratado					
Nome do Consultor: Marla de Oliveira Luna Sousa				CPF: 709.299.391-15	
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:					

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização					Sigla
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE					OPAS
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto					Código
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.					TC 49 5º TA
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1501127.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
16/09/2015	15/07/2016	46.200,00	28.130,00	9.100,00	9.100,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo análise das propostas do Programa de Requalificação da Unidade Básica de Saúde (UBS), componente “reforma” contempladas no ano de 2012 da Região Norte.				30/09/2015	R\$ 10.270,00
Documento técnico contendo análise das propostas do Programa de Requalificação da Unidade Básica de Saúde (UBS), componente “reforma” contempladas no ano de 2012 da Região Sudeste.				06/11/2015	R\$ 7.800,00
Documento técnico contendo análise das propostas de requalificação da Unidade Básica de Saúde (UBS), componente “reforma” contempladas no ano de 2012 da Região Sul.				20/01/2015	R\$ 9.100,00
Documento técnico contendo análise das propostas do Programa de Requalificação da Unidade Básica de Saúde (UBS), componente “reforma” contempladas no ano de 2012 da Região Centro Oeste.				24/03/2016	R\$ 6.000,00
Documento técnico contendo análise das propostas do Programa de Requalificação da Unidade Básica de Saúde (UBS), componente “reforma” contempladas no ano de 2012 da Região Nordeste.				15/07/2016	R\$ 13.030,00
Consultor Contratado					
Nome do Consultor: Marcos Antonio do Nascimento Paz				CPF: 723.720.011-91	

Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato: mudança de modalidade de contratação.

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização				Sigla	
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE				OPAS	
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto				Código	
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.				TC 49 5º TA	
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1501356.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
26/10/2015	29/02/2016	20.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo o resultado do desenvolvimento e implementação do módulo de Adesão do “Sistema de Adesão ao Programa Saúde na Escola” da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição.				10/11/2015	R\$ 8.000,00
Documento técnico contendo o resultado do desenvolvimento e implementação do módulo de relatórios do “Sistema de Adesão ao Programa Saúde na Escola” da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição.				29/02/2016	R\$ 12.000,00
Consultor Contratado					

Nome do Consultor: Micael Macedo Pereira	CPF: 028.682.211-30
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:	

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização				Sigla	
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE				OPAS	
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto				Código	
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.				TC 49 5º TA	
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1501084.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
21/09/2015	22/07/2016	60.000,00	37.800,00	11.300,00	11.300,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo matriz diagnóstica da situação das Linhas de Cuidado para prevenção e controle da obesidade.				06/10/2015	R\$ 13.200,00
Documento técnico contendo proposta de decreto presidencial para Promover a Alimentação Adequada e Saudável no âmbito escolar.				16/12/2015	R\$ 9.000,00
Documento técnico contendo proposta de revisão de estudos sobre o custo da Alimentação Saudável no Brasil.				25/02/2016	R\$ 11.300,00
Documento técnico contendo proposta de revisão sobre o impacto do consumo de bebidas açucaradas.				11/04/2016	R\$ 8.500,00

Documento técnico contendo proposta de revisão de estudos sobre medidas fiscais para promover a alimentação adequada e saudável.	22/07/2016	R\$ 18.000,00
Consultor Contratado		
Nome do Consultor: Monica Rocha Gonçalves	CPF: 092.049.747-02	
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato: Mudança de modalidade de contratação		

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização					Sigla
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE					OPAS
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto					Código
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.					TC 49 5º TA
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1501160.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
22/09/2015	15/06/2016	46.200,00	28.130,00	9.100,00	9.100,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo análise das propostas do Programa de Requalificação da Unidade Básica de Saúde (UBS), componente “construção” contempladas no ano de 2015 da Região Norte e Nordeste.				07/10/2015	R\$ 10.270,00
Documento técnico contendo análise das propostas do Programa de Requalificação da Unidade Básica de Saúde (UBS), componente “construção” contempladas no ano de 2015 da Região Sul, Sudeste e Centro oeste.				15/12/2015	R\$ 7.800,00
Documento técnico contendo análise das propostas de requalificação da Unidade Básica de Saúde (UBS), componente “Reforma” contempladas no ano de 2015 da Região Sul, Sudeste e Centro Oeste.				24/02/2016	R\$ 9.100,00
Documento técnico contendo análise das propostas do Programa de Requalificação da Unidade Básica de Saúde (UBS), componente “Reforma” contempladas no ano de 2015 da Região Norte e Nordeste.				01/04/2016	R\$ 6.000,00

Documento técnico contendo análise das propostas do Programa de Requalificação da Unidade Básica de Saúde (UBS), componente “Ampliação” contempladas no ano de 2015 da Região Sul, Sudeste e Centro Oeste.	15/07/2016	R\$ 13.030,00
Consultor Contratado		
Nome do Consultor: Nadja Teixeira Resende	CPF: 010.011.261-73	
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato: Mudança de modalidade de contratação		

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização				Sigla	
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE				OPAS	
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto				Código	
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.				TC 49 5º TA	
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1501341.0001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
26/10/2015	29/02/2016	25.200,00	15.120,00	15.120,00	15.120,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo análise das propostas, fundo a fundo aprovadas em 2014 referentes à Construção da Academia da Saúde.				10/11/2015	R\$ 10.080,00
Documento técnico contendo análise das propostas, fundo a fundo aprovadas em 2015 referentes à Construção da Academia da Saúde.				29/02/2016	R\$ 15.120,00

Consultor Contratado		
Nome do Consultor: Paula Jeane Araújo		CPF: 723.437.371-34
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:		

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização					Sigla
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE					OPAS
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto					Código
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.					TC 49 5º TA
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1501411.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
30/10/2015	29/02/2016	21.120,00	12.672,00	12.672,00	12.672,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo a avaliação da implantação e implementação de Polos da academia da Saúde na região centro – Oeste.				13/11/2015	R\$ 8.448,00

Documento técnico contendo a avaliação critica da implantação e implementação de Polos da academia da Saúde na região norte.	29/02/2016	R\$ 12.672,00
Consultor Contratado		
Nome do Consultor: Paulo Henrique Gomes da Silva	CPF: 013.602.021-61	
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:		

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização					Sigla
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE					OPAS
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto					Código
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.					TC 49 5º TA
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1501346.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
10/11/2015	29/02/2016	26.400,00	15.840,00	15.840,00	15.840,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo proposta de conteúdo programático para módulo de curso de capacitação introdutório em práticas corporais e mentais da Medicina Tradicional Chinesa como promoção da saúde para o Programa Academia da Saúde.				10/11/2015	R\$ 10.560,00
Documento técnico contendo proposta de avaliação do curso introdutório em práticas corporais e mentais da Medicina Tradicional Chinesa como promoção da saúde para Programa Academia da Saúde.				29/02/2016	R\$ 15.840,00

Consultor Contratado		
Nome do Consultor: Paulo Roberto Sousa Rocha		CPF: 319.268.003-20
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:		

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização					Sigla
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE					OPAS
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto					Código
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.					TC 49 5º TA
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1501387.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
30/10/2015	29/02/2016	22.000,00	13.200,00	13.200,00	13.200,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo a análise de meios e definições de estratégia de divulgação de material audiovisual sobre a prevenção e controle da obesidade.				13/11/2015	R\$ 8.800,00
Documento técnico descrevendo o roteiro de material audiovisual para divulgar e fomentar as ações de prevenção e controle da obesidade.				29/02/2016	R\$ 13.200,00

Consultor Contratado		
Nome do Consultor: Patricia de Mendonça Burgos		CPF: 399.595.461-87
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:		

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização					Sigla
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE					OPAS
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto					Código
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.					TC 49 5º TA
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1501401.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
30/10/2015	29/02/2016	27.300,00	16.380,00	16.380,00	16.380,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo a análise de dados do PMAQ-AB (programa Nacional de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica) em relação a ações do programa Saúde na escola do estado da Paraíba.				13/11/2015	R\$ 10.920,00
Documento técnico contendo a análise de dados do PMAQ-AB (programa Nacional de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica) no âmbito da Paraíba para ações do promoção da Saúde e obesidade.				29/02/2016	R\$ 16.380,00

Consultor Contratado		
Nome do Consultor: Priscila Mara Anjos Nunes		CPF:831.274.105-49
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:		

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização					Sigla
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE					OPAS
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto					Código
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.					TC 49 5º TA
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1501345.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
26/10/2015	29/02/2016	24.400,00	14.600,00	14.600,00	14.600,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo máscara definitiva do questionário telefônico e aplicações nos municípios que não solicitaram o incentivo de custeio do programa Academia da Saúde.				10/11/2015	R\$ 9.800,00
Documento técnico descrevendo levantamento dos motivos da não solicitação do incentivo de custeio do Programa Academia da Saúde pelos municípios que tem polo habitados.				29/02/2016	R\$ 14.600,00
Consultor Contratado					

Nome do Consultor: Renata Guimarães Mendonça de Santana	CPF: 005.693.351-75
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:	

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização				Sigla	
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE				OPAS	
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto				Código	
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.				TC 49 5º TA	
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1501405.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
30/10/2015	29/02/2016	26.000,00	15.600,00	15.600,00	15.600,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo a análise de homologação de requisitos do módulo e registro de atividades coletivas no sistema e-SUS Atenção Básica com prontuário Eletrônico do cidadão.				13/11/2015	R\$ 10.400,00
Documento técnico contendo a análise de homologação de requisitos do módulo ferramentas do cuidado para mercados de consumo Alimentar e acompanhamento e crescimento e desenvolvimento no sistema e-SUS Atenção Básica com prontuário Eletrônico do Cidadão.				29/02/2016	R\$ 15.600,00
Consultor Contratado					
Nome do Consultor: Rodrigo André Cuevas Gaete				CPF: 035.929.349-29	
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:					

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização					Sigla
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE					OPAS
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto					Código
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.					TC 49 5º TA
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1501406.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
30/10/2015	03/03/2016	34.120,00	20.472,00	20.472,00	20.4720,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo proposta de identidade visual dos 10 passos para uma alimentação adequada e saudável, considerando os ciclos de vida (crianças entre 2 e 10 anos , adolescentes, adultos e idosos)				13/11/2015	R\$ 13.648,00
Documento técnico contendo a proposta de identidade visual do material gráfico das ações estratégicas de alimentação e nutrição saudável na web.				03/03/2016	R\$ 20.472,00
Consultor Contratado					
Nome do Consultor: Savio Cavalcante Marques				CPF: 658.597.663-00	
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:					

Identificação da Organização Internacional Cooperante

Nome da Organização				Sigla	
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE				OPAS	
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto				Código	
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.				TC 49 5º TA	
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1500061.0001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
02/03/2015	15/01/2016	66.000,00	19.800,00	19.800,00	19.800,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento Técnico contendo o Planejamento organizacional e logístico da Reunião técnica anual para monitoramento e avaliação do enfrentamento do beribéri no Brasil;				18/03/2015	R\$ 14.520,00
Documento Técnico contendo o Planejamento organizacional e logístico da II Oficina para elaboração do Manual de Planejamento Dietético para o SUS;				04/04/2015	R\$ 10.900,00
Documento Técnico contendo o Planejamento organizacional e logístico da I oficina técnica para revisão do Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos				20/07/2015	R\$ 12,540,00
Documento Técnico contendo o Planejamento organizacional e logístico da III Oficina de Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica				11/09/2015	R\$ 8.240,00
Documento Técnico contendo o Planejamento organizacional e logístico do Seminário sobre Políticas de Prevenção e Controle da Obesidade e outras Doenças Crônicas Associadas à Alimentação e Nutrição no âmbito do MERCOSUL				15/01/2016	R\$ 19.800,00
Consultor Contratado					
Nome do Consultor: Shirley Castro Leal				CPF: 799.261.771-15	
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:					

Identificação da Organização Internacional Cooperante	
Nome da Organização	Sigla
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE	OPAS

Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto					Código
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.					TC 49 5º TA
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1500815.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
03/08/2015	30/05/2016	46.200,00	19.030,00	6.000,00	6.000,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Produto 1 – Documento técnico contendo análise e levantamento dos acolhimentos feitos às Prefeituras e Assessores Parlamentares, no que tange à qualificação das informações e estratificando os motivos de atendimentos às propostas contempladas, pelos municípios, entre os anos de 2014 via Fundo a Fundo para a região Sul.				18/08/2015	R\$ 10.670,00
Produto 2 – Documento técnico contendo análise e levantamento dos acolhimentos feitos às Prefeituras e Assessores Parlamentares, no que tange à qualificação das informações e cooperação técnica às propostas contempladas, pelos municípios, entre os anos de 2014 via Fundo a Fundo para a região Norte.				02/10/2015	R\$ 7.400,00
Produto 3 – Documento técnico contendo análise e levantamento dos acolhimentos feitos às Prefeituras e Assessores Parlamentares, no que tange à qualificação das informações e estratificando os motivos de atendimentos às propostas contempladas, pelos municípios, entre os anos de 2014 via Fundo a Fundo para a região Sudeste.				10/12/2015	R\$ 9.100,00
Produto 4 – Documento técnico contendo análise e levantamento dos acolhimentos feitos às Prefeituras e Assessores Parlamentares, no que tange à qualificação das informações e estratificando os motivos de atendimentos às propostas contempladas, pelos municípios, entre os anos de 2014 via Fundo a Fundo para a região Centro Oeste.				25/02/2016	R\$ 6.000,00
Produto 5 – Documento técnico contendo análise e levantamento dos acolhimentos feitos às Prefeituras e Assessores Parlamentares, no que tange à qualificação das informações e estratificando os motivos de atendimentos às propostas contempladas, pelos municípios, entre os anos de 2014 via Fundo a Fundo para a região Nordeste.				30/05/2016	R\$ 13.030,00
Consultor Contratado					
Nome do Consultor: Silvania Maria Figueiroa de Matos				CPF: 539.694.051-49	
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato: Mudança de modalidade de contratação.					

Identificação da Organização Internacional Cooperante	
Nome da Organização	Sigla
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE	OPAS
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica	
Título do Projeto	Código
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas	TC 49 5º TA

redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.					
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1501394.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
30/10/2015	29/02/2016	24.400,00	14.640,00	14.640,00	14.640,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Validação e implementação de testes de usabilidade para auxiliar os trabalhadores da saúde a encontrarem relatos de experiências relacionadas à alimentação e nutrição na Comunidade de Praticas.				13/11/2015	R\$ 9.760,00
Documento contendo relatório com informações geradas pelos profissionais e usuários da plataforma da comunidade de praticas relacionadas com Alimentação e Nutrição na Atenção Básica.				29/02/2016	R\$ 14.640,00
Consultor Contratado					
Nome do Consultor: Thiago de Lima Gualberto				CPF: 012.629.454-29	
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:					

Identificação da Organização Internacional Cooperante	
Nome da Organização	Sigla
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE	OPAS
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica	
Título do Projeto	Código
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.	TC 49 5º TA
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”	
Código do Contrato: BR/CNT/1501398.001	

O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.

Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
30/10/2015	29/02/2016	15.120,00	15.120,00	15.120,00	15.120,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo a análise dos dados provindo da Estratégia e-SUS Atenção Básica das ações desenvolvidas pelas equipes de Unidade Básica de Saúde através do Programa Saúde na Escola (PSE)				13/11/2015	R\$ 10.080,00
Documento técnico contendo a elaboração de um plano de ação para apoiar a implementação das ações do PSE a partir dos dados recebidos pela Estratégia e-SUS da Atenção Básica.				29/02/2016	R\$ 15.120,00
Consultor Contratado					
Nome do Consultor: Vanessa Lora				CPF: 003.304.230-61	
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:					

Identificação da Organização Internacional Cooperante	
Nome da Organização	Sigla
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE	OPAS
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica	
Título do Projeto	Código
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.	TC 49 5º TA
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”	
Código do Contrato: BR/CNT/1500435.001	
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.	

Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
15/05/2015	29/02/2016	66.000,00	26.400,00	26.400,00	26.400,00
Insumos Externos					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Desenvolvimento do aplicativo eletrônico de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade para as equipes de Atenção Básica				01/06/2015	R\$ 16.500,00
Desenvolvimento do aplicativo eletrônico de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade para as equipes de Saúde Bucal.				12/08/2015	R\$ 9.900,00
Desenvolvimento do aplicativo eletrônico de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade para as equipes dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF)				22/10/2015	R\$ 13.200,00
Desenvolvimento do aplicativo eletrônico de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade para as equipes do Centro de Especialidade Odontológica (CEO)				29/02/2016	R\$ 26.400,00
Consultor Contratado					
Nome do Consultor: Daniele Montenegro da Silva Barros				CPF: 010.407.644-52	
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:					

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização					Sigla
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE					OPAS
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto					Código
Fortalecer as ações desenvolvidas em conformidade com as diretrizes estabelecidas no 49º Termo de Cooperação e Assistência Técnica e condensar ações a serem realizadas na RAS, tendo como fundamento a integração das ações nas redes, trazendo na prática a integralidade para a formulação e execução de ações nos programas do SUS.					TC 49 5º TA
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: BR/CNT/1501293.001					
O desenvolvimento e organização do sistema e das redes de serviços de saúde estão presentes como prioridades no plano nacional de saúde e são objetos de atuação central da Secretaria de Atenção à Saúde. O conjunto de projetos/atividades voltados para organizar e qualificar a gestão e os três níveis da atenção, prevenir os agravos, realizar a cooperação técnica internacional devem contribuir, para a qualificação e humanização do Sistema Único de Saúde.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício 2016	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
19/10/2015	30/03/2016	33.000,00	19.800,00	19.800,00	19.800,00

Insumos Externos		
Produtos Contratados		
Descrição	Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo a avaliação crítica dos materiais divulgados na “fanpage” da Comunidade de Práticas acerca do fortalecimento das estratégias de promoção da Alimentação Saudável no ano de 2015.	06/11/2015	R\$ 13.200,00
Documento técnico contendo a elaboração de um plano de comunicação visando fortalecer as estratégias de promoção da alimentação adequada e saudável no âmbito do SUS – Sistema Único de Saúde.	30/03/2016	R\$ 19.800,00
Consultor Contratado		
Nome do Consultor: Gustavo Pozzobon de Albuquerque Lima		CPF: 054.117.624-21
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato:		

Anexo III PNUD BRA 13_016 Quadro de Consultor Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD

Identificação da Organização Internacional Cooperante					
Nome da Organização					Sigla
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento					PNUD
Identificação do(s) Projeto(s) de Cooperação Técnica					
Título do Projeto					Código
Desenvolvimento de Dispositivos para Inclusão e Integração de Populações Estratégicas e/ou Vulneráveis nas Redes de Atenção a Saúde do SUS.					BRA/13/016
Informações sobre os Contratos de Consultoria na Modalidade “Produto”					
Código do Contrato: 2015/000105					
Objetivo da Consultoria: Capacitação e monitoramento de profissionais da educação na implementação do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas crianças de 6 a 10 anos - Jogo Elos - no município de São Bernardo de Campo-SP e outros municípios.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício

01/07/2015	30/06/2016	80.250,00	43.335,00	18.457,50	55.372,50
Insumos Externos					
Honorário, Passagens e Diárias					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico descritivo contendo plano de implementação do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas crianças de 6 a 10 anos - Jogo Elos - no município de São Bernardo do Campo - SP no 2º semestre de 2015. Produto nº 1				30/07/2015	11.235,00
Documento técnico descritivo contendo avaliação de formações de profissionais implementadores Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas crianças de 6 a 10 anos - Jogo Elos – no município de São Bernardo do Campo - SP em 2015. Prod. 2				13/09/2015	8.025,00
Documento técnico analítico contendo dados de monitoramento da implementação do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas crianças de 6 a 10 anos - Jogo Elos - nas escolas do município de São Bernardo do Campo - SP nos meses junho a agosto de 2015, com avaliação de potencialidades e fragilidades do programa neste território. Prod. 3				28/10/2015	10.432,50
Documento técnico analítico contendo dados de monitoramento da implementação do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas crianças de 6 a 10 anos - Jogo Elos - nas escolas do município de São Bernardo do Campo - SP nos meses setembro a outubro de 2015, com avaliação de potencialidades e fragilidades do programa neste território. Prod.4				12/12/2015	7.222,50
Documento técnico descritivo sobre as reuniões de avaliação do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas crianças de 6 a 10 anos - Jogo Elos - nas escolas do município de São Bernardo do Campo - SP, realizadas no mês de novembro e na primeira quinzena de dezembro de 2015 (após conclusão das atividades do programa). Produto nº 5				27/01/2016	8.827,50
Documento técnico analítico contendo avaliação global dos resultados e processos de implementação do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas crianças de 6 a 10 anos - Jogo Elos - no município de São Bernardo do Campo - SP no 2º semestre de 2015, com identificação de necessidades para ajustes na implementação em 2016.Produto nº 6				12/03/2016	9.630,00
Documento técnico descritivo contendo plano de implementação do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas crianças de 6 a 10 anos - Jogo Elos - no município de São Bernardo do Campo - SP no 1º e 2º semestre de 2016 (calendário escolar). Produto nº 7				28/04/2016	8.025,00
Documento técnico contendo proposta de conteúdo e roteiro de formações presenciais de profissionais para implementação do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas crianças de 6 a 10 anos - Jogo Elos no município de São Bernardo do Campo - SP em 2016. Produto nº 8				12/06/2016	16.852,50
Consultor Contratado					
Nome do Consultor: Aline Godoy Vieira				CPF: 326.908.038-79	
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato: Contrato rescindido antes da entrega dos produtos nº 7 e nº 8.					

Código do Contrato: 2015/000106					
Objetivo da Consultoria: Articulação e coordenação da implementação do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para crianças de 6 a 10 anos - Jogo Elos no Brasil.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
01/07/2015	30/06/2016	91.500,00	49.410,00	21.045,00	63.135,00
Insumos Externos					
Honorário, passagens e diárias					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico descritivo contendo proposta de Modelo de Gestão do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para crianças de 6 a 10 anos - Jogo Elos, a ser utilizado na articulação e planejamento com gestões municipais e estaduais de saúde e educação. Produto nº 1				30/07/2015	12.810,00
Documento técnico analítico contendo a análise de dados de monitoramento de processo da implementação do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para crianças de 6 a 10 anos - Jogo Elos no Brasil no 1º semestre de 2015. Produto nº 2				13/09/2015	9.150,00
Documento técnico analítico contendo a avaliação das adaptações do conteúdo do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para crianças de 6 a 10 anos - Jogo Elos no Brasil, a partir das experiências em 2015, e recomendações para possíveis melhorias em				28/10/2015	11.895,00

outubro e novembro. Produto nº 3		
Documento técnico descritivo e analítico contendo a avaliação da capacitação dos Formadores Federais do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para crianças de 6 a 10 anos - Jogo Elos, nos meses junho a setembro de 2015 e identificação de necessidades de capacitação adicional. Produto nº 4	12/12/2015	8.235,00
Documento técnico analítico contendo a avaliação das adaptações no modelo atual de implementação do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para crianças de 6 a 10 anos - Jogo Elos no Brasil, a partir das experiências em 2015, e recomendações para possíveis melhorias para 2016. Produto nº 5	27.01.2016	10.065,00
Documento técnico analítico contendo a análise dos resultados da implementação do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para crianças de 6 a 10 anos - Jogo Elos no Brasil em 2015. Produto nº 6	12.03.2016	10.980,00
Documento técnico descritivo contendo a revisão do formato, conteúdo e logística de aplicação dos instrumentos de monitoramento da implementação do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para crianças de 6 a 10 anos - Jogo Elos. Produto nº 7	28/04/2016	9.150,00
Documento técnico descritivo contendo o modelo de disseminação e multiplicação do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para crianças de 6 a 10 anos - Jogo Elos, em grande escala no território nacional. Produto nº 8	12/06/2016	19.215,00
Consultor Contratado		
Nome do Consultor: Daniela Piconez e Trigueiros		CPF: 265.926.558-52
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato: Rescindido antes da entrega dos produtos nº 7 e nº 8		

Código do Contrato: 2015/000179					
Objetivo da Consultoria: Desenvolver atividades e produtos relacionados à articulação dos marcos referenciais de estudo-intervenção em populações em situação de vulnerabilidade nos focos de interesse do Projeto BRA13/016.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
03/11/2015	31/10/2016	105.000,00	90.300,00	33.600,00	48.300,00
Insumos Externos					
Honorários, passagens e diárias.					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico contendo eixos referenciais de estudo-intervenção voltados para populações vulneráveis, com foco em vulnerabilidade, saúde e intersetorialidade, à luz das diretrizes da humanização e saúde. Produto nº 1				30/11/2015	14.700,00
Documento técnico contendo eixos referenciais de estudo-intervenção voltados para as populações vulneráveis priorizadas no Projeto BRA13/016. Produto nº2				14/01/2016	10.500,00
Documento técnico contendo eixos de acompanhamento avaliativo de ações voltadas para inclusão de populações vulneráveis priorizadas no Projeto BRA13/016. Produto nº 3				29/02/2016	13.650,00
Documento técnico contendo marcos referenciais para abordagem da vulnerabilidade em contextos indígenas. Produto nº 4				14/04/2016	9.450,00
Documento técnico contendo marcos referenciais para abordagem da vulnerabilidade em populações dos campos, florestas e águas. Produto nº 5				30/05/2016	11.550,00
Documento técnico contendo sistematização das atividades desenvolvidas e inovações geradas no campo de abordagem da vulnerabilidade em contextos indígenas, no âmbito do Projeto BRA13/016. Produto nº 6				14/07/2016	12.600,00
Documento técnico contendo sistematização das atividades desenvolvidas e inovações geradas no campo de abordagem da vulnerabilidade em populações dos campos, florestas e águas, no âmbito do Projeto BRA13/016. Produto nº 7				29/08/2016	10.500,00

Documento técnico contendo sistematização das atividades desenvolvidas e inovações geradas para produção da intersectorialidade na abordagem da vulnerabilidade nas populações prioritizadas no âmbito do Projeto BRA13/016. Produto nº 8	14/10/2016	22.050,00
Consultor Contratado		
Nome do Consultor: Georgia da Silva	CPF: 040.097.689-75	
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato: Contrato rescindido antes da entrega dos produtos nºs: 5,6, 7 e 8		

Código do Contrato: 2015/000127					
Objetivo da Consultoria: Capacitação e monitoramento de profissionais da educação na implementação do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas crianças de 6 a 10 anos - Jogo Elos - nos municípios de São Paulo-SP, Curitiba-PR e outros municípios.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
03/08/2015	02/08/2016	80.250,00	50.557,50	16.050,00	45.742,50
Insumos Externos					
Honorários, passagens e diárias					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico descritivo contendo plano de capacitação e monitoramento dos profissionais na implementação do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para crianças de 6 a 10 anos - Jogo Elos - no município de São Paulo - SP no 2º semestre de 2015. Produto nº 1				31/08/2015	11.235,00
Documento técnico descritivo contendo avaliação de formações de educadores implementadores do Componente Escolar do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para crianças de 6 a10 anos - Jogo Elos - no município de São Paulo/SP em 2015. Produto nº 2				15/10/2015	8.025,00
Documento técnico descritivo contendo avaliação de formações de facilitadores do Componente Comunitário do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para crianças de 6 a 10 anos - Jogo Elos - no município de São Paulo/SP em 2015. Prod. nº 3				30/11/2015	10.432,50
Documento técnico analítico contendo dados de monitoramento da implementação do Componente Escolar do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para crianças de 6 a 10 anos – Jogo Elos - nas escolas do município de São Paulo - SP nos meses julho a outubro de 2015, com avaliação de potencialidades e fragilidades do programa neste território. Produto nº 4				14/01/2016	7.222,50
Documento técnico analítico contendo dados de monitoramento da implementação do Componente Escolar do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para crianças de 6 a 10 anos – Jogo Elos - nas escolas do município de Curitiba-PR em 2015, com avaliação de potencialidades e fragilidades do programa neste território. Produto nº 5				29/02/2016	8.827,50
Documento técnico descritivo contendo plano de capacitação e monitoramento dos profissionais na implementação das ações dos componentes Escolar e Comunitário do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para crianças de 6 a 10 anos - Jogo Elos - no município de São Paulo - SP no 1º e 2º semestre de 2016 (calendário escolar).Produto nº 6				14/04/2016	9.630,00
Documento técnico descritivo contendo a adaptação do material didático do Componente Comunitário do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para crianças de 6 a 10 anos - Jogo Elos para implementação em 2016. Produto nº 7				31/05/2016	8.025,00
Documento técnico descritivo contendo avaliação de formações de multiplicadores locais do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para crianças de 6 a 10 anos - Jogo Elos – no município de Curitiba-PR em 2016. Produto nº 8				15/07/2016	16.852,50
Consultor Contratado					
Nome do Consultor: Lorena Alves de Souza Araujo				CPF: 062.217.114-36	
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato: Contrato rescindido antes da entrega dos produtos nºs: 6, 7 e 8					

Código do Contrato: 2015/000108	
Objetivo da Consultoria: Capacitação e monitoramento de profissionais de saúde e educação na implementação do programa de prevenção do uso de álcool e outras drogas para adolescentes - #Tamojunto - nas escolas estaduais do município de São Paulo - SP e outros municípios.	
Período de Vigência	Remuneração

Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
01/07/2015	30/06/2016	80.250,00	43.335,00	18.457,50	55.372,50
Insumos Externos					
Honorários, passagens e diárias					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico descritivo contendo plano de implementação do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para adolescentes de 13 e 14 anos - #tamojunto nas escolas estaduais do município de São Paulo - SP no 2º semestre de 2015. Produto nº 1				30/07/2015	11.235,00
Documento técnico descritivo contendo avaliação de formações de profissionais implementadores e multiplicadores do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para adolescentes de 13 e 14 anos - #tamojunto nas escolas estaduais do município de São Paulo - SP em 2015. Produto nº 2				13/09/2015	8.025,00
Documento técnico analítico contendo relatório sobre acompanhamento dos multiplicadores locais do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para adolescentes de 13 e 14 anos - #tamojunto nas escolas estaduais do município de São Paulo - SP nos meses junho a agosto de 2015, incluindo avaliação de competências dos profissionais e necessidades de capacitação adicional. Produto nº 3				28/10/2015	10.432,50
Documento técnico analítico contendo dados de monitoramento da implementação do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para adolescentes de 13 e 14 anos - #tamojunto nas escolas estaduais do município de São Paulo - SP nos meses agosto a outubro de 2015, com avaliação de potencialidades e fragilidades do programa neste território. Produto nº 4				12/12/2015	7.222,50
Documento técnico descritivo sobre as reuniões de avaliação do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para adolescentes de 13 e 14 anos - #tamojunto nas escolas estaduais do município de São Paulo - SP, realizadas no mês de novembro e na primeira quinzena de dezembro de 2015 (após conclusão das atividades do programa). Produto nº 5				27/01/2016	8.827,50
Documento técnico analítico contendo avaliação global dos resultados e processos de implementação do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para adolescentes de 13 e 14 anos - #tamojunto nas escolas estaduais do município de São Paulo - SP no 2º semestre de 2015, com identificação de necessidades para ajustes na implementação em 2016. Produto nº 6				12/03/2016	9.630,00
Documento técnico descritivo contendo plano de implementação do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para adolescentes de 13 e 14 anos - #tamojunto nas escolas estaduais do município de São Paulo - SP no 1º e 2º semestre de 2016 (calendário escolar). Produto nº 7				28/04/2016	8.025,00
Documento técnico contendo avaliação de formações presenciais de profissionais implementadores e multiplicadores do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para adolescentes de 13 e 14 anos - #tamojunto nas escolas estaduais do município de São Paulo - SP em 2016 e recomendações de ajustes e melhorias. Produto nº 8				12/06/2016	16.852,50
Consultor Contratado					
Nome do Consultor: Marina Ramos da Rocha Paes				CPF: 352.599.898-80	
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato: Contrato rescindido antes da entrega dos produtos nºs: 7 e 8					

Código do Contrato: 2015/000201					
Objetivo da Consultoria: Desenvolver atividades e produtos relacionados ao campo de articulação da saúde e ambientes de vida e trabalho, voltados para populações-alvo do projeto e serviços de atendimento, baseando no referencial de "ambiência e humanização".					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
02/12/2015	30/11/2016	105.000,00	90.300,00	14.700,00	14.700,00
Insumos Externos					
Honorário, passagens e diárias					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico articulando os conceitos de ambiência, vulnerabilidade e saúde para fundamentação dos estudos e intervenções com populações vulneráveis. Produto nº 1				30/12/2015	14.700,00

Documento técnico com diretrizes e orientações para elaboração de projetos de ambiência voltados para territórios habitacionais vulneráveis. Produto nº 2	15/02/2016	10.500,00
Documento técnico articulando os conceitos de vulnerabilidade, saúde e território inclusivo para fundamentação das intervenções em ambiência com populações vulneráveis. Prod. nº 3	01/04/2016	13.650,00
Documento técnico com orientações metodológicas para a condução de oficinas de ambiência para as intervenções nos espaços físicos que atendem populações vulneráveis. Prod. nº 4	16/05/2016	9.450,00
Documento técnico contendo projeto político-pedagógico para processo de formação para equipes/serviços de saúde (incluindo arquitetos) articulando os temas da ambiência na saúde e vulnerabilidade. Prod. nº 5	01/07/2016	11.550,00
Documento técnico com diretrizes para estruturação de projetos de ambiência voltados para espaços inovadores de acolhida e atenção a populações vulneráveis. Prod. nº 6	15/08/2016	12.600,00
Documento técnico com diretrizes para estruturação de projetos de ambiência focando em espaços acessíveis e seguros para populações vulneráveis priorizadas no Projeto Bra13/016. Produto nº 7	29/09/2016	10.500,00
Documento técnico com diretrizes para estruturação de projetos de ambiência para os serviços e espaços de atendimento em saúde a populações vulneráveis indígenas. Prod. nº 8	14/11/2016	22.050,00
Consultor Contratado		
Nome do Consultor: Mirela Pilon Pessatti		CPF: 175.724.968-06
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato: Contrato rescindido antes da entrega dos produtos nºs: 2,3,4,5,6,7 e 8		

Código do Contrato: 2015/000109					
Objetivo da Consultoria: Capacitação e monitoramento de profissionais de saúde e educação na implementação do programa de prevenção do uso de álcool e outras drogas para adolescentes - #Tamojuntó - no município de São Bernardo de Campo-SP e outros municípios.					
Período de Vigência		Remuneração			
Início	Término	Total Previsto no Contrato	Total Previsto no Exercício	Total pago no Exercício	Total pago até o Final do Exercício
01/07/2015	30/06/2016	80.250,00	43.335,00	18.457,50	55.372,50
Insumos Externos					
Honorários, passagens e diárias					
Produtos Contratados					
Descrição				Data prevista de entrega	Valor
Documento técnico descritivo contendo plano de implementação do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para adolescentes de 13 e 14 anos - #tamojuntó no município de São Bernardo do Campo - SP no 2º semestre de 2015. Produto nº 1				30/07/2015	11.235,00
Documento técnico descritivo contendo avaliação de formações de profissionais implementadores e multiplicadores do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para adolescentes de 13 e 14 anos - #tamojuntó no município de São Bernardo do Campo - SP em 2015. Produto nº 2				13/09/2015	8.025,00
Documento técnico analítico contendo relatório sobre acompanhamento dos multiplicadores locais do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para adolescentes de 13 e 14 anos - #tamojuntó no município de São Bernardo do Campo - SP nos meses junho a agosto de 2015, incluindo avaliação de competências dos profissionais e necessidades de capacitação adicional. Produto nº 3				28/10/2015	10.432,50
Documento técnico analítico contendo dados de monitoramento da implementação do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para adolescentes de 13 e 14 anos - #tamojuntó nas escolas do município de São Bernardo do Campo - SP nos meses agosto a outubro de 2015, com avaliação de potencialidades e fragilidades do programa neste território. Produto nº 4				12/12/2015	7.222,50
Documento técnico descritivo sobre as reuniões de avaliação do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para adolescentes de 13 e 14 anos - #tamojuntó nas escolas do município de São Bernardo do Campo - SP, realizadas no mês de novembro e na primeira quinzena de dezembro de 2015 (após conclusão das atividades do programa). Produto nº 5				27/01/2016	8.827,50
Documento técnico analítico contendo avaliação global dos resultados e processos de implementação do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para adolescentes de 13 e 14 anos - #tamojuntó no município de São Bernardo do Campo - SP no 2º semestre de 2015, com identificação de necessidades para ajustes na implementação em 2016. Prod. 6				12/03/2016	9.630,00
Documento técnico descritivo contendo plano de implementação do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para adolescentes de 13 e 14 anos - #tamojuntó no município de São Bernardo do Campo - SP no 1º e 2º semestre de 2016 (calendário escolar). Prod. 7				28/04/2016	8.025,00

Documento técnico contendo avaliação de formações presenciais de profissionais implementadores e multiplicadores do Programa de Prevenção ao uso de álcool e outras drogas para adolescentes de 13 e 14 anos - #tamojunto no município de São Bernardo do Campo - SP em 2016 e recomendações de ajustes e melhorias. Prod. 8	12/06/2016	16.852,50
Consultor Contratado		
Nome do Consultor: Nathan Luz de Beltrand	CPF: 065.210.239-50	
Observações sobre a Execução Físico/Financeira do Contrato: Contrato rescindido antes da entrega dos produtos nºs: 7 e 8		

ANEXO IV - TCU CUMPRIDO

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 010.080/2015-5	2145/2016	1.7.2	2551/2016	23/09/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Irregularidades na aplicação de recursos transferidos ao município de Iranduba/AM para construção de unidade básica de saúde (UBS), bem como solicita atender a determinação contida no subitem 1.7.2 do Acórdão citado.				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS)				46667
Informamos que o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde - Requalifica UBS, é uma das estratégias do Ministério da Saúde - MS para a estruturação e o fortalecimento da Atenção Básica. O programa tem como objetivo incentivo financeiro para ampliar, construir e reformar Unidade Básica de Saúde - UBS, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde, promovendo melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. As propostas de Construção de Unidades Básicas de Saúde contempladas no Programa de Requalificação de UBS foram redefinidas pelas Portarias nº 340, de 04/03/2013. O monitoramento das obras do Requalifica UBS é realizado através Sistema de Monitoramento de Obras – SISMOB. As propostas de Construção citadas no Processo TC 01.0.080/2015-5, bem como a situação atual das obras, podem ser verificadas no Anexo 1. Os recursos foram repassados para o Fundo Municipal de Saúde, CNPJ 12.699.291/000137, constantes no sítio eletrônico www.fns.gov.br no item “Consulta de Pagamento Detalhada”. Cabe destacar o recurso repassado ao município foi transferido para o Fundo Municipal de Saúde, no Bloco de Investimentos para as propostas de Construção e Ampliações de Unidade Básica de Saúde. Informamos que as propostas do município habilitadas no ano de 2013 tiveram o prazo de conclusão expirado em 29 de fevereiro de 2016, nos termos da portaria 2804, de 18 de dezembro de 2014. O Ministério da Saúde seguindo as disposições do TCU no Acórdão nº 1426/2015-TCU-Plenário, que determinou que “é possível conceder a prorrogação do prazo para conclusões de obras, desde que não seja concedida de forma genérica e imotivada”. Diante disto, o Ministério da Saúde notificou o município, solicitando justificativa pelo atraso e não cumprimento do prazo de conclusão das obras. O município respondeu a notificação do Ministério da Saúde apresentando justificativa e documentação condizente com a solicitação de prorrogação de prazo de conclusão das obras do município. No Anexo 1 estão detalhadas os prazos das referidas prorrogações. Os repasses das propostas do Requalifica UBS são regulamentados pela Portaria no 204/GM/MS, de 29/01/2007, que dispõe sobre o financiamento e a transferência dos incentivos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento. Essas transferências realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde para o município são depositadas diretamente em instituições financeiras federais sob a titularidade do Fundo Municipal de Saúde, em cumprimento ao dispõe as Leis 8.080/1990, 8.142/1990, Lei Complementar 141/2012, Decreto 7.507/2011 e demais legislações do Sistema Único de Saúde. Cabe ressaltar que a Portaria Interministerial nº 507/2011, citada no Acórdão nº 2145/2016 - TCU - Plenário, regula os convênios, os contratos de repasse e os termos de cooperação celebrados pelos órgãos e entidades da Administração Pública Federal com órgãos ou entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos para a execução de programas, projetos e atividades de interesse recíproco, que envolvam a transferência de recursos financeiros oriundos do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União. Portanto, a proposta em questão não se enquadra na Portaria acima mencionada por se tratar de um repasse fundo a fundo. Referente à prestação de contas da transferência fundo a fundo é formalizada por meio do Relatório Anual de Gestão - RAG, conforme estabelecido no inciso IV, art. 4º da Lei 8.142/1990, e Portaria GM/MS 2.135/2013, de acordo com o que regulamenta o art. 6º do Decreto 1.651/1995, e em cumprimento ao disposto na Seção III do Capítulo IV da Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012. No âmbito do SUS, a aprovação das prestações de contas dos recursos transferidos na modalidade Fundo a Fundo é de competência do Conselho de Saúde, estadual ou municipal, conforme se trate de recursos transferidos para Estados e Municípios, cabendo-lhes, portanto, apreciar e aprovar o Plano Municipal de Saúde e o Relatório Anual de Gestão, instrumentos que, obrigatoriamente, devem ser elaborados no Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão da SAS, 2016.				
Relatório Anual de Gestão - SARGSUS, nos termos Portaria GM/MS 2.135/2013.				

Página 465

Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor
Não há.
Unidade Jurisdicionada

Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 009.947/2015-9			2261/2016	08/09/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Irregularidades na aplicação dos recursos federais transferidos ao município de Autazes/AM para a construção das unidades básicas de saúde (UBS) Gilberto Pinto, Santa Verônica e Açupuranga, nos exercícios de 2013 e 2014, e para a reforma do posto de saúde Ana Dias, exercício de 2013.				
Sector Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS)				46667
Segue tabela com especificação da obra, tipo/porte, nome da Unidade e valor das obras do Programa Requalifica do Município de Autazes-AM.				
Proposta	Component e	Valor da Proposta	Porte/ metragem a ser atingida	Nome da Unidade
11622855000113003	Construção	408.000,00	1/245,7 m²	U8S Santa Verônica
11622855000113004	Construção	408.000,00	1/245,7 m²	U BS Gilberto Pinto
11622855000113006	Construção	408.000,00	1/245,7 m²	UBS Uçupuranga
1300302013118/10864	Ampliação	114.465,00	76,31 m²	U BS Ana Dias
<i>Dados SISMOB, outubro 2016</i>				
Informamos que as obras de Ampliação e Construção Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde são regidas respectivamente pelas portarias 339 e 340, de 04 de março de 2013. A prorrogação dos prazos de execução foi estabelecida pelas portarias 2.308, de 23 de outubro de 2014 (obras dos anos de 2009 a 2012) e 2.804, de 18 de dezembro de 2014 (propostas do ano de 2013). Os Municípios que não cumpriram os prazos foram notificados. Desta forma cabe ao município informar a paralisação das obras e os motivos que ensejaram a paralisação das mesmas. O município foi notificado via Sistema de Monitoramento de Obras -SISMOB. A proposta de ampliação foi notificada nas datas 07/01 e 14/04/2016 e as propostas de construção nas datas 03/03 e 04/05/2016, solicitando justificativas quanto ao atraso na conclusão das obras. Até a presente data as Notificações não foram atendidas pelo Município. Esta em trâmite a elaboração da portaria de cancelamento. As propostas que não tiveram justificativas em relação ao não cumprimento de prazo serão canceladas e o valor repassado deverá ser devolvido com as devidas correções.				
Tabela 2: Percentual de execução das obras do Município de Autazes- AM.				
Propostas	Percentual de execução informado	Situação da proposta		
11622S55000113003	20,1 a 30%	Paga 2ª parccle.Não inseriu atestado de conclusão da obra.		
11622855000113004	20,1 a 30%	Paga 2º parcela.Não inseriu atestado de condução da obra.		
11622S55000113006	20,1 a 30%	Paga 2ª parcela.Não inseriu atestado de conclusão da obra		
1300300201311S/10S64	80,1 a 90%	Informou percentual de execução não anexou nenhuma foto da obra.		
<i>Dados SISMOB, outubro 2016</i>				
Informamos que a prestação de contas dos valores recebidos e aplicados pelos municípios deve ser realizada por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG), que é um instrumento de gestão essencial no planejamento				

do SUS. O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica.

O Relatório anual de gestão deverá ser inserido no SargSUS, que é uma ferramenta eletrônica desenvolvida pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde em conjunto com o DATASUS, com o objetivo de apoiar os gestores municipais na elaboração e envio do Relatório Anual de Gestão (RAG) ao Conselho de Saúde e pode ser consultado através do endereço eletrônico: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExtemo.action?codUf=13&codTpRel=01>

Certos de que nossas informações cumprem o pedido mencionado, este Departamento coloca-se a disposição para maiores esclarecimentos

Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor

Não há.

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 015.412/2016-4			2778/2016	07/10/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Despesas irregulares referentes às autorizações de procedimentos de média e alta complexidade cobrados a maior e sem comprovação no âmbito da SES/RJ, na execução do programa de dispensação de medicamentos em caráter excepcional				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS)				5005
No que tange ao questionamento específico feito pelo Diretor da SECEX-RJ, a unidade organizacional deste Ministério responsável por realizar os procedimentos de dedução dos valores irregulares apurados pelo DENASUS/SE em Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) e o Fundo Nacional de Saúde (FNS/SE). No referido relatório de auditoria são feitas recomendações a SES/RJ e, embora sejam feitas recomendações de acompanhamento a SCTIE/MS e a SAS/MS, observando-se o teor o acompanhamento de tais recomendações a SES/RJ estão no âmbito de atuação do DAF/SCTIE/MS				
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor				

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 020.693/2015-0	662/2016-TCU-Plenário		0186/2016	26/09/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Irregularidades no piso salarial dos ACS no município de Governador Lindenberg/ES				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS)				46667
Trata-se de Acórdão 662/2016-TCU-Plenário, Sessão de 23/3/2016, proferido no processo TC 020.693/2015-0, oriundo do Tribunal de Contas da União, acerca da denuncia quanto ao não cumprimento da Lei 12.994/2014 que implementou o piso salarial dos Agentes Comunitários de Saúde. Não há haver manifestação específica por parte do Departamento de Atenção Básica sobre o item abordado.				
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor				
Não há.				

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 007.580/2016-9	3405/2016		1841/2016	26/09/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Irregularidades na aplicação de recursos financeiros destinados ao SUS no município de Açailândia/MA				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS)				46667
O Tribunal de Contas da União, por meio da Secretaria de Controle Externo no Estado do Maranhão encaminha para conhecimento, do Acórdão no 34052016-TCU, que trata da representação apresentada pelo serviço de Auditoria do SUS no Maranhão, com base nas constatações financeiras do relatório de Auditoria nº 12055 do DENASUS, realizada na Secretaria de Saúde de Açailândia/MA.				
Em complementação à requisição em comento, informamos que as questões referentes à competência deste Departamento de Atenção Básica foram respondidas a por meio da Nota Técnica, exaurida em 31 de dezembro de 2013				
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor				
Não há.				

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 013.425/2015-3	1788/2016	1.8.2	2520/2016	06/09/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Determinar, nos termos do inciso II do art. 250 do Regimento Interno/TCU, à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, ao Departamento de Gestão Hospitalar (DGH) e ao Hospital Federal Cardoso Fontes que definam e enviem a este Tribunal, no prazo de 30 (trinta) dias, plano de ação, contendo a descrição de atividades, responsáveis e cronograma de implantação de ações solucionadoras visando dar continuidade à obra da subestação da referida unidade hospitalar				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro (DGH/SAS/MS)				88778
Informamos que, após reuniões entre as equipes técnicas dos Serviços de Infraestrutura do DGHMS, do Hospital Federal Cardoso Fontes e a Coordenação Administrativa deste Hospital, a conclusão unânime de todos os envolvidos é a de impossibilidade de continuação e finalização do processo 33407.003892/2010-67, referente à "Reforma da infraestrutura do Hospital Cardoso Fontes", nos termos constantes do contrato celebrado. Cabe esclarecer que o referido processo, no qual está inclusa a reforma da subestação de energia elétrica, contém também diversos outros itens de infraestrutura a serem reformados tais como: redes de gases medicinais, rede de esgotos, rede de água quente entre outros, reformas estas que foram paralisadas em estágios diversos de execução no ano de 2012 pela Portaria MS/Fiocruz nº 83, para fins de verificação dos itens apontados pelo relatório de auditoria da CGU. Em função do prazo decorrido entre a paralisação das obras constantes neste contrato, que influenciam em mudanças não somente em relação à atualização de preços dos serviços a serem ainda prestados, mas também da possível necessidade de atualização tecnológica das tipologias de equipamentos de infraestrutura necessários, julga-se pertinente, tanto técnica quanto administrativamente, o cancelamento do contrato licitado, com a necessária apuração de todas as responsabilidades envolvidas, e a abertura de novos processos licitatórios, por categoria de serviços necessários, a fim de facilitar a habilitação de empresas licitantes, precificar os serviços com base em projetos completos e valores atualizados e planejar as ações a serem realizadas considerando as áreas sob sua influência, uma vez que serviços reais à reforma de infraestrutura, certamente irão atingir o funcionamento de serviços assistenciais, mesmo que somente para interligação de novas redes aos prédios existentes, o que demanda planejamento estratégico das ações a serem executadas e verificação da necessidade de outras ações técnicas não previstas em 2010 e que possam ser necessárias atualmente. O correto levantamento das ações de reforma de infraestrutura, a correta execução de projetos completos de arquitetura e engenharia que irão compor os Projetos Básicos (Termos de referência) e o planejamento de todas as etapas das ações a serem realizadas, são os principais fatores técnicos a serem considerados para propiciar o sucesso na elaboração, contratação e execução das novas contratações, objetivando minimizar os riscos hoje provenientes das obras não finalizadas, bem como fornecer ao hospital melhores condições técnicas para o funcionamento de seus sistemas de infraestrutura. Após elencadas as ações necessárias de serem atualmente projetadas, orçadas e contratadas, foi elaborada a seguinte listagem de ações a serem tomadas, até sua conclusão: Finalização da reforma na subestação: - Foi detectada a necessidade de verificação de todos os serviços que necessitam ser executados para finalização da reforma iniciada. Tanto os Constantes do contrato original quanto outros que possam ser provenientes da necessidade de adequação tecnológica após o período decorrido da paralisação até atualmente. Também deverá ser efetuada verificação e testagem de todos os equipamentos já instalados, a fim de comprovar sua capacidade de funcionamento, uma vez que muitos destes equipamentos não foram ligados/testados após sua instalação no hospital. - Após levantamento criterioso das tarefas a serem desenvolvidas, deverão ser elaborados os projetos (se necessários) e listadas as ações a serem executadas para finalização da reforma. Caso sejam necessários novos projetos, estes deverão ser contratados separadamente da realização da obra, propiciando a correta orçamentação e dimensionamento desta. Caso as ações dependam exclusivamente de verificação/testagem dos equipamentos instalados e de ações que visem somente complementar as instalações existentes, tais verificações deverão ser contratadas de empresas especializadas, com entrega da necessária certificação de responsabilidade técnica. -Foram detectadas também, necessidade de alterações físicas nos ambientes da subestação, o que implica em obra civil				

em áreas tecnicamente perigosas, devendo ser efetuado rigoroso planejamento das ações a serem executadas e da segurança envolvida.

- Somente após definição destas ações (ora em levantamento), será possível elaborar o orçamento para os serviços a serem realizados. A execução do levantamento de preços de mercado, no levantamento de serviços, elaboração de especificações técnicas, orçamentação e acompanhamento dos serviços propostos até a finalização e entrega da obra deverão ser realizados/contratados pela Infraestrutura do HFCF. Os documentos pertinentes ao processo licitatório (exceto técnicos de engenharia /arquitetura) também serão elaborados pela equipe de Licitação do HFCF, conforme combinado.

Complementação da rede de gases medicinais:

- Foi detectada a necessidade de revisão/retestagem dos equipamentos já instalados (rede de vácuo e ar comprimido) por empresa especializada, a fim de verificar seu funcionamento em função do tempo decorrido desde a paralisação da obra.

- É necessária a interligação das redes de gases já Construídas com aquelas já existentes nas edificações, as quais irão alimentar. Importante frisar que as redes internas para as edificações (UPI, pediatria, emergência) necessitarão de atualização/adaptação às normas vigentes, sendo necessária a elaboração de projetos para distribuição destas redes de gases medicinais no interior dos edifícios.

- Este projeto, especificamente, deverá ser contratado separadamente, para posterior orçamentação. Devem ser feitos o levantamento de serviços, elaboração de especificações técnicas, orçamentação e acompanhamento dos serviços propostos até a finalização e entrega da obra. Estes serviços deverão ser executados/contratados pelo serviço de infraestrutura/engenharia do HFCF. Os documentos pertinentes ao processo licitatório (exceto técnicos de engenharia arquitetura) serão elaborados pela equipe de Licitação do HFCF.

Rede de água quente:

- É necessária a execução das tubulações, desde Os boilers já instalados, até a rede interna do prédio da emergência, para utilização geral. Novamente, estes equipamentos necessitarão de revisão/retestagem por empresa especializada, a fim de verificar seu funcionamento em função do tempo decorrido desde a paralisação da obra.

- É necessária também adequação física da área onde foram instalados os boilers, que serão alimentados a gás, a fim de atender às normas de segurança estabelecidas pela concessionária (CEG) quanto à segurança e ventilação.

- Importante frisar que a configuração das enfermarias existentes nesta edificação não é satisfatória, possuindo banheiros centralizados no corredor central, o que expõe os pacientes que necessitem usá-los, bem como dificulta seu uso por aqueles com menor capacidade de mobilidade. Será necessária a elaboração de projeto para distribuição da rede de água quente no interior da edificação, bem como para readequação das enfermarias/sanitários, à legislação pertinente. Somente após elaboração e aprovação dos projetos, estes poderão ser orçados para licitação, nos mesmos moldes que os demais.

Reforma e interligação da rede de esgoto sanitário:

- Deverá ser conferido o projeto contratado anteriormente, a fim de reorçamentação e licitação da obra necessária. Frise-se que este projeto já foi contratado e pago pelo HFCF anteriormente, sendo passível de utilização pelo hospital para os fins a que se destina.

- O processo de orçamentação e licitação correrá nos mesmos moldes que os anteriormente mencionados.

Finalização da rede de gás GLP:

- Foi detectado que as instalações para a rede de gás GLP deverá ser redimensionada, desde o prédio da UPI até a Central de entrada/fornecimento pela concessionária, uma vez que esta solicitou a mudança do diâmetro da tubulação para 4". Este projeto pode ser contratado em conjunto com os referentes à rede de gases medicinais, podendo também ser licitados conjuntamente.

O Reforma dos telhados:

- Os telhados dos prédios da administração, pediatria e UPE necessitam de revisão/alteração urgente, uma vez que existem constantes vazamentos nestas edificações, provenientes de sistemas pluviais com dimensões que não atendem à demanda de água de chuvas, problemas com inclinações de águas dos telhados e problemas referentes à proteção mecânica,

- Será necessária elaboração de projetos diferentes para cada prédio, com novo dimensionamento de telhado, calhas e redes de águas pluviais. Será necessária a contratação de projetos específicos de arquitetura, de detalhamento e de engenharia, a fim de dar base à correta orçamentação e licitação posteriores, nos mesmos moldes já mencionados para os demais projetos

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 032.883/2015-3	8697/2016 – TCU 2ª Câmara	1.7.1	2185/2016	06/09/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
1.7.1.1. observe as disposições da Portaria Interministerial n. 507/2011, abstendo-se de efetuar repasses fundo a fundo para construção e reforma de Unidades Básica de Saúde (UBS); 1.7.1.2. proceda à análise da documentação relacionada com as irregularidades noticiadas nestes autos, observando as disposições da Portaria Interministerial n. 507/2011, adotando medidas necessárias a salvaguardar os recursos federais empregados na construção de unidade básica de saúde (UBS) no bairro Santo Antônio, município de Manicoré/AM, inclusive instaurando tomada de contas especial, se cabível, e informe a este Tribunal, no prazo de 90 (noventa) dias, a contar da ciência desta deliberação, as medidas adotadas				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS)				46667
Informamos que o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde - Requalifica UBS, é uma das estratégias do Ministério da Saúde - MS para a estruturação e o fortalecimento da Atenção Básica. O programa tem como objetivo incentivo financeiro para ampliar, construir e reformar Unidade Básica de Saúde - UBS, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde, promovendo melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. As propostas de Construção de Unidade Básica de Saúde contempladas no Programa de Requalificação de UBS foram redefinidas pela Portaria nº 340, de 04/03/2013. Referente à proposta nº 13583393000113002, de Construção de UBS no Bairro Santo Antônio, conforme os registros constantes no Sistema de Monitoramento de Obras - SISMOB foram repassados os recursos referentes a primeira e segunda parcelas. A mesma teve o prazo de conclusão expirado em 29/02/2016, conforme disposto na Portaria nº 2.804, de 18/12/2014. Para as obras que estão com o prazo de conclusão expirado, de acordo com o Acórdão nº 1426/2015-TCU-Plenário, “é possível conceder a prorrogação do prazo para conclusões de obras, desde que não seja concedida de forma genérica e imotivada”. O município foi notificado para justificar quanto ao não cumprimento do prazo de conclusão. O mesmo inseriu as justificativas e recebeu parecer favorável para prorrogação de 4 (quatro) meses para conclusão da obra, contados a partir de 14/06/2016, data do parecer favorável. Em 09/09/2016 o município encaminhou, via SISMOB, o Atestado de Conclusão, o ofício de encaminhamento a CIB e as fotos da obra concluída, documentos anexos, solicitando pagamento da terceira e última parcela da obra de construção. Os repasses das propostas do Requalifica UBS são regulamentados pela Portaria no 204/GM/MS, de 29/01/2007, que dispõe sobre o financiamento e a transferência dos incentivos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento. Essas transferências realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde para o município são depositadas diretamente em instituições financeiras federais sob a titularidade do Fundo Municipal de Saúde, em cumprimento ao dispõe as Leis 8.08/1990, 8.142/1990, Lei Complementar 141/2012, Decreto 7.507/2011 e demais legislações do Sistema Único de Saúde. Cabe ressaltar que a Portaria Interministerial no 507/2011, citada no Ofício nº 2185/2016TCU/SECEX-AM, regula os convênios, os contratos de repasse e os termos de cooperação celebrados pelos órgãos e entidades da Administração Pública Federal com órgãos ou entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos para a execução de programas, projetos e atividades de interesse recíproco, que envolvam a transferência de recursos financeiros oriundos do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União. Portanto, a proposta em questão não se enquadra na Portaria acima mencionada por se tratar de um repasse fundo a fundo. Referente à prestação de contas da transferência fundo a fundo é formalizada por meio do Relatório Anual de Gestão - RAG, conforme estabelecido no inciso IV, art. 4º da Lei 8.142/1990, e Portaria GM/MS 2.135/2013, de acordo com o que regulamenta o art. 6º do Decreto 1.651/1995, e em cumprimento ao disposto na Seção III do Capítulo IV da Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012. No âmbito do SUS, a aprovação das prestações de contas dos recursos transferidos na modalidade Fundo a Fundo é de competência do Conselho de Saúde, estadual ou municipal, conforme se trate de recursos transferidos para Estados e Municípios, cabendo-lhes, portanto, apreciar e aprovar o Plano Municipal de Saúde e Relatório Anual de Gestão, instrumentos que, obrigatoriamente, devem ser elaborados no Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão - SARGSUS, nos termos da Portaria GM/MS 2.135/2013.				

Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor	
Não há.	
Unidade Jurisdicionada	
Denominação Completa	Código SIORG

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 007.788/2016-9			2048/2016	16/09/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Investigação sobre a transferência dos atendimentos do SUS do Hospital SOTE para o Instituto Viver em Juazeiro/BA				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social em Saúde (DCEBAS/SAS/MS)				111162
No âmbito de competência deste Departamento, informamos que relativamente ao Instituto Viver - Roberto Bastos de Alencar - Juazeiro/BA – CNPJ no 10.326.384/0001-90, consultando o nosso Sistema SISCEBAS, verificamos que aludida entidade encontra-se certificada, conforme se pode constatar pela Portaria nº 495, de 12 de junho de 2015, publicada no DOU de 16.06.2015, cuja certificação encontra-se válida em até 15 de junho de 2018, conforme parágrafo único da aludida portaria. Relativamente ao Hospital SOTE - Serviço de Ortopedia e Traumatologia Especializada Ltda - CNPJ 13.971.890/0001-20, não localizamos nos nossos arquivos processo de certificação relativo a esta Entidade, muito embora possa se verificar que a mesma presta serviços ao SUS e está registrada no CNES. Em princípio, no âmbito de competência da atuação deste Departamento, são estas as informações que ora apresentamos, fazendo acompanhar deste expediente, os dados relativos as instituições citadas. Não obstante, encaminharemos para a área de supervisão a presente demanda do Egrégio Tribunal para que se possa, no campo de atuação e no âmbito de competência do DCEBAS, dar início a verificação, no período que se possa apurar, da presença e permanência dos requisitos exigidos em lei para a concessão do Certificado no que toca ao Instituto Viver, visto que este possui a Certificação. Seguem como mencionado, em anexo, o Parecer e Portaria que embasaram a certificação do Instituto Viver, bem como para efeitos de comprovação de produção de serviços ao SUS, elementos que demonstram esta ação por parte das duas entidades, a SOTE e o Instituto Viver.				
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor				
Não há.				

Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 008.964/2016-5	182/2017	1.6	2049/2016	16/09/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Encaminhar cópia da peça 1 do processo ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, com vistas a subsidiar o exercício, por esse órgão, na qualidade de contratante, das competências de fiscalização originária dos recursos por ele transferidos mediante a execução do Contrato de Repasse 0313910-26/2009/Caixa Econômica Federal (SIAFI 714722), celebrado entre a Prefeitura de Alvinlândia/SP e a União, cujo objeto foi a construção de uma Unidade Básica de Saúde, realizada com recursos federais e estaduais.				
Sector Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS)				46667
O presente documento refere-se ao Contrato de Repasse nº 0313910-26/2009 celebrado entre o Ministério da Saúde representado pela Caixa Econômica Federal e a Prefeitura Municipal de Alvinlândia/SP. Tem como objeto Construção de Unidade de Atenção Básica de Saúde no município de Alvinlândia/SP. Por meio do recurso de Emenda parlamentar nº 25220013, cadastrado na ação 8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde. O valor aprovado do Contrato é R\$ 243.750,00, sendo R\$ 243.750,00 da Contratante e R\$ 26.257,73 do Contratado. Quanto à solicitação supracitada este Ministério informa que de acordo com o: MANUAL DE INSTRUÇÕES, DIRETRIZES E PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PARA CONTRATAÇÃO E EXECUÇÃO DE PROGRAMAS E AÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (2012, p. 15): 7.2. Caixa Econômica Federal e) proceder ao acompanhamento contínuo da execução das obras e serviços objeto das contratações efetuadas, por meio de inspeções das obras realizadas e aferir medições atestadas pelo Contratado, inclusive os derivados da aplicação da contrapartida quando pactuada, bem como controlar os prazos de vigência dos Contratos de Repasse, analisar e formalizar as eventuais reprogramações contratuais e/ou Plano de Trabalho que venham a se fazer necessárias, observado o contido na Subcláusula Terceira da Cláusula Terceira, do Contrato Administrativo nº 001, de 27.06.2008, firmado pelo MINISTÉRIO e pela CAIXA.				
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor				
Não há.				

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 023.410/2016-7	2057/2016 Plenário			01/09/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Solicitação do Congresso Nacional a respeito da possibilidade de celebração de contratos de gestão com organizações sociais por entes públicos na área de saúde, e da forma de contabilização dos pagamentos a título de fomento nos limites de gastos de pessoal previstos na Lei de Responsabilidade Fiscal.				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS)				5005
Trata-se do Aviso nº 714/2016, oriundo do Tribunal de Contas da União, por meio do qual se encaminha para conhecimento o Acórdão nº 2057/2016- TCU-Plenário, que julgou o TC nº 023.410/2016-7, sobre a contratação de Organização Social para gestão da saúde. Observa-se que o Plenário daquela corte entendeu pela constitucionalidade do ato. Esta Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação (CGR/DRAC) tomou conhecimento do teor do Acórdão e não identificou necessidade de manifestação.				
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo				

Gestor
Não há.

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 029.612/2014-4	8755/2016	1.7.2	0927/2016	25/8/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Irregularidades referentes a descontos no Teto do Fundo Municipal de Saúde, no município de Natal/RN, decorrentes de empréstimos firmados por prestadores				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS)				5005
O Acórdão 8755/2016/TCU-Segunda Câmara apreciou o processo de representação TC 029.612/2014-4, que trata de indícios de irregularidade no Teto MAC do Município de Natal. Os Ministros do TCU determinaram o arquivamento do processo porque entenderam cumpridas as determinações do subitem 1.7.2 do Acórdão 11.018/2015/TCU/Segunda Câmara.				
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor				
Não há.				

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 000.167/2014-2	7433/2016	9.7	84/2016 - TCU-2ª Câmara	11/07/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Determinar, em relação à mistura de recursos próprios com os do aludido bloco de financiamento, na mesma conta, para a realização de gastos efetivos com o pessoal na Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, que o Ministério da Saúde adote as providências cabíveis para a elucidação da questão, aí incluída a eventual instauração de tomada de contas especial, informando o TCU sobre o resultado das medidas adotadas no prazo de até 120 (cento e vinte) dias.				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS)				5005
Trata-se do Aviso n. 84-Seses-TCU-2 Câmara, dirigido ao Ministério da Saúde, no qual o Tribunal de Contas da União — TCU encaminha cópia do Acórdão n. 7433/2016, proferido pela 2º Câmara dessa Corte, acompanhado do Relatório e do Voto que o fundamenta, para que sejam tomadas as providências cabíveis. Consta do referido Acórdão determinação ao Ministério da Saúde para que adote as providências cabíveis quanto às irregularidades praticadas pelo Município de Camocim/CE, envolvendo recursos do Bloco de Financiamento da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC, na gestão municipal 2008-2012. Segundo o TCU, o ex-prefeito e parte de seu secretariado transferiram os recursos da conta corrente específica do Bloco MAC para outras contas do Município de Camocim; misturaram recursos do MAC com recursos próprios e a partir dessas contas foram realizadas despesas com vários fornecedores e com pessoal - pagamento de salário família, salário maternidade, pensão alimentícia, empréstimo de funcionários, entre outros. A Portaria 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, admite despesa de pessoal, desde que relacionada diretamente a pessoal que lida exclusivamente com o bloco de financiamento em questão. Entretanto, a mistura de recursos inviabiliza a aferição de gastos efetivos com pessoal exclusivo de MAC e, segundo o TCU, a citação dos responsáveis. Não obstante esse fato, o inciso 2º do artigo 12 da Lei Complementar n. 141, de 12 de janeiro de 2012, determina que os recursos da União para saúde sejam transferidos aos demais entes da Federação e movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial federal. Está caracterizado o desvio da legalidade. Nesse contexto, o DRAC informa que não identificou nenhuma providência a ser tomada que corrobore a determinação do TCU, em função das irregularidades praticadas pelo Município de Camocim/CE. Informamos que o financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde. A participação dos recursos federais no financiamento do Sistema se dá com base na Portaria GM/MS nº 204 de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais aos estados e municípios, na forma de seis blocos de financiamento a saber: Atenção Básica; Média e Alta Complexidade; Vigilância Sanitária; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS e Investimentos na rede de serviços. Os recursos referentes aos Blocos de Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Gestão do SUS e Assistência Farmacêutica não poderão ser utilizados para o pagamento de: I - servidores inativos; II - servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde; III - gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde; IV - pagamento de honorários/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro de próprio município ou do estado; e				

V - obras de construções novas, exceto as que se referem a reformas e adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

Conforme a Lei Complementar nº 141/2012, os recursos da União serão transferidos aos demais entes da Federação e movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial federal.

A movimentação destes recursos deve realizar-se, exclusivamente, mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor.

Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor

Não há.

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 000.167/2014-2	7433/2016	9.7	84/2016 - TCU-2ª Câmara	11/07/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Determinar, em relação à mistura de recursos próprios com os do aludido bloco de financiamento, na mesma conta, para a realização de gastos efetivos com o pessoal na Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, que o Ministério da Saúde adote as providências cabíveis para a elucidação da questão, aí incluída a eventual instauração de tomada de contas especial, informando o TCU sobre o resultado das medidas adotadas no prazo de até 120 (cento e vinte) dias.				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES/SAS/MS)				46674
Segundo Relatório, a Prefeita do Município de Camocim/CE, a Senhora Mônica Gomes Aguiar, por meio do procurador do município Senhor Zenilson Brito Veras Coelho, formulou representação sobre possíveis irregularidades praticadas pelo ex-prefeito municipal, Senhor Francisco Maciel de Oliveira (gestão:2008/2012), e os ex-secretários municipais, Senhor Fabio Silva Sipaúba (secretário de Educação) e Senhoras Rosa Helena Fontenelle Vieira Rodrigues (secretária do Desenvolvimento Social) e Iracema Gonçalves Araújo Oliveira (secretária de Saúde). As irregularidades apontadas no Relatório do TCU no âmbito da Secretaria de Saúde municipal consistem, nas seguintes: item 5.2. Saúde: em setembro de 2012 (período eleitoral) os recursos do bloco de financiamento Atenção de Média e Alta Complexidade foram transferidas para as contas dos recursos próprios da saúde do Município, com a finalidade de pagar a folha de servidores, bem como vários fornecedores, prejudicando assim os verdadeiros beneficiários deste recurso. Em consequência os destinatários do recurso da média e alta complexidade ficaram com um mês de atraso no pagamento pelos serviços prestados; no exame técnico item 10.2. as transferências online, ocorridas no décimo dia dos meses de julho a dezembro de 2012, da conta corrente 22644-0 FMS-CAMOCIM-FNS BLMAC (recursos referentes à “Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar”), agência 39-6 do Banco do Brasil, para a Conta Corrente 22.86.1 FMS CAMOCIM FUS, da mesma agência, esclarecendo se tais recursos foram aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Portaria 204/GM/2007); A concretização do SUS, consoante o disposto na Constituição da República, é de responsabilidade dos três entes da federação. A Lei Maior estatui que o SUS perfaz um sistema único, organizado como uma rede regionalizada e hierarquizada, sendo o princípio da descentralização uma diretriz dos serviços públicos de saúde (artigo 198). A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) possui disposição neste sentido: “Art. 7o As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: (...) IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;” A descentralização do sistema ocorre com ênfase na municipalização (princípio do SUS, inc IX, art 7º, da Lei 8.080/90, supratranscrito). A Lei atribuiu aos Municípios responsabilidade pela execução e prestação direta dos serviços de saúde (art. 18, incisos I, IV e V, da Lei n.º 8.080/90). Isso compatibiliza o sistema com o estabelecido pela Constituição no seu artigo 30, VII: "Compete aos Municípios (...) prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população". Destaca-se que uma das competências do Ministério da Saúde é “promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os municípios, dos serviços e das ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal” (incs. XV, do art. 16). Do mesmo modo, entre as competências das Secretarias Estaduais de Saúde, encontra-se: “promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde” (art. 17, inc.)				

Relatório de Gestão da SAS – 2016

Página 482

Com o escopo de permitir a descentralização do Sistema, torna-se necessária a transferência de recursos federais em blocos de financiamento aos Estados e Municípios, uma vez que o financiamento do SUS possui, como

fonte conjunta, recursos dos orçamentos dos três entes federados.

É mister ressaltar que os atos normativos infralegais que tratam da transferência dos recursos federais em blocos de financiamento são adotados por decisão baseada em consenso dos gestores: representantes dos Municípios, dos Estados, do Distrito federal e da União. Não há que se falar, portanto, em imposição dos atos da União sobre os demais entes.

A regulamentação do financiamento e da transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde é feita, primordialmente, pela Portaria nº 204 de 29 de janeiro de 2007, a qual estatui que os recursos serão transferidos na forma de blocos de financiamento. Estes, por sua vez, são constituídos por componentes, conforme as especificidades das ações e dos serviços de saúde pactuados.

O financiamento da União para o Sistema Único de Saúde (SUS) através de blocos de financiamento visa a possibilitar que Municípios, Estados e o Distrito Federal assumam a responsabilidade gerencial, sendo os recursos que compõem os blocos transferidos do fundo federal para o fundo estadual e municipal, em conta única e específica para cada bloco de financiamento. Assim, estabelece o art. 4º da referida Portaria:

“Art. 4º Estabelecer os seguintes blocos de financiamento:

- I- Atenção Básica
- II- Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- III- Vigilância em Saúde;
- IV- Assistência Farmacêutica
- V- Gestão do SUS.”
- VI- Investimentos.

As ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar são financiadas pelo Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade, previsto no inciso II, supracitado, o qual subdivide-se em 2 componentes. São eles:

“Art. 13. O Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial Hospitalar será constituído por dois componentes: I- Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. MAC; e. II- Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação FAEC. Os incentivos transferidos mensalmente serão custeadas especificamente pelo Componente Limite Financeiro em Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar-MAC (genericamente chamado de Teto MAC) dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

O valor do Teto MAC é estabelecido pela Comissão Intergestores Bipartite -CIB, constituindo esta uma Instância de Pactuação entre o Estado e o Município referente aos serviços que serão prestados à população dentro dos limites territoriais respectivos. Resta claro, portanto, que não há qualquer ingerência da União quanto às deliberações da CIB, de forma que o valor do Teto MAC resulta de pactuação na qual a União não interfere e pela qual não se responsabiliza.

Procura-se, através dos blocos de financiamento, conferir maior flexibilidade ao gestor local na condução da política pública regional, pois as verbas repassadas a título de teto MAC não estão vinculadas, de forma imediata, aos valores dos serviços efetivamente prestados pelos estabelecimentos públicos ou credenciados ao SUS.

Com o fito de prestar assistência à população local que necessite dos procedimentos classificados como de Média e Alta Complexidade, as Secretarias de Estado de Saúde realizam um planejamento regional hierarquizado para formar a Rede Estadual ou Regional de Atenção em Média e Alta Complexidade. Nesse mesmo sentido, a Secretaria Municipal de Saúde, em se tratando de Município com gestão plena, deve igualmente estabelecer um planejamento municipal ou regional hierarquizado para formar a Rede Municipal ou Regional em Média e Alta Complexidade, objetivando prestar assistência à população local necessitada.

Os procedimentos de média e alta complexidade não são realizados pelo Ministério da Saúde, mas sim por meio dos gestores locais. Neste bloco de financiamento, a União assume o papel de definir as políticas públicas e repassar regularmente os valores definidos no limite financeiro dos Estados e Municípios com gestão plena, isto é, aqueles que pactuaram que irão oferecer os Serviços neste bloco de atenção. Uma vez transferidos os recursos pela União, esta se desonera da Sua obrigação e qualquer falha quanto ao gerenciamento da rede de atenção deve ser imputada ao Estado ou Município faltante. Visto que o numerário foi repassado e cabia a estes entes fazerem a gerência.

No que tange às políticas públicas pertinentes à saúde da pessoa com deficiência, a Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência/CGSPD/DAPES/SAS/MS, informa que não houveram repasses financeiros, no período de 2008 a 2012, ao Município de Camocim/CE, por meio do Programa Viver Sem Limites, no Bloco Alta e Média Complexidade.

Neste sentido entendendo que não é de competência das Coordenações Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Saúde da Criança e Aleitamento Materno e Saúde da Pessoa com Deficiência e sugerimos o encaminhamento ao Departamento Nacional de auditoria do Sistema Único de Saúde – DENASUS a determinação contida no item 9.7 do Acórdão no 7433/2016 –TCU – SEGUNDA CÂMARA, em síntese que o Ministério da Saúde adote as providências cabíveis para a elucidação da questão, incluída a eventual instauração de tomada de contas especial

Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor
Não há.

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Unidade Jurisdicionada				
Processo	Acórdão	Item	Expedida	Data da ciência
TC 002.088/2009-2	2478/2015		0453/2016	03/08/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Informações acerca da implantação, do funcionamento e dos resultados do Sistema INFOSAS.				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS)				5005
Sobre o assunto temos a informar que nos dias 18 e 19 de agosto de 2015, o Ministério da Saúde por meio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, promoveu em Brasília/DF, Oficinas Regionais de Regulação, Avaliação e Controle no Sistema Único de Saúde-SUS, tendo como foco a apresentação e discussão do diagnóstico da capacidade de Planejamento, Programação, Regulação, Controle e Avaliação do SUS nos estados e ações estratégicas para a sua qualificação. Na ocasião do evento, que contou com a participação de representantes dos estados e das capitais, foi apresentado e discutido o InfoSAS, sistema de mineração de dados que tem por objetivo a detecção automática de desvios de séries históricas e de outras anomalias, entendida aqui como conjunto de dados/informações que destoam das demais, seja por fraudes ou erros de processo na produção de dados. O InfoSAS buscou nos sistemas de informações utilizados pelo SUS, em especial no Sistema de Informações Ambulatoriais-SIA e Sistema de Informações Hospitalares-SIH, dados que fogem de padrões definidos, para transformá-los em informações para o controle. Ele utiliza técnicas de mineração de dados, sinaliza através de alertas e produz relatórios das inconsistências, anomalias e tendências verificadas nesses dados. Os alertas podem ser produzidos por eventos sem qualquer irregularidade, como a transferência de serviços de um prestador para outro, a inclusão de novos prestadores ou de novos serviços ou a realização de mutirões. Por isto vale ressaltar que ele é um sistema de alertas de anomalias e não um sistema de alertas de fraudes. Todas as anomalias identificadas devem ser cuidadosamente analisadas, antes de qualquer conclusão ou providência. A mineração dos dados se dá exclusivamente com os bancos de dados que têm registro de procedência dos pacientes dos sistemas SIH/SUS, SIA/SUS (Autorização para Procedimentos de Alto Custo-APAC e Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado-BPAI). Os demais procedimentos do SIA/SUS (Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado-BPAC) não foram trabalhados nesta fase do INFOSAS. Portanto, somente procedimentos com registro individualizado do município de residência do usuário estão válidos para mineração. O InfoSAS considera “ALVO” o que se procura conhecer. No caso deste sistema um alvo pode ser um procedimento ou um conjunto de procedimentos das tabelas do SUS. Os alvos são escolhas e podem ser alterados com o aprofundamento das análises. Todos os procedimentos da tabela com registro individualizado encontram-se vinculados a um alvo. O projeto em desenvolvimento, é fruto da parceria entre o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas/SAS/MS e o Departamento de Ciências da Computação/DCC da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG e sua conclusão está prevista ainda para o exercício de 2016, quando será articulado com o Departamento de Informática do SUS/DATASUS a sua internalização e posterior disponibilização da ferramenta a todos os gestores do Sistema Único de Saúde. A parceria entre o DRAC e o DCC contempla ainda um treinamento visando capacitar profissionais de saúde (equipes de controle e avaliação dos estados e municípios), quanto as técnicas de manejo da ferramenta, bem como a elaboração e divulgação de manual para navegação do sistema e melhor entendimento na análise de resultados.				
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor				
Não há.				

Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 009.848/2015-0	2259/2016		0883/2016	16/06/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Irregularidades na utilização dos recursos do SUS, exercícios 2013 e 2014 no município de Envira/AM				
Sector Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS)				46667
Em atendimento a presente demanda, este Departamento de Atenção Básica (DAB) junta demonstrativo extraído do Fundo Nacional de Saúde, pelo site www.fns.gov.br, com os valores dos incentivos financeiros repassados ao município de Envira - AM nos anos de 2013/2014 relativos à Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. Informamos ainda que este DAB emitiu Nota Técnica S/Nº datada de 11 de setembro de 2014, bem como se manifestou também através de Nota Técnica no 20/16 de 12 de janeiro de 2016, conforme cópias em anexo, exaurindo todas as ações finalísticas de nossa competência. A título de informação complementar, informamos que no âmbito municipal a gestão do SUS está sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, tendo ainda, o Conselho Municipal de Saúde como o órgão fiscalizador da execução da política municipal de saúde. Seguindo tal premissa, o Ministério da Saúde garante o repasse dos recursos de incentivos - PAB variável - aos municípios que implantam o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e as equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). É de responsabilidade da respectiva Secretaria Estadual de Saúde responsabilizar-se junto ao Ministério da Saúde para analisar e consolidar as informações enviadas pelo município referentes à implantação e ao funcionamento das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS, enviando mensalmente o consolidado das informações encaminhadas pelos municípios, autorizando a transferência dos incentivos financeiros federais e responsabilizando-se pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo da Saúde da Família transferidos aos municípios no território estadual. Os municípios passam a fazer jus ao recebimento do incentivo usualmente no mês de competência financeira seguinte ao cadastramento das Equipes de Saúde da Família responsáveis pelo atendimento dessas populações específicas no sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de ACS, registrados no CNES, na respectiva competência financeira. É repassada ainda uma parcela extra, no último trimestre de cada ano, cujo valor será calculado com base no número de ACS, registrados no CNES, no mês de agosto do ano vigente. Os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde Bucal implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) registrados no CNES, na respectiva competência financeira. Farão jus ao recebimento dos incentivos financeiros referentes a Equipes de Saúde Bucal (ESB), quantas equipes estiverem implantadas no CNES, desde que não ultrapassem o número existente de Equipes de Saúde da Família, e considerem a lógica de organização da Atenção Básica - Saúde da Família. O número máximo de equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de ACS a serem financiadas pelo Ministério da Saúde, a cada ano, é definido em portaria específica, respeitando-se os limites orçamentários. Os requisitos mínimos para a manutenção da transferência do PAB são aqueles definidos pela legislação federal do SUS. O Plano de Saúde municipal ou do Distrito Federal, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde e atualizado a cada ano, deve especificar a proposta de organização da Atenção Básica e explicitar como serão utilizados os recursos do Bloco da Atenção Básica. Os municípios e o Distrito Federal devem manter a guarda desses Planos por no mínimo 10 anos, para fins de avaliação, monitoramento e auditoria. O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica, e deverá ser apresentado anualmente para apreciação e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde. Os valores do PAB fixo são corrigidos anualmente mediante cumprimento de metas pactuadas para indicadores da Atenção Básica. Excepcionalmente o não alcance de metas poderá ser avaliado e justificado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pelo Ministério da Saúde de maneira a garantir esta correção.				

O número de equipes que podem ser cadastradas em um estabelecimento de saúde vai depender da estrutura e dos recursos da Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde. A unidade em questão precisará estar dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família e possuir minimamente as características já acima abordadas.

Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor

Não há.

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 035.021/2015-2	2940/2016		1174/2016	08/06/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Irregularidades na ampliação do posto de saúde PSF IV no município de Miguelópolis/SP				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS)				46667
O Departamento de Atenção Básica - DAB/SAS/MS, em atenção ao Ofício 1174/2016-TCU/SECEX-SP, oriundo do Tribunal de Contas da União, presta informações necessárias sobre a obra de Ampliação de Unidade Básica de Saúde do Programa Requalifica UBS, município de Miguelópolis/SP. O Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde - Requalifica UBS, é uma das estratégias do Ministério da Saúde - MS para a estruturação e o fortalecimento da Atenção Básica. O programa tem como objetivo incentivo financeiro para ampliar, construir e reformar Unidades Básicas de Saúde - UBS, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde, promovendo melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. As propostas de ampliação, construção e reforma das Unidades Básicas de Saúde contempladas no Programa de Requalificação de UBS foram redefinidas respectivamente pela Portaria nº 339, 340 e 341, de 04/03/2013. Os repasses foram realizados diretamente para o Fundo Municipal de Saúde de Itapissuma - CNPJ 11.370.993/0001-00, por meio das contas informadas no sítio eletrônico www.fns.saude.gov.br, no item "Consulta de Pagamento Detalhada". Informamos que a referida proposta teve o prazo de conclusão expirado em 29/02/2016, conforme disposto na Portaria nº 2.804, de 18/12/2014. Para as obras que estão com o prazo de conclusão expirado, de acordo com o Acórdão nº 1426/2015-TCU-Plenário, "é possível conceder a prorrogação do prazo para conclusões de obras, desde que não seja concedida de forma genérica e imotivada". Diante disto, o Ministério da Saúde notificou o município, nos dias 03/03/2016 e 04/05/2016, solicitando justificativas quanto ao não cumprimento dos prazos de conclusões das obras. O município não solicitou a prorrogação de prazo, foi realizado contato telefônico com o Sr. Helder no dia 27/06/2016. Mesmo após contato telefônico o município não solicitou prorrogação de prazo. O prazo para a solicitação de prorrogação encerrou no dia 06/07/2016, mesmo após contato telefônico o município não enviou a justificativa para a mesma, com isso as propostas citadas estão em processo de cancelamento, com posterior devolução dos recursos já repassados. De acordo com o art. 9º da Lei nº 8.080, de 19/09/1990, a gestão do Fundo Municipal de Saúde é exercida pelo Secretário Municipal de Saúde, que é responsável pela execução dos recursos alocados no Fundo Municipal. A prestação de contas da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal (transferência fundo a fundo) é formalizada por meio do Relatório Anual de Gestão - RAG, conforme estabelecido no inciso IV, art. 4º da Lei 8.142/1990, e Portaria GM/MS 2.135/2013, de acordo com o que regulamenta o art. 6º do Decreto 1.651/1995, e em cumprimento ao disposto na Seção III do Capítulo IV da Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012. No âmbito do SUS, a aprovação das prestações de contas dos recursos transferidos na modalidade Fundo a Fundo é de competência do Conselho de Saúde, estadual ou municipal, conforme se trate de recursos transferidos para Estados e Municípios, cabendo-lhes, portanto, apreciar e aprovar o Plano Municipal de Saúde e Relatório Anual de Gestão, instrumentos que, obrigatoriamente, devem ser elaborados no Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão - SARGSUS, nos termos da Portaria GM/MS 2135/2013. O Tribunal de Contas da União tem acesso às informações de contratação, pagamento, percentual de execução e imagens das obras do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, constantes no Sistema de Monitoramento de Obras - SISMOB. As devidas solicitações de acesso deverão ser encaminhadas ao Ministro da Saúde ou Secretário Executivo.				
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor				
Não há.				

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 004.926/2015-3	608/2016		0252/2016	22/02/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Irregularidades na obra de reforma do prédio da policlínica do município de Jaú/SP				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS)				46667
Informamos que o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde - Requalifica UBS, é uma das estratégias do Ministério da Saúde - MS para a estruturação e o fortalecimento da Atenção Básica. O programa tem como objetivo incentivo financeiro para ampliar, construir e reformar Unidade Básica de Saúde - UBS, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde, promovendo melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. As propostas de Reforma de Unidade Básica de Saúde contempladas no Programa de Requalificação de UBS foram redefinidas pela Portaria nº 341, de 04/03/2013. Os repasses foram realizados diretamente para o Fundo Municipal de Saúde – CNPJ 46.195.079/0005-98, por meio da conta informada no quadro a seguir, constante no sítio eletrônico www.fns.saude.gov.br, no item “Consulta de Pagamento Detalhada”. O município informou no Sistema de Monitoramento de Obras – SISMOB que a obra encontra-se concluída desde 02/02/2015. A prestação de contas da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal (transferência fundo a fundo) é formalizada por meio do Relatório Anual de Gestão – RAG, conforme estabelecido no inciso IV, art. 4º da Lei 8.142/1990, e Portaria GM/MS 2.135/2013, de acordo com o que regulamenta o art. 6º do Decreto 1.651/1995, e em cumprimento ao disposto na Seção III do Capítulo IV da Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012. Informamos que o Tribunal de Contas da União tem acesso às informações de contratação, pagamento, percentual de execução e imagens das obras do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, constantes no Sistema de Monitoramento de Obras - SISMOB. As devidas solicitações de acesso deverão ser encaminhadas ao Ministro da Saúde ou Secretário Executivo.				
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor				
Não há.				

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 033.203/2014-8	818/2016	1.6	0235/2016	28/04/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Dar ciência à Secretaria de Atenção à Saúde que as informações até então prestadas ao Tribunal não atendem ao recomendado nos itens 9.1.2, 9.1.7 e 9.3.1 do Acórdão 247/2010-TCU/Plenário.				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS)				5003
Considerando as recomendações feitas pelo TCU, em seu Acórdão 818/2016 e a fim de qualificar as propostas relacionadas à oncologia, e especificamente às propostas que contenham mamógrafos entre os objetos pleiteados, esta Coordenação elaborou o memorando nº 151, de 22 de julho de 2014 (Anexo 1), contendo todas as exigências e critérios para avaliação e análise desse tipo de proposta. Este memorando foi encaminhado ao Núcleo de Convênios do DAET, área responsável pela elaboração de parecer de mérito das propostas. Nesse documento estão colocados critérios de atendimento obrigatório para aquisição de mamógrafo como: • Regularidade do estabelecimento no Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); • Comprovante de Regularidade da Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS-SAUDE); • Adequação das instalações físicas do estabelecimento que receberá o equipamento, ou projeto de construção, reforma ou adaptação com data estabelecida até no máximo 12 meses; • Capacidade de o estabelecimento prestar serviços de mamografia, levando em consideração a quantidade e capacitação de profissionais existentes - comprovados por meio do cadastro no SCNES (médicos radiologista e/ou mastologista e técnico em radiologia), a possibilidade de contratação destes profissionais, a quantidade de casos novos de câncer de mama na região, a população dentro da faixa de rastreamento, bem como a forma pela qual se dará a emissão de laudos (por profissionais da unidade, em centrais de laudo ou por serviço terceirizado); • Atendimento do parâmetro populacional para o equipamento de mamografia (1/240.000 habitantes). • Constatação, em relação aos locais que já possuem mamógrafos simples, de vazios assistenciais e da produção de mamografia, verificando se os mesmos estão produzindo de acordo com a capacidade mínima recomendada pelo INCA/MS (6.758 mamografias/ano - mamógrafo simples), garantia da informação por meio do SISCAN e participação no Programa Nacional de Qualificação da Mamografia (PNQM); Caso a proposta tenha sido elaborada para fins de substituição do equipamento, exige-Se: • Regularidade do estabelecimento no Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); • Comprovante de Regularidade da Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS-SAUDE); • Adequação das instalações físicas do estabelecimento que receberá o equipamento, ou projeto de construção, reforma ou adaptação com data estabelecida até no máximo 12 meses; • Capacidade do estabelecimento de prestar serviços de mamografia, levando em consideração a quantidade e capacitação de profissionais existentes - comprovados por meio do cadastro no SCNES (médicos radiologista e/ou mastologista e técnico em radiologia), a possibilidade de contratação destes profissionais, a quantidade de casos novos de câncer de mama na região, a população dentro da faixa de rastreamento, bem como a forma pela qual se dará a emissão de laudos (por profissionais da unidade, em centrais de laudo ou por serviço terceirizado);				

- Atendimento do parâmetro populacional para o equipamento de mamografia (1/240.000 habitantes).
- Habilitação em Alta complexidade na área da Oncologia ou Comprometimento em Habilitação como Serviço de Diagnóstico Mamário (SDM), comprovado por documento assinado.
- Justificativa técnica para substituição de equipamentos, que deverá ser assinado pelo gestor do estabelecimento e pelo gestor, local ou estadual. Nesse caso, deverão ser enviados:
 - ✓ Nota fiscal do equipamento a ser substituído e
 - ✓ Laudo técnico assinado pelo engenheiro clínico, com a justificativa do pedido de substituição.

Informa-se que os critérios para avaliação de propostas que contenham mamógrafos foram revisados (Anexo 2 - Memorando 13/2015) e, atualmente, ainda consideram:

- Declaração de responsabilidade do estabelecimento quanto à garantia de oferta de manutenção preventiva e corretiva do equipamento a ser adquirido por meio do convênio;
- Informação do profissional técnico em radiologia, que deverá estar cadastrado no CNES da Unidade e do médico mastologista ou radiologista, para as propostas que solicitarem mamógrafo com estereotaxia;
- Apresentação de justificativa para aquisição de um novo mamógrafo nos casos de o estabelecimento já possuir equipamento cuja produção apresentada está abaixo do esperado;
- Para as propostas que visam à substituição de mamógrafo, apresentar o laudo técnico assinado pelo engenheiro técnico responsável, contendo número de patrimônio do equipamento a ser substituído.

Além desse memorando, importante ressaltar que, recentemente, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº189, de 31 de janeiro de 2014, que instituiu o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação. Trata-se de uma iniciativa para avançar nas ações dos dois principais tipos de câncer que acometem as mulheres: o câncer de colo de útero e o câncer de mama.

Esse normativo apresenta o rol de procedimentos e equipe mínima para garantir o acesso a todos os procedimentos necessários de rastreamento e/ou diagnóstico do câncer de mama e de colo e tratamento das lesões precursoras do câncer de colo de útero pelo usuário, em um único estabelecimento de saúde, contando, para isso, com equipe de profissionais com formação adequada. Esses procedimentos, quando realizados em estabelecimentos habilitados como SDM e/ou como SRC, receberão incentivo financeiro diferenciado de custeio e investimento.

Os gestores Estaduais ou Municipais podem solicitar, via convênio, equipamentos para estruturar serviços já existentes e adaptá-los de modo a atender as exigências de produção previstas na Portaria nº189.

A partir da publicação da Portaria nº 189 tornou-se obrigatória a apresentação de declaração de responsabilidade **quanto à solicitação de habilitação do serviço** a ser beneficiado com os equipamentos solicitados via convênio. Ou seja, todas as propostas de convênios que tiverem mamógrafos como objeto pleiteado, deverão apresentar declaração de interesse de habilitação posterior.

Dessa forma, objetiva-se qualificar os serviços que receberão esses equipamentos, ou que receberão recursos para realização de obras e/ou adequações dos espaços para estruturação de SDM que, por sua vez, possui critérios próprios para habilitação e monitoramento.

MEMORANDO nº 151/2014 - CGAPDC/DAET/SAS/MS

ANEXO 1

1. CRITÉRIOS APLICÁVEIS ÀS ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DOS EQUIPAMENTOS

As solicitações de mamógrafos convencionais serão aceitas desde que seja acrescida à solicitação da proposta “CR – Digitalizador de imagens radiográficas” visando a garantia de qualidade das imagens radiográficas e a assertividade do diagnóstico.

2. SOLICITAÇÃO DE MAMÓGRAFO - Aquisição de equipamento

Critérios de atendimento obrigatório

- Regularidade do estabelecimento no Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);
- Comprovante de Regularidade da Certificação das Entidades Benéficas de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS-SAÚDE);
- Pactuação e aprovação na Comissão Intergestores Regional (CIR) ou na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), cujas deliberações deverão ser obrigatoriamente anexadas à proposta por meio do SICONV.

- Adequação das instalações físicas do estabelecimento que receberá o equipamento, ou projeto de construção, reforma ou adaptação com data estabelecida até no máximo 12 meses;
- Capacidade do estabelecimento de prestar serviços de mamografia, levando em consideração a quantidade e capacitação de profissionais existentes - comprovados por meio do cadastro no SCNES (médicos radiologista e/ou mastologista e técnico em radiologia), a possibilidade de contratação destes profissionais, a quantidade de casos novos de câncer de mama na região, a população dentro da faixa de rastreamento, bem como a forma pela qual se dará a emissão de laudos (por profissionais da unidade, em centrais de laudo ou por serviço terceirizado);
- Atendimento do parâmetro populacional para o equipamento de mamografia (1/240.000 habitantes).
- Constatação, em relação aos locais que já possuem mamógrafos simples, de vazios assistenciais e da produção de mamografia, verificando se os mesmos estão produzindo de acordo com a capacidade mínima recomendada pelo INCA/MS (6.758 mamografias/ano - mamógrafo simples), garantia da informação através do SISCAN e participação no PNQM:
- Habilitação em Alta complexidade na área da Oncologia ou Comprometimento em Habilitação como Serviço de Diagnóstico Mamário (SDM), comprovado por documento assinado.

3. SOLICITAÇÃO DE MAMÓGRAFO - Substituição de equipamento

Critérios de atendimento obrigatório

- Regularidade do estabelecimento no Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);
- Comprovante de Regularidade da Certificação das Entidades Benéficas de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS-SAUDE);
- Adequação das instalações físicas do estabelecimento que receberá o equipamento, ou projeto de construção, reforma ou adaptação com data estabelecida até no máximo 12 meses;
- Capacidade do estabelecimento de prestar serviços de mamografia, levando em consideração a quantidade e capacitação de profissionais existentes - comprovados por meio do cadastro no SCNES (médicos radiologista e/ou mastologista e técnico em radiologia), a possibilidade de contratação destes profissionais, a quantidade de casos novos de câncer de mama na região, a população dentro da faixa de rastreamento, bem como a forma pela qual se dará a emissão de laudos (por profissionais da unidade, em centrais de laudo ou por serviço terceirizado);
- Atendimento do parâmetro populacional para o equipamento de mamografia (1/240.000 habitantes).
- Habilitação em Alta complexidade na área da Oncologia ou Comprometimento em Habilitação como Serviço de Diagnóstico Mamário (SDM), comprovado por documento assinado.
- Justificativa técnica para substituição de equipamentos, que deverá ser assinado pelo gestor do estabelecimento e pelo gestor, local ou estadual. Nesse caso, deverão ser enviados:
- Nota fiscal do equipamento a ser substituído e o Laudo técnico assinado pelo engenheiro clínico, com a justificativa do pedido de substituição,

4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DAS PROPOSTAS

- PROPONENTE que possuir registro de mamógrafo “EM USO SUS” no SCNES e que não apresentou produção no ano anterior.

ANEXO 2

1. Orientações Gerais para Núcleo de Convênios

- As propostas que apresentarem pleito de “Acelerador Linear”, “Mamógrafos”, “Braquiterapia” e/ou “PET-CT” deverão ser encaminhadas para a Coordenação de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas – CGAPDC - antes da emissão de parecer de mérito;

2. Orientações para Núcleo de Convênios - elaboração de parecer de mérito

- O parecerista deverá avaliar a existência de outras propostas daquele proponente que estejam em execução, e que contenham objetos semelhantes aos solicitados. Além de avaliar propostas anteriores, o parecerista deverá avaliar a existência de projetos aprovados no âmbito do PRONON, que contenham os equipamentos solicitados na proposta em análise;
- Todos os critérios apresentados neste documento devem ser observados pelo profissional responsável pelo parecer de mérito e citados no parecer de conclusão da proposta.
- As propostas deverão ser analisadas considerando os vazios assistenciais existentes (ver regras

específicas, abaixo).

3. Orientações para Proponente - inserção de propostas (estas devem ser observadas para todas as propostas de convênios relacionadas à área da oncologia ou à esta coordenação)

Critérios de atendimento obrigatório pelo proponente

- Se hospital, apresentar habilitação em Alta Complexidade em Oncologia;
- Apresentar registro regular do estabelecimento no Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);
- Apresentar comprovante de Regularidade da Certificação das Entidades Benéficas de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS-SAUDE), exceto se entidade pública.

4. Justificativa

- As propostas deverão apresentar justificativa clara para cada objeto solicitado, e não apenas descrever características gerais da Instituição. Não serão aceitas justificativas globais, que em nada se relacionam ao objeto da proposta.
- Para propostas que envolvam aquisição de equipamentos com consequente ampliação do número de procedimentos realizados, especificar, na justificativa, o quantitativo atual produzido e a previsão de ampliação;
- Para aquisição de novos equipamentos, apresentar os motivos do pleito e de que forma aquele item poderá trazer benefícios para os usuários que serão atendidos;
- Para aquisição de equipamento para fins de substituição, deve-se descrever a justificativa para a substituição.

5. Anexos - documentos necessários para todas as propostas

Para propostas que envolvam substituição de equipamentos, o proponente deverá incluir nos anexos da proposta:

- Laudo técnico de obsolescência do equipamento a ser substituído, assinado por engenheiro responsável, contendo o número do patrimônio de cada um dos equipamentos a ser substituído,
- Foto dos equipamentos a serem substituídos, incluindo número do patrimônio.

Termo de Responsabilidade Técnica, que deverá citar o(s) objeto(s) pleiteado(s) na proposta, e deverá conter data e assinatura do responsável;

Termo de Compromisso que garanta a oferta de manutenção preventiva e corretiva do equipamento solicitado, quando necessário;

Declaração de oferta de equipe profissional necessária para utilização dos equipamentos solicitados (ver regras específicas, abaixo);

Para propostas que envolvam aquisição de equipamentos ou obras que resultarão em aumento de atendimento deverá ser apresentado, e incluído nos anexos, documento com anuência do gestor estadual, no caso em que o equipamento será referência para uma região de saúde ou municipal, quando o equipamento for servir a apenas um único município. Observar regras específicas que exigem resolução da CLB ou da CIR, descritas nos itens abaixo.

REGRAS ESPECÍFICAS - De acordo com o objeto

Segue informações específicas sobre equipamentos de acelerador linear, construção de bunker, equipamentos para estruturação de SDM e de SRC e estruturação de laboratórios de citopatologia.

1. EQUIPAMENTO DE ACELERADOR LINEAR (aquisição ou substituição)

Obs: Lembrando que propostas que solicitam esse equipamento deverão ser encaminhadas para a CGAPDC antes da avaliação e emissão de parecer favorável.

1.1. Da Documentação de apresentação obrigatória (para todas as propostas de aceleradores lineares)

- Termo de responsabilidade (Anexo 1), apresentado em papel timbrado do proponente, referente à disponibilização de bunker ou declaração de responsabilidade quanto à sua construção, com recurso próprio. Este Termo de compromisso deverá estar assinado pelo gestor do estabelecimento e pelo gestor, municipal ou estadual;
- Projeto de construção e ou adequação do bunker assinado pelo engenheiro responsável;
- Protocolo de aceite do projeto de construção e ou adequação do bunker pela CNEN;
- Declaração assinado pelo gestor do estabelecimento e pelo gestor, local ou estadual garantindo que a obra para alocação do equipamento solicitado será realizada em local adjacente ao estabelecimento

- que possui a habilitação em Alta Complexidade em Oncologia;
- Declaração de disponibilidade de profissionais para manejo do Equipamento conforme Resolução nº 130/ 2012 da Comissão Nacional de Energia Nuclear ou RDC-ANVISA no 20/2006, ou outros normativos que venham alterá-las ou atualizá-las assinado pelo gestor do estabelecimento;
- Ata de aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou Comissão Intergestores Regional (CIR) aprovando a ampliação do serviço de Radioterapia.

1.2. Critérios de Exclusão das Propostas:

- Solicitação do equipamento visando à criação ou ampliação de Serviço Isolado de Radioterapia; ou
- Hospital já contemplado no Plano de Expansão da Radioterapia; ou
- Hospital com convênio vigente para aquisição de acelerador linear (firmado no período de 2011 a 2014), exceto para substituição de equipamento (seguir critérios de substituição de equipamentos).
- **CONSTRUCAO DE CASAMATA (BUNKER)**

1.3. Da Documentação de apresentação obrigatória (para todas as propostas de construção de bunker)

- Projeto de construção e ou adequação do bunker assinado pelo engenheiro responsável
- Protocolo de aceite do projeto de construção e ou adequação do bunker pela CNEN:

1.4. Da Documentação necessária para propostas que visem ampliação de serviço

o Ata de aprovação da Comissão intergestores Bipartite (CIB) ou Comissão Intergestores Regional (CIR) aprovando a ampliação do serviço de Radioterapia,

2. PET-CT

Obs: Lembrando que propostas que solicitam esse equipamento deverão ser encaminhadas para a CGAPDC antes da avaliação e emissão de parecer favorável.

2.1. Critérios de atendimento obrigatório

hospital deverá ser público ou filantrópico e oferecer atividades de ensino e pesquisa;

- O estabelecimento deverá possuir Gama Câmara, comprovado pelo registro no SCNES (Medicina nuclear);
- O estabelecimento deverá possuir serviço de imagem com Tomógrafo computadorizado, comprovado pelo registro no SCNES;
- O hospital que receberá esse equipamento deverá possuir, no mínimo, 200 leitos, comprovado pelo registro no SCNES;
- Declaração de que os procedimentos serão realizados tendo como base o Protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde, segundo o que conta nas Portarias nº 07, 08 e 09, de 22 de abril de 2014. Abaixo, seguem os endereços eletrônicos, que dão acesso aos relatórios da CONITEC:
- ✓ PET-CT na detecção de metástase hepática exclusiva potencialmente ressecável de câncer colorretal: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014.fabril/23/Relatorio-PETCancer-ColoeReto-FINAL.pdf>
- ✓ PET-CT no Estadiamento do Câncer Pulmonar de Células Não Pequenas: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014.fabril/23/RelatorioPETEstadiamentoCancerPulmonar-FINAL.pdf>
- ✓ PET-CT no Estadiamento e Avaliação da Resposta ao Tratamento dos Linfomas: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/23/Relatorio-PET-LinfomaFINAL.pdf>
- Autorização para Construção/Modificação da área que receberá o equipamento emitida pela Comissão Nacional de Energia Nuclear, conforme pode ser observado no link <http://www.cnen.gov.br/segurancalfc/acr-mednuclear.asp>.

3. SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA O DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA (SDM) e SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO (SRC) Aquisição e substituição de equipamentos

Obs. Lembrando que propostas que solicitam mamógrafos deverão ser encaminhadas para a CGAPDC antes da avaliação e emissão de parecer favorável.

3.1. Critérios de atendimento obrigatório

- Atendimento do parâmetro populacional para o equipamento de mamografia (1240.000 habitantes) e para o equipamento de ultrassonografia (1/25.000 habitantes), conforme Portaria nº 1.101/2002 ou a que venha substituí-la
- Para análise desse item, deverá ser observado se os municípios a serem cobertos pelo novo equipamento já possuem mamógrafo. Caso seja identificado algum equipamento EM USO, a justificativa deverá considerar a capacidade instalada existente.
- Comprovação de adequação das instalações físicas do estabelecimento que receberá o equipamento, ou projeto de construção, reforma ou adaptação com data estabelecida até no máximo 12 meses;
- Capacidade de o estabelecimento prestar serviços de mamografia, levando em consideração a quantidade e capacitação de profissionais existentes - comprovados por meio do cadastro no SCNES (técnico em radiologia);
- Para mamógrafos com estereotaxia deverão ser informados os profissionais médicos radiologista e/ou mastologista que atuam na unidade que receberá o equipamento.
- Informar a forma pela qual se dará a emissão de laudos (por profissionais da unidade, em centrais de laudo ou por serviço terceirizado);
- Declaração de compromisso em solicitar a habilitação para SDM e/ou SRC, a depender do equipamento solicitado (Anexo 2).

3.2. Critérios de Exclusão das Propostas:

- PROPONENTE que possuir registro de mamógrafo e ultrassom “EM USO SUS” no SCNES e que não apresentou produção no ano anterior.

4. LABORATÓRIOS DE CITOPATOLOGIA

4.1. Da Documentação de apresentação obrigatória (para as propostas de construção de laboratórios)

- Projeto de construção do laboratório assinado pelo engenheiro responsável;
- Ata de aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR) aprovando a criação do serviço.

TERMO DE RESPONSABILIDADE - ACELERADOR LINEAR

Por meio do presente documento, (NOME DA EMPRESA), sediada no (ENDEREÇO COMPLETO), inscrita no CNPJ sob o nº (NUMERO DO CNPJ), neste ato representada por seu (CARGO DO DIRIGENTE), Sr. (NOME DO DIRIGENTE), inscrito no Registro Geral sob o nº (NUMERO DO RG) e no CPF sob o nº (NUMERO DO CPF), para fins de celebração convênio no (NUMERO DA PROPOSTA) para aquisição de Acelerador Linear, sob as penalidades da lei, declara serem verossímeis as informações que se seguem:

PARA CRIAÇÃO DE SERVIÇOS:

- (No momento de inserção da Proposta supracitada, o Hospital não dispõe de EQUIPE QUALIFICADA para manuseio e utilização do Equipamento Acelerador Linear, por se tratar, de Criação de Serviço de Radioterapia, entretanto, se responsabiliza, para que, sendo aprovada a proposta do convênio, irá providenciar equipe qualificada (Médico Radioterapeuta, Físico Médico e Técnico em Radioterapia) para utilização do Acelerador Linear, no prazo máximo de 180 dias, a contar da data do pagamento realizado pelo MS).
- (No momento de inserção da Proposta supracitada, o Hospital não dispõe de ESTRUTURA FÍSICA para instalação do Equipamento Acelerador Linear, por se tratar, de Criação de Serviço de Radioterapia, entretanto, se responsabiliza, para que, sendo aprovada a proposta do convênio, no prazo máximo de 12 meses, a contar da data do pagamento realizado pelo MS, terá finalizada a construção de bunker, compatível com o equipamento de Acelerador Linear solicitado).
- Visando o bom funcionamento do serviço, o hospital se compromete a:
- Acompanhar, por intermédio de profissionais competentes, a instalação dos equipamentos, incluindo testes de aceitação, comissionamento e todos os demais procedimentos previstos;
- Ser responsável pelos cuidados necessários para assegurar o correto funcionamento dos equipamentos, seguindo as recomendações dos fabricantes conforme estabelecido nos manuais dos equipamentos;
- Prestar os respectivos serviços de atendimento em radioterapia à população, tão logo as condicionantes técnicas, operacionais * regulamentares estejam cumpridas,
- sob regulação do respectivo gestor do SUS, nos conformes da Portaria nº 140/SAS/MS, de 27 de

- fevereiro de 2014, e demais legislação pertinente;
- A disponibilização dos serviços de radioterapia será destinada ao SUS, de acordo com os parâmetros de produção da Portaria nº 140/SAS/MS, de 27 de fevereiro de 2014, que prevê que cada equipamento de Acelerador Linear apresente a produção anual de 43.000 campos de radioterapia exclusivamente para o SUS;
- Durante o período de garantia dos equipamentos o Hospital deverá acionar com a devida agilidade o fornecedor para prestação de suporte técnico corretivo e preventivo aos equipamentos recebidos. Findo o período de garantia dos equipamentos a ser prestado pela fornecedora, o Hospital será inteiramente responsável pela adoção de medidas que assegurem a execução da manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos recebidos, com vistas a garantir a disponibilidade e confiabilidade dos equipamentos;

LOCAL, DATA

(NOME DO DIRIGENTE OU OUTRO REPRESENTANTE LEGAL DA BENEFICIÁRIA)

TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA (OUTROS EQUIPAMENTOS)

Por meio do presente documento, (NOME DA EMPRESA), sediada no (ENDEREÇO COMPLETO), inscrita no CNPJ sob o nº (NUMERO DO CNPJ), neste ato representada por seu (CARGO DO DIRIGENTE), Sr. (NOME DO DIRIGENTE), inscrito no Registro Geral sob o nº (NUMERO DO RG) e no CPF sob o nº (NUMERO DO CPF), para fins de celebração convênio no (NUMERO DA PROPOSTA) para aquisição de (ESPECIFICAR OS DE EQUIPAMENTOS) sob as penalidades da lei, declara serem verossímeis as informações que se seguem:

Visando o bom funcionamento do serviço, o hospital se compromete a:

- Disponibilizar os serviços a serem prestados em decorrência da aquisição desses equipamento aos usuários do SUS;
- Garantir equipe mínima necessária para utilização dos equipamentos;
- Acompanhar, por intermédio de profissionais competentes, a instalação dos equipamentos;
- Ser responsável pelos cuidados necessários para assegurar o correto funcionamento dos equipamentos, seguindo as recomendações dos fabricantes conforme estabelecido nos manuais dos equipamentos;
- Durante o período de garantia dos equipamentos o Hospital deverá acionar com a devida agilidade o fornecedor para prestação de suporte técnico corretivo e preventivo aos equipamentos recebidos. Findo o período de garantia dos equipamentos a ser prestado pela fornecedora, o Hospital será inteiramente responsável pela adoção de medidas que assegurem a execução da manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos recebidos, com vistas a garantir a disponibilidade e confiabilidade dos equipamentos.

LOCAL, DATA

TERMO DE COMPROMISSO DE HABILITAÇÃO — SDM ou SRC

Por meio do presente documento, (NOME DA EMPRESA), sediada no (ENDEREÇO COMPLETO), inscrita no CNPJ sob o nº (NUMERO DO CNPJ), neste ato representada por seu (CARGO DO DIRIGENTE), Sr. (NOME DO DIRIGENTE), inscrito no Registro Geral sob o nº (NUMERO DO RG) e no CPF sob o nº (NUMERO DO CPF), para fins de celebração convênio no (NUMERO DA PROPOSTA) para estruturação do (SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA) ou (SERVIÇOS DE REFERÊNCIA PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO) sob as penalidades da lei, declara serem verossímeis as informações **que se seguem:**

Visando o bom funcionamento do serviço, o hospital se compromete a:

- Solicitar habilitação da Unidade (NOME DA UNIDADE A SER HABILITADA) como (SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA) ou (SERVIÇOS DE REFERÊNCIA PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO) e cumprir o disposto na Portaria GM/MS nº 189, de 31 de janeiro de 2014;
- Possuir instalações físicas adequadas para o recebimento do equipamento;
- Possuir capacidade de realizar os procedimentos dispostos na Portaria GM/MS; nº 189, de 31 de janeiro de 2014; tanto em variedade quanto na quantidade mínima exigida;
- Atualizar o cadastro do equipamento no CNES.

LOCAL, DATA

(NOME DO DIRIGENTE OU OUTRO REPRESENTANTE LEGAL DA BENEFICIÁRIA)

Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo

Gestor
Não há.

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 033.203/2014-8	818/2016	1.6	0235/2016	28/04/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Dar ciência à Secretaria de Atenção à Saúde que as informações até então prestadas ao Tribunal não atendem ao recomendado nos itens 9.1.2, 9.1.7 e 9.3.1 do Acórdão 247/2010-TCU/Plenário.				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS)				5005
No que compete a esta Coordenação-Geral de Sistemas de Informação, item 9.1.2, à fl. 6, do relatório em questão, temos a informar que: O projeto do SISRCA (Sistema de Regulação, Controle e Avaliação) está sendo absorvido pelo projeto Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde (CMD). A proposta apresentada pelo SISRCA foi centrada unicamente na revisão das plataformas de desenvolvimento dos aplicativos de captação e de processamento ambulatoriais e hospitalares utilizados atualmente no SUS. Entretanto não houve na época uma discussão prévia apropriada e necessária sobre: - Os modelos de informação fragmentados e centrados na produtividade de procedimentos assistenciais, criados ainda sob a gerência do INAMPS; - A padronização dos recursos terminológicos nacionais considerando esfera pública, privada e suplementar; - O escopo dos sistemas e de suas informações, que desde a década de 70 está centrada exclusivamente no faturamento dos serviços ambulatoriais e hospitalares prestados e ferramentas de auditoria operacional; - A revisão das regras de controle que ainda mantém forte característica do sistema previdenciário, e que não acompanharam as inovações das modalidades de financiamento do SUS; - A adoção de modelos de informação, recursos terminológicos e padrões de interoperabilidade utilizados internacionalmente, visando a comparabilidade das informações produzidas no Brasil com outros países e permitindo a interoperabilidade funcional e semântica dos sistemas de informação brasileiros com outros países que utilizam os mesmos referenciais teóricos, técnicos e tecnológicos; - O valor de uso da informação produzido para os profissionais de saúde e para os indivíduos atendidos nestes serviços, ou seja, o uso primário da informação. A ausência das discussões sobre os recursos terminológicos, os padrões de informação e a padronização das mensagens, na época em que o escopo do SISRCA foi definido, foi decorrente da falta de um marco de referência que orientasse o desenvolvimento dos sistemas de informação relacionado com os processos de atenção à saúde. Este marco normativo foi publicado pelo Ministério da Saúde apenas alguns meses depois, por meio da Portaria nº 2.073/GM/MS de 31 de agosto de 2011. Esta Portaria regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do SUS, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. Por falta deste referencial na época de sua concepção, o SISRCA manteve inalterada a estrutura dos modelos de informação praticados historicamente, que são amplamente fragmentados e centrados nos processos de faturamento. Atualmente a maior parcela da informação da atenção à saúde é coletada através de sete (7) formulários distintos (modelo de informação) que refletem a necessidade informacional que foi conformada historicamente por necessidades pontuais de setores isolados do Ministério da Saúde. Esta multiplicidade de formulários de coleta da informação além de registrar o processo de cuidado de forma fragmentada, ocasiona a redundância na produção da				

informação em decorrência da sobreposição de escopo de alguns sistemas utilizados atualmente, gerando retrabalho ao profissional de saúde e duplicação dos registros assistenciais.

Pelos motivos expostos, o SISRCA não representou uma inovação em termos de produção das informações, principal insumo dos profissionais de saúde para a tomada de decisão **clínica e administrativa**.

Por outro lado, foi possível constatar ganhos significativos relacionados à arquitetura de software durante o desenvolvimento do SISRCA. Entre eles destacam-se:

- A utilização de uma arquitetura orientada a serviço (SOA) para interoperar com outros sistemas, mesmo que as mensagens transacionadas não seguissem o padrão HL7;
- A utilização de plataforma JAVA, permitindo a execução da aplicação em plataformas Windows, Linux ou OSX (multiplataforma);
- desacoplamento das regras de negócio do código da aplicação, diminuindo a necessidade de compilar novas versões a cada mudança de regras, mesmo que não estivessem em padrão de templates do OpenEHR;
- A utilização do PostgreSQL para gerenciamento da base de dados da aplicação.

As inovações tecnológicas relacionadas ao software que foram utilizadas para desenvolver o projeto SISRCA serão reutilizadas e alinhadas com os padrões de informação e interoperabilidade determinados pela Portaria nº 2.073/GM/MS de 31 de agosto de 2011, para desenvolvimento do Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde (CMD).

A busca pela gestão da informação aliada à otimização das aplicações disponibilizadas pelo DATASUS possibilitou avaliar e redefinir o processo atual existente, de forma a melhorar o uso dos sistemas e incorporá-los a uma nova solução mais eficaz. Como solução, o modelo de captação foi reformulado para que não fossem mais utilizados os 07 formulários e sim um único formulário denominado Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde (CMD). Este novo modelo de gestão da informação atende às necessidades do Registro Eletrônico em Saúde e à estratégia definida para o e-Saúde que está sendo desenvolvida no país.

Mediante o novo processo de gestão da captação, foi realizada uma análise na estrutura atual do SISRCA para identificar os impactos de sua adequação. Foi identificado que estes impactos seriam consideráveis do nível arquitetural, pois reflete diretamente na estrutura central do sistema que é o lançamento das informações de captação. Desta forma, a reformulação do sistema não seria a decisão mais adequada. Definiu-se, então, por cancelar o projeto em questão para que os novos procedimentos de captação das informações fossem definidos desde o início do projeto junto ao DATASUS e implementados de forma alinhada, visando otimizar os recursos envolvidos.

Por fim, informamos que as funcionalidades definidas no SISRCA estão sendo avaliadas pela área de negócio em conjunto com a equipe de desenvolvimento para incorporação ao projeto do Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde (CMD) (DOD 0140/2015). Mediante a publicação em 31 de agosto de 2011 da portaria 2073/GM que regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação no âmbito do SUS, o novo sistema a ser desenvolvido contemplará as diretrizes estabelecidas na Portaria em questão

Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor

Não há.

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 009.489/2016-9			0534/2016	19/05/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Solicita documentos relativos ao financiamento das obras de construção da UBS sol nascente (proposta de convênio 97538013000114003 - ministério da saúde) e UBS vida nova (proposta de convênio 97538013000114003 - ministério da saúde), ambos no município de Vera/MT. Enviar cópia convênios e análises das prestações de contas.				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS)				46667
Informamos que o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde - Requalifica UBS, é uma das estratégias do Ministério da Saúde - MS para a estruturação e o fortalecimento da Atenção Básica. O programa tem como objetivo incentivo financeiro para ampliar, construir e reformar Unidade Básica de Saúde - UBS, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde, promovendo melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. As propostas de Construção de Unidade Básica de Saúde contempladas no Programa de Requalificação de UBS foram redefinidas pela Portaria nº 340, de 04/03/2013. De acordo com a Portaria 340, o município tem 09 meses, a partir da data de pagamento da 1ª parcela, para inserir a Ordem de Início de Serviço no SISMOB. Tendo em vista que o prazo expirou em 03/05/2016, o Ministério da Saúde notificou o município em 13/05/2016, solicitando uma justificativa quanto ao não cumprimento do prazo para inserção da Ordem de Início de Serviço. No entanto, até o presente momento o município não respondeu a notificação. Informamos que a prestação de contas da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal (transferência fundo a fundo) é formalizada por meio do Relatório Anual de Gestão - RAG, conforme estabelecido no inciso IV, art. 4º da Lei 8.142/1990, e Portaria GM/MS 2.135/2013, de acordo com o que regulamenta o art. 6º do Decreto 1.651/1995, e em cumprimento ao disposto na Seção III do Capítulo IV da Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012. No âmbito do SUS, a aprovação das prestações de contas dos recursos transferidos na modalidade fundo a fundo é de competência do Conselho Municipal de Saúde, cabendo-lhes, portanto, apreciar e aprovar Plano Municipal de Saúde e Relatório Anual de Gestão, instrumentos que, obrigatoriamente, devem ser elaborados no Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão - SARGSUS, nos termos da Portaria GMIMS 2135/2013, sob a gestão da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa- SGEPI.				
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor				
Não há.				

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 017.783/2014-3	352/2016	9.1	0174/2016	23/03/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
9.1. determinar ao Ministério da Saúde com fulcro no art. 250, inciso II, do Regimento Interno do Tribunal de Contas da União, que oriente todos os entes federativos a observarem as seguintes diretrizes na celebração de ajustes com entidades privadas visando a prestação de serviços de saúde: 9.1.1. a contratação de entidades para disponibilização de profissionais de saúde deve ser precedida de estudos que demonstrem as suas vantagens em relação à contratação direta pelo ente público, com inclusão de planilha detalhada com a estimativa de custos a serem incorridos na execução dos ajustes, além de consulta ao respectivo Conselho de Saúde; 9.1.2. o credenciamento pode ser utilizado para a contratação de profissionais de saúde para atuarem tanto em unidades públicas de saúde quanto em seus próprios consultórios e clínicas, sendo o instrumento adequado a ser usado quando se verifica a inviabilidade de competição para preenchimento das vagas, bem como quando a demanda pelos serviços é superior à oferta e é possível a contratação de todos os interessados, sendo necessário o desenvolvimento de metodologia para a distribuição dos serviços entre os interessados de forma objetiva e impessoal; 9.1.3. devem ser realizados estudos que indiquem qual sistema de remuneração dos serviços prestados é mais adequado para o caso específico do objeto do ajuste a ser celebrado, levando em consideração que a escolha da forma de pagamento por tempo, por procedimentos, por caso, por capitação ou a combinação de diferentes métodos de remuneração possui impacto direto no volume e na qualidade dos serviços prestados à população; 9.1.4. os processos de pagamento das entidades contratadas devem estar suportados por documentos que comprovem que os serviços foram efetivamente prestados – demonstrando o controle da frequência dos profissionais, os procedimentos realizados, os pacientes atendidos – e que garantam que os impostos, taxas e encargos trabalhistas aplicáveis ao caso foram devidamente recolhidos; 9.1.5. não há amparo legal na contratação de mão de obra por entidade interposta mediante a celebração de termos de compromisso com Oscip ou de instrumentos congêneres, tais como convênios, termos de cooperação ou termos de fomento, firmados com entidades sem fins lucrativos.				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS)				5005
Conforme orientação contida no Despacho no. 624/AECI/GM/MS, sobre avaliar a "possibilidade de orientar os gestores locais, estaduais e municipais, transmitindo-lhe, conforme determinado pelo TCU, as orientações daquela Corte de Contas, conforme constam dos subitens 9.1.1 a 9.1.5, do Acórdão acima mencionado", que "trata de Auditoria de Conformidade realizada na atuação de Organizações Sociais da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), e demais entidades congêneres, contratadas por estados e municípios para a execução de ações no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS" e "determinou ao Ministério da Saúde que oriente todos os entes federativos a observarem as seguintes diretrizes na celebração de ajustes com entidades privadas visando a prestação de serviços de saúde.", cabe esclarecer que este Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC) elaborou e pactuou, no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), portaria que dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde, e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde - SUS. Neste momento, a referida portaria está em análise na Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde para posterior encaminhamento e publicação no Diário Oficial da União. As diretrizes contidas nesta portaria serão detalhadas, junto aos entes federativos, por meio do Manual de Contratação de Serviços de Saúde. O Manual em questão está em fase final de revisão para ser divulgado, atualizando versão anterior publicada no ano de 2007, aguardando, ainda, a publicação da portaria que dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada no				

Sistema Único de Saúde - SUS.

Cabe salientar que os documentos citados — portaria e manual - cumprem a função de regulamentar e orientar o que cabe ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC), contudo tratam da relação dos entes federativos com as entidades prestadoras de serviços, não deliberando sobre a relação trabalhista destas com seus profissionais, conteúdo esse marcante nas orientações determinadas pelo TCU. Sobre esse tema sugerimos que seja solicitada a manifestação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em especial do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), para a adequada compreensão das orientações contidas no Acórdão, quanto às relações de trabalho na área da saúde, e definição da forma de disseminação destas para os entes federativos.

Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor

Não há.

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 003.613/2015-1	2149/2015		0243/2016	28/04/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
solicita ao Ministério da Saúde que encaminhe ao TCU, documento técnico com o posicionamento oficial do Ministério da Saúde acerca do monitoramento e avaliação dos indicadores de qualidade dos laboratórios de citopatologia, de responsabilidade do MS, conforme art. 9º, inciso II, da Portaria GM/MS 3.388/2013, detalhado por unidade federativa, de acordo com os padrões de qualidade dispostos na Portaria GM/MS 3.388/2013: a) o número de laboratórios que estavam habilitados antes das avaliações realizadas pelas secretarias de saúde contratantes; b) o número de laboratórios que foram desabilitados em decorrência das avaliações realizadas pelas secretarias de saúde contratantes; c) o número atual de laboratórios habilitados. Ademais, solicita-se o número, detalhado por unidade da federação, de estabelecimentos habilitados como Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer de Colo de Útero (SRC), nos moldes previstos na Portaria GM/MS 189/2014; d) Ainda, com base nas análises realizadas pela unidade jurisdicionada quanto aos laboratórios que realizam exames citopatológicos do colo do útero, solicita-se que a SAS/MS decline se existem condições estruturais para atender adequadamente à demanda de exames de Papanicolau realizados no SUS, apontando os critérios e parâmetros observados pelo Ministério da Saúde para concluir pela existência/inexistência das referidas condições estruturais				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS)				5003
No intuito de promover a melhoria dos padrões de qualidade dos laboratórios públicos e privados que realizam o exame Citopatológico para o SUS; e promover a contínua melhoria dos exames ofertados à população, a Portaria GM/MS no 3.388, de 30 de dezembro de 2013, que Redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, prevê que os Laboratórios Tipo I e os Laboratórios Tipo II sejam avaliados anualmente pela respectiva Secretaria de Saúde que os contratou, a partir da data de publicação da portaria de habilitação, para definir se houve ou não o cumprimento dos critérios dispostos na normativa. Isto posto, cabe esclarecer que a primeira portaria de habilitação dos laboratórios de exame citopatológico do colo do útero foi publicada em setembro de 2014 (Portaria GM/MS nº 2.046, de 12 de setembro de 2014), e habilitou 596 laboratórios, a Saber: • Laboratórios Tipo II: 571; • Laboratórios Tipo I e II: 8; • Laboratórios Tipo II: 17. Dos 596 laboratórios habilitados em 2014, nove foram desabilitados em 2015: cinco devido à habilitação em desacordo com a Portaria GM/MS nº 3.388/2013 e quatro a pedido dos estados de Santa Catarina, Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo; restando, portanto, 587 laboratórios habilitados. A segunda portaria de habilitação de laboratórios de exame citopatológico do colo do útero foi publicada em setembro de 2015 (Portaria GM/MS nº 1338, 08 de setembro de 2015), e habilitou 263 laboratórios, a saber: • Laboratórios Tipo I: 253 • Laboratórios Tipo I e II: 7 • Laboratórios Tipo II: 3 Tendo em vista que a primeira portaria de habilitação dos laboratórios foi publicada em setembro de 2014, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) encaminhou Ofício Circular aos gestores estaduais informando da necessidade de revisão da habilitação destes laboratórios, que foi iniciada em setembro de 2015, com prazo para término em dezembro do mesmo ano. Os critérios para avaliação foram inseridos por meio de proposta no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde - SAIPS, utilizando os componentes “Revisão de habilitação dos laboratórios Tipo I” e “Revisão de habilitação dos laboratórios Tipo III”. Cabe esclarecer que para a primeira avaliação não foram exigidos os indicadores de Monitoramento de Qualidade, uma vez que o Sistema de Informação do Câncer - SISCAN, sistema que permitirá o Monitoramento				

Externo da Qualidade (MEQ) e a construção de indicadores para o Monitoramento Interno da Qualidade (MIQ) dos exames citopatológicos do colo do útero, encontra-se em fase de implementação.

Ressalta-se, contudo, que assim que o SISCAN estiver totalmente implementado, os Monitoramentos Interno e Externo de Qualidade serão critérios para desabilitação, por serem primordiais para a análise da qualidade dos laboratórios que realizam exames citopatológicos do colo do útero.

Portanto, para a primeira avaliação, os gestores estaduais e municipais observaram questões estruturais e organizacionais dos laboratórios habilitados, como existência de Alvará Sanitário; presença de responsável técnico registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES; cumprimento dos artigos 19 e 22 da Portaria da Qualicito.

Até a presente data, foram recebidas 267 (45,5%) solicitações de revisão das habilitações, conforme quadro abaixo. Destas, 111 foram aprovadas, 155 encontram-se em diligência e uma foi rejeitada (relatório da Coordenadoria de Vigilância Sanitária local afirmava que o estabelecimento não possuía condições para desenvolver as atividades propostas recomendando o seu imediato fechamento para reforma. Deste modo, solicitou-se ao Estado do Mato Grosso que enviasse Ofício requerendo a desabilitação do estabelecimento).

Os gestores responsáveis pelos laboratórios, apesar de findo o prazo, ainda estão em fase de avaliação e inserção das propostas no SAIPS. Portanto, até o momento o Ministério da Saúde não desabilitou nenhum laboratório em decorrência das avaliações realizadas pelas Secretarias de Saúde contratantes. Atualmente, o número total de laboratórios habilitados é 850.

Em relação, aos Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), foram habilitados dois estabelecimentos de saúde em 2014, um no estado de Tocantins e um no estado do Mato Grosso do Sul.

Ademais, foram recebidas, analisadas e aprovadas por esta Coordenação Geral 20 propostas, que aguardam trâmite interno do Ministério da Saúde para publicação de portaria de habilitação; outras 23 propostas encontram-se em diligência.

Com relação à existência de condições estruturais para atender adequadamente à demanda de exames citopatológicos (Papanicolau) realizados no SUS, cabe ressaltar que a avaliação dos laboratórios, no que se refere à estrutura física e forma de organização, é de responsabilidade dos gestores contratantes, cabendo ao Ministério da Saúde desabilitá-los a pedido do gestor.

Quanto ao monitoramento da qualidade, o laboratório tem um papel fundamental nos programas de rastreamento do câncer do colo do útero baseados no exame citopatológico. Os dados nele coletados permitem o monitoramento e a avaliação não somente das atividades do próprio laboratório, mas também dos indicadores da qualidade programática. Assim, para que o Ministério da Saúde possa monitorar a avaliação da qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero realizados pelos laboratórios habilitados, é necessário que os dados estejam disponíveis no Sistema de Informação do Câncer - SISCAN. Contudo, o SISCAN está em processo de desenvolvimento e os relatórios gerenciais que permitirão a análise da qualidade dos exames ainda não estão disponíveis. Dessa forma, o Monitoramento Externo de Qualidade não está sendo realizado e o Monitoramento Interno de Qualidade não está sendo registrado no Sistema.

Ademais, de acordo com a estrutura disponível no SUS para realização dos exames, a partir da necessidade de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos (levando-se em consideração a população nesta faixa etária em cada UF); e considerando que Portaria GM/MS nº 3.388/2013 recomenda que cada laboratório Tipo I habilitado realize 15.000/ano leituras de lâminas, observa-se que existe um déficit de aproximadamente 109 laboratórios no País.

Ante o exposto e no intuito de estimular a habilitação dos laboratórios de exame citopatológico do colo do útero, esta Coordenação-Geral encaminhou Ofício aos catorze estados que apresentaram produção do exame citopatológico em laboratórios não habilitados maior do que 10% - com o panorama da produção de exames dos laboratórios habilitados e não habilitados - solicitando informações sobre as barreiras e limitações enfrentadas e as estratégias em curso para apoiar as gestões municipais de saúde na organização da rede de laboratórios que realizam leitura de exames citopatológicos em seu território - indicando, por oportuno, sugestões para a efetivação desse processo.

Além disso, a partir de dados obtidos do Sistema de Informação Ambulatorial - SIASUS, esta Coordenação-Geral identificou os 12 laboratórios que tiveram a maior queda na produção do exame citopatológico no período entre 2014 e 2015. Com vistas a identificar os possíveis motivos para este decréscimo, realizou-se contato telefônico com cada laboratório, e na medida da necessidade, contactou-se também os gestores públicos responsáveis pela sua contratualização. Assim, foi possível sistematizar os motivos relatados pelos gestores dos laboratórios para justificar a diminuição na produção de exame citopatológico:

- Finalização de contrato - alguns laboratórios estavam com os contratos com os municípios já finalizados nos anos de 2014 e 2015;

- Redução de cota contratualizada com os municípios;
- Dificuldade de inserção dos dados no SISCAN;
- Ausência de profissionais e insumos para análise das lâminas;
- Terceirização do serviço de análise da citologia oncótica, sem o devido registro da produção realizada.

Em continuidade à estratégia, no dia 06 de maio de 2016, o Coordenador-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas participou de reunião do Conselho Nacional de Saúde e expôs a situação da produção de exames citopatológicos do colo do útero no Brasil. Novas reuniões serão marcadas para discutir estratégias para garantia às mulheres de acesso, com qualidade, aos exames citopatológicos.

Por fim, o Instituto Nacional de Câncer - INCA publicou recentemente a 2ª edição atualizada do Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia. As recomendações apresentadas na publicação buscam contribuir para melhorar a qualidade e confiabilidade dos exames citopatológicos nos laboratórios vinculados ao SUS, oferecendo aos gestores e aos profissionais de saúde subsídios para o avanço do planejamento das ações de controle do câncer do colo do útero, no contexto da atenção integral à saúde da mulher no Brasil, considerando que o funcionamento dos laboratórios deve estar inserido em uma lógica de regionalização e, sobretudo, de integração com os demais serviços da rede assistencial.

Diante do exposto, esta Coordenação-Geral informa que monitora e acompanha a situação dos exames citopatológicos no Brasil e que vem traçando, conforme explicitado acima, estratégias para garantir apoio, da Esfera Federal, para que haja estrutura disponível para atender com qualidade à demanda de exames citopatológicos do colo do útero no País.

Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor

Não há.

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 009.902/2015-5	869/2016		328/2016	03/05/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Solicita o reexame da questão para que seja totalmente cumprida as determinações e recomendações do TCU por meio do Acórdão 869/2016 - TCU - Plenário referente aos itens 9.1; 9.2.1 e 9.2.3; 9.2.2 e 9.3 (Ac 3137/2014-Plenário)				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO/SAS/MS)				9196
Com relação ao subitem 9.1, no qual teve a determinação considerada parcialmente cumprida, esclarecemos que: • Com relação ao contrato 82014, firmado com a empresa Central IT, estamos em fase final da realização do Termo de Referência para novo processo licitatório, de modo a sanar as pendências apontadas pelos Acórdãos no 3.1372014-TCU-Plenário e n3 869/2016. TCU-Plenário. • Com relação ao contrato 26/2013, firmado com a empresa CTS, esclarecemos que o mesmo foi encerrado, e os valores referentes à fase de transformação apontados pelo Acórdão como sendo pagos a mais foram objetos de glosas nos pagamentos residuais até o encerramento do mesmo. Informamos ainda que estamos realizando o planejamento da contratação dos serviços de Fábrica de Software, Métrica e Testes, de modo a sanar as pendências apontadas pelos Acórdãos no 3.137/2014-TCU-Plenário e no 8692016-CU-Plenário. Conforme constante no Acórdão no 8692016-CU-Plenário, as recomendações do subitem 9.2.1 foram consideradas devidamente implementadas. Com relação ao subitem 9.2.2, esclarecemos que os Fiscais da Área de Tecnologia da informação estão realizando cursos inerentes à função de fiscalização e planejamento de contratação de TI com base em nosso planejamento e seguindo as disponibilidades de agendas de cursos e recursos financeiros, sob a orientação e recomendação da ARDES - Área de Desenvolvimento e Capacitação, subordinada ao SEAPE - Serviço de Administração de Pessoal. Cabe ressaltar que no ano de 2016 os fiscais do NTO realizaram um curso in company sobre Gestão e Fiscalização de Contratos Conforme Acórdão no 8692016-TCU-Plenário, as recomendações constantes no subitem 9.2.3 foram consideradas devidamente implementadas. Com relação ao subitem 9.3, informamos que a Área de Tecnologia da informação - ART encaminhou ao SEAPE - Serviço de Administração de Pessoal o quantitativo necessário de servidores da área de TI a serem alocados. Cabe ressaltar que o SEAPE solicitou providências ao Ministério da Saúde, encaminhando a Coordenadora-geral de Gestão de Pessoas do Ministério da Saúde conforme Ofícios NTOMS no 221/2013 e no 161/2015.				
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor				
Não há.				

Unidade Jurisdicionada							
Denominação Completa						Código SIORG	
Ministério da Saúde						304	
Caracterização da determinação/recomendação do TCU							
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência			
TC 023.803/2015-0			0350/2016	08/03/2016			
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação						Código SIORG	
Secretaria de Atenção à Saúde						001989	
Descrição da determinação/recomendação							
Representação do MPF sobre possíveis irregularidades na construção da UBS III Bairro Miguel Quirino, no município de São Gabriel da Cachoeira/AM							
Setor Responsável pela Implementação						Código SIORG	
Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS)						46667	
Em atenção aos Ofícios no 0350/2016 e nº 07'29/2016, oriundo do Tribunal de Contas da União, que solicita informações das construções de Unidades Básicas de Saúde do município de São Gabriel da Cachoeira/AM, o Departamento de Atenção Básica - DAB/SAS/MS presta os seguintes esclarecimentos:							
a) Situação atual das obras, com o percentual de execução:							
Proposta	Valor da Proposta	Pagamento da Primeira Parcela		Pagamento da Segunda Parcela		Percentual de Execução	Situação Atual da Proposta
		Data	Valor	Data	Valor		
12797479000113-002	512.000,00	30/08/2013	102.400,00	29/08/2014	307.200,00	60,1% a 70%	Não inseriu o atestado de conclusão para solicitar 3º parcela. O município foi notificado solicitando justificativa quanto ao não cumprimento do prazo de conclusão
12797479000113-003	659.000,00	30/08/2013	131.800,00	29/08/2014	395.400,00	70,1% a 80%	Não inseriu o atestado de conclusão para solicitar 3º parcela. O município foi notificado solicitando justificativa quanto ao não cumprimento do prazo de conclusão
12797479000113-004	512.000,00	30/08/2013	102.400,00	29/08/2014	307.200,00	50,1% a 60%	Não inseriu o atestado de conclusão para solicitar 3º parcela. O município foi notificado solicitando justificativa quanto ao não cumprimento do prazo de conclusão
12797479000113-005	512.000,00	30/08/2013	102.400,00	29/08/2014	307.200,00	50,1% a 60%	Não inseriu o atestado de conclusão para solicitar 3º parcela. O município foi notificado solicitando justificativa quanto ao não cumprimento do prazo de conclusão
12797479000114-001	773.000,00	07/08/2015	154.600,00	-	-	-	O município não solicitou o pagamento da 2ª parcela
12797479000114-005	408.000,00	-	-	-	-	-	Aguardando pagamento da 1ª parcela
b) Relatório de execução físico-financeira:							
O relatório de execução físico-financeira é um documento de controle e acompanhamento da aplicação dos recursos financeiros durante a execução da obra, sendo de responsabilidade do município, e o mesmo não é informado no Sistema de Monitoramento de obras - SISMOB. O município informa apenas o percentual de execução e as							

imagens.

c) Relação das ordens bancárias:

Os recursos foram repassados para o Fundo Municipal de Saúde, CNPJ 12.797.479/0001-18, estão constantes no sítio eletrônico www.fns.gov.br no item “Consulta de Pagamento Detalhada”.

d) Extratos bancários e movimentações dos recursos:

Os extratos bancários e movimentações dos recursos financeiros devem ser solicitados diretamente ao município. Tendo em vista que todas as transferências realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde para o município são depositadas diretamente em instituições financeiras federais sob a titularidade do Fundo Municipal de Saúde, em cumprimento ao dispõe as Leis 8.08/1990, 8.142/1990, Lei Complementar 141/2012, Decreto 7.507/2011 e demais legislações do Sistema Único de Saúde.

O Fundo Municipal de Saúde é a unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados às ações e serviços de saúde, cabendo-lhes a ordenação de despesas para a realização das ações e serviços públicos em saúde.

e) Relatórios de inspeção:

O município não foi visitado in loco, cabendo esta visita ao Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde - DENASUS, que acontece em caso de solicitações ao mesmo

f) Justificativas para o atraso nas obras e prazo previsto para sua conclusão:

Informamos que as obras de Construções de Unidades Básicas de Saúde, propostas no 12797479000113002, 12797479000113004 e 12797479000113005, tiveram os prazos de conclusões expirados em 29/02/2015, conforme disposto na Portaria nº 2.804, de 18/12/2014. Para as obras que estão com o prazo de conclusão expirado, de acordo com o Acórdão no 1426/2015-TCU-Plenário, “é possível conceder a prorrogação do prazo para conclusões de obras, desde que não seja concedida de forma genérica e imotivada”.

Diante disto, o Ministério da Saúde notificou o município, no dia 03/03/2016, solicitando uma justificativa quanto ao não cumprimento do prazo de conclusão da obra. No entanto, até o presente momento o município não respondeu a notificação.

Referente à proposta no 12797479000114001, o município tem 09 meses, a partir da data de pagamento da 1ª parcela, para inserir a Ordem de Início de Serviço no SISMOB, conforme disposto na Portaria 340, de 04/03/2016. Tendo em vista que o prazo expirou em 03/05/2016, o Ministério da Saúde notificou o município em 13/05/2016, solicitando uma justificativa quanto ao não cumprimento do prazo para inserção da Ordem de Início de Serviço. Até o presente momento o município não respondeu a notificação.

g) Relatórios de prestação de contas do município relativos às obras, e respectivos pareceres técnicos e financeiros do Ministério da Saúde, porventura existente:

Informamos que a prestação de contas da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal (transferência fundo a fundo) é formalizada por meio do Relatório Anual de Gestão - RAG, conforme estabelecido no inciso IV, art. 4º da Lei 8.142/1990, e Portaria GM/MS 2.135/2013, de acordo com o que regulamenta o art. 6º do Decreto 1.651/1995, e em cumprimento ao disposto na Seção III do Capítulo IV da Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012.

No âmbito do SUS, a aprovação das prestações de contas dos recursos transferidos na modalidade fundo a fundo é de competência do Conselho Municipal de Saúde, cabendo-lhes, portanto, apreciar e aprovar Plano Municipal de Saúde e Relatório Anual de Gestão, instrumentos que, obrigatoriamente, devem ser elaborados no Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão - SARGSUS, nos termos da Portaria GM/MS 2135/2013, sob a gestão da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa- SGEp.

h) Medidas adotadas pelo Ministério da Saúde em caso de irregularidades na execução das obras, inclusive se foi instaurada tomada de contas especial, encaminhando o respectivo relatório conclusivo:

Não cabe a este Departamento a instauração de tomada de contas especial. Como informado anteriormente as prestações de contas são submetidas ao Conselho de Saúde, à Câmara de Vereadores e à Assembleia Legislativa e, posteriormente, encaminhadas para julgamento do Tribunal de Contas (Estado/DF ou Município).

Diante disso, prestações de contas completas, bem como, os pareceres referentes à aprovação das contas relativas à aplicação dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde aos municípios, via transferência Fundo a Fundo, poderão ser diretamente requeridos junto àqueles órgãos.

Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor

Não há.

Unidade Jurisdicionada																																				
Denominação Completa				Código SIORG																																
Ministério da Saúde				304																																
Caracterização da determinação/recomendação do TCU																																				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência																																
TC 034.673/2014-8			0354/2016	11/03/2016																																
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG																																
Secretaria de Atenção à Saúde				001989																																
Descrição da determinação/recomendação																																				
Solicita ao Ministério da Saúde que encaminhe à Secretaria do TCU no Ceará toda a documentação referente à obra da Unidade Básica de Saúde da localidade de Precateira, em Peritoró/MA, que teria sido custeada com recursos do Programa de Requalificação de UBS, repassados nos exercícios de 2013 em diante.																																				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG																																
Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS)				46667																																
Informamos que o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde - Requalifica UBS, é uma das estratégias do Ministério da Saúde - MS para a estruturação e o fortalecimento da Atenção Básica. O programa tem como objetivo incentivo financeiro para ampliar, construir e reformar Unidade Básica de Saúde - UBS, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde, promovendo melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. No quadro seguinte, está elencada a proposta de Construção contemplada no Programa de Requalificação de UBS. Conforme registros constantes no Sistema de Monitoramento de Obras - SISMOB:																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Proposta</th> <th>Nome do Estabelecimento</th> <th>Valor da Proposta</th> <th>Percentual de Execução</th> <th>Situação Atual da Proposta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01612537000110001</td> <td>UBS do Povoado Precateira</td> <td>200.000,00</td> <td>100%</td> <td>Valor total repassado</td> </tr> </tbody> </table>					Proposta	Nome do Estabelecimento	Valor da Proposta	Percentual de Execução	Situação Atual da Proposta	01612537000110001	UBS do Povoado Precateira	200.000,00	100%	Valor total repassado																						
Proposta	Nome do Estabelecimento	Valor da Proposta	Percentual de Execução	Situação Atual da Proposta																																
01612537000110001	UBS do Povoado Precateira	200.000,00	100%	Valor total repassado																																
Fonte: SISMOB, maio 2016.																																				
Os recursos foram repassados para o Fundo Municipal de Saúde, CNPJ 12.253.549/0001-77, por meio da conta informada no quadro abaixo e constantes no sítio eletrônico www.fns.gov.br no item "Consulta de Pagamento Detalhada".																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Parcela</th> <th>Nº OB</th> <th>Data OB</th> <th>Banco OB</th> <th>Agência OB</th> <th>Conta OB</th> <th>Valor Parcela</th> <th>Nº Proposta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1/3</td> <td>819287</td> <td>21/07/2011</td> <td>001</td> <td>020044</td> <td>0000278386</td> <td>20.000,00</td> <td>01612537000110001</td> </tr> <tr> <td>2/3</td> <td>825610</td> <td>02/07/2014</td> <td>001</td> <td>020044</td> <td>0000278386</td> <td>130.000,00</td> <td>01612537000110001</td> </tr> <tr> <td>3/3</td> <td>805964</td> <td>12/02/2016</td> <td>001</td> <td>020044</td> <td>0000278386</td> <td>50.000,00</td> <td>01612537000110001</td> </tr> </tbody> </table>					Parcela	Nº OB	Data OB	Banco OB	Agência OB	Conta OB	Valor Parcela	Nº Proposta	1/3	819287	21/07/2011	001	020044	0000278386	20.000,00	01612537000110001	2/3	825610	02/07/2014	001	020044	0000278386	130.000,00	01612537000110001	3/3	805964	12/02/2016	001	020044	0000278386	50.000,00	01612537000110001
Parcela	Nº OB	Data OB	Banco OB	Agência OB	Conta OB	Valor Parcela	Nº Proposta																													
1/3	819287	21/07/2011	001	020044	0000278386	20.000,00	01612537000110001																													
2/3	825610	02/07/2014	001	020044	0000278386	130.000,00	01612537000110001																													
3/3	805964	12/02/2016	001	020044	0000278386	50.000,00	01612537000110001																													
A prestação de contas da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal (transferência fundo a fundo) é formalizada por meio do Relatório Anual de Gestão - RAG, conforme estabelecido no inciso IV, art. 4º da Lei 8.142/1990, e Portaria GM/MS 2.135/2013, de acordo com o que regulamenta o art. 6º do Decreto 1.651/1995, e em cumprimento ao disposto na Seção III do Capítulo IV da Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012. Diante disso, prestações de contas completas, bem como, os pareceres referentes à aprovação das contas relativas à aplicação dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde aos municípios, via transferência Fundo a Fundo, poderão ser diretamente requeridos junto àqueles órgãos. Informamos que o Tribunal de Contas da União tem acesso às informações de contratação, pagamento, percentual de execução e imagens das obras do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, constantes no Sistema de Monitoramento de Obras - SISMOB. As devidas solicitações de acesso deverão ser encaminhadas ao Ministro da Saúde ou Secretário Executivo.																																				
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor																																				
Não há.																																				

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 024.492/2013-2	959/2016		0215/2016	22/03/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Representação sobre o não funcionamento da Unidade de Pronto Atendimento - UPA de Planaltina de Goiás				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgências (DAHU/SAS/MS)				122772
Esta Coordenação Geral de Urgência e Emergência - CGUE informa que: O município de Planaltina de Goiás/GO foi contemplado com 01 (uma) Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h Porte I, através do Contrato nº 0282801-30 juntamente a Caixa Econômica Federal em 21 de dezembro de 2008. Não havendo data prevista para a inauguração da referida unidade, na data de 07 de Novembro de 2013 foi realizado visita técnica pelo Ministério da Saúde na UPA 24h de Planaltina de Goiás e foi constatado que a unidade de saúde encontrava-se suja, com esquadrias e vidros quebrados, forro de gesso quebrado, algumas louças e bancadas de granito arrancadas, havia pichações e as instalações elétricas estavam danificadas. Diante o exposto foi enviado por esta Coordenação o Ofício no 149/2014 (cópia anexo) solicitando manifestação oficial da Secretaria Municipal de Saúde de Planaltina de Goiás, acerca das providências tomadas pela gestão municipal diante as constatações descritas acima e data prevista para início do funcionamento da unidade. Não havendo manifestação á respeito, no mês de abril de 2014 a Coordenação Geral de Urgência e Emergência convocou o Prefeito, o Vice-Prefeito, a Presidente do Conselho Municipal de Saúde e a Secretária Municipal de Saúde de Planaltina de Goiás para uma reunião acerca da situação da UPA 24h do município. Nesta reunião a gestão municipal assumiu o compromisso de continuar empreendendo esforços para dar início ao funcionamento da unidade. Como a referida unidade não foi inaugurada, foi enviado por esta Coordenação o Ofício no 152/2014, solicitando data prevista para início do funcionamento do serviço. Não ocorrendo à devida inauguração, foi reiterada a necessidade de posicionamento da gestão local acerca da data de início do funcionamento do serviço através do envio por esta Coordenação dos Ofícios no 070/2016, nº 380/2016 e nº 1062/2016. Em junho/2016 foi recebido nesta Coordenação o Ofício no 940/2016 onde o gestor do município de Planaltina de Goiás declara que a UPA 24h de Planaltina de Goiás foi reformada, revitalizada e o impedimento para a devida inauguração estava relacionado com a dificuldade na finalização do processo licitatório para a instalação elétrica de alta tensão e compra do gerador, porém foi relatado que a data prevista para a devida inauguração será setembro/2016. Diante o exposto na data de 23/08/2016 foi realizada visita técnica na UPA 24h de Planaltina de Goiás por parte da equipe do Ministério da Saúde para as devidas constatações e foi averiguado que a referida unidade de saúde encontra-se reformada, revitalizada, com a presença de segurança armada nas 24h do dia, encontra-se limpa, com padronização visual, áreas internas dentro do quantitativo preconizado para o adequado funcionamento de uma Unidade de Pronto Atendimento porte I, presença de instalação de gases e rede elétrica de baixa tensão. Foi avaliado a planta baixa da referida unidade que havia sido anteriormente aprovada pelo Ministério da Saúde e foi constatado a rigorosidade na construção do que foi anteriormente pactuado. Também foi constatado no local a presença de equipamento de RX e demais materiais e equipamentos necessários para compor uma UPA 24h porte I. Foi informado pelo Gestor Administrativo Carlos que acompanhou a visita técnica em questão que os recursos humanos serão realocados do Pronto Socorro do município que será fechado para a UPA 24h, os colaboradores já foram comunicados. Foi informado que os equipamentos de informática foram adquiridos e encontram-se na Secretaria de Saúde aguardando a devida instalação, O processo licitatório para a rede elétrica de alta tensão e aquisição do gerador da unidade de saúde estava ocorrendo no dia da visita 23/08/2016 e a licitação dos móveis para compor a referida unidade já foram licitados e serão entregues na primeira semana de setembro.				
Assim, esclarecemos que a UPA 24h de Planaltina de Goiás/GO vem sendo acompanhada por este Ministério da				

Saúde para que seja cumprido a data prevista de inauguração para o mês de setembro/2016.
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor
Não há.

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 018.739/2012-1	3239/2013-TCU-Plenário	9.8	0509/2016	12/09/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
9.8. determinar ao Ministério da Saúde que, no prazo de 90 (noventa) dias: 9.8.1. elabore normativo para regulamentar a participação de organizações sociais no SUS, compreendendo, em especial, a transferência do gerenciamento de unidades públicas de saúde para organizações sociais; 9.8.2. oriente os gestores federais, estaduais e municipais acerca dos entendimentos desta Corte sintetizados a seguir, pelos meios que entenda mais adequados a propiciar a repercussão necessária, a exemplo de cartilhas, sítio na internet, palestras e manuais: 9.8.2.1. apesar de abrir mão da execução direta dos serviços de saúde objeto de contratos de gestão, o Poder Público mantém responsabilidade de garantir que sejam prestados na quantidade e qualidade apropriados; 9.8.2.2. do processo de transferência do gerenciamento dos serviços de saúde para organizações sociais deve constar estudo detalhado que contemple a fundamentação da conclusão de que a transferência do gerenciamento para organizações sociais mostra-se a melhor opção, avaliação precisa dos custos do serviço e dos ganhos de eficiência esperados, bem assim planilha detalhada com a estimativa de custos da execução dos contratos de gestão; 9.8.2.3. a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais deve ocorrer mediante processo objetivo em que os critérios para concessão ou recusa do título sejam demonstrados nos autos do processo administrativo; 9.8.2.4. a escolha da organização social para celebração de contrato de gestão deve, sempre que possível, ser realizada a partir de chamamento público, devendo constar dos autos do processo administrativo correspondente as razões para sua não realização, se for esse o caso, e os critérios objetivos previamente estabelecidos utilizados na escolha de determinada entidade, a teor do disposto no art. 7º da Lei 9.637/1998 e no art. 3º combinado com o art. 116 da Lei 8.666/1993; 9.8.2.5. as organizações sociais submetem-se a regulamento próprio sobre compras e contratação de obras e serviços com emprego de recursos provenientes do Poder Público, observados os princípios da impessoalidade, moralidade e economicidade, sendo necessário, no mínimo, cotação prévia de preços no mercado; 9.8.2.6. não é necessário concurso público para organizações sociais selecionarem empregados que irão atuar nos serviços objeto de contrato de gestão; entretanto, durante o tempo em que mantiverem contrato de gestão com o Poder Público Federal, devem realizar processos seletivos com observância aos princípios constitucionais da impessoalidade, publicidade e moralidade; 9.8.2.7. os Conselhos de Saúde devem participar das decisões relativas à terceirização dos serviços de saúde e da fiscalização da prestação de contas das organizações sociais, a teor do disposto no art. 1º, §2º, da Lei Federal 8.142/1990; 9.8.2.8. os contratos de gestão devem prever metas, com seus respectivos prazos de execução, bem assim indicadores de qualidade e produtividade, em consonância com o inciso I do art. 7º da Lei 9.637/1998; 9.8.2.9. os indicadores previstos nos contratos de gestão devem possuir os atributos necessários para garantir a efetividade da avaliação dos resultados alcançados, abrangendo as dimensões necessárias à visão ampla acerca do desempenho da organização social; e 9.8.2.10. a comissão a quem cabe avaliar os resultados atingidos no contrato de gestão, referida no §2º do art. 8º da Lei 9.637/1998, deve ser formada por especialistas da área correspondente.				

Setor Responsável pela Implementação	Código SIORG
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS)	5005
Trata-se de expediente oriundo do Tribunal de Contas da União – Secretaria de Controle Interno da Saúde, onde solicita ao Ministério da Saúde o encaminhamento de informações sobre o cumprimento do item 9.8 do Acórdão nº 3239/2013-TCU-Plenário. Em atenção ao assunto, cabe informar que o Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde está disponibilizado no link: http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/28/MANUAL-DE-ORIENTACOES PARA-CONTRATACAO-DE-SERVICOS-DE-SAUDE.pdf Como forma de melhor orientar os gestores locais do SUS com relação a celebração de instrumento contratual, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 2567, de 25 de novembro de 2016, no Diário Oficial da União nº 227, de 28 de novembro de 2016, página 107, que dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução e ações de saúde e credenciamento de prestação de serviços no âmbito do SUS.	
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor	
Não há.	

Unidade Jurisdicionada																
Denominação Completa				Código SIORG												
Ministério da Saúde				304												
Caracterização da determinação/recomendação do TCU																
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência												
TC 016.462/2016-5	58/2017	1.10	0886/2016	19/09/2016												
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG												
Secretaria de Atenção à Saúde				001989												
Descrição da determinação/recomendação																
1.10. Determinar ao Ministério da Saúde que, no prazo de 60 (sessenta) dias, contados da ciência desta deliberação, apure as ocorrências, avalie sua regularidade e, em caso negativo, adote providências para fazer cumprir, por parte do município de Caiçara do Rio do Vento/RN, a carga horária integral dos servidores lotados na Unidade do Programa Saúde da família, conforme inciso V da Portaria MS/GM 2.488, de 21/10/2011, e evitar prejuízo ao SUS, inclusive mediante suspensão dos repasses de recursos do Bloco de Atenção Básica ao referido município, se necessário, até a regularização da situação																
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG												
Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS)				46667												
Inicialmente, informa-se que a presente matéria já foi alvo de manifestação por parte deste Departamento por meio da Nota Técnica nº 632/16. Em resposta, informamos que em face da demanda oriunda do referido órgão de controle, este Departamento remeteu ofício à Secretaria Municipal de Saúde de Caiçara do Rio do Vento - RN solicitando ao gestor responsável o encaminhamento de manifestação formal acerca das medidas adotadas frente aos apontamentos constantes no referido relatório. Ainda, foi solicitado à Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Norte a realização de supervisão técnica junto ao município em questão. No que se refere ao descumprimento carga horária de 40 horas semanais por parte dos profissionais da saúde e composição das equipes da ESF, não houve manifestação dos gestores municipal e estadual. Diante da ausência de manifestação de ambos os gestores frente às irregularidades mencionadas acima, com fundamento nos termos do Anexo I da Portaria nº 2.488/2011, este Departamento de Atenção Básica (DAB) promoverá a suspensão da transferência dos incentivos financeiros referentes à Estratégia Saúde da Família no município de Caiçara do Rio do Vento - RN, relativo a 2 (duas) equipes de Saúde da Família e 2 (duas) equipes de Saúde Bucal, a partir da competência financeira março/2017. A medida de suspensão permanecerá até a demonstração do devido saneamento das irregularidades detectadas, devidamente verificadas pela SES/RN. O Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e Identificador Nacional de Equipes (INE) das equipes suspensas são: <table border="1"> <thead> <tr> <th>CNES</th> <th>ESTABELECIMENTOS</th> <th>INE</th> <th>TIPO DE ESQUIPE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6685536</td> <td>UNIDADE DO PROGRAMA SAUDE DA FAMILIA</td> <td>0000107581</td> <td>CONVENCIONAL COM SAÚDE BUCAL</td> </tr> <tr> <td>6786731</td> <td>POSTO DE SAUDE SERRA DA GAMELEIRA</td> <td>0001534092</td> <td>CONVENCIONAL COM SAÚDE BUCAL</td> </tr> </tbody> </table>					CNES	ESTABELECIMENTOS	INE	TIPO DE ESQUIPE	6685536	UNIDADE DO PROGRAMA SAUDE DA FAMILIA	0000107581	CONVENCIONAL COM SAÚDE BUCAL	6786731	POSTO DE SAUDE SERRA DA GAMELEIRA	0001534092	CONVENCIONAL COM SAÚDE BUCAL
CNES	ESTABELECIMENTOS	INE	TIPO DE ESQUIPE													
6685536	UNIDADE DO PROGRAMA SAUDE DA FAMILIA	0000107581	CONVENCIONAL COM SAÚDE BUCAL													
6786731	POSTO DE SAUDE SERRA DA GAMELEIRA	0001534092	CONVENCIONAL COM SAÚDE BUCAL													
Na oportunidade, colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais e para, no âmbito de Responsabilidade, prestar o apoio que se fizer necessário.																
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo																

Gestor
Não há.

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 033.230/2015-3	4403/2016 – 2ª Câmara	a.2	0473/2016	16/06/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Representação - possíveis irregularidades acerca de recursos federais repassados ao Município de Serra Branca/PB				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgências (DAHU/SAS/MS)				122772
Esta Coordenação Geral de Urgência e Emergência - CGUE tem a esclarecer que o interessado entrou com proposta de equipamentos para a UPA 24h de Serra Branca, PB, no Sítio do Fundo Nacional de Saúde e que a referida proposta recebeu o nº 05456.092000/1 16002, no valor total de R\$522.630,00, (quinhentos e vinte e dois mil, seiscentos e trinta reais) tendo recebido o parecer de mérito favorável da CGUE/DAHU/SAS/MS em 04/07/2016; e o parecer de mérito técnico-econômico favorável da COAINF/CFAFI/DEFNS/SE/MS, em 13/07/2016, foi autuado sob no de SIPAR 25000.125155/2016-54. O processo SIPAR 25000.125155/2016-54 foi atendido pela Portaria GM MS Nº 1847 de 13/10/2016 e o valor repassado pelo Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde de Serra Branca, PB em 23/12/2016, conforme documentos copiados abaixo. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro PORTARIA Nº 1.847, DE 13 DE OUTUBRO DE 2016 <i>Habilita os Municípios de Serra Branca (PB) e Lorena (SP) a receberem recursos destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para estabelecimentos de saúde.</i> O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e It do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando a Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, que institui as normas gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal; Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; Considerando a Lei nº 13.242, de 30 de dezembro de 2015, que dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e execução da Lei Orçamentária de 2016 e dá outras providências; Considerando a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o S 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo, revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993, e dá outras providências; Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências; Considerando a Portaria no 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle, Considerando a Portaria nº 837/GM/MS, de 23 de abril de 2009, que altera e acrescenta dispositivos à Portaria no 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de				

saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde; e

Considerando a Portaria no 3.134/GM/MS, de 17 de dezembro de 2013, que dispõe sobre a transferência de recursos financeiros de investimento do Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a expansão e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e cria a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS (RENEM) e o Programa de Cooperação Técnica (PROCOT) no âmbito do Ministério da Saúde, resolve:

Art. 1º Ficam habilitados os Municípios descritos no anexo a esta Portaria, a receberem os recursos federais destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para estabelecimentos de saúde.

Art. 2º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias à transferência dos recursos financeiros em parcela única, na modalidade fundo a fundo, para os Fundos de Saúde Municipais, após serem atendidas as condições previstas no S 1º e no S 8º do art. 13 da Portaria no 3.134/GMMS, de 17 de dezembro de 2013.

Art. 3º Os recursos orçamentários, de que trata esta Portaria, farão parte do Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, e que corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, onerando o Programa de Trabalho 10.302.2015.8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde - Plano Orçamentário - 0004 - Viver Sem Limite e Plano Orçamentário - 0000 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS

ANEXO

MUNICÍPIOS HABILITADOS A RECEBEREM RECURSOS FEDERAIS DESTINADOS À AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS NO AMBITO DA ATENCAO ESPECIALIZADA

MUNICÍPIO	ENTIDADE	PROPOSTA	VALOR	FUNCIONAL PROGRAMÁTICA	PLANO ORÇAMENTÁRIO
PB	SERRA BRANCA	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SERRA BRANCA	05456.092000/1160-02	522.630,00	10.302.2015.8535.0001 0000
SP	LORENA	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LORENA	10872.128000/1160-02	1.498.981,12	10.302.2015.8535.0001 0004
	TOTAL	02		2.022.591,12	

UF / Município: PB / SERRA BRANCA Código IBGE: 251550 População: 13.637 Habitantes Ano Censo: 2016

Entidade: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE CPF/CNPJ: 05.456.092/0001-32

Bloco: INVESTIMENTO

Componente: AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE

Ação/Serviço/Estratégia: ESTRUTURAÇÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE

Prefeito(a): VICENTE FIALHO DE SOUSA NETO Data Inicial Gestão: 01/01/2017

Secretário(a): DEBORA CHARMENE COSTA CAMPOS

Presidente Conselho: Marcelo Jackson Diniz Almeida

Comp./Parcela	Nº OB	Data OB	Tipo Repasse	Banco	Agência	Conta OB	Saldo C/C	Valor Total	Desconto	Valor Líquido	Motivo Rejeição	Processo	Nº Proposta
10 de 12/2016	85813	23/12/2016	MUNICIPAL	001	011444	000023946	Saldo	522.630,00	0,00	522.630,00		25000.125155/2016-0545609200011600	2
							Saldo	522.630,00	0,00	522.630,00			

Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor

Não há.

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 013.247/2012-3	2049/2016 - Plenário	6.8	699/2016	02/09/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
9.1.9. fixe prazo para conclusão de cada uma das obras que apresentem atrasos em relação ao cronograma originalmente firmado entre o ente federativo e o Ministério da Saúde; 9.1.10. se abstenha de realizar novas prorrogações gerais de prazos para as obras habilitadas em 2013, e, para as obras habilitadas a partir de 2014, institua procedimentos para a análise pormenorizada de cada caso concreto a fim de motivar a decisão pela prorrogação da conclusão da obra, ou pela não prorrogação nos casos em que não haja perspectiva de finalização em prazo razoável, com a consequente cobrança de devolução do recurso federal repassado				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgências (DAHU/SAS/MS)				122772
A Coordenação Geral de Urgência e Emergência — CGUE esclarece:				
Para o tem 6.8 do Acórdão 2049/2016 que referencia o tem 9.1.9 do Acórdão 1426/2015, as propostas de UPA 24h em execução estão sendo notificadas sobre os atrasos e, caso a caso, estão sendo analisadas as respostas dos proponentes às notificações da CGUE/DAHU/SAS/MS e novos prazos estão sendo fixados ou, para as situações em que cabem, estão sendo elaborados relatórios circunstanciados e enviados ao DENASUS para as providências de auditoria. Para o Item 6.8 do Acórdão 2049/2016 que referencia o Item 9.1.10 do Acórdão 1426/2015, a CGUE/DAHU/SAS/MS se abstém de efetuar prorrogações gerais de prazos para as propostas de UPA 24h de 2013. Providenciou, em 2014, 2015 e 2016 o cancelamento de 63 propostas de UPA 24h do PAC2 2013 que se encontravam na condição de ação preparatória e com prazo vencido para apresentação de Ordem de Início de Serviço. Para as 21 propostas de UPA 24h do PAC2 2014, 16 foram canceladas por descumprimento de prazo na apresentação da Ordem de Serviço. As outras 5 propostas, uma (Mogi das Cruzes SP) está concluída e em funcionamento, uma (Paudalho, PE) está na fase de preparação para entrada em funcionamento, duas (Rio Grande RS e Santos SP), estão aguardando o repasse da 2. parcela por parte do Ministério da Saúde e uma (São Vicente, SP) em diligência do documento de Ordem de Início de Serviço. Para o Item 8, subitem “b”, que altera o texto do subitem 9.3.1 do Acórdão 2291/2014, a CGUE/DAHU/SAS/MS se abstém de efetuar prorrogações gerais de prazos para as propostas de UPA 24h anteriores a 2013. As propostas de UPA 24h deste período estão sendo notificadas, caso a caso, estão sendo analisadas as respostas dos proponentes às notificações da CGUE e novos prazos estão sendo fixados ou, para as situações em que cabem, estão sendo elaborados relatórios circunstanciados e enviados ao DENASUS para as providências de auditoria. A CGUE/DAHU/SAS/MS esclarece ainda que em cumprimento ao definido na Portaria nº 381 GM/MS de 06 de fevereiro de 2017, art. 17 S1º e S2º, todas as propostas de UPA 24h em atraso foram notificadas em 01/03/2017 tendo até o dia 12/05/2017, para apresentar justificativa e novo prazo e, em caso de não retorno, a elaboração de relatório circunstanciado para cancelamento e devolução do recurso repassado.				
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor				
Não há.				

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa			Código SIORG	
Ministério da Saúde			304	
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 014.109/2015-8	435/2016	9.1 e 9.4	0100/2016	16/03/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação			Código SIORG	
Secretaria de Atenção à Saúde			001989	
Descrição da determinação/recomendação				
Adoção das medidas previstas nos itens 9.1 e 9.4 do acórdão nº 435/2016, acompanhado de relatório e voto que o fundamentam, proferido ao apreciar o relatório de auditoria operacional realizada por esta secretaria, com o objetivo de avaliar a efetividade dos procedimentos de controle adotados pelo ministério no que tange á aquisição e utilização de órteses, próteses e materiais especiais (OPME)				
Setor Responsável pela Implementação			Código SIORG	
Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS)			5003	
Segundo o Acórdão, deverá o Ministério da Saúde em conjunto com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, se necessário, apresentar ao TCU, no prazo de 60 dias, plano de ação com vista a sanear/minimizar os seguintes problemas identificados nos processos de controle relativos à aquisição e ao uso de dispositivos médicos implantáveis - DMI, contendo, no mínimo, as medidas a serem adotadas, os responsáveis pelas ações e o prazo previsto para sua implementação. Em documento da ASJUR/GAB SAS/MS, datado de 07/10/2016, é solicitada a atualização da Nota Técnica CGMAC/DAET/SAS/MS no 428/2016, elaborada em 29/04/2016. Essa CGMAC informa então que apenas ocorreu a alteração da situação referente ao Manual de Boas Práticas em Órteses, Próteses e Materiais Especiais. Assim, em resposta aos itens que são de responsabilidade do Ministério da Saúde, alguns já foram respondidos por meio do Despacho DAET/SAS/MS nº 1 de 05/01/2016, e na Nota Técnica presente apresentaremos a atualização destes: 9.1.4. Insuficiência de orientações sobre a indicação de utilização desses materiais, por meio de protocolos de uso e normas de autorização, especialmente daqueles que são considerados estratégicos pelo Ministério da Saúde, o que prejudica seu uso racional, a segurança do paciente e a definição de parâmetros para a auditoria do sistema de saúde. Resposta -- A Secretaria de Atenção à Saúde como membro da CONITEC e da Subcomissão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT, editora e é responsável pela publicação de normas e protocolos de autorização de atenção à saúde. Na relação de portarias publicadas desde 1999 e citadas no despacho anterior referido, acrescentamos as seguintes: - Portaria SAS 307, de 29/02/2016 que aprova o protocolo de uso de marca-passos cardíacos e ressyncronizadores. - A Portaria Nº 935, de 9 de julho de 2015 que institui o Grupo de Trabalho Tripartite sobre Dispositivos Médicos Implantáveis - GTT DMI, com a finalidade de acompanhar a agenda de implementação das medidas propostas pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais - GTI OPME, criado pela Portaria interministerial no 38/MS/MF/MJ, de 8 de janeiro de 2015, e de discutir e de propor o aperfeiçoamento das ações apresentadas. - A Portaria Nº 936, de 9 de julho de 2015 que institui Grupo de Trabalho Executivo, vinculado e sob coordenação do Gabinete do Ministro da Saúde, com a finalidade de gerenciar a implementação da agenda das propostas do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais - GTI OPME, criado pela Portaria Interministerial no 38/MS/MF/MJ, de 8 de janeiro de 2015 e, em conjunto com o Grupo de Trabalho Tripartite sobre Dispositivos Médicos implantáveis - GTT DMI, constituído pela Portaria no 935/GM/MS, de 9 de julho de 2015, aperfeiçoar as medidas definidas. - A Portaria Nº 1.722, de 18 de setembro de 2016 que designou os servidores indicados para integrar o				

Relatório de Gestão da SAS - 2016

Página 519

Grupo de Trabalho Executivo, instituído pela Portaria nº 936/GM/MS de 09/07/2015 com a finalidade de gerenciar a implementação da agenda das propostas do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais e aperfeiçoar as medidas definidas, em conjunto com o Grupo de Trabalho Tripartite sobre Dispositivos Médicos implantáveis - CTT-DMI, constituído pela Portaria nº 935/2015 GM/MS. Este grupo terá sua primeira reunião em 19/10/2016.

- A Portaria Nº 1.723, de 28 de setembro de 2016 que designou os representantes indicados para integrar o Grupo de Trabalho Tripartite instituído pela Portaria nº 935/GM/MS, de 09/07/2015, com a finalidade de acompanhar a agenda de implementação das medidas propostas pelo "Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais".
- A Portaria SAS 307, de 29/02/2016 que aprova o protocolo de uso de marca-passos cardíacos e ressyncronizadores.
- Revisão da Portaria no 1.370 de 30/12/2015 que aprovou as normas de autorização de prótese total de joelho e de prótese total de quadril híbrida. Essa revisão visa retirar o termo “cromo-cobalto” dos componentes metálicos das próteses, tendo em vista que existem outras ligas que podem ser utilizadas nas mesmas. Além disso, no que tange aos estudos prospectivos que exigem comprovação de sobrevida livre de novas cirurgias de revisão da cirurgia de joelho maior que 90% em 10 anos de pós-operatório e nos casos da cirurgia de quadril, sobrevida livre de novas cirurgias de revisão de mais de 95% em 10 anos do pós-operatório, estes têm que serem revistos, uma vez que no Brasil ainda não existem estes estudos nesse período de tempo.

Continuam na fase de elaboração os protocolos abaixo:

OPME	Documento	Elaboração	Status	1ª versão	Versão Final	Resp
Stent coronariano farmacológico	Normas de Autorização	INC	Em elaboração (em formato de normas de autorização).	Portarias SCTIE 29, de 27/08/2014, e SAS/MS 983, de 1º/10/2014.	08/2015	SCTIE
Stent coronariano metálico	Normas de Autorização	INC	Em elaboração (atualização).	Portaria SAS/MS 726, de 06/12/1999.	08/2015	SCTIE
Endoprótese Aórtica	Normas de Autorização	INC	Em elaboração.	15/07	08/2015	SCTIE
Endoprótese torácica	Normas de Autorização	INC	Em elaboração.	15/07	08/2015	SCTIE

- 9.4.2. Dar maior publicidade ao Manual de Boas Práticas em Órteses, Próteses e Materiais Especiais proposto pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional instituído pela Portaria Interministerial nº 38/2015, com vistas a auxiliar os hospitais da Rede SUS a implementar melhorias na gestão de dispositivos médicos implantáveis.

Resposta - O Manual de Boas Práticas de Gestão de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME encontra-se disponível, desde o dia 19 de agosto de 2016, pelo link http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_praticas_gestao_proteses_materiais_especiais.pdf e está em trâmite de encaminhamento aos estabelecimentos de saúde do território nacional.

Além do material disponível eletronicamente, o Manual será encaminhado em formato de CD para os 4.000 hospitais que faturaram alguma OPME no ano de 2015 assim como gestores do SUS e Órgãos de Controle.

Esse Manual é resultado da cooperação técnica de diversas instituições de saúde: o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia — INTO/Ministério da Saúde, Grupo Hospitalar Conceição - GHC/Ministério da Saúde e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, além de técnicos do próprio Ministério da Saúde.

Em paralelo, foi criado curso de Gestão de OPME disponível na plataforma AVASUS (Plataforma AVA-SUS - Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde), pelo link: <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=42> lançado pelo Ministério da Saúde (MS) com livre

acesso aos profissionais de nível médio e superior que trabalhem direta ou indiretamente com OPME (DMI) sugerindo diretrizes e propondo uniformização das atividades de aquisição, solicitação, recebimento, armazenagem, dispensação, utilização e controle de OPME, visando organizar o fluxo do processo de trabalho, em consonância com ferramentas que assegurem a adoção de boas práticas.

Os módulos educacionais foram produzidos com o apoio do Instituto de Traumatologia e Ortopedia - INTO, Grupo Hospitalar Conceição – GHC, Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA além da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

- Elaboração de Plano de Ação.

Resposta - Quanto ao Plano de Ação com vista a sanear/minimizar os seguintes problemas identificados nos processos de controle relativos à aquisição e ao uso de dispositivos médicos implantáveis — DMI, informamos que este já se encontra de maneira detalhada no Relatório Final do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre órteses, próteses e materiais especiais (GTI-OPME), páginas 140 a 169. Link: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/07/Relatorio-Finalversao-final-6-7-015.pdf>.

Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor

Não há.

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 014.109/2015-8	435/2016	9.1 e 9.4	0100/2016	16/03/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Adoção das medidas previstas nos itens 9.1 e 9.4 do acórdão nº 435/2016, acompanhado de relatório e voto que o fundamentam, proferido ao apreciar o relatório de auditoria operacional realizada por esta secretaria, com o objetivo de avaliar a efetividade dos procedimentos de controle adotados pelo ministério no que tange à aquisição e utilização de órteses, próteses e materiais especiais (OPME)				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro (DGH/SAS/MS)				88778
PLANO DE AÇÃO OPME – DGH 2016				
I. OBJETO Relatório de Auditoria TCU - Aquisição e utilização de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) para uso em pacientes do Sistema Único De Saúde (SUS). Número do Acórdão: 435 Ano do Acórdão: 2016 Colegiado: Plenário Processo: 014.109/2015-8 Tipo do processo: RELATÓRIO DE AUDITORIA (RA) Interessado: 3.1. Interessado: Congresso Nacional. Relator: BRUNO DANTAS Unidade técnica: Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaude). Assunto: Auditoria Operacional com o objetivo de examinar a efetividade dos procedimentos de controle adotados pelo Ministério da Saúde no que tange à aquisição e utilização de órteses, próteses e materiais especiais para uso em pacientes do SUS. Análise das diligências. Sumário: RELATÓRIO DE AUDITORIA OPERACIONAL DECORRENTE DE DETERMINAÇÃO FEITA NOS AUTOS DE SOLICITAÇÃO DO CONGRESSO NACIONAL. AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DOS PROCEDIMENTOS DE CONTROLE ADOTADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO QUE TANGE À AQUISIÇÃO E UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME) PARA USO EM PACIENTES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). DEFICIÊNCIA NA PADRONIZAÇÃO DE NOMENCLATURAS NO REGISTRO DOS DISPOSITIVOS MÉDICOS IMPLANTÁVEIS (DMI), DIFICULTANDO A COMPARAÇÃO DOS PRODUTOS, SEJA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISAS DE PREÇOS, SEJA PARA A UNIFORMIZAÇÃO DE USO. INEXISTÊNCIA DE UM REFERENCIAL PÚBLICO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE DMI. INSUFICIÊNCIA DE ORIENTAÇÕES SOBRE A INDICAÇÃO DE USO DE DMI POR MEIO DE PROTOCOLOS DE USO E NORMAS DE AUTORIZAÇÃO, GERANDO RISCOS RELACIONADOS À AQUISIÇÃO DE QUANTIDADES DESNECESSÁRIAS DESSES MATERIAIS, ALÉM DE PREJUÍZO AO SEU USO RACIONAL E SEGURO. FRAGILIDADES NA OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA DE AQUISIÇÃO E UTILIZAÇÃO DE DMI NO ÂMBITO DOS HOSPITAIS FEDERAIS AVALIADOS. DETERMINAÇÕES E RECOMENDAÇÕES. APENSAMENTO DOS AUTOS À SOLICITAÇÃO DO CONGRESSO NACIONAL, CONSIDERANDO-A ATENDIDA.				

Acórdão:

VISTOS, relatados e discutidos os autos deste Relatório de Auditoria Operacional resultante da fiscalização realizada pela Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde), por determinação do [Acórdão 1.434/2015-TCU-Plenário](#) (TC 007.444/2015-0, peça 7), com o objetivo de avaliar a efetividade dos procedimentos de controle adotados pelo Ministério da Saúde no que tange à aquisição e utilização de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) para uso em pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em Sessão Plenária, ante as razões expostas pelo Relator, em:

9.1. com fundamento no art. 250, II, do Regimento Interno/TCU, e tendo em vista o disposto nos arts. 2º, § 1º, I, 7º, IX e XXV, da Lei 9.782/1999, e 19-Q da Lei 8.080/1990, determinar ao Ministério da Saúde que, em conjunto com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, quando necessário, formule e apresente a este Tribunal, no prazo de 60 (sessenta) dias, plano de ação com vistas a sanear/minimizar os seguintes problemas identificados nos processos de controle relativos à aquisição e ao uso de dispositivos médicos implantáveis (DMI), contendo, no mínimo, as medidas a serem adotadas, os responsáveis pelas ações e o prazo previsto para sua implementação:

9.1.1. ausência de padronização de nomenclaturas, situação que prejudica a comparação dos produtos, seja para a realização de pesquisas de preços, seja para a criação de parâmetros de uso;

9.1.2. inexistência de referencial de preços que possa servir para as aquisições públicas;

9.1.3. deficiência no monitoramento da evolução dos preços, determinado pelo art. 7º, inciso XXV, da Lei 9.782/1999, bem como na divulgação das informações econômicas prestadas no ato de registro desses dispositivos;

9.1.4. insuficiência de orientações sobre a indicação de utilização desses materiais, por meio de Protocolos de Uso e Normas de Autorização, especialmente daqueles que são considerados estratégicos pelo Ministério da Saúde, o que prejudica seu uso racional, a segurança do paciente e a definição de parâmetros para a auditoria do sistema de saúde;

9.2. com fundamento no art. 250, inciso II, do Regimento Interno/TCU, e tendo em vista o disposto nos arts. 19-M, inciso I, 19-N, inciso II, da Lei 8.080/1990, 2º e 6º, § 1º, da Portaria SAS/MS 403/2015, 1º e 2º da Portaria SE/MS 349/2008, assim como no Manual de Boas Práticas em Órteses Próteses e Materiais Especiais (OPME) proposto pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional instituído pela Portaria Interministerial 38/2015, determinar ao Hospital Federal de Bonsucesso e ao Hospital Federal dos Servidores do Estado que:

9.2.1. em conjunto com o Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro (DGH), apresentem a este Tribunal, no prazo de 60 (sessenta) dias, plano de ação com vistas a sanear os problemas a seguir identificados, contendo, no mínimo, as medidas a serem adotadas, os responsáveis pelas ações e o prazo previsto para sua implementação:

9.2.1.1. ausência de rotinas de planejamento especificamente voltadas para a aquisição e utilização de dispositivos médicos implantáveis (DMI), dado o vulto e a relevância de tais materiais, conforme a Portaria SAS/MS 403/2015 e os critérios de planejamento definidos no Manual de Boas Práticas em OPME proposto pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional instituído pela Portaria Interministerial 38/2015;

9.2.1.2. falta de diretrizes mínimas relativas ao uso de DMI para serem utilizadas internamente enquanto não são publicados por parte do Ministério da Saúde as normas de autorização e os protocolos de uso necessários à utilização racional, à segurança do paciente e à definição de parâmetros para a auditoria do sistema de saúde no que diz respeito a esses dispositivos;

9.2.2. juntamente com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) e com o Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro (DGH), apresentem a este Tribunal, no prazo de 60 (sessenta) dias, plano de ação com vistas a sanear a ausência de sistemas informatizados que permitam gerir e controlar a aquisição, o recebimento, a guarda e a utilização de DMI, nos termos do art. 6º, § 1º, da Portaria SAS/MS 403/2015 e do Manual de Boas Práticas em OPME proposto pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional instituído pela Portaria Interministerial 38/2015, contendo, no mínimo, as medidas a serem adotadas, os responsáveis pelas ações e o prazo previsto para sua implementação;

9.3. com fundamento no art. 250, II, do Regimento Interno/TCU, e tendo em vista o disposto no art. 19, do

Decreto 8.065/2013, determinar ao Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro (DGH) que:

9.3.1. apresente a este Tribunal, no prazo de 60 (sessenta) dias, plano de ação com vistas a aprimorar a coordenação e o monitoramento das compras de dispositivos médicos implantáveis executadas pelas unidades assistenciais sob sua responsabilidade, contendo, no mínimo, as medidas a serem adotadas, os responsáveis pelas ações e o prazo previsto para a sua implementação;

9.3.2. avalie a conveniência e oportunidade de estender às demais unidades assistenciais sob sua responsabilidade os planos de ação de que tratam os subitens 9.2.1 e 9.2.2 *supra*, com vistas à correção das possíveis fragilidades semelhantes às identificadas no Hospital Federal de Bonsucesso e no Hospital Federal dos Servidores do Estado, e apresente a esta Corte, no prazo de 60 (sessenta) dias, as conclusões obtidas;

9.4. com fundamento no art. 250, III, do Regimento Interno/TCU, fazer as seguintes recomendações ao Ministério da Saúde, o qual deverá, ao término do prazo de 60 (sessenta) dias, contados da ciência deste Acórdão, informar ao TCU as medidas adotadas para atendê-las ou justificar seu não atendimento:

9.4.1. solicite ao Instituto Nacional de Cardiologia (INC) a conclusão dos trabalhos relativos à elaboração das Normas de Autorização requeridas a esse instituto, uma vez que os prazos estabelecidos já expiraram;

9.4.2. dê maior publicidade ao Manual de Boas Práticas em Órteses, Próteses e Materiais Especiais proposto pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional instituído pela Portaria Interministerial 38/2015, com vistas a auxiliar os hospitais da rede SUS a implementar melhorias na gestão de dispositivos médicos implantáveis;

II. CONTEXTUALIZAÇÃO

Com o objetivo de reestruturar, ampliar, dar transparência ao processo de produção, importação, aquisição, distribuição, utilização, tributação, avaliação e incorporação tecnológica, regulação de preços, e aprimoramento da regulação clínica e de acesso dos dispositivos médicos (Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME) em território nacional, bem como para coibir fraudes e outras ações ilícitas na rede pública de saúde foi criado, em janeiro de 2015, pelo Ministério da Saúde junto com os ministérios da Justiça e Fazenda, um Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre órteses, próteses e materiais especiais (GTI-OPME), através da Portaria Interministerial nº 38 de janeiro de 2015.

Composição do GTI:

Ministério da Saúde

Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS)

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS)

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Ministério da Fazenda

Secretaria de Acompanhamento Econômico (SEAE/MF)

Ministério da Justiça

Secretaria Nacional do Consumidor (SENACON/MJ)

Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE)

Estados e Municípios

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)

Plano de trabalho:

a) Diagnóstico situacional do setor de OPME no país:

- Identificação dos pontos críticos;
- Levantamento de ações positivas existentes;
- Identificação dos atores envolvidos;
- Identificação dos Projetos de Leis existentes;
- Realização um levantamento sobre Judicialização.

b) Plano Estratégico de propostas de reestruturação do setor.

http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2015_gt_opme/1reuniao_apresentacao_inducao_de_melhores_praticas_no_mercado_de_opmes.pdf

Problemática:

No Sistema Único de Saúde (SUS) os valores de todos os procedimentos eram fixos e as descrições das órteses e próteses genéricas, sem especificações de marcas ou tipos, possibilitando ocorrências de equívocos em relação à aquisição e utilização desses materiais.

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21696-portaria-disciplina-autorizacao-para-proteses-ortopedicas>

III. PLANO DE AÇÃO - GRUPO DE TRABALHO INTERINSTITUCIONAL OPME - MINISTÉRIO DA SAÚDE**Recomendações constantes no Acórdão nº 435/2016-TCU.**

Com o objetivo de avaliar a efetividade dos procedimentos de controle adotados pelo Ministério da Saúde no que tange à aquisição e utilização de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) para uso em pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

9.1. com fundamento no art. 250, II, do Regimento Interno/TCU, e tendo em vista o disposto nos arts. 2º, § 1º, I, 7º, IX e XXV, da Lei 9.782/1999, e 19-Q da Lei 8.080/1990, determinar ao Ministério da Saúde que, em conjunto com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, quando necessário, formule e apresente a este Tribunal, no prazo de 60 (sessenta) dias, plano de ação com vistas a sanear/minimizar os seguintes problemas identificados nos processos de controle relativos à aquisição e ao uso de dispositivos médicos implantáveis (DMI), contendo, no mínimo, as medidas a serem adotadas, os responsáveis pelas ações e o prazo previsto para sua implementação:

- *9.1.1. ausência de padronização de nomenclaturas, situação que prejudica a comparação dos produtos, seja para a realização de pesquisas de preços, seja para a criação de parâmetros de uso;*

Registro:

De acordo com informações constantes no Relatório Final Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre órteses, próteses e materiais especiais (GTI-OPME), verifica-se que existe uma nomenclatura de dispositivos médicos não consistente, com termos duplicados, e que é considerada deficitária para o processo de regulação do mercado desses produtos.

Além da ANVISA, outras instituições no Brasil foram criando, por necessidade própria, as suas formas para categorização de dispositivos médicos. E no âmbito internacional já houve várias tentativas para unificação da nomenclatura internacional.

O mercado de dispositivos médicos apresenta uma enorme variedade de produtos disponíveis. Estimativa da OMS indica que há em circulação no mercado mundial de dispositivos médicos cerca de 1,5 milhão de produtos. Podem ser encontradas mais de 12 mil categorias para classificação de dispositivos médicos na Global Medical Device Nomenclature (GMDN), uma das mais difundidas nomenclaturas destinadas à padronização desses produtos no mundo.

Constata-se, portanto, uma forte presença da falha de mercado de tipo “assimetria informacional”, devida a um conjunto de fatores, em especial a grande diversidade de produtos disponíveis aliados a deficiências de padronização da nomenclatura e consequente dificuldade ou impossibilidade de comparação entre produtos. O agravamento da assimetria de informações beneficia, então, os que dominam um conhecimento muito específico sobre esses produtos, que em regra geral são o médico especialista, o fornecedor do produto (seja fabricante ou distribuidor), o instrumentador, o administrador que realiza as aquisições desses produtos para o estabelecimento ou operadora de saúde.

De acordo com as informações recebidas pelo GTI, evidencia-se a dificuldade de os médicos e especialistas atestarem a superioridade de uma órtese ou prótese em relação a outras, principalmente, porque faltam parâmetros para tal. Esse é um problema decorrente, dentre outros motivos, da falta de padronização da nomenclatura e critérios de comparabilidade de produtos, que aflige não só o Brasil, mas diversos países, mundialmente.

Dessa forma, considerando-se a necessidade de classificação e denominação unívoca de dispositivos médicos implantáveis para comparar diferentes produtos; facilitar a identificação de cada produto disponível no mercado; e propiciar a formulação de políticas de utilização de órteses, próteses e materiais especiais, o GTI propôs a adoção de nomenclatura e classificação únicas, baseadas na Global Medical Device Nomenclature (GMDN), no processo de

registro sanitário dos dispositivos médicos implantáveis.

Uma nomenclatura padronizada contendo as descrições dos diferentes termos que definem dispositivos médicos, certamente será um marco na melhoria da qualidade dos dados obtidos no processo de registro sanitário de dispositivos médicos, bem como, das informações geradas a partir da utilização e acompanhamento dos mesmos durante os seus ciclos de vida.

Resta claro que a adoção pelo Brasil de uma nomenclatura padronizada, adaptada a partir de padrões mundiais, é um processo complexo, mas extremamente necessário e urgente, que gerará benefícios que vão desde o controle sanitário dos produtos, passando pela redução de tempo e custo operacional, até ao combate às infrações e crimes praticados na cadeia produtiva e de uso dos produtos.

Subgrupos criados dada a complexidade envolvida para tratar do tema das órteses e próteses – explorado em diferentes ângulos ao longo do referido Relatório Final –, foram criados no âmbito do GTI. Três subgrupos relacionados a aspectos que demandaram maior aprofundamento da discussão foram os seguintes:

Subgrupos do Grupo de Trabalho Interinstitucional

Subgrupo	Finalidade	Composição
Padronização de nomenclatura	Propor medidas para padronizar as nomenclaturas existentes, relativas a dispositivos médicos (SIGTAP, TUSS, Nome Técnico Anvisa), a fim de subsidiar a reestruturação e ampliação dos processos envolvidos na cadeia produtiva, na regulação de preços, na regulação clínica e no acesso aos dispositivos médicos	DRAC/SAS/MS GERPI/DIDES/ANS GGAIR/Anvisa GGTPS/Anvisa SEAE/MF
Protocolos e normas de uso	Elaborar e publicar normas e protocolos de uso relacionadas às OPMEs selecionadas pelo GTI, visando o uso racional, a segurança do paciente e a definição dos parâmetros para a auditoria do sistema	SAS/MS SCTIE/MS SGTES/MS
Regulação econômica do setor	Propor medidas para regulação econômica que envolvam criação de um sistema de informações de mercado, regulação de preços e melhorias no ambiente concorrencial	ANS CADE DESID/SE/MS GGAIR/Anvisa SCMED/Anvisa SCTIE/MS SEAE/MF SENAACON/MJ

(fl. 16 - QUADRO 1.3.1- Relatório Final GTI)

A atividade de cada um dos subgrupos foi de fundamental importância para o resultado dos trabalhos do GTI, o que resultou em um grande conjunto de aportes do diagnóstico sobre o setor e a elaboração de propostas.

Reuniões e atividades extras realizadas durante o período de janeiro a junho/2015 foram realizadas pelo GTI e seus três subgrupos um total de 29 reuniões, onde foram discutidos os temas de acordo com o Plano de Trabalho e o escopo da Portaria (Portaria Interministerial nº 38 de janeiro de 2015). Para subsidiar as discussões, foram convidados representantes de diversas instituições públicas e privadas, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema que trouxeram importantes contribuições, conforme Quadro 1.4.1, abaixo.

Instituições e especialistas convidados para reuniões do GTI

Data	Instituição	Especialista
05/02	Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) Grupo Hospitalar Conceição (GHC)	Andrea Cristina Gama Bergamini (Gestão OPME)
12/02	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHF)	
19/02	Conselho Federal de Medicina (CFM)	Ricardo Ruiz, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
05/03		Adolpho Machado, da Fundação Instituto de Administração (FIA)
19/03	Associação Brasileira de Indústria e Alta Tecnologia (ABIMED)	
23/04	Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos, Hospitalares e de Laboratórios (ABIMO) Associação Brasileira de Importadores e Distribuidores de Implantes (ABRAIDI)	
30/04	Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde)	
21/05	Associação Médica Brasileira (AMB) Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA)	

(fl. 17 - QUADRO 1.4.1- Relatório Final GTI)

Os convidados apresentaram ao GTI experiências em diferentes temas relacionados às órteses e próteses, sob variadas perspectivas dadas as origens e atuação de cada um. De forma geral, os relatos de experiências trataram de apresentar informações e propostas ao GTI que podem ser resumidas conforme o quadro abaixo.

Síntese das propostas apresentadas ao GTI pelos convidados

Tema	Síntese das Propostas
Regulação Sanitária	Aperfeiçoamento do processo de registro. Padronização de nomenclatura e uso obrigatório do nome registrado na Anvisa. Definição de protocolos de uso por funcionalidade e similaridade, com garantia da eficácia e segurança
Regulação Econômica	Aperfeiçoar o banco de preços Desburocratização do complexo aduaneiro. Eliminar a incidência cumulativa de tributos. Reduzir barreiras regulatórias. Remuneração dos produtos compatíveis com seu valor. Controle de preço
Ética	Boas práticas de conduta. Punição para os desvios de conduta, com sanções administrativas, cíveis e penais para abusos.

(fl. 17 - QUADRO 1.4.2- Relatório Final GTI)

Todos os debates e propostas foram registrados em memórias de reuniões, apresentações realizadas pelos representantes das instituições e demais especialistas, e nos documentos deixados à disposição dos membros do Grupo.

Além disso, o GTI recebeu, ao longo de sua existência, diversos documentos de avaliação e proposição.

Todas as apresentações e demais documentos recebidos podem ser encontrados e consultados no Anexo do Relatório Final GTI. (<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/07/Relatorio-Final-versao-final-6-7-2015.pdf>)

Também foi realizada missão técnica, com representantes da Anvisa ao Japão. O objetivo foi conhecer a experiência daquele país na regulação de produtos para saúde, em especial as órteses e próteses.

Nomenclatura, classificação, denominação técnica e nomes comerciais.

A Anvisa adota como nomenclatura para os dispositivos médicos a lista de “nomes técnicos”. Esta lista, disponibilizada no site da Anvisa, conta atualmente com cerca de 1.800 itens e está categorizada em grandes grupos. Seu uso principal é para que o dispositivo médico a ser registrado ou cadastrado (de acordo com os requisitos técnicos e sua classificação de grau de risco) se enquadre o mais próximo possível ao grupo ou categoria.

Na ausência de termo disponível para categorização adequada do produto, cria-se um novo código. Ocorre que sem uma metodologia claramente definida para essa criação de novos códigos, ao longo do tempo esta prática foi se alterando e deturpou a base de dados, com a criação de nomes técnicos de acordo com o nome dado pelo fabricante ou em relacionada à tecnologia envolvida.

Hoje, tem-se no Brasil uma nomenclatura não consistente, com termos duplicados, e que é considerada deficitária para o processo de regulação pré-mercado de dispositivos médicos.

Na Anvisa, além do nome técnico, cada produto registrado recebe um nome comercial e um ou mais dezenas ou centenas de modelos, conforme solicitação de denominação das próprias empresas no pedido de registro.

Assim, para resolver parte desse problema no Brasil a Anvisa, em 2013, iniciou um trabalho em conjunto com a Universidade Federal de Itajubá para a definição da nomenclatura de dispositivos médicos no País.

Com a constituição do GTI-OPME, a Anvisa foi instada a propor uma nomenclatura comum a ser utilizada por três órgãos do SUS, a saber MS, ANS e Anvisa, conforme informações trazidas através de fls. 91 a 96 do Relatório Final do GTI, **anexo I**.

Para fazer frente a essa demanda a Anvisa decidiu, então, realizar a contratação de “Estudo especializado para compatibilizar os nomes técnicos da Anvisa e do Ministério da Saúde quanto a órteses, próteses e materiais especiais – OPME na construção de uma nomenclatura nacional de dispositivos médicos”, para desenvolver a compatibilização da lista de produtos de órteses, próteses e materiais especiais com a nomenclatura adotada pela Global Medical Device Nomenclature Agency – GMDN.

Esta nomenclatura identificará os dispositivos médicos dentro de uma mesma “árvore” da organização de nomes do GMDN, permitindo que os diferentes órgãos interessados no tema possam adotar uma nomenclatura mais apropriada, adotando nomes genéricos ou termos específicos, dependendo da necessidade e do objetivo que cada Órgão busca.

A compatibilização deve relacionar os termos usados pelo Ministério da Saúde e os nomes técnicos utilizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Anvisa com a nomenclatura conceitual do GMDN, traduzida para o português.

A Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI) foi a Instituição escolhida para desenvolver esse trabalho porque reúne as condições técnicas e operacionais para seu desenvolvimento. Tecnicamente, a UNIFEI possui especialistas capacitados no domínio da nomenclatura de dispositivos médicos, e vem desenvolvendo trabalhos específicos na área.

Do ponto de vista operacional, a UNIFEI já possui uma autorização do GMDN Agency para acessar a base de dados desta Instituição de forma integral, acesso este essencial para o desenvolvimento do trabalho proposto.

Além da padronização e nomes técnicos, que será realizada pela UNIFEI com base na GMDN, é muito importante que

se uniformize a identificação única de cada modelo de produto registrado no País.

Dessa forma, será possível identificar cada modelo de produto registrado na Anvisa de forma inequívoca no mercado nacional.

Recomendações Gerais GTI

- Nome técnico será definido pela Anvisa, com referência na terminologia GMDN, para efeito de identificação de risco e classificação dos produtos no ato de registro na Anvisa.
- Deverá haver uma reclassificação dos registros da Anvisa, de maneira que não haja sobreposição (não haja mais de um nome técnico referente a um único registro Anvisa).
- A Secretaria de Atenção à Saúde - SAS, tendo como referência no nome técnico definido pela Anvisa, quando necessário, definirá termos específicos no SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS para atendimento às diretrizes de utilização das órteses e próteses e outros mecanismos de regulação, para atender às necessidades.
- A ANS manterá a Anvisa como entidade de referência da TUISS, adotando os nomes técnicos como terminologia de referência. Dessa forma, sempre que necessário, procederá à atualização da TUISS para atendimento aos protocolos e diretrizes de utilização dos dispositivos implantáveis, além de outros mecanismos de regulação.

TUISS - TERMINOLOGIA UNIFICADA EM SAÚDE SUPLEMENTAR

1. O que é a TUISS?

É uma Terminologia Unificada da Saúde Suplementar e continuação do Padrão TISS, instituída pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que padroniza os códigos e nomenclatura dos procedimentos médicos, tendo como base a última edição da CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos), obrigatória para a troca de informações entre prestadores e operadoras de serviços de saúde.

2. Qual é o objetivo da TUISS?

Estabelecer um padrão terminológico a fim de facilitar a comunicação entre os prestadores e operadoras de serviços de saúde.

- Além disso, é importante frisar a necessidade de unificação de termos e classificações das bases de informação do SUS, Anvisa, ANS.

Sabe-se que o SIGTAP e o Banco de Preços em Saúde (BPS) utilizam atualmente denominações diversas que impossibilitam a identificação do produto registrado na Anvisa. Logo, para que se permita a identificação dos dispositivos médicos utilizados nas internações hospitalares e procedimentos assistenciais ambulatoriais no âmbito do SUS (SIGTAP) e no âmbito do BPS é essencial que haja a obrigatoriedade do preenchimento de informações sobre nome comercial e modelos registrados na Anvisa, bem como o número do registro sanitário.

Dessa forma vai ser possível identificar, especificamente, a qual produto se refere a informação constante no SIGTAP e no BPS.

Por fim, o detalhamento do Plano de Ação proposto pelo GTI para adotar nomenclatura e classificação única, baseada na Global Medical Device Nomenclature (GMDN), no processo de registro sanitário dos dispositivos médicos implantáveis está disponível no Relatório Final do GTI, conforme constante em fls. 142 a 144, **anexo II**.

Recomendações constantes no Acórdão nº 435/2016-TCU.

- **9.1.2. inexistência de referencial de preços que possa servir para as aquisições públicas;**

- **9.1.3. deficiência no monitoramento da evolução dos preços, determinado pelo art. 7º, inciso XXV, da Lei 9.782/1999, bem como na divulgação das informações econômicas prestadas no ato de registro desses dispositivos;**

DIAGNÓSTICO

Existência de falhas de mercado no mercado brasileiro de dispositivos médicos implantáveis, notadamente na forma de assimetrias de informação;

Agregação irregular de altas margens de comercialização sobre o preço de órteses, próteses e materiais especiais;

Recusa de venda e discriminação de consumidores gerados pela divisão de mercado em regiões geográficas de comercialização exclusiva para determinadas empresas de distribuição, escolhidas deliberadamente por fabricantes e importadores de dispositivos médicos implantáveis;

Presença de expressiva variação de preços praticados para um mesmo produto no mercado de dispositivos médicos implantáveis, com imposição de preços frequentemente majorados em relação aos do mercado internacional.

OBJETIVO (de acordo com o diagnóstico definido acima):

Criar e implementar um sistema de informações que permita integrar bases de dados nacionais para o monitoramento do mercado de dispositivos médicos implantáveis;

Ampliar a transparência sobre as relações financeiras entre detentores de registro, distribuidores e representantes de dispositivos médicos implantáveis, e estabelecimentos de saúde e prestadores de serviços de saúde;

Adotar ações de redução de assimetria de informações no setor de dispositivos médicos implantáveis;

Equiparação dos preços dos dispositivos médicos implantáveis praticados no mercado nacional aos valores do mercado internacional;

Estimular o processo de inovação do setor de dispositivos médicos implantáveis;

Ampliar a oferta de dispositivos médicos implantáveis e promover a concorrência do setor no Brasil.

Plano de Ação proposto pelo GTI (detalhamento de medidas/ações necessárias para execução do objetivo proposto):

- Criar um sistema de informações para o monitoramento do mercado de dispositivos médicos implantáveis e para futuras ações para redução das assimetrias de informações;
- Elaborar proposta legislativa para regular economicamente o setor de dispositivos médicos implantáveis pela aplicação de modelo de Preço de Referência Externo;
- Elaborar proposta para flexibilizar a importação de dispositivos médicos implantáveis e ampliar a produção nacional desses produtos no Brasil, com redução de preços.

O referido Plano de Ação está previsto no Relatório Final do GTI, conforme informações constantes em fls. 149 a 151, **anexo III**.

IV. PLANO DE AÇÃO – DEPARTAMENTO DE GESTÃO HOSPITALAR - MINISTÉRIO DA SAÚDE

Recomendações constantes no Acórdão nº 435/2016-TCU.

- *9.1.4. insuficiência de orientações sobre a indicação de utilização desses materiais, por meio de Protocolos de Uso e Normas de Autorização, especialmente daqueles que são considerados estratégicos pelo Ministério da Saúde, o que prejudica seu uso racional, a segurança do paciente e a definição de parâmetros para a auditoria do sistema de saúde; (Informações fornecidas pela CGA/DGH)*
- *9.2.1.2. falta de diretrizes mínimas relativas ao uso de DMI para serem utilizadas internamente enquanto não são publicados por parte do Ministério da Saúde as normas de autorização e os protocolos de uso necessários à utilização racional, à segurança do paciente e à definição de parâmetros para a auditoria do sistema de saúde no que diz respeito a esses dispositivos; (Informações fornecidas pela CGA/DGH)*

Com o objetivo de disciplinar a aquisição, o recebimento, a distribuição, utilização e o controle de OPME, através da implementação da rotina de órteses, próteses e materiais especiais nas dependências das Unidades Federais do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro (Hospital Federal do Andaraí, Hospital Federal de Bonsucesso, Hospital Federal de Ipanema, Hospital Federal da Lagoa, Hospital Federal Cardoso Fontes e Hospital Federal dos Servidores do Estado) e Institutos Federais (Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, Instituto Nacional de Câncer e Instituto Nacional de Cardiologia), visando padronizar o fluxo do processo de trabalho e promover melhor gerenciamento dos insumos utilizados nestas unidades, garantindo rastreabilidade e controle destes da aquisição a realização dos procedimentos cirúrgicos eletivos ou de urgência, dentro de tempo hábil, impedindo divergências e perdas de qualquer natureza, em consonância com ferramentas que assegurem a adoção de boas práticas, foi criada a Portaria Conjunta nº 5, de 6 de Julho de 2015, **anexo IV**.

Participaram da elaboração do procedimento operacional de solicitação e controle de OPME a equipe técnica e administrativa das Unidades Federais do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro e a equipe de assessoramento técnico e administrativo do DGH.

O campo de aplicação do fluxo de rotina destina a aplicação das normas aos setores de compras, almoxarifado central, almoxarifado satélite, central de material e esterilização e nas unidades diagnósticas ou cirúrgicas das Unidades Federais no Rio de Janeiro do Ministério da Saúde, a serem executadas pela equipe técnica e administrativa das áreas envolvidas.

Proposta de controle na utilização de OPME

- Entrada no Almoxarifado
- Saída do Almoxarifado
- Controle no Centro Cirúrgico
- Controle no Prontuário do Paciente
- Validação na Área de Faturamento

A fim de orientar as unidades hospitalares federais e criar um protocolo de uso necessário à utilização racional e à segurança do paciente, a equipe de assessoramento técnico e administrativo do DGH elaborou o fluxo assistencial e administrativo de solicitação de OPME, via almoxarifado, constante **anexo V**, em consonância com o Procedimento

Operacional Padrão - POP de OPME, descrito da Portaria Conjunta nº 5, de 6 de Julho de 2015, **anexo VI**, que compõe com qualidade as instruções do fluxo de processo de trabalho dos HFRJ, referente a OPME, e com a Portaria nº 403 de 7 de maio de 2015, **anexo VII**.

O POP tem por objetivo básico garantir, mediante uma padronização, os resultados esperados por cada tarefa executada, ou seja, é o documento que expressa o planejamento do trabalho repetitivo que deve ser executado para o alcance da meta padrão. Ferramenta que minimiza a ocorrência de desvios na execução de tarefa e assegura um serviço ou produto livre de variações indesejáveis na sua qualidade final. Foi aprovado, assinado e datado. Será revisado anualmente ou quando necessário, garantindo a coerência nas ações tomadas e aumentando a previsibilidade de resultado exitoso.

Da mesma forma, buscando uma maior padronização aos procedimentos internos das unidades federais, foram criados os seguintes formulários, constantes no **anexo VII**.

Formulários Padrões

- Solicitação de OPME
- Boletim Cirúrgico
- Folha de Consumo de OPME
- Comunicação de OPME Abertos e Não Utilizados

Atualmente o POP de OPME, onde se encontra descrito o fluxo assistencial e administrativo apresenta-se em atualização, atividade em conjunto com o DATASUS, para desenvolvimento do layout primário e regras de negócios para controle de OPME no módulo Prontuário Eletrônico do Paciente - PEP e módulo Farmácia, pertencentes ao sistema e-SUS Hospitalar.

O e-SUS Hospitalar é o novo sistema de gestão hospitalar do Departamento de Informática do SUS – DATASUS, desenvolvido em tecnologia web com base em processos organizados e interligados, incluindo importante ferramenta de workflow (fluxo de trabalho), que auxilia na obtenção dos objetivos de cada unidade. É um software de gestão hospitalar, desenvolvido em tecnologia web, que tem licença de uso do Ministério da Saúde e substitui o sistema HOSPUB, que é um sistema integrado de informatização de ambiente hospitalar, de domínio público e desenvolvido pelo DATASUS.

O Prontuário Eletrônico do Paciente - PEP, módulo do e-SUS Hospitalar, é um sistema de prontuário médico padronizado e digital, com o repositório de dados clínicos obtidos por variadas fontes, armazenados eletronicamente de modo a permitir sua recuperação rápida e organizada. Ele oferece acesso prático e rápido às inúmeras informações de banco de dados, recursos de apoio à decisão, alertas e diversos outros recursos. A implantação do PEP está inserida na política de informatização porque envolve, além do cuidado ao paciente, a parte administrativa e a auditoria. É útil através da adoção de padrões na representação da informação, nos meios de armazenamento e na troca de informações.

A tecnologia embarcada no e-SUS Hospitalar permite que cada instituição de saúde desenvolva seu próprio layout de prontuário de forma independente (sem necessidade de alterar o código-fonte da aplicação), gerando informações estruturadas para, por exemplo, criar programas de prevenção de saúde alinhados com as estratégias das Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais e Federais focando uma gestão plena da saúde pública, por exemplo: Epidemia de Dengue, Surto de H1N1, programas de Hipertensão e Diabetes. Esta ferramenta possibilita a criação de documentos para registro de informações para uso na história clínica do paciente, em estudos epidemiológicos e científicos. No PEP são registrados: sinais vitais, evoluções, prescrições médicas, prescrições de enfermagem, planejamento terapêutico, checagem de enfermagem, solicitação de exames, resultados de exames e etc., de forma estruturada.

A implementação do referido fluxo aguarda a implantação do módulo faturamento que está em desenvolvimento pelo DATASUS, conforme plano de ação que prevê atividades em cada unidade, capacitação de profissionais e cadastros prévios necessários para o uso da funcionalidade.

O fluxo de processo de trabalho assistencial e administrativo de OPME se torna absolutamente completo, eficaz e eficiente, através da utilização de ferramentas informatizadas que tenham capacidade de dar respostas ágeis no apoio à gestão. Dessa forma, torna-se absolutamente necessária a implantação completa de todos os módulos do e-SUS para que toda requisição de insumos, seja atendida e toda a rastreabilidade de dispensação e uso possam assegurar o perfeito controle dos estoques e pontos de ressuprimento. Dispondo da completa utilização do e-SUS, é possível

planejar todas as aquisições de insumos (materiais e medicamentos), de forma a assegurar que o plano de ação elencado continue a caminhar com vistas à efetividade dos controles de planejamento de aquisição, controle efetivo de estoques, implantação efetiva dos sistemas de informação e cumprimento das portarias vigentes de OPME.

V. PLANO DE AÇÃO – DEPARTAMENTO DE GESTÃO HOSPITALAR E DATASUS - MINISTÉRIO DA SAÚDE

Recomendações constantes no Acórdão nº 435/2016-TCU.

- *9.2.2. juntamente com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) e com o Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro (DGH), apresentem a este Tribunal, no prazo de 60 (sessenta) dias, plano de ação com vistas a sanear a ausência de sistemas informatizados que permitam gerir e controlar a aquisição, o recebimento, a guarda e a utilização de DMI, nos termos do art. 6º, § 1º, da Portaria SAS/MS 403/2015 e do Manual de Boas Práticas em OPME proposto pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional instituído pela Portaria Interministerial 38/2015, contendo, no mínimo, as medidas a serem adotadas, os responsáveis pelas ações e o prazo previsto para sua implementação; (Informações fornecidas pelo DATASUS e CGA/DGH)*

Com vistas a sanear a ausência de sistemas informatizados que permitam gerir e controlar a aquisição, o recebimento, a guarda e a utilização de OPME, foram realizadas 3 reuniões do grupo de trabalho para levantamento e adequação do sistema e-SUS Hospitalar em conjunto com os técnicos do DGH.

Nessas reuniões foram discutidas as formas de captação e registro dos dados de OPME que contém as informações de DMI.

O DATASUS disponibilizou os formulários de solicitação de OPME no PEP do sistema e-SUS Hospitalar e encaminhou para o DGH os layouts sugeridos pela equipe técnica do DATASUS para controle de OPME dentro do sistema e-SUS Hospitalar, onde os registros de consumo, dispensação e retorno destes materiais poderão ser rastreados a qualquer tempo, desde a solicitação do médico até a aplicação no paciente. Desde então, o DATASUS trabalhou em conjunto com a equipe de técnicos do DGH para efetivar a manutenção necessária no sistema.

O objetivo é que todos os Hospitais Federais do RJ utilizem o sistema de rastreabilidade de OPME que permita identificar os seguintes atributos do produto implantado: Nome do material; Fabricante ou Importador; Marca e modelo; Tamanho; Lote; Registro no Ministério da Saúde; Validade; Data de utilização; Profissional responsável pelo implante; Paciente; Fornecedor e número de Nota Fiscal.

Vale ressaltar que o sistema e-SUS Hospitalar, versão com módulo financeiro, já contempla muitas das definições previstas na Portaria nº 403 de 2015 e exigidas pelo Acórdão nº 435/2016 – TCU Plenário, tais como:

SISTEMA E-SUS HOSPITALAR

- Cadastro de fornecedores;
- Entrada de emprenho;
- Entrada de lotes por nota fiscal;
- Cadastro de fabricantes;
- Registro de consumos do paciente;
- Estorno de consumo do paciente;
- Espelho de registro de consumo.

• **MEDIDAS DE IMPLEMENTAÇÃO NOS HOSPITAIS FEDERAIS DO RIO DE JANEIRO**

A partir dessas definições as atividades de desenvolvimento e implantação da funcionalidade no sistema e-SUS Hospitalar serão desenvolvidas em conjunto com o DGH.

Cabe ressaltar fatos supervenientes que ocorreram durante a atuação do DATASUS na execução das atividades previstas no plano de ação do OPME. São elas:

1 - A publicação da resolução nº 5/2016 da CIT, Comissão Intergestores Tripartite, publicada no D.O. de 9/9/2016, **anexo VIII**, que definiu o DAHU, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência, como gestor requisitante para as ações que dizem respeito ao sistema e-SUS Hospitalar. (Obs: até o momento não tivemos contato com os indicados que passarão a registrar as demandas para o projeto. Segue link da resolução: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=09/09/2016&jornal=1&pagina=29&totalArquivos=216> - comentário inserido pelo DATASUS/RJ);

2 - A determinação expressa do atual diretor do DATASUS proibindo a abertura de Ordens de Serviço pelos servidores públicos do DATASUS, conforme memorando circular nº 35/DATASUS/SE/MS, **anexo IX**.

3 - A determinação expressa do atual diretor do DATASUS proibindo a abertura de Ordens de Serviço sem o devido empenho, conforme memorando circular nº 31/DATASUS/SE/MS, **anexo X**. (Este fato eu não citei na reunião, mas o DATASUS está sem orçamento para pagar as empresas terceirizadas e vem pedindo que as áreas gestoras requisitantes repassem verbas para o DATASUS para atender as suas demandas de TI. Este fato eu não sei se podemos incluir na justificativa de novo prazo para o TCU, mas inviabiliza o desenvolvimento da nova funcionalidade no sistema - comentário inserido pelo DATASUS/RJ).

4- Desta forma, os novos responsáveis pela continuidade das ações no Sistema E-SUS serão xxxxxxxxxx. (DEFINIR JUNTO COM O DR. MARCOS/DATASUS). Acho que o DAHU deveria ser citado no novo plano de ação como ator na divisão de responsabilidades, mas não sei onde introduzir esta ação e nem de quem seria a responsabilidade. Acredito que deveria ser a SAS (comentário inserido pelo DATASUS/RJ)

VI. PLANO DE AÇÃO – DEPARTAMENTO DE GESTÃO HOSPITALAR, HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO E HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO - MINISTÉRIO DA SAÚDE

Recomendações constantes no Acórdão nº 435/2016-TCU.

- *9.2. com fundamento no art. 250, inciso II, do Regimento Interno/TCU, e tendo em vista o disposto nos arts. 19-M, inciso I, 19-N, inciso II, da Lei 8.080/1990, 2º e 6º, § 1º, da Portaria SAS/MS 403/2015, 1º e 2º da Portaria SE/MS 349/2008, assim como no Manual de Boas Práticas em Órteses Próteses e Materiais Especiais (OPME) proposto pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional instituído pela Portaria Interministerial 38/2015, determinar ao Hospital Federal de Bonsucesso e ao Hospital Federal dos Servidores do Estado que:*
 - *9.2.1. em conjunto com o Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro (DGH), apresentem a este Tribunal, no prazo de 60 (sessenta) dias, plano de ação com vistas a sanear os problemas a seguir identificados, contendo, no mínimo, as medidas a serem adotadas, os responsáveis pelas ações e o prazo previsto para sua implementação:*
 - *9.2.1.1. ausência de rotinas de planejamento especificamente voltadas para a aquisição e utilização de dispositivos médicos implantáveis (DMI), dado o vulto e a relevância de tais materiais, conforme a Portaria SAS/MS 403/2015 e os critérios de planejamento definidos no Manual de Boas Práticas em OPME proposto pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional instituído pela Portaria Interministerial 38/2015;*
- *9.3. com fundamento no art. 250, II, do Regimento Interno/TCU, e tendo em vista o disposto no art. 19, do Decreto 8.065/2013, determinar ao Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro (DGH) que:*
 - *9.3.1. apresente a este Tribunal, no prazo de 60 (sessenta) dias, plano de ação com vistas a aprimorar a coordenação e o monitoramento das compras de dispositivos médicos implantáveis executadas pelas unidades assistenciais sob sua responsabilidade, contendo, no mínimo, as medidas a serem adotadas, os responsáveis pelas ações e o prazo previsto para a sua implementação;*
 - *9.3.2. avalie a conveniência e oportunidade de estender às demais unidades assistenciais sob sua*

responsabilidade os planos de ação de que tratam os subitens 9.2.1 e 9.2.2 supra, com vistas à correção das possíveis fragilidades semelhantes às identificadas no Hospital Federal de Bonsucesso e no Hospital Federal dos Servidores do Estado, e apresente a esta Corte, no prazo de 60 (sessenta) dias, as conclusões obtidas;

DIAGNÓSTICO

Com a finalidade de aumentar a eficiência do gasto público e ampliar a qualidade no atendimento aos pacientes do SUS, a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS determinou que fosse realizado um estudo preliminar objetivando a adoção de medidas que permitam a reestruturação dos processos administrativos das Unidades Federais de Saúde no Rio de Janeiro, visando à unificação de procedimentos administrativos e a ampliação da eficiência das compras de dispositivos médicos implantáveis.

Vale destacar que, o processo de contratação de OPME precisa ser visto de forma única, num conceito de rede administrativa, nos mesmos moldes da área assistencial. Neste modelo, deve-se considerar não somente a licitação em si e o seu preço final, mas a padronização das especificações técnicas, o dimensionamento da demanda e a logística.

Em virtude disso, faz-se mister que todas as Unidades se adaptem às novas características do sistema social e de controle, que primam por uma gestão de contratação mais moderna, eficaz e eficiente, baseada em métodos e boas práticas consagradas, evitando a irregularidade no abastecimento de insumos e a aquisição de bens semelhantes com preços diferenciados.

Assim, identificamos que as condições essenciais para se implantar essa mudança complexa perpassam, principalmente, pela padronização dos produtos a serem contratados e a centralização dos procedimentos licitatórios e pela uniformização dos documentos que instruem os processos administrativos.

• DEPARTAMENTO DE GESTÃO HOSPITALAR

1. Criação do Grupo de Trabalho Administradores (Portaria nº 809, de 2 de setembro de 2015, anexo XI) (CONCLUÍDO)

Criação do Grupo de Trabalho com a finalidade de propor medidas para a reestruturação dos processos administrativos das Unidades Federais de Saúde no Rio de Janeiro, visando a unificação de procedimentos e o aumento da eficiência nas licitações, nas contratações e na fiscalização de contratos administrativos.

2. Unificação dos documentos que instruem os processos de contratação pública: Requisição, Termo de Referência e Edital (CONCLUÍDO).

Esta medida visa à unificação dos documentos da fase interna que instruem todos os processos de contratação pública.

Deste modo, todas as Unidades passarão a utilizar os documentos padronizados já propostos pela CJU/RJ, adaptados às peculiaridades das Unidades de Saúde, em formato único, o que reduzirá o tempo médio de análise jurídica dos processos administrativos por aquele Órgão consultivo.

Na mesma esteira, a experiência demonstra que esta medida ocasionará uma sensível redução nas impugnações e recursos administrativos, resultando numa conclusão mais célere dos pregões.

3. Adoção do Pré-IRP entre as Unidades (CONCLUÍDO).

Adoção do chamado “Pré-IRP”, com o objetivo de imprimir maior celeridade aos processos de IRP, previstos no art. 4º do Decreto 7.892/13. Assim, as Unidades Gerenciadoras deverão comunicar, previamente, por e-mail, a data provável e o objeto das licitações futuras.

No passo seguinte, quando da disponibilização da IRP no SIASG, as Unidades Participantes já estarão preparadas e poderão, num curto espaço de tempo, enviar os documentos necessários à UASG Gerenciadora.

4. Reformatação das Câmaras Técnicas (CONCLUÍDO).

Reformatação das Câmaras técnicas para a alteração da rotina das contratações e para a definição das especificações

técnicas de OPME e dos critérios objetivos de seleção das propostas, nas licitações.

Na perspectiva de garantir a continuidade desta reformatação das Câmaras Técnicas, que visam grande controle, economicidade e efetividade dos processos das grades de insumos padronizadas para as unidades federais, com resultados customizados dos recursos públicos e considerando a premissa de promoção e de integração operacional e assistencial dos serviços de saúde vinculados ao DGHMS - RJ/SAS/MS, para efetiva implementação das políticas e projetos do Ministério da Saúde, bem como a necessidade de estabelecer procedimento normativo que dispõe sobre a competência da estruturação técnica-administrativa-assistencial dos serviços, considerada como fator crítico de sucesso para o gerenciamento das instituições em saúde pelas Unidades Hospitalares sob gestão Federal no estado do Rio de Janeiro, o DGH publicou a Portaria nº 7, de 20 de outubro de 2015, **anexo XII**, no Boletim de Serviço de 03 de novembro de 2015, referente o Regimento Interno Comum as Câmaras Técnicas Assistenciais das Unidades Federais de Saúde, vinculadas a este Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro.

A padronização das grades de OPME já foi solicitada, com posterior disponibilização para cada Diretor das Unidades Gestoras, a fim de que os procedimentos já unificados sejam aplicados e os processos administrativos instruídos, conforme providência solicitadas às Unidades Federais, através do Memorando nº 54/2015/CGAD/DGH, **anexo XIII**.

Padronização dos códigos do CATMAT (SIASG). A padronização das especificações dos produtos, pelas Câmaras técnicas, deve se refletir na unificação dos códigos do CATMAT, com o objetivo de proporcionar uma efetiva qualificação das compras de produtos farmacêuticos e médico-hospitalares.

5. Criação Subgrupo de Contrato, por determinação do Grupo de Trabalho (CONCLUÍDO).

Criação do Subgrupo de Contratos para possibilitar a adoção de procedimentos unificados de acompanhamentos e fiscalização de contratos administrativos. Para dar cumprimento integral às atividades propostas, foi instituída a Portaria DGH/MS/RJ nº 08/2015, de 05 de novembro de 2015, **anexo XIV**, com a finalidade de propor medidas para a reestruturação dos processos administrativos das Unidades Federais de Saúde no Rio de Janeiro, visando à unificação de procedimentos e o aumento da eficiência nas contratações, nos processos de pagamento, na gestão e fiscalização de contratos administrativos.

Objetivos de unificar e padronizar os procedimentos adotados pelos Setores de Contratos no que diz respeito a pagamentos, fiscalização de contratos e sanções administrativas.

Padronização de procedimentos por meio dos instrumentos abaixo descritos, para que possam vir a ser publicadas, preferencialmente, pela SAS para uma maior abrangência e para que sejam disponibilizados em sítio eletrônico para consulta e utilização. São eles:

- **Manual de Fiscalização de Contratos**, tem como objetivo instruir a atuação dos fiscais de contratos, através de orientações práticas e específicas, com a finalidade de uniformizar os procedimentos de fiscalização contratual e assim promover o maior comprometimento dos contratados e qualidade nos resultados. Onde em sua aplicação deverão ser respeitados os princípios da legalidade, isonomia, moralidade, impessoalidade, probidade administrativa, publicidade, eficiência, eficácia, economicidade e correlatos.

- **Manual de Penalidades Administrativas**, tem por objetivo orientar os responsáveis quando ocorrerem situações de inexecução total ou parcial do contrato, da ata de registro de preços ou de descumprimento das normas estabelecidas em edital de licitação, quanto à aplicação de sanções previstas na Lei nº 8.666/93, bem como a estipulada na Lei nº 10.520/02, neste último caso, para contratações decorrentes do pregão, ou para infrações cometidas durante a realização desta modalidade de licitação. O SGT está finalizando a edição junto ao setor de comunicação DGH.

- **Portaria para Ressarcimento de Despesas com Cópias Disponibilizadas**: tem por objetivo disciplinar o ressarcimento das despesas incorridas na reprodução de documentos sob a gestão e guarda das Unidades Federais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro. O SGT está validando o procedimento para que a portaria seja publicada pela SAS.

6. Unificação dos modelos, procedimentos e documentos para aquisição de materiais (CONCLUÍDO).

A unificação dos procedimentos e dos documentos instrutórios da licitação, impedirá que haja preços distintos para materiais semelhantes e confusão na especificação técnica ou códigos dos materiais.

Adicionalmente, devem ser elaboradas planilhas de custo e formação de preços com percentuais de encargos, custos indiretos e insumos padronizados entre todas as Unidades.

Criação da Portaria DGH/MS/RJ nº 09/2015, em **anexo XV**, para unificar procedimentos para a correta instrução dos processos de pagamentos das Unidades Hospitalares Federais no Estado do Rio de Janeiro.

- **AÇÕES A LONGO PRAZO**

1. Revisão das especificações dos produtos pelas Câmaras técnicas

Revisão das especificações técnicas relativas à aquisição de OPME, bem como a previsão de critérios de aceitação, para propiciar maior qualidade, competitividade, economicidade e segurança às aquisições. Vejamos a competência da Câmara Técnica:

I. Desenvolver Protocolos e Procedimentos Operacionais Padrão - POP, fomentando diretrizes e orientações para uma assistência qualificada e efetiva, através destes instrumentos, para utilização de produtos de uso em saúde com a finalidade de reduzir os custos de aquisição destes insumos e qualificar a assistência com inovação tecnológica;

II. Confeccionar grades de insumos e equipamentos com suas respectivas descrições e especificações técnicas, com padronização integrada, sempre que possível baseada em estudos de Medicina Baseada em Evidências, com maior eficiência administrativa, resolutividade técnica adequada, racionalidade na prescrição/solicitação e na sua utilização;

III. A Câmara Técnica Assistencial, em consequência da padronização das especificações dos produtos para saúde, pode participar de processos unificados de pré-qualificação de produtos para saúde, dando celeridade ao processo licitatório, quando solicitado;

IV. A Câmara Técnica Assistencial pode adotar práticas exitosas para aquisição de produtos para saúde, conforme parâmetros institucionais, bem como solicitar consultoria externa para melhor qualificar as grades de insumos e equipamentos;

V. Assistir com qualidade o cliente nas Unidades Hospitalares Federais do Ministério da Saúde, no Estado do Rio de Janeiro, avaliando a incorporação de tecnologias no, amenizando o estresse do paciente/equipe, visando reduzir o período de internação de pacientes e os riscos de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS);

VI. Coordenar, padronizar, executar e divulgar o desenvolvimento técnico-científico das Câmaras Técnicas Assistenciais das Unidades Federais do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, com a anuência do Centro de Estudos da unidade, incentivando a produção científica dos profissionais envolvidos na temática;

VII. A Câmara Técnica Assistencial deve dar suporte técnico ao Grupo de Estudos, composto pelos Coordenadores de Administração do DGH e das Unidades Federais do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro para a alteração da rotina das contratações e definição das especificações técnicas dos produtos farmacêuticos e médico-hospitalares, e de critérios objetivos de seleção das propostas, nas licitações.

Na mesma linha, buscar uma padronização integrada das grades de materiais, por Unidade Federal de Saúde, e dos protocolos de utilização destes, a fim de aumentar a segurança para o paciente e reduzir custos de aquisição de materiais. Finalidade descrita Portaria nº 7, de 20 de outubro de 2015, Art.5º “Analisar, estudar, confeccionar e revisar grades, referentes à aquisição de bens e serviços em sua área de abrangência, atuando como agente facilitador nos processos de aquisição e multiplicação de conhecimento, permitindo a implantação de ações sistematizadas, gerando economia de recursos e benefícios significativos, e disponibilização de insumos necessários, expressos em estudo de custo/benefício, com foco na qualidade e economicidade”.

2. Instauração de processos de pré-qualificação de produtos

Como consequência da padronização das especificações de OPME, pela Câmara Técnica, poderão ser realizados processos unificados de pré-qualificação de produtos, com o objetivo de dar celeridade aos processos licitatórios.

O FLUXO DA CONTRATAÇÃO DE OPME

- Fase Interna: Planejamento da Contratação
- Fase Externa: Sessão pública – análise das propostas
- Fase Contratual: ARP, empenhos e recebimento das OPME

Fase Interna: Planejamento da Contratação

- Unificação dos documentos que instruem os processos de contratação pública: Requisição, Termo de Referência e Edital.

As licitações serão realizadas na modalidade pregão, na forma eletrônica, regulamentada pelo Decreto nº 5.450, de 31 de maio de 2005, e processadas, preferencialmente, pelo Sistema de Registro de Preços, instituído pelo Decreto nº 7.892, de 23 de janeiro de 2013.

- Elaboração da Requisição e do Termo de Referência (TR) pelas Unidades Hospitalares Federais do Rio de Janeiro.
- Especificações técnicas baseadas no melhor custo-benefício para o paciente, conforme nome comercial e modelos registrados na Anvisa;

Somente poderão ser adquiridas as OPME legalmente registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

A definição do objeto das aquisições deverá ser precisa, suficiente e clara, vedadas as especificações que, por excessivas, irrelevantes ou desnecessárias, limitem a competição.

- Quantitativos devem considerar as metas cirúrgicas do exercício.

As aquisições dos Hospitais Federais do RJ serão estabelecidas em função do consumo e utilização prováveis, cuja estimativa será obtida, sempre que possível, com base nas metas de procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais do exercício.

- Adoção da sistemática de Sistema de Registro de Preços (SRP) buscando otimização de estoques;
- Imposição do *estoque-zero* (fornecedor deverá ser obrigado a realizar todas as trocas das pontas e dos itens vencidos e vencidos);
- Próteses especiais sob medida;
- Disponibilização do instrumental de colocação, sob o regime de comodato.

Nas aquisições de OPME que possuam conjuntos de componentes com tamanhos variáveis, o Termo de Referência conterá cláusulas que estabeleçam a obrigação do fornecedor em realizar todas as trocas de componentes não utilizados, mesmo depois de expirada a sua validade ou garantia, bem como a cessão de instrumental de colocação, sob o regime de comodato.

- Realização da pesquisa de preços (consulta ao Comprasnet).
- Elaboração do edital modelo padrão para todos os Hospitais Federais do Rio de Janeiro (consolidação das Intenções de Registro de Preços - IRP).
- Parecer jurídico (CJU/RJ) – a adoção dos modelos da AGU que tornam as análises dos processos mais céleres e minimizam as impugnações e os esclarecimentos ao edital.

Fase Externa: Sessão Pública – análise das propostas

Fase Contratual: ARP, empenhos e recebimento das OPME

- Aquisições a serem feitas conforme a necessidade dos Hospitais Federais do RJ (gestão de estoques – SRP);

As aquisições de OPME serão formalizadas por intermédio de termo de contrato, sendo facultada sua substituição por nota de empenho de despesa nos casos de entrega imediata dos bens, assim entendidas aquelas cujo prazo de entrega seja de até 30 (trinta) dias, a contar da data prevista para apresentação das propostas.

- Portaria nº 403/2015.

Com o objetivo de regulamentar a aquisição, o recebimento, a utilização e o controle de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), bem como aprimorar o fluxo e processos, em especial quanto ao monitoramento e controle do uso de OPME, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 403, no dia 7 de maio de 2015, **XIII**, que padroniza o fluxo de acesso de OPME nos Hospitais Federais do Rio de Janeiro (Andaraí, Bonsucesso, Cardoso Fontes, Lagoa, Ipanema e Servidores do Estado), além dos institutos vinculados à pasta (INCA, INTO e INC).

Atualmente os Hospitais Federais do Rio de Janeiro estão adotando o fluxo de contratação de OPME, a fim de dar efetividade a referida Portaria

Com padrão equalizado e mais transparência na utilização dos materiais, será possível apurar irregularidades com mais agilidade para corrigir e punir ações que descumpram a Portaria.

Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor

Não há.

Unidade Jurisdicionada																																		
Denominação Completa			Código SIORG																															
Ministério da Saúde			304																															
Caracterização da determinação/recomendação do TCU																																		
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência																														
TC 014.109/2015-8	435/2016	9.1 e 9.4	0100/2016	16/03/2016																														
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação			Código SIORG																															
Secretaria de Atenção à Saúde			001989																															
Descrição da determinação/recomendação																																		
Adoção das medidas previstas nos itens 9.1 e 9.4 do acórdão nº 435/2016, acompanhado de relatório e voto que o fundamentam, proferido ao apreciar o relatório de auditoria operacional realizada por esta secretaria, com o objetivo de avaliar a efetividade dos procedimentos de controle adotados pelo ministério no que tange á aquisição e utilização de órteses, próteses e materiais especiais (OPME)																																		
Setor Responsável pela Implementação			Código SIORG																															
Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro (DGH/SAS/MS)			88778																															
 PLANO DE AÇÃO OPME Relatório de Auditoria TCU – Acórdão 435 - Aquisição e utilização de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) para uso em pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) <table><tr><th>A. TCU</th><th>B. RESPONSÁVEIS</th><th>AÇÕES E PROPOSTAS</th><th>MEDIDAS ADOTADAS</th><th>SITUAÇÃO ATUAL</th></tr><tr><th>ACÓRDÃO O 435 ITEM</th><th></th><th></th><th></th><th></th></tr><tr><td>9.1.1</td><td>Ministério da Saúde GTI</td><td>Criação do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre órteses, próteses e materiais especiais (GTI-OPME).</td><td>Publicação da Portaria Interministerial nº 38/2015.</td><td>Concluído</td></tr><tr><td></td><td>Ministério da Saúde GTI</td><td>Criação dos Subgrupos de Trabalho Interinstitucional</td><td>Subgrupos: Padronização de nomenclatura; Protocolos e normas de uso; Regulação Econômica.</td><td>Concluído</td></tr><tr><td></td><td>Ministério da Saúde GTI</td><td>Debates, reuniões e recebimento de propostas de especialistas e convidados para reunião do GTI.</td><td>Todas as apresentações e demais documentos recebidos podem ser encontrados e consultados no Anexo do Relatório Final GTI. (http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/07/Relatorio-Final-versao-final-6-7-2015.pdf)</td><td>Concluído</td></tr><tr><td></td><td>Ministério da Saúde GTI</td><td>Relatório Final GTI</td><td>Contextualização, identificação da problemática, definição de metas e recomendações.</td><td>Concluído</td></tr></table>					A. TCU	B. RESPONSÁVEIS	AÇÕES E PROPOSTAS	MEDIDAS ADOTADAS	SITUAÇÃO ATUAL	ACÓRDÃO O 435 ITEM					9.1.1	Ministério da Saúde GTI	Criação do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre órteses, próteses e materiais especiais (GTI-OPME).	Publicação da Portaria Interministerial nº 38/2015.	Concluído		Ministério da Saúde GTI	Criação dos Subgrupos de Trabalho Interinstitucional	Subgrupos: Padronização de nomenclatura; Protocolos e normas de uso; Regulação Econômica.	Concluído		Ministério da Saúde GTI	Debates, reuniões e recebimento de propostas de especialistas e convidados para reunião do GTI.	Todas as apresentações e demais documentos recebidos podem ser encontrados e consultados no Anexo do Relatório Final GTI. (http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/07/Relatorio-Final-versao-final-6-7-2015.pdf)	Concluído		Ministério da Saúde GTI	Relatório Final GTI	Contextualização, identificação da problemática, definição de metas e recomendações.	Concluído
A. TCU	B. RESPONSÁVEIS	AÇÕES E PROPOSTAS	MEDIDAS ADOTADAS	SITUAÇÃO ATUAL																														
ACÓRDÃO O 435 ITEM																																		
9.1.1	Ministério da Saúde GTI	Criação do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre órteses, próteses e materiais especiais (GTI-OPME).	Publicação da Portaria Interministerial nº 38/2015.	Concluído																														
	Ministério da Saúde GTI	Criação dos Subgrupos de Trabalho Interinstitucional	Subgrupos: Padronização de nomenclatura; Protocolos e normas de uso; Regulação Econômica.	Concluído																														
	Ministério da Saúde GTI	Debates, reuniões e recebimento de propostas de especialistas e convidados para reunião do GTI.	Todas as apresentações e demais documentos recebidos podem ser encontrados e consultados no Anexo do Relatório Final GTI. (http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/07/Relatorio-Final-versao-final-6-7-2015.pdf)	Concluído																														
	Ministério da Saúde GTI	Relatório Final GTI	Contextualização, identificação da problemática, definição de metas e recomendações.	Concluído																														

9.2.1.2	Departamento de Gestão Hospitalar – Coordenação Geral de Assistência.	Criação do Procedimento Operacional Padrão que disciplina a aquisição, o recebimento, a distribuição, utilização e o controle de OPME, através da implementação da rotina de órteses, próteses e materiais especiais nas dependências das Unidades Federais do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro e Institutos Federais.	Publicação da Portaria Conjunta nº 5, de 06 de Julho de 2015.	Concluído
	Departamento de Gestão Hospitalar – Coordenação Geral de Assistência. DATASUS	Fluxo assistencial e administrativo de solicitação de OPME via almoxarifado.	Conclusão da elaboração e publicação do referido fluxo. A implementação do fluxo aguarda a implantação do Módulo Financeiro que está em desenvolvimento pelo DATASUS, conforme plano de ação que prevê atividades em cada unidade, capacitação de profissionais e cadastros prévios necessários para o uso da funcionalidade.	Concluído por meio manual e em andamento por meio eletrônico - Prazo para conclusão em 15 meses a partir do fim do desenvolvimento do Módulo de OPME.
	Departamento de Gestão Hospitalar – Coordenação Geral de Assistência.	Padronização dos procedimentos internos das unidades federais	Criação de Formulários Padrões: Solicitação de OPME; Boletim Cirúrgico; Folha de Consumo de OPME; Comunicação de OPME Abertos e Não Utilizados.	Concluído
	Departamento de Gestão Hospitalar – Coordenação Geral de Assistência.	Módulo Prontuário Eletrônico do Paciente - PEP e Módulo Farmácia.	Desenvolvimento do layout primário e regras de negócios para controle de OPME no Módulo Prontuário Eletrônico do Paciente - PEP e Módulo Farmácia.	Em andamento. Prazo para conclusão em 15 meses a partir do fim do desenvolvimento do Módulo de OPME.
9.2.2	DATASUS	Sistema e-SUS Hospitalar.	Levantamento de informações e adequação do Sistema e-SUS Hospitalar. Reuniões com o grupo de trabalho dos Administradores e técnicos do DGH para discussão sobre as formas de captação e registro dos dados de OPME que contém as informações de DMI.	Concluído

	DATASUS	Disponibilização dos formulários de solicitação de OPME no PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente do sistema e-SUS Hospitalar e encaminhamento para o DGH dos layouts sugeridos pela equipe técnica do DATASUS para controle de OPME dentro do sistema e-SUS Hospitalar.	O DATASUS está trabalhando em conjunto com a equipe de técnicos do DGH para efetivar a manutenção necessária no sistema.	Em andamento. Prazo para conclusão em 3 meses a partir da abertura de OS pelo gestor do sistema no controle de demandas do DATASUS. Prazo alterado devido a publicação da resolução nº 5 da CIT no DO de 9/9/2016 e do memorando circular nº35/2016/G AB/DATASUS/SE/MS (em anexo).	
	DATASUS	Sistema e-SUS Hospitalar, versão com Módulo Financeiro.	SISTEMA E-SUS HOSPITALAR já contempla muitas das definições previstas na Portaria nº 403 de 2015: - Cadastro de fornecedores; - Entrada de empenho; - Entrada de lotes por nota fiscal; - Cadastro de fabricantes; - Registro de consumos do paciente; - Estorno de consumo do paciente; - Espelho de registro de consumo.	Em andamento. Prazo para conclusão em 3 meses a partir da abertura de OS pelo gestor do sistema no controle de demandas do DATASUS. Prazo alterado devido a publicação da resolução nº 5 da CIT no DO de 9/9/2016 e do memorando circular nº35/2016/G AB/DATASUS/SE/MS (em anexo).	
	DATASUS	Desenvolvimento e implantação da funcionalidade no sistema e-SUS Hospitalar.	Atividades em desenvolvimento com o DGH.	Em andamento. Prazo para conclusão em 15 meses a partir do fim do desenvolvimento do Módulo de OPME.	

9.2.1 9.2.1.1 9.3 9.3.1	Departamento de Gestão Hospitalar – Coordenação Geral de Administração	Criação do Grupo de Trabalho Administradores.	Publicação Portaria nº 809, de 02 de setembro de 2015. Reuniões e definições para a reestruturação dos processos administrativos das Unidades Federais de Saúde no Rio de Janeiro, visando à unificação de procedimentos e o aumento da eficiência nas licitações, nas contratações e na fiscalização de contratos administrativos.	Concluído	
	Departamento de Gestão Hospitalar – Coordenação Geral de Administração	Unificação dos modelos, procedimentos e documentos de licitação para aquisição de materiais. -Elaboração, Requisições, TR e Editais padronizados; -Adoção do Pré-IRP; - Definição das UASG gerenciadoras e de seus objetos a serem licitados; - Reformatação das Câmaras Técnicas; - Instauração de processos de pré-qualificação de produtos; -Implantação dos modelos, procedimentos e documentos padronizados, respeitando as peculiaridades de cada unidade; -Padronização de procedimentos de acompanhamento de fiscalização de contratos; - Apresentação da nova metodologia aos órgãos de assessoramento jurídico e de controle.	Definição dos objetos dos procedimentos pilotos, com suas respectivas UASG responsáveis. Formalização dos procedimentos e respectivas licitações.	Em andamento Prazo para todos os modelos: 08 meses, a contar de 07/10/2016.	
	Departamento de Gestão Hospitalar – Coordenação Geral de Administração	Criação Subgrupo de Contrato	Criação dos seguintes instrumentos: Manual de Fiscalização de Contratos; Manual de Penalidades Administrativas e Portaria para Ressarcimento de Despesas com Cópias Disponibilizadas.	Concluído	
	Departamento de Gestão Hospitalar – Coordenação Geral de Administração	Reformatação das Câmaras Técnicas - Unificação das especificações técnicas dos produtos; -Definição de critérios objetivos de seleção dos produtos; - Padronização dos códigos CATMAT; - Padronização integrada das grades de materiais, por Unidade Federal de Saúde e dos protocolos de utilização destes, a fim de aumentar a segurança para o paciente e reduzir custos de aquisição de materiais; -Elaboração e validação dos Protocolos assistenciais dos produtos que integram as grades.	Publicação Portaria nº 7, de 20 de outubro de 2015. Definição da composição das CT por família de itens.	Em andamento Prazo para todos os modelos: 08 meses, a contar de 07/10/2016.	

	Departamento de Gestão Hospitalar – Coordenação Geral de Administração	Fase Interna: Planejamento da Contratação - Unificação dos documentos que instruem os processos de contratação pública: Requisição, Termo de Referência e Edital; - Elaboração da Requisição e do Termo de Referência (TR) pelas Unidades Hospitalares Federais do Rio de Janeiro; - Especificações técnicas baseadas no melhor custo-benefício para o paciente, conforme nome comercial e modelos registrados na Anvisa; - Quantitativos devem considerar as metas cirúrgicas do exercício; - Adoção da sistemática de Sistema de Registro de Preços (SRP) buscando otimização de estoques; - Imposição do estoque-zero (fornecedor deverá ser obrigado a realizar todas as trocas das pontas e dos itens vencidos e vincendos); - Próteses especiais sob medida; - Disponibilização do instrumental de colocação, sob o regime de comodato; - Realização da pesquisa de preços; - Elaboração do edital modelo padrão para todos os Hospitais Federais do Rio de Janeiro (consolidação das Intenções de Registro de Preços - IRP); - Parecer jurídico (CJU/RJ) – a adoção dos modelos da AGU que tornam as análises dos processos mais céleres e minimizam as impugnações e os esclarecimentos ao edital. Fase Externa: Sessão Pública – análise das propostas	Definição dos objetos dos procedimentos pilotos, com suas respectivas UASG responsáveis. Formalização dos procedimentos e respectivas licitações.	Em andamento Prazo para todos os modelos: 08 meses, a contar de 07/10/2016.	
	Departamento de Gestão Hospitalar – Coordenação Geral de Administração	Fase Contratual: ARP, empenhos e recebimento das OPME. Aquisições a serem feitas conforme a necessidade dos Hospitais Federais do RJ (gestão de estoques – SRP).	Criação do Procedimento Operacional Padrão que disciplina a aquisição, o recebimento, a distribuição, utilização e o controle de OPME, através da implementação da rotina de órteses, próteses e materiais especiais nas dependências das Unidades Federais do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro e Institutos Federais. Publicação da Portaria Conjunta nº 5, de 06 de Julho de 2015.	Concluído	
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor					
Não há.					

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 014.109/2015-8	435/2016	9.1 e 9.4	0100/2016	16/03/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Adoção das medidas previstas nos itens 9.1 e 9.4 do acórdão nº 435/2016, acompanhado de relatório e voto que o fundamentam, proferido ao apreciar o relatório de auditoria operacional realizada por esta secretaria, com o objetivo de avaliar a efetividade dos procedimentos de controle adotados pelo ministério no que tange a aquisição e utilização de órteses, próteses e materiais especiais (OPME)				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO/SAS/MS)				9196
Cumprimentando-o cordialmente, servimo-nos do presente para encaminhar comprovante de cumprimento do item 5, subitem 201, do Relatório de Auditoria e proposta de encaminhamento item 283, subitem V, alínea a, por meio da Portaria nº 1370, de 30 de Dezembro de 2015, ora em anexo, que aprovou as normas de autorização de prótese total de joelho e de prótese total de quadril híbrida. MINISTERIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE PORTARIA Nº 1.370, de 30 de dezembro de 2015. Aprova normas de autorização de prótese total de joelho e de prótese total de quadril híbrida. O Secretário de Atenção à Saúde, no uso das atribuições, Considerando a necessidade de se estabelecerem sobre o uso de órteses e próteses ortopédicas no Brasil e normas para a sua autorização; Considerando o Relatório Final do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre órteses, próteses e materiais especiais (GTI~ OPME), instituído pela Portaria Interministerial Nº 38, de 8 de janeiro de 2015; e Considerando a avaliação técnica da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS), resolve: Art. 1º Ficam aprovadas, na forma dos anexos, disponíveis no sítio: www.saude.gov.br/sas, as normas de autorização de prótese total de joelho e de prótese total de quadril híbrida. Parágrafo único. As normas de que o caput contém as bases técnicas e os critérios de autorização de prótese total de joelho e de prótese total de quadril híbrida e devem ser utilizadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes. Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.				
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor				
Não há.				

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 014.109/2015-8	435/2016	9.1 e 9.4	0100/2016	16/03/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Adoção das medidas previstas nos itens 9.1 e 9.4 do acórdão nº 435/2016, acompanhado de relatório e voto que o fundamentam, proferido ao apreciar o relatório de auditoria operacional realizada por esta secretaria, com o objetivo de avaliar a efetividade dos procedimentos de controle adotados pelo ministério no que tange á aquisição e utilização de órteses, próteses e materiais especiais (OPME)				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Instituto Nacional de Cardiologia (INC/SAS/MS)				14769
Serviço de Arritmia e Eletrofisiologia Clínica Nº 26/16 de 20/05/2016				
Em resposta ao memorando número 204/2016/GABDIR/INC/MS de 20 de maio de 2016 que solicita a elaboração de normas de autorização para implante de marca-passo multi-sítio e para implante de cardioversor desfibrilador a serem enviadas ao Tribunal de Contas da União até 23/05/2016 é necessário esclarecer que: 1. A necessidade de protocolos de uso e normas de autorização para o uso de marca-passo cardíaco multi-sítio e cardioversor desfibrilador implantável é inquestionável. Essa necessidade é justificada pela frequência de uso desses dispositivos, pelo seu alto custo e pela necessidade de estabelecer parâmetros para auditoria do sistema. 2. Esses protocolos de uso e essas normas de autorização deveriam ser desenvolvidas por um comitê de especialistas com representantes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC), Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (SBCCV) e de serviços médicos de distintos hospitais e universidades. Uma norma desenvolvida por um único serviço pode não ser adequada as realidades do Brasil, um país tão grande e diverso. 3. Existem diretrizes nacionais e internacionais para a utilização desses dispositivos. A SBC, a SOBRAC e a SBCCV já publicaram diretrizes com protocolos de uso e recomendações para implante de marca-passo multi-sítio e para implante de cardioversor desfibrilador. Essas recomendações encontram-se disponíveis nas páginas eletrônicas das respectivas sociedades, foram publicadas nos Arquivos Brasileiros de Cardiologia e na revista da Relampa e tem sido exaustivamente divulgadas nos congressos e encontros científicos das respectivas sociedades, podendo ser consideradas equivalentes a normas de autorização para implante. Reitera-se que as diretrizes da SBC/SOBRAC e da SBCCV foram produzidas com rigor científico, ao longo de muitas semanas, a partir do consenso de comitês de especialistas com representantes de diversos estados da Federação e levaram em conta a melhor evidência científica disponível no momento da sua publicação. São diretrizes e recomendações largamente aceitas e utilizadas pela comunidade médica brasileira, sendo inclusive difundidas por diversas instituições de ensino médico públicas e privadas. 4. No âmbito do SUS existem dois protocolos de uso de marca-passo cardíaco multi-sítio e de uso de cardioversor desfibrilador implantável ambos elaborados em conjunto com especialistas do Instituto Nacional de Cardiologia. Esses protocolos foram publicados no Diário Oficial da União, seção 1, portaria número 01 de 02 de janeiro de 2014 e na portaria número 307 de 29 de Março de 2016 (Anexos 1 e 2). De acordo com a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias, esses protocolos de uso podem ser utilizados como auxílio administrativo aos gestores, na regulamentação da conduta assistencial perante o Poder Judiciário e na explicitação de direitos aos usuários do SUS. Ainda, de acordo com a Portaria número 307 de 29 de Março de 2016 esses protocolos devem ser utilizados pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes. 5. Pelos motivos expostos, e atendendo as solicitações do Tribunal de Contas da União, recomenda-se que as diretrizes da SBC/SOBRAC, da SBCCV e os protocolos de uso publicados no Diário Oficial da União sejam empregados como normas de autorização para implante de marca-passos multi-sítio e cardioversores desfibriladores				
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor				
Não há.				

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 014.109/2015-8	435/2016	9.1 e 9.4	0100/2016	16/03/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Adoção das medidas previstas nos itens 9.1 e 9.4 do acórdão nº 435/2016, acompanhado de relatório e voto que o fundamentam, proferido ao apreciar o relatório de auditoria operacional realizada por esta secretaria, com o objetivo de avaliar a efetividade dos procedimentos de controle adotados pelo ministério no que tange à aquisição e utilização de órteses, próteses e materiais especiais (OPME)				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Instituto Nacional de Cardiologia (INC/SAS/MS)				14769
Marca-passo Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde PORTARIA Nº 307, DE 29 DE MARÇO DE 2016 Aprova o Protocolo de Uso de marca-passos cardíacos implantáveis e ressincronizadores. O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE, no uso de suas atribuições, Considerando a necessidade de se atualizarem parâmetros sobre os marca-passos cardíacos implantáveis e ressincronizadores e diretrizes nacionais para a sua utilização e acompanhamento dos doentes submetidos a esses dispositivos; Considerando o Relatório Final do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre órteses, próteses e materiais especiais (GTI-OPME), instituído pela Portaria Interministerial Nº 38, de 8 de janeiro de 2015; Considerando as contribuições dadas à Consulta Pública SCTIE/MS no 28, de 30 de setembro de 2015, sobre o Protocolo de Uso de Marca-passos Cardíacos e Ressincronizadores, com base na recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e o Registro de Deliberação no 158, de 04 de novembro de 2015, desta Comissão; e Considerando a avaliação técnica da CONITEC, do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS/SCTIE/MS), do Instituto Nacional de Cardiologia (INC/SAS/MS) e do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS), resolve: Art. 1º Fica aprovado, na forma do anexo, disponível no sítio: www.saude.gov.br/sas, o Protocolo de Uso de Marca-passos Cardíacos Implantáveis e Ressincronizadores. Parágrafo único. O Protocolo de que trata o caput, que contém as bases técnicas e os critérios de utilização de marca-passos cardíacos implantáveis e ressincronizadores, deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes. Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. Art. 3º Ficam revogados o Art. 1º e o Anexo I da Portaria Nº 725/SAS/MS, de 6 de dezembro de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº 233E, de 7 de dezembro de 1999, Seção 1, página 12, e o Anexo I da Portaria Nº 987/SAS/MS, de 17 de dezembro de 2002, publicada no Diário Oficial da União no 244, de 18 de dezembro de 2002, Seção 1, pág. 59-63. ANEXO PROTOCOLO DE USO MARCA-PASSOS CARDÍACOS IMPLANTÁVEIS E RESSINCRONIZADORES				
Relatório de Informações Preliminares – MARCA-PASSOS CARDÍACOS O objetivo deste texto consiste na padronização da utilização dos dispositivos somáticos, fornecidos pelo				

SUS, que tenham como função estabelecer e manter atividade rítmica do coração, baseando-se em estudos de eficácia, segurança e custo-efetividade. Como existe uma grande variedade de modelos, optou-se, para fins deste Protocolo, pela utilização das codificações revisadas pelo NASPE/BPEG - North American Society of Pacing and Electrophysiology el British Pacing and Electrophysiology Group - para marca-passos antibradicardia (I) (Quadro 1). Justifica-se esta escolha pela inclusão, em suas definições, dos dispositivos com frequência adaptativa e daqueles passíveis de programação (posição IV) e estimulação multissítio (posição V).

Para melhor entendimento dos códigos pertinentes aos inúmeros dispositivos, cabe aqui uma pormenorização da sua sintaxe. O código sugerido pela NASPE/BPEG consiste, conforme mostrado na Quadro 1, na combinação que, na prática, pode variar de três a cinco letras. A primeira letra diz respeito ao(s) sítio(s) de estimulação do marca-passo. Pode o estímulo elétrico ocorrer no átrio (A), ventrículo (V) ou em ambas (D). A segunda letra diz o local onde o estímulo elétrico fisiológico - proveniente do paciente - pode ser "sentido" (captado) pelo marca-passo. Novamente, isto pode ocorrer no átrio (A), ventrículo (V) ou em ambas as câmaras (D). Uma vez "sentida" a presença do batimento fisiológico, o marca-passo pode apenas deflagrar um estímulo artificial (T) ou apenas inibi-lo (I) Há ainda a possibilidade de estimular ou inibir a deflagração do estímulo artificial conforme a situação (D).

Os dispositivos com frequência adaptativa, indicados pela presença da quarta letra, implicam que a frequência de estimulação é modulada com base em um sensor interno capaz de detectar a presença do exercício ou a necessidade metabólica. Os sensores mais usualmente utilizados detectam a vibração associada com a atividade física ou detectam a ventilação-minuto.

Na circunstância específica da estimulação multissítio, representada pela presença da quinta letra, tem-se a possibilidade de estimulação atrial e biventricular, com eletrodos posicionados no átrio direito, ventrículo direito e outro estimulando o ventrículo esquerdo através do seio coronário.

Exemplificando: um paciente com marca-passo DDD teria um dispositivo de dupla-câmara com capacidade de estimular artificialmente tanto o átrio direito quanto o ventrículo direito. Pode ainda detectar estímulos fisiológicos tanto no átrio quanto no ventrículo. Com isso, ele deflagraria, ou não, um estímulo artificial, dada ausência ou presença de batimento fisiológico.

Por outro lado, um dispositivo DDDR teria as características acima adicionadas a presença de dispositivo de modulação de frequência.

	Posição				
	I	II	III	IV	V
CATEGORIA	CÂMARA ESTIMULADA	CÂMARA MONITORADA	MODO DE RESPOSTA	MODULAÇÃO DE FREQUÊNCIA	ESTIMULAÇÃO MULTISSÍTIO
	O = Nenhum	O = Nenhum	O = Nenhum	O = Nenhum	O = Nenhum
	A = Átrio	A = Átrio	T = Estimula ("triggered")	R = Modulação por frequência ("rate")	A = Átrio
	V = Ventrículo	V = Ventrículo	I = Inibe		V = Ventrículo
	D = A+V ("Dual")	D = A+V ("Dual")	D = T+I ("Dual")		D = A+V ("Dual")

QUADRO Errol Nenhuma sequência foi especificada. - Código genérico para utilização de marca-passo antibradicardia - Committee On The Development Of Position Statements (CDPS) Of The North American Society Of Pacing And Electrophysiology (NASPE) E British Pacing And Electrophysiology Group (BPEG).

2- DAS INDICAÇÕES DEMARCA-PASSODEFINITIVO

Mesmo não sendo o motivo primário deste trabalho a discussão das indicações de marca-passo definitivo, permitir-se-á este preâmbulo para melhor compreensão da escolha do tipo de dispositivo em relação à doença

abordada. Iniciaremos, então, com os principais distúrbios que motivam a sua colocação.

2.1 - DOENÇA DO NÓ SINUSAL

Esta entidade nosológica engloba grande diversidade de condições cujas nomenclaturas, eventualmente, são utilizadas de modo intercambiável. Como exemplo, citam-se a síndrome bradicardia-taquicardia, bradicardia sinusal sintomática, incompetência cronotrópica e síndrome do seio carotídeo doente.

O limiar de indicação de marca-passo é controverso, dado que não há certeza se o dispositivo prolonga a vida desses pacientes. De qualquer forma, considera-se sua colocação quando se tem frequência cardíaca abaixo de 40 batimentos/minuto, mormente durante caminhada, se associada a sintomas clínicos de tonteira ou fadiga. Para tal grupo, acredita-se, segundo consenso de especialistas, que há elevada probabilidade de benefício na qualidade de vida do doente. Todavia, nem sempre é possível estabelecer uma relação de causalidade entre os sintomas, por vezes pouco específicos, e frequência cardíaca.

2.2 - BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR ADQUIRIDO

Em oposição à disfunção do nó sinusal, os bloqueios atrioventriculares adquiridos (BAV) podem necessitar de marca-passo por razões exclusivamente prognósticas, o que dispensaria a presença de sintomas. A despeito do fato de não existirem ensaios clínicos randomizados em pacientes com BAV de segundo grau tipo II e de terceiro grau, existe consenso, baseado em estudos observacionais, de que o tratamento com marca-passo reduz a incidência de síncope e pode reduzir a mortalidade cardiovascular. No caso de BAV de primeiro grau, pode-se, em casos selecionados, indicar quando há sintomas ou quando o bloqueio se dá em nível infra-feixe de His, conforme estudo eletrofisiológico.

A síncope, quando associada a bloqueio bifascicular ou trifascicular crônico, apresenta mortalidade elevada. Nesse caso, indica-se, profilaticamente, o marca-passo (MP) definitivo, mesmo na ausência de relação direta entre a síncope e o bloqueio. A presença de arritmias ventriculares deve, neste contexto, ser excluída, posto que indicariam a colocação de cardioversor desfibrilador implantável (CDI), conforme Protocolo de Uso específico do Ministério da Saúde, aprovado pela Portaria N°1 SAS/MS, de 02/01/2014, retificada em 16/01/2014.

2.3- PÓS-INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Há consenso de que os pacientes com BAV de segundo grau persistente, juntamente com bloqueio de ramo bilateral ou BAV completo, quer em nível nodal, quer em nível infraHis, seguindo-se a fase aguda de infarto agudo do miocárdio, têm indicação de tratamento com marca-passo, independentemente da presença de sintomas, dada a alta prevalência de síncope e mortalidade cardiovascular elevada. Novamente, a despeito da indicação se basear em estudos observacionais, acredita-se que benefício tangível existe.

2.4- SÍNDROME DO SEIO CAROTÍDEO E SÍNCOPE NEUROCARDIOGÊNICA

O diagnóstico de síncope neurocardiogênica baseia-se na história clínica e reprodução dos sintomas no teste de inclinação (tilt test), após a exclusão de doenças cardíacas estruturais. Na presença de síndrome do seio carotídeo, indica-se implante de marca-passo em pacientes com respostas predominante cardioinibitória e mistas à estimulação carotídea, associada à síncope recorrente.

A hipersensibilidade do seio carotídeo é causa pouco prevalente de síncope. A indicação do marca-passo se faz na situação exclusiva da alta probabilidade do componente cardioinibitório como predominante na gênese dos sintomas. Isto geralmente pode ser testado no tilt teste ou no estudo eletrofisiológico (EEF).

No caso das síndromes neurogenicamente mediadas (p. ex., síncope vasovagal), a importância do componente vasopressor leva a frequente falha na melhora dos sintomas com a colocação do MP. Mesmo nos casos que se acompanham de bradicardia e assistolia, 25% deles ainda podem ter sintomas por componente vasopressor. Desta forma, o MP é considerado se houver pausa superior a 3 segundos à estimulação carotídea ou se houver resposta cardioinibitória a testes provocativos. Ainda, se, ao EEF, demonstrar-se disfunção sinusal ou do nó AV, indica-se a colocação do MP. O grau de evidência é baixo, mas há consenso entre os especialistas (2-10.25-29).

2.5- CARDIOMIOPATIAE TRANSPLANTADOS

A indicação de implante de marca-passo no grupo de pacientes com cardiomiopatia se interpõe com aquelas referentes às bradiarritmias. Tal regra aplica-se tanto no âmbito da cardiopatia hipertrófica quanto da miocardiopatia dilatada. Diferenciam-se, no entanto, os indivíduos deste segundo grupo, quando se trata de um dispositivo que tenha função de ressincronização. Neste caso específico, deve-se considerar o implante de MP átrioventricular nos pacientes com sintomas de insuficiência cardíaca, refratários à terapêutica plena e que apresentem intervalo QRS prolongado e fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE) inferior a 35%, conforme conduta abaixo.

3- DA SELEÇÃO DA MODALIDADE DE MARCA-PASSO

Uma vez estabelecida a indicação de implante do marca-passo, urgirá a seleção da modalidade apropriada ao paciente, à doença de base e aos problemas médicos associados. No que tange ao paciente, fatores concernentes ao ritmo de base, resposta inotrópica ao exercício, história social e a qualidade de vida devem ser trazidos à tona no momento da escolha do dispositivo (2).

Se, historicamente, o desenvolvimento de tecnologia que permitiu regular o ritmo cardíaco se deu na segunda metade do século XX, nos idos de 1958, com o implante por Elmqvist e Senning do primeiro marca-passo por toracotomia (3), foi após as décadas de 1980-1990 que se iniciaram os esforços para, por meio da estimulação artificial atrial e ventricular, mimetizar a fisiologia normal da contração cardíaca. Ainda, foi a partir dessa ocasião, com o advento da tecnologia de modulação de frequência, que se iniciaram estudos observacionais visando a ampla utilização dos novos dispositivos. No entanto, uma parcela dos especialistas em marca-passo opunha-se à realização de ensaios clínicos randomizados por não acharem necessário a demonstração de ganho incremental, quer na prevenção de eventos clínicos, quer na melhora na qualidade de vida (4). Ainda, a rápida evolução das tecnologias, progressivamente mais sofisticadas, se deu, de certa forma, dissociada de estudos controlados, o que tornam, pois, as evidências de efeitos relevantes, tanto do ponto de vista clínico quanto da perspectiva de saúde pública, plausíveis, mas pouco precisas.

3.1.- ESTIMULAÇÃO UNICAMERAL VERSUS BICAMERAL

Considerando-se a evolução dos ensaios clínicos, a primeira assertiva que se tem é a superioridade dos dispositivos sequenciais atrioventriculares. Certamente, em oposição ao modo de estimulação unicameral VVI, a presença da sístole atrial sincronizada do modo DDD aumenta o volume sistólico ventricular esquerdo, concomitante à redução da pressão capilar pulmonar e pressão atrial direita, parâmetros fisiológicos desejáveis no tratamento das bradiarritimias (5). Entretanto, não há consenso no que tange à acurácia na determinação do grupo de pacientes que haveriam de obter maior benefício da estimulação bicameral. Postulase que a heterogeneidade da resposta do débito cardíaco à estimulação atrioventricular sincrônica, em comparação à estimulação ventricular, se deve primariamente à dependência das pressões de enchimento ventricular esquerdo. Pacientes com menores pressões de enchimento parecem tirar maior proveito do modo de estimulação DDD, dado que trabalham no ramo ascendente da curva de Frank-Starling (6). Contemplando-se então os dados fisiológicos positivos, no todo consistentes, no aumento do débito cardíaco, infere-se que a estimulação sequencial poderia reduzir o risco de insuficiência cardíaca, diminuir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida do doente. De fato, o uso disseminado dos marcapassos bicamerais aliado a alguns ensaios epidemiológicos observacionais tornaram os estudos de sobrevida mera formalidade, na opinião de alguns especialistas, o que não foi compactuado por toda comunidade científica (2,7).

No ano de 1994 foi realizado o primeiro ensaio clínico randomizado, comparando-se dois marca-passos unicamerais AAI e VVI. Na publicação, com seguimento de 3,3 anos, não houve nenhum benefício em termos de mortalidade (8). Entretanto, um segundo estudo realizado em 1998 demonstra, em longo prazo, melhor classe funcional dos pacientes tratados com estimulação atrial (9). Contrariando impressões de outrora, o estudo Pacemaker Selection in the Elderly (PASE), comparando os dispositivos DDDR e VVIR, não foi capaz de reproduzir nenhum benefício clínico, o que incluiu morte, acidente vascular cerebral (AVC) ou internação por insuficiência cardíaca (IC) (10).

Percebe-se, pelo exposto, uma dicotomia no que se refere aos dados fisiológicos - que claramente apontavam para um benefício tangível com relação ao aumento no débito cardíaco nos pacientes tratados com dispositivos de estimulação atrial (DDD ou DDI) -, e os ensaios clínicos, que não demonstraram aumento de sobrevida ou redução na incidência de AVC ou internação por IC.

Posteriormente, na tentativa de se dirimir quaisquer incertezas acerca da possível superioridade da estimulação atrial (ou bicameral) sobre a ventricular, dois grandes estudos, o Canadian Trial of Physiological Pacing (CTOPP) e o Mode Selection Trial in Sinus Node Dysfunction (MOST) foram respectivamente publicados em 2000 e 2002 (11,12). No primeiro estudo, CTOPP, um total de 2.568 pacientes com bradicardia sintomática foram randomizados a receber dispositivos de estimulação atrial (AAI, AAIR, DDD ou DDDR) ou ventricular (VVI ou VVIR). Dados analisados após seguimento de três e oito anos foram similares, não refletindo impacto na mortalidade cardiovascular ou nos desfechos AVC e internação por IC (11). O segundo estudo, MOST, comparou duas modalidades diferentes de marca-passo, VVIR e DDDR, em 2010 pacientes com disfunção de nó sinusal, pelo período médio de 2,7 anos. Não houve diferença no desfecho primário, que englobava mortalidade total e AVC não fatal. Entretanto, viram-se menos hospitalizações por IC no grupo que utilizou marca-passo bicameral (10,3% versus 12,3%, $p = 0,021$) (12).

O real benefício desses dispositivos se vê, em realidade, na redução da prevalência da síndrome de marca-passo e na prevenção da fibrilação atrial em pacientes com doença do nó sinusal. Há de se considerar, então, neste contexto, tal benefício frente ao maior custo e maior probabilidade de complicações, inerentes à colocação de marca-passo bicameral. Em tese, os indivíduos com doença do nó sinusal que tenham, no estudo eletrofisiológico, função do nó AV normal, poderiam receber dispositivo AAI ou AAIR (unicameral). Na prática, pela possibilidade de desenvolvimento de bloqueio atrioventricular com evolução da doença, alguns especialistas indicam a colocação de dispositivos bicamerais (DDD ou DDDR).

3.2-PREVENÇÃO DE FIBRILAÇÃO ATRIAL

Um dado digno de nota, comum a diversos estudos, consiste na redução, em longo prazo, da incidência de fibrilação atrial (FA) nos pacientes com disfunção do nó sinusal em uso de dispositivos de estimulação atrial (AAI, AAIR, DDD ou DDDR). Há muitas teorias acerca do motivo deste achado, mas nenhuma definitiva. De qualquer forma,

esta informação deve ser considerada no processo de escolha do dispositivo de estimulação cardíaca, posto que condições como a disfunção do nó sinusal se associam a elevada probabilidade de desenvolvimento de FA (8, 10, 11, 12).

3.3- PREVENÇÃO DE SÍNDROME DE MARCA-PASSO

Outro fator a se considerar na escolha da modalidade do marca-passo é a possibilidade da síndrome de marca-passo. Descrita pela primeira vez em 1969, define-se como um conjunto de sinais e sintomas que podem ocorrer em pacientes após estimulação ventricular (13). Tal síndrome pode ser dividida, para fins didáticos, em três diferentes polos: congestivo, associado à hipotensão e inespecífico. No primeiro caso, o paciente desenvolve sintomas clássicos de IC congestiva. No segundo, síncope e lipotímia, associadas à hipotensão postural dominam o quadro. No polo inespecífico, sintomas como cefaleia, fadiga e mal-estar são as queixas principais. A etiologia da síndrome de marca-passo é complexa e abrange, por um lado, a perda da sincronia atrioventricular - que se demonstra pela presença de ondas "A" em canhão no pulso venoso - e, por outro, uma resposta neuro-humoral, vascular e autonômica desencadeada por reflexo cardioinibitório exacerbado, possivelmente secundária a distensão das câmaras atriais. No estudo norte-americano MOST (12), a síndrome de marca-passo foi a principal causa de crossover - 18,3% dos 996 pacientes do grupo com estimulação ventricular (VVI, VVIR) migraram para o grupo de estimulação bicameral, o que geralmente ocorreu nos primeiros três meses após o implante do marca-passo. Por outro lado, o estudo canadense (CTOPP) (11) e o estudo publicado por Andersen et al (8) obtiveram resultados opostos, com taxas de crossover de 5% e 1,8% respectivamente. Possivelmente, o fato da randomização nesses dois estudos serem de hardware, ou seja, o crossover implica obrigatoriamente na troca do dispositivo (o que significa novo procedimento cirúrgico), em oposição ao estudo MOST, em que haveria apenas reprogramação do modo de estimulação, pode, de certa forma, justificar as discrepâncias dos dados. De qualquer modo, infere-se que cerca de um quarto dos pacientes com marca-passo VVI desenvolvem a síndrome de marca-passo o que foi tratado, a posteriori, com programação bicameral (17).

3.4- MARCA-PASSO COM MODULAÇÃO DE FREQUÊNCIA

Mais recentemente, os marca-passos com modulação de frequência foram introduzidos como o propósito de tornar mais fisiológica a estimulação cardíaca, tendo em vista o fato de que o incremento na frequência cardíaca é responsável por 75% do incremento do débito cardíaco. A despeito disso, os diversos ensaios clínicos publicados mostraram-se dissonantes com os estudos experimentais em laboratório, em relação à melhora da capacidade funcional, comparando-se os dispositivos DDD e DDDR (14,15). Em contrapartida, o estudo Rate Modulated Pacing and Quality of Life (RAMP) sugere que os pacientes que alcançam 60% ou mais da frequência cardíaca predita pela idade após a colocação do DDDR teriam melhor qualidade de vida (2). Pequenos estudos de crossover, da mesma forma, ratificam os resultados do RAMP (16). Face às controvérsias e inconsistências, a indicação disseminada dos marca-passos com modulação de frequência não se sustenta. Possivelmente, em algum grupo específico de pacientes, o aumento da frequência cardíaca é contrabalançado com o já descrito fenômeno da perda de sincronia V-V.

A utilização da modulação de frequência e do tipo de marca-passo se baseará, então, no seguinte tripé: (1) nível de esforço exercido pelo paciente em suas atividades; (2) deficiência cronotrópica do nó sinusal comprovada; e (3) bloqueio do nó AV. Primeiramente, demonstra-se a necessidade de ajuste de frequência cardíaca, a exemplo: indivíduo jovem, fisicamente ativo e com deficiência cronotrópica. Se, neste contexto, a função do nó AV encontra-se preservada, utilizar-se-ia o AAIR, mantendo-se a sincronia AV. Se houver disfunção do nó AV, o modo DDDR seria o mais indicado.

Há consenso entre especialistas de que os pacientes com FA permanente e bloqueio AV de alto grau que necessite de suporte cronotrópico se beneficiaria da modulação de frequência, com modo de estimulação VVIR (17), no que diz respeito à redução nos sintomas de falta de ar e cansaço, assim como melhora na qualidade de vida.

As principais indicações dos diferentes tipos de dispositivos foram resumidas nos quadros 2, 3 e 4. A Figura 1 apresenta um algoritmo para escolha do modo de estimulação baseados nos sintomas clínicos e a Figura 2, segundo o distúrbio de ritmo diagnosticado.

	CONFIANÇA DAS EVIDÊNCIAS	GRAU DE RECOMENDAÇÃO	REFERÊNCIAS
DISFUNÇÃO DO NÓ SINUSAL: Marca-passo indicado quando os sintomas são certamente atribuíveis à bradicardia.	Moderada	Forte - a favor	8-9.
DISFUNÇÃO DO NÓ SINUSAL: Marca-passo indicado quando os sintomas são provavelmente atribuíveis à bradicardia.	Baixa	Fraca - a favor	8-9.
DISFUNÇÃO DO NÓ SINUSAL: Bradicardia assintomática ou desencadeada por <u>causas reversíveis</u> .	Alta	Forte - Contraindicado	8-9.
BLOQUEIO AV ADQUIRIDO: Marca-passo indicado nos casos de BAV de 2º grau tipo II ou BAV de 3º grau, independente de sintomas.	Baixa	Forte - a favor	2,3,4,17.
BLOQUEIO AV ADQUIRIDO: Marca-passo pode ser considerado nos casos de BAV de 2º grau tipo I ou BAV de 1º grau sintomático ou quando o bloqueio é infra-His no estudo eletrofisiológico ou quando há necessidade de utilização de medicamentos com ação inibitória no nó AV (a exemplo de betabloqueadores).	Baixa	Forte - a favor	2,3,4,7,17.
BLOQUEIO AV ADQUIRIDO: BAV desencadeado por <u>causas reversíveis</u> .	Baixa	Forte - Contraindicado	2,3,4,7,17.
BLOQUEIO AV ALTERNANTE: Marca-passo pode ser considerado nos casos de BAV alternante (BRD – bloqueio de ramo direito alternando com BRE – bloqueio de ramo esquerdo).	Baixa	Forte - a favor	2,3,4,7,17.

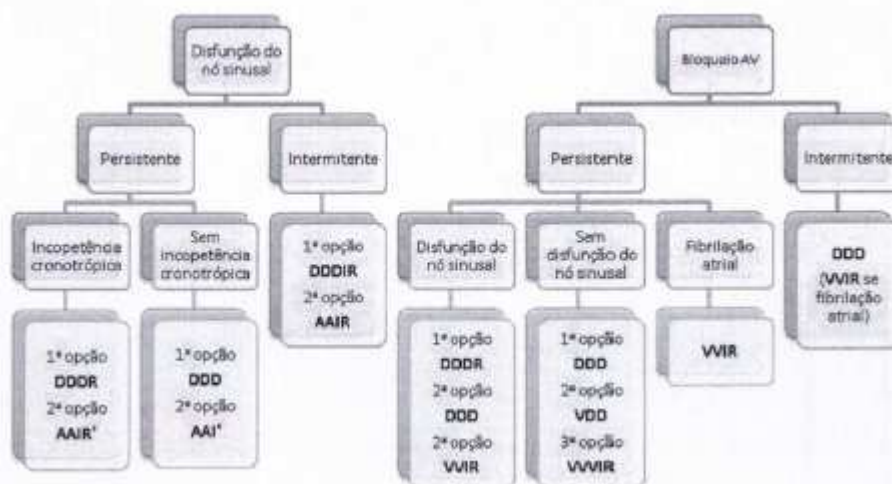
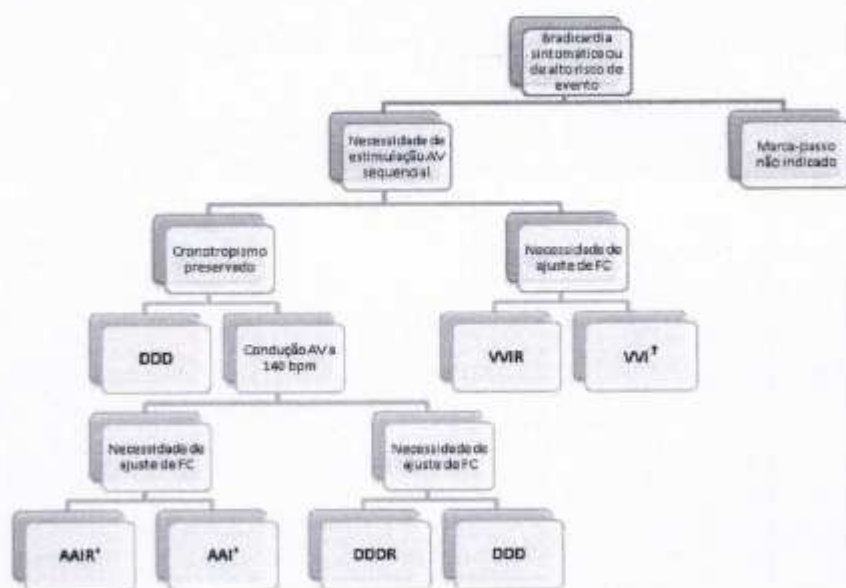
QUADRO 2 - Indicações de marca-passo em pacientes com bradicardia persistente.

	CONFIANÇA DAS EVIDÊNCIAS	GRAU DE RECOMENDAÇÃO	REFERÊNCIAS
DISFUNÇÃO DO NÓ SINUSAL: Marca-passo bicameral, mantendo-se condução AV.	Moderada	Forte - a favor	8-9.
DISFUNÇÃO DO NÓ SINUSAL: Marca-passo com modulação de frequência em pacientes jovens e fisicamente ativos com deficiência cronotrópica comprovada.	Baixa	Fraca - a favor	8-9.
BLOQUEIO AV ADQUIRIDO: Marca-passo bicameral deve ser indicado com a finalidade de evitar-se a síndrome de marca-passo e melhorar a qualidade de vida do doente.	Baixa	Forte - a favor	8,11,12,17.
BLOQUEIO AV ADQUIRIDO E FA PERMANENTE: Há indicação do modo de estimulação VVIR.	Baixa	Forte - a favor	8,11,12,17.

QUADRO 3 - Escolha do modo de estimulação conforme a doença ou síndrome tratada.

	CONFIANÇA DAS EVIDÊNCIAS	GRAU DE RECOMENDAÇÃO	REFERÊNCIAS
Marca-passo bicameral indicado para prevenção de FA em pacientes com doença do nó sinusal.	Moderada	Forte - a favor	8,9,17.
Marca-passo bicameral indicado para prevenção de síndrome de marca-passo.	Baixa	Forte - a favor	8,11,12.
Marca-passo bicameral indicado para prevenção de IC - não inclui ressincronização	Baixa	Fraca - Contraindicada	2,4,5,7,8.
Marca-passo bicameral indicado para aumento de sobrevida.	Moderado	Forte - Contraindicado	2,4,5,7,8.
Marca-passo bicameral indicado para prevenção de AVC.	Moderado	Forte - Contraindicado	2,4,5,7,8.

QUADRO 4 - Resumo das indicações dos dispositivos de estimulação bicameral conforme objetivo fim do procedimento.



4- DA INDICAÇÃO DE RESSINCRONIZAÇÃO

Os estudos da fisiologia apontam para o fato de que a sincronia atrioventricular não é a única e primordial variável quando se tenta substituir artificialmente o batimento cardíaco. Postula-se então que a sequência fisiológica de ativação ventricular, aqui denominada sincronia de ativação ventricular direito-esquerdo (sincronia VD-VE) poderia, teoricamente, ser essencial para manutenção do débito cardíaco normal. Na realidade, a estimulação apical ventricular direita, como é habitualmente feita pelo marca-passo VVI, induz uma contração anômala do coração, dado que o estímulo elétrico se faz, de forma lenta, pelo músculo cardíaco, e não pelos feixes de condução rápida do sistema His-Purkinje. Esta assunção se torna pedra fundamental nos dispositivos de ressinchronização utilizados nos pacientes com IC que tenham no eletrocardiograma (ECG) aumento na duração do complexo QRS (despolarização ventricular acima de 150 milissegundos) e FEVE a 35%. De fato, a presença, no ECG de superfície, de alargamento do complexo QRS acima de 120 milissegundos, com ou sem atraso na condução AV, é marcador isolado para possibilidade de assincronia interventricular (VD-VE) e intraventricular (VE-VE) (18). A ativação anormal causada pelos bloqueios de ramo resulta em queda na eficiência cardíaca com diminuição do volume sistólico, aumento nas pressões do átrio esquerdo e capilar pulmonar e disfunção de músculo papilar com regurgitação mitral. A ressinchronização cardíaca poderia, em tese, reverter tais alterações, de modo a proporcionar o remodelamento reverso, leia-se diminuição das cavidades cardíacas e melhora da função biventricular. Infelizmente, os mecanismos predominantes do benefício variam muito entre pacientes, o que nos impede de discernir com precisão o grupo que se beneficiaria mais da ressinchronização, ou seja, os “respondedores”, do grupo cuja resposta se encontraria aquém daquela desejada (“não respondedores”) (17-19). Como a história repetidamente nos mostra uma grande distância entre constructos teóricos e resultados práticos, apresenta-se, a seguir, o que há de evidências palpáveis.

4.1 - PACIENTES EM RITMO SINUSAL

Desde os idos de 2001, os estudos para regulamentação da terapia com o dispositivo com ressincronizador se tornaram frequentes, porém, não menos conflitantes (18,20-24). A heterogeneidade dos grupos no que diz respeito ao perfil das classes funcionais assim como ao perfil dos desfechos estudados limitaram de certa forma uma análise pormenorizada das evidências. Os primeiros ensaios realmente apontavam tendência na direção de aumento na capacidade funcional assim como na redução nas dimensões ventriculares esquerdas, o que seria, a posteriori, denominada de remodelamento reverso (21-24). Quando se analisa metaanálise, que compila dados advindos de diversos estudos, tiram-se algumas conclusões. A despeito do que se é dito, o número de pacientes em classe funcional IV de NYHA é pouco representativo, ao menos de forma estatisticamente relevante. Foram, pois, representados por uma classe criada de pacientes denominada “classe IV ambulatorial”, possivelmente uma interseção de pacientes que transitam entre classes III e IV de NYHA (25). Para tanto, neste Protocolo, os pacientes classificados como classe IV ambulatorial serão tratados como indivíduos em classe funcional III. Dito isso, os pacientes que mais obtiveram benefício, segundo talvez por terem sido mais bem representados, foram aqueles em classe funcional III de NYHA, com FEVE a 35%, com bloqueio de ramo esquerdo e duração de QRS superior a 150 milissegundos. Os pacientes que se enquadrem neste perfil e que não possuam nenhuma condição que lhes confira expectativa de sobrevida inferior a um ano, a exemplo de neoplasias malignas graves, têm elevada probabilidade de se beneficiar da colocação do ressincronizador, tanto para aumento na sobrevida quanto na melhora na qualidade de vida por aumento na capacidade funcional. Os pacientes em classe funcional III que têm no ECG morfologia de BRE, porém uma duração de QRS situada entre 120 e 149 milissegundos, se encontram em uma situação especial. Há consenso entre os especialistas de que pode haver benefício na instalação do ressincronizador, especialmente na redução dos sintomas e diminuição do número de internações, mas possivelmente não tão marcante, pois que aparentemente existe uma associação direta entre a duração do QRS e a intensidade da resposta a partir de 120 milissegundos (20).

Neste ponto, as maiores controvérsias se colocam nas “regiões fronteiriças”, em que extrapolações estatísticas se fazem comumente e, por vezes, com sofismas deveras convincentes. Os indivíduos em classe funcional II de NYHA possuem grande apelo no que tange a evolução quase que inexorável de doença. Nesses casos, advoga-se que, nas circunstâncias de FEVE inferior a 35% e BRE com QRS de duração superior a 150 milissegundos, a colocação do ressincronizador poderia, em tese, estabilizar o desenvolvimento da doença (26). Outro ponto de controvérsia reside nos pacientes em classe funcional IV, de NYHA, que foram pouco representados nos estudos (21-24). Na realidade, parte dos benefícios obtidos e descritos foi extrapolada de subgrupos de pacientes denominados de “grupo IV ambulatorial”, ou como especificado – “defined as class IV heart failure with: 1) no active acute coronary syndrome; 2) no inotropes, and 3) on guideline-directed medical therapy”, o que poderia ser interpretado como um paciente que transita entre classe III e classe IV de NYHA (26). Em suma, ainda não há como indicar, com base nos dados atuais, implante do ressincronizador nos pacientes em classe funcional I e IV de NYHA, independentemente da FEVE ou da duração do QRS. No caso específico dos indivíduos em classe funcional II, existe consenso dos especialistas na indicação do dispositivo, desde que em conjunto com fração de ejeção ventricular esquerda inferior a 35%, com BRE e duração de QRS superior a 150 milissegundos.

Outro ponto de extenso debate envolve, como já dito, a duração do QRS. A associação entre o benefício e a duração é bem estudada nos pacientes com morfologia de BRE, possivelmente por sua maior prevalência nos estudos (17). Ainda, pacientes com QRS alargado e padrão não BRE são estatisticamente mais graves. Desta forma, a despeito da falta de dados conclusivos, baseando-se em resultados anedóticos, relatos de casos e estudos não controlados indica-se a ressincronização nos pacientes em classe funcional III não BRE com duração de QRS acima de 150 milissegundos e FEVE inferior a 35% (18,19,21,22).

42-PACIENTES EM FIBRILAÇÃO ATRIAL

Os pacientes com FA e IC com necessidade de ressincronização acabaram por formar um grupo mal estudado por serem minoria nos ensaios clínicos. Ainda, para que a terapia seja eficiente e eficaz, é imperativa a ablação do nó atrioventricular de modo que 95% dos batimentos cardíacos se façam pelo ressincronizador. A ausência, até o presente momento, de um ensaio clínico específico deste tratamento em caso de IC torna contraindicado o seu uso. O Quadro 5 resume as principais indicações da ressincronização.

INDICAÇÃO	CONFIANÇA DAS EVIDÊNCIAS	GRAU DE RECOMENDAÇÃO	REFERÊNCIAS
BRE COM DURAÇÃO DO QRS $\geq$ 150 MILISSEGUNDOS: Ressincronização é recomendada aos pacientes com insuficiência cardíaca congestiva (ICC) crônica e FEVE $< 35\%$ que persistem em <u>classe funcional III</u> de NYHA a despeito de terapia farmacológica plena.	Alta	Forte - a favor	17-26.
BRE COM DURAÇÃO DO QRS 120-150 MILISSEGUNDOS: Ressincronização é recomendada aos pacientes com ICC crônica e FEVE $\leq 35\%$ que persistem em <u>classe funcional III</u> de NYHA a despeito de terapia farmacológica plena.	Baixa	Forte - a favor	17-26.

NÃO BRE COM DURAÇÃO DO QRS $\geq$ 150 MILISSEGUNDOS: Ressincronização é <u>considerada</u> nos pacientes com ICC crônica e FEVE $\leq 35\%$ que persistem em <u>classe funcional III</u> de NYHA a despeito de terapia farmacológica plena.	Fraca	Fraca - a favor	17-26.
NÃO BRE COM DURAÇÃO DO QRS 120-150 MILISSEGUNDOS: Ressincronização é recomendada aos pacientes com ICC crônica e FEVE $\leq 35\%$ que persistem em <u>classe funcional III</u> de NYHA a despeito de terapia farmacológica plena.	Fraca	Fraca - contra	17-26.
DURAÇÃO DO QRS < 120 MILISSEGUNDOS: Ressincronização não é recomendada.	Alta	Forte - contra	17-26.
PACIENTES EM CLASSE FUNCIONAL II: Ressincronização indicada em pacientes em classe funcional II de NYHA em uso de terapia farmacológica plena.	Baixa	Fraca - a favor	17-26.
PACIENTES EM CLASSE FUNCIONAL IV: Ressincronização não indicada em pacientes em classe funcional IV de NYHA em uso de terapia farmacológica plena.	Baixa	Fraca - contra	17-26.

5- DA INDICAÇÃO DE TERAPIA COMBINADA DE RESSINCRONIZAÇÃO CARDÍACA (TRC) E DE CARIOVERSOR-DESFIBRILADOR IMPLANTÁVEL (CDI) - TRC-D

Forte é o apelo pela colocação de um dispositivo cardioversor-desfibrilador em um paciente com insuficiência cardíaca que tem, primariamente, indicação de terapia de ressincronização, posto que a morte elétrica é, de certa forma, prevalente nessa população. Tal possibilidade tornou-se, na última década, tema de muitas discussões, infelizmente baseadas em ensaios que não foram desenhados para esta finalidade (17,27,28). Uma meta-análise bayesiana que englobou 8.307 pacientes e 1.636 eventos não foi capaz de demonstrar superioridade da TRC associada ao CDI (TRC-D) relativamente a TRC isolada (29) (Quadro6). Dito isso, tem-se que, atualmente, a indicação da TRC-D se torna terapia de exceção e engloba indivíduos com critérios claros para ambas as terapias. A principal indicação de implante de CDI inclui a profilaxia secundária de eventos arritmicos fatais, ou seja, refere-se a pacientes que sobreviveram à morte súbita por fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sustentada (TVS). E se os critérios que justifiquem a TRC se somarem àqueles da indicação do CDI, indica-se, então, a TRC/CDI - terapia combinada.

Deve-se ter em mente que, no caso do CDI, os melhores resultados se dão na presença de disfunção ventricular e tratamento cardiovascular pleno - o que deve incluir medicação betabloqueadora e supressão da isquemia, quer por tratamento de revascularização, quer por tratamento clínico. Neste caso, como se pode perceber, a indicação primária é do CDI e a TRC pode ser considerada como adjuvante.

Por outro lado, a profilaxia primária para eventos arrítmicos fatais visa a evitar morte súbita em pacientes selecionados como alto risco para tal evento. Assim, tem-se indivíduos com indicação de TRC que, em tese, se beneficiariam da terapia combinada, não tendo sofrido, por pressuposto, evento arrítmico fatal, posto que se enquadrem em profilaxia primária para eventos arrítmicos fatais.

No que diz respeito à prevenção primária, há muita discussão em torno das evidências para utilização do CDI. Os ensaios clínicos envolveram pacientes com disfunção ventricular (FEVE inferior a 30%-40%), mas as informações acerca da presença de isquemia não eram claras nas análises realizadas.

Desta forma, o nível de evidência para utilização do CDI na prevenção primária de morte súbita em pacientes com doença coronariana é baixo, mesmo na presença de disfunção ventricular. Indica-se CDI, ainda que com baixo nível de evidência, nos casos que apresentem arritmia ventricular frequente e indução de fibrilação ou taquicardia ventricular em estudo eletrofisiológico. No que diz respeito à redução de mortalidade, em se tratando de pacientes com cardiopatia isquêmica, o mais importante é a utilização de medicação betabloqueadora e tratamento pleno da insuficiência cardíaca e, quer com revascularização, quer com tratamento clínico, da isquemia miocárdica.

INDICAÇÃO	CONFIANÇA DAS EVIDÊNCIAS	GRAU DE RECOMENDAÇÃO	REFERÊNCIAS
Pacientes com indicação de ressincronizador que têm história de fibrilação ventricular.	Baixa	Fraca - a favor	29

Na prática, o dispositivo combinado cardioversor desfibrilador implantável-ressincronizador deve ser usado em pacientes que, além da clara indicação de TRC, preencha os critérios de utilização do CDI aprovados pela Portaria No/SAS/MS, de 2 de janeiro de 2014, a qual atualiza, em seu anexo, o protocolo de uso do CDI nos estabelecimentos de saúde credenciados no SUS.

6- REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO PELO GESTOR.

Doentes com indicação de implante de marca-passo cardíaco e ressincronizador devem ser atendidos em Centro de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular habilitados pelo Ministério da Saúde, conforme definido na Portaria N° 210/SAS/MS, de 15 de junho de 2004, e com porte tecnológico suficiente para avaliar e realizar os procedimentos e o acompanhamento dos indivíduos implantados.

Além da familiaridade que esses hospitais guardam com o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento de cardiopatas, eles, a par de toda a estrutura ambulatorial, de internação, de terapia intensiva, de hemoterapia, de suporte multiprofissional e de laboratórios, devem também dispor, no próprio Hospital, de laboratório de eletrofisiologia invasiva e serviço de avaliação de programação de marca-passos, ressincronizadores e cardioversores desfibriladores implantáveis - tudo isso necessário para o adequado atendimento e obtenção dos resultados terapêuticos esperados.

A regulação do acesso é um componente essencial da gestão para a organização da rede assistencial e garantia do atendimento dos doentes, e muito facilita as ações de controle e avaliação. Estas incluem, entre outras: a manutenção atualizada do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); a autorização prévia dos procedimentos; o monitoramento da produção dos procedimentos (por exemplo, frequência apresentada versus autorizada, valores apresentados versus autorizados versus ressarcidos), entre outras. Ações de auditoria devem verificar in loco, por exemplo, a observância deste Protocolo; regulação do acesso assistencial; qualidade da autorização; a conformidade da indicação de marcapasso, ressincronizador e cardioversor e do acompanhamento; compatibilidade do procedimento codificado com o diagnóstico; a compatibilidade da cobrança com os serviços executados; a abrangência e a integralidade assistenciais; e o grau de satisfação dos doentes.

Constam da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS os seguintes procedimentos relacionáveis especificamente com marcapassos, ressincronizadores e cardioversores desfibriladores implantáveis, que guardam compatibilidade com as respectivas OPME (dispositivos), conforme se pode verificar no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), disponível em <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp> e atualizado mensalmente:

PROCEDIMENTOS

03.09.04.001-9 Avaliação de marca-passo

04.06.01.056-0 Implante de cardioversor desfibrilador de câmara única transvenoso

04.06.01.057-9 Implante de cardioversor desfibrilador (CDI) multi-sítio

04.06.01.058-7 Implante de cardioversor desfibrilador de câmara dupla transvenoso

04.06.01.059-5 Implante de cardioversor desfibrilador multi-sítio endocavitário c/ reversão para epimiocárdico por toracotomia

04.06.01.060-9 Implante de cardioversor-desfibrilador (CDI) multi-sítio transvenoso

04.06.01.061-7 Implante de marcapasso cardíaco multi-sítio endocavitário c/ reversão p/epimiocárdico (por toracotomia)

04.06.01.062-5 Implante de marca-passo cardíaco multi-sítio epimiocárdico por implante de marca-passo cardíaco multi-sítio transvenoso

04.06.01.063-3 Implante de marca-passo multi-sítio transvenoso

04.06.01.064-1 Implante de marca-passo de câmara dupla epimiocárdico

04.06.01.065-0 Implante de marca-passo de câmara dupla transvenoso

04.06.01.066-8 implante de marca-passo de câmara única epimiocárdico

04.06.01.067-6 Implante de marca-passo de câmara única transvenoso

04.06.01.068-4 Implante de marca-passo temporário transvenoso

04.06.01.085-4 Reposicionamento de eletrodos de cardioversor desfibrilador

04.06.01.086-2 Reposicionamento de eletrodos de marca-passo

04.06.01.087-0 Reposicionamento de eletrodos de marca-passo multi-sítio

04.06.01.103-6. Troca de eletrodos de marca-passo de câmara dupla

04.06.01.104-4Troca de eletrodos de marca-passo de câmara única

04.06.01.105-2 Troca de eletrodos de marca-passo em cardio-desfibrilador de câmara dupla transvenoso

04.06.01.107-9 Troca de eletrodos de marca-passo no cardio-desfibrilador multi-sítio

04.06.01.108-7Troca de eletrodos de marca-passo no marca-passo multi-sítio

04.06.01.112-5 Troca de gerador de marca-passo de câmara dupla

04.06.01.113-3 Troca de gerador de marca-passo de câmara única

04.06.01.114-1 Troca de gerador de marca-passo multi-sítio

04.06.01.115-0 Troca de gerador e de eletrodo de marca-passo de câmara única

04.06.01.118-4 Troca de gerador e de eletrodos de marca-passo de câmara dupla

04.06.01.119-2 Troca de gerador e de eletrodos no marca-passo multi-sítio

DISPOSITIVOS

07. 02.04.004-5 Cardioversor-dessibrilador (CDI) com marca-passo multi-sítio

07.02.04.005-3 Cardioversor desfibrilador implantável (CDI) - gerador

07.02.04.006-1 Cardioversor-desfibrilador implantável (CDI)

07.02.04.023-1. Eletrodo de cardioversor desfibrilador

07.02.04.026-6. Eletrodo p/ marca-passo temporário endocárdico

07.02.04.027-4 Eletrodo p/ marca-passo temporário epicárdico

07.02.04.041-0 Marca-passo cardíaco multiprogramável de câmara dupla

07.02.04.042-8 Marca-passo cardíaco multiprogramável de câmara única

07.02.04.043-6 Marca-passo multi-sítio

Cada hospital deve coletar rotineiramente seus dados e computar os resultados, detectando possíveis nichos suspeitos de resultados piores para análise detalhada de suas causas, pois os dados negativos podem apenas sugerir um pior resultado associado, por exemplo, a um perfil assistencial de pacientes mais graves.

Esses dados devem ficar disponíveis aos gestores do SUS, para efeito de avaliação e auditoria, sempre que solicitados.

7- TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

É obrigatória a informação ao paciente, ou a seu responsável legal, dos potenciais riscos, benefícios e eventos

adversos relacionados ao uso de marca-passo, ressincronizador e cardioversor, o que deverá ser obrigatoriamente formalizado por meio da assinatura de Termo de Esclarecimento e Responsabilidade, quando se tratar de cardioversor desfibrilador implantável.

Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor

Não há.

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 014.109/2015-8	435/2016	9.1 e 9.4	0100/2016	16/03/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Adoção das medidas previstas nos itens 9.1 e 9.4 do acórdão nº 435/2016, acompanhado de relatório e voto que o fundamentam, proferido ao apreciar o relatório de auditoria operacional realizada por esta secretaria, com o objetivo de avaliar a efetividade dos procedimentos de controle adotados pelo ministério no que tange à aquisição e utilização de órteses, próteses e materiais especiais (OPME)				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Instituto Nacional de Cardiologia (INC/SAS/MS)				14769
PROTOCOLO INTERNO PARA INDICAÇÃO DE TRATAMENTO ENDOVASCULAR NAS DOENÇAS DA AORTA				
1 - DO PROCESSO DECISÓRIO: 1.1: SESSÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE DISCUSSÃO DE CASOS: - São realizadas todas as terças-feiras das 09:00h às 10:30h na sala de reuniões do 79 andar. - Estão sempre presentes nas sessões: um ou mais cirurgiões cardíacos; um ou mais cirurgiões vasculares; os cardiologistas clínicos membros do departamento de doenças da aorta; um médico radiologista com experiência em imagem vascular; os médicos residentes de cardiologia, cirurgia cardíaca e cirurgia vascular. - São apresentados nas sessões: a) 1 ou mais casos de doenças da aorta com proposta de tratamento cirúrgico convencional, para definição da estratégia e agendamento eletivo da cirurgia; b) 1 ou mais casos de doenças da aorta com proposta de tratamento endovascular, para definição da estratégia e agendamento eletivo do tratamento; c) 1 ou mais casos de doenças da aorta da planilha de pacientes ambulatoriais a serem discutidos para opinião da equipe e definição de conduta; d) Todos os casos de pacientes internados na enfermaria com doenças da aorta são apresentados, para definição de conduta e, se for o caso, agendar seus procedimentos, sejam cirúrgicos convencionais ou endovasculares; - As decisões tomadas nas sessões clínico-cirúrgicas são registradas em livro ata e em folhas próprias para este fim, onde constam claramente as decisões tomadas, as estratégias terapêuticas definidas, a data da sessão e o nome dos profissionais presentes. 2 - DO TRATAMENTO ENDO VASCULAR 2.1: INDICAÇÕES PARA TRATAMENTO ENDOVASCULAR: - Dissecções aórticas Stanford B agudas ou crônicas complicadas com: a) Rotura ou iminência de rotura; b) Dor aórtica persistente apesar de tratamento clínico otimizado e duplo produto controlado; c) Sinais e/ou sintomas relacionados a hipoperfusão de ramos medulares, viscerais ou de membros inferiores que estejam anatomicamente envolvidos à dissecção; d) Degeneração aneurismática da aorta descendente ou toracoabdominal com diâmetro igual ou maior que 6,0 cm; - Dissecções aórticas Stanford.A já operadas no seu segmento ascendente e arco, com Confecção cirúrgica de colo no arco ou através de "tromba de elefante", que venham a ter indicação de tratamento do segmento descendente.				

sem elastopatias associadas.

- Aneurismas da aorta descendente outoracoabdominal de qualquer diâmetro complicados Com:
 - a) Rotura ou iminência de rotura;
 - b) Doraórtica persistente apesar de tratamento clínico otimizado e duplo produto controlado;
 - c) Sinais e/ou sintomas relacionados a compressão de estruturas adjacentes;

2.2: INDICAÇÕES PARA TRATAMENTO HÍBRIDO (CIRÚRGICO + ENDOVASCULAR):

- Todos os casos com as indicações acima para tratamento endovascular, mas que não possuam colo adequado para fixação da endoprótese e que sejam passíveis de confecção cirúrgica do colo previamente ao tratamento endovascular (debranching).
- Aneurismas de arco aórtico passíveis de realização do debranching e com alto risco para cirurgia convencional.
- Dissecções aórticas Stanford. A já operadas no seu segmento ascendente apenas, sem Confecção cirúrgica de colo, que venham a ter indicação de tratamento endovascular do segmento descendente ou arco.

2.3: CONTRA-INDICAÇÕES AO TRATAMENTO ENDOVASCULAR:

- SERÃO CONSIDERADOS INELEGÍVEIS AO TRATAMENTO ENDOVASCULAR:

- a) Pacientes em que o tratamento cirúrgico convencional represente uma alternativa mais adequada e com riscos aceitáveis.
- b) Pacientes com impossibilidade de acessos vasculares seguros.
- c) Pacientes em que os riscos potenciais do tratamento superem os seus benefícios.

Pacientes com múltiplas co-morbidades em que a expectativa de sobrevida seja inferior a um ano,

Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor

Não há.

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 014.109/2015-8	435/2016	9.1 e 9.4	0100/2016	16/03/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Adoção das medidas previstas nos itens 9.1 e 9.4 do acórdão nº 435/2016, acompanhado de relatório e voto que o fundamentam, proferido ao apreciar o relatório de auditoria operacional realizada por esta secretaria, com o objetivo de avaliar a efetividade dos procedimentos de controle adotados pelo ministério no que tange à aquisição e utilização de órteses, próteses e materiais especiais (OPME)				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Instituto Nacional de Cardiologia (INC/SAS/MS)				14769
HEMODINAMICA ADULTO				
Para realização de angioplastia coronária com implante de Stent o paciente devera apresentar sintomas (angina ou equivalente isquêmico) associada à obstrução coronária maior que 70% com isquemia demonstrada. Nas obstruções moderadas (50% a 70%), a angioplastia só devera ser realizada se comprovada a isquemia neste território. Os seguintes pacientes deveram implantar Stent Farmacológico: - De acordo com a situação clínica: - Diabetes Mellitus; - Insuficiência renal crônica; - Já submetido a cirurgia cardíaca; - Reestenose de Stent. - De acordo com a características do vaso: - Placa extensa, maior que 18mm de comprimento; - Necessidade de implante de múltiplos stents consecutivos - Lesão em bifurcação; Calibre do vaso menor que 2,75mm; - Lesão de tronco; - Lesão Aorto-Ostial; - Lesões complexas que necessitam realizar aterectomia.				
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor				
Não há.				

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 014.109/2015-8	435/2016	9.1 e 9.4	0100/2016	16/03/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Adoção das medidas previstas nos itens 9.1 e 9.4 do acórdão nº 435/2016, acompanhado de relatório e voto que o fundamentam, proferido ao apreciar o relatório de auditoria operacional realizada por esta secretaria, com o objetivo de avaliar a efetividade dos procedimentos de controle adotados pelo ministério no que tange á aquisição e utilização de órteses, próteses e materiais especiais (OPME)				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Instituto Nacional de Cardiologia (INC/SAS/MS)				14769
DESFIBRILADOR				
PORTARIA Nº 1, DE 2 DE JANEIRO DE 2014				
Atualiza protocolo de uso do cardioversor desfibrilador implantável a ser adotado nos estabelecimentos de saúde credenciados no SUS.				
A Secretária de Atenção à Saúde - Substituta, no uso de suas atribuições,				
Considerando a Portaria nº 2.848/GM/MS, de 6 de novembro de 2007, que publica os procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS);				
Considerando a Portaria nº. 1.169/GM/MS, de 15 de junho de 2004, que institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade;				
Considerando a Portaria nº 210/SAS/MS, de 15 de junho de 2004, que define as Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular e dá outras providências;				
Considerando a Portaria nº 123/SAS/MS, de 28 de fevereiro de 2005, que altera a redação da Portaria n.º 210/SAS/MS, de 15 de junho de 2004;				
Considerando a necessidade de se estabelecerem parâmetros para o uso do cardioversor desfibrilador implantável no Brasil e de se atualizar as diretrizes nacionais para indicações, acompanhamento dos indivíduos implantados e avaliação da qualidade assistencial;				
Considerando que os protocolos de uso são resultado de consenso técnico-científico e são formulados dentro de rigorosos parâmetros de qualidade e precisão de indicação; e				
Considerando a avaliação técnica do Instituto Nacional de Cardiologia (INC/SAS/MS), do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS) e da Assessoria Técnica da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), resolve:				
Art. 1º Fica aprovado, na forma do Anexo, o Protocolo de Uso do Cardioversor Desfibrilador Implantável.				
§ 1º O Protocolo objeto deste artigo, que contém o conceito geral da fibrilação ventricular, critérios do uso do cardioversor desfibrilador implantável e mecanismos de regulação, controle e avaliação, tem como objetivo orientar, com bases técnicas e científicas, médicos, que indicam e realizam o procedimento, e gestores sobre o uso, acompanhamento e avaliação do cardioversor desfibrilador implantável.				
Relatório de Gestão da SAS - 2016				
§ 2º O Protocolo de que trata o caput deste artigo é de caráter nacional e deve ser utilizado pelos estabelecimentos de saúde e Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios na utilização e regulação do acesso				

assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes.

Art. 2º É obrigatória que seja informado ao paciente, ou ao seu responsável legal, os potenciais benefícios e riscos e eventos adversos relacionados ao uso do cardioversor desfibrilador implantável.

Art. 3º O Instituto Nacional de Cardiologia, do Ministério da Saúde, deve, conforme os critérios estabelecidos no apêndice do Anexo desta Portaria, monitorar e avaliar, anualmente, os dados dos hospitais implantadores de cardioversor desfibrilador implantável, emitindo relatório que deve ser encaminhado aos respectivos hospitais e respectivas secretarias de saúde gestoras e aos Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS) e Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC/SAS/MS), para as devidas providências de melhoria e correções necessárias.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Fica revogado o art. 2º e os Anexos II e III da Portaria nº 725/SAS/MS, de 6 de dezembro de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº 233E, de 7 de dezembro de 1999, Seção 1, página 12.

Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor

Não há.

Anexo V TCU Não Cumprido

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 032.411/2014-6	2606/2016		1169/2016	17/10/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Representação acerca de possíveis irregularidades ocorridas na Prefeitura Municipal de Patos/PB, no exercício de 2006, relacionados ao Termo de Parceria firmados entre o Município e o Instituto de Desenvolvimento Socioeconômico, Científico, Ambiental e Tecnológico - INTERSET, os quais tinham por finalidade a operacionalização de diversos programas, dentre eles, o Programa Saúde da Família.				
Justificativa Apresentada pelo o seu não cumprimento				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS)				46667
Justificativa para o seu não cumprimento				
Verifica-se que a discussão trazida no TC 032.411/2014-6 se dá em relação à não comprovação de despesas dos valores empregados no Programa Saúde da Família (PSF), em benefício da Organização Social (Interaset). De toda forma, é importante observar que inexistia previsão legal para a terceirização das Estratégias Saúde da Família, O que existe e a previsão de participação complementar no âmbito do SUS (art. 24 c/c arts, 4º e 8º, da Lei nº 8.080/90), a qual deve-se dar quando as disponibilidades do ente responsável forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área. Nesta hipótese, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada, o que deverá ser formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público. É preciso ressaltar que, a este Departamento não compete a manifestação sobre a regularidade da contratação de empresas/organizações sociais ou sindicais realizadas pela gestão municipal para a prestação de serviços de saúde, uma vez que a análise da legalidade deste ato interno é de competência municipal, gestor responsável pelo SUS em sua localidade, deve ser feita pelos órgãos de controle competentes, os quais, ao final da instrução e julgamento, determinarão as providências a serem tomadas, inclusive com ressarcimento ao Erário, caso constatadas efetivamente ilegalidades em tal procedimento. Desta forma, restitua-se os autos à Secretaria de Atenção Básica com sugestão de envio ao DENASUS.				
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor				
Não há.				

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 022.584/2016-1			0596/2016	13/09/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Fiscalização da governança da política pública para pessoas com deficiência, tendo em vista os problemas relacionados aos aspectos da institucionalização, accountability, coordenação e coerência, capacidade operacional e recursos e monitoramento e avaliação do Plano Viver sem Limite (Plano nacional relacionado à política para pessoas com deficiência).				
Justificativa Apresentada pelo o seu não cumprimento				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS)				46667
Justificativa para o seu não cumprimento				
A Coordenação-Geral de Saúde Bucal está aberta ao agendamento de apresentação da auditoria e solicitamos o contato da Secretaria de Controle Externo da Previdência, do trabalho e da assistência Social conosco, por meio do telefone 3315-9145.				
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor				
Não há.				

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 022.584/2016-1			0596/2016	13/09/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Fiscalização da governança da política pública para pessoas com deficiência, tendo em vista os problemas relacionados aos aspectos da institucionalização, accountability, coordenação e coerência, capacidade operacional e recursos e monitoramento e avaliação do Plano Viver sem Limite (Plano nacional relacionado à política para pessoas com deficiência).				
Justificativa Apresentada pelo o seu não cumprimento				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES/SAS/MS)				46674
Justificativa para o seu não cumprimento				
Com relação às informações solicitadas, o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, por intermédio da Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência tem a informar que:				
A. Fornecer relatório comparativo das metas propostas com as alcançadas em relação ao eixo atenção à saúde, até a data de encerramento do Plano Viver Sem Limite, e para o período posterior ao encerramento do Plano:				
Tabela 1- Metas Plano Viver sem Limite				
Ações	Meta Prevista dezembro 2014	Meta executada – dezembro 2014	Percentual execução da meta (2014)	Execução em julho
Identificação e intervenção precoce das deficiências	27 Estados com a fase IV da triagem neonatal implantada	27 Estados com a fase IV da triagem neonatal implantada	100%	27 Estados com a fase IV da triagem neonatal implantada
	175 Maternidades equipadas para triagem auditiva neonatal	Aprovadas 75 propostas para aquisição de equipamentos para triagem auditiva neonatal (34 realizando exames)	42,80%	Aprovadas 75 propostas para aquisição de equipamentos para triagem auditiva neonatal (44 realizando exames)
	Sistema Nacional de Informação em Triagem neonatal implantado	Sistema Nacional de Informação em Triagem neonatal implantado	100%	Sistema Nacional de Informação em Triagem neonatal implantado
Diretrizes Terapêuticas	10 Diretrizes Terapêuticas Publicadas	10 Diretrizes Terapêuticas Publicadas	100%	12 Diretrizes Terapêuticas Publicadas
Centros Especializados em Reabilitação (CER)	45 Centros Especializados em Reabilitação em funcionamento	124 CER habilitados e 78 CER em fase de construção	275,50%	139 CER habilitados e 78 CER em fase de construção
	88 Veículos acessíveis adquiridos e doados	103 Veículos acessíveis adquiridos e doados	117,00%	108 Veículos acessíveis adquiridos e doados

Oficinas Ortopédicas	6 novas Oficinas Ortopédicas implantadas	40 propostas de Oficinas Ortopédicas para construção e 1 proposta para reforma	683%	39 propostas de Oficinas Ortopédicas para construção e 1 proposta para reforma
	Meta Inicial: 60 Oficinas Ortopédicas existentes qualificadas; Repactuada para 25 Oficinas Ortopédicas existentes qualificadas/habilitadas	24 Oficinas Ortopédicas habilitadas	96%	24 Oficinas Ortopédicas habilitadas
	13 Oficinas Ortopédicas Itinerantes (7 terrestres e 6 fluviais)	Não houve aquisição e doação de Oficinas Ortopédicas Itinerantes	0%	Houve aquisição de Oficinas Ortopédicas Itinerantes Terrestres adquiridas e doação de Oficinas
	Capacitação de 660 Profissionais para concessão de Órtese e Prótese	Capacitação de 144 Técnicos Ortesistas capacitados e 4.096 profissionais de nível superior	642,40%	Capacitação de 144 Técnicos Ortesistas capacitados e 4.096 profissionais de nível superior
Atenção Odontológica	420 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) Qualificados	493 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) Qualificados	117,40%	490 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) Qualificados
	27 Centros Cirúrgicos Equipados	81 Centros Cirúrgicos Equipados	300%	81 Centros Cirúrgicos Equipados
	Capacitação de 6.000 Profissionais de Saúde Bucal	Capacitação de 5.674 Profissionais de Saúde Bucal	94,60%	Capacitação de 6.062 Profissionais de Saúde Bucal

*Meta Original do Plano Viver Sem Limite: 60 Oficinas Ortopédicas, repactuada junto à Casa Civil/PR.

3. Inicialmente, havia previsão de qualificação de 175 maternidades, por meio da aquisição de equipamentos para a realização da Triagem Auditiva Neonatal. Nesse sentido, entre 2012 e 2013, 75 propostas foram aprovadas e pagas. No entanto, considerando que muitos gestores apresentaram pouca capacidade técnica para execução dos convênios, o que dificultou a execução e o cumprimento da meta, o Ministério da Saúde reviu a estratégia para aquisição dos equipamentos e, visando dar maior celeridade ao processo, decidiu em 2013 por efetuar uma compra centralizada, a partir da elaboração de uma ata de registro de preços para aquisição de 297 equipamentos. A pouca expertise da CGSPCD para a elaboração de Atas de Registro de Preços, foi um dificultador para a execução da meta. Após a realização das etapas de elaboração de Termo de Referência, elaboração e publicação de edital, realização de pregão eletrônico, homologação do vencedor, a empresa Argosy entrou com mandado de segurança com pedido de anulação da Ata. Após análise do setor jurídico do Ministério da Saúde, o qual apontou falhas no Termo de Referência, foi definido pelo cancelamento da Ata.

4. Apesar do não cumprimento da meta, foi prevista a aquisição de equipamentos para Triagem Auditiva Neonatal para 737 maternidades no Plano Plurianual 2016-2019.

5. Com relação à meta para qualificação de Oficinas Ortopédicas existentes, com base em um estudo preliminar do Ministério da Saúde, foi definida uma meta inicial de qualificação de 60 Oficinas Ortopédicas existentes. No entanto, após revisão do estudo pela CGSPCD, constatou-se que o número de Oficinas Ortopédicas existentes estava superestimado, sendo necessário rever a meta inicial, que passou a ser de 25 Oficinas Ortopédicas qualificadas. Apesar de não ter cumprido a meta de habilitar 25 oficinas ortopédicas, a aprovação de 40 propostas de

obras de novas oficinas ortopédicas superou em 683% a meta inicial de 6 oficinas implantadas, foi uma estratégia importante diante de um enorme vazio assistencial quanto a este tipo de serviço no Brasil.

6. Outra meta não cumprida está relacionada à aquisição e doação de 13 Oficinas Ortopédicas Itinerantes, sendo 7 Terrestres e 6 Fluviais. Da mesma forma que se deu com equipamentos da Triagem Auditiva Neonatal, no tocante às Oficinas Ortopédicas Itinerantes, a pouca expertise da CGSPCD para a elaboração de Atas de Registro de Preços, foi um dificultador para a execução da meta. Além disso, a natureza dos equipamentos das Oficinas Itinerantes, configurou-se um dificultado para a própria equipe do MS responsável pelas aquisições, já que não são itens de comum aquisição pelo setor, mais habituado à contratação e licitações de medicamentos.

Durante o processo de licitação dos equipamentos da Oficina Itinerante Fluvial, foram realizados 3 pregões que vieram a fracassar, havendo a necessidade de rever a estratégia para aquisição dos equipamentos. Nesse sentido, foi previsto no PPA 2016-2019 a aquisição e doação de 10 Oficinas Ortopédicas Itinerantes Fluviais. No processo para aquisição das Oficinas Ortopédicas Itinerantes Terrestres, também houve a necessidade de diversos ajustes por impugnação do edital o que findou por atrasar a doação de 10 oficinas Ortopédicas Itinerantes Terrestres aos estados e municípios que só ocorreu nos anos de 2015 e 2016. No PPA 2016-2019, está prevista ainda a aquisição e doação de 10 novas Oficinas Ortopédicas Itinerantes Terrestres pelo Ministério da Saúde.

7. O Plano Viver sem Limite proporcionou ainda a inclusão de outras metas relacionadas à qualificação da atenção à saúde da pessoa com deficiência como, e estão previstas ainda no PPA 2016-2019 novas metas relacionadas à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD), conforme a seguir:

- i. implantação de 98 novos CER;
 - ii. implantação de 50 oficinas ortopédicas;
 - iii. incentivo à adesão de 400 Centros de Especialidades Odontológicas à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;
 - iv. oferta de 98 novos veículos adaptados acessíveis para transporte de pessoas com deficiência;
 - v. ampliação do acesso à Triagem Auditiva Neonatal por meio da equipagem de 737 maternidades no país; e
 - vi. elaboração e publicação de 10 novas Diretrizes de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência.
- Além das metas indicadas, também foram contempladas as seguintes iniciativas no PPA:
- vii. implantação de módulos de triagem auditiva e ocular no Sistema de Informação para Triagem Neonatal (SISNEO);
 - viii. elaboração e publicação de novo marco normativo, incluindo os componentes de triagem auditiva e ocular, no Programa Nacional de Triagem Neonatal;
 - ix. ampliação do acesso e do cuidado à saúde de crianças e adolescentes com deficiência beneficiárias do BPC na escola, com vistas a promover o acesso e a permanência no ambiente escolar;
 - x. formação de 1.000 profissionais ortesistas e protesistas no país;
 - xi. capacitação de 10.000 profissionais de saúde voltados à Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência; e
 - xii. ampliação do acesso ao cuidado à saúde das mulheres com deficiência por meio da aquisição de equipamentos acessíveis para as Unidades de Saúde.

B. As metas propostas representam contribuição significativa para incremento dos serviços prestados no setor saúde? Acrescentar o seguinte detalhamento:

- i. Centros de Triagem Destinados à Identificação de Deficiências e Intervenção Precoce - Descrever se existem outros centros públicos ou privados que prestam esses serviços: qual é a contribuição percentual dos Centros para oferta desses serviços?

8. O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), instituído através da Portaria GM/MS nº 822 de 2011, tem por objetivo o desenvolvimento de ações de Triagem Neonatal em fase pré-sintomática, acompanhamento e tratamento das doenças congênitas detectadas inseridas no Programa em todos os nascidos-vivos, promovendo o acesso, o incremento da qualidade e da capacidade instalada dos laboratórios especializados e serviços de atendimento, bem como organizar e regular o conjunto destas ações de saúde, no âmbito do SUS. Estruturado nos 27 Estados desde a sua instituição em 2001, o PNTN conta, em todo país, com 31 serviços de referência para a Triagem Neonatal e 21.446 postos de coleta cadastrados para a realização da coleta de sangue, no ano de 2015.

9. Apesar de o PNTN estar estruturado em todos os Estados, a qualificação da identificação e intervenção precoce de deficiências foi uma das ações previstas no Plano Viver sem Limite. Entre as Metas definidas nesta ação, estão:

- a) Universalização das fases II e III da Triagem Neonatal, correspondendo respectivamente à identificação de 3 e 4 doenças, e a implantação da fase IV da Triagem com a inclusão de mais duas doenças no rol de doenças triadas (fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme, fibrose cística, deficiência de biotinidase e hiperplasia adrenal congênita), para a qual os 27 Estados encontram-se habilitados desde julho de 2014.
- b) Estruturação de um sistema de informação nacional em triagem neonatal – O Ministério da Saúde desenvolveu o Sistema Nacional de Triagem Neonatal – Sisneo para a otimização dos processos de triagem neonatal – laboratório e busca ativa.
- c) Revisão do marco normativo do Programa Nacional de Triagem Neonatal – Elaborada proposta de novo marco normativo do Programa Nacional de Triagem Neonatal - PNTN que prevê a inclusão dos componentes da triagem auditiva e triagem ocular, constituindo assim a Política Integrada de Triagem Neonatal. Após submissão em consulta pública (Consulta Pública nº 18, de 20 de setembro de 2013), a discussão sobre o novo marco avançou nos grupos de trabalho da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) composta por representantes do Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) ainda em 2014. No entanto, houve a necessidade de repactuação da proposta no âmbito do Ministério da Saúde, que vem sofrendo desde 2014 diversas mudanças nas instâncias de gestão. Nesse sentido, a previsão de publicação do novo marco normativo foi repactuado para 2017.
- d) Qualificação de 175 maternidades para a realização da Triagem Auditiva Neonatal – O Ministério da Saúde firmou convênios com os gestores estaduais e municipais para aquisição de equipamentos para realização da Triagem Auditiva Neonatal para 75 maternidades, possibilitando que os recém-nascidos sejam submetidos aos testes de triagem auditiva neonatal antes mesmo da alta da maternidade e proporcionando a identificação e intervenção precoce de deficiências.

- ii. Diretrizes Terapêuticas - Existiu levantamento das necessidades de demanda por diretrizes terapêuticas? Qual foi a contribuição percentual do Programa Viver Sem Limite para o suprimento da demanda prevista?

10. Uma das principais demandas dos movimentos sociais das pessoas com deficiência, antes do Viver sem Limite, se referiam ao despreparo dos profissionais de saúde para o manejo clínico e atendimento à pessoa com deficiência decorrente, em parte, da escassez de documentos do Ministério da Saúde que orientassem as práticas clínicas, materiais ou normativas que proporcionassem uma padronização para o atendimento das pessoas com deficiência nas suas diversas necessidades de saúde, o que favorecia a propagação de informações incorretas e consequentemente um cuidado inadequado às pessoas com deficiência.

11. Nesse sentido, a principal contribuição das Diretrizes Terapêuticas ou Diretrizes de Atenção, se deu no sentido de disponibilizar informações qualificadas aos profissionais do SUS para o estabelecimento de parâmetros clínicos para um tratamento seguro e efetivo às pessoas com deficiência em todo território nacional. As Diretrizes de Atenção são publicações que trazem informações detalhadas sobre como proceder quanto ao diagnóstico, tratamento, controle e acompanhamento em relação aos cuidados em saúde nas diversas condições relacionadas à deficiência. A elaboração das Diretrizes Terapêuticas se deu a partir da instituição de Grupos de Trabalho que contaram com a participação de diversos profissionais e especialistas com reconhecida expertise nas temáticas, bem como da sociedade civil organizada.

12. Até o momento, foram elaboradas e publicadas 12 Diretrizes de Atenção à Pessoa com Deficiência, sendo 10 até 2014 e outras 02 publicadas em 2016. Abaixo são disponibilizados os títulos das diretrizes publicadas e seus respectivos links de acesso.

1. Diretrizes de Atenção à Pessoa

Amputada: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_amputada.pdf

2. Diretrizes de Atenção à Pessoa com Síndrome de Down:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_sindrome_down.pdf

3. Cuidados à Saúde da Pessoa com Síndrome de Down:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados_saude_pessoas_sindorme_down.pdf

4. Diretrizes de Atenção à Pessoa com Paralisia Cerebral:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_paralisia_cerebral.pdf

5. Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_lesao_medular.pdf

6. Diretrizes de Atenção à Reabilitação à Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf

7. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Traumatismo Cranioencefálico:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_traumatismo_cranioencefalico.pdf

8. Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_saude_ocular_infancia.pdf

9. Diretrizes de Atenção à Triagem Auditiva Neonatal:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_auditiva_neonatal.pdf

10. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Encefálico:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf

11. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Síndrome Pós-poliomielite e Co-morbidades:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_reabilitacao_sindrome_pos_poliomielite_co_morbidades.pdf

12. Diretrizes de Estimulação Precoce:

<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/13/Diretrizes-de-Estimulacao-Precoce.pdf>

13. Além das Diretrizes já publicadas, 10 novas diretrizes estão prevista para serem publicadas até 2019, sendo que 5 já estão em processo de elaboração, destacadas abaixo:

1. Diretrizes para a Prescrição, Concessão, Adaptação e Manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção.
2. Diretrizes de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência;
3. Diretrizes de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada;
4. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa Idosa;
5. Diretrizes de Atenção à Saúde da Mulher com Deficiência e Mobilidade Reduzida.

iii. CER – Centros Especializados em Reabilitação – Descrever se existem outros centros públicos ou privados que prestam esses serviços e qual é a contribuição percentual do CER para oferta desses serviços?

14. A partir da Portaria GM/MS n ° 793 de 24 de abril de 2012 foi instituída a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde através da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da necessidade de ofertar uma rede de serviços de reabilitação integrada, articulada e efetiva.

15. A RCPD é organizada com os componentes da Atenção Básica, Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência e Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências, sendo esta composta pelos pontos de atenção habilitados em Serviço de Reabilitação em Modalidade Única e Centros Especializados em Reabilitação (CER) os quais poderão contar ainda com serviço de Oficina Ortopédica Fixa ou Itinerante. Essa organização da Rede se realiza mediante diagnóstico e desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e contratualização dos Pontos de Atenção.

16. O CER constitui-se em um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território, organizado em II, III ou IV modalidades (auditiva, visual, física e intelectual). Atualmente existem 1.541 serviços de Reabilitação no País, dos quais 252 foram habilitados em Modalidade Única de Reabilitação, 1.150 foram credenciados pelos gestores municipais ou estaduais e 139 foram habilitados como CER (Tabela 2), que constitui um percentual de 9,02% de serviços financiados pelo Ministério da

Saúde para ampliação do acesso e a qualidade dos serviços de saúde prestados às pessoas com deficiência.

Tabela 2- Serviços de Reabilitação no País				
UF	CER	Credenciado/ Conveniado	Habilitado em Modalidade Única de Reabilitação	Tot al Ger al
AC	1	0	0	1
AL	10	9	2	21
AM	1	4	2	7
AP	1	1	0	2
BA	7	27	15	49
CE	3	26	10	39
DF	2	10	1	13
ES	1	10	1	12
GO	11	4	2	17
MA	0	15	3	18
MG	13	188	33	234
MS	4	10	4	18
MT	7	8	0	15
PA	2	16	7	25
PB	1	11	5	17
PE	2	16	6	24
PI	3	10	6	19
PR	1	303	37	341
RJ	10	55	13	78
RN	2	8	5	15
RO	6	2	1	9
RR	1	0	0	1
RS	5	74	19	98
SC	5	139	8	152
SE	1	1	1	3
SP	37	192	68	297
TO	2	11	3	16
Total Geral	139	1.150	252	1.541

Fonte:
Cadastr
o
Naciona
l de
Estabel
eciment
os de
Saúde –
CNES.

iv.
ranspor
te para
acesso à
Saúde –
Existiu
levanta
mento
das
necessi
dades
de
demand
a por
transpo
rte nos
estabel
eciment
os da

Saúde? Qual foi a contribuição percentual do Programa Viver Sem Limite para o suprimento da demanda prevista?

17. A partir da Portaria GM/MS nº 793 de 24 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, Art. 19, inciso III, § 3º e 4º; e Portaria GM/MS nº 835 de 25 de abril de 2012, que Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, Art. 6º e respectivo Parágrafo Único, o Ministério da Saúde instituiu a possibilidade de destinar aos CER em funcionamento efetivo, veículos adaptados para o transporte sanitário, mediante doação.

18. Nesse sentido, foi considerada a necessidade de uso do transporte sanitário por pessoas com deficiência

que não apresentem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencional ou que manifestem grandes restrições ao acesso e uso de equipamentos urbanos. Assim, uma das metas do Plano Viver sem Limite foi a entrega de 88 veículos adaptados para transporte de pessoas com deficiência.

19. Para o planejamento da aquisição e estimativa de necessidade, os parâmetros utilizados para estabelecer a relação entre demanda e quantitativo de veículos foram baseados no número de pessoas com deficiência grave (Censo, 2010) e em situação de extrema pobreza, por CGR (Colegiados de Gestão Regional), estimando-se inicialmente a necessidade de 183 veículos adaptados.

20. Deste modo, mediante disponibilidade orçamentária e financeira, e conforme habilitação de CER em funcionamento no país, o Ministério da Saúde adquiriu e doou 108 veículos adaptados aos gestores beneficiados responsáveis pela gestão do estabelecimento de saúde habilitado em Centro Especializado de Reabilitação.

21. Por se tratar de uma nova ação realizada pelo Ministério da Saúde, implementada no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, que por sua vez foi instituída enquanto uma das Políticas induzidas pelo Plano Viver sem Limite entende-se que este Plano foi responsável pela viabilização da entrega destes 108 veículos adaptados, de modo a ultrapassar a meta estipulada.

- v. Oficinas Ortopédicas - Existiu levantamento das necessidades de demanda por órteses e próteses das pessoas com deficiência? Qual foi a contribuição percentual do Programa Viver Sem Limite para o suprimento da demanda prevista?

22. De acordo com a Portaria GM/MS n° 793 de 24 de abril de 2012, a Oficina Ortopédica constitui-se em serviço de dispensação, de confecção, de adaptação e de manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM), o qual será implantada conforme previsto no Plano de Ação Regional, para cumprimento das metas relacionadas às ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Ressalta-se que os recursos destinados a esses serviços referem-se a incentivos financeiros de investimento para construção, ampliação, reforma e de custeio, a fim de ampliar o acesso e a oferta de Tecnologia Assistiva.

23. Informamos que dentre as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, por meio da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, estão a ampliação, inclusão e revisão dos procedimentos de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) na lista do SUS, como novos modelos de cadeiras de roda, entre elas, a Cadeira de Rodas Motorizada (Adulto e Infantil), Cadeira de Rodas Monobloco e Cadeiras de Rodas para pessoas acima de 90 kg, bem como materiais especiais como mesas para atividades em cadeiras de rodas, almofadas para prevenção de úlceras de pressão, bengala de 4 pontas e materiais para transferência de leito, além do Kit Sistema FM para pessoas com deficiência auditiva.

24. Destacamos que o Ministério da Saúde conta com a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), estabelecido pela portaria GM/MS n° 2.009, de 13/09/2012, que tem por objetivo assessorar o MS, nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT.

25. A inclusão de procedimentos que exigem novas tecnologias é um processo que depende de avaliação da eficácia e da segurança do novo procedimento proposto, assim como da eficiência, da efetividade, do benefício/custo (risco e financeiro) e da utilidade, comparado a alternativas seguras e eficazes já estabelecidas, a partir de mecanismos definidos de avaliação de incorporação de novas tecnologias em saúde.

26. As deliberações da CONITEC são tomadas com base na existência de evidências científicas, avaliação

econômica da tecnologia proposta, em comparação às demais incorporadas anteriormente, na relevância e do impacto da incorporação da tecnologia no SUS, bem como a pertinência do procedimento a ser incorporado, mediante identificação de necessidades e demandas para a inclusão social, a acessibilidade, a promoção da cidadania e fortalecimento da participação da pessoa com deficiência na sociedade, superação de barreiras, favorecimento da autonomia e acesso a bens e serviços. Deste modo, todas as OPMs incluídas na lista do SUS no âmbito do Viver Sem Limite foram precedidas de estudos técnicos de demanda e necessidade, dentre outros, conforme processo de avaliação pela CONITEC exposto acima.

- vi. CEO – Centro de Especialidade Odontológica – Descrever se a meta do Viver Sem Limite refere-se a novos equipamentos ou a equipamentos já existentes e apontar, caso existente, o número de atendimentos odontológicos realizados por esses centros e informar sobre o percentual da demanda coberto por esses atendimentos;

27. Criados a partir do Programa Brasil Sorridente, em 2004, os Centros de Especialidades Odontológicas são estabelecimentos que realizam, entre suas atividades, diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a portadores de necessidades especiais, incluindo doenças hereditárias, defeitos congênitos, até as alterações que ocorrem durante a vida, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais, envelhecimento, entre outras.

28. Visando ampliar o atendimento odontológico às pessoas com deficiência, o Ministério da Saúde instituiu a partir da portaria GM/MS nº 835 de 2012, incentivos adicionais para os CEO em funcionamento que aderirem à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD).

Para a adesão à Rede, os CEO devem cumprir requisitos mínimos, entre os quais, a disponibilização de, no mínimo, 40 horas semanais para atendimento exclusivo à pessoa com deficiência. Entre os 1.033 CEO credenciados pelo Ministério da Saúde, 490 CEO estão aderidos à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

29. Entre janeiro de 2014 e abril de 2016 foram realizados 3.157.318 procedimentos odontológicos em pessoas com deficiência nos 490 CEO aderidos à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em todo Brasil. Os dados disponíveis até o momento não fornecem informações referente à demanda existente para atendimento odontológico entre a população com deficiência.

- vii. Centros Cirúrgicos Qualificados para Atendimentos Odontológicos - Descrever se a meta do Viver Sem Limite refere-se a novos equipamentos ou a equipamentos já existentes e apontar, caso existente, o número de cirurgias odontológicas realizadas por esses centros e Informar sobre o percentual da demanda coberto por esses atendimentos.

30. Visando ampliar o atendimento odontológico às pessoas com deficiência que necessitam de atendimento odontológico em âmbito hospitalar, o Ministério da Saúde equipou, a partir do Viver Sem Limite, 81 Centros Cirúrgicos em funcionamento com kits de equipamentos odontológicos, sendo 3 em cada uma das 27 Unidades da Federação.

31. Entre 2014 e 2015, foram registrados 720 procedimentos cirúrgicos em pessoas com deficiência nos 81 Centros Cirúrgicos equipados pelo Ministério da Saúde. Os dados disponíveis até o momento não fornecem

informações referente à demanda existente para cirurgias odontológicas entre a população com deficiência.

C. O plano Viver Sem Limite contribuiu para a criação ou fomentou a atuação de alguma unidade, para tratar da questão da pessoa com deficiência, na estrutura ministerial do MS? Em caso positivo, quais unidades?

32. A Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde/MS, foi o setor responsável no MS pela Coordenação do Eixo de Atenção à Saúde do Plano Viver Sem Limite. Neste sentido, com a implementação de diversas ações de qualificação e de expansão da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, bem como da execução das demais metas no âmbito do Plano, este setor incorporou novas atribuições e responsabilidades. Assim, surgiu a necessidade de ampliação da equipe de trabalho, para fazer frente a esta nova realidade.

33. Neste sentido, no período da vigência do Plano, a Área Técnica passou em 2013, a ocupar no organograma do Ministério da Saúde o status de Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência. Já quanto à composição da equipe, houve também no período uma considerável ampliação da força de trabalho deste setor, que ao final de 2011 possuía um quadro de 11 profissionais e ao final do ano de 2014 se encontrava com 26 funcionários. Atualmente, a Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência conta com um efetivo de 36 profissionais.

D. O Plano Viver Sem Limite contribuiu para o incremento ou melhoria na qualidade dos serviços prestados para pessoa com deficiência na área de saúde? De que forma?

34. Ao instituir a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, bem como definir incentivos financeiros para ações e serviços de Reabilitação às Pessoas com Deficiência, o Plano Viver Sem Limite contribuiu diretamente para a ampliação e qualificação da oferta de serviços de saúde, a partir de construção, reforma, ampliação e aquisição de equipamentos para novos Centros Especializados em Reabilitação e Oficinas Ortopédicas. Por meio do Plano foi possível a aprovação de propostas de financiamento para a Construção de 104 novos CER; 39 construções e 1 reforma de Oficinas Ortopédicas e 59 propostas para aquisição de equipamentos via recursos de Programa.

35. Ainda, o financiamento de custeio para CER e Oficinas Ortopédicas busca oferecer aos gestores locais recursos para manutenção e qualificação de serviços de reabilitação que atendam a critérios técnicos mínimos de qualidade com relação à equipe multiprofissional de saúde, equipamentos e ambiência física, definidos no Instrutivo de Reabilitação da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, publicado no sítio www.saude.gov.br/saips. O Ministério da Saúde habilitou 139 CER e 24 Oficinas Ortopédicas; bem como realizou a doação de 9 Oficinas Ortopédicas Itinerantes para Estados e Municípios.

36. Além disso, ações de qualificação voltadas às equipes multiprofissionais de saúde, como os cursos de capacitação do Viver Sem Limite e a publicação das Diretrizes de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, contribuem diretamente para a qualidade dos serviços, na medida em que qualificam tecnicamente os profissionais de saúde em temas como concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção e Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência, cursos realizados no âmbito do Plano. Já as Diretrizes de Atenção qualificam as equipes multiprofissionais com informações claras e objetivas sobre como proceder quanto ao diagnóstico, tratamento,

controle e acompanhamento em relação aos cuidados de agravos à saúde, em diversas condições;

37. Com relação à ampliação, inclusão e revisão dos procedimentos de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) na lista do SUS, foram incluídos na Tabela de Procedimentos do SUS de 29 novos procedimentos, entre eles, procedimentos de manutenção e adaptação de OPM para os quais foram estabelecidos recursos anuais de R\$ 24,5 milhões, incorporados ao limite financeiro anual de média e alta complexidade dos Estados e Municípios, para custeio desses procedimentos, por meio da Portaria GM/MS nº 2.109, de 21 de setembro de 2012. Assim, como já relatado anteriormente, foram incluídas na lista do SUS novos modelos de cadeiras de roda, entre elas, a Cadeira de Rodas Motorizada (Adulto e Infantil), Cadeira de Rodas Monobloco e Cadeiras de Rodas para pessoas acima de 90 kg, bem como materiais especiais como mesas para atividades em cadeiras de rodas, almofadas para prevenção de úlceras de pressão, bengala de 4 pontas e materiais para transferência de leito, além do Kit Sistema FM para pessoas com deficiência auditiva.

38. Desde a incorporação destas novas OPMs em 2013 até fevereiro de 2016, o Ministério da Saúde repassou aproximadamente R\$ 116,5 milhões a Estados e Municípios, correspondente à dispensação de mais de 81 mil OPMs no Sistema Único de Saúde. Entre 2011 e 2014, foram concedidas mais de 14,2 milhões de órteses, e próteses e meios auxiliares de locomoção para pessoas com deficiência.

E. O plano promoveu sinergia entre os serviços prestados às pessoas com deficiência entre a área de saúde e as demais áreas cobertas pelo plano? De que forma?

39. O Plano Viver Sem Limite, no eixo da saúde propõe uma política de reabilitação no âmbito do SUS, expressa pela RCPCD, anunciando mudanças nos modos de pensar e fazer saúde, entre as quais se destacam as seguintes diretrizes para a atuação de cunho Intersetorial dos Centros Especializados em Reabilitação:

- Enfrentamento dos estigmas e preconceitos, promovendo o respeito pela diferença e a participação efetiva das pessoas com deficiência nos diversos campos sociais;
- Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- Diversificação das estratégias de cuidado;
- Desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular;
- Garantia de acesso à reabilitação, visando a reinserção das pessoas com deficiência no campo do trabalho, da educação e da vida social;
- Desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil.

40. Vale ressaltar que articulação entre os componentes da RCPCD na lógica de Redes de Atenção em Saúde visam garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção a estes usuários.

41. Os quatro eixos temáticos do Viver sem Limite - Acesso à Educação; Atenção à Saúde; Inclusão Social e Acessibilidade - estão articulados entre si. O primeiro eixo temático caberia ao Ministério da Educação; o segundo, do Ministério da Saúde; no terceiro eixo, que envolvia a seguridade dos direitos da pessoa com deficiência, foi acertada a colaboração de vários ministérios; e o quarto associava a ação de quase todas as Pastas.

42. Os 15 órgãos federais se integram no Plano Viver sem Limite para desenvolver ações para garantir os direitos das pessoas com deficiência, são eles: Casa Civil; Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Secretaria-Geral da Presidência da República; Ministérios da Educação; Saúde; Trabalho e Emprego; Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Ciência, Tecnologia e Inovação; Cidades; Fazenda; Esporte; Cultura; Comunicações; Previdência Social; e Planejamento, Orçamento e Gestão.

43. O Plano Viver sem Limite proporcionou ainda fortalecimento das ações já em andamento no Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - PROGRAMA BPC NA ESCOLA, instituído pela Portaria Interministerial nº 18, de 24 de abril de 2007. O Programa objetiva garantir o acesso e a permanência na escola das pessoas com deficiência de zero a dezoito anos, beneficiárias do BPC, por meio de ações articuladas entre o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), o Ministério da Educação (MEC), o Ministério da Saúde (MS) e a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) estabelecendo compromissos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e está estruturado em quatro eixos principais, que visam:

- (1) identificar entre os beneficiários do BPC até 18 anos aqueles que estão na escola e aqueles que estão fora da escola;
- (2) identificar as principais barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC;
- (3) realizar estudos e desenvolver estratégias conjuntas para superação destas barreiras; e
- (4) realizar acompanhamento sistemático das ações implementadas nos entes federados (Estados; Municípios e DF) que aderirem ao Programa.

F. A destinação dos recursos humanos, físicos e financeiros foi suficiente para o desenvolvimento da política pública em questão? Quantos servidores foram alocados ao plano? Qual o volume total de recursos empenhados e liquidados no plano, por exercício e ação orçamentária?

44. A incorporação de recursos humanos no Ministério da Saúde para a implementação da RCPCD, no âmbito do Plano Viver Sem Limite foram abordados no Item C deste documento.

45. A ação orçamentária 6181 - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência – tem o objetivo de garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada ao desenvolver atividades inerentes à implementação da política de atenção integral à saúde da pessoa com deficiência e apoio aos Estados, Distrito Federal e Municípios. Nesta ação no exercício de 2012, foram empenhados R\$ 11.949.019,00 e liquidados R\$ 3.541.502,00 (Tabela 3).

Tabela 3 – Dados referentes às Ações Orçamentárias referentes à atenção à saúde da pessoa com deficiência no ano de 2012.			
Ação/Plano orçamentário	Nome da Ação	Recursos empenhados	Recursos liquidados
6181	Implementação de políticas de atenção à saúde da pessoa com deficiência	R\$ 11.949.019,00	R\$ 3.541.502,00

Fonte: SIOP e SIAF Gerencial

45. A partir do exercício de 2013, a ação orçamentária 6181 - Implementação de políticas de atenção à saúde da pessoa com deficiência – foi substituída pelo plano orçamentário 20YI 0006 para desenvolvimento das atividades inerentes à implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, visando ampliação do acesso e a qualificação da atenção à saúde da pessoa com deficiência. Vale ressaltar que as ações referentes à elaboração e publicação de normas técnicas; fomento a estudos e pesquisas; elaboração de subsídios técnicos para organização da atenção da pessoa com deficiência; apoio técnico e financeiro aos Estados, Municípios e Distrito Federal para Implantação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. Neste plano orçamentário, foram empenhados R\$ 6.811.282,87 e liquidados R\$ 3.669.112,76 no exercício de 2013 (Tabela 4).

46. O plano orçamentário 8535 0004 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde/Viver Sem Limite – foi criado em 2013 para estruturação de unidades para atendimento da pessoa com deficiência, por meio de apoio técnico e financeiro aos Estados e Municípios para a implantação, qualificação e monitoramento das ações de reabilitação por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente. Neste plano orçamentário, foram empenhados R\$ 28.289.818,87 e liquidados R\$ 84.543,97 no exercício de 2013 (Tabela 4).

47. A partir do exercício de 2013, o plano orçamentário 8730 0003 - Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada/ Viver Sem Limite – foi criado para financiamento de ações voltadas para a prevenção e reabilitação em benefício da pessoa com deficiência referentes a ampliação da resolutividade da saúde bucal, custeando Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). Neste plano orçamentário, foram empenhados R\$ 10.484.700,00 e liquidados R\$ 7.508.600,00 no exercício de 2013 (Tabela 4).

48. O plano orçamentário 8585 0006 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade/ Viver Sem Limite - tem como objetivo o custeio das ações e serviços voltados para a prevenção e reabilitação em benefício da pessoa com deficiência no âmbito da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, mediante transferência de recursos fundo a fundo, viabilizando, de forma descentralizada, a Atenção à Saúde da População nos Estados e Municípios. Neste plano orçamentário, foram empenhados R\$ 97.936.107,57 e liquidados R\$ 87.528.587,17 no exercício de 2013 (Tabela 4).

Tabela 4 – Dados referentes às Ações Orçamentárias referentes a atenção à saúde da pessoa com deficiência no ano de 2013.			
Ação/Plano orçamentário	Nome da Ação	Recursos empenhados	Recursos liquidados
20YI PO 0006	Implementação de políticas de atenção à saúde da pessoa com deficiência	R\$ 6.811.282,87	R\$ 3.669.112,76
8535 PO 0004	Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde/Viver Sem Limite	R\$ 28.289.818,87	R\$ 84.543,97
8730 PO 0003	Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada/ Viver Sem Limite	R\$ 10.484.700,00	R\$ 7.508.600,00
8585 PO 0006	Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta	R\$ 97.936.107,57	R\$ 87.528.587,17

	Complexidade/ Viver Sem Limite		
Total		R\$ 143.521.909,31	R\$ 98.790.843,90

Fonte: SIOP e SIAF Gerencial

49. Diante do exposto, no exercício de 2013 foram empenhados no total R\$ 143.521.909,31 e liquidados R\$ 98.790.843,90 (Tabela 4). Em 2014, foram empenhados R\$ 365.899.151 e liquidados R\$ 321.589.750 (Tabela 5). Por fim, no exercício de 2015 foram empenhados no total R\$ 441.146.806 e liquidados R\$ 437.559.182 (Tabela 6).

50. Vale esclarecer que no exercício de 2015 o percentual de execução no plano orçamentário 20YI 0006 - Implementação de políticas de atenção à saúde da pessoa com deficiência - foi 0% devido à insuficiência orçamentária e financeira do Ministério da Saúde, uma vez que nenhum empenho das ações aprovadas pela CGSPCD/DAPES/SAS foi realizado pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Tabela 5 – Dados referentes às Ações Orçamentárias referentes a atenção à saúde da pessoa com deficiência no ano de 2014.

Ação/Plano orçamentário	Nome da Ação	Recursos empenhados	Recursos liquidados
20YI PO 0006	Implementação de políticas de atenção à saúde da pessoa com deficiência	R\$ 15.269.080,00	R\$ 2.342.050,00
8535 PO 0004	Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde/Viver Sem Limite	R\$ 37.290.997,00	R\$ 6.450.000,00
8730 PO 0003	Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada/ Viver Sem Limite	R\$ 10.552.250,00	R\$ 10.436.750,00
8585 PO 0006	Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade/ Viver Sem Limite	R\$ 302.786.824,00	R\$ 302.360.950,00
Total		R\$ 365.899.151,00	R\$ 321.589.750,00

Fonte: SIOP e SIAF Gerencial

Tabela 6 – Dados referentes às Ações Orçamentárias referentes a atenção à saúde da pessoa com deficiência no ano de 2015.

Ação/Plano orçamentário	Nome da Ação	Recursos empenhados	Recursos liquidados
20YI PO 0006	Implementação de políticas de atenção à saúde da pessoa com deficiência	R\$ -	R\$ -
8535 PO 0004	Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde/Viver Sem Limite	R\$ 56.749.625,00	R\$ 53.888.321,00
8730 PO 0003	Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada/ Viver Sem Limite	R\$ 9.373.650,00	R\$ 9.373.650,00
8585 PO 0006	Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade/ Viver Sem Limite	R\$ 375.023.531,00	R\$ 374.297.211,00
Total		R\$ 441.146.806,00	R\$ 437.559.182,00

Fonte: SIOP e SIAF Gerencial

G. A participação do MS foi satisfatória na concepção do Plano Viver Sem Limite? Em caso negativo, quais os pontos poderiam ser melhorados nessa concepção?

51. O Ministério da Saúde avalia como positiva a sua participação na concepção do Plano Viver Sem Limite, uma vez que seu processo de formulação possibilitou a articulação prévia dos 15 Ministérios envolvidos, de modo a discutir o plano de forma transversal e intersetorial, tentando aprofundar as políticas existentes e induzindo novas no que se fizesse necessário. No caso da saúde, o MS elaborou estudos técnicos de demanda e necessidade, além de ter possibilitado a criação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, contemplando ações voltadas para a prevenção e reabilitação.

52. Assim, o plano representou para o Ministério uma grande possibilidade de realização e de alteração da agenda de cuidado para com as pessoas com deficiência, com repercussões, tanto institucionais, como no processo de produção de políticas realizadas em conjunto com Municípios e Estados nos espaços de pactuação, como por exemplo, com o Conselho Nacional de Saúde e com os Grupos Condutores Estaduais de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

H. Qual o grau de coerência/integração entre o Plano Viver Sem Limite e os respectivos Planos setoriais, ou outros normativos relevantes, que formam as dimensões do mencionado plano?

53. O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012 – 2015 contemplou ações previstas no âmbito do Plano Viver Sem Limite, caracterizando integração entre estes instrumentos. Seguem as metas do VSL presentes no PNS:

- Implantar 45 Centros Especializados em Reabilitação até o final de 2014, no âmbito do Programa Viver sem Limites;
- Implantar 6 oficinas ortopédicas fixas, 7 oficinas ortopédicas itinerantes terrestres e 6 oficinas ortopédicas fluviais no país, até 2014, no âmbito do Programa Viver sem Limites;
- Implantar a Fase IV do Programa Nacional de Triagem Neonatal em todas as Unidades da Federação, até 2014, no âmbito do Programa Viver sem Limites;
- Qualificação de 420 Centros de Especialidades Odontológicas - CEO para atendimento a pessoas com deficiência até 2014.

54. Já no PNS 2016 - 2019 estão previstas as seguintes ações no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, oriundas do PPA 2016-2019:

- Implantar 98 Centros Especializados em Reabilitação - CER, passando de 124 para 222 CER em funcionamento.
- Implantar 50 oficinas ortopédicas no País, passando de 24 para 74 oficinas em funcionamento.
- Ofertar 98 novos veículos adaptados acessíveis para transporte de pessoas com deficiência, passando de 103 para 201 veículos entregues.
- Ampliar o acesso à Triagem Auditiva Neonatal por meio da equipagem de 737 maternidades no país, passando de 75 para 812 maternidades equipadas em funcionamento, no âmbito do Programa Viver sem Limites.
- Elaborar e publicar 10 novas Diretrizes de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, no âmbito do Programa Viver sem Limite.
- Implantação de módulos de triagem auditiva e ocular no Sistema de Informação para Triagem Neonatal (SISNEO), nos 27 Estados.

- Elaboração e publicação de novo marco normativo, incluindo os componentes de triagem auditiva e ocular, no Programa Nacional de Triagem Neonatal.
- Formação de 1.000 profissionais ortesistas e protesistas no país.
- Capacitação de 10.000 profissionais de saúde voltados à Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência.
- Ampliação do acesso e do cuidado à saúde de crianças e adolescentes com deficiência beneficiárias do BPC na escola, com vistas a promover o acesso e a permanência no ambiente escolar.
- Ampliação do acesso ao cuidado à saúde das mulheres com deficiência por meio da aquisição de equipamentos acessíveis para as Unidades de Saúde em todas as regiões do país, no âmbito do Programa Viver sem Limites.

I. A exemplo da política instituída pela Portaria MS/GM 1.060/2002 (Política Nacional de Saúde da pessoa com Deficiência), existem planos setoriais que tem como foco a pessoa com deficiência. Nesse sentido, o Plano Viver Sem Limite proporciona valor adicionado em relação aos planos setoriais já existentes no MS?

55. O Plano Viver sem Limite induziu o Ministério da Saúde a instituir a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde através da Portaria MS/GM nº 793, de 24 de abril de 2012 já que as ações propostas neste Plano fomentaram o fortalecimento da uma política de reabilitação da Pessoa com Deficiência dentro do Ministério da Saúde, especialmente quanto às questões orçamentárias que viabilizaram a implementação dessas ações. O fortalecimento da política da Pessoa com Deficiência dentro do Ministério da Saúde refletiu positivamente também nas agendas dos gestores públicos nos estados, municípios e Distrito Federal, trazendo protagonismo a esta pauta, enquanto Rede de Atenção à Saúde induzida financeiramente.

56. Conforme determinado no Art 1º desta Portaria, a RCPCD se estabelecerá pela criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde das pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua.

57. Vale destacar ainda que o Art 14º da Portaria MS/GM nº 793/2012, Parágrafo único definiu que os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação (auditiva, física, intelectual, visual, ostomia ou múltiplas deficiências) até a data de publicação desta Portaria passam a compor a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

58. A partir da indicação dos gestores pelos Planos de Ação da RCPCD, alguns serviços que eram habilitados como serviços de reabilitação em modalidade única passaram a ser Centros Especializados em Reabilitação (CER) tendo, portanto incremento no custeio.

Na Tabela 7 apresentamos exemplos de estabelecimentos de saúde que eram serviços de reabilitação em modalidade única que passaram a ser CER.

Tabela 7- Estabelecimentos de Saúde que eram serviços de reabilitação em modalidade única que passaram a

UF	Município	Região de Saúde	Nome do Estabelecimento	CNES	Natureza	Gestão	Habilitação Modalidade Única (código e Portaria)	Tipo	Modalidades
AC	Rio Branco	Baixo Acre e Purus	Fundação Hospitalar estadual do Acre - FUNDHACRE	2001586	Pública	Estadual	2202 - Serviço De Reabilitação Física - Nível Intermediário - Portaria MS/SAS nº 67 de 31/01/2002	CER II	Auditiva e Física
AL	Arapiraca	7ª Região de Saúde	Associação Pestalozzi de Arapiraca	2786346	Filantrópica	Municipal	2202 - Serviço De Reabilitação Física - Nível Intermediário - Portaria MS/SAS nº 300 de 29/06/2011	CER II	Física e Intelectual
AL	Arapiraca	7ª Região de Saúde	Centro de Medicina Física e Reabilitação - CEMFRA	2005271	Pública	Municipal	2202 - Serviço De Reabilitação Física - Nível Intermediário - Portaria MS/SAS Nº 180 SAS De 15/03/2002 2201 - Centro De Referência De Reabilitação Em Medicina Física - Portaria MS/SAS Nº 301 De 01/07/2011	CER II	Física e Intelectual

59. Um dos principais avanços da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, promovido pelo Plano Viver sem Limite foi a integração das modalidades de reabilitação.

As Portarias que regiam a política de reabilitação da Pessoa com Deficiência no Ministério da Saúde antes do Plano Viver sem Limite tinha como foco a definição de instruções para reabilitação por modalidade de reabilitação, ou seja, eram habilitados serviços de reabilitação auditiva ou física ou visual.

60. A partir da instituição da Rede de Cuidados à pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, o Governo Federal passou a custear serviços de reabilitação em mais de uma modalidade, ou seja Centros Especializados em Reabilitação: CER II (duas modalidades de reabilitação); CER III (três modalidades de reabilitação) e CER IV (quatro modalidades de reabilitação). Essa iniciativa possibilitou alcançar o objetivo de integrar as modalidades de

reabilitação.

61. Vale ressaltar que a integração das modalidades de reabilitação reflete diretamente no cuidado à saúde da Pessoa com Deficiência, permitindo que a mesma tenha acesso às intervenções de que necessita num mesmo local.

62. Outra mudança desencadeada pelo Plano Viver sem Limite foi a descentralização dos serviços de reabilitação. Antes do Plano, as Portarias do MS existentes financiavam serviços em funcionamento, que em sua maioria estavam concentrados nas regiões sudeste e sul, especialmente nas regiões metropolitanas. Com a Portaria GM/MS nº 835/2012 e a instituição de incentivos de investimentos para financiamento de reforma, ampliação e a construção de novos serviços, foi possível um esforço de qualificar e implantar novos serviços de reabilitação prioritariamente nas regiões centro-oeste; norte e nordeste, além de fomentar a dispersão desses serviços para o interior dos Estados.

63. Baseado nas informações acima, podemos concluir que o Plano Viver sem Limite proporcionou valor adicionado em relação às políticas existentes no Ministério da Saúde voltadas às Pessoas com Deficiência.

J. Houve orçamento adicional/exclusivo para o Plano? Há ações orçamentárias específicas para o Plano?

64. A partir do exercício de 2013, foram criados planos orçamentários específicos do Viver Sem Limite no Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA), possibilitando o planejamento do orçamento, bem como o acompanhamento físico e financeiro da execução. São eles:

- 20YI 0006 - Implementação de políticas de atenção à saúde da pessoa com deficiência;
- 8535 0004 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde/Viver Sem Limite;
- 8730 0003 - Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada/ Viver Sem Limite;
- 8585 0006 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade/ Viver Sem Limite.

65. Vale destacar que o Viver Sem Limite induziu a criação de planos orçamentários específicos para a implementação das metas do Plano, o que contribuiu para qualificar o monitoramento de suas ações. Além disso, o total de recursos empenhados e liquidados no âmbito do Plano Viver Sem Limite aumentou progressivamente entre os anos de 2012 e 2015 conforme mencionado no Item F deste documento.

K. Sabendo-se que algumas deficiências (como lesão medular) não são de notificação compulsória e os dados do censo realizado pelo IBGE (2010) foram obtidos por amostragem, como ocorreu o levantamento desses dados para a formulação das metas? Os dados quantitativos e qualitativos (quanto ao tipo de deficiência) para o estabelecimento das metas para o Plano Viver Sem Limite, eixo atenção à saúde, foi satisfatório? Qual a metodologia de aprovação das metas?

66. Cabe destacar inicialmente, que indicadores bem definidos quanto aos tipos de deficiência, sobretudo considerando aspectos de funcionalidade, são escassos internacionalmente, de modo que os dados disponibilizados pelo Censo 2010 do IBGE mesmo que obtidos por amostragem, se configuram como uma das fontes de informações mais confiáveis do país, sendo estes dados um dos parâmetros utilizados no planejamento e formulação das políticas

públicas relacionadas às pessoas com deficiência. Ademais, ressalta-se que a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, se destina a atender às pessoas com demandas decorrentes de deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente e contínua. Abrange assim, cuidados de reabilitação necessários também à população idosa, por exemplo.

67. Assim, nos estudos técnicos de necessidade realizados pelo Ministério da Saúde para subsidiar as ações do Plano Viver Sem Limite foi observada a análise de capacidade instalada de serviços de reabilitação, bem como as regiões de vazios assistenciais, para fins de identificação de prioridades.

68. Com base nas normativas setoriais do Sistema Único de Saúde, em especial a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, apontam as Regiões de Saúde, em seus limites geográficos e sua população como referência para o planejamento e estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nestas Regiões. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços.

69. Neste sentido, com o objetivo de fortalecer as Regiões de Saúde, utilizou-se como parâmetro que cada uma das 438 Regiões do país deveriam oferecer, minimamente, serviços de referência em reabilitação nas quatro modalidades (física, auditiva, visual e intelectual), sendo considerado também o porte populacional para ajustar a necessidade conforme a densidade demográfica de cada Região de Saúde, cabendo ações de habilitação de serviços existentes ou o financiamento para a construção de novos serviços.

70. Assim, a definição das metas, ao partir das definições de necessidade estimadas por estudos realizados pela Área Técnica do MS, perpassou por análise de disponibilidade financeira e orçamentária, além de pactuação pelos dirigentes estratégicos do governo federal à época, considerando também a capacidade de execução dos gestores envolvidos nas ações, dentro do pacto interfederativo no tocante às ações de saúde de responsabilidade dos Estados e Municípios.

71. Deste modo, as metas definidas no âmbito do Plano configuram-se como compromissos assumidos pelos governantes durante a vigência do mesmo, de modo que a necessidade estimada permanece no planejamento da Área Técnica, sendo implementada por meio das Políticas ao longo dos anos, através das ações e metas incorporadas no Plano Plurianual, as quais, atualmente, foram originadas no próprio Plano Viver Sem Limite.

L. Relação dos Municípios que aderiram ao Plano. Qual era a meta de adesão dos Municípios? Qual foi o grau de atingimento dessa meta? Esse atingimento foi considerado satisfatório?

72. Esclarecemos que a adesão ao Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver Sem Limite foi coordenado pela então Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Segundo informação desta Secretaria foram assinados termo de adesão voluntária com 1.480 Municípios, além de 25 Estados e o Distrito Federal, sendo que São Paulo foi o único Estado que não manifestou interesse em aderir.

73. Na Tabela 8 apresentamos a quantidade e percentual de Municípios que aderiram ao Plano por UF e Região.

Tabela 8 - Quantidade e Percentual de municípios que aderiram ao Plano por UF e Região:				
Região Geográfica	UF	Municípios	Adesões	Percentual do Estado
Região Norte	Acre	22	0	0%

	Amapá	16	8	50%
	Amazonas	62	41	66%
	Pará	144	4	3%
	Rondônia	52	0	0%
	Roraima	15	7	47%
	Tocantins	139	58	42%
	TOTAL REGIÃO NORTE	450	118	26%
Região Nordeste	Alagoas	102	38	37%
	Bahia	417	129	31%
	Ceará	184	125	68%
	Maranhão	217	98	45%
	Paraíba	223	29	13%
	Pernambuco	185	117	63%
	Piauí	224	107	48%
	Rio Grande do Norte	167	23	14%
	Sergipe	75	0	0%
	TOTAL REGIÃO NORDESTE	1794	666	37%
Região Centro-Oeste	Distrito Federal	1	1	100%
	Goiás	246	142	58%
	Mato Grosso	141	33	23%
	Mato Grosso do Sul	79	36	46%
	TOTAL REGIÃO CENTRO-OESTE	467	212	45%
Região Sudeste	Espírito Santo	78	3	4%
	Minas Gerais	853	42	5%
	Rio de Janeiro	92	52	57%
	São Paulo	645	128	20%
	TOTAL REGIÃO SUDESTE	1668	225	13%
Região Sul	Paraná	399	116	29%
	Rio Grande do Sul	497	117	24%
	Santa Catarina	295	26	9%
	TOTAL REGIÃO SUL	1191	259	22%
TOTAL GERAL		5570	1480	27%

74. A adesão ao Plano era considerada pela alta gestão da Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da

Pessoa com Deficiência (SNPD/SDH/PR) como um compromisso político estratégico, pois estimulava o chefe do Executivo a reunir movimentos sociais, entidades e instituições governamentais em torno do tema, de modo a garantir maior visibilidade inclusive com a imprensa local, o que tenderia a aumentar o comprometimento político e o controle social. Com efeito, o número de conselhos de direitos da pessoa com deficiência mais do que dobrou entre 2009 e 2014, segundo a pesquisa MUNIC-IBGE, o que a gestão da SNPD ao fim do Plano atribuía, ao menos em parte, à estratégia de instigar o debate local.

75. Em relação à implantação das ações de saúde propostas no Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver Sem Limite os Art 5º e 6º da Portaria MS/GM nº 793, de 24 de abril de 2012, que instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde estabeleceu que:

Art. 5º A operacionalização da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se dará pela execução de quatro fases:

I - diagnóstico e desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;

II - adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;

III - contratualização dos Pontos de Atenção;

IV - implantação e acompanhamento pelo Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;

Art. 6º O diagnóstico e o desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência serão estruturados em 4 (quatro) ações:

I - apresentação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;

II - realização de diagnóstico e análise da situação de saúde e elaboração do desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência pela Comissão Intergestores Regional (CIR) ou pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com o apoio das Secretarias de Saúde estaduais, considerando as necessidades das pessoas com deficiência;

III - pactuação do desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e da proposta de Plano de Ação Regional na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), ou no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com a programação da atenção à saúde das pessoas com deficiência, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos; e

IV - elaboração dos Planos de Ação Municipal dos Municípios integrantes da CIR.

76. Desta forma, as ações da Rede PCD aprovadas a partir do ano de 2012 foram baseadas nas propostas apresentadas nos Planos de Ação regionais enviadas à Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência (CGSPCD/DAPES/SAS/MS), observando os critérios de priorização pelos gestores locais, bem como o cenário nacional e disponibilidade orçamentária do Ministério da Saúde.

77. Na Tabela 9 apresentamos a quantidade e percentual de Regiões de Saúde que apresentaram Plano de Ação da Rede PCD até agosto de 2016.

Tabela 9 - Quantidade e Percentual de Regiões de Saúde que apresentaram Plano de Ação da Rede PCD até agosto de 2016:

Região Geográfica	UF	Nº Regiões de Saúde	Nº Regiões de Saúde com Plano de Ação da Rede PCD	% Regiões de Saúde com Plano de Ação da Rede PCD
Norte	AC	3	3	100,00%
Nordeste	AL	10	10	100,00%
Norte	AM	9	0	0,00%
Norte	AP	3	3	100,00%
Nordeste	BA	28	1	3,57%
Nordeste	CE	22	22	100,00%
Centro Oeste	DF	1	1	100,00%
Sudeste	ES	4	0	0,00%
Centro Oeste	GO	18	17	94,44%
Nordeste	MA	19	3	15,79%
Sudeste	MG	77	77	100,00%
Centro Oeste	MS	4	4	100,00%
Centro Oeste	MT	16	16	100,00%
Norte	PA	13	13	100,00%
Nordeste	PB	16	1	6,25%
Nordeste	PE	12	12	100,00%
Nordeste	PI	11	11	100,00%
Sul	PR	22	19	86,36%
Sudeste	RJ	9	2	22,22%
Nordeste	RN	8	5	62,50%
Norte	RO	7	6	85,71%
Norte	RR	2	2	100,00%
Sul	RS	30	30	100,00%
Sul	SC	16	4	25,00%
Nordeste	SE	7	4	57,14%
Sudeste	SP	63	61	96,83%
Norte	TO	8	8	100,00%
Brasil - Total		438	335	76,48%

Fontes: Regiões de Saúde: SCNES/ DATASUS- Regiões de Saúde com Plano de Ação da Rede PCD: Banco de dados da CGSPCD/DAPES/SAS/MS

78. A expectativa da CGSPCD/DAPES/SAS/MS é de que todas as regiões de saúde elaborem e apresentem seus Planos de Ação da Rede PCD. Considerando que a Rede PCD foi instituída no ano de 2012 e conforme Tabela 09 acima já foram recebidos pelo MS, Planos de Ação referentes a 76,48% das Regiões de Saúde do país.

79. Este cenário demonstra também outra importante contribuição do Viver Sem Limites, por meio da RCPCD, em termos de governança quanto ao planejamento, articulação e participação dos gestores locais do SUS, municipais e estaduais, no tocante à saúde das pessoas com deficiência, já que se trata de uma agenda ainda recente e pouco discutida historicamente no âmbito da execução das políticas públicas de saúde.

M. Do ponto de vista do setor saúde, como ocorreu e quais foram as limitações da coordenação da execução do plano Viver Sem Limite, e especificamente da coordenação do Grupo Interministerial de Articulação e Monitoramento?

80. O monitoramento do Plano Viver sem Limite ocorreu mediante atuação rotineira da Subchefia de Articulação e Monitoramento da Casa Civil da Presidência da República, em conjunto com a Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD/SDH/PR), nas reuniões intituladas Salas de Situação, realizadas mensalmente no Palácio do Planalto.

81. O Ministério da Saúde, especialmente a CSPCD/DAPES/SAS/MS foi convocada à participação das reuniões de monitoramento do Plano Viver sem Limite apresentando rotineiramente o andamento de todas as ações que o Ministério da Saúde se comprometeu a executar. Pela metodologia adotada pela equipe da Subchefia de Articulação e Monitoramento da Casa Civil da Presidência da República e da Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD/SDH/PR) foi possível acompanhar de perto o desenrolar das ações e identificar as necessidades de readequações das estratégias de trabalho para que os objetivos fossem atingidos.

82. O monitoramento do Plano Viver sem Limite desencadeou a implementação e o fortalecimento de alguns instrumentos de acompanhamento, tais como o Sistema de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados (e-Car); Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) e o Observatório do Viver sem Limite.

83. Estes instrumentos propiciaram acompanhamento dos resultados obtidos em cada etapa do Plano e também muniram os setores e gestores do Governo Federal de informações que possibilitaram a tomada de decisões visando à superação de gargalos na execução e alcance das metas do Plano.

84. Vale ressaltar que o Observatório do Viver sem Limite também foi uma ferramenta de transparência e divulgação dos resultados do Plano para a sociedade favorecendo o fortalecimento do controle social e, por conseguinte, da governança do Plano.

85. A expansão das ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência estará diretamente relacionada ao cumprimento das metas apresentadas pelo Ministério da Saúde no Plano Plurianual (PPA – 2016-2019). Para que as metas traçadas pela Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência (CGSPCD/DAPES/SAS/MS) sejam alcançadas é de suma importância que sejam mantidos processos e rotinas de monitoramentos nos moldes do executado durante a vigência do Plano Viver sem Limite pela Subchefia de Articulação e Monitoramento da Casa Civil da Presidência da República, em conjunto com a Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD/SDH/PR).

N. Do ponto de vista do setor saúde, foram executados procedimentos efetivos de monitoramento e avaliação, com a apropriada coleta e tratamento de dados? A avaliação e

monitoramento do Plano Viver Sem Limite supriu os Ministérios setoriais de informações necessárias para a tomada de decisões sobre a execução dos serviços? Quais os procedimentos/metodologias de monitoramento e avaliação utilizados?

86. Do ponto de vista do setor saúde, a gestão compartilhada do Plano Viver sem Limite entre as diversas pastas ministeriais envolvidas, sobretudo nas reuniões intituladas Salas de Situação, realizadas mensalmente no Palácio do Planalto, proporcionou mecanismos efetivos de avaliação e monitoramento das ações do Plano.

87. Na gestão compartilhada, destaca-se o total apoio e o envolvimento da Presidência da República, por meio da Casa Civil, para a execução e também para seu papel capital no processo de monitoramento da execução do plano.

88. Foram estabelecidos planos de ação para execução das metas, identificando as diversas etapas necessárias, bem como os nós críticos relacionados à execução das metas. As ações necessárias ao andamento e cumprimento das metas, bem como as estratégias e encaminhamentos necessário à execução das ações eram discutidas e definidas conjuntamente em reuniões mensais, sob coordenação da Casa Civil, que monitorava a execução dos encaminhamentos pactuados.

89. Além do envolvimento das diversas pastas ministeriais, destaca-se também a grande adesão e envolvimento das diversas instâncias da sociedade no processo de monitoramento e avaliação do plano. Ressalta-se, particularmente, a participação ativa e efetiva da sociedade civil, sobretudo por meio do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE), desde a elaboração do plano com a definição das ações prioritárias e metas, até a avaliação e monitoramento da execução destas ações e metas definidas, para o qual eram encaminhados relatórios.

90. No âmbito do Ministério da Saúde, foi estruturado um processo de monitoramento sistemático das ações do Plano no eixo da saúde, através do qual o Gabinete do Ministro e da SAS acompanhavam mensalmente as ações previstas. Importante ferramenta no processo de monitoramento e avaliação no âmbito do Ministério da Saúde foi o Sistema de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados (e-Car) que possibilitou o apoio à execução das ações e à tomada de decisão por parte do Gabinete do Ministro, da SAS, bem outras instâncias decisórias na estrutura ministerial.

91. No tocante à avaliação do impacto das ações do plano sobre a saúde da população, destaca-se enquanto fragilidade a escassez de informações, parâmetros e indicadores comparáveis nacional e internacionalmente, o que tem sido considerado um grande desafio para a elaboração, execução, monitoramento e avaliação de políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência, sobretudo no campo da reabilitação, aspecto constatado no Relatório Mundial sobre a Deficiência, publicado pela Organização Mundial da Saúde em 2011.

92. Ainda assim, diante da disponibilidade de poucos dados, foi possível avaliar que, comparando-se os anos antes e depois da instituição do Plano, houve um crescimento do número de procedimentos de reabilitação realizados, bem como dos procedimentos relacionados à concessão de Órteses, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção, um crescimento do índice de cobertura das triagens neonatais (auditiva e biológica), maior disponibilidade de serviços de reabilitação, sobretudo em locais onde existiam vazios assistenciais.

93. Considerando ainda que a disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde, o Ministério da Saúde tem concentrado esforços para a qualificação das informações em saúde, sobretudo no que concerne à atenção à saúde da pessoa com deficiência.

94. Nesse sentido, o Ministério da Saúde tem trabalhado no desenvolvimento de indicadores, em parceria

com os a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), no campo da saúde da pessoa com deficiência que sejam válidos, confiáveis e reproduzíveis em âmbito nacional e internacional, o que permitirá a qualificação dos processos de planejamento, monitoramento e avaliação de resultados sobre a saúde da população.

95. Para auxiliar o processo de monitoramento das ações implementadas pela Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência (CGSPCD/DAPES/SAS/MS) tem constantemente buscado aperfeiçoar os mecanismos de monitoramento. Abaixo descreveremos de forma resumida os mecanismos de monitoramento de algumas ações.

96. Para o monitoramento das habilitações e repasse de recurso de custeio para CER e Oficina Ortopédica Fixa, quanto à adequação do funcionamento destes serviços, são realizadas pesquisas e emissão de parecer técnico no Sistema de Apoio à implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), ao Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), bem como pelo envio de Ofícios aos secretários de saúde gestores dos serviços habilitados. A CGSPCD também tem sistematizado o acompanhamento do registro da produção destes serviços pelo Sistema de Informações ambulatoriais do SUS (SIA-SUS). Destacamos que a CGSPCD tem concentrado esforços para acompanhar a concessão de Órteses, Próteses, e Meios auxiliares de locomoção (OPM).

97. O acompanhamento das Obras (construção, reforma, ampliação) aprovadas pela modalidade Fundo a Fundo de CER, Oficina Ortopédica Fixa e/ou serviço de reabilitação aprovadas é realizado através das informações registradas no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), por visitas técnicas ao local da obra por uma equipe de arquitetas visando a superação de questões relacionadas às obras desde o desenvolvimento dos projetos arquitetônicos até cumprimento do cronograma de acordo com as portarias da CGSPCD e por envio de Ofícios e e-mail aos secretários de saúde gestores das obras aprovadas. As obras aprovadas via contrato de repasse são intermediadas pela Caixa Econômica Federal (CEF) e o monitoramento das etapas da obra envolve articulação da CGSPCD com Gabinete da SAS/MS e CEF.

98. O acompanhamento das propostas de aquisição de equipamentos para CER, Oficina Ortopédica Fixa e/ou serviço de reabilitação é realizado por consulta ao Sistema de Controle de Acesso (SCA: BGSICONV, SISPAAG, SISPROFNS), por envio de Ofícios e e-mail aos gestores responsáveis pelas propostas aprovadas.

99. Deste modo, entendendo que o monitoramento é função básica e essencial de todos os gestores públicos e que tem contribuído no planejamento das ações da CGSPCD, especialmente no redesenho dos programas/projetos/atividades, na tomada de decisões, no acompanhamento da expansão da oferta de serviços de reabilitação no âmbito do SUS, mapeamento da produção e elaboração de indicadores de cobertura, acesso e qualidade. Além disso, tal processo tem gerado informações importantes para os gestores públicos, usuários e movimentos sociais sobre a implementação da política no país

Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor

Não há.

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 013.300/2015-6	5025/2016 – TCU – 1ª Câmara	1.8	0831/2016	06/09/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Cumprimento das determinações 1.7 e 1.8 do Acórdão 7441/2014-1ª Câmara				
Justificativa Apresentada pelo o seu não cumprimento				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS)				46667
Justificativa para o seu não cumprimento				
Conforme se verifica da análise da presente demanda, a irregularidade apontada se refere exclusivamente a <i>“indícios de sobrepreço no valor de R\$ 12.893,60 na aquisição de material odontológico e cirúrgico com recursos da Atenção Básica em Saúde”</i>. O Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS emitiu parecer administrativo n.º 708/2015 no sentido de que em relação a irregularidade acima descrita, item 2.3.1.1, ocorreu dano ao erário. Em razão disso, constata-se que o assunto em pauta extrapola as atribuições deste Departamento, já que a certificação da regularidade dos processos licitatórios realizados por aquela municipalidade e apuração/confirmação da prática de sobrepreço são assuntos de competência do Tribunal de Contas e que, também estão sujeitos à apreciação do Poder Judiciário e a outros entes auditores. Nesse sentido, conforme parecer do DENASUS, verifica-se a necessidade de gestão da Assessoria Especial de Controle Interno - AECI/GM/MS junto a Controladoria-Geral da União para o fornecimento dos pressupostos necessários com vistas ao ressarcimento dos recursos caracterizados como dano ao erário				
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor				
Não há.				

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 011.680/2016-4	2324/2013	9.2	1525/2016	09/06/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Verificar a implementação do sistema de controle de ponto eletrônico nas unidades hospitalares federais no Rio de Janeiro em cumprimento ao subitem 9.2 do Acórdão 2.324/2013-TCU-Plenário, com o prazo fixado pelo Acórdão 1.874/2015-TCU-Plenário				
Justificativa Apresentada pelo o seu não cumprimento				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro (DGH/SAS/MS)				88778
Justificativa para o seu não cumprimento				
Demanda parcialmente cumprida em relação ao subitem 9.2. A SAS remeteu o Ofício nº 878/2016 em 07 de julho de 2016 com as manifestações relativas ao tema em tela, o Órgão alegou o não recebimento da documentação, Em janeiro de 2017 a SAS encaminhou a esta Corte de Contas a documentação comprovando o envio das respostas, inclusive com o aviso de recebimento dos Correios. Em virtude do desencontro de informações, O TCU reabriu a demanda estabelecendo um novo prazo de 90 dias a partir de janeiro de 2017.				
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor				
Não há.				

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 018.238/2015-7	1902/2016 - Plenário		0558/2016	24/05/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Solicita as informações elencadas no item "a" do presente expediente, a fim do saneamento do processo de Denúncia TC em epígrafe, que trata de possíveis irregularidades ocorridas na Prefeitura Municipal de Santo Antônio do Descoberto/GO, relacionadas, entre outros, a desvios de recursos da saúde, enviados pelo Fundo Nacional de Saúde.				
Justificativa Apresentada pelo o seu não cumprimento				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS)				46667
Justificativa para o seu não cumprimento				
Informamos que no Sistema de Monitoramento de Obras - SISMOB constam cadastradas 09 (nove) propostas de Construções de Unidades Básicas de Saúde habilitadas em 2013. No documento encaminhado cita apenas 6 (seis) construções, mas não constam os números das propostas. Como na denúncia informa que foram os repasses no período de 2013 a 2015 falaremos das 9 (nove) propostas cadastradas no SISMOB. As referidas propostas tiveram os prazos de conclusões expirados em 29/02/2016, conforme disposto na Portaria nº 2.804, de 18/12/2014, Para as obras que estão com o prazo de conclusão expirado, de acordo com o Acórdão no 1426/2015-TCU-Plenário, “é possível conceder a prorrogação do prazo para conclusões de obras, desde que não seja concedida de forma genérica e imotivada”. Diante disto, o Ministério da Saúde notificou o município, solicitando justificativas quanto ao não cumprimento dos prazos de conclusões das obras. O município solicitou a prorrogação de prazo das propostas, no entanto as mesmas voltaram para adequação pelos mesmos motivos: • encaminhar um documento que comprove a inclusão da referida obra na programação do orçamento de 2016 (documento oficial do município, documento jurídico e documento contábil) • anexar documento, relatório ou laudo assinado por profissional da área ou gestor municipal que comprove o efeito dos fatores climáticos na execução da obra (manchete de jornal, notícias, publicação, fotos). Os repasses foram realizados diretamente para o Fundo Municipal de Saúde de Santo Antônio do Descoberto, CNPJ 07.429.190/0001-06, por meio das contas informadas no sítio eletrônico www.fns.saude.gov.br, no item “Consulta de Pagamento Detalhada”. Conforme o art. 9º da Lei nº 8.080, de 19/09/1990, a gestão do Fundo municipal de Saúde é exercida pelo Secretário Municipal de Saúde, que é responsável pela execução dos recursos alocados no Fundo Municipal, Quanto às prestações de contas das aplicações dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal (transferência fundo a fundo) é formalizada por meio do Relatório Anual de Gestão - RAG, conforme estabelecido no inciso IV, art. 4º da Lei 8.142/1990, e Portaria GM/MS 2.135/2013, de acordo com o que regulamenta o art. 6º do Decreto 1.651/1995, e em cumprimento ao disposto na Seção III do Capítulo IV da Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012. A aprovação das prestações de contas dos recursos transferidos na modalidade fundo a fundo é de competência do Conselho Municipal de Saúde, cabendo-lhes, portanto, apreciar e aprovar Plano Municipal de Saúde e Relatório Anual de Gestão, instrumentos que, obrigatoriamente, devem ser elaborados no Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão - SARGSUS, nos termos da Portaria GM/MS 2.135/2013, sob a gestão da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa-SGEP. A referida Denúncia foi recebida no Departamento de Atenção Básica, SIPAR 25000.122169/2015-35, na qual foi respondida por meio da Nota Técnica 385, E conforme o Despacho no 11310/2016/CONJUR-MS/CGUIAGU, sugere encaminhar a referida documentação ao Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS), para que a unidade efetue avaliação da matéria e, se entender cabível, providenciar a instauração do procedimento competente para apuração dos fatos relatados.				
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor				

Não há.

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 018.238/2015-7	1902/2016 - Plenário		0558/2016	24/05/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Solicita as informações elencadas no item "a" do presente expediente, a fim do saneamento do processo de Denúncia TC em epígrafe, que trata de possíveis irregularidades ocorridas na Prefeitura Municipal de Santo Antônio do Descoberto/GO, relacionadas, entre outros, a desvios de recursos da saúde, enviados pelo Fundo Nacional de Saúde.				
Justificativa Apresentada pelo o seu não cumprimento				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgências (DAHU/SAS/MS)				122772
Justificativa para o seu não cumprimento				
No que compete a esta Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar, sobre a denúncia em epígrafe, informamos que a cópia 03 do documento em referência já se encontra em domínio do Departamento Nacional de Auditoria do SUS para a adoção das providências necessárias, de acordo com o despacho de fl. 10, e que não há interesse por parte do referido departamento de receber nova cópia				
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor				
Não há.				

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 009.506/2016-0			0221/2016	10/05/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Solicita ao Ministério da Saúde que encaminhe à Secretaria de Controle Externo da Saúde: a) Ata(s) de reunião(ões) do Comitê Executivo do Projeto de Reestruturação e Qualificação da Gestão dos Hospitais Federais do Rio de Janeiro, nomeado pela Portaria SE/MS 50/2010, que tenha(m) deliberado sobre o "Instrumento Particular de Contrato de Cessão de Direitos de Uso de Software de Gestão Empresarial" e sobre o "Contrato de Implantação de Software", ambos com a Gens S/A, considerando as competências previstas no art. 2º, inciso II, da Portaria GM/MS 2.397/2009, vigente à época de celebração dos termos; e b) Relatório Final que indique, a execução financeira, o valor das isenções usufruídas por exercício fiscal e os principais resultados do Projeto de Diagnóstico e Implementação do Projeto de Reestruturação e Qualificação da Gestão dos Hospitais Federais do Rio de Janeiro, conforme definido no art. 27 da Portaria GM/MS 936/2011, bem como a certidão emitida por essa Secretaria Executiva, nos termos do art. 29 da mesma norma, que comprove as informações prestadas no mencionado relatório final.				
Justificativa Apresentada pelo o seu não cumprimento				
Sector Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro (DGH/SAS/MS)				88778
Justificativa para o seu não cumprimento				
O referido ofício oriundo do TCU solicita encaminhamento de ata(s) de reunião(ões) do Comitê Executivo do Projeto de Reestruturação e Qualificação da Gestão dos Hospitais Federais do Rio de Janeiro, nomeado pela Portaria SE/MS no 50/2010, que tenham deliberado sobre "o instrumento Particular de Contrato de Cessão de Direito de Uso de Software de Gestão Empresarial I" e sobre o "Contrato de Implementação de Software", ambos com a Gens S/A, considerando as competências previstas no art. 2º, Inciso II, da Portaria GM/MS no 2397/2009, vigente à época de celebração dos termos (ALÍNEA "A"); bem como o relatório final que indique a execução financeira, o valor das isenções usufruídas por exercício fiscal e os principais resultados do Projeto de Diagnóstico e Implementação do Projeto de Reestruturação e Qualificação da Gestão dos Hospitais Federais do Rio de Janeiro, conforme definido no art. 27 da Portaria GM/MS no 936/2011, bem como a certidão emitida por esta Secretaria Executiva, nos termos do art. 29 da mesma norma, que comprove as informações prestadas no mencionado relatório final (ALÍNEA "B"). O Coordenador de Projetos de Cooperação Nacional (COCN/CGPC/DESID/SE/MS) informa e Seu despacho datado de 26/04/ 2016 que compete à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento - DESID/SE/MS a realização da gestão administrativa dos Projetos de Apoio no âmbito do PROADI-SUS, nos termos do artigo 5º da Portaria 2814/GM/MS, de 24 de dezembro de 2014, bem como deixa claro que já encaminhou à Coordenadora Geral de Programas e Projetos de Cooperação Técnica/DESID/SE/MS, os relatórios finais apresentados pelos 06 (seis) hospitais de excelência e as certidões emitidas pela Secretaria Executiva relativas - aos exercícios de 2009, 2010 e 2011, para fins de obtenção do CEBAS-Saúde, em atendimento à alínea "b" do ofício do TCU. Com relação ao cumprimento da alínea "a" do supramencionado ofício, o mesmo Coordenador acima mencionado sugere encaminhamento ao DGH/MS, bem como ao DATASUS para manifestação. Acontece que em conversa com o Sr. Luis Bernardo, Coordenador do DATASUS, o mesmo informou que a ele somente compete apresentar informações técnicas quanto à implantação do Sistema de gestão hospitalar TOTUS, o que foi feito a época por meio de e-mails, e que todas as reuniões e, por ventura, documentações referentes a este tema constante dos mencionados acórdãos estão em poder do Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento em Brasília. Já este DGH/MS informa que não tem posse de atas de reuniões, mesmo porque são atas que foram realizadas pelo Comitê Executivo, que segundo o artigo 1º da Portaria SE/MS no 50/2010 é constituído por servidores da Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde e Hospitais de Excelência, conforme Portaria em anexo, não estando no âmbito do Departamento de Gestão Hospitalar-DGH/MS. Diante de todo o exposto, este Departamento retorna o presente expediente à SAS/MS para verificação junto ao Departamento de Economia de Saúde, Investimento e Desenvolvimento - DESID/SE/MS quanto aos relatórios finais já apresentados, conforme relato do Sr. Carlos Eduardo da Silva Sousa, Coordenador de Projetos de Cooperação Nacional (CPCN/CGPC/DESID/SE/MS), em seu despacho datado de 26/04/2016, bem como encaminhamento da Solicitação ao Comitê Executivo para que o mesmo apresente as atas de reuniões realizadas.				
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo				

Gestor
Não há.

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 027.767/2014-0	61/2016 - Plenário	9.1	0046/2016	02/03/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
9.1.1 promover discussão na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para regulamentar os critérios legais para o rateio dos recursos federais vinculados à saúde, nos termos do art. 17 da Lei Complementar 141/2012 e do art. 35 da Lei 8.080/1990, com a possibilidade de redefinição das competências federais, estaduais e municipais no âmbito do SUS, observando as seguintes diretrizes: a) integrar os incentivos financeiros oferecidos pelo Ministério da Saúde, de modo a reduzir o excesso de normas atualmente existentes nas transferências financeiras federais; b) detalhar de maneira suficiente as competências nos três níveis de governo, de modo a evitar sobreposições de responsabilidades e a possibilitar a identificação precisa das responsabilidades executivas e financeiras de cada ente em relação às ações e dos serviços de saúde; c) considerar as fragilidades técnicas e financeiras da maior parte dos municípios brasileiros; 9.1.2 promover discussão na CIT para reavaliar o modelo do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), a fim de propor medidas legais que possam estabelecer sanções para a União e os estados no caso de inadimplemento de responsabilidades assumidas; 9.1.3 definir o diagnóstico sobre as necessidades de saúde, elaborado a partir do Mapa da Saúde, como referência prioritária para as emendas parlamentares relativas a recursos vinculados à saúde; 9.1.4 adotar medidas para aperfeiçoar a orientação aos municípios e estados sobre o processo de regionalização, assim como para organizar o apoio técnico e financeiro à regionalização e à implementação do COAP, de modo que esse apoio seja estável e contínuo; 9.1.5 estruturar processo de gestão de riscos da implementação do COAP nas regiões de saúde brasileiras				
Justificativa Apresentada pelo o seu não cumprimento				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
GAB-SAS				4999
Justificativa para o seu não cumprimento				
Em resposta a demanda, esclarecemos que o teor da determinação contida no subitem 9.1 do referido Acórdão, cumpre destacar que para o momento não cabe manifestação desta Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), considerando-se que a matéria em tela trata de assunto afeto à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS), tendo em vista a necessidade de discussão prévia entre os gestores da Comissão Intergestores Tripartite – CIT				
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor				
Não há.				

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 012.090/2016-6			0545/2016	26/09/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Representação formulada pelo Ministério Público Federal, acerca de verbas federais vinculadas ao Bloco de Media e Alta Complexidades no Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e no Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), sem que se tenha notícia de regular aplicação desses valores				
Justificativa Apresentada pelo o seu não cumprimento				
Sector Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS)				5005
Justificativa para o seu não cumprimento				
Trata-se do Ofício nº 0545/2016/TCU/Secex Saúde, de 15 de setembro de 2016, contendo solicitação de esclarecimentos sobre os fundamentos, os critérios e a definição dos valores da contribuição institucional, oriunda do bloco de financiamento da atenção de média e alta complexidade (MAC), destinada ao funcionamento das entidades de representação dos secretários estaduais (CONASS) e municípios (CONASEMS). Informamos que esta Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde não opera a cessão de crédito destacada do limite financeiro MAC, não tem atribuição no acompanhamento de sua aplicação e também não dispõe de informações mais detalhadas do que as que estão explicitadas na Portaria GM/MS no 220/2007, não estando, portanto, apta a prestar os esclarecimentos requeridos pelo TCU.				
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor				
Não há.				

Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 009.889/2015-9	1301/2016 – TCU 2ª Câmara	1.9	0306/2016	08/03/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
Secretaria de Atenção à Saúde				001989
Descrição da determinação/recomendação				
Solicita que glosem as despesas que considerar irregulares pertinentes às autorizações de procedimentos de média e alta complexidade referenciados no Relatório de Auditoria 5110/2007, processo Sipar 25006.000451/2007-01, e promover os abatimentos mensais de futuros repasses efetuados para o Fundo Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.				
Justificativa Apresentada pelo o seu não cumprimento				
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS)				5005
Justificativa para o seu não cumprimento				
Salientamos que o Acórdão de nº 1.301/2016 faz referência ao relatório de Auditoria nº 5.110/2007, que teve finalidade voltada aos medicamentos excepcionais, conforme podemos depreender do referido relatório em anexo. Destarte e tendo em vista a natureza do assunto em pauta, sugerimos o encaminhamento do presente documento ao Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS) para análise e manifestação.				
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor				
Não há.				

Unidade Jurisdicionada					
Denominação Completa				Código SIORG	
Ministério da Saúde				304	
Caracterização da determinação/recomendação do TCU					
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência	
TC 000.811/2014-9	4261/2015 – 1ª Câmara	1.10	0464/2016	17/05/2016	
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG	
Secretaria de Atenção à Saúde				001989	
Descrição da determinação/recomendação					
Determinar ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde que, no prazo de 90 (noventa) dias, a partir da ciência da decisão, configurado o descumprimento do art. 7º, inciso III e parágrafo único, da Portaria 1.401, de 15/6/2011, do Ministério da Saúde, com a paralisação e não conclusão da obra, decorridos 24 meses, após o recebimento da segunda transferência em 28/12/2012, referente ao Convênio 11188530000111001, para construção de um polo de academia de saúde, firmado com o município de Livramento/PB, aplique os dispositivos previstos nos art. 3º e 4º da IN/TCU 71/2012 e comunique os procedimentos adotados e as conclusões, em qualquer circunstância, a esta Corte no mesmo prazo.					
Justificativa Apresentada pelo o seu não cumprimento					
Setor Responsável pela Implementação				Código SIORG	
Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS)				46667	
Justificativa para o seu não cumprimento					
A proposta nº 11188530000111001, Processo no 25000202091/2011-16, habilitada pela Portaria nº 3164, 27/12/2011, refere-se a um polo da modalidade ampliada, cujo valor total do repasse financeiro de investimento corresponde à R\$ 180.000					
Proposta	Ano de Habilitação	Tipo	Recurso	Valor	Situação
11188530000111001	2011	Construção	Programa	180.000,00	Pago Parcela 2. 2ª Etapa favorável. Aguardando inserção no sistema de documentação para análise e liberação da terceira parcela. Na notificação a proposta está para adequação pelo gestor.
Parcela	Valor	Data	Ordem Bancária		
1	36.000,00	27/03/2012	2012OB808971		
2	108.000,00	28/12/2012	2012OB842470		
Total Repassado: R\$ 144.000,00					
,00 (cento e oitenta mil reais) e, até o presente momento, foram repassadas a primeira e a segunda parcelas, conforme dados abaixo, de acordo com espelho do sistema anexo às folhas 20 a 23 deste expediente:					
O Programa Academia da Saúde, lançado em 2011 pela Portaria n. 719, tem como objetivo contribuir para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, produção do cuidado e modos de vida saudáveis da população. É ancorado pelas Políticas de Atenção Básica e Promoção da Saúde que orientam o desenvolvimento de ações e serviços nos seguintes eixos previstos: atividades físicas e práticas corporais; promoção da alimentação saudável; práticas integrativas e complementares; práticas artísticas e culturais; educação em saúde; planejamento e gestão; mobilização da comunidade; produção do cuidado e de modos de vida saudáveis; que ocorrem no espaço do Programa denominado polo, sob a orientação de profissionais de saúde. Em 2011 a adesão foi por programa e desde 2012 a adesão é apenas por emenda parlamentar. O parlamentar indica a emenda e o município faz a solicitação ao Ministério da Saúde, A proposta aprovada é publicada em portaria e o município pode dar início aos procedimentos de construção. Os polos são espaços de infraestrutura específica, constituem dispositivos da atenção básica inseridos nas Redes de Atenção à Saúde. Estão previstos na Portaria GM/MS nº 2.684/2013, revogada pela Portaria GM/MS nº 1.707 de 23/09/2016, que também enuncia as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para					

construção de polos e de custeio no âmbito do Programa Academia da Saúde, bem como os critérios de similaridade				
Unidade Jurisdicionada				
Denominação Completa				Código SIORG
Ministério da Saúde				304
Caracterização da determinação/recomendação do TCU				
Processo	Acórdão	Item	Comunicação Expedida	Data da ciência
TC 006.756/2011-5	2233/2016	1.9	0522/2016	13/09/2016
Órgão/Entidade Objeto da Determinação e/ou Recomendação				Código SIORG
publicação da portaria específica de habitação.				
- O repasse da segunda parcela (equivalente a 60% do valor total aprovado) ocorre após aprovação da inserção Ordem de Início de Serviço, assinada por profissional habilitado pelo CREA ou CAU e pelo gestor local e encaminhada, no que for pertinente, ao Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal ou à Comissão Intergestora Bipartite através de ofício; - O repasse da terceira parcela (equivalente a 20% do valor total aprovado) ocorre após aprovação da inserção do atestado de conclusão da obra assinado por profissional habilitado pelo CREA ou CAU e pelo gestor local e do ofício encaminhado à Comissão intergestora Bipartite ou ao Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal com informação sobre a conclusão da obra.				
A 3º e última parcela, no valor de 20% do valor total aprovado, não foi repassada ao Fundo Municipal de Livramento/PB, pois ainda não houve inserção no Sistema do FNS da documentação necessária para o recebimento da 3o Parcela, ou seja, não foi apresentado pelo gestor municipal o Atestado de Conclusão da Obra e o Ofício de encaminhamento à C.B.				
O prazo para emitir o Atestado de Conclusão da Obra da referida Proposta e a sua inserção no Sistema do FNS era de 18 meses, após a publicação da Portaria nº 2684, de 8 de Novembro de 2013, tendo o prazo se esgotado em Maio de 2015.				
Esclarecemos que e o Departamento de Atenção Básica dispõe do Módulo de Notificação e Prorrogação de Prazo no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), conforme Nota Técnica no 294/2015, em anexo, com o término do prazo e mediante comando o sistema emite um alerta notificando o gestor para que este proceda com a resposta solicitação à prorrogação justificada de prazo, Reitero que a prorrogação de prazo só é feita via SISMOB pelo gestor municipal. A proposta foi notificada em 07/01/2017, 09/05/2016 e em 09/06/2016 pela área técnica para que o gestor municipal procedesse com a adequação da documentação no sistema solicitando prorrogação da Conclusão da Obra e todas as notificações estão pendentes por parte do gestor.Com relação à prestação de contas dos valores recebidos e aplicados pelos municípios, esta deverá ser submetida à aprovação do Conselho Municipal de Saúde e encaminhada ao Tribunal de Contas (Estado e/ou Município) e à Câmara Municipal, por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). Desta forma a prestação de contas completa e os pareceres quanto à aprovação ou não das contas relativas à aplicação dos recursos repassados à municipalidade, poderão ser requeridos junto àqueles órgãos.				
Reforçando, o artigo 6º do Decreto nº 1.651/95 dispõe que a comprovação da aplicação dos recursos transferidos via fundo a fundo, deve ser demonstrada por meio de relatório de gestão devidamente aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde. O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica.				
O acompanhamento das propostas e emissão de pareceres pelo Ministério da Saúde ocorre por meio de dois sistemas a depender no ano de habilitação. Para propostas habilitadas em 2011 e 2012, utiliza-se o sistema do Fundo Nacional de Saúde/FNS (documentos comprobatórios das etapas de obra) e o Sistema de Monitoramento de Obras/SISMOB (informações gerais das propostas complementares ao FNS, fotos e percentuais de obra). Já para propostas habilitadas a partir de 2013, utiliza-se o SISMOB				
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor				
Não há.				

Secretaria de Atenção à Saúde	001989
Descrição da determinação/recomendação	
1.9. Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, com fundamento no art. 250, II, do Regimento Interno do Tribunal de Contas da União, que adote as medidas necessárias, no novo e improrrogável prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da ciência do presente Acórdão, para que ultime o procedimento de restituição de todas as motolâncias doadas e não habilitadas, no prazo definido, junto ao Ministério da Saúde, em atenção às deliberações 9.3.2. e 9.5. do Acórdão 2221/2012-TCU-Plenário e ao relatado à peça 182, p. 7-10, destes autos, encaminhando, a este Tribunal, Relatório Circunstanciado declinando, pormenorizadamente, o tratamento dispensado aos referidos veículos – redistribuição a outros entes interessados.	
Justificativa Apresentada pelo o seu não cumprimento	
Setor Responsável pela Implementação	Código SIORG
Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgências (DAHU/SAS/MS)	122772
Justificativa para o seu não cumprimento	
Sobre o assunto, essa coordenação esclarece que: Considerando a Portaria nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, que “redefine diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e a Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências”. Considerando a Portaria nº 1.473/GM/MS, de 18 de julho de 2013, que “altera a portaria nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, que redefine as diretrizes para a implantação Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências”. O SAMU 192 é o componente assistencial móvel da Rede de Atenção às ências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica ou psiquiátrica, entre as) que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos lados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de as Urgências. Com mais de 10 anos de existência, o SAMU 192 atinge hoje cerca de 150 milhões de habitantes, com mais de 3 (três) mil unidades móveis, e mobilizando cerca de 1 bilhão de reais ano em custeio de fonte federal. Sobre a atualização em questão, informamos que foi enviada a terceira notificação aos municípios que não prestaram informações suficientes ou não responderam aos outros dois ofícios. A notificação foi feita por meio do Ofício Circular no 006/2017. Finalmente, informamos que estamos fazendo o levantamento das respostas recebidas e, caso os municípios não prestarem as informações necessárias ou não se pronunciem a esta notificação, iremos cumprir com que determina as cláusulas segunda, terceira e quarta do Termo de Doação, iniciando os trâmites para a devolução do bem ou, em caso de impossibilidade de uso do bem, do veículo zero com especificações compatíveis ao que foi doado ou do recurso com valores atualizados.	
Análise Crítica dos Fatores Positivos/Negativos que Facilitaram/Prejudicaram a Adoção de Providências pelo Gestor	
Não há.	

Anexo VI PLANO DE PROVIDÊNCIAS PERMANENTE

Dados da Recomendação				Dados Atuais						
ID	Unidade Gestora	Data de Envio	Texto	Situação Atual	Data Limite para Atendimento	Última Manifestação Gestor	Data do Último Posicionamento CGU	Último Posicionamento CGU	UF/Município	Texto
160571	Secretaria de Atenção à Saúde	02/05/2016	Notificar o gestor local para que providencie os seguros contra sinistros dos veículos descobertos, sob pena de suspensão dos repasses do incentivo de custeio destinado às unidades móveis irregulares.	Monitorando	25/09/2017	A Secretaria de Atenção à Saúde informa que notificou o ente municipal, por meio do Ofício nº 1659/2016-CGUE/DAHU/SAS, acerca das pendências apontadas no Relatório de Demandas Externas nº 201412658. Encaminhou, ainda, o Parecer Técnico nº 1231/2016, o qual informa que serão adotadas medidas com vistas à suspensão do recurso de custeio mensal transferido ao Fundo Municipal de Saúde de Marabá/PA para manutenção do SAMU 192 no Município.	18/01/2017	Tendo em vista que o Gestor Municipal foi orientado a corrigir as irregularidades e adotar providências saneadoras com o objetivo de evitar a perda de recursos, a recomendação permanece em monitoramento. Aguarda-se a manifestação do Município quanto à análise conclusiva sobre a situação apontada no Relatório.	PA/Marabá	Inexistência de seguro contra sinistros de veículos da frota do SAMU 192
160572	Secretaria de Atenção à Saúde	02/05/2016	Notificar o gestor local para que providencie a contratação de empresa para a prestação de serviços de manutenção preventiva e corretiva dos veículos da frota do SAMU 192, sob pena de suspensão dos repasses do incentivo de custeio das unidades móveis irregulares.	Monitorando	25/09/2017	A Secretaria de Atenção à Saúde informa que notificou o ente municipal, por meio do Ofício nº 1659/2016-CGUE/DAHU/SAS, acerca das pendências apontadas no Relatório de Demandas Externas nº 201412658. Encaminhou, ainda, o Parecer Técnico nº 1231/2016, o qual informa que serão adotadas medidas com vistas à suspensão do recurso de custeio mensal transferido ao Fundo Municipal de Saúde de Marabá/PA para manutenção do SAMU 192 no Município.	18/01/2017	Tendo em vista que o Gestor Municipal foi orientado a corrigir as irregularidades e adotar providências saneadoras com o objetivo de evitar a perda de recursos, a recomendação permanece em monitoramento. Aguarda-se a manifestação do Município quanto à análise conclusiva sobre a situação apontada no Relatório.	PA/Marabá	Inexistência de contrato de manutenção preventiva e corretiva de veículos da frota do SAMU 192.
160573	Secretaria de Atenção à Saúde	02/05/2016	Notificar a Secretaria de Saúde de Marabá para que regularize a aplicação de recursos próprios na gestão do SAMU 192, referente ao exercício de 2015, conforme pactuado na Comissão Intergestora Bipartite (CIB).	Monitorando	25/09/2017	A Secretaria de Atenção à Saúde informa que notificou o ente municipal, por meio do Ofício nº 1659/2016-CGUE/DAHU/SAS, acerca das pendências apontadas no Relatório de Demandas Externas nº 201412658. Encaminhou, ainda, o Parecer Técnico nº 1231/2016, o qual informa que serão adotadas medidas com vistas à suspensão do recurso de custeio mensal transferido ao Fundo Municipal de Saúde de Marabá/PA para manutenção do SAMU 192 no Município.	18/01/2017	Tendo em vista que o Gestor Municipal foi orientado a corrigir as irregularidades e adotar providências saneadoras com o objetivo de evitar a perda de recursos, a recomendação permanece em monitoramento. Aguarda-se a manifestação do Município quanto à análise conclusiva sobre a situação apontada no Relatório.	PA/Marabá	Ausência de repasses de recursos mensais do SAMU 192, pela Prefeitura Municipal de Marabá/PA, relativos ao exercício de 2015.
160574	Secretaria de Atenção à Saúde	02/05/2016	Notificar o gestor para que adeque o quantitativo de profissionais que atuam na Central de Regulação ao quantitativo previsto nas normas do Ministério da Saúde.	Monitorando	25/09/2017	A Secretaria de Atenção à Saúde informa que notificou o ente municipal, por meio do Ofício nº 1659/2016-CGUE/DAHU/SAS, acerca das pendências apontadas no Relatório de Demandas Externas nº 201412658. Encaminhou, ainda, o Parecer Técnico nº 1231/2016, o qual informa que serão adotadas medidas com vistas à suspensão do recurso de custeio mensal transferido ao Fundo Municipal de Saúde de Marabá/PA para manutenção do SAMU 192 no Município.	18/01/2017	Tendo em vista que o Gestor Municipal foi orientado a corrigir as irregularidades e adotar providências saneadoras com o objetivo de evitar a perda de recursos, a recomendação permanece em monitoramento. Aguarda-se a manifestação do Município quanto à análise conclusiva sobre a situação apontada no Relatório.	PA/Marabá	Quantitativo de Rádio Operador em exercício Central de Regulação do SAMU 192, não guarda conformidade com o estabelecido pelo Ministério da Saúde.
160575	Secretaria de Atenção à Saúde	02/05/2016	Notificar o gestor para que adeque o quantitativo de profissionais que atuam nas Unidades Móveis de Saúde ao quantitativo previsto nas normas do Ministério da Saúde.	Monitorando	25/09/2017	A Secretaria de Atenção à Saúde informa que notificou o ente municipal, por meio do Ofício nº 1659/2016-CGUE/DAHU/SAS, acerca das pendências apontadas no Relatório de Demandas Externas nº 201412658. Encaminhou, ainda, o Parecer Técnico nº 1231/2016, o qual informa que serão adotadas medidas com vistas à suspensão do recurso de custeio mensal transferido ao Fundo Municipal de Saúde de Marabá/PA para manutenção do SAMU 192 no Município.	18/01/2017	Tendo em vista que o Gestor Municipal foi orientado a corrigir as irregularidades e adotar providências saneadoras com o objetivo de evitar a perda de recursos, a recomendação permanece em monitoramento. Aguarda-se a manifestação do Município quanto à análise conclusiva sobre a situação apontada no Relatório.	PA/Marabá	Quantitativo de profissionais em exercício nas unidades móveis e bases descentralizadas do SAMU 192, não guarda conformidade com o estabelecido pelo Ministério da Saúde.

160576	Secretaria de Atenção Saúde	de a	02/05/2016	Notificar o gestor de saúde, para que, em até 15 (quinze) dias, apresente justificativa, de acordo com o art. 71 da Portaria nº 342/2013, para o não funcionamento da UPA após prazo de 90 dias de conclusão da obra. Em caso de não aceitação ou de não apresentação da justificativa pelo gestor de saúde, notificar o Município visando à adoção de medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais empregados. Caso não haja comprovação do ressarcimento depois de 60 dias da notificação, encaminhar o caso, contendo os pressupostos mínimos previstos na Instrução Normativa TCU nº 71/2012, para o Fundo Nacional de Saúde (FNS), com vistas à instauração de Tomada de Contas Especial (TCE) e inscrição do gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002.	Monitorando	30/08/2016						CE/Maracanaú	Unidade de Pronto Atendimento concluída, porém sem funcionamento.
159341	Secretaria de Atenção Saúde	de a	03/03/2016	Incluir, nos termos de referência anexos aos editais para aquisição de ambulâncias do SAMU 192, os critérios utilizados para a definição das grades de distribuição dos veículos	Monitorando	01/06/2016						DF/Brasília	Distribuição de ambulâncias do SAMU 192 incompatível com a previsão constante nos respectivos editais de aquisição
159342	Secretaria de Atenção Saúde	de a	03/03/2016	Incluir os critérios para renovação de frota e reserva técnica na Portaria que define as diretrizes do SAMU 192.	Monitorando	01/06/2016						DF/Brasília	Ausência de critérios formalmente definidos em Portarias do Ministério da Saúde para distribuição de ambulâncias do SAMU 192 destinadas à renovação de frota e à reserva técnica
159343	Secretaria de Atenção Saúde	de a	03/03/2016	Incluir, nos termos de doação de ambulâncias, a modalidade de distribuição dos respectivos veículos (ampliação de frota, reserva técnica ou renovação de frota)	Monitorando	17/07/2016	17/06/2016	Revisão do texto da recomendação	texto da			DF/Brasília	Ausência de critérios formalmente definidos em Portarias do Ministério da Saúde para distribuição de ambulâncias do SAMU 192 destinadas à renovação de frota e à reserva técnica
159344	Secretaria de Atenção Saúde	de a	03/03/2016	Instituir controles internos para acompanhamento do início do efetivo funcionamento das Unidades Móveis distribuídas com notificação aos gestores donatários de ambulâncias do SAMU tão logo expire o prazo entre o recebimento das unidades móveis e a solicitação de habilitação, nos termos da legislação vigente.	Monitorando	17/07/2016	17/06/2016	revisão do texto da recomendação	texto da			DF/Brasília	Ausência de comprovação do efetivo funcionamento o de 31,7% das ambulâncias distribuídas para a ampliação da frota do SAMU 192

159345	Secretaria de Atenção Saúde	de a	03/03/2016	Apresentar procedimento padrão destinado a regularizar as situações dos veículos irregulares, detalhando as providências a serem adotadas para cada situação, inclusive quanto às hipóteses de devolução dos veículos, ressarcimento ao Erário e responsabilização dos agentes envolvidos.	Monitorando	17/07/2016		17/06/2016	revisão do texto da recomendação	DF/Brasília		Ausência de comprovação do efetivo funcionamento de 31,7% das ambulâncias distribuídas para a ampliação da frota do SAMU 192
159346	Secretaria de Atenção Saúde	de a	03/03/2016	Estabelecer critérios para renovação de frota e reserva técnica considerando informações acerca da efetiva utilização das Unidades Móveis do SAMU 192, das condições de funcionamento dos veículos, do seu tempo de uso, entre outras.	Monitorando	17/07/2016		17/06/2016	Estabelecer critérios para renovação de frota e reserva técnica considerando informações acerca da efetiva utilização das Unidades Móveis do SAMU 192, das condições de funcionamento dos veículos, do seu tempo de uso, entre outras.	DF/Brasília		Ausência de critérios formalmente definidos em Portarias do Ministério da Saúde para distribuição de ambulâncias do SAMU 192 destinadas à renovação de frota e à reserva técnica
160751	Hospital Federal Ipanema	de	04/05/2016	Determinar aos setores competentes que passem a incluir no prontuário médico o documento que motivou a sua abertura.	Atendida	03/06/2016	Este HFI, com a colaboração do Coordenador médico, elaborou comunicado aos setores pertinentes visando justificar a motivação da abertura do prontuário médico, a fim de cumprir a recomendação em tela, para tanto junta em anexo o documento comprobatório do ato.	03/02/2017	A Direção do HFI expediu comunicação interna, a qual emana as formas de abertura de prontuário: prioritariamente pelo Sistema de Regulação ou, excepcionalmente, com autorização da chefia da clínica ou da Direção. Em ambos casos, os documentos serão anexados ao prontuário do paciente. Recomendação atendida.	RJ/Rio Janeiro	de	O acesso aos serviços hospitalares do Hospital Federal de Ipanema se dá, em cerca de 50% dos casos, através de meios não isonômicos.
160752	Hospital Federal Ipanema	de	04/05/2016	Em cumprimento ao que determina o Decreto Presidencial n.º 6.932, de 11/08/2009, instituir documento oficial nos moldes da Carta de Serviços ao Cidadão, onde constem todas as formas de acesso aos serviços do Hospital Federal de Ipanema disponíveis ao cidadão.	Monitorando	02/08/2017	O HFI elaborou a prévia da Carta ao Cidadão do Nosocômio, que se encontra em anexo. Entretanto, o procedimento a ser adotado para a devida regularização se deve inicialmente a remessa do escopo ao Departamento de Gestão Hospitalar (DGHMS/RJ), para análise e consequente re-retificação e, posterior encaminhamento a Comunicação Social a fim da adequação de praxe, bem como sua publicação.	03/02/2017	Aguarda-se a instituição efetiva da Carta de Serviços ao Cidadão, visto que a Unidade demonstrou que há apenas uma versão prévia a ser aprovada nas instâncias do Departamento de Gestão Hospitalar. Prorroga-se o prazo de atendimento.	RJ/Rio Janeiro	de	O acesso aos serviços hospitalares do Hospital Federal de Ipanema se dá, em cerca de 50% dos casos, através de meios não isonômicos.
160753	Hospital Federal Ipanema	de	04/05/2016	Cientificar o DGHMS/RJ sobre a recorrência do mau-funcionamento do sistema e-Sus, caracterizado por lentidão e travamento do sistema quando utilizada a funcionalidade Assistente para marcação de consultas, assim como reiterar o comunicado expedido em 14/05/2015, acerca do mau-funcionamento dos equipamentos de climatização da sala-cofre, tendo em vista o impacto negativo destes fatos para o atendimento aos pacientes do ambulatório.	Atendida	03/06/2016	Em atendimento a citada Recomendação, o HFI elaborou o Memorando n.º 0251/GABDIR/HFI/RJ, DE 23/05/2016, que fora encaminhada ao Departamento de Gestão Hospitalar do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro - DGHMS/RJ, devidamente protocolada em 24/05/2016 por aquele Departamento, visando adotar as providências necessárias ao tema em foco, em respeito a hierarquia da competência de suas atribuições.	20/02/2017	Houve a devida comunicação ao DGHMS/RJ por meio do memorando n.º 251/GABDIR/HFI/RJ de 23 de maio de 2016, o qual reproduziu a recomendação em seu texto.Recomendação atendida.	RJ/Rio Janeiro	de	Deficiências de funcionamento o do sistema e-SUS.
160754	Hospital Federal Ipanema	de	04/05/2016	Cientificar o DGH para que demande do DATASUS providências para integrar o sistema e-Sus ao sistema de regulação, objetivando eliminar o retrabalho na confirmação da presença dos pacientes encaminhados pela regulação médica.	Atendida	03/06/2016	Em atendimento a citada Recomendação, o HFI elaborou o Memorando n.º 0251/GABDIR/HFI/RJ, DE 23/05/2016, que fora encaminhada ao Departamento de Gestão Hospitalar do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro - DGHMS/RJ, devidamente protocolada em 24/05/2016 por aquele Departamento, visando adotar as providências necessárias ao tema em foco, em respeito a hierarquia da competência de suas atribuições.	20/02/2017	Houve a devida comunicação ao DGHMS/RJ por meio do memorando n.º 251/GABDIR/HFI/RJ de 23 de maio de 2016, o qual reproduziu a recomendação em seu texto. Recomendação atendida.	RJ/Rio Janeiro	de	Deficiências de funcionamento o do sistema e-SUS.

160755	Hospital Federal de Ipanema	04/05/2016	Estabelecer períodos distintos entre procedimentos cirúrgicos e atendimentos ambulatoriais realizados pelos mesmos médicos, de forma a evitar longas esperas dos pacientes.	Monitorando	19/08/2017	O HFI, por intermédio da Coordenação Médica Assistencial, no âmbito da Auditoria ambulatorial, vem comprovar em anexo, a medida tomada pelo mesmo, visando a regularização dos horários sobrepostos dos médicos para atendimento dos pacientes, evitando a delonga nos atendimentos.	20/02/2017	A Coordenação Médica Assistencial encaminhou às Clínicas Cirúrgicas o memorando circular n.º 53/2016/GABDIR/HFI/RJ, de 06 de julho de 2016, determinando que não deveria ocorrer coincidências de horários entre as escalas no centro cirúrgico e aquelas do ambulatório.	RJ/Rio Janeiro	de	Realização de procedimento s cirúrgicos nos mesmos períodos destinados aos atendimentos ambulatoriais pelos mesmos profissionais.
								No entanto, não houve encaminhamento das escalas médicas para fins de comprovação.			
160756	Hospital Federal de Ipanema	04/05/2016	Fazer ampla divulgação sobre os meios disponíveis de acesso ao Setor de Ouvidoria.	Atendida	02/08/2016	Segue em anexo fotos da ampla divulgação do Setor de Ouvidoria do Hospital Federal de Ipanema. Inclusive, demonstra o bom desempenho da Direção do HFI, por meio do reconhecimento realizado pelo Departamento de Gestão Hospitalar do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro (DGHMS/RJ), através da Ouvidora Geral.	20/02/2017	Prorroga-se o prazo de atendimento. Conforme fotos enviadas pela Direção do HFI, houve ampla divulgação da existência de um setor de Ouvidoria no HFI. Os avisos foram colocados em locais de fácil visualização. Recomendação atendida.	RJ/Rio Janeiro	de	Ausência de divulgação da localização, atribuições e forma de acesso ao Setor de Ouvidoria no Ambulatório do HFI.
160757	Hospital Federal de Ipanema	04/05/2016	Estabelecer uma rotina formal de levantamento das necessidades de todos os setores do HFI, com vistas a promover aquisições necessárias e adequação da infraestrutura, de modo a proporcionar um ambiente mais ágil e humanizado ao paciente.	Atendida	02/08/2016	O HFI, por intermédio da Direção Geral e Coordenador Médico, implementou reuniões mensais com as chefias de todas as clínicas da Unidade, visando identificar as reais necessidades individuais das citadas clínicas, contemplando tanto os equipamentos, insumos e no tocante a infraestrutura, no sentido de melhorar as condições ofertadas e, tornar a comunicabilidade atualizada, a fim de estabelecer padrão de rotinas formais e atender as demandas cruciais para atingir o pleno atendimento dos pacientes do SUS.	20/02/2017	Segundo manifestação do gestor, foram implementadas reuniões mensais, onde os assuntos são tratados. Foram encaminhadas atas de reuniões do dia 04 e 24 de maio de 2016. Recomendação atendida.	RJ/Rio Janeiro	de	Falhas nas condições oferecidas para o funcionamento o das clínicas.
160758	Hospital Federal de Ipanema	04/05/2016	Apresentar formalmente aos demandantes os resultados das ações tomadas pela Administração em relação aos problemas e necessidades apresentados pelos setores do HFI.	Monitorando	19/08/2017	O HFI na mesma reunião em que identifica as necessidades das Clínicas, também reciprocamente, dá ciência das demandas pleiteadas no último encontro com os Chefes de Clínica, a fim de otimização das informações e dos atos, dada ao dinamismo dos serviços de prestação de saúde.	20/02/2017	Segundo manifestação do gestor, foram implementadas reuniões mensais, onde os assuntos são tratados e, assim, os problemas são encaminhados e as medidas adotadas são repassadas aos setores. Foram encaminhadas atas de reuniões do dia 04 e 24 de maio de 2016, porém, constam das atas apenas uma lista de presença e não apresentam quaisquer outras redações sobre os tópicos abordados, não ficando caracterizada a ciência aos demandantes. Portanto, reitera-se o teor da presente recomendação, até que o Gestor evidencie a formalização dos resultados aos demandantes, conforme comando no texto da recomendação.	RJ/Rio Janeiro	de	Falhas nas condições oferecidas para o funcionamento o das clínicas.
14872	Departamento de Atenção Básica	05/04/2016	Encaminhar o fato ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) para realização de auditoria específica no sentido de verificar se ainda persistem as impropriedades/irregularidades.	Monitorando	21/02/2017		23/11/2016	Reitera-se o atendimento às recomendações expedidas, em virtude do não envio de respostas/justificativas pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) dentro do prazo estipulado.	MA/Campesre do Maranhão		Ausência de prestação de contas dos recursos do programa.
159909	Departamento de Atenção Básica	05/04/2016	Encaminhar expediente ao gestor municipal de forma a cientificar-lhe que no Relatório de Fiscalização elaborado pela CGU estão registradas constatações de impropriedades que poderão ser sanadas mediante a celebração de Termo de Ajuste Sanitário (TAS) junto ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). Encaminhar	Monitorando	21/02/2017		23/11/2016	Reitera-se o atendimento às recomendações expedidas, em virtude do não envio de respostas/justificativas pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) dentro do prazo estipulado.	PR/Jesuítas		<*<Utilização indevida dos recursos do PAB Fixo.*>

Página 610

167949	Secretaria de Atenção a Saúde	06/12/2016	Elaborar estudo com vistas a promover a revisão dos critérios atualmente exigidos para habilitação das unidades do SAMU 192, de modo que as informações solicitadas sejam suficientes para a comprovação do efetivo funcionamento das centrais de regulação e das unidades móveis.	Monitorando	06/03/2017				-	QUESTÃO ESTRATÉGICA 04. As Centrais de Regulação do SAMU e Unidades Móveis de Saúde custeadas com recursos federais estão em efetivo funcionamento?
167950	Secretaria de Atenção a Saúde	06/12/2016	Elaborar estudo com o objetivo de avaliar se o quantitativo mínimo de profissionais exigido para as Centrais de Regulação do SAMU 192 está adequadamente dimensionado, providenciando alteração no regulamento caso se conclua pela necessidade de ajuste.	Monitorando	06/03/2017				-	QUESTÃO ESTRATÉGICA 04. As Centrais de Regulação do SAMU e Unidades Móveis de Saúde custeadas com recursos federais estão em efetivo funcionamento?
167951	Secretaria de Atenção a Saúde	06/12/2016	Incluir, na Portaria que define as diretrizes do SAMU 192, sanções a serem aplicadas no caso de ausência de comprovação da adequada aplicação dos recursos federais destinados ao SAMU, inclusive quanto à possibilidade de suspensão dos repasses do incentivo de custeio.	Monitorando	06/03/2017				-	QUESTÃO ESTRATÉGICA 05. Estados e municípios aplicam adequadamente e os recursos destinados à implantação e ao custeio do SAMU?
167952	Secretaria de Atenção a Saúde	06/12/2016	Estabelecer, junto à Unidade do Ministério da Saúde responsável pelo apoio à elaboração do Relatório de Gestão de estados e municípios, conteúdos mínimos sobre o SAMU a serem apresentados nesse instrumento de prestação de contas, de modo a contemplar informações acerca do funcionamento das Unidades do SAMU 192, bem como da aplicação dos recursos federais recebidos e dos recursos aplicados como contrapartida.	Monitorando	06/03/2017				-	QUESTÃO ESTRATÉGICA 05. Estados e municípios aplicam adequadamente e os recursos destinados à implantação e ao custeio do SAMU?
167953	Secretaria de Atenção a Saúde	06/12/2016	Estabelecer mecanismos de monitoramento suficientes para demonstrar a adequação do funcionamento das centrais de regulação e unidades móveis do SAMU.	Monitorando	06/03/2017				-	QUESTÃO ESTRATÉGICA 06. Os mecanismos utilizados pelo Ministério da Saúde para monitorar o funcionamento do SAMU possibilitam a identificação e correção tempestiva de falhas na execução do programa?
157354	Secretaria de Atenção a Saúde	08/01/2016	Notificar o gestor local para que providencie a adequação das bases descentralizadas conforme disposto na Portaria GM/MS nº 1.010/2012 e detalhado no Programa Arquitetônico Mínimo definido pelo Ministério da Saúde.	Atendida	05/04/2016	Por meio do Ofício nº 3846/AECI/GM/MS, de 23/12/2015, foi encaminhado o Parecer Técnico nº 744/2015/CGUE/DAHU/SAS/MS, com as seguintes informações: “Com relação ao SAMU do Distrito Federal, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal foi notificada através do Ofício nº 107 – CGFNS/DAHU/SAS para, no prazo de 30 dias, apresentar ao Ministério da saúde plano de providências para a correção dos problemas apontados no relatório de fiscalização da CGU. Expirado o prazo, foi novamente a SES/DF notificada, para no prazo de 15 dias, apresentar o referido plano. Em resposta, através do Ofício nº 1939/2015, a SES/DF apenas reiterou o ofício nº 1635/2015 –	08/01/2016	Diante das informações apresentadas pela Unidade, considera-se atendida a presente recomendação.	DF/Brasília	INADEQUAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DAS BASES DESCENTRALIZADAS DO SAMU.

GAB/SES, onde não informou a esta Coordenação quais foram as providências adotadas para a resolução das pendências.

Diante do quadro, no período de 08 a 10 de setembro/2015, foi realizada visita técnica no SAMU 192 do DF pela CGUE/DAHU/SAS/MS, onde ficou constatado que não houve resolução por parte da SES/DF dos problemas apontados pela CGU. Assim, o Ministério da Saúde está providenciando a suspensão do custeio das Unidades Móveis do SAMU 192 do Distrito Federal, até posicionamento da SES.”

157355 Secretaria de Atenção a Saúde 08/01/2016 - Notificar o gestor local para que cadastre todas as Unidades Móveis do SAMU 192 no CNES e notificar o gestor local para que inicie a inserção dos dados de produção das Unidades Móveis no Sistema de Informações Ambulatoriais no prazo de 30 dias, sob pena de suspensão das transferências dos recursos de custeio das Unidades Móveis em situação irregular. Atendida 05/04/2016

Por meio do Ofício nº 3846/AECI/GM/MS, de 23/12/2015, foi encaminhado o Parecer Técnico nº 744/2015/CGUE/DAHU/SAS/MS, com as seguintes informações: “Com relação ao SAMU do Distrito Federal, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal foi notificada através do Ofício nº 107 – CGFNS/DAHU/SAS para, no prazo de 30 dias, apresentar ao Ministério da Saúde plano de providências para a correção dos problemas apontados no relatório de fiscalização da CGU. Expirado o prazo, foi novamente a SES/DF notificada, para no prazo de 15 dias, apresentar o referido plano. Em resposta, através do Ofício nº 1939/2015, a SES/DF apenas reiterou o ofício nº 1635/2015 – GAB/SES, onde não informou a esta Coordenação quais foram as providências adotadas para a resolução das pendências.

08/01/2016 Diante das informações apresentadas pela Unidade, considera-se atendida a presente recomendação.

DF/Brasília

AUSÊNCIA DE CADASTRO DAS UNIDADES MÓVEIS NO CNES E AUSÊNCIA DE INSERÇÃO DE DADOS DE PRODUÇÃO INDIVIDUALIZADOS, POR UNIDADE MÓVEL, NO SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS.

Diante do quadro, no período de 08 a 10 de setembro/2015, foi realizada visita técnica no SAMU 192 do DF pela CGUE/DAHU/SAS/MS, onde ficou constatado que não houve resolução por parte da SES/DF dos problemas apontados pela CGU. Assim, o Ministério da Saúde está providenciando a suspensão do custeio das Unidades Móveis do SAMU 192 do Distrito Federal, até posicionamento da SES.”

157363 Secretaria de Atenção a Saúde 08/01/2016 Notificar o gestor local para que providencie os seguros contra sinistros dos veículos descobertos, sob pena de suspensão dos repasses do incentivo de custeio das unidades móveis irregulares. Atendida 05/04/2016

Por meio do Ofício nº 3846/AECI/GM/MS, de 23/12/2015, foi encaminhado o Parecer Técnico nº 744/2015/CGUE/DAHU/SAS/MS, com as seguintes informações: “Com relação ao SAMU do Distrito Federal, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal foi notificada através do Ofício nº 107 – CGFNS/DAHU/SAS para, no prazo de 30 dias, apresentar ao Ministério da Saúde plano de providências para a correção dos problemas apontados no relatório de fiscalização da CGU. Expirado o prazo, foi novamente a SES/DF notificada, para no prazo de 15 dias, apresentar o referido plano. Em resposta, através do Ofício nº 1939/2015, a SES/DF apenas reiterou o ofício nº 1635/2015 – GAB/SES, onde não informou a esta Coordenação quais foram as providências adotadas para a resolução das pendências.

08/01/2016 Diante das informações apresentadas pela Unidade, considera-se atendida a presente recomendação.

DF/Brasília

AUSÊNCIA DE CONTRATO DE SEGURO DAS UNIDADES MÓVEIS DA FROTA DO SAMU.

Diante do quadro, no período de 08 a 10 de setembro/2015, foi realizada visita técnica no SAMU 192 do DF pela CGUE/DAHU/SAS/MS, onde ficou constatado que não houve resolução por parte da SES/DF dos problemas apontados pela CGU. Assim, o Ministério da Saúde está providenciando a suspensão do custeio das Unidades Móveis do SAMU 192 do Distrito Federal, até posicionamento da SES.”

157364	Secretaria de Atenção Saúde	08/01/2016	Notificar o gestor local para que providencie a capacitação dos TARM em exercício no SAMU 192 no prazo de 90 dias a contar do recebimento da notificação, sob pena de suspensão dos repasses do incentivo de custeio da Central de Regulação das Urgências.	Atendida	05/04/2016	Por meio do Ofício nº 3846/AECI/GM/MS, de 23/12/2015, foi encaminhado o Parecer Técnico nº 744/2015/CGUE/DAHU/SAS/MS, com as seguintes informações: “No que diz respeito ao SAMU 192 de Sergipe, após notificação, a secretaria de estado da saúde de sergipe apresentou plano de providência (Ofício nº 731/2015), que está sendo acompanhado pela área técnica da CGUE/DAHU/SAS/MS.	08/01/2016	Diante das informações apresentadas pela Unidade acerca da notificação do gestor local e demais encaminhamentos, considera-se atendida a presente recomendação.	SE/Aracaju	Ausência de capacitação prévia para Técnicos Auxiliares de Regulação Médica - TARMs.
157382	Secretaria de Atenção Saúde	08/01/2016	Notificar o gestor local para que providencie a adequação das bases descentralizadas conforme disposto na Portaria GM/MS nº 1.010/2012 e detalhado no Programa Arquitetônico Mínimo definido pelo Ministério da Saúde.	Atendida	05/04/2016	Por meio do Ofício nº 3846/AECI/GM/MS, de 23/12/2015, foi encaminhado o Parecer Técnico nº 744/2015/CGUE/DAHU/SAS/MS, com as seguintes informações: “No que diz respeito ao SAMU 192 de Sergipe, após notificação, a secretaria de estado da saúde de sergipe apresentou plano de providência (Ofício nº 731/2015), que está sendo acompanhado pela área técnica da CGUE/DAHU/SAS/MS.	08/01/2016	Diante das informações apresentadas pela Unidade acerca da notificação do gestor local e demais encaminhamentos, considera-se atendida a presente recomendação.	SE/Aracaju	Deficiências na estrutura física de bases descentralizadas
157383	Secretaria de Atenção Saúde	08/01/2016	Notificar o gestor local para que providencie a adequação dos veículos em más condições de uso, sob pena de suspensão dos repasses do incentivo de custeio das unidades móveis irregulares.	Atendida	05/04/2016	Por meio do Ofício nº 3846/AECI/GM/MS, de 23/12/2015, foi encaminhado o Parecer Técnico nº 744/2015/CGUE/DAHU/SAS/MS, com as seguintes informações: “No que diz respeito ao SAMU 192 de Sergipe, após notificação, a secretaria de estado da saúde de sergipe apresentou plano de providência (Ofício nº 731/2015), que está sendo acompanhado pela área técnica da CGUE/DAHU/SAS/MS.	08/01/2016	: Diante das informações apresentadas pela Unidade acerca da notificação do gestor local e demais encaminhamentos, considera-se atendida a presente recomendação.	SE/Aracaju	Viaturas utilizadas como Unidade de Suporte Básico – USB com aparelho de ar-condicionado sem funcionar.
157384	Secretaria de Atenção Saúde	08/01/2016	Adotar medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados, instaurando TCE quando esgotadas as medidas administrativas internas sem obtenção do ressarcimento pretendido, conforme preceitua o art. 4º da Instrução Normativa TCU nº 71/2012, e inscrevendo o gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002.	Monitorando	17/07/2016	Por meio do Ofício GS-GP nº 679, de 16/06/2015, a SAS encaminhou a Nota Técnica nº 108/2015 – DAHU/SAS/MS, por meio da qual forneceu as seguintes informações: “Cópia do Relatório de fiscalização será encaminhada ao DENASUS para que o mesmo adote as providências a fim de que sejam restituídos os valores repassados pelo MS para o custeio do SAMU 192, no período em que as unidades móveis estiveram fora de funcionamento”	18/04/2016	Recomendação atualizada.	SE/Aracaju	Cinco viaturas sem condições de funcionamento o e ausência de frota reserva para substituí-las.
157385	Secretaria de Atenção Saúde	08/01/2016	Notificar o gestor local para que providencie a aquisição de uniformes para as equipes do SAMU 192, sob pena de suspensão dos repasses do incentivo de custeio.	Atendida	05/04/2016	Por meio do Ofício nº 3846/AECI/GM/MS, de 23/12/2015, foi encaminhado o Parecer Técnico nº 744/2015/CGUE/DAHU/SAS/MS, com as seguintes informações: “No que diz respeito ao SAMU 192 de Sergipe, após notificação, a secretaria de estado da saúde de sergipe apresentou plano de providência (Ofício nº 731/2015), que está sendo acompanhado pela área técnica da CGUE/DAHU/SAS/MS.”	08/01/2016	Diante das informações apresentadas pela Unidade acerca da notificação do gestor local e demais encaminhamentos, considera-se atendida a presente recomendação.	SE/Aracaju	Não fornecimento de uniformes do SAMU 192 Sergipe para integrantes das equipes nos últimos três anos.
157386	Secretaria de Atenção Saúde	08/01/2016	Adotar medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados, instaurando TCE quando esgotadas as medidas administrativas internas sem obtenção do ressarcimento pretendido, conforme preceitua o art. 4º da Instrução Normativa TCU nº 71/2012, e inscrevendo o gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002.	Monitorando	17/07/2016	Por meio do Ofício GS-GP nº 679, de 16/06/2015, a SAS encaminhou a Nota Técnica nº 108/2015 – DAHU/SAS/MS, por meio da qual forneceu as seguintes informações: “Cópia do Relatório de fiscalização será encaminhada ao DENASUS para que o mesmo adote as providências a fim de que sejam restituídos os valores repassados pelo MS para o custeio do SAMU 192, no período em que as unidades móveis estiveram fora de funcionamento”	18/04/2016	Recomendação atualizada.	SE/Aracaju	Ausência de equipamentos necessários ao adequado funcionamento o das unidades móveis do SAMU 192 Sergipe.

157387	Secretaria de Atenção a Saúde	08/01/2016	Notificar o gestor local para que providencie a aquisição de headsets a serem utilizados na Central de Regulação das Urgências, sob pena de suspensão dos repasses do incentivo de custeio da Central de Regulação das Urgências.	Atendida	05/04/2016	Por meio do Ofício nº 3846/AECI/GM/MS, de 23/12/2015, foi encaminhado o Parecer Técnico nº 744/2015/CGUE/DAHU/SAS/MS, com as seguintes informações: "No que diz respeito ao SAMU 192 de Sergipe, após notificação, a secretaria de estado da saúde de sergipe apresentou plano de providência (Ofício nº 731/2015), que está sendo acompanhado pela área técnica da CGUE/DAHU/SAS/MS."	08/01/2016	Diante das informações apresentadas pela Unidade acerca da notificação do gestor local e demais encaminhamentos, considera-se atendida a presente recomendação.	SE/Aracaju	Falha na estrutura da Central de Regulação, comprometendo a execução das atividades dos profissionais do SAMU 192 Sergipe.	
157388	Secretaria de Atenção a Saúde	08/01/2016	Notificar o gestor local para que providencie os seguros contra sinistros dos veículos descobertos, sob pena de suspensão dos repasses do incentivo de custeio das unidades móveis irregulares.	Atendida	05/04/2016	Por meio do Ofício nº 3846/AECI/GM/MS, de 23/12/2015, foi encaminhado o Parecer Técnico nº 744/2015/CGUE/DAHU/SAS/MS, com as seguintes informações: "No que diz respeito ao SAMU 192 de Sergipe, após notificação, a secretaria de estado da saúde de sergipe apresentou plano de providência (Ofício nº 731/2015), que está sendo acompanhado pela área técnica da CGUE/DAHU/SAS/MS."	08/01/2016	Diante das informações apresentadas pela Unidade acerca da notificação do gestor local e demais encaminhamentos, considera-se atendida a presente recomendação.	SE/Aracaju	Inexistência de seguro contra sinistro para as ambulâncias do SAMU 192 Sergipe.	
159292	Secretaria de Atenção a Saúde	08/03/2016	Realizar um acurado levantamento da necessidade de recursos humanos para a área administrativa do HFA, submetendo-o ao Departamento de Gestão Hospitalar da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DGH/MS-RJ), com vistas a substituir os contratados temporários por servidores públicos concursados.	Monitorando	06/07/2016				RJ/Rio Janeiro	de	Processo seletivo de contratação temporária, para cargos de nível médio, sem a adoção de critérios objetivos para selecionar candidatos com vistas a atender a exigência da função a ser desempenhada no HFA, agravado por relações de parentesco entre contratados e servidores, ferindo o Decreto Federal n.º 7.203/2010.
159293	Secretaria de Atenção a Saúde	08/03/2016	Adotar formalmente critérios objetivos a cada processo de seleção dos profissionais da área administrativa contratados temporariamente, sob o amparo da Lei nº 8.745 de 9 de dezembro de 1993, encaminhando estes critérios ao DGH/MS.	Monitorando	06/07/2016				RJ/Rio Janeiro	de	Processo seletivo de contratação temporária, para cargos de nível médio, sem a adoção de critérios objetivos para selecionar candidatos com vistas a atender a exigência da função a ser desempenhada no HFA, agravado por relações de parentesco entre contratados e servidores, ferindo o Decreto Federal n.º 7.203/2010.
159294	Secretaria de Atenção a Saúde	08/03/2016	Apurar responsabilidades dos gestores que não se abstiveram da prática de nepotismo, descumprindo o artigo 5º do decreto federal n.º 7.203/2010.	Monitorando	07/05/2016				RJ/Rio Janeiro	de	Processo seletivo de contratação temporária, para cargos de nível médio, sem a adoção de critérios objetivos para selecionar candidatos com vistas a atender a exigência da função a ser desempenhada no HFA, agravado por relações de parentesco entre contratados e servidores,

159295	Hospital Federal Andarai	do	08/03/2016	Concluir o processo licitatório para permissão de uso do espaço público com a correta aferição dos valores de aluguel comercial da área, a fim de sanar a irregularidade pela utilização do espaço.	Monitorando	09/01/2017	A Unidade concluiu o processo licitatório para a cessão de espaço físico a ser destinado à lanchonete localizada no pátio deste hospital. Em anexo, encaminhamento extrato da publicação do edital de Concorrência no sítio do Comprasnet, laudo técnico para avaliação de aluguel da área em tela e, por fim, recolhimento do valor pago a título de aluguel pelo atual usuário.	A concorrência n.º 01/2016 ainda não foi concluída (em consulta ao site www.comprasnet.gov.br em 03 de fevereiro de 2017 - Resultado de Licitações e em consulta ao dw.comprasnet.gov.br em 10 de fevereiro de 2017, não aparece a concorrência 01/2016 concluída). Informa-se que o processo perdura desde 2012, denotando a incapacidade administrativa ou ação deliberada de agentes públicos para que o certame não chegue a termo.	RJ/Rio Janeiro	de	Utilização de espaço da cantina no HFA em situação irregular com prejuízo ao erário estimado em R\$ 48.947,99.	
159296	Hospital Federal Andarai	do	08/03/2016	Instituir processo com vistas a promover o ressarcimento de recursos ao erário pela utilização do espaço público de forma irregular pela cantina.	Monitorando	21/01/2017		Reitera-se a recomendação. Não houve quaisquer manifestações do HFA sobre esta recomendação. Embora o processo 33367.007885/2014-81 referente à apuração de responsabilidades esteja na Corregedoria Geral do Ministério da Saúde, não há quaisquer processos visando o ressarcimento pelo uso irregular do espaço público no HFA. Reitera-se a recomendação até que se obtenha o ressarcimento efetivo dos valores.	RJ/Rio Janeiro	de	Utilização de espaço da cantina no HFA em situação irregular com prejuízo ao erário estimado em R\$ 48.947,99.	
157485	Secretaria de Atenção a Saúde	a	11/01/2016	1- Suspender o repasse do incentivo de custeio destinado às unidades móveis que não estão em efetivo funcionamento até a regularização da situação apontada	Monitorando	10/04/2016	Por meio do Ofício GS-GP nº 679, de 16/06/2015, a SAS encaminhou a Nota Técnica nº 108/2015 – DAHU/SAS/MS, por meio da qual forneceu as seguintes informações: “A CGFNS/DAHU/SAS estará notificando o gestor, a fim de que no prazo de 30 dias seja regularizada a situação das unidades móveis do SAMU 192, de modo que diariamente estejam operando o quantitativo de unidades móveis habilitadas. Transcorrido o prazo e não tendo sido regularizada a situação, será procedida à suspensão dos repasses de incentivo de custeio.”	11/01/2016	Até o momento, as informações apresentadas pelo gestor não foram suficientes para demonstrar o atendimento à recomendação formulada.	BA/Salvador		Quantitativo de unidades móveis do SAMU 192 em efetivo funcionamento o inferior ao quantitativo custeado pelo Ministério da Saúde, acarretando prejuízo de R\$ 7.350.752,00.
157486	Secretaria de Atenção a Saúde	a	11/01/2016	Adotar medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados, instaurando TCE quando esgotadas as medidas administrativas internas sem obtenção do ressarcimento pretendido, conforme preceitua o art. 4º da Instrução Normativa TCU nº 71/2012, e inscrevendo o gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002.	Monitorando	17/07/2016	Por meio do Ofício GS-GP nº 679, de 16/06/2015, a SAS encaminhou a Nota Técnica nº 108/2015 – DAHU/SAS/MS, por meio da qual forneceu as seguintes informações: “Seguindo orientação da Assessoria Jurídica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, cópia do Relatório de Fiscalização nº 201408582, com as recomendações contidas em anexo, será encaminhada ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS, para que o mesmo tome as providências necessárias a fim de que sejam restituídos os valores repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio do SAMU 192, no período em que as unidades móveis estiveram fora de funcionamento.”	18/04/2016	Recomendação atualizada.	BA/Salvador		Quantitativo de unidades móveis do SAMU 192 em efetivo funcionamento o inferior ao quantitativo custeado pelo Ministério da Saúde, acarretando prejuízo de R\$ 7.350.752,00.
157487	Secretaria de Atenção a Saúde	a	11/01/2016	Notificar o gestor para que regularize o funcionamento das unidades móveis paradas no prazo de 60 dias. Em caso de descumprimento por parte do gestor local, providenciar a restituição das ambulâncias doadas pelo Ministério da Saúde que não estão em efetivo funcionamento.	Monitorando	10/04/2016				BA/Salvador		Quantitativo de unidades móveis do SAMU 192 em efetivo funcionamento o inferior ao quantitativo custeado pelo Ministério da Saúde, acarretando prejuízo de R\$

159757	Departamento de Atenção Básica	11/03/2016	Encaminhar expediente ao gestor municipal de forma a cientificar-lhe que no Relatório de Fiscalização elaborado pela CGU estão registradas constatações de impropriedades que poderão ser sanadas mediante a celebração de Termo de Ajuste Sanitário (TAS) junto ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). Encaminhar paralelamente os pressupostos ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) no intuito de que o mesmo celebre o TAS com o município. Caso o gestor municipal não se pronuncie ou se manifeste desfavorável à celebração do TAS no prazo de 60 dias, O DENASUS deve encaminhar os fatos a SAS para comunicação ao Tribunal de Contas a que o ente federado é jurisdicionado.	Monitorando	21/02/2017	23/11/2016	Reitera-se o atendimento às recomendações expedidas, em virtude do não envio de respostas/justificativas pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) dentro do prazo estipulado.	AL/União dos Palmares	Despesas inelegíveis com transporte de servidores e realizadas sem licitação.
159758	Departamento de Atenção Básica	11/03/2016	Adotar medidas voltadas ao ressarcimento ao Fundo Nacional de Saúde dos valores indevidamente aplicados caso o gestor municipal não proponha a celebração do Termo de Ajuste Sanitário (TAS) no prazo de 15 dias contados do recebimento da notificação.	Cancelada	11/03/2017	04/05/2016	Cancelamento da recomendação por baixa materialidade, uma vez que o preço de mercado para aquisição ou reparação do bem extraviado ou danificado é igual ou inferior ao limite legal estabelecido como de licitação dispensável que atualmente é de R\$ 8.000,00 (Lei nº 8.666/93, art. 24, inc. II). O custo de implementação pelo gestor é maior que o benefício decorrente do atendimento da recomendação.	AL/União dos Palmares	Despesas inelegíveis - Diárias à Secretária Municipal de Saúde.
159759	Departamento de Atenção Básica	11/03/2016	Encaminhar expediente ao gestor municipal de forma a cientificar-lhe que no Relatório de Fiscalização elaborado pela CGU estão registradas constatações de impropriedades que poderão ser sanadas mediante a celebração de Termo de Ajuste Sanitário (TAS) junto ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). Encaminhar paralelamente os pressupostos ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) no intuito de que o mesmo celebre o TAS com o município. Caso o gestor municipal não se pronuncie ou se manifeste desfavorável à celebração do TAS no prazo de 60 dias, O DENASUS deve encaminhar os fatos a SAS para comunicação ao Tribunal de Contas a que o ente federado é jurisdicionado.	Monitorando	21/02/2017	23/11/2016	Reitera-se o atendimento às recomendações expedidas, em virtude do não envio de respostas/justificativas pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) dentro do prazo estipulado.	AL/União dos Palmares	Aquisição de combustíveis sem licitação e abastecimento de veículos particulares com recursos públicos.

159760	Departamento de Atenção Básica	11/03/2016	Encaminhar expediente ao gestor municipal de forma a cientificar-lhe que no Relatório de Fiscalização elaborado pela CGU estão registradas constatações de impropriedades que poderão ser sanadas mediante a celebração de Termo de Ajuste Sanitário (TAS) junto ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). Encaminhar paralelamente os pressupostos ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) no intuito de que o mesmo celebre o TAS com o município. Caso o gestor municipal não se pronuncie ou se manifeste desfavorável à celebração do TAS no prazo de 60 dias, O DENASUS deve encaminhar os fatos a SAS para comunicação ao Tribunal de Contas a que o ente federado é jurisdicionado.	Monitorando	21/02/2017	23/11/2016	Reitera-se o atendimento às recomendações expedidas, em virtude do não envio de respostas/justificativas pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) dentro do prazo estipulado.	AL/União Palmares	dos	Exames laboratoriais realizados em consultório particular de propriedade de familiares do prefeito, contratado sem licitação, em detrimento do laboratório municipal.
159761	Departamento de Atenção Básica	11/03/2016	Encaminhar expediente ao gestor municipal de forma a cientificar-lhe que no Relatório de Fiscalização elaborado pela CGU estão registradas constatações de impropriedades que poderão ser sanadas mediante a celebração de Termo de Ajuste Sanitário (TAS) junto ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). Encaminhar paralelamente os pressupostos ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) no intuito de que o mesmo celebre o TAS com o município. Caso o gestor municipal não se pronuncie ou se manifeste desfavorável à celebração do TAS no prazo de 60 dias, O DENASUS deve encaminhar os fatos a SAS para comunicação ao Tribunal de Contas a que o ente federado é jurisdicionado.	Monitorando	21/02/2017	23/11/2016	Reitera-se o atendimento às recomendações expedidas, em virtude do não envio de respostas/justificativas pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) dentro do prazo estipulado.	AL/União Palmares	dos	Desvio de finalidade proveniente da aquisição de refeições (quentinhas), coffee break e refrigerantes ou sucos.
159762	Departamento de Atenção Básica	11/03/2016	Certificar-se de que os recursos eventualmente devolvidos à conta do Bloco da Atenção Básica do Fundo Municipal de Saúde-FMS sejam oriundos do Tesouro do próprio município.	Consolidada	11/03/2017			AL/União Palmares	dos	Despesas inelegíveis com transporte de servidores e realizadas sem licitação.
159763	Departamento de Atenção Básica	11/03/2016	Adotar medidas voltadas ao ressarcimento ao Fundo Nacional de Saúde dos valores indevidamente aplicados caso o gestor municipal não proponha a celebração do Termo de Ajuste Sanitário (TAS) no prazo de 15 dias contados do recebimento da notificação.	Consolidada	11/03/2017			AL/União Palmares	dos	Despesas inelegíveis com transporte de servidores e realizadas sem licitação.

159764	Departamento de Atenção Básica	11/03/2016	Comunicar ao Conselho Municipal de Saúde para que acompanhe o cumprimento dessa notificação.	Consolidada	11/03/2017			AL/União Palmares	dos	Despesas inelegíveis com transporte de servidores e realizadas sem licitação.
159765	Departamento de Atenção Básica	11/03/2016	Encaminhar expediente ao gestor municipal de forma a cientificar-lhe que no Relatório de Fiscalização elaborado pela CGU estão registradas constatações de impropriedades que poderão ser sanadas mediante a celebração do Termo de Ajuste Sanitário (TAS).	Cancelada	11/03/2017	04/05/2016	Cancelamento da recomendação por baixa materialidade, uma vez que o preço de mercado para aquisição ou reparação do bem extraviado ou danificado é igual ou inferior ao limite legal estabelecido como de licitação dispensável que atualmente é de R\$ 8.000,00 (Lei nº 8.666/93, art. 24, inc. II). O custo de implementação pelo gestor é maior que o benefício decorrente do atendimento da recomendação.	AL/União Palmares	dos	Despesas inelegíveis - Diárias à Secretária Municipal de Saúde.
159766	Departamento de Atenção Básica	11/03/2016	Comunicar ao Conselho Municipal de Saúde para que acompanhe o cumprimento dessa notificação.	Cancelada	11/03/2017	04/05/2016	Cancelamento da recomendação por baixa materialidade, uma vez que o preço de mercado para aquisição ou reparação do bem extraviado ou danificado é igual ou inferior ao limite legal estabelecido como de licitação dispensável que atualmente é de R\$ 8.000,00 (Lei nº 8.666/93, art. 24, inc. II). O custo de implementação pelo gestor é maior que o benefício decorrente do atendimento da recomendação.	AL/União Palmares	dos	Despesas inelegíveis - Diárias à Secretária Municipal de Saúde.
159767	Departamento de Atenção Básica	11/03/2016	Certificar-se de que os recursos eventualmente devolvidos à conta do Bloco da Atenção Básica do Fundo Municipal de Saúde-FMS sejam oriundos do Tesouro do próprio município.	Cancelada	11/03/2017	04/05/2016	Cancelamento da recomendação por baixa materialidade, uma vez que o preço de mercado para aquisição ou reparação do bem extraviado ou danificado é igual ou inferior ao limite legal estabelecido como de licitação dispensável que atualmente é de R\$ 8.000,00 (Lei nº 8.666/93, art. 24, inc. II). O custo de implementação pelo gestor é maior que o benefício decorrente do atendimento da recomendação.	AL/União Palmares	dos	Despesas inelegíveis - Diárias à Secretária Municipal de Saúde.
159768	Departamento de Atenção Básica	11/03/2016	Encaminhar expediente ao gestor municipal de forma a cientificar-lhe que no Relatório de Fiscalização elaborado pela CGU estão registradas constatações de impropriedades que poderão ser sanadas mediante a celebração do Termo de Ajuste Sanitário (TAS).	Consolidada	11/03/2017			AL/União Palmares	dos	Exames laboratoriais realizados em consultório particular de propriedade de familiares do prefeito, contratado sem licitação, em detrimento do laboratório municipal.
159769	Departamento de Atenção Básica	11/03/2016	Certificar-se de que os recursos eventualmente devolvidos à conta do Bloco da Atenção Básica do Fundo Municipal de Saúde-FMS sejam oriundos do Tesouro do próprio município.	Consolidada	11/03/2017			AL/União Palmares	dos	Exames laboratoriais realizados em consultório particular de propriedade de familiares do prefeito, contratado sem licitação, em detrimento do laboratório municipal.
159770	Departamento de Atenção Básica	11/03/2016	Comunicar ao Conselho Municipal de Saúde para que acompanhe o cumprimento dessa notificação.	Consolidada	11/03/2017			AL/União Palmares	dos	Exames laboratoriais realizados em consultório particular de propriedade de familiares do prefeito, contratado sem licitação, em detrimento do laboratório municipal.

159771	Departamento de Atenção Básica	11/03/2016	Encaminhar expediente ao gestor municipal de forma a cientificar-lhe que no Relatório de Fiscalização elaborado pela CGU estão registradas constatações de impropriedades que poderão ser sanadas mediante a celebração de Termo de Ajuste Sanitário (TAS) junto ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). Encaminhar paralelamente os pressupostos ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) no intuito de que o mesmo celebre o TAS com o município. Caso o gestor municipal não se pronuncie ou se manifeste desfavorável à celebração do TAS no prazo de 60 dias, O DENASUS deve encaminhar os fatos a SAS para comunicação ao Tribunal de Contas a que o ente federado é jurisdicionado.	Monitorando	21/02/2017	23/11/2016	Reitera-se o atendimento às recomendações expedidas, em virtude do não envio de respostas/justificativas pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) dentro do prazo estipulado.	AL/União Palmares	dos	Aquisição de combustíveis sem licitação e abastecimento de veículos particulares com recursos públicos.
159772	Departamento de Atenção Básica	11/03/2016	Adotar medidas voltadas ao ressarcimento ao Fundo Nacional de Saúde dos valores indevidamente aplicados caso o gestor municipal não proponha a celebração do Termo de Ajuste Sanitário (TAS) no prazo de 15 dias contados do recebimento da notificação.	Consolidada	11/03/2017			AL/União Palmares	dos	Aquisição de combustíveis sem licitação e abastecimento de veículos particulares com recursos públicos.
159773	Departamento de Atenção Básica	11/03/2016	Comunicar ao Conselho Municipal de Saúde para que acompanhe o cumprimento dessa notificação.	Consolidada	11/03/2017			AL/União Palmares	dos	Aquisição de combustíveis sem licitação e abastecimento de veículos particulares com recursos públicos.
159774	Departamento de Atenção Básica	11/03/2016	Encaminhar expediente ao gestor municipal de forma a cientificar-lhe que no Relatório de Fiscalização elaborado pela CGU estão registradas constatações de impropriedades que poderão ser sanadas mediante a celebração do Termo de Ajuste Sanitário (TAS).	Consolidada	11/03/2017			AL/União Palmares	dos	Desvio de finalidade proveniente da aquisição de refeições (quentinhas), coffee break e refrigerantes ou sucos.
159775	Departamento de Atenção Básica	11/03/2016	Certificar-se de que os recursos eventualmente devolvidos à conta do Bloco da Atenção Básica do Fundo Municipal de Saúde-FMS sejam oriundos do Tesouro do próprio município.	Consolidada	11/03/2017			AL/União Palmares	dos	Desvio de finalidade proveniente da aquisição de refeições (quentinhas), coffee break e refrigerantes ou sucos.

159776	Departamento de Atenção Básica	11/03/2016	Comunicar ao Conselho Municipal de Saúde para que acompanhe o cumprimento dessa notificação.	Consolidada	11/03/2017			AL/União Palmares	dos	Desvio de finalidade proveniente da aquisição de refeições (quentinhas), coffee break e refrigerantes ou sucos.
159777	Departamento de Atenção Básica	11/03/2016	Verificar os dados referentes ao objeto apontado na base de dados nacional do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e, caso haja ou permaneça alguma inconformidade, de acordo com os parâmetros exigidos pelo Ministério da Saúde, notificar o município e a Secretaria de Estado da Saúde para saneamento da inconformidade.	Atendida	24/07/2016	Por intermédio o Ofício GS-GP/nº 1.123, de 31/08/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia da Nota Técnica nº 424/16, de 12/08/2016, contendo as providências adotadas pelo gestor estadual para verificação e saneamento das falhas apontadas.	06/09/2016	Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 1.123, de 31/08/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia da Nota Técnica nº 424/16, de 12/08/2016, elaborada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS), na qual consta informação de que "O gestor estadual, através do Ofício nº 220/2016/GAP/SESAU-AL, de 18 de julho de 2016, comunica a este Departamento que realizou visita in loco nas Equipes de Saúde da Família, nas Unidades elencadas pela CGU e elaborou relatório contendo informações sobre a condução da Estratégia da Saúde da Família no referido município, dando ênfase aos questionamentos da CGU."	dos	Deficiências nos atendimentos realizados pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família.
159778	Departamento de Atenção Básica	11/03/2016	a) Fomentar, caso o município não tenha aderido, à adesão do município ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS); b) Apresentar documentação comprobatória de que foi inserida pelo município no referido sistema de cadastro a identificação do responsável pela obra; c) Acionar a Secretaria Estadual de Saúde no sentido de verificar se a situação detectada ainda persiste ou se já foi regularizada nos termos do disposto na Portaria nº 2.488/2011 (Anexo I, Da infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica, itens I e II), na Portaria nº 2.226/2009 (Anexo) e na RDC nº 50/2002 - ANVISA. Caso persista a situação, adote providências junto ao município para que haja adequação à legislação.	Atendida	31/07/2016	Por intermédio o Ofício GS-GP/nº 1.123, de 31/08/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia da Nota Técnica nº 424/16, de 12/08/2016, contendo as providências adotadas pelo gestor estadual para verificação e saneamento das falhas apontadas.	06/09/2016	Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 1.123, de 31/08/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia da Nota Técnica nº 424/16, de 12/08/2016, elaborada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS), na qual consta informação de que "O gestor estadual, através do Ofício nº 220/2016/GAP/SESAU-AL, de 18 de julho de 2016, comunica a este Departamento que realizou visita in loco nas Equipes de Saúde da Família, nas Unidades elencadas pela CGU e elaborou relatório contendo informações sobre a condução da Estratégia da Saúde da Família no referido município, dando ênfase aos questionamentos da CGU."	dos	As Unidades Básicas de Saúde - UBS não apresentam condições mínimas de infraestrutura.
159779	Departamento de Atenção Básica	11/03/2016	Verificar os dados referentes ao objeto apontado na base de dados nacional do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e, caso haja ou permaneça alguma inconformidade, de acordo com os parâmetros exigidos pelo Ministério da Saúde, notificar o	Atendida	24/07/2016	Por intermédio o Ofício GS-GP/nº 1.123, de 31/08/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia da Nota Técnica nº 424/16, de 12/08/2016, contendo as providências adotadas pelo gestor estadual para verificação e saneamento das falhas apontadas.	06/09/2016	Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 1.123, de 31/08/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia da Nota Técnica nº 424/16, de 12/08/2016, elaborada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS), na qual consta informação de que "O gestor estadual, através do Ofício nº 220/2016/GAP/SESAU-AL, de 18 de julho de 2016, comunica a este Departamento	dos	Impropriedad es na inserção/atual ização dos dados do sistema SIAB.

município e a Secretaria de Estado da Saúde para saneamento da inconformidade.

que realizou visita in loco nas Equipes de Saúde da Família, nas Unidades elencadas pela CGU e elaborou relatório contendo informações sobre a condução da Estratégia da Saúde da Família no referido município, dando ênfase aos questionamentos da CGU."

Conclui o gestor federal que "restaram demonstradas pelo gestor estadual as providências adotadas pelo município em referência, visando a total regularização das constatações apresentadas pela CGU no Relatório de Demandas Externas - RDE nº 00202.000074/2014-83."

159780 Departamento de Atenção Básica 11/03/2016 O gestor federal deve determinar ao gestor municipal que promova as atualizações necessárias no SIAB de forma que os dados inseridos reflitam a real situação da produção realizada. Consolidada 06/11/2016

AL/União dos Palmares Impropriedades na inserção/atualização dos dados do sistema SIAB.

159781 Departamento de Atenção Básica 11/03/2016 Verificar os dados referentes ao cumprimento da carga horária dos profissionais, com base em parâmetros de produção do Ministério da Saúde na base de dados nacional do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Caso não haja cumprimento dos parâmetros, por três meses consecutivos, promover a suspensão da transferência de recursos para os municípios até a regularização da situação. Atendida 24/07/2016

Por intermédio o Ofício GS-GP/nº 1.123, de 31/08/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia da Nota Técnica nº 424/16, de 12/08/2016, contendo as providências adotadas pelo gestor estadual para verificação e saneamento das falhas apontadas. 06/09/2016

Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 1.123, de 31/08/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia da Nota Técnica nº 424/16, de 12/08/2016, elaborada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS), na qual consta informação de que "O gestor estadual, através do Ofício nº 220/2016/GAP/SESAU-AL, de 18 de julho de 2016, comunica a este Departamento que realizou visita in loco nas Equipes de Saúde da Família, nas Unidades elencadas pela CGU e elaborou relatório contendo informações sobre a condução da Estratégia da Saúde da Família no referido município, dando ênfase aos questionamentos da CGU."

AL/União dos Palmares Descumprimento, por parte dos profissionais da saúde, da carga horária semanal prevista para atendimento no Programa Saúde da Família - PSF.

159782 Departamento de Atenção Básica 11/03/2016 O Gestor Federal deve realizar a suspensão da transferência dos recursos financeiros relativamente às equipes cujos profissionais descumpram a carga horária semanal prevista. Consolidada 06/11/2016

Conclui o gestor federal que "restaram demonstradas pelo gestor estadual as providências adotadas pelo município em referência, visando a total regularização das constatações apresentadas pela CGU no Relatório de Demandas Externas - RDE nº 00202.000074/2014-83."

AL/União dos Palmares Descumprimento, por parte dos profissionais da saúde, da carga horária semanal prevista para atendimento no Programa Saúde da Família - PSF.

159783 Departamento de Atenção Básica 11/03/2016 O Gestor Federal deve realizar a suspensão da transferência dos recursos financeiros relativamente às equipes que estejam incompletas por mais de 60 dias consecutivos. Consolidada 06/11/2016

AL/União dos Palmares Profissional médico com carga horária inferior à prevista para o Programa Melhor em Casa.

159784	Departamento de Atenção Básica	11/03/2016	Caso inexista contrato, o gestor federal deve exigir do gestor municipal a formalização do instrumento que discipline a relação de trabalho.	Cancelada	06/11/2016	31/05/2016	O agente responsável pela implementação das providências relacionadas ao saneamento das impropriedades/irregularidades envolvendo procedimentos licitatórios está no âmbito municipal (item 2, alínea “d”, da Orientação SFC 02/2015/DC/SFC/CGU-PR, de 25/05/2015).	AL/União dos Palmares	Ausência de contrato formalizado dos profissionais do PSF com previsão da carga horária semanal a ser cumprida.
							Após discussões do Plano de Providências Permanente (PPP) o Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS) justificou que a Portaria nº 2.488/2011 (Política Nacional de Atenção Básica) estabelece como responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal, selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente.		
159785	Departamento de Atenção Básica	11/03/2016	Caso o Município esteja inserido no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), promover novamente a avaliação externa prevista no art. 6º da Portaria nº 1.654/2011, que instituiu o PMAQ-AB, de forma a realizar a certificação do desempenho das equipes de saúde e da gestão municipal da atenção básica.	Consolidada	06/11/2016			AL/União dos Palmares	Deficiências nos atendimentos realizados pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família.
159786	Departamento de Atenção Básica	11/03/2016	Acionar a Secretaria Estadual de Saúde no sentido de verificar se a situação detectada pela CGU persiste ou se já foi regularizada nos termos do disposto na Portaria nº 2.488/2011 (Anexo I, Da infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica, itens I e II), na Portaria nº 2.226/2009 (Anexo) e na RDC nº 50/2002 - ANVISA. Caso persista a situação, adote providências junto ao município para que haja adequação à legislação.	Consolidada	06/11/2016			AL/União dos Palmares	As Unidades Básicas de Saúde - UBS não apresentam condições mínimas de infraestrutura.
160052	Departamento de Atenção Básica	11/04/2016	Notificar o município para que seja negociada a edição de um Termo de Ajuste Sanitário - TAS (art. 38 da Portaria nº 204/2007), no prazo máximo de 60 dias a contar do recebimento da notificação, com a finalidade de se promover a regularização dos atendimentos, notadamente quando da ocorrência das seguintes situações: médico ou enfermeiro não realiza consultas nas residências nos casos em que o paciente não pode se deslocar; - comunicar o Conselho Municipal de Saúde - CMS do município para que este acompanhe o cumprimento dessa notificação.	Cancelada	11/05/2016	11/04/2016	Recomendação repetida.	SC/Três Barras	Deficiência nos atendimentos realizados por Equipes do PSF.

165840	Departamento de Atenção Básica	11/10/2016	Encaminhar expediente ao gestor municipal de forma a cientificar-lhe que no Relatório de Fiscalização elaborado pela CGU estão registradas constatações de impropriedades que poderão ser sanadas mediante a celebração de Termo de Ajuste Sanitário (TAS) junto ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). Encaminhar paralelamente os pressupostos ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) no intuito de que o mesmo celebre o TAS com o município. Caso o gestor municipal não se pronuncie ou se manifeste desfavorável à celebração do TAS no prazo de 60 dias, o DENASUS deve encaminhar os fatos a SAS para comunicação ao Tribunal de Contas a que o ente federado é jurisdicionado.	Monitorando	10/12/2016	DF/Brasília	Os recursos federais avaliados, transferidos pelo Governo Federal, não foram movimentados na conta específica da Atenção Básica, descumprindo-se a regra de movimentação financeira prevista no Decreto nº 7507/2011.
165841	Departamento de Atenção Básica	11/10/2016	Adotar gestão junto a SES/DF, em conjunto com o DENASUS, com o intuito de elaboração de plano de execução de recursos para qualificação da Atenção Básica no DF.	Monitorando	10/12/2016	DF/Brasília	Os recursos federais avaliados, transferidos pelo Governo Federal, não foram movimentados na conta específica da Atenção Básica, descumprindo-se a regra de movimentação financeira prevista no Decreto nº 7507/2011.
165842	Departamento de Atenção Básica	11/10/2016	Encaminhar expediente ao gestor municipal de forma a cientificar-lhe que no Relatório de Fiscalização elaborado pela CGU estão registradas constatações de impropriedades que poderão ser sanadas mediante a celebração de Termo de Ajuste Sanitário (TAS) junto ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). Encaminhar paralelamente os pressupostos ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) no intuito de que o mesmo celebre o TAS com o município. Caso o gestor municipal não se pronuncie ou se manifeste desfavorável à celebração do TAS no prazo de 60 dias, o DENASUS deve encaminhar os fatos a SAS para comunicação ao Tribunal de Contas a que o ente federado é jurisdicionado.	Monitorando	10/12/2016	DF/Brasília	Reincidência na baixa utilização dos recursos federais da Atenção Básica nos fins a que se destinam e no aumento crescente dos valores disponíveis em aplicações financeiras.
165843	Departamento de Atenção Básica	11/10/2016	Adotar gestão junto a SES/DF, em conjunto com o DENASUS, com o intuito de elaboração de plano de execução de recursos para qualificação da Atenção Básica no DF.	Monitorando	10/12/2016	DF/Brasília	Reincidência na baixa utilização dos recursos federais da Atenção Básica nos fins a que se destinam e no aumento crescente dos valores disponíveis em aplicações financeiras.

165844	Departamento de Atenção Básica	11/10/2016	Adotar gestão junto a SES/DF, em conjunto com o DENASUS, com o intuito de elaboração de plano de execução de recursos para qualificação da Atenção Básica no DF.	Monitorando	10/12/2016	DF/Brasília	Não localização dos bens adquiridos por intermédio do Processo 0060.010711/2013 - GIOM Comércio e Representações de Móveis Ltda., caracterizando o prejuízo potencial no montante de R\$ 6.278.090,00.
165845	Departamento de Atenção Básica	11/10/2016	Encaminhar expediente ao gestor municipal de forma a cientificar-lhe que no Relatório de Fiscalização elaborado pela CGU estão registradas constatações de impropriedades que poderão ser sanadas mediante a celebração de Termo de Ajuste Sanitário (TAS) junto ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). Encaminhar paralelamente os pressupostos ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) no intuito de que o mesmo celebre o TAS com o município. Caso o gestor municipal não se pronuncie ou se manifeste desfavorável à celebração do TAS no prazo de 60 dias, o DENASUS deve encaminhar os fatos a SAS para comunicação ao Tribunal de Contas a que o ente federado é jurisdicionado.	Monitorando	10/12/2016	DF/Brasília	Não localização dos bens adquiridos por intermédio do Processo 0060.010711/2013 - GIOM Comércio e Representações de Móveis Ltda., caracterizando o prejuízo potencial no montante de R\$ 6.278.090,00.
165846	Departamento de Atenção Básica	11/10/2016	Encaminhar expediente ao gestor municipal de forma a cientificar-lhe que no Relatório de Fiscalização elaborado pela CGU estão registradas constatações de impropriedades que poderão ser sanadas mediante a celebração de Termo de Ajuste Sanitário (TAS) junto ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). Encaminhar paralelamente os pressupostos ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) no intuito de que o mesmo celebre o TAS com o município. Caso o gestor municipal não se pronuncie ou se manifeste desfavorável à celebração do TAS no prazo de 60 dias, o DENASUS deve encaminhar os fatos a SAS para comunicação ao Tribunal de Contas a que o ente federado é jurisdicionado.	Monitorando	10/12/2016	DF/Brasília	Prejuízos à Administração decorrentes da ausência de planejamento para aquisição de bens com recursos do Bloco da Atenção Básica - Processo nº 0060.010.711/2013, no valor de R\$ 136.410,00.
165847	Departamento de Atenção Básica	11/10/2016	Adotar gestão junto a SES/DF, em conjunto com o DENASUS, com o intuito de elaboração de plano de execução de recursos para qualificação da Atenção Básica no DF.	Monitorando	10/12/2016	DF/Brasília	Prejuízos à Administração decorrentes da ausência de planejamento para aquisição de bens com recursos do Bloco da Atenção Básica - Processo nº 0060.010.711/2013, no valor de R\$

165848	Departamento de Atenção Básica	11/10/2016	Adotar gestão junto a SES/DF, em conjunto com o DENASUS, com o intuito de elaboração de plano de execução de recursos para qualificação da Atenção Básica no DF.	Monitorando	10/12/2016	DF/Brasília	Desvio de objeto na aquisição de bens com recursos do Bloco da Atenção Básica.
165849	Departamento de Atenção Básica	11/10/2016	Encaminhar expediente ao gestor municipal de forma a cientificar-lhe que no Relatório de Fiscalização elaborado pela CGU estão registradas constatações de impropriedades que poderão ser sanadas mediante a celebração de Termo de Ajuste Sanitário (TAS) junto ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). Encaminhar paralelamente os pressupostos ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) no intuito de que o mesmo celebre o TAS com o município. Caso o gestor municipal não se pronuncie ou se manifeste desfavorável à celebração do TAS no prazo de 60 dias, o DENASUS deve encaminhar os fatos a SAS para comunicação ao Tribunal de Contas a que o ente federado é jurisdicionado.	Monitorando	10/12/2016	DF/Brasília	Desvio de objeto na aquisição de bens com recursos do Bloco da Atenção Básica.
165850	Departamento de Atenção Básica	11/10/2016	Encaminhar expediente ao gestor municipal de forma a cientificar-lhe que no Relatório de Fiscalização elaborado pela CGU estão registradas constatações de impropriedades que poderão ser sanadas mediante a celebração de Termo de Ajuste Sanitário (TAS) junto ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). Encaminhar paralelamente os pressupostos ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) no intuito de que o mesmo celebre o TAS com o município. Caso o gestor municipal não se pronuncie ou se manifeste desfavorável à celebração do TAS no prazo de 60 dias, o DENASUS deve encaminhar os fatos a SAS para comunicação ao Tribunal de Contas a que o ente federado é jurisdicionado.	Monitorando	10/12/2016	DF/Brasília	Não localização de bens adquiridos por intermédio do Processo 0060.002.764/2015 - Desktop - LENOVO, caracterizando o prejuízo potencial no montante de R\$8.928.500,00.

165851	Departamento de Atenção Básica	11/10/2016	Adotar gestão junto a SES/DF, em conjunto com o DENASUS, com o intuito de elaboração de plano de execução de recursos para qualificação da Atenção Básica no DF.	Monitorando	10/12/2016				DF/Brasília	Não localização de bens adquiridos por intermédio do Processo 0060.002.764/2015 - Desktop - LENOVO, caracterizando o prejuízo potencial no montante de R\$8.928.500,00.
157548	Secretaria de Atenção a Saúde	12/01/2016	Estabelecer a inserção de informações acerca dos profissionais em exercício nas Centrais de Regulação como requisito para a continuidade das transferências de custeio do SAMU 192.	Monitorando	11/04/2016				CE/Fortaleza	Ausência de registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES de profissionais em exercício na Central de Regulação do SAMU 192 Regional Fortaleza.
158081	Departamento de Atenção Básica	12/01/2016	Apresentar a documentação que o município inseriu no Sistema de cadastro da proposta informações sobre os fornecedores ou Empresa responsável pelo serviço prestado.	Monitorando	04/12/2016	Segue anexa Nota Técnica com as informações de competência deste Departamento de Atenção Básica.	05/10/2016	Tendo em vista o pedido do gestor municipal e federal para prorrogação de prazo para encaminhamento das providências acordadas, concedemos novo prazo para entrega da documentação pertinente.	BA/Lençóis	Transferência de R\$ 20.000,00 para pessoa jurídica sem comprovação do fornecimento de bens ou serviços.
160164	Departamento de Atenção Básica	12/04/2016	Encaminhar expediente ao gestor municipal de forma a cientificar-lhe que no Relatório de Fiscalização elaborado pela CGU estão registradas constatações de impropriedades que poderão ser sanadas mediante a celebração de Termo de Ajuste Sanitário (TAS) junto ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). Encaminhar paralelamente os pressupostos ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) no intuito de que o mesmo celebre o TAS com o município. Caso o gestor municipal não se pronuncie ou se manifeste desfavorável à celebração do TAS no prazo de 60 dias, O DENASUS deve encaminhar os fatos a SAS para comunicação ao Tribunal de Contas a que o ente federado é jurisdicionado.	Monitorando	26/12/2016	Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 1387, de 19/10/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia da Nota Técnica nº 583/16, de 05/10/2016, na qual informa que "No que se refere à utilização indevida do recurso da Atenção Básica, sugerindo-se o encaminhamento dos autos ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) para a tomada de medidas cabíveis ao caso."	27/10/2016	Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 1387, de 19/10/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia da Nota Técnica nº 583/16, de 05/10/2016, na qual informa que "No que se refere à utilização indevida do recurso da Atenção Básica, sugerindo-se o encaminhamento dos autos ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) para a tomada de medidas cabíveis ao caso."	BA/Monte Santo	Pagamento indevido no valor de R\$161.445,57 por serviços não prestados.
160165	Departamento de Atenção Básica	12/04/2016	Promover gestões junto ao município no intuito de aprofundar a análise quanto à aplicação dos recursos e à qualidade dos serviços prestados, relativos ao Programa Saúde da Família, por Cooperativas contratadas pelo ente municipal.	Consolidada	09/10/2016			Nesse sentido, para atendimento pleno da recomendação expedida, faz-se necessária a informação pelo gestor federal da instauração do Termo de Ajuste Sanitário (TAS) com o município ou comunicação ao Tribunal de Contas a que o ente federado está jurisdicionado, no caso de recusa do município em celebrar o TAS.	BA/Monte Santo	Pagamento indevido no valor de R\$161.445,57 por serviços não prestados.

160166	Departamento de Atenção Básica	12/04/2016	Verificar os dados referentes ao objeto apontado na base de dados nacional do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e, caso haja ou permaneça alguma inconformidade, de acordo com os parâmetros exigidos pelo Ministério da Saúde, notificar o município e a Secretaria de Estado da Saúde para saneamento da inconformidade.	Atendida	24/07/2016	Por meio do Ofício GS-GP/nº 1387, de 19/10/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia da Nota Técnica Nº 583/16, de 05/10/2016, na qual informa que "Diante da ausência de manifestação de ambos os gestores frente às irregularidades mencionadas acima, com fundamento nos termos do Anexo I da Portaria nº 2.488/2011 este Departamento de Atenção Básica (DAB) promoverá a suspensão da transferência dos incentivos financeiros referentes à Estratégia Saúde da Família no município de Monte Santo - BA, relativo a 1 (uma) equipe de Saúde da Família e 7 (sete) Agentes Comunitários de Saúde, a partir da competência financeira setembro/2016.	27/10/2016	Por meio do Ofício GS-GP/nº 1387, de 19/10/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia da Nota Técnica Nº 583/16, de 05/10/2016, na qual informa que "(...) promoverá a suspensão da transferência dos incentivos financeiros referentes à Estratégia Saúde da Família no município de Monte Santo - BA, relativo a 1 (uma) equipe de Saúde da Família e 7 (sete) Agentes Comunitários de Saúde, a partir da competência financeira setembro/2016."	BA/Monte Santo	Deficiência de atendimento médico nas unidades de saúde da família.
160167	Departamento de Atenção Básica	12/04/2016	Caso o Município esteja inserido no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), promover novamente a avaliação externa prevista no art. 6º da Portaria nº 1.654/2011, que instituiu o PMAQ-AB, de forma a realizar a certificação do desempenho das equipes de saúde e da gestão municipal da atenção básica.	Consolidada	11/06/2016				BA/Monte Santo	Deficiência de atendimento médico nas unidades de saúde da família.
162161	Secretaria de Atenção a Saúde	13/06/2016	O Gestor Federal deve determinar ao gestor municipal que controle a frequência dos profissionais do PSF, de forma a cumprir a jornada semanal preconizada pela Portaria nº 2.488/2011 (Anexo I, Especificidades da Estratégia de Saúde da Família, item V).	Monitorando	10/12/2016				AL/Lagoa Canoa	da Descumprimento, por parte dos profissionais de saúde, de carga horária semanal prevista para atendimento no PSF.
162162	Secretaria de Atenção a Saúde	13/06/2016	O Gestor Federal deve realizar a suspensão da transferência dos recursos financeiros relativamente às equipes cujos profissionais descumpram a carga horária semanal prevista.	Monitorando	10/12/2016				AL/Lagoa Canoa	da Descumprimento, por parte dos profissionais de saúde, de carga horária semanal prevista para atendimento no PSF.
162163	Secretaria de Atenção a Saúde	13/06/2016	O Gestor Federal deve notificar o município para que seja negociada a edição de um Termo de Ajuste Sanitário-TAS (art. 38 da Portaria nº 204/2007), no prazo máximo de 60 dias a contar do recebimento da notificação, com a finalidade de se promover a regularização dos atendimentos, notadamente quando da ocorrência das seguintes situações: ACS não visitam as famílias, ACS não agendam consultas, médico ou enfermeiro não realiza consultas nas residências nos casos em que o paciente não pode se deslocar, ausência de atendimento na Unidade Básica de Saúde - UBS, inexistência de realização de reuniões/palestras/encontros para orientação sobre cuidados básicos em saúde e higiene, entre outras. Deve ser	Monitorando	10/12/2016				AL/Lagoa Canoa	da Deficiências nos atendimentos realizados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família -PSF.

comunicado ainda ao Conselho Municipal de Saúde do município para que esse acompanhe o cumprimento dessa notificação.

162164	Secretaria de Atenção a Saúde	13/06/2016	O gestor federal deve determinar ao gestor municipal a imediata revisão contratual para ajuste ao disposto na Portaria nº 2.488/2011 (Anexo I, Especificidades da Estratégia de Saúde da Família, item V).	Monitorando	13/06/2017	AL/Lagoa Canoa	da	Profissionais com desvio de função.
165925	Secretaria de Atenção a Saúde	14/10/2016	Notificar a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso - SES/MT visando a adoção de medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados ou com emprego não comprovado. Caso não haja comprovação do ressarcimento depois de 60 dias da notificação, encaminhar o caso, contendo os pressupostos mínimos previstos na Instrução Normativa TCU nº 71/2012, para o Fundo Nacional de Saúde (FNS), com vistas à instauração de Tomada de Contas Especial (TCE) e inscrição do gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002. O atendimento da recomendação passará para responsabilidade do FNS quando for comprovado que este adotará providências para instauração de TCE ou de inscrição do gestor no CADIN.	Monitorando	13/12/2016	MT/Cuiabá		Transferência irregular de recursos no âmbito do contrato de gestão do Hospital Regional de Sorriso, acarretando prejuízo de R\$ 9.610.214,05.
165926	Secretaria de Atenção a Saúde	14/10/2016	Notificar a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso - SES/MT visando a adoção de medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados ou com emprego não comprovado. Caso não haja comprovação do ressarcimento depois de 60 dias da notificação, encaminhar o caso, contendo os pressupostos mínimos previstos na Instrução Normativa TCU nº 71/2012, para o Fundo Nacional de Saúde (FNS), com vistas à instauração de Tomada de Contas Especial (TCE) e inscrição do gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002. O atendimento da recomendação passará para responsabilidade do FNS quando for	Monitorando	13/12/2016	MT/Cuiabá		Pagamentos irregulares no âmbito do Hospital Regional de Alta Floresta, acarretando prejuízo de R\$ 1.078.629,55.

comprovado que este adotará providências para instauração de TCE ou de inscrição do gestor no CADIN.

165927	Secretaria de Atenção a Saúde	14/10/2016	Notificar a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso - SES/MT visando a adoção de medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados ou com emprego não comprovado. Caso não haja comprovação do ressarcimento depois de 60 dias da notificação, encaminhar o caso, contendo os pressupostos mínimos previstos na Instrução Normativa TCU nº 71/2012, para o Fundo Nacional de Saúde (FNS), com vistas à instauração de Tomada de Contas Especial (TCE) e inscrição do gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002. O atendimento da recomendação passará para responsabilidade do FNS quando for comprovado que este adotará providências para instauração de TCE ou de inscrição do gestor no CADIN.	Monitorando	13/12/2016	MT/Cuiabá	Superfaturamento na aquisição de serviço de publicidade no âmbito do Contrato de Gestão do Hospital Regional de Alta Floresta, acarretando prejuízo de R\$ 61.118,00.
165928	Secretaria de Atenção a Saúde	14/10/2016	Notificar o Município visando a adoção de medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados ou com emprego não comprovado. Caso não haja comprovação do ressarcimento depois de 60 dias da notificação, encaminhar o caso, contendo os pressupostos mínimos previstos na Instrução Normativa TCU nº 71/2012, para o Fundo Nacional de Saúde (FNS), com vistas à instauração de Tomada de Contas Especial (TCE) e inscrição do gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002. O atendimento da recomendação passará para responsabilidade do FNS quando for comprovado que este adotará providências para instauração de TCE ou de inscrição do gestor no CADIN.	Monitorando	13/12/2016	MT/Cuiabá	Ausência de comprovação da efetiva prestação dos serviços no âmbito do Contrato de Gestão do Hospital Regional de Alta Floresta/MT, ocasionando prejuízo potencial de R\$ 787.500,00.

165929	Secretaria de Atenção a Saúde	14/10/2016	Notificar a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso - SES/MT visando a adoção de medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados ou com emprego não comprovado. Caso não haja comprovação do ressarcimento depois de 60 dias da notificação, encaminhar o caso, contendo os pressupostos mínimos previstos na Instrução Normativa TCU nº 71/2012, para o Fundo Nacional de Saúde (FNS), com vistas à instauração de Tomada de Contas Especial (TCE) e inscrição do gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002. O atendimento da recomendação passará para responsabilidade do FNS quando for comprovado que este adotará providências para instauração de TCE ou de inscrição do gestor no CADIN.	Monitorando	13/12/2016	MT/Cuiabá	Realização de pagamentos sem previsão legal no âmbito do Contrato de Gestão do Hospital Regional de Alta Floresta/MT, ocasionando prejuízo de R\$ 1.159.762,31.
165930	Secretaria de Atenção a Saúde	14/10/2016	Notificar a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso - SES/MT visando a adoção de medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados ou com emprego não comprovado. Caso não haja comprovação do ressarcimento depois de 60 dias da notificação, encaminhar o caso, contendo os pressupostos mínimos previstos na Instrução Normativa TCU nº 71/2012, para o Fundo Nacional de Saúde (FNS), com vistas à instauração de Tomada de Contas Especial (TCE) e inscrição do gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002. O atendimento da recomendação passará para responsabilidade do FNS quando for comprovado que este adotará providências para instauração de TCE ou de inscrição do gestor no CADIN.	Monitorando	13/12/2016	MT/Cuiabá	Ausência de comprovação da execução dos serviços de reforma no Hospital Regional de Sinop/MT no valor de R\$ 541.400,00.
165931	Secretaria de Atenção a Saúde	14/10/2016	Oficiar o gestor local para que aprimorem o controle e o acompanhamento dos quantitativos de equipamentos existentes e a utilização destes nos Hospitais Regionais do Estado do Mato Grosso, bem como dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares correspondentes, visando à tempestividade e fidedignidade dos registros nos cadastros e sistemas de informações do Ministério da Saúde, conforme determina o art. 10 da Portaria GM/MS nº 1.646/2015.	Monitorando	13/12/2016	MT/Cuiabá	Inconsistências verificadas entre as informações registradas no Cnes e os equipamentos localizados nos hospitais.

165932	Secretaria de Atenção à Saúde	14/10/2016	Notificar a Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso para que justifique os atrasos nos pagamentos aos prestadores de serviços de nefrologia, sob pena de suspensão das transferências caso os atrasos se mantenham, conforme previsto no art. 37, inciso II da Portaria GM/MS nº 204/2007.	Monitorando	13/12/2016			MT/Cuiabá	Atraso excessivo no pagamento dos prestadores de serviços da Nefrologia.
165933	Secretaria de Atenção à Saúde	14/10/2016	Comunicar ao Conselho Estadual de Saúde para que acompanhe o cumprimento dessa notificação.	Monitorando	13/12/2016			MT/Cuiabá	Atraso excessivo no pagamento dos prestadores de serviços da Nefrologia.
157950	Departamento de Atenção Básica	15/01/2016	Adotar medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados, suspendendo a transferência de recursos financeiros, se for o caso, e instaurando TCE quando esgotadas as medidas administrativas internas sem obtenção do ressarcimento pretendido, conforme preceitua o art. 4º da Instrução Normativa TCU nº 71/2012, e inscrevendo o gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002.	Monitorando	21/02/2017	23/11/2016	Reitera-se o atendimento às recomendações expedidas, em virtude do não envio de respostas/justificativas pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) dentro do prazo estipulado.	PI/Sussuapara	Prejuízo apurado de R\$ 24.760,66 na execução do Contrato CC nº 027/2013, decorrente de pagamento de serviços não executados e/ou com superfaturamento de quantidades.
160230	Secretaria de Atenção à Saúde	15/04/2016	Promover a suspensão da transferência dos recursos financeiros da Ação Governamental PAB em função dos pagamentos por bens e serviços não entregues ou prestados, conforme prevê a Portaria nº 2.488/2011.	Monitorando	26/12/2016	27/10/2016	Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 1419, de 19/10/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia da Nota Técnica nº 557/16 contendo informações sobre a adoção de providências junto ao gestor municipal, bem como informa que tão logo recebidas as respostas serão encaminhadas a este Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União (CGU).	PI/Sigefredo Pacheco	Ausência de comprovação do recebimento de medicamentos adquiridos com recursos do Piso de Atenção Básica - PAB FIXO.
							Informa, ainda, que "O prazo concedido foi de 20 (vinte) dias a contar do recebimento, estando o gestor dentro do prazo, conforme se verifica do ofício anexo, de forma que após o recebimento da devolutiva contendo a manifestação do ente federado, toda documentação apresentada será devidamente analisada pela área técnica de controle do Departamento de Atenção Básica, que promoverá as medidas cabíveis frente às constatações, realizando, inclusive, o encaminhamento das informações e providências então adoradas."		
							Nesse sentido, tão logo sejam encaminhadas as providências conclusivas pela SAS junto ao município, serão analisadas por este Ministério da		

160232	Secretaria de Atenção a Saúde	15/04/2016	Adotar medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados, instaurando Tomada de Contas Especial quando esgotadas as medidas administrativas internas sem obtenção do ressarcimento pretendido, conforme preceitua o art. 4º da Instrução Normativa TCU nº 71/2012.	Monitorando	26/12/2016	Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 1419, de 19/10/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia da Nota Técnica nº 557/16 contendo informações sobre a adoção de providências junto ao gestor municipal, bem como informa que tão logo recebidas as respostas serão encaminhadas a este Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União (CGU).	27/10/2016	Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 1419, de 19/10/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia da Nota Técnica nº 557/16, de 26/09/2016, elaborada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS) contendo informações de que aquele Departamento "remeteu ofício à Secretaria Municipal de Saúde de Sigefredo Pacheco/PI, solicitando ao gestor responsável o encaminhamento de manifestação formal acerca das medidas adotadas frente aos apontamentos constantes na referida demanda.	PI/Sigefredo Pacheco	Ausência de comprovação do recebimento de medicamentos adquiridos com recursos do Piso de Atenção Básica - PAB FIXO.
								Informa, ainda, que "O prazo concedido foi de 20 (vinte) dias a contar do recebimento, estando o gestor dentro do prazo, conforme se verifica do ofício anexo, de forma que após o recebimento da devolutiva contendo a manifestação do ente federado, toda documentação apresentada será devidamente analisada pela área técnica de controle do Departamento de Atenção Básica, que promoverá as medidas cabíveis frente às constatações, realizando, inclusive, o encaminhamento das informações e providências então adotadas."		
								Nesse sentido, tão logo sejam encaminhadas as providências conclusivas pela SAS junto ao município, serão analisadas por este Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União (CGU).		
160234	Secretaria de Atenção a Saúde	15/04/2016	Promover a suspensão da transferência dos recursos financeiros da Ação Governamental PAB cujos pagamentos por bens e serviços ou entrega e prestação não foram devidamente comprovados, conforme prevê a Portaria nº 2.488/2011.	Monitorando	26/12/2016	Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 1419, de 19/10/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia da Nota Técnica nº 557/16 contendo informações sobre a adoção de providências junto ao gestor municipal, bem como informa que tão logo recebidas as respostas serão encaminhadas a este Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União (CGU).	27/10/2016	Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 1419, de 19/10/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia da Nota Técnica nº 557/16, de 26/09/2016, elaborada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS) contendo informações de que aquele Departamento "remeteu ofício à Secretaria Municipal de Saúde de Sigefredo Pacheco/PI, solicitando ao gestor responsável o encaminhamento de manifestação formal acerca das medidas adotadas frente aos apontamentos constantes na referida demanda.	PI/Sigefredo Pacheco	Irregularidade na licitação e na aquisição de materiais de construção destinados à Secretaria de Saúde.
								Informa, ainda, que "O prazo concedido foi de 20 (vinte) dias a contar do recebimento, estando o gestor dentro do prazo, conforme se verifica do ofício anexo, de forma que após o recebimento da devolutiva contendo a manifestação do ente federado, toda documentação apresentada será devidamente analisada pela área técnica de controle do Departamento de Atenção Básica, que		

							promoverá as medidas cabíveis frente às constatações, realizando, inclusive, o encaminhamento das informações e providências então adoradas."			
							Nesse sentido, tão logo sejam encaminhadas as providências conclusivas pela SAS junto ao município, serão analisadas por este Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União (CGU).			
160235	Secretaria de Atenção a Saúde	15/04/2016	Adotar medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados, instaurando Tomada de Contas Especial quando esgotadas as medidas administrativas internas sem obtenção do ressarcimento pretendido, conforme preceitua o art. 4º da Instrução Normativa TCU nº 71/2012.	Monitorando	26/12/2016	Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 1419, de 19/10/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia da Nota Técnica nº 557/16 contendo informações sobre a adoção de providências junto ao gestor municipal, bem como informa que tão logo recebidas as respostas serão encaminhadas a este Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União (CGU).	27/10/2016	Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 1419, de 19/10/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia da Nota Técnica nº 557/16, de 26/09/2016, elaborada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS) contendo informações de que aquele Departamento "remeteu ofício à Secretaria Municipal de Saúde de Sigefredo Pacheco/PI, solicitando ao gestor responsável o encaminhamento de manifestação formal acerca das medidas adotadas frente aos apontamentos constantes na referida demanda.	PI/Sigefredo Pacheco	Irregularidade na licitação e na aquisição de materiais de construção destinados à Secretaria de Saúde.
							Informa, ainda, que "O prazo concedido foi de 20 (vinte) dias a contar do recebimento, estando o gestor dentro do prazo, conforme se verifica do ofício anexo, de forma que após o recebimento da devolutiva contendo a manifestação do ente federado, toda documentação apresentada será devidamente analisada pela área técnica de controle do Departamento de Atenção Básica, que promoverá as medidas cabíveis frente às constatações, realizando, inclusive, o encaminhamento das informações e providências então adoradas."			
							Nesse sentido, tão logo sejam encaminhadas as providências conclusivas pela SAS junto ao município, serão analisadas por este Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União (CGU).			
160236	Secretaria de Atenção a Saúde	15/04/2016	Promover a suspensão da transferência dos recursos financeiros da Ação Governamental PAB em função dos pagamentos por bens e serviços não entregues ou prestados, conforme prevê a Portaria nº 2.488/2011.	Monitorando	26/12/2016	Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 1419, de 19/10/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia da Nota Técnica nº 557/16 contendo informações sobre a adoção de providências junto ao gestor municipal, bem como informa que tão logo recebidas as respostas serão encaminhadas a este Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União (CGU).	27/10/2016	Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 1419, de 19/10/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia da Nota Técnica nº 557/16, de 26/09/2016, elaborada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS) contendo informações de que aquele Departamento "remeteu ofício à Secretaria Municipal de Saúde de Sigefredo Pacheco/PI, solicitando ao gestor responsável o encaminhamento de manifestação formal acerca das medidas adotadas frente aos apontamentos constantes na referida demanda.	PI/Sigefredo Pacheco	Irregularidade s na aquisição de medicamentos , no exercício de 2009, envolvendo recursos do Piso de Atenção Básica - PAB FIXO.
							Informa, ainda, que "O prazo concedido foi de 20 (vinte) dias a contar do recebimento, estando o gestor dentro do prazo, conforme se verifica do ofício anexo, de forma que após o recebimento da devolutiva contendo a manifestação do ente federado, toda documentação apresentada será devidamente			

							analisada pela área técnica de controle do Departamento de Atenção Básica, que promoverá as medidas cabíveis frente às constatações, realizando, inclusive, o encaminhamento das informações e providências então adoradas." .		
160237	Secretaria de Atenção Saúde	15/04/2016	Adotar medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais empregados, instaurando Tomada de Contas Especial quando esgotadas as medidas administrativas internas sem obtenção do ressarcimento pretendido, conforme preceitua o art. 4º da Instrução Normativa TCU nº 71/2012.	Monitorando	26/12/2016	Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 1419, de 19/10/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia da Nota Técnica nº 557/16 contendo informações sobre a adoção de providências junto ao gestor municipal, bem como informa que tão logo recebidas as respostas serão encaminhadas a este Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União (CGU).	27/10/2016	Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 1419, de 19/10/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia da Nota Técnica nº 557/16, de 26/09/2016, elaborada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS) contendo informações de que aquele Departamento "remeteu ofício à Secretaria Municipal de Saúde de Sigefredo Pacheco/PI, solicitando ao gestor responsável o encaminhamento de manifestação formal acerca das medidas adotadas frente aos apontamentos constantes na referida demanda..Informa, ainda, que "O prazo concedido foi de 20 (vinte) dias a contar do recebimento, estando o gestor dentro do prazo, conforme se verifica do ofício anexo, de forma que após o recebimento da devolutiva contendo a manifestação do ente federado, toda documentação apresentada será devidamente analisada pela área técnica de controle do Departamento de Atenção Básica, que promoverá as medidas cabíveis frente às constatações, realizando, inclusive, o encaminhamento das informações e providências então adoradas.".Nesse sentido, tão logo sejam encaminhadas as providências conclusivas pela SAS junto ao município, serão analisadas por este Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União (CGU). PI/Sigefredo Pacheco	Irregularidade s na aquisição de medicamentos , no exercício de 2009, envolvendo recursos do Piso de Atenção Básica - PAB FIXO.
160240	Secretaria de Atenção Saúde	15/04/2016	Promover a suspensão da transferência dos recursos financeiros da Ação Governamental PAB cujos pagamentos por bens e serviços ou entrega e prestação não foram devidamente comprovados, conforme prevê a Portaria nº 2.488/2011.	Monitorando	26/12/2016	Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 1419, de 19/10/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia da Nota Técnica nº 557/16 contendo informações sobre a adoção de providências junto ao gestor municipal, bem como informa que tão logo recebidas as respostas serão encaminhadas a este Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União (CGU).	27/10/2016	Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 1419, de 19/10/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia da Nota Técnica nº 557/16, de 26/09/2016, elaborada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS) contendo informações de que aquele Departamento "remeteu ofício à Secretaria Municipal de Saúde de Sigefredo Pacheco/PI, solicitando ao gestor responsável o encaminhamento de manifestação formal acerca das medidas adotadas frente aos apontamentos constantes na referida demanda. . Informa, ainda, que "O prazo concedido foi de 20 (vinte) dias a contar do recebimento, estando o gestor dentro do prazo, conforme se verifica do ofício anexo, de forma que após o recebimento da devolutiva contendo a manifestação do ente federado, toda documentação apresentada será devidamente analisada pela área técnica de controle do Departamento de Atenção Básica, que promoverá as medidas cabíveis frente às constatações,	Despesas, no valor de R\$ 23.424,00, realizadas com recursos do Piso de Atenção Básica sem a devida comprovação.

							realizando, inclusive, o encaminhamento das informações e providências então adoradas."			
							.			
							Nesse sentido, tão logo sejam encaminhadas as providências conclusivas pela SAS junto ao município, serão analisadas por este Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União (CGU).			
160241	Secretaria de Atenção a Saúde	15/04/2016	Adotar medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais despendidos cuja documentação comprobatória não foi disponibilizada, instaurando Tomada de Contas Especial quando esgotadas as medidas administrativas internas sem obtenção do ressarcimento pretendido, conforme preceitua o art. 4º da Instrução Normativa TCU nº 71/2012.	Monitorando	26/12/2016	Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 1419, de 19/10/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia da Nota Técnica nº 557/16 contendo informações sobre a adoção de providências junto ao gestor municipal, bem como informa que tão logo recebidas as respostas serão encaminhadas a este Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União (CGU).	27/10/2016	Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 1419, de 19/10/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia da Nota Técnica nº 557/16, de 26/09/2016, elaborada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS) contendo informações de que aquele Departamento "remeteu ofício à Secretaria Municipal de Saúde de Sigefredo Pacheco/PI, solicitando ao gestor responsável o encaminhamento de manifestação formal acerca das medidas adotadas frente aos apontamentos constantes na referida demanda.	PI/Sigefredo Pacheco	Despesas, no valor de R\$ 23.424,00, realizadas com recursos do Piso de Atenção Básica sem a devida comprovação.
							.			
							Informa, ainda, que "O prazo concedido foi de 20 (vinte) dias a contar do recebimento, estando o gestor dentro do prazo, conforme se verifica do ofício anexo, de forma que após o recebimento da devolutiva contendo a manifestação do ente federado, toda documentação apresentada será devidamente analisada pela área técnica de controle do Departamento de Atenção Básica, que promoverá as medidas cabíveis frente às constatações, realizando, inclusive, o encaminhamento das informações e providências então adoradas."			
							.			
							Nesse sentido, tão logo sejam encaminhadas as providências conclusivas pela SAS junto ao município, serão analisadas por este Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União (CGU).			
159511	Departamento de Atenção Básica	16/03/2016	Notificar o município no sentido de verificar os motivos que ensejaram a paralisação da obra. Proceder à suspensão da transferência de recursos quando o gestor municipal der causa à paralisação sem motivação justificável, bem como ressarcimento dos valores gastos quando a paralisação resultar em prejuízos ao Erário.	Monitorando	21/02/2017		23/11/2016	Reitera-se o atendimento às recomendações expedidas, em virtude do não envio de respostas/justificativas pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) dentro do prazo estipulado.	SE/São Cristóvão	Construção do Centro de Saúde Rosa Maria, no Município de São Cristóvão/SE, não licitada e não iniciada há mais de um ano e nove meses da liberação da primeira parcela de recursos do Fundo Nacional de Saúde. Atendimento nos postos de saúde do Programa Saúde da Família com carga horária inferior a oito horas diárias.
167069	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Recomenda-se à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS adotar todas as providências cabíveis para quantificação do dano havido por conta do descumprimento da carga horária pelos profissionais e para ressarcimento dos valores pagos a maior, averiguando se a situação permanece ou se já foi regularizada.	Monitorando	31/12/2016		16/11/2016	Reiteração devido ao decurso de prazo sem apresentação de providências efetivas pela Secretaria de Atenção à Saúde-SAS/MS.	SC/Ituporanga	

167130	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Analisar a pertinência da suspensão da transferência dos recursos financeiros aos municípios cujos profissionais não tenham cumprido a carga horária semanal prevista.	Monitorando	31/12/2016	16/11/2016	Reiteração devido ao decurso de prazo sem apresentação de providências efetivas pela Secretaria de Atenção à Saúde-SAS/MS.	SC/Ituporanga	Atendimento nos postos de saúde do Programa Saúde da Família com carga horária inferior a oito horas diárias.
167131	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Recomenda-se à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS adotar todas as providências cabíveis para quantificação do dano havido por conta do descumprimento da carga horária pelos profissionais e para ressarcimento dos valores pagos a maior, averiguando se a situação permanece ou se já foi regularizada.	Monitorando	31/12/2016	16/11/2016	Reiteração devido ao decurso de prazo sem apresentação de providências efetivas pela Secretaria de Atenção à Saúde-SAS/MS.	SC/Ituporanga	Ausência de médico disponível para atendimento na Unidade de Saúde do Programa Saúde da Família.
167132	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Analisar a pertinência da suspensão da transferência dos recursos financeiros aos municípios cujos profissionais não tenham cumprido a carga horária semanal prevista.	Monitorando	31/12/2016	16/11/2016	Reiteração devido ao decurso de prazo sem apresentação de providências efetivas pela Secretaria de Atenção à Saúde-SAS/MS.	SC/Ituporanga	Ausência de médico disponível para atendimento na Unidade de Saúde do Programa Saúde da Família.
167134	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Recomenda-se à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS adotar todas as providências cabíveis para quantificação do dano havido por conta do descumprimento da carga horária pelos profissionais e para ressarcimento dos valores pagos a maior, averiguando se a situação permanece ou se já foi regularizada.	Monitorando	31/12/2016	16/11/2016	Reiteração devido ao decurso de prazo sem apresentação de providências efetivas pela Secretaria de Atenção à Saúde-SAS/MS.	SC/Ituporanga	Profissional contratado para o PSF não cumprindo o horário de trabalho estipulado.
167135	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Analisar a pertinência da suspensão da transferência dos recursos financeiros aos municípios cujos profissionais não tenham cumprido a carga horária semanal prevista.	Monitorando	31/12/2016	16/11/2016	Reiteração devido ao decurso de prazo sem apresentação de providências efetivas pela Secretaria de Atenção à Saúde-SAS/MS.	SC/Ituporanga	Profissional contratado para o PSF não cumprindo o horário de trabalho estipulado.
167136	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Recomenda-se à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS adotar todas as providências cabíveis para quantificação do dano havido por conta do descumprimento da carga horária pelos profissionais e para ressarcimento dos valores pagos a maior, averiguando se a situação permanece ou se já foi regularizada.	Cancelada	15/11/2016	16/11/2016	A recomendação não diz respeito ao fato constatado, para o qual, aliás, não há necessidade de recomendação devido à perda de objeto decorrente do lapso temporal existente entre a constatação do fato e a presente data.	SC/Ituporanga	Ausência de relação das famílias cadastradas em sistemas da Prefeitura.
167137	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Analisar a pertinência da suspensão da transferência dos recursos financeiros aos municípios cujos profissionais não tenham cumprido a carga horária semanal prevista.	Cancelada	15/11/2016	16/11/2016	A recomendação não diz respeito ao fato constatado, para o qual, aliás, não há necessidade de recomendação devido à perda de objeto decorrente do lapso temporal existente entre a constatação do fato e a presente data.	SC/Ituporanga	Ausência de relação das famílias cadastradas em sistemas da Prefeitura.

167138	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Caso o Município não tenha aderido ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), fomentar a sua adesão.	Monitorando	31/12/2016	16/11/2016	A recomendação reformulada devido alterações no banco de recomendações.	foi a de	SC/Ituporanga	Agentes comunitários de saúde não possuem os recursos necessários para a realização de suas atividades.
167139	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Recomendamos que a Secretaria de Atenção à Saúde – SAS tome providências no sentido de que seja garantida a exclusividade da utilização da UBS quando houver equipe do PSF implantada. Isso porque, segundo o Manual de Estrutura Física das UBS, a experiência de implantação da Saúde da Família tem demonstrado ser incompatível a co-existência das equipes de atenção básica convencional e das equipes de Saúde da Família trabalhando em uma mesma estrutura física.	Cancelada	15/11/2016	16/11/2016	Cancelamento de recomendação com base no item 2.c da Orientação SFC nº 2/2015.	de	SC/Ituporanga	Agentes comunitários de saúde não possuem os recursos necessários para a realização de suas atividades.
167140	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Acionar a Secretaria Estadual de Saúde no sentido de verificar se a situação detectada pela CGU persiste ou se já foi regularizada nos termos do disposto na Portaria nº 2.488/2011 (Anexo I, Da infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica, itens I e II), na Portaria nº 2.226/2009 (Anexo) e na RDC nº 50/2002 - ANVISA. Caso persista a situação, adote providências junto ao município para que haja adequação à legislação.	Monitorando	31/12/2016	16/11/2016	A recomendação reformulada devido alterações no banco de recomendações.	foi a de	SC/Ituporanga	Agentes comunitários de saúde não possuem os recursos necessários para a realização de suas atividades.
167141	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Encaminhar expediente ao gestor municipal de forma a dar ciência que no Relatório de Fiscalização elaborado pela CGU estão registradas constatações de impropriedades que poderão ser sanadas mediante a celebração de Termo de Ajuste Sanitário (TAS) junto ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS).	Monitorando	21/02/2017	23/11/2016	Reiteração devido ao decurso de prazo sem apresentação de providências/justificativas pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS).		SC/Ituporanga	Ausência de comprovação de aplicação de contrapartida municipal e estadual no Programa Saúde da Família.
167142	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Encaminhar paralelamente os pressupostos ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) no intuito de que o mesmo celebre o TAS com o município. Caso o gestor municipal não se pronuncie ou se manifeste desfavorável à celebração do TAS no prazo de 60 dias, O DENASUS deve encaminhar os fatos à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) para comunicação ao Tribunal de Contas a que o ente federado é jurisdicionado.	Monitorando	31/12/2016	16/11/2016	Reiteração devido ao decurso de prazo sem apresentação de providências efetivas pela Secretaria de Atenção à Saúde-SAS/MS.		SC/Ituporanga	Ausência de comprovação de aplicação de contrapartida municipal e estadual no Programa Saúde da Família.

167159	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Encaminhar expediente ao gestor municipal de forma a dar ciência que no Relatório de Fiscalização elaborado pela CGU estão registradas constatações de impropriedades que poderão ser sanadas mediante a celebração de Termo de Ajuste Sanitário (TAS) junto ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS).	Monitorando	31/12/2016	16/11/2016	Reiteração devido ao decurso de prazo sem apresentação de providências efetivas pela Secretaria de Atenção à Saúde-SAS/MS.	SC/Ituporanga	Cobrança de atendimento em Unidade de Saúde de Ituporanga.
167160	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Encaminhar paralelamente os pressupostos ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) no intuito de que o mesmo celebre o TAS com o município. Caso o gestor municipal não se pronuncie ou se manifeste desfavorável à celebração do TAS no prazo de 60 dias, O DENASUS deve encaminhar os fatos à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) para comunicação ao Tribunal de Contas a que o ente federado é jurisdicionado.	Monitorando	31/12/2016	16/11/2016	Reiteração devido ao decurso de prazo sem apresentação de providências efetivas pela Secretaria de Atenção à Saúde-SAS/MS.	SC/Ituporanga	Cobrança de atendimento em Unidade de Saúde de Ituporanga.
167161	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Encaminhar expediente ao gestor municipal de forma a dar ciência que no Relatório de Fiscalização elaborado pela CGU estão registradas constatações de impropriedades que poderão ser sanadas mediante a celebração de Termo de Ajuste Sanitário (TAS) junto ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS).	Monitorando	31/12/2016	16/11/2016	Reiteração devido ao decurso de prazo sem apresentação de providências efetivas pela Secretaria de Atenção à Saúde-SAS/MS.	SC/Ituporanga	Pagamentos de profissionais relacionados na Folha de Pagamento da Associação das Irmãs Franciscanas de São José que não foram relacionados pela Prefeitura como integrantes das Equipes do PSF, bem como não constam na relação do CNES - DATASUS ou SIAB.
167162	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Encaminhar paralelamente os pressupostos ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) no intuito de que o mesmo celebre o TAS com o município. Caso o gestor municipal não se pronuncie ou se manifeste desfavorável à celebração do TAS no prazo de 60 dias, O DENASUS deve encaminhar os fatos à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) para comunicação ao Tribunal de Contas a que o ente federado é jurisdicionado.	Monitorando	31/12/2016	16/11/2016	Reiteração devido ao decurso de prazo sem apresentação de providências efetivas pela Secretaria de Atenção à Saúde-SAS/MS.	SC/Ituporanga	Pagamentos de profissionais relacionados na Folha de Pagamento da Associação das Irmãs Franciscanas de São José que não foram relacionados pela Prefeitura como integrantes das Equipes do PSF, bem como não constam na relação do CNES - DATASUS ou SIAB.
167163	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Recomendamos à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS tomar providências a fim de apurar os fatos relatados, principalmente quanto aos seguintes pontos: quantitativo de famílias visitadas pelos Agentes Comunitário de Saúde - ACS em número muito abaixo ou muito superior ao preconizado	Cancelada	15/11/2016	16/11/2016	Cancelamento de recomendação com base no item 2.c da Orientação SFC nº 2/2015.	SC/Ituporanga	Divergência no número de famílias cadastradas no Programa Saúde da Família que foram informadas pela Prefeitura.

nas Portarias nrs. 1886/97 e 648/06; famílias abrangidas na área de atuação do PSF não atendidas; visitas às famílias não realizadas com a frequência – pelo menos uma vez ao mês – que permita o monitoramento das situações de risco.

167164	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Recomendamos à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS acionar a Coordenação Estadual do PSF a fim de que a Secretaria Estadual de Saúde realize, no âmbito do PSF, as atividades sob sua responsabilidade – Portarias nrs. 1886/97 e 648/06, a saber: prestar assessoria técnica aos municípios, principalmente quanto ao monitoramento e gerenciamento do programa; controlar o cumprimento, pelos municípios, da alimentação do banco de dados do SIAB; exercer o controle e a avaliação dos resultados e dos impactos das ações das unidades de saúde da família; entre outros.	Cancelada	15/11/2016		16/11/2016	Cancelamento de recomendação com base no item 2.c da Orientação SFC nº 2/2015.	SC/Ituporanga	Divergência no número de famílias cadastradas no Programa Saúde da Família que foram informadas pela Prefeitura.
167170	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Recomendamos à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS tomar providências a fim de apurar os fatos relatados, principalmente quanto aos seguintes pontos: quantitativo de famílias visitadas pelos Agentes Comunitário de Saúde - ACS em número muito abaixo ou muito superior ao preconizado nas Portarias nrs. 1886/97 e 648/06; famílias abrangidas na área de atuação do PSF não atendidas; visitas às famílias não realizadas com a frequência – pelo menos uma vez ao mês – que permita o monitoramento das situações de risco.	Cancelada	15/11/2016		16/11/2016	Cancelamento de recomendação com base no item 2.c da Orientação SFC nº 2/2015.	SC/Ituporanga	Equipes de Saúde da família atendendo um número superior a 1.000 famílias ou 4.000 pessoas.
167171	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Recomendamos à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS acionar a Coordenação Estadual do PSF a fim de que a Secretaria Estadual de Saúde realize, no âmbito do PSF, as atividades sob sua responsabilidade – Portarias nrs. 1886/97 e 648/06, a saber: prestar assessoria técnica aos municípios, principalmente quanto ao monitoramento e gerenciamento do programa; controlar o cumprimento, pelos municípios, da alimentação do banco de dados do SIAB; exercer o controle e a avaliação dos resultados e dos impactos das ações das unidades de saúde da família; entre outros.	Monitorando	31/12/2016	Em atenção a presente demanda, segue anexa resposta deste Departamento de Atenção Básica.	16/11/2016	Reiteração devido ao decurso de prazo sem apresentação de providências efetivas pela Secretaria de Atenção à Saúde-SAS/MS.	SC/Ituporanga	Equipes de Saúde da família atendendo um número superior a 1.000 famílias ou 4.000 pessoas.

167172	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Recomendamos à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS tomar providências a fim de apurar os fatos relatados, principalmente quanto aos seguintes pontos: quantitativo de famílias visitadas pelos Agentes Comunitário de Saúde - ACS em número muito abaixo ou muito superior ao preconizado nas Portarias nrs. 1886/97 e 648/06; famílias abrangidas na área de atuação do PSF não atendidas; visitas às famílias não realizadas com a frequência – pelo menos uma vez ao mês – que permita o monitoramento das situações de risco.	Cancelada	15/11/2016	16/11/2016	Cancelamento de recomendação com base no item 2.c da Orientação SFC nº 2/2015.	SC/Ituporanga	Existência de filas no atendimento às famílias no Programa Saúde da Família.
167173	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Recomendamos à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS acionar a Coordenação Estadual do PSF a fim de que a Secretaria Estadual de Saúde realize, no âmbito do PSF, as atividades sob sua responsabilidade – Portarias nrs. 1886/97 e 648/06, a saber: prestar assessoria técnica aos municípios, principalmente quanto ao monitoramento e gerenciamento do programa; controlar o cumprimento, pelos municípios, da alimentação do banco de dados do SIAB; exercer o controle e a avaliação dos resultados e dos impactos das ações das unidades de saúde da família; entre outros.	Cancelada	15/11/2016	16/11/2016	Cancelamento de recomendação com base no item 2.c da Orientação SFC nº 2/2015.	SC/Ituporanga	Existência de filas no atendimento às famílias no Programa Saúde da Família.
167174	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Recomendamos à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS tomar providências a fim de apurar os fatos relatados, principalmente quanto aos seguintes pontos: quantitativo de famílias visitadas pelos Agentes Comunitário de Saúde - ACS em número muito abaixo ou muito superior ao preconizado nas Portarias nrs. 1886/97 e 648/06; famílias abrangidas na área de atuação do PSF não atendidas; visitas às famílias não realizadas com a frequência – pelo menos uma vez ao mês – que permita o monitoramento das situações de risco.	Cancelada	15/11/2016	16/11/2016	Cancelamento de recomendação com base no item 2.c da Orientação SFC nº 2/2015.	SC/Ituporanga	Ausência de convite às famílias beneficiadas no Programa Saúde da Família para participar de palestras ou reuniões comunitárias da equipe de PSF sobre cuidados e medidas sanitárias (cuidados com a saúde).
167175	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Caso o Município não esteja inserido no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), fomentar a sua adesão. Já estando o município inserido no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), promover novamente a avaliação externa prevista no art. 6º da Portaria nº 1.654/2011, que instituiu o PMAQ-AB, de forma a realizar a certificação do desempenho das equipes de saúde e da gestão municipal da atenção básica.	Monitorando	31/12/2016	16/11/2016	A recomendação anterior foi reformulada.	SC/Ituporanga	Ausência de convite às famílias beneficiadas no Programa Saúde da Família para participar de palestras ou reuniões comunitárias da equipe de PSF sobre cuidados e medidas sanitárias (cuidados com a saúde).

167176	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Recomendamos à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS tomar providências a fim de apurar os fatos relatados, principalmente quanto aos seguintes pontos: quantitativo de famílias visitadas pelos Agentes Comunitários de Saúde - ACS em número muito abaixo ou muito superior ao preconizado nas Portarias nrs. 1886/97 e 648/06; famílias abrangidas na área de atuação do PSF não atendidas; visitas às famílias não realizadas com a frequência – pelo menos uma vez ao mês – que permita o monitoramento das situações de risco.	Cancelada	15/11/2016	16/11/2016	Cancelamento de recomendação com base no item 2.c da Orientação SFC nº 2/2015.	SC/Ituporanga	Agentes Comunitários de Saúde responsáveis por mais de 750 pessoas.
167177	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Caso o Município não esteja inserido no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), fomentar a sua adesão. Já estando o município inserido no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), promover novamente a avaliação externa prevista no art. 6º da Portaria nº 1.654/2011, que instituiu o PMAQ-AB, de forma a realizar a certificação do desempenho das equipes de saúde e da gestão municipal da atenção básica.	Monitorando	31/12/2016	16/11/2016	A recomendação foi reformulada em virtude de revisão de nosso banco de recomendações.	SC/Ituporanga	Agentes Comunitários de Saúde responsáveis por mais de 750 pessoas.
167178	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Recomendamos à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS exigir que os municípios habilitados a receberem o incentivo financeiro do PSF/PACS cumpram o disposto no art. 37, II e IX, da Constituição Federal, e observem o que dispõe o item 9.6.1 do Acórdão TCU nº 1.146/2003 – Plenário, no que concerne à contratação de profissionais para atuarem no Programa.	Cancelada	15/11/2016	16/11/2016	Cancelamento de recomendação com base no item 2.d da Orientação SFC nº 2/2015.	SC/Ituporanga	Ausência de formalização de contratos com os profissionais atuantes no Programa Saúde da Família.
167179	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Para o caso de contratação com carga horária inferior a quarenta horas semanais, a SAS deverá exigir do gestor municipal a imediata revisão contratual para ajuste aos normativos vigentes.	Cancelada	15/11/2016	16/11/2016	Cancelamento de recomendação com base no item 2.d da Orientação SFC nº 2/2015.	SC/Ituporanga	Ausência de formalização de contratos com os profissionais atuantes no Programa Saúde da Família.
167180	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Recomendamos à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS exigir que os municípios habilitados a receberem o incentivo financeiro do PSF/PACS cumpram o disposto no art. 37, II e IX, da Constituição Federal, e observem o que dispõe o item 9.6.1 do Acórdão TCU nº 1.146/2003 – Plenário, no que concerne à contratação de profissionais para atuarem no Programa.	Cancelada	15/11/2016	16/11/2016	Cancelamento de recomendação com base no item 2.d da Orientação SFC nº 2/2015.	SC/Ituporanga	Contratação de Profissionais do PSF em desacordo com a jurisprudência do Tribunal de Conta da União.

167181	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Para o caso de contratação com carga horária inferior a quarenta horas semanais, a SAS deverá exigir do gestor municipal a imediata revisão contratual para ajuste aos normativos vigentes.	Cancelada	15/11/2016	16/11/2016	Cancelamento de recomendação com base no item 2.d da Orientação SFC nº 2/2015.	SC/Ituporanga	Contratação de Profissionais do PSF em desacordo com a jurisprudência do Tribunal de Conta da União.
167182	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Recomendamos à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS exigir que os municípios habilitados a receberem o incentivo financeiro do PSF/PACS cumpram o disposto no art. 37, II e IX, da Constituição Federal, e observem o que dispõe o item 9.6.1 do Acórdão TCU nº 1.146/2003 – Plenário, no que concerne à contratação de profissionais para atuarem no Programa.	Cancelada	15/11/2016	16/11/2016	Cancelamento de recomendação com base no item 2.d da Orientação SFC nº 2/2015.	SC/Ituporanga	Contratação dos Agentes Comunitários de Saúde de forma irregular.
167183	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Para o caso de contratação com carga horária inferior a quarenta horas semanais, a SAS deverá exigir do gestor municipal a imediata revisão contratual para ajuste aos normativos vigentes.	Cancelada	15/11/2016	16/11/2016	Cancelamento de recomendação com base no item 2.d da Orientação SFC nº 2/2015.	SC/Ituporanga	Contratação dos Agentes Comunitários de Saúde de forma irregular.
167185	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Recomendamos que a SAS apure os fatos, identifique os responsáveis e quantifique os danos nos casos em houve repasse de recursos com base no cadastramento incorreto de profissionais no SIAB/CNES, ou seja, naquelas situações em que estavam registrados nomes de pessoas referentes a cargos que não estavam efetivamente ocupados.	Cancelada	15/11/2016	16/11/2016	Cancelamento de recomendação com base no item 2.c da Orientação SFC nº 2/2015.	SC/Ituporanga	Divergências entre os nomes dos integrantes das equipes do PSF disponibilizados pela Prefeitura e constantes na base de dados do DATASUS e no SIAB.
167186	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Recomendamos que a SAS apure os fatos, identifique os responsáveis e quantifique os danos nos casos em houve repasse de recursos com base no cadastramento incorreto de profissionais no SIAB/CNES, ou seja, naquelas situações em que estavam registrados nomes de pessoas referentes a cargos que não estavam efetivamente ocupados.	Cancelada	15/11/2016	16/11/2016	Cancelamento de recomendação com base no item 2.c da Orientação SFC nº 2/2015.	SC/Ituporanga	Divergências entre os nomes dos integrantes das equipes do PSF disponibilizados pela Prefeitura e constantes na base de dados do DATASUS e no SIAB.
167187	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Recomendamos que a Secretaria de Atenção à Saúde – SAS mantenha gestões junto às Secretarias de Estado de Saúde e às Secretarias Municipais de Saúde para que cumpram o Capítulo II, item 5, da Portaria nº 648-GM, de 28 de março de 2006, e dessa forma haja a realização de cursos introdutórios e de educação continuada aos profissionais integrantes das equipes do PSF/PAC.	Cancelada	15/11/2016	16/11/2016	Cancelamento de recomendação com base no item 2.d da Orientação SFC nº 2/2015.	SC/Ituporanga	Ausência de realização de curso introdutório e que fosse realizado em até 3 meses a partir da contratação.

167220	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Recomendamos à Secretaria de Atenção à Saúde À SAS apurar os fatos apontados a fim de verificar a existência de prejuízos e adotar demais providências voltadas ao ressarcimento ao erário, quando for o caso.	Cancelada	31/12/2016	16/11/2016	Recomendação cancelada em virtude da baixa materialidade do valor envolvido (R\$148,42).	SC/Ituporanga	Pagamento de taxas bancárias com recursos do Programa Saúde da Família.
167221	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Recomendamos à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS apurar os fatos apontados a fim de verificar a existência de prejuízos e adotar demais providências voltadas ao ressarcimento ao erário, quando for o caso.	Cancelada	31/12/2016	16/11/2016	A CGU-Regional/SC constatou apenas a inexistência de recibos assinados pelos profissionais que, potencialmente, prestaram serviços ao Município de Ituporanga/SC, tendo em vista que a Prefeitura apresentou tão somente a relação dos profissionais pagos. Verifica-se, pois, que não foi constatado, efetivamente, ter havido desvio de recursos, mas apenas uma falha formal, que, isoladamente, não comprova a existência de algum desvio, embora pudesse ter sido considerado um indício ou mesmo evidência caso a CGU-R/SC houvesse aprofundado suas análises e apurado a existência de prejuízos efetivos. Pela razão exposta, considera-se adequado o cancelamento da recomendação, inclusive pelo fato de não estarmos mais recomendando ao gestor federal realizar apurações adicionais ("aprofundamentos"), as quais deveriam ter sido esgotadas pela própria CGU-R/SC.	SC/Ituporanga	Ausência de recibo dos pagamentos efetuados aos profissionais do Programa Saúde da Família.
167222	Departamento de Atenção Básica	16/11/2016	Adotar medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais despendidos cuja documentação comprobatória não foi disponibilizada, instaurando Tomada de Contas Especial quando esgotadas as medidas administrativas internas sem obtenção do ressarcimento pretendido, conforme preceitua o art. 4º da Instrução Normativa TCU nº 71/2012.	Monitorando	14/02/2017			SC/Ituporanga	Ausência de comprovação de pagamento do total da folha de pagamento apresentada pela Associação das Irmãs Franciscanas de São José.
161900	Departamento de Atenção Básica	17/06/2016	Adotar medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais utilizados no pagamento em duplicidade, no valor de R\$ 14.550,00, instaurando Tomada de Contas Especial quando esgotadas as medidas administrativas internas sem obtenção do ressarcimento pretendido, conforme preceitua o art. 4º da Instrução Normativa TCU nº 71/2012.	Monitorando	21/02/2017	23/11/2016	Reitera-se o atendimento às recomendações expedidas, em virtude do não envio de respostas/justificativas pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) dentro do prazo estipulado.	PI/Alto Longá	Duplicidade no pagamento da remuneração de profissionais do Programa Saúde Bucal, no valor de R\$ 14.550,00, referentes à competência abril de 2014.
161901	Departamento de Atenção Básica	17/06/2016	O gestor federal deve notificar o Gestor Municipal de Alto Longá-PI, sobre a necessidade de adotar as medidas administrativas necessárias ao ressarcimento dos recursos gastos indevidamente à Conta Corrente do Fundo Municipal de Saúde/Bloco de Atenção Básica, relativos às despesas realizadas por serviços de roço e limpeza não executados no Posto de Saúde Buritizal, bem como instaurar Tomada de Contas Especial quando esgotadas as medidas administrativas	Monitorando	21/02/2017	23/11/2016	Reitera-se o atendimento às recomendações expedidas, em virtude do não envio de respostas/justificativas pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) dentro do prazo estipulado.	PI/Alto Longá	Pagamento, com recursos federais, por serviços não prestados ao município, no montante de R\$ 5.200,19.

internas sem obtenção do ressarcimento pretendido, conforme preceitua o art. 4º da Instrução Normativa TCU nº 71/2012.

161902	Departamento de Atenção Básica	17/06/2016	O gestor federal deve notificar o Gestor Municipal de Alto Longá-PI, sobre a necessidade de adotar as medidas administrativas necessárias ao ressarcimento dos recursos gastos indevidamente à Conta Corrente do Fundo Municipal de Saúde/Bloco de Atenção Básica, relativos às despesas realizadas na aquisição de material odontológico e material hospitalar, cujos preços foram praticados em valores acima dos preços contratados, bem como instaurar Tomada de Contas Especial quando esgotadas as medidas administrativas internas sem obtenção do ressarcimento pretendido, conforme preceitua o art. 4º da Instrução Normativa TCU nº 71/2012.	Monitorando	21/02/2017	23/11/2016	Reitera-se o atendimento às recomendações expedidas, em virtude do não envio de respostas/justificativas pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) dentro do prazo estipulado.	PI/Alto Longá	Aquisição de bens utilizando recursos da Atenção Básica, no valor de R\$ 10.515,98, por preços acima daqueles praticados no mercado local.
167241	Departamento de Atenção Básica	17/11/2016	Notificar o município no sentido de verificar os motivos que ensejaram a paralisação da obra. Proceder à suspensão da transferência de recursos quando o gestor municipal der causa à paralisação sem motivação justificável, bem como ressarcimento dos valores gastos quando a paralisação resultar em prejuízos ao Erário.	Monitorando	15/02/2017			PA/Pacajá	Existência de três Postos de Saúde no Município de Pacajá/PA não concluídos.
167242	Departamento de Atenção Básica	17/11/2016	Notificar o município no sentido de verificar os motivos que ensejaram a paralisação da obra. Proceder à suspensão da transferência de recursos quando o gestor municipal der causa à paralisação sem motivação justificável, bem como ressarcimento dos valores gastos quando a paralisação resultar em prejuízos ao Erário.	Monitorando	15/02/2017			MG/Passos	Execução parcial das obras da UBS Jardim Planalto no âmbito do Contrato nº 069/2014.
167243	Departamento de Atenção Básica	17/11/2016	Encaminhar o fato ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) para realização de auditoria específica no sentido de verificar se ainda persistem as impropriedades/irregularidades.	Monitorando	15/02/2017			PA/Pacajá	Restrição aos trabalhos devido a não disponibilização da documentação referente à licitação, execução das obras e prestação de contas da UBS da Vila Arataú.

167245	Departamento de Atenção Básica	17/11/2016	a) Fomentar, caso o município não tenha aderido, à adesão do município ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS); b) Apresentar documentação comprobatória de que foi inserida pelo município no referido sistema de cadastro a identificação do responsável pela obra; c) Acionar a Secretaria Estadual de Saúde no sentido de verificar se a situação detectada ainda persiste ou se já foi regularizada nos termos do disposto na Portaria nº 2.488/2011 (Anexo I, Da infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica, itens I e II), na Portaria nº 2.226/2009 (Anexo) e na RDC nº 50/2002 - ANVISA. Caso persista a situação, adote providências junto ao município para que haja adequação à legislação.	Monitorando	15/02/2017	PA/Pacajá	Os ambientes necessários e a identidade visual da Unidade Básica de Saúde da Vila Aratá não estão de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde n.º 2.226/2009.
167246	Departamento de Atenção Básica	17/11/2016	Encaminhar expediente ao gestor municipal de forma a cientificar-lhe que no Relatório de Fiscalização elaborado pela CGU estão registradas constatações de impropriedades que poderão ser sanadas mediante a celebração de Termo de Ajuste Sanitário (TAS) junto ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). Encaminhar paralelamente os pressupostos ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) no intuito de que o mesmo celebre o TAS com o município. Caso o gestor municipal não se pronuncie ou se manifeste desfavorável à celebração do TAS no prazo de 60 dias, O DENASUS deve encaminhar os fatos a SAS para comunicação ao Tribunal de Contas a que o ente federado é jurisdicionado.	Monitorando	15/02/2017	PE/Itaquitinga	Desvio de finalidade na aplicação de recursos destinados à atenção básica no montante de R\$ 19.250,00.
167247	Departamento de Atenção Básica	17/11/2016	Encaminhar expediente ao gestor municipal de forma a cientificar-lhe que no Relatório de Fiscalização elaborado pela CGU estão registradas constatações de impropriedades que poderão ser sanadas mediante a celebração de Termo de Ajuste Sanitário (TAS) junto ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). Encaminhar paralelamente os pressupostos ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) no intuito de que o mesmo celebre o TAS com o município. Caso o gestor municipal não se pronuncie ou se manifeste desfavorável à celebração do TAS no prazo de 60 dias, O	Monitorando	15/02/2017	MG/Passos	Atraso injustificado no início das obras, ritmo lento de construção e execução parcial das obras da Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Planalto no âmbito do Contrato nº 130/2010.

DENASUS deve encaminhar os fatos a SAS para comunicação ao Tribunal de Contas a que o ente federado é jurisdicionado.

167248	Departamento de Atenção Básica	17/11/2016	Adotar medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados, suspendendo a transferência de recursos financeiros, se for o caso, e instaurando TCE quando esgotadas as medidas administrativas internas sem obtenção do ressarcimento pretendido, conforme preceitua o art. 4º da Instrução Normativa TCU nº 71/2012, e inscrevendo o gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002.	Monitorando	15/02/2017	MG/Passos	Inadequações do projeto de construção da UBS Jardim Planalto em relação aos critérios definidos pelo Ministério da Saúde.
167249	Departamento de Atenção Básica	17/11/2016	Adotar medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados, suspendendo a transferência de recursos financeiros, se for o caso, e instaurando TCE quando esgotadas as medidas administrativas internas sem obtenção do ressarcimento pretendido, conforme preceitua o art. 4º da Instrução Normativa TCU nº 71/2012, e inscrevendo o gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002.	Monitorando	15/02/2017	MG/Passos	Acréscimo injustificado dos custos praticados na contratação efetivada para conclusão das obras da UBS Jardim Planalto
167250	Departamento de Atenção Básica	17/11/2016	Adotar medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados, suspendendo a transferência de recursos financeiros, se for o caso, e instaurando TCE quando esgotadas as medidas administrativas internas sem obtenção do ressarcimento pretendido, conforme preceitua o art. 4º da Instrução Normativa TCU nº 71/2012, e inscrevendo o gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002.	Monitorando	15/02/2017	PA/Pacajá	Transferências de recursos da conta específica do Bloco de Atenção Básica para outras contas, sem comprovação de despesas, no montante de R\$ 485.393,67.

167250	Departamento de Atenção Básica	17/11/2016	Adotar medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados, suspendendo a transferência de recursos financeiros, se for o caso, e instaurando TCE quando esgotadas as medidas administrativas internas sem obtenção do ressarcimento pretendido, conforme preceitua o art. 4º da Instrução Normativa TCU nº 71/2012, e inscrevendo o gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002.	Monitorando	15/02/2017		PA/Pacajá	Ausência de comprovação da regularidade de despesa com aquisição de combustíveis no montante de R\$ 100.336,66 com recursos do Bloco da Atenção Básica.		
167251	Departamento de Atenção Básica	17/11/2016	Adotar medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados, suspendendo a transferência de recursos financeiros, se for o caso, e instaurando TCE quando esgotadas as medidas administrativas internas sem obtenção do ressarcimento pretendido, conforme preceitua o art. 4º da Instrução Normativa TCU nº 71/2012, e inscrevendo o gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002.	Monitorando	15/02/2017		SE/Aquidabã	Aquisição de medicamentos através da Dispensa de Licitação nº 05/2013 por preço superior ao preço contratado por pregões eletrônicos.		
160271	Secretaria de Atenção a Saúde	18/04/2016	Notificar o gestor local para que providencie a adequação dos veículos irregulares, sob pena de suspensão dos repasses do incentivo de custeio das unidades móveis irregulares.	Monitorando	17/07/2016		SE/Aracaju	Ausência de equipamentos necessários ao adequado funcionamento o das unidades móveis do SAMU 192 Sergipe.		
140830	Secretaria de Atenção a Saúde	19/01/2016	Orientar os gestores locais a estabelecer rotinas de validação da produção informada pelos prestadores, por meio da verificação sistemática de documentos, tais como: - Fichas de frequência dos pacientes às sessões de radioterapia; - Laudos médicos de solicitação do procedimento devidamente preenchidos; - Anotações dos técnicos de radioterapia e fichas de evolução clínica dos pacientes; Registros da utilização de materiais como: máscaras, imobilizadores e blocos de colimação personalizados, entre outros.	Atendida	19/03/2016	Por meio do Ofício GS-GP nº 1570, de 10/12/2015, a SAS informou que encaminhou o Ofício nº 282/2015/DRAC/SAS/MS, de 06/10/2015, orientando o gestor da Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas quanto à correta apresentação das APAC de oncologia, conforme disposto no manual técnico operacional do SIA/SUS, no manual de bases técnicas de oncologia-21ª edição, e na Portaria SAS/MS nº 1011/2014.	19/01/2016	Por meio do Ofício GS-GP nº 1570, de 10/12/2015, a SAS informou que encaminhou o Ofício nº 282/2015/DRAC/SAS/MS, de 06/10/2015, orientando o gestor da Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas quanto à correta apresentação das APAC de oncologia, conforme disposto no manual técnico operacional do SIA/SUS, no manual de bases técnicas de oncologia-21ª edição, e na Portaria SAS/MS nº 1011/2014.	-	Solicita informações sobre providências adotadas acerca das irregularidades s constantes do RDE 00203.000040/2009-11, relacionado à FCECON, no município de Manaus/AM

158070	Secretaria de Atenção a Saúde	19/01/2016	Notificar o município para que seja negociada a edição de um Termo de Ajuste Sanitário-TAS, no prazo máximo de 60 dias a contar do recebimento da notificação, com a finalidade de se promover a devolução dos recursos gastos indevidamente à conta corrente do Fundo Municipal de Saúde.	Monitorando	18/04/2016	-	Solicita informações sobre providências adotadas acerca das impropriedades constantes do RDE nº 00203.000040/2009-11, relacionado à FCECON, no município de Manaus/AM.
161965	Hospital Federal de Bonsucesso	21/06/2016	Estabelecer mecanismos de monitoramento do consumo dos cateteres de marcapassos provisórios no HFB, de forma a realizar as futuras aquisições de maneira planejada e subsidiada pelos dados de consumo.	Monitorando	19/09/2016	Encaminhamos documento elaborado pelo Responsável Técnico do Serviço de Cardiologia.	RJ/Rio Janeiro de Ausência de um planejamento adequado com vistas à aquisição de cateteres de marcapassos provisórios, lapso exagerado para realização de contratação necessária e não aplicação de penalidades à licitante que ofertou melhor lance e não entregou documentação prevista.
161966	Hospital Federal de Bonsucesso	21/06/2016	Realizar levantamento das aquisições e respectiva utilização de cateteres de marcapassos temporários no período de 2010 a 2014, discriminando o usuário final, com vistas a comprovar a devida utilização do insumo.	Monitorando	19/09/2016	Encaminhamos documento elaborado pelo Responsável Técnico do Serviço de Cardiologia	RJ/Rio Janeiro de Ausência de um planejamento adequado com vistas à aquisição de cateteres de marcapassos provisórios, lapso exagerado para realização de contratação necessária e não aplicação de penalidades à licitante que ofertou melhor lance e não entregou documentação prevista.
161967	Hospital Federal de Bonsucesso	21/06/2016	Aplicar as sanções previstas no art. 7º da Lei n.º 10.520/2002 à empresa Biomedical Produtos Científicos e Hospitalares Ltda, referente à ocorrência do Pregão Eletrônico n.º 27/2015.	Monitorando	19/09/2016		RJ/Rio Janeiro de Ausência de um planejamento adequado com vistas à aquisição de cateteres de marcapassos provisórios, lapso exagerado para realização de contratação necessária e não aplicação de penalidades à licitante que ofertou melhor lance e não entregou documentação prevista.
161968	Hospital Federal de Bonsucesso	21/06/2016	Estabelecer rotina formal que propicie a aplicação das sanções previstas no art. 7º da Lei 10.520/2002 às empresas que, embora classificadas em primeiro lugar na fase de lances, deixarem de entregar a documentação exigida para o certame ou que não mantiveram sua proposta.	Monitorando	19/09/2016		RJ/Rio Janeiro de Ausência de um planejamento adequado com vistas à aquisição de cateteres de marcapassos provisórios, lapso exagerado para realização de contratação necessária e

								não aplicação de penalidades à licitante que ofertou melhor lance e não entregou documentação prevista.
161969	Hospital Federal de Bonsucesso	21/06/2016	Apurar responsabilidades pela ausência de providências implementadas pela Administração, com vistas à contratação da licitante vencedora do item 02 do Pregão n.º 25/2012.	Monitorando	19/09/2016		RJ/Rio Janeiro	de Permanência de contratação antieconômica de serviços de lavanderia técnica hospitalar.
161970	Hospital Federal de Bonsucesso	21/06/2016	Apurar, mediante procedimento administrativo formal, as responsabilidades funcionais pela manutenção dos ex-servidores de matrículas 3510869, 1535562, 648575 e 633495 na folha de pagamentos do HFB após a publicação das respectivas portarias de demissão, pela emissão de folhas de frequência aos ex-servidores, pela permissão para que os ex-servidores laborassem no período que excedeu à data da publicação das portarias de demissão e, por fim, pela realização dos gastos irregulares para promover o pagamento dos respectivos vencimentos.	Monitorando	18/12/2016		RJ/Rio Janeiro	de Injustificada manutenção de quatro servidores demitidos na folha de pagamentos do HFB, após a publicação das portarias de demissão permitindo que os ex-servidores laborassem e assinassem folhas de frequência, ocasionando gastos irregulares de R\$136.590,50
161971	Hospital Federal de Bonsucesso	21/06/2016	Adotar providências para obter o ressarcimento das importâncias pagas para períodos não cobertos por folhas de frequência dos ex-servidores de matrículas 3510869 e 1535562.	Monitorando	18/12/2016		RJ/Rio Janeiro	de Injustificada manutenção de quatro servidores demitidos na folha de pagamentos do HFB, após a publicação das portarias de demissão permitindo que os ex-servidores laborassem e assinassem folhas de frequência, ocasionando gastos irregulares de R\$136.590,50
161972	Hospital Federal de Bonsucesso	21/06/2016	Estabelecer procedimento de verificação diária do Diário Oficial da União e do Boletim de Serviço do Ministério da Saúde, visando à identificação dos atos relevantes para o HFB, que deverão ser notificados formalmente à direção da Unidade com a mesma periodicidade.	Monitorando	21/07/2016	Em atenção ao item 2.1.2.7, do Relatório nº 201600608 da CGU, seguem anexas as informações prestadas pela Coordenação de Gestão de Pessoas.	RJ/Rio Janeiro	de Injustificada manutenção de quatro servidores demitidos na folha de pagamentos do HFB, após a publicação das portarias de demissão permitindo que os ex-servidores laborassem e assinassem folhas de frequência, ocasionando gastos irregulares de R\$136.590,50

159683	Departamento de Atenção Básica	22/03/2016	Adotar medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados, suspendendo a transferência de recursos financeiros, se for o caso, e instaurando TCE quando esgotadas as medidas administrativas internas sem obtenção do ressarcimento pretendido, conforme preceitua o art. 4º da Instrução Normativa TCU nº 71/2012, e inscrevendo o gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002.	Monitorando	21/02/2017	Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 284, de 17/03/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou informações sobre os encaminhamentos e as providências adotadas pelas áreas responsáveis.	23/11/2016	Reitera-se o atendimento às recomendações expedidas, em virtude do não envio de respostas/justificativas pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) dentro do prazo estipulado.	PA/Vitória Xingu	do	Irregularidade s na execução de obras na reforma do Centro de Saúde (Hospital), localizado na zona urbana do município de Vitória do Xingu/PA, executada pela empresa vencedora do Convite nº 007/2009 – realizado em 01/06/2009.
159683	Departamento de Atenção Básica	22/03/2016	Adotar medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados, suspendendo a transferência de recursos financeiros, se for o caso, e instaurando TCE quando esgotadas as medidas administrativas internas sem obtenção do ressarcimento pretendido, conforme preceitua o art. 4º da Instrução Normativa TCU nº 71/2012, e inscrevendo o gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002.	Monitorando	21/02/2017	Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 284, de 17/03/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou informações sobre os encaminhamentos e as providências adotadas pelas áreas responsáveis.	23/11/2016	Reitera-se o atendimento às recomendações expedidas, em virtude do não envio de respostas/justificativas pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) dentro do prazo estipulado.	PA/Vitória Xingu	do	Irregularidade s na execução das obras de ampliação e reforma do Centro de Saúde Leonardo da Vinci, executada pela empresa vencedora do Convite nº 009/2009 – realizado em 08/06/2009.
159683	Departamento de Atenção Básica	22/03/2016	Adotar medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados, suspendendo a transferência de recursos financeiros, se for o caso, e instaurando TCE quando esgotadas as medidas administrativas internas sem obtenção do ressarcimento pretendido, conforme preceitua o art. 4º da Instrução Normativa TCU nº 71/2012, e inscrevendo o gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002.	Monitorando	21/02/2017	Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 284, de 17/03/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou informações sobre os encaminhamentos e as providências adotadas pelas áreas responsáveis.	23/11/2016	Reitera-se o atendimento às recomendações expedidas, em virtude do não envio de respostas/justificativas pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) dentro do prazo estipulado.	PA/Vitória Xingu	do	Pagamentos a fornecedores realizados em tesouraria em espécie, no valor total de R\$ 127.854,51.
156033	Secretaria de Atenção a Saúde	25/01/2016	Adotar medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados, instaurando TCE quando esgotadas as medidas administrativas internas sem obtenção do ressarcimento pretendido, conforme preceitua o art. 4º da Instrução Normativa TCU nº 71/2012, e inscrevendo o gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002.	Monitorando	18/07/2016	Por intermédio do Ofício nº GC-SP/nº 696, de 08.06.2016, em complementação à resposta ao Ofício nº 26623/2015, a SAS encaminhou o Despacho s/nº DRAC, o qual informou que aquele departamento estava aguardando a manifestação do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência-DAHU, para fins de atendimento da demanda.		Recomendação não atendida, tendo em vista que o gestor não apresentou informações capazes de sanar a situação apontada, registrando apenas que está aguardando a manifestação do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência-DAHU.	MA/São Luís		Não comprovação, pelas organizações ICN e BEM VIVER, da aplicação dos recursos provenientes da cobrança da taxa de administração , no montante de R\$ 73.828.131,37 , e fraude contábil praticada pela BEM VIVER.

156481	Secretaria de Atenção a Saúde	25/01/2016	Adotar medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados, instaurando TCE quando esgotadas as medidas administrativas internas sem obtenção do ressarcimento pretendido, conforme preceitua o art. 4º da Instrução Normativa TCU nº 71/2012, e inscrevendo o gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002.	Monitorando	18/07/2016	Por intermédio do Ofício nº GC-SP/nº 696, de 08.06.2016, em complementação à resposta ao Ofício nº 26623/2015, a SAS encaminhou o Despacho s/nºDRAC, o qual informou que aquele departamento estava aguardando a manifestação do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência-DAHU, para fins de atendimento da demanda.	Recomendação não atendida, tendo em vista que o gestor não apresentou informações capazes de sanar a situação apontada, registrando apenas que está aguardando a manifestação do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência-DAHU.	MA/São Luís	Desvio, para dirigentes e familiares de dirigentes do ICN, de recursos oriundos da cobrança da taxa de administração, no montante de R\$ 1.855.838,87.
156497	Secretaria de Atenção a Saúde	25/01/2016	Notificar o Município visando a adoção de medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados ou com emprego não comprovado. Caso não haja comprovação do ressarcimento depois de 60 dias da notificação, encaminhar o caso, contendo os pressupostos mínimos previstos na Instrução Normativa TCU nº 71/2012, para o Fundo Nacional de Saúde (FNS), com vistas à instauração de Tomada de Contas Especial (TCE) e inscrição do gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002.	Monitorando	18/07/2016	Por intermédio do Ofício nº GC-SP/nº 696, de 08.06.2016, em complementação à resposta ao Ofício nº 26623/2015, a SAS encaminhou o Despacho s/nºDRAC, o qual informou que aquele departamento estava aguardando a manifestação do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência-DAHU, para fins de atendimento da demanda.	Recomendação não atendida, tendo em vista que o gestor não apresentou informações capazes de sanar a situação apontada, registrando apenas que está aguardando a manifestação do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência-DAHU.	MA/São Luís	Superfaturamento decorrente de sobrepreço na prestação de serviços de limpeza hospitalar, com potencial prejuízo de R\$ 3.833.652,18.
156498	Secretaria de Atenção a Saúde	25/01/2016	Notificar o Município visando a adoção de medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados ou com emprego não comprovado. Caso não haja comprovação do ressarcimento depois de 60 dias da notificação, encaminhar o caso, contendo os pressupostos mínimos previstos na Instrução Normativa TCU nº 71/2012, para o Fundo Nacional de Saúde (FNS), com vistas à instauração de Tomada de Contas Especial (TCE) e inscrição do gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002.	Monitorando	18/07/2016	Através do Ofício GS-GP/nº 105, de 12/02/2016, a SAS encaminhou o Despacho nº 54/2016 DAET, de 26/01/2016, o Despacho nº 735/2015 DAHU/CGUE, de 28/12/2015 e o Parecer Técnico nº 979/2015 DAHU/CGHOSP, de 30/12/2015, aos quais o Gestor Federal considerou que atendem parcialmente a matéria em tela. O Departamento de Atenção Especializada e Temática enviou o Despacho nº 54/2016 DAET, de 26/01/2016 esclarece que, apesar da menção do que envolve a Assistência Especializada (média e alta complexidade), o relatório não abordou assuntos para os quais se aplique manifestação do Departamento. O Despacho também sugere o encaminhamento ao DENASUS para atendimento da demanda. O Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência encaminhou o Despacho nº 735/2015DAHU/CGUE, de 28/12/2015 e o Parecer Técnico nº 979/2015 DAHU/CGHOSP, de 30/12/2015. No Despacho nº 735/2015 a Coordenação Geral de Urgência e Emergência informa que encaminhou o Ofício nº 1521/2015-CGUE/DAHU/SAS/MS solicitando o pronunciamento da Secretaria Estadual de Saúde -MA sobre as não conformidades que foram apresentadas no relatório de Fiscalização supracitado. O Parecer Técnico nº 979/2015 apresenta os valores repassados a título de teto financeiro de média e alta complexidade ao Estado nas competências de 2010 a 2013, bem como os valores referentes a título de IAC - Incentivo de	Recomendação não atendida, tendo em vista que o gestor não apresentou informações capazes de sanar a situação apontada, registrando apenas que está aguardando a manifestação do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência-DAHU.	MA/São Luís	Indícios de superfaturamento no fornecimento de refeições para o Hospital Tarquínio Lopes Filho, com potencial prejuízo de cerca de R\$ 783.774,38.

156499	Secretaria de Atenção a Saúde	25/01/2016	Notificar o Município visando a adoção de medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados ou com emprego não comprovado. Caso não haja comprovação do ressarcimento depois de 60 dias da notificação, encaminhar o caso, contendo os pressupostos mínimos previstos na Instrução Normativa TCU nº 71/2012, para o Fundo Nacional de Saúde (FNS), com vistas à instauração de Tomada de Contas Especial (TCE) e inscrição do gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002.	Monitorando	18/07/2016	Por intermédio do Ofício nº GC-SP/nº 696, de 08.06.2016, em complementação à resposta ao Ofício nº 26623/2015, a SAS encaminhou o Despacho s/nºDRAC, o qual informou que aquele departamento estava aguardando a manifestação do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência-DAHU, para fins de atendimento da demanda.	Recomendação não atendida, tendo em vista que o gestor não apresentou informações capazes de sanar a situação apontada, registrando apenas que está aguardando a manifestação do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência-DAHU.	MA/São Luís	Ausência de Comissão de Fiscalização e Controle no Hospital Tarquínio Lopes Filho
156500	Secretaria de Atenção a Saúde	25/01/2016	Notificar o Município visando a adoção de medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados ou com emprego não comprovado. Caso não haja comprovação do ressarcimento depois de 60 dias da notificação, encaminhar o caso, contendo os pressupostos mínimos previstos na Instrução Normativa TCU nº 71/2012, para o Fundo Nacional de Saúde (FNS), com vistas à instauração de Tomada de Contas Especial (TCE) e inscrição do gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002.	Monitorando	18/07/2016	Por intermédio do Ofício nº GC-SP/nº 696, de 08.06.2016, em complementação à resposta ao Ofício nº 26623/2015, a SAS encaminhou o Despacho s/nºDRAC, o qual informou que aquele departamento estava aguardando a manifestação do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência-DAHU, para fins de atendimento da demanda.	Recomendação não atendida, tendo em vista que o gestor não apresentou informações capazes de sanar a situação apontada, registrando apenas que está aguardando a manifestação do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência-DAHU.	MA/São Luís	Ausência de comprovantes de despesa para os pagamentos da BEM VIVER para a Life Med Distribuidora de Medicamentos Ltda - ME, no montante de R\$ 9.771.364,41.
156501	Secretaria de Atenção a Saúde	25/01/2016	Notificar o Município visando a adoção de medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados ou com emprego não comprovado. Caso não haja comprovação do ressarcimento depois de 60 dias da notificação, encaminhar o caso, contendo os pressupostos mínimos previstos na Instrução Normativa TCU nº 71/2012, para o Fundo Nacional de Saúde (FNS), com vistas à instauração de Tomada de Contas Especial (TCE) e inscrição do gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002.	Monitorando	18/07/2016	Por intermédio do Ofício nº GC-SP/nº 696, de 08.06.2016, em complementação à resposta ao Ofício nº 26623/2015, a SAS encaminhou o Despacho s/nºDRAC, o qual informou que aquele departamento estava aguardando a manifestação do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência-DAHU, para fins de atendimento da demanda.	Recomendação não atendida, tendo em vista que o gestor não apresentou informações capazes de sanar a situação apontada, registrando apenas que está aguardando a manifestação do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência-DAHU.	MA/São Luís	Pagamento sem cobertura contratual, prática de superfaturamento, pagamentos por serviços não executados e desvio de recursos públicos que podem alcançar o montante de R\$ 4.478.400,00.

156502	Secretaria de Atenção a Saúde	25/01/2016	Notificar o Município visando a adoção de medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados ou com emprego não comprovado. Caso não haja comprovação do ressarcimento depois de 60 dias da notificação, encaminhar o caso, contendo os pressupostos mínimos previstos na Instrução Normativa TCU nº 71/2012, para o Fundo Nacional de Saúde (FNS), com vistas à instauração de Tomada de Contas Especial (TCE) e inscrição do gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002.	Monitorando	18/07/2016	Por intermédio do Ofício nº GC-SP/nº 696, de 08.06.2016, em complementação à resposta ao Ofício nº 26623/2015, a SAS encaminhou o Despacho s/nºDRAC, o qual informou que aquele departamento estava aguardando a manifestação do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência-DAHU, para fins de atendimento da demanda.	Recomendação não atendida, tendo em vista que o gestor não apresentou informações capazes de sanar a situação apontada, registrando apenas que está aguardando a manifestação do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência-DAHU.	MA/São Luís	Indícios de superfaturamento com pagamentos por serviços não prestados, e acompanhamento diferenciado dos serviços realizados pela TEMPO ENGENHARIA E ARQUITETURA LTDA.
156503	Secretaria de Atenção a Saúde	25/01/2016	Notificar o Município visando a adoção de medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados ou com emprego não comprovado. Caso não haja comprovação do ressarcimento depois de 60 dias da notificação, encaminhar o caso, contendo os pressupostos mínimos previstos na Instrução Normativa TCU nº 71/2012, para o Fundo Nacional de Saúde (FNS), com vistas à instauração de Tomada de Contas Especial (TCE) e inscrição do gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002.	Monitorando	18/07/2016	Por intermédio do Ofício nº GC-SP/nº 696, de 08.06.2016, em complementação à resposta ao Ofício nº 26623/2015, a SAS encaminhou o Despacho s/nºDRAC, o qual informou que aquele departamento estava aguardando a manifestação do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência-DAHU, para fins de atendimento da demanda.	Recomendação não atendida, tendo em vista que o gestor não apresentou informações capazes de sanar a situação apontada, registrando apenas que está aguardando a manifestação do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência-DAHU.	MA/São Luís	Superfaturamento em razão do pagamento de notas fiscais em valor superior aos demonstrativos de serviços realizados.
156504	Secretaria de Atenção a Saúde	25/01/2016	Notificar o Município visando a adoção de medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados ou com emprego não comprovado. Caso não haja comprovação do ressarcimento depois de 60 dias da notificação, encaminhar o caso, contendo os pressupostos mínimos previstos na Instrução Normativa TCU nº 71/2012, para o Fundo Nacional de Saúde (FNS), com vistas à instauração de Tomada de Contas Especial (TCE) e inscrição do gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002.	Monitorando	18/07/2016	Por intermédio do Ofício nº GC-SP/nº 696, de 08.06.2016, em complementação à resposta ao Ofício nº 26623/2015, a SAS encaminhou o Despacho s/nºDRAC, o qual informou que aquele departamento estava aguardando a manifestação do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência-DAHU, para fins de atendimento da demanda.	Recomendação não atendida, tendo em vista que o gestor não apresentou informações capazes de sanar a situação apontada, registrando apenas que está aguardando a manifestação do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência-DAHU.	MA/São Luís	Ausência de comprovantes de despesa referentes a pagamentos pela compra de medicamentos e material hospitalar
156505	Secretaria de Atenção a Saúde	25/01/2016	Notificar o Município visando a adoção de medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados ou com emprego não comprovado. Caso não haja comprovação do ressarcimento depois de 60 dias da notificação, encaminhar o caso, contendo os	Monitorando	18/07/2016	Por intermédio do Ofício nº GC-SP/nº 696, de 08.06.2016, em complementação à resposta ao Ofício nº 26623/2015, a SAS encaminhou o Despacho s/nºDRAC, o qual informou que aquele departamento estava aguardando a manifestação do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência-DAHU, para fins de atendimento da demanda.	Recomendação não atendida, tendo em vista que o gestor não apresentou informações capazes de sanar a situação apontada, registrando apenas que está aguardando a manifestação do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência-DAHU.	MA/São Luís	Desvio de recursos financeiros da Bem Viver de pelo menos R\$ 7.838.086,23, repassados para a Empresa COBRA - CENTRO ONCOLOGICO BRASILEIR

				pressupostos mínimos previstos na Instrução Normativa TCU nº 71/2012, para o Fundo Nacional de Saúde (FNS), com vistas à instauração de Tomada de Contas Especial (TCE) e inscrição do gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002.						O LTDA, sem que houvesse comprovação de despesas.	
162608	Secretaria de Atenção a Saúde	de a	26/01/2016	Adotar medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados, suspendo a transferência de recursos financeiros e/ou instaurando TCE quando esgotadas as medidas administrativas internas sem obtenção do ressarcimento pretendido, conforme preceitua o art. 4º da Instrução Normativa TCU nº 71/2012, e inscrevendo o gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002.	Monitorando	02/11/2016	Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 1018, de 29/07/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia dos expedientes enviados aos gestores municipais para pronunciamento e providências quanto às impropriedades/irregularidades apontadas pela CGU.	04/08/2016	Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 1018, de 29/07/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia dos expedientes enviados aos gestores municipais para pronunciamento e providências quanto às impropriedades/irregularidades apontadas pela CGU.	CE/Maranguape	Prejuízo no valor de R\$ 12.524,05, por serviços executados em desacordo com as especificações pactuadas.
									Nesse sentido, somente após o recebimento e análise das justificativas apresentadas pelos gestores municipais a SAS efetuará o envio das providências conclusivas a esta Controladoria.		
162609	Secretaria de Atenção a Saúde	de a	26/01/2016	Adotar medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados, suspendo a transferência de recursos financeiros e/ou instaurando TCE quando esgotadas as medidas administrativas internas sem obtenção do ressarcimento pretendido, conforme preceitua o art. 4º da Instrução Normativa TCU nº 71/2012, e inscrevendo o gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002.	Monitorando	02/11/2016	Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 1018, de 29/07/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia dos expedientes enviados aos gestores municipais para pronunciamento e providências quanto às impropriedades/irregularidades apontadas pela CGU.	04/08/2016	Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 1018, de 29/07/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia dos expedientes enviados aos gestores municipais para pronunciamento e providências quanto às impropriedades/irregularidades apontadas pela CGU.	CE/Maranguape	Pagamento no valor de R\$ 49.357,44, por serviços não realizados.
									Nesse sentido, somente após o recebimento e análise das justificativas apresentadas pelos gestores municipais a SAS efetuará o envio das providências conclusivas a esta Controladoria.		
162610	Secretaria de Atenção a Saúde	de a	26/01/2016	Solicitar a devolução dos recursos remanescentes ao Fundo Nacional de Saúde-FNS, por meio da Guia de Recolhimento da União - GRU, no valor de R\$ 3.785,29, em cumprimento ao Parágrafo Único do art. 10 da Portaria MS nº 2.226, de 18 de setembro de 2009.	Monitorando	02/11/2016	Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 1018, de 29/07/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia dos expedientes enviados aos gestores municipais para pronunciamento e providências quanto às impropriedades/irregularidades apontadas pela CGU.	04/08/2016	Por intermédio do Ofício GS-GP/nº 1018, de 29/07/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou cópia dos expedientes enviados aos gestores municipais para pronunciamento e providências quanto às impropriedades/irregularidades apontadas pela CGU.	CE/Maranguape	Ausência de comprovação de devolução de recursos no valor de R\$ 3.785,29, em cumprimento ao Parágrafo Único do art. 10 da Portaria nº 2.226, de 18/9/2009.
									Nesse sentido, somente após o recebimento e análise das justificativas apresentadas pelos gestores municipais a SAS efetuará o envio das providências conclusivas a esta Controladoria.		
162611	Secretaria de Atenção a Saúde	de a	26/01/2016	Notificar, por meio de comunicação administrativa, o ente municipal, para que promova o recolhimento e a devolução do montante de R\$ 7.172,76 à conta do Fundo Nacional de Saúde.	Monitorando	25/02/2016				SP/Nova Odessa	Falha na quantificação de itens contratados resultando em valor contratado a maior.

161244	Secretaria de Atenção Saúde	26/04/2016	Adotar medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais relativos a despesas com preços superiores ao contratado, instaurando Tomada de Contas Especial quando esgotadas as medidas administrativas internas sem obtenção do ressarcimento pretendido, conforme preceitua o art. 4º da Instrução Normativa TCU nº 71/2012.	Monitorando	09/11/2016		10/10/2016	Por meio do Ofício GS-GP/nº 1252, de 27/09/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou Nota Técnica nº 483/2016 exarada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) que informa que solicitou à Secretaria Municipal de Saúde de Piritiba/BA, encaminhamento de manifestação formal acerca das medidas adotadas frente aos apontamentos constantes no Relatório da CGU, e solicitou à Secretaria de Saúde do Estado de Bahia, a realização de supervisão técnica junto ao município, concedendo prazo de 20 dias para resposta.	BA/Piritiba	Contratação de Cooperativa, em março de 2013, com valores superiores aos praticados pela Prefeitura de Piritiba/BA, causando um prejuízo, no período de 2013 a 2014, da ordem de R\$318.000,00.
161245	Secretaria de Atenção Saúde	26/04/2016	Promover gestões junto ao município no intuito de aprofundar a análise quanto à aplicação dos recursos e à qualidade dos serviços prestados, relativos ao Programa Saúde da Família, por Cooperativas contratadas pelo ente municipal, adotando as medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais, quando indevidamente empregados.	Monitorando	09/11/2016		10/10/2016	Por meio do Ofício GS-GP/nº 1252, de 27/09/2016, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) encaminhou Nota Técnica nº 483/2016 exarada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) que informa que solicitou à Secretaria Municipal de Saúde de Piritiba/BA, encaminhamento de manifestação formal acerca das medidas adotadas frente aos apontamentos constantes no Relatório da CGU, e solicitou à Secretaria de Saúde do Estado de Bahia, a realização de supervisão técnica junto ao município, concedendo prazo de 20 dias para resposta.	BA/Piritiba	Ausência de comprovação de que os serviços contratados foram prestados. Impossibilidade de confirmação da regularidade dos pagamentos às Cooperativas Cooperlife e Coofsáude.
162820	Secretaria de Atenção Saúde	26/04/2016	Notificar o gestor de saúde, para que apresente justificativa para o não funcionamento da UPA 24h após prazo de 90 dias de conclusão da obra, de acordo com o art. 71 da Portaria 342/2013. Em caso de não aceitação ou de não apresentação da justificativa pelo gestor, adotar medidas voltadas à obtenção do ressarcimento dos recursos federais indevidamente empregados, instaurando TCE quando esgotadas as medidas administrativas internas sem obtenção do ressarcimento pretendido, conforme preceitua o art. 4º da Instrução Normativa TCU nº 71/2012, e inscrevendo o gestor no Cadastro Informativo dos créditos não quitados (CADIN), de acordo com o disposto na Lei nº 10.522, de 19/07/2002.	Monitorando	23/10/2016			Conforme Parecer Técnico 653/2016, de 29/06/2016, a UPA Bela Vista continuava com problemas estruturais que impediam seu funcionamento, e a UPA Pinheira estava com baixa execução das obras. Salienta-se dado o decurso de prazo da obras, da recomendação, e do citado Parecer, o Ministério da Saúde deve implementar a segunda parte da Recomendação que é de providências para ressarcimentos dos recursos federais, caso as UPAS referidas ainda não estejam em funcionamento.	SC/Palhoça	Falta de operação de UPA concluída no município de Palhoça/SC, ocasionando prejuízo à União no montante de R\$ 1.400.000,00
160473	Hospital Federal da Lagoa	28/03/2016	Aprimorar a comunicação visual no Ambulatório, afixando placas orientadoras de sinalização dos setores do Hospital.	Atendida	24/09/2016	A Direção Geral viabilizou novos instrumentos de sinalização aos pacientes de maneira a melhorar a sinalização de todas as instalações do Hospital, inclusive no hall de cada um dos andares, permitindo assim melhor circulação do público interno e externo, como pode ser observado nas fotos anexadas, dando assim cumprimento à recomendação emanada.	12/12/2016	A Diretora do HFL informou, por meio do Ofício n.º 106/2016/CARH/HL/RJ de 23/09/2016, que implementou nova sinalização no Ambulatório. Em inspeção in loco realizada no dia 06/10/2016, foi verificada a nova sinalização implementada no Ambulatório. Ressalta-se que a solução não onerou o orçamento do HFL, sendo constatada a eficácia de sua implementação, uma vez que não houve pessoas vagando em busca de orientação quanto a locais de destino. Adicionalmente, informa-se que houve melhora na ambiência do Ambulatório com a aquisição de novas longarinas e mesas para a recepção.	RJ/Rio Janeiro	de Força de trabalho insuficiente no serviço de recepção e de prestação de informações aos pacientes e comunicação visual inadequada nas dependências do hospital.

160474	Hospital Federal da Lagoa	28/03/2016	Realizar um adequado planejamento para a distribuição do pessoal da recepção de modo a prover o Balcão de Informações com recepcionistas que possam orientar os pacientes do HFL.	Atendida	24/09/2016	Com a contratação de novos funcionários temporários, a Direção Geral viabilizou remanejamento do quadro de funcionários administrativos (efetivos, temporários e terceirizados) em exercício na Instituição, alocando 18 funcionários na atividade de recepcionista, permitindo assim que o Balcão de Informações esteja sempre provido de funcionários suficientes ao adequado atendimento ao público interno e externo, cobrindo os 3 turnos de funcionamento da Unidade Hospitalar. Cabe informar que um técnico ou auxiliar de enfermagem fazem par com os funcionários administrativos na recepção dos pacientes. O quadro de funcionários alocados para a execução das atividades encontra-se detalhados em anexo.	12/12/2016	A Diretora informou, por meio do Ofício 106/2016/CARH/HL de 23/09/2016, que houve a contratação de novos funcionários temporários, viabilizando um remanejamento de pessoal no Ambulatório e permitindo a presença de recepcionistas no Balcão de Informação durante os três turnos para o esclarecimento de dúvidas dos pacientes e seus acompanhantes. Em inspeção in loco realizada no dia 06/10/2016, verificou-se a existência dos recepcionistas no Balcão de Informação e os recepcionistas alocados estão orientando efetivamente o público do Ambulatório. De 07:00h às 08:00h, há um plantonista. De 08:00h às 14:00 h, há um diarista e, finalmente de 14:00h às 19:00h, fica um recepcionista terceirizado. O balcão está munido de computador e impressora, funcionando como nova recepção.	RJ/Rio Janeiro	de	Força de trabalho insuficiente no serviço de recepção e de prestação de informações aos pacientes e comunicação visual inadequada nas dependências do hospital.
160475	Hospital Federal da Lagoa	28/03/2016	Estabelecer um procedimento formalizado indicando a frequência de inspeções físicas e os itens a serem verificados pelo Serviço de Infraestrutura, com vistas à supervisionar adequadamente os serviços de manutenção preventiva e corretiva, de modo a manter o ambiente do ambulatório em boas condições de trabalho.	Atendida	24/09/2016	A Direção Geral viabilizou junto ao Serviço de Infraestrutura a elaboração de check list para verificação constante das condições físicas do Ambulatório, com todos os itens que deverão ser frequentemente verificados, conforme documento anexo, objetivando assim a manutenção das condições ambientais adequadas àquele Setor. A fim de dar cumprimento à recomendação, Serviço de Hotelaria um trabalho em parceria com o Serviço de Infraestrutura, irá incluir nas rondas realizadas nas dependências do Ambulatório, a utilização de check list, de forma a identificar eventuais inadequações e repassar a informação para o Serviço de Infraestrutura, para que esse possa promover rapidamente as soluções para as eventuais inadequações observadas, conservando assim as condições ambientais do Ambulatório. Por outro lado, vale ainda esclarecer que está viabilizando estudo junto ao Serviço de Infraestrutura de maneira a garantir a adequação do acesso ao banheiro do 1º andar aos pacientes portadores de deficiência ou necessidades especiais. Vale ressaltar que essa Direção Geral já providenciou a aquisição de novas longarinas para o Ambulatório, melhorando assim a ambiência do setor para que o paciente possa aguardar o atendimento necessário com melhores condições de conforto, conforme anexo. Por fim, cumpre ainda esclarecer que essa Direção Geral adotou medidas para a disponibilização de novas mesas ambulatoriais, de maneira a melhorar as condições de trabalho dos funcionários que desenvolvem suas atividades no Ambulatório do HFL.	12/12/2016	A Diretora do HFL informou, por meio do Ofício n.º 106/2016/CARH/HL/RJ de 23/09/2016, que elaborou em conjunto com o Serviço de Infraestrutura um checklist contendo os itens a serem periodicamente verificados. Também informou que o Setor de Hotelaria irá atuar na identificação de problemas, repassando-os imediatamente ao Serviço de Infraestrutura para resolvê-los mais rapidamente. Conforme verificou-se na apresentação dos documentos da rotina operacional instituída (anexos do ofício) constam elementos que atendem à recomendação, como frequência quinzenal de checagem das instalações e os itens a serem verificados, os respectivos registros e acompanhamento das pendências, etc. Recomendação atendida.	RJ/Rio Janeiro	de	Deficiências no ambiente do Ambulatório.
160476	Hospital Federal da Lagoa	28/03/2016	Implantar formalmente a recepção ativa aos pacientes do HFL com a missão de abordá-los e orientá-los, promovendo o seu acolhimento de modo adequado.	Monitorando	10/06/2017	A contratação temporária de profissionais da área de Serviço Social permitiu à esta Direção Geral alocar funcionários na realização de atividades de acolhimento aos pacientes em tratamento nesta Unidade Hospitalar através da movimentação nas dependências do ambulatório do HFL promovendo entrevistas na fila com os pacientes, visando o conhecimento acerca da necessidade de cada um, de maneira a conferir orientações que permitirão um melhor atendimento ao mesmo e a classificação de risco.	12/12/2016	A Diretora informou, por meio do Ofício n.º 106/2016/CARH/HL/RJ de 23/09/2016, que houve contratação de novos funcionários temporários, viabilizando remanejamento. Isto possibilitaria a alocação de pessoas na atividade de recepção ativa em conjunto com voluntários do projeto "Lagoa Voluntário" para o acolhimento aos pacientes e o esclarecimento de dúvidas das pessoas no Ambulatório. Não houve a apresentação de normativo ou procedimento, instituindo a tarefa, os responsáveis e suas	RJ/Rio Janeiro	de	Força de trabalho insuficiente no serviço de recepção e de prestação de informações aos pacientes e comunicação visual inadequada nas dependências do hospital.

Para realizar a atividade de acolhimento aos pacientes e tirar dúvidas também está sendo alocado um funcionário do ambulatório, além do apoio do projeto "Lagoa Voluntário", que conta com o serviço voluntário de interessados que possuam condições de promover a atividade de acolhimento aos pacientes do HFL já na porta de entrada da Instituição, auxiliando-os no encaminhamento adequado aos serviços ambulatoriais necessários, de forma a otimizar o atendimento geral da Unidade.

competências.

Em inspeção in loco realizada em 06/10/2016, verificou-se que há servidores fazendo a recepção ativa, porém não houve a implantação do referido projeto que visa apoiar o acolhimento e a orientação ao público no Ambulatório. Desta forma, embora os avanços tenham sido sensíveis, prorroga-se o prazo de atendimento até que se verifique a implementação efetiva da recepção ativa no Ambulatório do HFL.

162067	Hospital Federal de Bonsucesso	28/06/2016	Nota de Auditoria n.º 201600103/01. Não efetuar pagamentos referentes a serviços prestados a partir de dezembro/2015, sem que seja apurado o valor e realizada a glosa nas respectivas faturas devido ao subdimensionamento de colaboradores identificados no Contrato n.º 11/2010.	Monitorando	31/07/2016	-	Recomendação o n.º 001 da Nota de Auditoria n.º 201600103/01.
162068	Hospital Federal de Bonsucesso	28/06/2016	Nota de Auditoria n.º 201600103. Apurar e adotar as providências com vistas a obter o ressarcimento devido ao subdimensionamento de colaboradores identificados na prestação dos serviços de lavanderia durante o exercício de 2015 e janeiro/2016.	Monitorando	31/07/2016	-	Recomendação o n.º 001 da Nota de Auditoria n.º 201600103/01.
162069	Hospital Federal de Bonsucesso	28/06/2016	Nota de Auditoria n.º 201600103. Apurar e adotar as providências com vistas a obter o ressarcimento devido às possíveis irregularidades praticadas pela contratada no que tange ao subdimensionamento de colaboradores, desde a celebração do Contrato n.º 11/2010 até dezembro/2014.	Monitorando	31/07/2016	-	Recomendação o n.º 001 da Nota de Auditoria n.º 201600103/01.
162070	Hospital Federal de Bonsucesso	28/06/2016	Nota de Auditoria n.º 201600103/01. Apurar a responsabilidade do fiscal no período de janeiro/2015 a novembro/2015 por não ter fiscalizado adequadamente o Contrato n.º 11/2010.	Monitorando	31/07/2016	-	Recomendação o n.º 001 da Nota de Auditoria n.º 201600103/01.
162071	Hospital Federal de Bonsucesso	28/06/2016	Nota de Auditoria n.º 201600103/01. Adotar providências com vistas a aplicar sanções previstas no instrumento contratual à empresa Prolav pelas irregularidades praticadas a partir de janeiro/2015, no âmbito do Contrato n.º 11/2010.	Monitorando	31/07/2016	-	Recomendação o n.º 001 da Nota de Auditoria n.º 201600103/01.
163447	Secretaria de Atenção à Saúde	30/08/2016	Recomenda-se ao gestor federal apurar as razões da morosidade na habilitação pleiteada e providenciar a finalização do processo.	Monitorando	29/09/2016	RR/Uiramutã	Processo de habilitação da base descentralizada em análise pelo Ministério da Saúde há mais de 6 meses sem conclusão.

159843	Departamento de Atenção Básica	31/03/2016	Realizar a suspensão da transferência dos recursos financeiros relativamente às equipes que estejam incompletas por mais de 60 dias consecutivos.	Atendida	29/07/2016	A Secretaria de Atenção à Saúde - SAS encaminhou, por meio do Ofício GS-GP/nº 340, de 28/03/2016, a Nota Técnica nº 67/16, de 01/03/2016, exarada pelo Departamento de Atenção Básica - DAB, contendo informações sobre as providências adotadas frente às impropriedades detectadas em ação de controle realizada no município de Guarulhos/SP, no âmbito do Relatório de Fiscalização nº 207322. O DAB informou que oficiou o gestor estadual, com vistas a obter informações atuais acerca do saneamento das irregularidades apontadas pela Controladoria-Geral da União. Após o recebimento das devolutivas contendo as manifestações do ente federado, toda documentação apresentada restou analisada pelo DAB, o qual apresentou, em anexo, manifestação conclusiva sobre o assunto.	31/03/2016	Tendo em vista a manifestação da Unidade, contida na Nota Técnica nº 67/16, de 1/3/2016, entendemos que o gestor federal tomou as providências cabíveis dentro de sua alçada. Considera-se, portanto, a recomendação ATENDIDA no âmbito federal.	SP/Guarulhos	Falhas na composição das equipes PSF.



MINISTÉRIO DA SAÚDE

PARECER TÉCNICO Nº 01/2017

DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO DA REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO

Este Parecer tem como objetivo dispor sobre o Contrato de Gestão assinado entre a União por intermédio do Ministério da Saúde e a Associação das Pioneiras Sociais com interveniência do Ministério da Fazenda e Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

Cabe informar que no dia 27/04/2017, às 14h30min, no edifício Premium – SAF Sul – Quadra 02 - Lote 5/6 – Torre II – Sala 205, ocorreu a reunião da Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Contrato de Gestão da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação, com a seguinte pauta:

- I. Execução do exercício de 2016;
- II. Outros assuntos.

O documento de referência encaminhado pela Rede Sarah que subsidiou a reunião: Ofício nº 003/2017 – PR/APS, de 31/01/2017 – Relatório de Atividades da Associação das Pioneiras Sociais referente ao exercício de 2016.

1. INSTRUMENTO CONTRATUAL

O primeiro Contrato de Gestão entre a União e a Associação das Pioneiras Sociais – APS (Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação, doravante nominada Rede SARAH ou SARAH) foi assinado em 27/12/1991 e publicado no Diário Oficial da União (DOU) de 13/1/1992, seção 3, páginas 478 e 479.

O segundo Contrato de Gestão celebrado entre a União e a APS, por intermédio do Ministério da Saúde (MS) na condição de superveniente da União e com a interveniência do Ministério da Fazenda (MF) e do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão

(MPDG), foi assinado em 14/11/2000, com extrato publicado no DOU de 17/11/2000, seção 3, página 38. Ademais, foi celebrado o Primeiro Termo Aditivo em Vigência a esse Contrato em 20/12/2005, cujo extrato foi publicado no DOU de 26/1/2006, seção 3, página 54, e ainda o Segundo Termo Aditivo em Vigência em 13/12/2010, cujo extrato foi publicado no DOU de 4/1/2011, seção 3, página 152, sendo este vigente até 31 de dezembro de 2015.

O terceiro Contrato de Gestão celebrado entre a União e a APS, por intermédio do Ministério da Saúde (MS) na condição de superveniente da União e com a interveniência do Ministério da Fazenda (MF) e do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MPDG), foi assinado em 18/12/2015, com extrato publicado no DOU de 28/12/2015, seção 3, página 48, com vigência de 01/01/2016 a 31/12/2020. Ademais, foram celebrados os seguintes Termos Aditivos:

1- Termo Aditivo em Vigência a esse contrato em 04/01/2016, cujo extrato foi publicado no DOU de 25/02/2016, seção 3, página 91, referente à incorporação de R\$ 6.882.275,00, oriundo de 31 Emendas Parlamentares para o exercício 2015;

2- Termo Aditivo em Vigência em 12/05/2016, cujo extrato foi publicado no DOU de 27/05/2016, seção 3, página 93, referente à incorporação de R\$ 23.388.656,00 oriundos de 95 Emendas Parlamentares para o exercício 2016;

3- Termo Aditivo em Vigência a esse contrato em 28/12/2016, cujo extrato foi publicado no DOU de 30/12/2016, seção 3, página 131, referente à incorporação de R\$ 1.883.978,00 oriundos de 08 Emendas Parlamentares para o exercício de 2016;

4- Termo Aditivo em Vigência a esse contrato em 30/01/2017, cujo extrato foi publicado no DOU de 08/02/2017, seção 3, página 91, referente à incorporação de R\$ 23.017.237,00, oriundo de Emendas Parlamentares para o exercício de 2016;

2. DOS OBJETIVOS CONTRATUAIS

O terceiro Contrato de Gestão celebrado entre a União e a APS definiu os seguintes objetivos:

- II. Prestar assistência médica e de reabilitação, de excelência e gratuita, nas áreas neurológica e ortopédica;
- III. Desenvolver, em cooperação com o Ministério da Saúde e com outros órgãos e instituições, programas de formação e qualificação para estudantes e

profissionais de outras instituições e manter programas de educação continuada para os profissionais da Rede SARAH;

IV. Promover ações educacionais destinadas a prevenir ocorrências das patologias mais frequentes no âmbito de sua atuação;

V. Desenvolver pesquisa científica.

3. DOS RELATÓRIOS ANUAIS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

Segundo Cláusula Décima Sexta, do Contrato de Gestão vigente, temos:

- 1. Os Relatórios Anuais de Acompanhamento e Avaliação enfatizarão a comparação dos resultados alcançados com aqueles pactuados, apresentando análise sobre as razões de eventual não-cumprimento de metas ou outro compromisso pactuado no Contrato, informações e demais dados que julgue necessários.*
- 2. Os Relatórios Anuais de Acompanhamento e Avaliação conterão dados referentes à execução orçamentária no exercício encerrado.*
- 3. Cada Relatório Anual de Acompanhamento e Avaliação será submetido à apreciação do Ministério da Saúde até 31/01 do ano posterior ao exercício de competência. Na sequência o Ministério da Saúde deverá analisar e emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento das Cláusulas do Contrato pela APS.*

4. DA AVALIAÇÃO – COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

Segundo a Cláusula Décima Sétima, do Contrato vigente, temos:

O Ministério da Saúde é o órgão responsável pelo acompanhamento e avaliação da execução do Contrato.

Parágrafo Primeiro – *A Comissão de Acompanhamento e Avaliação participará com o Ministério da Saúde no acompanhamento da execução do presente Contrato.*

Parágrafo Segundo – *A Comissão de Acompanhamento e Avaliação será coordenada pelo Ministério da Saúde e integrará por representantes deste Ministério, do Planejamento, Orçamento e Gestão, do Ministério da Fazenda e da APS.*

Parágrafo Terceiro – *O funcionamento da Comissão de Acompanhamento e Avaliação deverá prever as seguintes disposições:*

- I- Periodicidade de reuniões da CAA, que deverá ser semestral;*
- II- Avaliação dos resultados alcançados pela APS em face das metas e indicadores quantitativos e qualitativos; e*

- III- Competência para propor a renegociação das metas e dos indicadores, caso necessário.

Parágrafo Sexto – O acompanhamento e avaliação de execução do presente Contrato de Gestão serão realizados com base em:

- I- Análise de relatórios elaborados pela APS relativos à execução do Plano de Trabalho Anual com comparativos entre os resultados alcançados e as metas e compromissos acordados;
- II- Análises decorrentes das atividades de acompanhamento da execução do Contrato;
- III- Avaliação do cumprimento dos Planos de Trabalho.

A Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Contrato de Gestão da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação, foi instituída pela Portaria GM/MS nº 319, de 16/3/2001, cujos membros são designados por normativa de renovação anual, vigorando atualmente a composição definida pela Portaria GM/MS nº 940, de 07 de abril de 2017, publicada no DOU de 11/04/2017, seção 2, página 37.

Cabe a União por intermédio do Ministério da Saúde:

VI. Coordenar a CAA para emissão de parecer conclusivo sobre os relatórios anuais relativos à execução deste Contrato, comparando as metas estabelecidas com os resultados alcançados e a compatibilidade com o Plano de Trabalho, encaminhando ao Tribunal de Contas da União, nos termos do inciso XIII, do artigo 3º, da Lei nº 8.246/91.

5. DA REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO - ASSOCIAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS/APS

A Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação é composta pelas seguintes unidades no Sistema de Cadastrado Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES):

Tabela 1: Relação das unidades cadastradas no SCNES.

UF	MUNICIPIO	CNES	NOME FANTASIA	TIPO DE ESTABELECIMENTO	Nº DE LEITOS
AP	Macapá	3787907	SARAH MACAPA	Clínica/Centro de Especialidade	-
BA	Salvador	2497751	SARAH SALVADOR	Hospital Especializado	153
CE	Fortaleza	2373971	SARAH CENTRO DE REABILITACAO SARAH FORTALEZA	Hospital Especializado	86
DF	Brasília	2673916	SARAH BRASILIA	Hospital Especializado	250
MA	São Luis	2307006	SARAH SAO LUIS	Hospital Especializado	142
MG	Belo Horizonte	3004791	SARAH BELO HORIZONTE	Hospital Especializado	137

PA	Belém	5660149	SARAH PARA	Policlínica	-
RJ	Rio de Janeiro	2295210	CENTRO INTERNAC NEURORREABILITACAO E NEUROCIENCIA SARAH RIO	Clínica /Centro de Especialidade	-
Total de leitos					768

Fonte: SCNES consulta em 15/05/2017.

Cabe esclarecer que em Brasília há duas unidades que utilizam o mesmo número CNES, a unidade localizada no Lago Norte foi cadastrada em 26/07/2016 como endereço complementar do Sarah Brasília por orientação do Ministério da Saúde. Desta forma, a Rede Sarah é composta com as seguintes unidades e sua data de inauguração:

1. Brasília - Centro: Hospital (1980);
2. Brasília - Lago Norte (2003): Ambulatório;
3. São Luís (1993): Hospital;
4. Salvador (1994): Hospital;
5. Belo Horizonte (1997): Hospital;
6. Fortaleza (2001): Hospital;
7. Macapá (2005): Ambulatório;
8. Belém (2007): Ambulatório;
9. Rio de Janeiro - Barra da Tijuca (2009): Ambulatório.

6. PLANO ANUAL E EXECUÇÃO DAS METAS

O serviço de Assistência Médica e de Reabilitação consta do 1º Objetivo Estratégico - Prestar assistência médica e de reabilitação, de excelência e gratuita, nas áreas neurológicas e ortopédicas.

O horizonte numérico programado para a execução dos grupos de atividades é estabelecido pelo Plano de Trabalho Anual da Rede SARAH, que intenta a consolidação e qualificação dos serviços prestados nas Unidades da Rede.

Os grupos de atividades que visam dar concretude ao Objetivo Contratual são:

- ✓ Consultas;
- ✓ Outros atendimentos de nível superior;
- ✓ Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia;
- ✓ Internações;
- ✓ Cirurgias.

Os eixos dispostos nos Planos de Trabalho têm sua execução informada oficialmente pela Rede SARAH por meio de Relatórios Semestrais e Anuais de Execução Contratual, tendo atividades realizadas num quantitativo de 20.523.349 e atendimentos a pacientes de 1.529.498, referentes ao ano de 2016. Segue tabelas com o Plano Anual ano 2015 e 2016, proposta do Plano de Trabalho ano 2017 e o comparativo das metas 2015, 2016 e 2017.

Tabela 2: Plano de trabalho e execução das metas no exercício 2015.

GRUPOS DE ATIVIDADES DO CONTRATO DE GESTÃO	METAS PARA O ANO DE 2015 CONFORME O PLANO ANUAL DE TRABALHO SARAH	RESULTADOS DA EXECUÇÃO DO ANO 2015: DADOS DA REDE SARAH	TOTAL/META %
Consultas	344.800	394.069	114.3%
Outros atendimentos de nível superior	11.792.000	12.678.550	107.5%
Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia	1.007.770	1.130.469	112.2%
Internações	16.415	18.512	112.8%
Cirurgias	8.590	10.285	119.7%
TOTAL	13.169.575	14.231.885	108,1%

Fonte: Relatório de Execução Anual - Rede Sarah - ano 2015.

Tabela 3: Plano de trabalho e execução das metas no exercício 2016.

GRUPOS DE ATIVIDADES DO CONTRATO DE GESTÃO	METAS PARA O ANO DE 2016 CONFORME O PLANO ANUAL DE TRABALHO SARAH	RESULTADOS DA EXECUÇÃO DO ANO 2016: DADOS DA REDE SARAH	TOTAL/META %
Consultas	389.000	414.559	106,6
Outros atendimentos de Nível Superior	12.450.500	13.207.058	106,1
Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapia (SADT)	1.116.000	1.236.302	110,8
Internações	17.970	19.032	105,9
Cirurgias	10.000	11.158	111,6
TOTAL	13.983.470	14.888.109	106,5

Fonte: Relatório de Execução Anual - Rede Sarah - ano 2016.

Tabela 4: Proposta do Plano de trabalho das metas no exercício 2017.

GRUPOS DE ATIVIDADES DO CONTRATO DE GESTÃO	PLANO DE TRABALHO 2017
Consultas	392.500
Outros atendimentos de nível superior	12.605.000
Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia	1.170.600
Internações	17.500
Cirurgias	10.500
TOTAL	14.196.100

Fonte: Ofício 92/PR/APS - 30/06/16 e Ofício 72/PR/APS - 26/04/17.

Tabela 5: Comparativo da execução das metas no exercício 2015 e 2016 e do Plano de trabalho 2017.

EIXOS DE METAS DO CONTRATO DE GESTÃO	RESULTADOS DA EXECUÇÃO DO ANO 2015: DADOS DA REDE SARAH	RESULTADOS DA EXECUÇÃO DO ANO 2016: DADOS DA REDE SARAH	PLANO DE TRABALHO 2017 - Ofícios 92/PR/APS - 30/06/16 e 72/PR/APS - 26/04/17
Consultas Médicas	394.069	414.559	392.500
Atendimentos de Outros Profissionais de Nível Superior	12.678.550	13.207.058	12.605.000
Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapia (SADT)	1.130.469	1.236.302	1.170.600
Internações	18.512	19.032	17.500
Cirurgias	10.285	11.158	10.500
TOTAL	14.231.885	14.888.109	14.196.100

Fonte: Relatório de Execução Anual - Rede Sarah - ano 2015, 2016 e proposta de 2017.

Tabela 6: Indicadores de Qualidade - Indicador de infecção da Rede Sarah ano 2016.

Unidade	Infecção Hospitalar (meta: ≤ 1,5 por 100 paciente-dia)	Supuração em Cirurgia Limpa (meta: ≤ 2,0% das cirurgias limpas)

Brasília	0,51	1,27%
Belo Horizonte	0,20	0,18%
Salvador	0,26	0,22%
Fortaleza	0,22	*
São Luís	0,17	0,66%
Rede Sarah	0,31	0,85%

* A unidade de Fortaleza não conta com Centro Cirúrgico.

Fonte: Relatório de Execução Anual da Rede Sarah ano 2016.

Tabela 7. Da Análise dos Objetivos de Formação e Capacitação Profissional, Ação Educacional e Preventiva e Desenvolvimento de Pesquisa.

Participações de estudantes e profissionais externos à Rede Sarah		
Participações de estudantes e profissionais externos à Rede Sarah	Meta	2016
	8.000	9.512

Trabalhos científicos publicados e apresentados	130	271 (208% da meta pactuada)

Programa de Educação e Prevenção de Acidentes	2016: mais de 14.000 crianças de escolas públicas e privadas (atendidas 100% das solicitações recebidas).

FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL		
Participações de estudantes e profissionais externos à Rede Sarah	Meta	2016
	8.000	9.512
Participações de profissionais da Rede Sarah	14.000	17.003

Fonte: Relatório de Execução Anual da Rede Sarah ano 2016.

Todos os objetivos têm sua execução informada oficialmente pela Rede SARAH por meio de Relatórios Semestrais e Anuais de Atividades, que são apreciados e aprovados pela Comissão e a respeito dos quais a Comissão redige Parecer Técnico Conclusivo (tipologia deste instrumento) a ser compartilhado com o TCU.

Isso posto, os valores apresentados no Relatório de Atividades referente ao exercício de 2016 demonstram o cumprimento integral das metas estabelecidas no Plano de Trabalho ano 2016 e condiz com as metas executadas e o perfil assistencial da Rede Sarah.

7. DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A dotação orçamentária aprovada e autorizada para a Ação Orçamentária nº 10.302.2015.6148.001, denominada assistência médica qualificada e gratuita a todos os níveis da população e desenvolvimento de atividades educacionais e de pesquisa no campo da saúde - Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais, na Lei Orçamentária Anual nº 13.255 de 14/01/2016, foi de R\$ 948.000.000 com repasse de 100% da dotação empenhada.

Tabela 8. Percentual da execução orçamentária 2016.

Execução Orçamentária 2016	
Composição dos gastos	% dos gastos
Despesas com pessoal	81%
Gastos com custeio, despesas tributárias e despesas financeiras	15%
Investimentos, aquisição de equipamentos, reformas e novas instalações	4%

Fonte: Relatório de Execução Anual da Rede Sarah ano 2016.

Tabela 9. Execução Orçamentária e Financeira 2016.

Descrição	Dotação	Valor empenhado	Valor Pago	RAP 2016
Lei Orçamentária Anual	R\$ 948.000.000,00	R\$ 948.000.000,00	R\$ 948.000.000,00	
Emendas Individuais	R\$ 34.569.138,00	R\$ 28.289.871,00	R\$ 28.031.120,00	R\$ 258.751,00
Emenda de Bancada	R\$ 20.307.296,00	R\$ 20.000.000,00		R\$ 20.000.000,00
Total do Orçamento 2016	R\$ 1.002.876.434,00	R\$ 996.289.871,00	R\$ 976.031.120,00	R\$ 20.258.751,00
Restos a pagar 2009			R\$ 15.124.960,00	
Restos a pagar 2013			R\$ 2.450.000,00	
Restos a pagar 2015			R\$ 6.882.275,00	
Total de RAP			R\$ 24.457.235,00	
Total	R\$ 1.002.876.434,00	R\$ 996.289.871,00	R\$ 1.000.488.355,00	R\$ 20.258.751,00

RAP: Restos a pagar referentes à diferença entre o valor empenhado e valor pago.
Fonte: Relatório de Execução Anual da Rede Sarah ano 2016.

8. DAS RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO DA REDE SARAH DE HOSPITAIS

Em síntese ao exposto neste instrumento e conforme as discussões e pactuações desenvolvidas no âmbito da Comissão na reunião realizada em 25/07/2016 apontaram-se as seguintes recomendações e diretrizes e as situações as quais se encontram:

1 - Regularizar o CNES da Unidade Lago Norte, pois o mesmo nº compreende as unidades Brasília Centro e Lago Norte e estão situadas em locais diferentes, uma vez que o cadastro no CNES é por endereço – Atendido;

2 - Atualizar o CNES da Unidade de Salvador/BA de Hospital do Aparelho Locomotor e não há mais esta denominação, agora é a Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação – Atendido;

3 - Atualizar o CNES da Unidade São Luís – Atendido;

4 - Informar nos Relatórios Anuais e Semestrais o número de pessoas atendidas pela Rede Sarah e criar correlações com os dados – Em andamento. Foi solicitado apenas o número de pessoas atendidas, não havendo necessidade de criar as correlações;

5 - Auxiliar o Ministério da Saúde na parametrização das taxas de infecção hospitalar nos atendimentos ambulatoriais e domiciliares – Atendido;

6 - Realizar um estudo/levantamento sobre a necessidade dos serviços de neurocirurgia da utilização de UTI e/ou UCI – Atendido;

7 - Verificar os valores de emendas parlamentares que são agregados à LOA para a Rede Sarah e inserir nas avaliações mensais e anuais – Atendido;

8 - O Ministério da Saúde contatará com a Secretaria de Estado da Saúde do Pará para apresentação dos dados de produção nos bancos oficiais (SIA e SIH) – Atendido;

9 - Acrescentar na apresentação da Comissão de Acompanhamento os valores empenhados, executados e repassados à Rede Sarah nos próximos relatórios de execução – Atendido;

10 - Promover uma articulação entre a Coordenação-Geral da Criança e Aleitamento Materno, Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência e a Rede Sarah com a finalidade de promover discussões e sugerir estratégias/ações de assistências às crianças com microcefalia – As Coordenações acima citadas não entraram em contato com a Rede Sarah;

11 - Grupos de Trabalho:

- a) Grupo de Trabalho da Informação: o próprio Grupo decidiu pela finalização, e aguarda a implantação do CMD – Conjunto Mínimo de Dados, considerando que a Rede Sarah possui prontuário eletrônico não haverá dificuldade da inserção da Rede;
- b) Grupo da Regulação: foi exposto na Reunião da Comissão de Acompanhamento que o perfil dos pacientes que se encontram na fila da CNRAC - Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade, não se adequam ao perfil da Rede Sarah, que é de reabilitação. Ficou acordado pela finalização do grupo e o envio pelo Ministério da Saúde da relação das patologias da CNRAC à Rede Sarah. Ficou acordado ainda, que quando houver pacientes na fila da CNRAC com o perfil do Sarah o Ministério da Saúde entrará em contato para que seja atendido pela Rede;
- c) Grupo de Cadeira de Rodas: ficou acordado na Reunião da Comissão de Acompanhamento pela finalização do grupo e a Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência encaminhará à Rede Sarah relação das cadeiras de rodas que estão contempladas na tabela do SUS para que o Sarah verifique se as cadeiras disponibilizadas pelo SUS são realmente compatíveis ou não.

12 - A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGETS articulará com a Rede Sarah a disponibilização de curso sobre a Síndrome de Guillain-Barré - Em andamento;

13 - A Rede Sarah encaminhará ao Ministério da Saúde um relatório sobre a situação e o perfil assistencial da Rede Sarah no Estado do Ceará - Atendido;

Além dos itens já descritos acima sinalizados no parecer da reunião da Comissão foram acrescentados os seguintes pontos na reunião realizada na data de 27/04/2017:

01 - Rede Sarah encaminhará ao Ministério da Saúde a Proposta Orçamentária para o ano de 2018 no mês de maio/2017;

02- A Rede Sarah complementarará maiores informações nos Relatórios Semestrais e Anuais sobre Capacitação, tais como a descrição dos cursos de capacitação e os quantitativos dos participantes;

03 - A Rede Sarah encaminhará os dados de produção de todas as unidades para análise do Ministério da Saúde;

04 - Foi sugerido na Reunião encaminhar técnicos do Ministério da Saúde (DAHU e DRAC) à Secretaria Municipal de Saúde de Belém para auxiliar e orientar na inserção dos dados de produção no Sistema de Informação do Ministério da Saúde;

05 – Realizar um encontro com as Secretarias Municipais de Saúde que contam com as Unidades da Rede Sarah para identificar quais os problemas que há na inserção dos dados no Sistema de Informação do SUS e outros assuntos que se fizerem pertinentes.

Desta forma, a Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Contrato de Gestão da Rede SARA de Hospitais de Reabilitação aprova o Relatório Anual da Rede SARA – Execução 2016, com sinalização das referidas recomendações.